



**T.C.**

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİNİN, SAĞLIK KONTROL  
ODAĞI İLE İLİŞKİSİ  
DİYABET HASTALARI ÜZERİNE ÇALIŞMA**

**ZEHRA SAYGILI**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ**

**KIRIKKALE- 2023**





**T.C.**

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİNİN, SAĞLIK KONTROL  
ODAĞI İLE İLİŞKİSİ  
DİYABET HASTALARI ÜZERİNE ÇALIŞMA**

**ZEHRA SAYGILI**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ**

**KIRIKKALE- 2023**

# ETİK BEYANI

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

ZEHRA SAYGILI

10.08.2023



# ÖZET

Kronik Hastalık Öz Yönetiminin, Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi Diyabet Hastaları  
Üzerine Çalışma

Kırıkkale Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Temmuz 2023, 95 sayfa

Bu araştırma diyabet hastalarında kronik hastalık öz yönetimi düzeyleri ile sağlık kontrol odağının belirlenmesi ve sosyo-demografik özellikleri, diyabet türü, eşlik eden kronik hastalıklarının varlığının belirlenen değişkenler üzerinde değişikliğe neden olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Bunun yanında; sağlık kontrol odağı ile kronik hastalık öz yönetimi düzeylerinin birbiri ile ilişkisinin ve birbirleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, 03/01/2023- 30/03/2023 tarihleri arasında Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi dahiliye bölümü yataklı tedavi servislerinde tedavi gören ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 18 yaş üstü diyabet hastaları oluşturmaktadır. Araştırma için basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve 287 diyabet hastasının katılımıyla araştırma tamamlanmıştır. Kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının bu çalışmadaki güvenilirlik düzeyi cronbach alpha değeri ile ölçülmüştür. Kronik hastalık öz yönetim düzeyinin ve sağlık kontrol odağı türünün cinsiyet, medeni durum ve eşlik eden hastalık durumu açısından farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t- testi ile değerlendirilirken; yaş, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu ve ikamet yeri değişkenleri açısından farklılık gösterip göstermediği ise tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı kavramları arasındaki ilişki ise pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların kronik hastalık öz yönetim ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde (ort:64,11±5,4 Min:21,Max:105) olduğu görülmektedir. Alt boyutlarından kendini damgalama (ort:20,80±4,2 Min:9,Max:33), damgalamayla baş etme (ort:16,39±3,4 Min:9,Max:25), sağlık bakım etkinliği (ort:12,73±2,7 Min:8,Max:20) düşük düzeyde buna karşın tedaviye uyum (ort:15,81±4,0 Min:5,Max:25) orta düzeyde çıkmıştır. Katılımcıların iç kontrol odağı alt boyutu puanı (ort:25,08±5,2 Min:9,Max:36) diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, katılımcıların daha çok iç kontrol odağı inancına sahip oldukları söylenebilir. Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve alt

boyutları ile Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Ölçeği A Formu alt boyutlarından elde etikleri puanların sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen korelasyon analizleri neticesinde; kronik hastalık öz yönetim toplam ve alt boyutları ile sağlık kontrol odağı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlık profesyonellerinin hastaların kronik hastalık öz yönetimlerini artırmak amacıyla planlama yaparken onların sağlık kontrol odağı inançlarını göz önünde bulundurmalarının yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, diyabet, öz yönetim, sağlık kontrol odağı.



# ABSTRACT

## THE RELATIONSHIP OF CHRONIC DISEASE SELF-MANAGEMENT AND HEALTH CONTROL FOCUS STUDY ON DIABETES

Kirikkale University

Health Sciences Institute

Department of Health Management

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Ali YILMAZ

July 2023, 95 pages

In this study, it was aimed to determine the chronic disease self-management levels and health control locus in diabetes patients and to determine whether the socio-demographic characteristics, type of diabetes, and the presence of concomitant chronic diseases cause a change on the determined variables. Besides; The aim of this study was to determine the relationship between health control locus and chronic disease self-management levels and their effects on each other.

The population of the study consists of diabetes patients over the age of 18 who were treated in the inpatient services of Kirikkale High Specialization Hospital between 03/01/2023 and 30/03/2023 and voluntarily agreed to participate in the study. Simple random sampling method was used for the research and the research was completed with the participation of 287 diabetes patients. The reliability level of the scales and dimensions used in this study was measured with the Cronbach alpha value. While assessing whether the level of chronic disease self-management and the type of health control locus differ in terms of gender, marital status and comorbid disease status, the independent sample t-test; whether it differs in terms of age, education level, income status, social security status and place of residence was evaluated with one-way anova analysis. The relationship between the concepts of chronic disease self-management and health locus of control was evaluated by Pearson correlation analysis.

According to the research results; it is seen that the total mean score obtained by the participants from the chronic disease self-management scale is at a moderate level (mean:  $64.11 \pm 5.4$  Min:21,Max:105). Its sub-dimensions include self-stigma (mean:  $20.80 \pm 4.2$  Min:9,Max:33), coping with stigma (mean:  $16.39 \pm 3.4$  Min:9,Max:25), health care effectiveness (mean:  $12.73 \pm 2.7$  Min:8,Max:20) was low, whereas treatment compliance (mean:  $15.81 \pm 4.0$  Min:5,Max:25) was moderate. Participants' internal locus of control sub-dimension score (mean:  $25.08 \pm 5.2$  Min:9,Max:36) was found to be higher than other sub-dimensions. According to these results, it can be said that the participants have more internal locus of control beliefs. It was determined that the scores of the participants obtained from the Chronic Disease



Self-Management Scale and its sub-dimensions and the Multidimensional Health Control Scale Form A sub-dimensions showed significant differences according to their socio-demographic characteristics ( $p < 0.05$ ). As a result of the correlation analyzes carried out; Statistically significant relationships were found between chronic disease self-management total and sub-dimensions and locus of control sub-dimensions ( $p < 0.05$ ). It is thought that it would be beneficial for health professionals to consider their health locus of control beliefs while planning to increase the chronic disease self-management of patients.

**Key words:** Chronic disease, diabetes, self-management, locus of control.



# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Kronik Hastalık .....	4
1.1.1. Hastalık Kavramı.....	4
1.1.2. Kronik Hastalık Kavramı .....	5
1.1.3. Kronik Hastalık Önemi .....	6
1.1.4. Kronik Hastalık Epidemiyolojisi.....	8
1.1.4.1. Dünyada Kronik Hastalık Durumu .....	9
1.1.4.2. Türkiye’de Kronik Hastalık Durumu .....	9
1.2. Diyabet Hastalığı (Diabetes Mellitus).....	11
1.2.1. Diyabetin Tanımı.....	11
1.2.2. Diyabetin Sınıflandırılması .....	12
1.2.2.1. Tip 1 Diyabet.....	12
1.2.2.2. Tip 2 Diyabet.....	12
1.2.2.3. Gestasyonel Diyabet (GDM).....	13
1.2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi.....	13
1.2.3.1. Dünyada Diyabetin Epidemiyolojisi .....	13
1.2.3.2. Türkiye’de Diyabetin Epidemiyolojisi.....	18
1.3. Kronik Hastalık Öz Yönetimi.....	19
1.3.1. Öz Yönetim Kavramı .....	19
1.3.2. Kronik Hastalık Öz Yönetimi .....	19
1.3.3. Diyabet Hastalarında Öz Yönetim .....	20

1.4. Kronik Bakım Modeli .....	21
1.5. Kronik Hastalık Öz Yönetim Programı.....	24
1.6. Sağlık Kontrol Odağı .....	26
1.6.1. Kontrol Odağı Kavramı.....	27
1.6.2. Kontrol Odağı Sınıflandırılması.....	28
1.6.2.1. İç Kontrol Odağı .....	28
1.6.2.2. Dış Kontrol Odağı.....	28
<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>30</b>
2.1. Araştırmanın Konusu .....	30
2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	30
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	31
2.4. Veri Toplama Araçları .....	32
2.5. Hipotezler.....	34
2.6. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları .....	35
2.7. Yöntem.....	35
2.7.1. Normallik Analizi.....	36
2.7.2. Güvenirlik Analizi.....	37
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Yapısına İlişkin Bulgular .....	39
3.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	41
3.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Yaş Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	42
3.4. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	46
3.5. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Medeni Durum Açısından İncelenmesi .....	48
3.6. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Eşlik Eden Hastalık Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	49
3.7. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Eğitim Düzeyi Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	51
3.8. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Gelir Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	54
3.9. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Sosyal Güvence Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi.....	57
3.10. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın İkamet Yeri Değişkeni Açısından İncelenmesi .....	60

3.11. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	63
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>69</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>89</b>
Ek-1: Anket Formu.....	89
EK-2: Etik Kurul İzni.....	92
EK-3: Anket İzin Onayı.....	93
EK-4: Ölçek İzinleri.....	94
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>95</b>



## ÇİZELGELER DİZİNİ

### ÇİZELGE

### Sayfa

1.1. 2017-2018 yıllarına göre hipertansiyon ve kalp hastalıklarına bağlı ölüm sayıları .....	10
1.2. 2021,2030 ve 2045'te tahmini toplam diyabetli yetişkin sayısı (20-79 yaş) .....	14
1.3. 20-79 yaş grubunda diyabetin küresel prevalansına ilişkin veriler (milyon).....	15
1.4. 2021 ve 2045 yılların ait diyabetli hasta sayısında ilk 10 ülke .....	16
1.5. 2021'de 20-79 yaş arası bölgelere göre teşhis edilmemiş diyabetli sayısı .....	17
2.1. Normallik Analizi.....	36
2.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının güvenilirlik testi .....	37
3.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tanımlayıcı bulguları.....	39
3.2. Katılanların kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı ilişkin tanımlayıcı istatistikler .....	41
3.3. Yaşa göre ölçekler ve alt boyutların durumu .....	43
3.4. Yaşın ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar .....	44
3.5. Cinsiyete göre ölçekler ve alt boyutların durumu .....	47
3.6. Medeni duruma göre ölçekler ve alt boyutların durumu.....	48
3.7. Eşlik eden hastalığın varlığına göre kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumu .....	49
3.8. Eğitim düzeylerine göre ölçekler ve alt boyutların durumu .....	51
3.9. Eğitim düzeylerinin ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar .....	52
3.10. Gelir durumuna göre ölçekler ve alt boyutların durumu.....	54
3.11. Gelir durumunun ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar .....	55
3.12. Sosyal güvence durumuna göre ölçekler ve alt boyutların durumu.....	57
3.13. Sosyal güvence durumunun ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar .....	58
3.14. İkamet yerine göre ölçekler ve alt boyutların durumu .....	60

3.15. İkamet yerinin ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar .....	61
3.16. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişki .....	67
3.17. Hipotezlerin test sonuçları.....	64



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>ŞEKİL</u>	<u>Sayfa</u>
1.1. Kronik hastalıkların önlenmesi için elimine edilmesi gereken faktörler. ....	6
1.2. Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıkların yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişen ülkelerle karşılaştırılması .....	11
1.3. Kronik bakım modeli bileşenleri.....	23
3.1. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı .....	40
3.2. Diyabet hastalığına eşlik eden (komorbidite) hastalıklar.....	41

## KISALTMALAR DİZİNİ

BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CDC	Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention)
CDSMP	Kronik Hastalık Öz Yönetim Programı
ÇBSKOÖ	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development)
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TDV	Türkiye Diyabet Vakfı
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
m-sağlık	Mobil sağlık



# 1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak önceliğini korumakta ve sakatlık ve ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Bunun yanı sıra ülkelerin sağlık sistemlerini de olumsuz olarak etkilemekte, önemli bir hastalık yükü getirmekte ve devletler üzerinde büyük yüklerle neden olmaktadır (Şentürk, 2021: 9). Kronik hastalıkların küresel olarak oluşturduğu yükün giderek büyümeye devam etmesi ve kontrol altına alınma zorluğu nedeniyle, 21.yy'da global kalkınmanın önündeki en büyük engellerden birini temsil etmektedir (Akpınar ve Ceran, 2019: 141).

Kronik hastalıklar sosyal, fiziksel ve psikolojik problemlere de sebebiyet verebilmektedir. Örneğin, birçok hasta tanı aldıktan sonra hastalığın ne olduğu, gidişatı, nelere yol açabileceği ve nasıl yönetileceği konusunda ciddi anksiyete yaşayabilmekteler. Kimi hastalar da hastalığını öğrendikten sonra sosyal ortamlardan uzaklaşıp sosyal izolasyona neden olmaktadır. Hastanın kendisinin yanında ailesiyle ilişkisi ve yaşam tarzı da negatif etkilenmektedir (Aytap ve Özer, 2021: 213).

Teknoloji ve tıp alanındaki global gelişmelerle orantılı olarak, öngörülen yaşam süresindeki yükseliş ile kronik hastalıkların görülme sıklığı da artış göstermektedir. Ülkemizde ve dünyada nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıklarda morbidite ve mortalite oranı da artmıştır. Bunların yanında insanların kronik hastalıklarla sürdürdükleri yaşam kaliteleri de düşmüş ve kendi kendilerini idame ettirme yetileri azalmıştır. Bu durumların varlığı, ülkemizde ve dünyada kronik hastalık yönetimi konusunu ön plana çıkararak ne kadar önemli olduğunu da gözler önüne sermiştir. Kronik hastalıkların yönetiminde hastanın hastalığıyla yaşayabilmeyi öğrenmesi temeldir. Bu konuda hastanın güçlendirilmesi gerekli desteğin sağlanması ve takibinin yapılması gereklidir (Kalender, 2014: 46).

Zamanla önemli bir halk sağlığı problemi haline dönüşen kronik hastalıkların yönetimi yalnızca diyet ve ilaç tedavisi ile mümkün olmamakta, bunlara ek olarak egzersiz ve

hastalığın komplikasyonları açısından izlem gibi kademelerde de aktif olarak rol alması gereklidir (Şentürk, 2021: 9). Kronik hastalıklarda hastanın kendi kendine yönetimi yani öz yönetimi; sağlık sonuçlarını, sağlık davranışlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için gün geçtikçe daha da önemli bir konuma gelmektedir. Yapılan çalışmalar öz yönetimin sağlık hizmeti kullanımını ve kronik hastalıkların toplumsal maliyet yükünü azaltmada başarılı olduğunu göstermiştir (Allegrante vd., 2019: 127).

Diyabet hastalığı dünya çapında sakatlık ve ölümlerin en önde gelen sebeplerinden biridir ve bunun yanı sıra gelişmekte olan küresel bir salgın olarak da kabul görmektedir (Papatheodorou vd., 2015: 1). Halk arasında şeker hastalığı olarak da anılan Diyabet hastalığı, yüksek oranda morbidite, mortalite ve maliyeti sebebiyle hem hastalar hem de toplumlar için önde gelen önemli bir sağlık sorunudur. Teknolojinin ve yaşam tarzlarının farklılaşmasıyla birlikte aktif olmayan, daha hareketsiz bir yaşamın benimsenmesi obeziteyi artırmıştır (Altun, 2010: 19). Obezite oranlarındaki artış tip 2 diyabetli hasta sayısını da artırmış ve bu sayının 2030 yılında ikiye katlanması öngörülmektedir. Tip 1 diyabetli genç hastalarda da diyabetin kontrol altına alınamaması durumunda yakın dönemde nörolojik hastalıklar kendini gösterebilmektedir (Ünal vd., 2015: 45).

Diyabet dünyada ve ülkemizde kabul gören ciddi kronik bir hastalıktır. Dünyadaki diyabetli olan hasta sayısı 2013 senesi itibari ile 382 milyon olmuş iken bu rakamın 2035 senesinde %55 oranında yükselerek 592 milyona varacağı tahmin edilmektedir (İnkaya ve Karadağ, 2016: 31).

Diyabet hastalığına bağlı olarak ileri zamanda gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilebilmesi veya ertelenmesi için diyabetli bireylerin, yaşamları süresince diyabet yönetiminde kararlı olmaları ve süreklilik göstermeleri çok kritiktir. Bu süre zarfında da öz yönetimi yüksek olan hastaların varlığı yadsınamaz bir katalizör görevi oluşturacaktır (Aytemur ve İnkaya, 2022, 122). Diyabet gibi olan kronik hastalıklarda yaşam kalitesini ve süresini uzatmak için bireyin tedaviye uyumunun sağlaması da gereklidir. Fakat diyabet hastalığının tedavisinin olmayışı, tam iyileşmenin mümkün olmaması, uzun ve meşakkatli bir süreci içine alması ve kişinin tedaviye uyumundaki aksaklıklar sebebiyle yaşadığı zorluklar baz alındığında öz yönetimin onlar için ne kadar güç olduğu bilinmektedir (Kaynak ve Polat, 2017: 57).

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılındaki bütçe sunumundaki verilere göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında diyabet görülme sıklığında ikinci sıradadır ve ülkemizde yaklaşık 7 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir. Türkiye Diyabet Vakfı'nın 2016 senesi raporlarına istinaden, diyabet hastalığı açısından Avrupa ülkeleri arasında en hızlı artışı gösteren ülke Türkiye'dir. Türkiye'nin bu tehlikeli durumu, diyabet hastalığının erken tanısı ve önlenmesi alanında bilimsel çalışmalara ne kadar ihtiyaç duyulduğunu gözler önüne sermektedir (Başer vd., 2021: 113).

Kronik hastalıkların yönetiminde sosyal öğrenme kuramı önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal öğrenme kuramında kontrol odağı ve öz yeterlilik ve tahmin etme gibi konular önemli yer tutmaktadır. Kontrol odağı, Julian Rotter tarafından bulunan sosyal öğrenmenin bir türevidir ve "bireylerin kendi davranışı ve bunun sonuçları arasındaki nedensel ilişki hakkında oluşturulan genel bir inanç, tutum veya beklenti" olarak tanımlanmaktadır (Cobb-Clark vd., 2015: 90). Sağlık kontrol odağı, kişilerin karşılaştıkları olumlu veya olumsuz durum, davranış ya da sonuçlarda etkili olan şeyin ne olduğu ve kontrolün kime ait olduğu inancıdır. Çoğu bireyler sağlık kontrol odağında iyilik/hastalık durumlarında kendisinin etkili olduğunu düşünürken, kimi bireyler ise diğer dış unsurların etkilediğini ve yönettiğine inanmaktadır (Korucu, 2022: 2). Kontrol odağı, "bireyin, yaşadığı iyi veya kötü olayları kendi irade ve davranışlarının sonuçlarına ya da kader, talih, şans ve önemli başkaları gibi kendisi dışındaki faktörlere atfetmesi eğilimi" şeklinde tanımlanır (Ulamış ve Özmen, 2014: 120). Sağlık kontrol odağı kişilerin hastalık karşısında gösterdikleri farklı davranışları açıklamayı sağlayan bir kavramdır. Dolayısıyla sağlıkta kontrol odağı, bireylerin iyilik hali, tedaviye ve yaşam değişikliklerine uyum sağlamalarında önemlidir (Kılıç, 2016: 23). Birey yaşadıklarının, kendi davranışlarının neticesinde meydana geldiğini düşünüyor ise iç kontrol odağı inancına, kendisi dışında çevre, kader, şans ve diğer insanlar gibi faktörlere bağlıyor ise dış kontrol odağı inancına sahip olduğu anlamı taşımaktadır (Yurttaş vd., 2022: 311). İç kontrole sahip insanların, davranışlarının sonuçlarını yönetebilme kapasitesinin dış kontrole sahip bireylerden daha iyi olduğu belirtilmektedir. İç kontrol odağı inancına sahip bireyler sağlıkta öz yeterliliği yüksek olan, kendilerine güvenen ve sağlık profesyonellerinin söylediklerini daha iyi uygulayan ve bunun önemini bilen kişilerdir. İç kontrol odağı inancının bireylerde artırılması; sağlık ve tedavi arama davranışlarının, sağlığın geliştirilmesi için

gösterilen çabanın, özellikle de kronik hastalıklı bireylerde görülen çaresizlik ve belirsizlik ile kendilerini damgalama durumunu aşabilmek maksadıyla gösterilen çabanın artırılması ile toplum sağlığını iyileştirme noktasında olumlu sonuçlar vermektedir (Güzel vd., 2022: 38).

Tüm bunlar düşünüldüğünde sağlıklı ve kaliteli yaşamak, sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmak ve bunu sürdürebilmek, hastalıkla baş etme ve tedaviye uyum gösterme öz becerilerini kazanabilmek yani hastalığı yönetebilmek için bireylerin sağlık kontrol odakları ve onların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada diyabet hastaları için kronik hastalık öz yönetim ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur. Bu tez çalışması “Kronik Hastalık”, “Diyabet Hastalığı”, “Kronik Hastalık Öz Yönetim”, “Sağlık Kontrol Odağı”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular”, “Tartışma” ve “Sonuç ve Öneriler” bölümlerinden oluşmaktadır.

## **1.1. Kronik Hastalık**

Bu bölümde kronik hastalık kavramı, önemi, dünyada ve Türkiye’deki epidemiyolojisi incelenmiştir.

### **1.1.1. Hastalık Kavramı**

Türk Dil Kurumu (TDK)’ya göre hastalık, organizmada çeşitli değişikliklerin meydana gelmesi neticesinde sağlığın bozulması durumu, esenlik karşıtı, rahatsızlık, maraz anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 2023). Diğer bir ifadeyle hastalık, hasta olma halidir ve genellikle kulak enfeksiyonu veya kanser gibi fiziksel olabileceği üzere şizofreni benzeri nereden kaynaklandığı kesin bilinmeyen patolojik bir süreci de ifade edebilmektedir. Hastalık, belirti ve bulgularla patolojik bir anormalliğe işaret eden, hekimin hastayı muayene etmesi ve bireyin şikayetleri üzerine tıbbi literatür ışığında durumunu bir hastalık tanısıyla açıklaması anlamına gelmektedir (Marinker, 1975: 82). Hastalık kişinin normal yaşam dengesini bozan ve tekrardan bir uyumu lüzumlu kılan bir durumdur. Bu durum, bireyin normal yaşam rutinini ve gelecek planlarını ne kadar bozuyorsa o derecede büyük problemlere yol açmaktadır (Mete, 2008: 3).

Ayrıca hastalık, yalnızca organizmada anormal değişikliklerin oluşumu anlamı taşımaz ve sadece biyolojik bir süreç de değildir. Çünkü hastalık aynı zamanda kültürel ve sosyal bir kavramdır (Boysol ve Sevil, 2006: 79). Hastalık algısı her birey için farklıdır çünkü bireylerin kendini algılaması, vücut işleyiş ve yapısındaki değişikliklerin yanı sıra toplumsal ilişkilerine, rollerine, inanış ve kültürlerine göre de farklılıklar göstermektedir (Taylor vd., 1997: 48). Bu nedenle hastalığın tanımı, çağdan çağa ve toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 233).

### **1.1.2. Kronik Hastalık Kavramı**

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları; çoğunlukla yavaş ilerleme gösteren, tıbbi olarak tedavi edilemeyen, uzun bir zamanı kapsayan, hastalığın derecesini azaltmak ve kişinin mesuliyetlerini en üst kademeye çıkarmak amacıyla düzenli aralıklarla destek ve izlemi gerekli kılan durumlar olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2005). Kronik hastalıklar, üç ay ya da daha uzun süreci kapsayan, erken ölüm veya sakatlıkla neticelenebilen bireylerin duygusal, sosyal, ekonomik refahını ve yaşam kalitelerini etkileyebilen hastalıklardır. Yaygın kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalık, diyabet, astım ve kanser görülmektedir. Kronik hastalıkların genel özellikleri şöyle sıralanabilir;

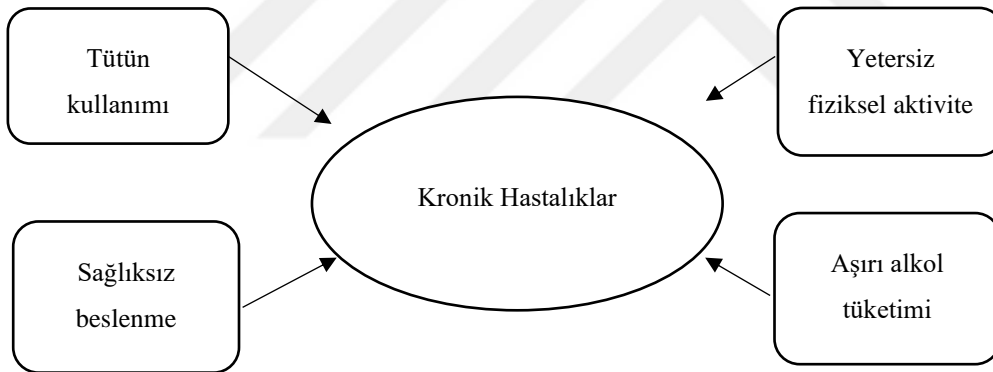
- Bir kişiden diğerine hava, su veya fiziksel temas yoluyla geçemezler.
- Virüs ya da bakteriyel enfeksiyonların tersine, kronik hastalıklar bir antibiyotik ile tedavi edilemez veya bir aşı ile önlenemezler.
- Zamanla ortadan kalkmazlar.
- Kronik hastalıklar doğumdan yaşlılığa kadar her yaşta kendini gösterebilir, ancak birçoğu yaşlılıkta gelişme eğilimindedir ([www.medicinenet](http://www.medicinenet)).

Kronik hastalıklar, genel olarak bakıldığında sürekli tıbbi girişimleri gerekli kılan, günlük rutin aktiviteleri sınırlayan ya da sekteye uğratan durumlar olarak kendini göstermektedir. Kronik hastalığa neden olan faktörler şöyle sıralanabilir:

- Tütün kullanımı
- Meyve ve sebze kullanımı düşük, sodyum ve doymuş yağlardan yüksek diyetler olmak üzere yetersiz beslenme.
- Aşırı alkol kullanımı ve

- Fiziksel hareketsizliktir (CDC, 2023).

Kronik hastalıkların devamlı olarak bakım, kontroller ve izlem gerektirmesi, düzelmesi mümkün olmayan patolojik sonuçlar doğurabilmesi ve kişide kalıcı yetersizlikler oluşturması sebebi ile bireyleri normal yaşamlarında zorlamaktadır. Kronik hastalıklar insan yaşamının her döneminde kendini gösterebildiği gibi yaş yükseldikçe hastalığın görülme oranı daha da artmaktadır (Çiftçi, 2015: 4). Kronik hastalıklar literatür çalışmalarında ‘Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)’ olarak da isimlendirilmektedir. Kaynaklara göre; diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklar dünyada sıklıkla görülen ve başı çeken kronik hastalıklardır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018: 176). Kronik hastalıkların en belirgin özelliği, aile hikayesi gibi genetik temelli bazı değiştirilemeyen faktörlerin dışında altta yatan nedenlerin çoğunun tamamen önlenebilir risk etkenleri olmasıdır (Akalin, 2012: 30). Bu risk etkenlerinin en önemlileri tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz hareket ve obezitedir. Bu durum görsel olarak şekil 1.1’de gösterilmiştir.



**Şekil 1.1.** Kronik hastalıkların önlenmesi için elimine edilmesi gereken faktörler (Kanıt Dayalı Tıp Derneği, 2012).

Şekil 1.1’de gösterilen etkenlerin yanı sıra, insanların yaşam tarzları sağlıklı olsa bile kronik hastalıklara yakalanabilirler fakat kronik hastalığı olan bireylerin de sağlıksız davranışlar nedeniyle bu hastalıklara sahip olabilmeleri düşündürücüdür. Yüksek tansiyon, obezite ve yüksek kolesterol gibi bazı kronik durumlar kalp hastalığı, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklara yol açabilir (www.rand.org).

### 1.1.3. Kronik Hastalık Önemi

Türkiye’de doğan bebeklerin beklenen ortalama yaşam süresi 1970’te doğanlarla karşılaştırıldığında 25 yıl artış göstererek 75 yıla ulaşmıştır. Avrupa ülkeleri genelinde

ise 75 yıl olan ortalama yaşam süresinin 2050 yılında 82 yaşa ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu sebeple 'yaşlılar çağı' olarak anılan bu yüzyılda sağlıklı yaşlanmak şüphesiz herkesin en doğal hakkıdır ve sağlığın teşviki ve yükseltilmesi ise bütün özel ve kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşları için global çapta bir sorumluluktur (Kanıta Dayalı Tıp Derneği, 2012). Kronik hastalıklar daha çok ileri yaşta görülmektedir. Kronik hastalık, dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur ve bu hastalıktan etkilenen insan sayısı giderek artmaktadır (Shahin vd., 2019: 1019). Kronik hastalıkların sebep olduğu ölüm ve sakatlıkların çoğalmasıyla birlikte özellikle 20-64 yaş aralığındaki üretken popülasyon için bu hastalıklar önemli bir sağlık problemi oluşturmaktadır. Dolayısıyla kronik hastalıklar toplumun sağlığını etkileyen kritik bir parametre özelliği taşımaktadır (Ak, 2017: 1). Tanı ve tedavideki ilerlemeler, çevre koşullarının düzelmesi, bulaşıcı hastalıkların azalması, insan ömrünün uzaması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sanayileşmenin artması neticesinde kronik hastalıkların insanlar ve devletler üzerindeki önemi katlanarak artmıştır. Devlet ekonomilerinde yapılan tüm sağlık harcamalarının aşağı yukarı %60 ile %80'i kronik hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılmaktadır (Eryılmaz vd., 2017: 117). Amerika Birleşik Devletleri'nde on yetiştikten altısında yalnızca bir kronik hastalık varken; on yetiştikten dördünde ise iki veya daha fazla kronik hastalık mevcuttur. Birleşmiş Milletler 2011 yılında yapmış olduğu toplantıda, kronik hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak için dünya genelinde bir eylem planı ilan etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve üye devletler, prevalansı son on yılda hızla artmaya devam eden kronik hastalıkların risk faktörlerini kontrol altına almak, ülkeler ve insanlar üzerinde hastalık yükünü azaltmak amacıyla kronik hastalığı olan genç ve orta yaş nüfus arasındaki erken ölüm olasılığında 2030 yılına kadar %70'lik bir azalma, ortak hedefi üzerinde anlaşmaya varmışlardır. Çünkü kronik hastalıkların ülkeler ve insanlar üzerindeki oluşturduğu yük artarak devam etmektedir (Li vd., 2017: 1). Yapılan birçok çalışma gösteriyor ki özellikle birden fazla kronik rahatsızlığı olan kişiler, daha fazla finansal yükümlülük ve işlevsel kısıtlamalarla karşı karşıya kalmakta ve genellikle de daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olmaktadır. Bunun yanı sıra birden fazla kronik hastalığa sahip olan kişilerin hem bakım giderleri hem de hastaneye yeniden yatış oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (Cohen, 2017: 2). Kronik hastalıklar global düzeyde hem bireylerin yaşam kalitesini hem de ülkelerin sosyal ve ekonomik bakımdan sağlık taleplerini karşılama gücünü tehdit etmektedir. Kronik hastalıkların dünya ülkelerine

önemli ekonomik etkileri vardır. Dünya çapında 2005 yılında bu hastalıklardan kaynaklanan tahmini milli gelir kaybı 18 milyar dolardır. Rusya Federasyonu'nda milli gelir kaybı 11 milyar dolar, Çin'de 11 milyar dolar, Hindistan'da 9 milyar dolar ve Türkiye'de 2,7 milyar dolardır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık harcamalarının dörtte üçü kronik hastalık faturalarına yılda 1-7 trilyon ABD doları olarak yansımaktadır (DSÖ, 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nin yıllık 4,1 trilyon dolarlık sağlık hizmeti maliyetinin de önde gelen itici gücünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (CDC, 2023).

Türkiye'de ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 verilerine göre; 2021 yılında kaydedilen toplam sağlık harcaması bir önceki yıla göre %41,6 artarak 353 milyar 941 milyon TL'ye yükselmiştir (TÜİK, 2021). Türkiye'de kronik hastalıkların erken tedavisinin ve en baştan önlenmesinin ülke ekonomisine katkısının yüzde 10 oranında olabileceği öngörülmektedir. 21.yy'da dünya ülkelerinin zenginleşmesinin önündeki en kritik engel kronik hastalıkların getirdiği global yüküdür. Bu durumu kontrol altına almak her geçen gün daha da zorlaşmaktadır. Kronik hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra sağlık harcamalarındaki yükselmeye hem devlet ekonomilerine ciddi bir yük oluşturmakta hem de sağlık sistemlerinin devamlılığı üzerinde küresel bir kaosa sebebiyet vermektedir (Akpınar ve Ceran, 2019: 141).

DSÖ 2021 yılı verilerine göre BOH ölümlerinin tüm ölümler içindeki küresel payı 2000 yılında %60,8 iken 2019'da %73,6'ya yükselmiştir (DSÖ, 2021). Artan ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı yükseliş ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği noktasında küresel bir sorun teşkil etmektedir. Kronik hastalığı olan bir kişi daha erken yaşta emekli olmakta, çalışma süresi azalmakta, daha uzun süre işsiz kalmakta, bununla birlikte sağlık harcamaları için cebinden daha çok para çıkmakta ve evine daha az para götürmektedir (Akalın, 2012: 29).

#### **1.1.4. Kronik Hastalık Epidemiyolojisi**

Dünyadaki sağlık sorunları arasında en kritik olma özelliğini kronik hastalıklar taşımaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019: 110). Sandalcı ve ark. göre; kronik hastalıklar sessiz küresel bir salgın oluşturarak bütün dünya ülkelerinin tamamında ölüm nedenlerinin başını çekmektedir (Sandalcı vd., 2020: 2). Bu bölümde dünya ve Türkiye'deki kronik hastalık durumu incelenmiştir.



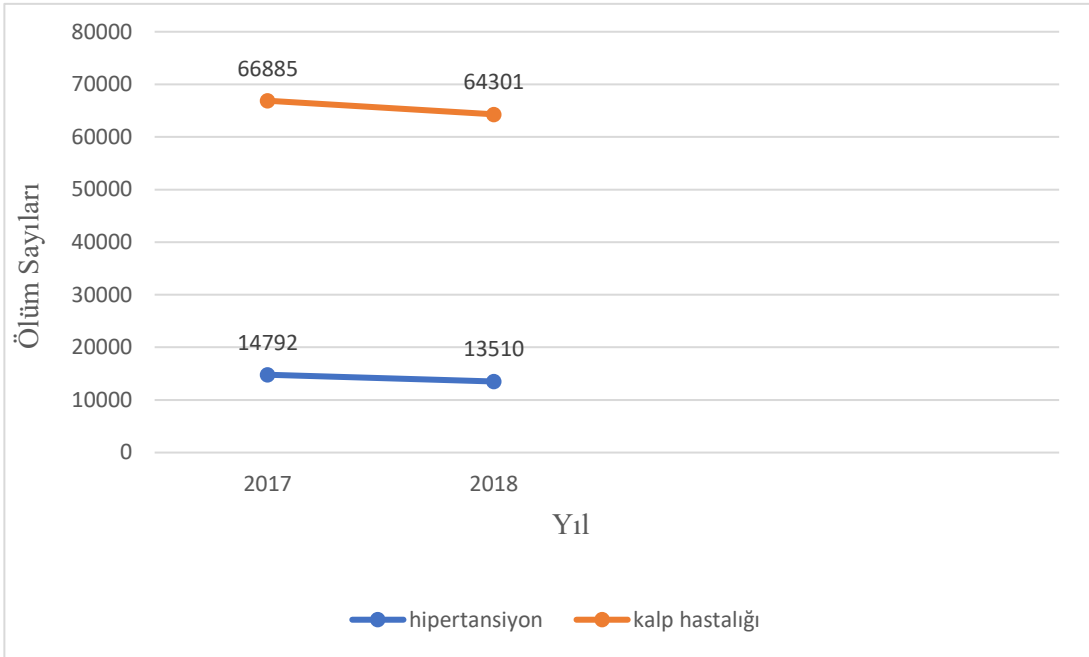
#### **1.1.4.1. Dünyada Kronik Hastalık Durumu**

Dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık %76,4'lük kısmı BOH'lar nedeniyle meydana gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Nüfus artışı ve artan yaşam süresi nedeniyle, bulaşıcı olmayan hastalıklara atfedilebilen toplam ölüm sayısı artış göstermektedir. Kanser, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları, 2019 yılında dünya çapında yaklaşık 33,2 milyon insanın ölümüne sebep olmuştur ve dünya çapında önde gelen sağlık sorunlarına neden olmaya devam etmektedir (DSÖ, 2022). Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun yaklaşık %25'i hipertansiyon hastasıdır ve 65 yaş üstü 100.000 ölümün 50 ila 190'ının sebebi yine bu hastalıktır. Ülkedeki hipertansiyon hastalarının da yalnızca %27'sinin kan basıncı değerleri normal sınırlar içerisinde tutulabilmektedir (Odabaşı vd., 2011: 363).

#### **1.1.4.2. Türkiye'de Kronik Hastalık Durumu**

Dünyadaki ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte insanların kronik hastalıklarla geçirdikleri zaman da artmıştır (Arslan ve Ağırbaş, 2017: 99). Türkiye'de de bütün dünyada olduğu gibi kronik hastalık miktarı ve süresi yükselmeye devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). 2020 yılında hazırlanan 'Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu' verilerine göre, her 22 milyon kişinin en az 1 adet kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Bu bireylerin de yaklaşık olarak 15 milyonu hipertansiyon, 4 milyonu diyabet, 3 milyonu Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), 2 milyonu da Koroner Kalp Hastalığı tanısı aldığı verilerine ulaşılmıştır (Aytap ve Özer, 2021: 213). Ülkemizde yapılan TURDEP-2 çalışmasında diyabet hastalığı prevalansı %13,7 olarak bulunmuştur (TURDEP-2, 2010). Gerçekleştirilen bir araştırmada da Türkiye'deki KOA prevalansı %19,1 olarak saptanmıştır (Buist, 2005: 279). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından organize edilen birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki 18477 hastanın dahil edildiği çalışmaya göre hipertansiyon, diyabet ve KOA prevalansı sırasıyla %24, %11 ve %4 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye'de hipertansiyon ve kalp hastalıklarına bağlı ölüm sayıları çizelge 1.1'de gösterilmiştir.

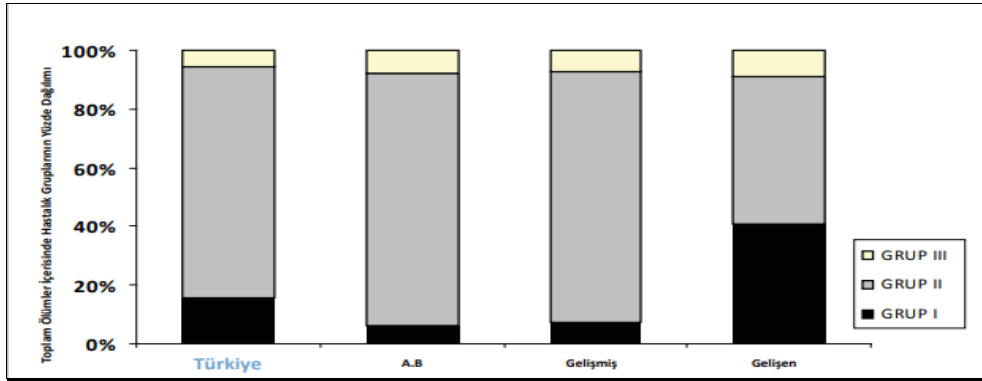
**Çizelge 1.1.** 2017-2018 yıllarına göre hipertansiyon ve kalp hastalıklarına bağlı ölüm sayıları



**Kaynak:** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018

Çizelge 1.1'e göre, 2017 ve 2018 yıllarına bakıldığında hipertansiyon ve kalp hastalıklarına bağlı ölüm sayılarında azalma görülmektedir. TÜİK ölüm nedeni istatistiklerine göre ülkemizde 2017 yılında; ölümlerin %40'ı dolaşım sistemi hastalıklarından, %20'si kanserlerden, %12'si solunum sistemi hastalıklarından, %5'i ise endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan oluşmaktadır (TÜİK, 2018). Aşağıda şekil 1.2'de Türkiye, Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlere neden olan hastalıkların yüzdeleri verilmiştir.

**Şekil 1.2.** Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıkların yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişen ülkelerle karşılaştırılması



**Grup I:** Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar. **Grup II:** Bulaşıcı olmayan hastalıklar (kronik hastalıklar) **Grup III:** İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar.

**Kaynak:** Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Şekil 1.2. incelendiğinde Türkiye’de birinci grup hastalıkların AB ve gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat kronik hastalıkların yer aldığı ikinci grup açısından bakıldığında Türkiye gelişmekte olan ülkelerle benzeşmektedir. Bu durum yaşlı nüfusun artmasıyla kronik hastalıkların da artış gösterdiğini ifade etmektedir (Kanıta Dayalı Tıp Derneği, 2012).

## 1.2. Diyabet Hastalığı (Diabetes Mellitus)

### 1.2.1. Diyabetin Tanımı

Diyabet kavramı hiperglisemi ile alakalı karbonhidrat metabolizma anomaliliklerine neden olan çeşitli hastalıkları kapsamaktadır (Uygur ve Yavuz, 2017: 120). Vücudun insülin üretmemesinden veya vücudun insülini uygun kullanamamasından kaynaklanır (Owen, 2023). Pankreasın insülin hormonu salgılamadaki kısmi ya da tam noksanlığı veya insülin molekülündeki bozukluklar neticesinde oluşan protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasındaki bozukluklar ile devam eden metabolik ve kronik bir hastalıktır (Zuhur, 2018: 4). Diğer bir tanıma göre ise; insülin hormonunun sekresyonundan sorumlu olan pankreastaki beta hücrelerinin bu görevi yerine getirememesi ile karakterize olan ve yüksek kan glikoz miktarı ile seyreden kronik bir

hastalıktır (Berber, 2022: 3). Diyabet hastalığında, kronikleşen bir hiperglisemi vardır ve bunun neticesinde de bozulmuş glikoz metabolizması kendini göstermektedir (Bruno, 2022: 781).

### **1.2.2. Diyabetin Sınıflandırılması**

Literatür incelendiğinde diyabet hastalığı Tip 1, Tip 2 ve Gestasyonel Diyabet olmak üzere sınıflandırıldığı görülmektedir.

#### **1.2.2.1. Tip 1 Diyabet**

Pankreasta bulunan ve insülin salgılayan hücrelerin görev yapamaması sonucu meydana gelen otoimmün bir hastalıktır. Adolesan ve çocukluk dönemi diyabetidir. Çoğunlukla ani ortaya çıkan kronik bir rahatsızlıktır. Genellikle her yaşta ortaya çıkabildiği gibi 30 yaş altı hastalığın başlangıcı için risk grubudur (Karaman ve Cebe, 2016: 51). Yeni tanı almış Tip 1 diyabetli hasta sayısı dünya çapında giderek artmaktadır. Ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye büyük değişkenlikler göstermekle birlikte dünyanın bazı yerlerinde çok daha fazla olduğu bilinmektedir. Bunun sebebi tam olarak açıklanamamaktadır fakat çevresel ve genetik faktörler etkileşimlerden kaynaklandığından şüphelenilmektedir (Akça, 2020: 5). Kan şekeri seviyesini normal sınırdan tutmak için günlük olarak en az 3 defa kan şekeri kontrolünü gerekli kılan Tip1 diyabette yoğun bir öz yönetim önemlidir (Ekingen, 2021: 391).

#### **1.2.2.2. Tip 2 Diyabet**

Tip 2 diyabet patolojisinin odak noktası insülin sekresyonunda ve direncinde düşme görülmesidir. Genellikle 30 yaşından sonraki dönemlerde ortaya çıkmaktadır fakat artan obezite sayıları sebebiyle daha erken yaşlarda da kendi gösterebilmektedir. Bu diyabet tipinde genetik yatkınlık vardır yani ailedeki genetik yoğunluğun çokluğuna göre sonraki nesillerde de risk o oranda fazlalaşmaktadır (Paktaş, 2021: 8). Alanyazına bakıldığında diyabeti olan bireylerin %90'ı Tip2 diyabet hastasıdır (Ekingen, 2021: 391). Bu diyabetin başlangıcı çoğunlukla yavaştır ve ne zaman başladığının kesin zamanını bulmak zordur. Bu sebeple totalde tip 2 diyabetli birey sayısının üçte birinden daha fazlası kayıt altında olmayabilir. Tip 2 diyabet daha çok yetişkin bireylerde görülmektedir. Fakat fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme ve obezitenin çoğalması ile yetişkinlerde, ergenlerde ve çocuklarda da görülme sıklığı yükselmiştir (Akça, 2020: 6).

### **1.2.2.3. Gestasyonel Diyabet (GDM)**

Gestasyonel diyabet ilk defa gebelik sırasında ortaya çıkan bir glikoz intoleransıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık tüm gebeliklerin %7'si gestasyonel diyabetir. Çeşitli faktörlere göre değişkenlik gösterse de dünyadaki toplam prevalansı %1- 14 olarak kaydedilmektedir. İleri yaş, aile öyküsü, obezite, etnik grup, sigara kullanımı ve iri bebek doğurma öyküsü gestasyonel diyabet için risk faktörleridir (Demir, 2014: 9). Bu hastaların %90-95'inde bu durum doğumdan sonra düzelerken, %5- 10'luk dilimde ise Tip 2 diyabet olmak üzere Gestasyonel Diyabet tablosu devam etmektedir (İrtegin, 2022: 8).

### **1.2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi**

Global çapta diyabetli birey sayısının artmaya devam etmesi küresel bir sağlık problemini temsil etmektedir. Dahası diyabetin kontrol altına alınamayan yayılma hızı sebebiyle bu hastalık yüzyılın sağlık krizi olarak da anılmaktadır görülmektedir (Kaul vd., 2012: 1)

#### **1.2.3.1. Dünyada Diyabetin Epidemiyolojisi**

Diyabet artık yalnızca zengin ulus sorunu olmaktan çıkıp bütün dünya ülkelerini ilgilendiren bir sağlık problemini temsil etmektedir. Çünkü, sadece Avrupa'da, yaklaşık 33 milyon yetişkin diyabetle yaşamını sürdürmek zorundadır. Çin'de 92,4 milyon kişinin diyabetli olduğu bilinmektedir. Diyabetli insanların %70'inden fazlası artık düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır, bu durum da diyabetin yalnızca zengin ulus sorunu olmadığını göstermektedir. Çünkü Sahra Afrika'sında bulunan diyabet hastalarının sayısının ikiye katlanarak 2030'a kadar 24 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (<https://www.futureagenda.org>). Dünyada 2000-2045 yılları arasında 20-79 yaş aralığındaki bireyleri kapsayan diyabet prevalansı çizelge 1.2 ve çizelge 1.3'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

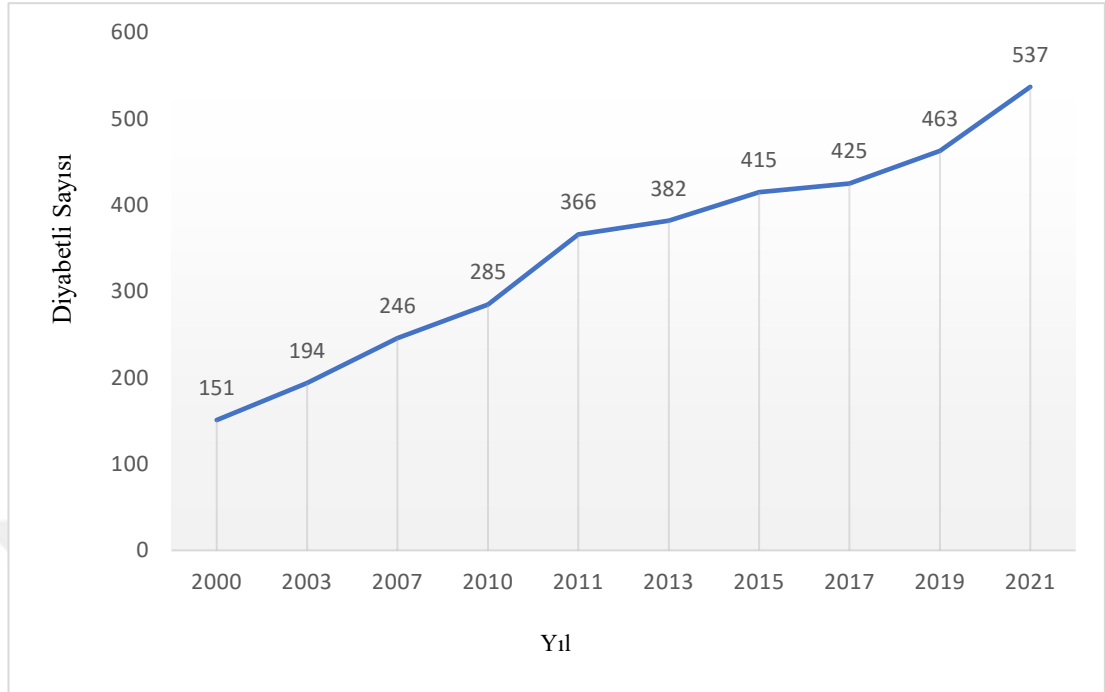
**Çizelge 1.2.** 2021,2030 ve 2045'te tahmini toplam diyabetli yetişkin sayısı (20-79 yaş)

	<b>2021</b>	<b>2030</b>	<b>2045</b>
Toplam Dünya Nüfus	7,9 milyar	8,6 milyar	9,5 milyar
20-79 yaş aralığındaki toplam nüfus	5,1 milyar	5,7 milyar	6,4 milyar
20-79 yaş aralığında diyabet prevalansı	%10.5	%11.3	%12.2
20-79 yaş aralığında diyabetli sayısı	536,6 milyon	642 milyon	783,2 milyon
20-79 yaş aralığında diyabete bağlı ölüm sayısı	6,7 milyon	-	-
Diyabete bağlı toplam sağlık harcaması (2021 USD)	966 milyar Dolar	1,028 milyar dolar	1,054 milyar dolar

**Kaynak:** International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 10th edition, 2021.

Çizelge 1.2'deki veriler hem Tip1 hem de Tip 2 diyabetli bireyleri kapsamaktadır. 2021 ve 2045 yılları arasında dünya nüfusunun %20 büyüyeceği tahmin edilirken, diyabetli sayısında da yaklaşık %46 oranında artış ön görülmektedir (IDF, 2021).

**Çizelge 1.3.** 20-79 yaş grubunda diyabetin küresel prevalansına ilişkin veriler (milyon)



**Kaynak:** International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 10th edition, 2021.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin 2019'daki ilk raporundan bu zamana kadar, tahmini diyabetli hasta sayısı 20 ila 79 yaş aralığında 151 milyon kişiyken çizelge 1.3'te bu sayının 2021 yılına kadar artarak devam ettiği görünmektedir. Çizelge 1.2'de 2021 yılındaki 537 milyon diyabetli sayısı şu ana kadar yapılan öngörülerin üzerindedir ve 2030 yılında 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Küresel çapta planlar yapılarak gerekli önlemler alınmazsa bu rakam 2045'te 700 milyon kişiye ulaşabilecektir (Demirkol vd., 2022: 250). Dünya ülkeleri arasında diyabetli yetişkin sayıları sıralaması çizelge 1.4'te verilmiştir.

**Çizelge 1.4.** 2021 ve 2045 yıllarına ait diyabetli hasta sayısında ilk 10 ülke

2021		2045	
Ülkeler	Diyabetli birey sayısı (milyon)	Ülkeler	Diyabetli birey sayısı (milyon)
1. Çin	140.9	1. Çin	174.4
2. Hindistan	74.2	2. Hindistan	124.9
3. Pakistan	33.0	3. Pakistan	62.2
4. Amerika Birleşik Devletleri	32.2	4. Amerika Birleşik Devletleri	36.3
5. Endonezya	19.5	5. Endonezya	28.6
6. Brezilya	15.7	6. Brezilya	23.2
7. Meksika	14.1	7. Bangladeş	22.3
8. Bangladeş	13.1	8. Meksika	21.2
9. Japonya	11.0	9. Mısır	20.0
10. Mısır	10.9	10. Türkiye	13.4

**Kaynak:** International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 10th edition,2021.

Çizelge 1.4 incelendiğinde 2021 yılında diyabetli birey sayısının en fazla olduğu ülkeler; Çin, Hindistan ve Pakistan'dır. 2045 yılı tahminlerin de de bu ilk üçte bu ülkelerin olacağı ön görülmektedir (IDF, 2021).

Kıtalara göre 20-79 yaş arası diyabetli sayısı çizelge 1.5'te detaylı olarak incelenmiştir.



**Çizelge 1.5.** 2021’de 20-79 yaş arası bölgelere göre teşhis edilmemiş diyabetli sayısı

<b>Bölgeler</b>	<b>Tespit edilmemiş oran (%)</b>	<b>Tespit edilmemiş diyabetli sayısı (milyon)</b>
<b>Tüm Dünyada</b>	44.7	239.4
1. Afrika	53.6	12.7
2. Batı Pasifik	52.8	108.7
3. Güneydoğu Asya	51.8	46.2
4.Orta Doğu ve Kuzey Amerika	37.6	27.3
5. Avrupa	35.7	21.9
6. Güney ve Orta Amerika	32.8	10.7
7.Kuzey Amerika ve Karayipler	24.2	12.2

**Kaynak:** International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 10th edition,2021.

Çizelge 1.4 ve çizelge 1.5 incelendiğinde; dünya çapında yaklaşık 240 milyon kişi yani neredeyse her iki yetişkinden birisinin diyabet hastası olduğunu bilmeden yaşadığı görülmektedir. Teşhis edilmemiş diyabet hastalarının yaklaşık %90’ı orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Özellikle Afrika, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde diyabetli hastaların yarısından daha fazlası diyabetli olduğunun farkında değil (IDF, 2021).

Tüm dünyada nüfuslar yaşlanmakta fakat artık istenilen uzayan yaşam süreleri değil sağlıklı yaşam süresidir (Kobori vd., 2022: 2010). Diyabet tüm dünyada bir halk sağlığı sorunudur. Diyabet tedavi edilemeyen kronik bir hastalık olmasına karşın, onu denetim altında tutmak için önlemler alınabilir (Morales vd., 2022: 2). Diyabet; nöropati, retinopati ve nefropati gibi vasküler komplikasyonların yanında, periferik vasküler hastalık, koroner arter hastalığı ve karotid arter hastalığı gibi komplikasyonların oluşumu için de kritik bir risk faktörüdür (Tsutsui, 2020: 73).

Diyabetin ciddi komplikasyonları olması sebebiyle hem bireysel hem de toplumsal yükleri her geçen gün artmaktadır (Bayındırçevik, 2020: 1083). Diyabet ve onun komplikasyonları yalnızca bireyler üzerinde değil devletlerin ekonomilerine de çok ağır yükler oluşturmaktadır. 18-99 yaş arasını kapsayan nüfus için diyabet harcamaları dünya çapında 850 milyar dolara tekabül ettiği görülmektedir (Paktaş, 2021: 4). Tüm yaş aralığını kapsayan diyabet hastaları için yapılan sağlık harcamalarının, bu hastalığı olmayanlardan yaklaşık iki kat daha fazla olduğu varsayılmaktadır. 2017 senesinde 727 milyar dolar olan bu rakam, 2019 senesinde 760,3 milyar dolara ulaşmıştır. Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının %23,8 gibi yüksek bir bölümü diyabet tedavisinde kullanılmaktadır (Akça, 2020: 3). Diyabet hastalığı, çok büyük ölçüde ekonomik yük oluşturan ve aynı zamanda hızla büyüyen de bir sosyo-ekonomik sorundur. Neticede diyabet önlenmesi ve kontrol altına alınması açısından tüm ülkeler için sağlık önceliği özelliği taşımaktadır (Jamiel vd., 2022: 298).

### **1.2.3.2. Türkiye'de Diyabetin Epidemiyolojisi**

Türkiye'de de diyabet hastalığı yaygınlığı dünya doneleri ile aynı benzerliktedir. Yapılmış en geniş çapta saha çalışması özelliği taşıyan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP-I ve II) verilerine istinaden, 1998- 2010 seneleri arasında ülkemizdeki diyabet prevalansı %90 yükselerek, sıklığını %7,7'den %13,7'ye ulaştığını kamuoyuna sunmuştur (Satman vd., 2013: 174). Türkiye'de ise bu durum TÜİK verilerine göre; yılın son 12 ayını içine alan araştırmada 15 yaş ve üstü her 100 kişide diyabet hastalığı görülme oranı 2014 yılında %9,0, 2016 yılında %9,2, 2019 yılında ise %10,2' ye yükselmiştir (TÜİK, 2020). Diyabet teşhisi konulan erkeklerin sayısı 2000 yılından bu zamana kadar hızlıca artmış, 2000 yılında 8 milyon olan diyabetli birey sayısı iki katına çıkarak 2017 yılında 17,1 milyona çıkmıştır. 2.000 yılında 10,3 milyon olan diyabetli kadın sayısı da 2017'de 15,6 milyona yükselerek %50'nin üzerinde büyük bir artış göstermiştir. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2016 yılı verilerine göre diyabetin tedavi maliyeti 1.473.717.307 TL, ilaç maliyeti 1.667.713.419 TL olmak üzere toplam maliyeti 3.141.430.726 TL olmuştur. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içindeki diyabet harcamalarının oranı ise %4,98 olarak kaydedilmiştir (Başer vd., 2021: 113).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 'Türkiye Diyabet Programı 2015-2020' raporuna göre 2035 yılında Türkiye, diyabetli nüfus baz alındığında dünyadaki en yüksek sayıdaki

diyabetlinin olacağı ilk 10 ülke arasına katılacağı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

### **1.3. Kronik Hastalık Öz Yönetimi**

#### **1.3.1. Öz Yönetim Kavramı**

Öz yönetim, Ailelerin ve bireylerin kronik bir hastalıkla baş etmek için gösterdikleri sağlık etkileşimidir (Logan vd., 2020: 584). Diğer bir ifade ile bir hastalığın seyri süresince etkilenen kişiler tarafından ortaya çıkan kronik durumların yönetimidir (Allegrante vd., 2019: 132). Öz yönetim bireylerin davranışları üzerine kullanılan popüler bir kavram haline gelmiş olmasına rağmen esasında kronik bir durumun değerlendirilmesidir. Duygularını kontrol edebilme, güvenilirlik, karakter bütünlüğü, esneklik, başarıma arzusu ve uyum yeteneği gibi kabiliyetlerin bütününe içerisine almaktadır (Alanyalı ve Arslan, 2020: 239).

Öz yönetim kronik hastalıklı birey için, beslenme, ilaca uyum, problem çözme, fiziksel aktivite, beceri geliştirme, uyku ve stres azaltma, hedef belirleme ve planları uygulamaya geçirmek gibi sağlığı optimize etmeyi hedefleyen birçok önemli görevi içerir (Lozano ve Houtrow, 2018: 37).

Öz yönetim faaliyetleri üç gruba ayrılır;

- Tıbbi yönetim: Bu gruba örnek olarak, beslenme diyet tavsiyelerine uymak ve ilaç almak verilebilir.
- Davranış yönetimi: Bu gruba örnek olarak, bireyin hastalığı nispetinde yeni davranış şekilleri benimsemesidir.
- Duygusal yönetim: Bu gruba örnek olarak, kronik hastalıkla alakalı olarak korku, umutsuzluk ve hayal kırıklığı gibi duygularla baş etmedir (Smooenburg vd., 2019: 613).

#### **1.3.2. Kronik Hastalık Öz Yönetimi**

Kronik hastalığa sahip kişinin hastalığıyla alakalı bakım ve tedavisini yönetebilmesini, sosyal, fiziksel ve psikolojik alanlarda yaşam tarzıyla ilgili farklılıklar yapabilmesini kapsayan hastayı merkeze alarak hastalığını kendisinin yönetebilmesi sanatıdır (Kurt, 2020: 25). Oluşabilecek sağlık risklerinin önüne geçmeyi veya azaltmayı, bireyin

sağlığını ve yaşam kalitesini en üst seviyede tutmayı hedefleyen öz yönetim davranışlarını ve faaliyetlerini içerisine almaktadır (Papadakos vd., 2018: 4205). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı davranışları belirlemeleri ve bunu da yaşam tarzı haline getirebilmeleri önemli ve büyük ölçüde öz yönetime bağlıdır (Kennedy, 2007: 1).

Kronik hastalık öz yönetimine uygun örnekler şöyle sıralanabilir, rutin ilaçlarını vaktinde almak, bol miktarda su içmek, diyabet hastaları için kan şeker değerlerini kontrol etmek, rutin doktor randevusu almak, sosyal çalışmalara katılmak ve gelecekle ilgili planlar yaparken kronik rahatsızlığına göre kararlarını şekillendirmek. Bunların yanı sıra hastanın yalnızca tedavi planına bağlı kalarak yaşaması değil, aynı zamanda karşısına çıkan zorluklarla başa çıkma ve problemleri çözme yeteneği geliştirmesi de öz yönetim kabiliyetiyle alakalıdır (Lozano ve Houtrow, 2018: 38).

Kronik hastalıklı bireylerde öz yönetimin artması ile tedavide olumlu sonuçların alınması arasında pozitif bir ilişki söz konusudur. Çünkü, hasta hastalığını kendisi yöneterek olumlu sağlık davranışları benimseyecek ve bunu yaşamına entegre edecektir. Başarılı öz yönetim, hastanın kendi çabalarının yanı sıra arkadaşların, ailelerin ve doktorların sosyal desteğini de lüzumlu kılmaktadır. Neticede maddi olan kaynakların dışında manevi kaynaklar da öz-yönetim davranışlarında kritik bir rol alabilmektedir (Zhang, 2021: 3182). Yüksek düzeyde öz yönetim davranışı sergilemek hastalar için ciddi bir çaba ve özveri gerektirmektedir. Fakat hastalar bu meşakkatli süreci geçirerek hem yaşam kalitelerini yükseltmekte hem de sağlık sonuçlarını iyileştirebilmekteler (Huygens, 2016: 233).

Öz yönetimi yüksek olan hastalarda hastalık belirtilerinde gerileme, hastaneye yatışlarda ve acil servislere başvurularda düşme, bakım ihtiyaçlarında azalma, hastalıkların ruhsal ve bedensel etkilerinde gerileme görülmektedir. Bunların yanı sıra hastaya bakım verenin ek sorumlulukları ortadan kalkacağı ve böylelikle bakım yükünün hafifleyeceği düşünülmektedir (Candan, 2021: 3).

### **1.3.3. Diyabet Hastalarında Öz Yönetim**

Diyabet hastalığı, dünya genelinde en fazla görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel olarak hastalık yükü oluşturmada en büyük itici gücü oluşturmaktadır (Kumah, 2021: 1). Öz yönetim aynı zamanda devamlı olarak bakımı ve takibi gerekli kılan

kronik bir durumdur (Greenwood vd., 2017: 1017). Diyabetin kısa ve uzun süreli komplikasyonlarını engellemek için hastaların kendi kendini yönetmesi azami ölçüde önemlidir (Rewolinski vd., 2020: 78). Diyabet kontrolünün merkezinde öz yönetim ve bununla ilişkili olan hasta davranışları vardır. Bu sebeple öz yönetim, diyabetli bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirmektedir (Wu vd., 2019: 211). Bunun yanı sıra diyabetli bireylerde kendi kendine yönetim, bireyin yaşamında daima etkilerini göstereceği için diyabet kontrolünün devamlılığında anahtar rolü görmektedir. Diyabetli kişiler sağlıklarının birincil yöneticileri olduğundan, öz yönetim diyabet yönetiminin merkezinde yer almaktadır (Zhu vd., 2021: 1029).

Diyabetin kendi kendine yönetimi; ilaçlar, düzenli kan şekeri izleme, fiziksel aktivite, devam eden tıbbi tedavi ve diyet yönetimini gerektirir. Hastanın kendi kendini yönetmesindeki amaç belirli bir süre zarfında ortalama kan şekeri değerinin normal sınırlarda tutulmasıdır. Devam eden kan şekeri yükseklikleri mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir (Cunningham vd., 2018: 370). Diyabet kontrolünün sağlanabilmesi için yaşam şeklinin doğru olarak değiştirilmesi ve sürdürülmesi son derece önem arz etmektedir. Bu nedenle öz yönetimde temeldeki gaye de bu yaşam şeklini kuracak uygun davranışları var etmektir (Aytemur ve İnkaya, 2022: 122). Diyabet hastalığının sağlık sistemlerine ve etkilenen bireylere verdiği yükü azaltmak için, diyabet hastalarının özyönetim davranışlarını benimsemeleri gereklilik arz etmektedir (Stephani vd., 2018: 1150).

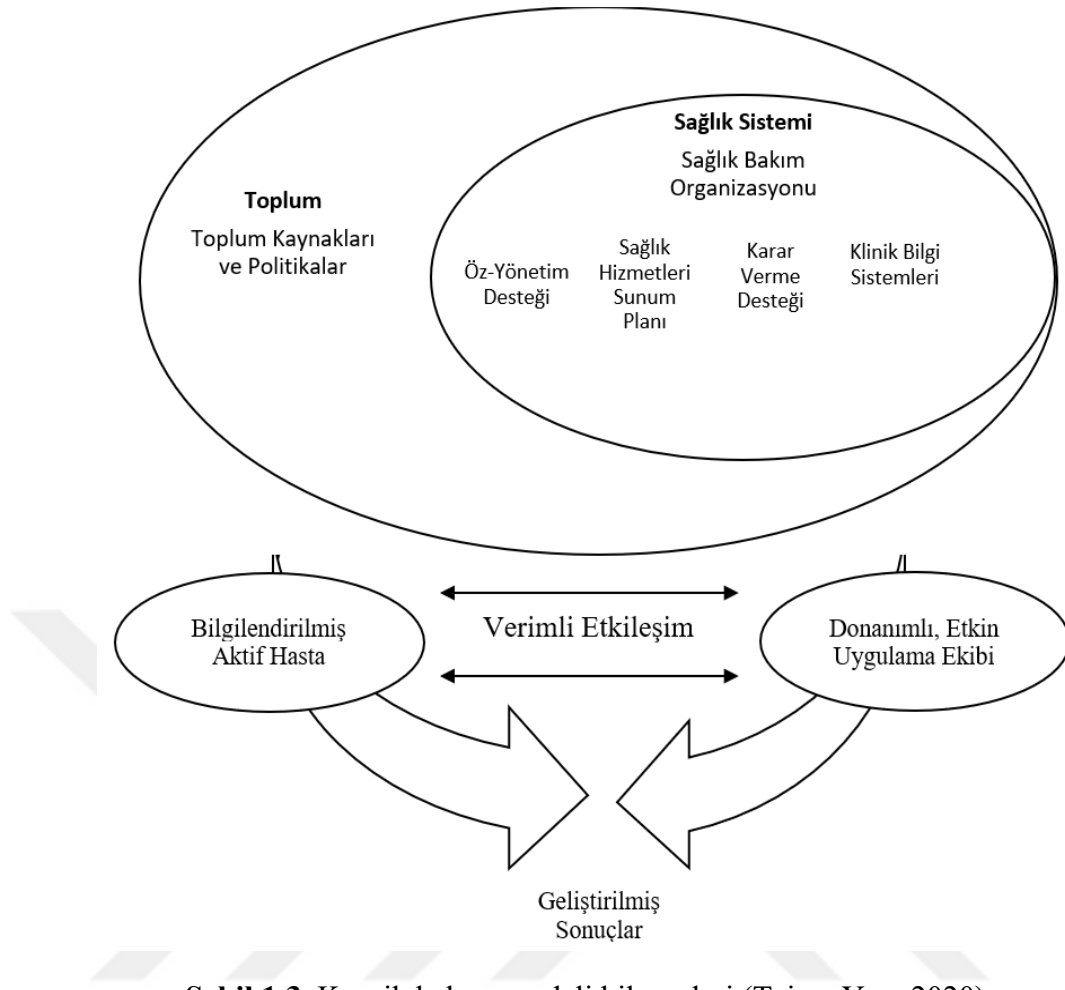
#### **1.4. Kronik Bakım Modeli**

Kronik hastalıkların yönetimi amacıyla birçok bakım modeli geliştirilmiştir. Bunlar; Kronik Bakım Modeli, Kronik Hastalıklara Yönelik Yenilikçi Bakım, Entegre Kronik Hastalık Yönetim Modeli, Kronik Hastalık Öz-Yönetim Programı ve Kronik Hastalık Yönetim Modeli Bakım Modeli'dir (Yazıcıoğlu ve Bağçivan, 2022: 1251). Kronik hastalıkların yönetimi için çeşitli modeller oluşturulmasına karşın en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili olan model "Kronik Bakım Modelidir" (Piatt ve Zgibor 2007: 160).

Kronik hastalık yönetimi, ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmesinde, özellikle bakımın sürekliliğini ve

koordinasyonunu sağlamada, bakımın maliyetini azaltmada ve beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede kullanışlı ve kritik bir yöntemdir (Clark ve Gong 2000: 572). Wagner ve MacColl, 1990 yılının başında bu modeli Sağlık Hizmetleri İnovasyonu Enstitüsü tarafınca kronik hastalık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık sistemine rehber olan bakım maliyetini düşüren ve kalitesini yükselten geniş bir çerçeve ve vizyon olarak tasarlamıştır (Yazıcıoğlu ve Bağcıvan, 2022: 1252). Bu modelin kilit noktası, sağlık bakımı veren ekip ile hasta arasındaki iletişimin verimli olmasıdır. Modelin amacı; kronik hastalıklı bireylerin akut ve tedavi edici bakımlarını içine alan günlük bakımdan ziyade planlanmış, koruyucu ve toplum temelli bakıma dönüştürebilmektir. Model doğrultusunda uygulanan kronik hastalık yönetimi ile rutin olarak hastalar tanınır, ayrıntılı olarak bilgilendirilir, aktif katılımları sağlanır ve öz yönetimin gelişmesi için desteklenirler. Bu süreçte en uygun tedavi planlanarak bakımın kalitesinde ve sonuçlarında iyileşme ve neticesinde de hasta memnuniyetinin sağlanması beklenir. Kronik Bakım Modeli, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerde öncelikli olarak primer sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran bir yaklaşımdır (Rothman ve Wagner 2003: 258).

Kronik Bakım Modeli'nin kullanım alanları oldukça kapsamlıdır. Örneğin, sağlıksız beslenme, sigara kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi riskli sağlık davranışlarının önüne geçmekte ve kronik hastalıklardan korunmada uygulanmış ve olumlu sonuçlar kaydedilmiştir (Hung vd., 2007: 73). Astım, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği ve artrit gibi hastalıklarda uygulanması neticesinde, düşük maliyetli olduğu, acile ve hastaneye gereksiz başvuruları azalttığı, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği sonucu elde edilmiştir (Bodenheimer vd., 2002: 1776-1778). Ayrıca bu model hasta merkezli bakımı desteklemek için sağlık sisteminde gerekli değişimlerin sağlanmasıyla diyabette bakımın optimize edilmesinde en iyi kanıtı dayalı çerçeveyi de sağlamaktadır (Tai ve Yev, 2020: 11). Model, dünya çapında birçok ülkenin sağlık sisteminde başarı ile uygulanmaktadır (Smidth vd., 2013: 5). Model genel olarak altı bileşen içermektedir bunlar şekil 1.3'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.



**Şekil 1.3.** Kronik bakım modeli bileşenleri (Tai ve Yev, 2020).

Şekil 1.3'te gösterilen bileşenler şöyle açıklanabilir:

- Toplum kaynakları ve politikalar: Sağlık bakım sistemleri ile toplum kaynakları arasındaki iş birliğinin sağlanması,
- Sağlık bakım organizasyonu: bakım için önemli olan alt yapının oluşturulması, bakımın önündeki engellerin kaldırılması ve karşılaşılan güçlüklerin azaltılması için liderlik sağlanması,
- Sağlık hizmetleri sunum planı: Sağlık bakım ekibinin sorumluluklarının açık ve net biçimde tanımlanması ve bakım süreçlerinin koordine edilmesi,
- Öz yönetim desteği: hastalık yönetiminde bireye beceri, güven kazandırma ve hastanın güçlendirilmesinin sağlanması,
- Karar verme desteği: sağlık bakım vericiler ile hasta arasındaki etkileşimlerde kanıta dayalı bakımın uygulanmasında rehberlik edilmesi,

- Klinik bilgi sistemleri: Verimli ve etkili sağlık bakım hizmeti sunmada ve hastalık yönetiminin kolaylaştırılmasında hastalar hakkında yararlı ve gerekli verinin zamanında sağlanmasıdır (Grover ve Joshi, 2014: 215; Epping vd., 2004: 301).

Alan yazında Kronik Bakım Modeli'nin günümüzde ve gelecekte tüm bileşenlerinin etkili ve verimli olarak uygulanmasıyla sağlık sistemlerinin genel olarak verimliliğinin artacağı bulunmuştur (Ansari, 2022: 419).

## **1.5. Kronik Hastalık z Yönetim Programı**

Kronik hastalıklar, hastalığın teşhisiyle birlikte bireyin yaşamında davranışlarının kısıtlanması, sağlığının bozulması gibi birçok olumsuzluk yaşanmasına rağmen düzenli ilaç kullanımı ve doktor kontrolüyle yönetilebilir hastalıklardır. Hastaların, bu hastalıkların risk faktörleri, tedavi seçenekleri ve yönetimi konusunda bilgi ve yeteneklere sahip olmaları gerekir. Hastalık sürecinde semptomlar ve hastalık seyri ile alakalı olarak sağlık profesyonelleriyle dürüst ve açık bir şekilde iletişim kurabilmelidirler. Bu amaçla hastalar için kronik hastalık öz yönetim programları geliştirilmiştir. Tüm bu davranış ve uygulamaları istikrarlı olarak devam ettirebilmeleri için çoğu insan kronik hastalık öz yönetim teknik ve uygulamalarını öğrenebilmek amacıyla bunun için tasarlanmış bir programa katılabilirler. Bu tür program çalışmaları, kronik hastalıklarla yaşamak zorunda olan insanlara destek sağlar ve onlara egzersiz, sağlıklı beslenme ve ilaçların doğru kullanımı hakkında bilgiler verir. Bu konuda en tanınmış program çalışmalarından biri Stanford niversitesi'nin Kronik Hastalık z Yönetim Programı'dır (Owen, 2023).

Kronik Hastalık z-Yönetim Programı (CDSMP), Kate Lorig tarafından geliştirilmiş, birden fazla kronik rahatsızlığı sahip yaşlı insanlarda öz-yönetimin güçlendirilmesini vurgulayan, onların kendi bedenleri ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlayan yapılandırılmış bir müdahaledir (Lorig, 1996: 678). Bu müdahale ile hastaların öz yönetim becerileri gelişirken, 'öz-yeterlilik' yoluyla sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacında azalma gösterdiği, hasta ve sağlık profesyonelleri arasında daha etkin bir iletişim kurulduğu, hastaların sağlık davranışlarını ve sağlık durumlarını sürdürme ve iyileştirmesinde faydalı olduğu



Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta kanıtlanmıştır. Stanford Üniversitesi Hasta Eğitimi Araştırma Merkezi'ndeki Kronik Hastalık Öz Yönetim Programı (CDSMP) Lorig ve diğerleri tarafından geliştirilen topluluk temelli genel özyönetim programı olarak da anılmaktadır. Aynı zamanda dünya çapında en yaygın kabul görmüş kendi kendine yönetim hasta eğitimi programıdır, çünkü birden fazla kronik rahatsızlığı olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmıştır ve tıp alanından olmayan eğitimli liderler tarafından hastalara öğretilmektedir. CDSMP, temelde toplum temelli bir hasta öz-yönetim eğitimi kursudur (Fu vd., 2003: 176). CDSMP temel özellikleri şunları içerir:

- Semptomları tanımak ve bunlara göre hareket etmek,
- Kronik bir hastalıkla ilişkili olabilecek stres, sıkıntı ve depresyonu azaltabilecek bilişsel belirti yönetimi tekniklerinin geliştirilmesi,
- İlaçların doğru kullanılması,
- Sağlık hizmetlerinden mümkün olan en etkin şekilde yararlanılması,
- Yeterli fiziksel egzersiz yapmak,
- Sağlık profesyonelleri ve aile üyeleriyle ilişkileri yönetmek,
- Sağlıklı beslenmeyi sürdürmek ve
- Toplum kaynaklarını kullanmaktır (Dongbo vd., 2006: 390).

CDSMP, hastalığın türüne değil de bir veya daha fazla kronik hastalığı olan yaşlı insanlara odaklanan ve onları kendi sağlıklarının yönetimine daha aktif rol almaya teşvik eden ve kendilerine yetebilmeyi sağlamayı amaçlayan tek müdahaledir. (Elzen vd., 2006 ). Öz yönetim davranışlarını ve sağlıkla ilgili sonuçları geliştirmek için şu stratejileri içerir:

- Haftalık eylem planlamasının yapılması ve geri bildirimde bulunulması,
- Katılımcıların davranışlarını modellemesi
- Semptomların yeniden yorumlanması,
- Grup olarak problem- çözüme ve
- Bireysel karar verme.

Bu genel yönetim programının avantajı, belirli bir hastalıkla ilgili sorunlara çok fazla odaklanmamasıdır fakat hastalığın seyri süresince karşılaşılan yorgunluk, ağrı ve

anksiyete gibi sorunlara yoğunlaşmaktadır. CDSMP'nin altında yatan üç temel varsayım şunlardır:

- Farklı kronik hastalıkları olan kişiler, benzer öz-yönetim sorunlarına ve hastalıkla ilgili görevlere sahiptir.
- İnsanlar hastalıklarının günlük yönetiminin sorumluluğunu almayı öğrenebilirler.
- Öz-yönetim gücü yüksek, kendine güvenen ve bilgili hastalar, sağlık durumlarında iyileşme yaşayacak ve daha az sağlık hizmeti kaynağı kullanacaklardır (Jonker vd., 2009: 305-308).

CDSMP, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünya çapında yaygınlaşmaktadır. İspanyolca versiyonu ve internet tabanlı sanal küçük sınıflar gibi alternatif dağıtım biçimleri de mevcuttur. Altı haftalık bir öz yönetim eğitim programını içerir ve yapılandırılmış bir protokolü vardır (Brandy vd., 2013: 1-2). Bu Program, öz-yeterlik teorisine dayalıdır ve problem çözme, karar verme ve güven inşa etmeyi vurgular. Bu programa katılanlarda birinci yılda sağlık davranışlarında (egzersiz, bilişsel semptom yönetimi ve doktorlarla iletişim), öz yeterlilikte artış gözlemlenirken; sağlık durumlarında (yorgunluk, nefes darlığı, ağrı, rol işlevi, depresyon ve sağlık sıkıntısı) ve acil servise başvurularda azalma kaydedilmektedir (Lorig vd., 2001: 257-260).

## **1.6. Sağlık Kontrol Odağı**

Sağlık kontrol odağı kavramının doğuş yeri Julian Rotter'in sosyal öğrenme teorisidir ve bu teori sağlıkla ilgili bireysel ve kalıcı davranışlara yön veren inançları oluşturmaktadır (Darnikowska vd., 2021: 1). Walltson ve ark. 'sağlık kontrol odağı'nı kontrol odağı kavramından esinlenerek geliştirmişlerdir. Sağlık kontrol odağı, kişinin hastalığı süre zarfında yaşadıklarının denetimini kime atfettiğidir. Demek oluyor ki, aslında kişinin sağlık durumuyla alakalı beklentilerinin kaynağıdır (Yurttaş vd., 2022: 311). Sağlık kontrol odağının temelinde, bireyin zamanla geliştirdiği ve içerisine pek çok sosyal öğrenme deneyimlerini de alan bir kişilik faktörü yatmaktadır (Helms, 1989: 5). Diğer bir ifade ile; sağlık kontrol odağı, kişinin hastalık, sağlıklı olma halini sürdürme, tedavi süreci gibi durumlardaki kontrolü kime bağladığıdır. Sağlık kontrol odağı mevcut olan kişilerin sağlığı geliştirici davranışlar gösterme ve sağlıklarını

tehlikeye sokacak davranışlardan da uzak durma ihtimalleri yüksektir (Korucu, 2022: 5). Yani; hasta bireyler sağlık durumlarını kontrol etmek için davranışlarına yön verecek inançlara sahiptirler. Örneğin, doktor kontrollerinin kendi sağlığı için önemli olduğuna inanan hastalar, doktor tavsiyesi ne kadar karmaşık ve çok olsa da bunlara uymaya daha yatkındır; fakat hasta olma halinin yalnızca şanssızlık olduğuna inanan hastalar ise doktor tavsiyelerine uyum konusunda daha az motive olmaktadır (Siennicka vd., 2022: 2). Sağlık kontrol odağı hastaların tedaviyi onaylama ve tedaviye uyum gösterme tercihleri üzerinde etkili olduğu için sağlık hizmetlerinde de merkezi bir role sahiptir (Marton vd., 2021: 260). Sağlık kontrol odağı kavramı, uzun süreç gerektiren tedavilerde uyum ve iş birliği açısından kritik bir öneme sahip olduğundan dolayı kronik hastalığı olan bireyler üzerinde geniş çapta incelenmesi gerekmektedir (László ve Judit, 2020: 49).

### **1.6.1. Kontrol Odağı Kavramı**

Kontrol odağı kavramının kökeni 'Sosyal Öğrenme Kuramı'na dayanmaktadır (Beysenova ve Gül, 2018: 25). Son zamanlarda Sosyal Bilişsel Teori olarak da yeniden isimlendirilen Sosyal Öğrenme Teorisi, kontrol odağı ve öz yeterlilik, tahmin etme ve davranışı açıklama gibi konularda sıklıkla karşımıza çıkan bir teoridir (Rosenstock vd., 1988). Sosyal öğrenme kuramının çerçevesini insan davranışları, nasıl şekillendiği ve sonuçları neticesinde edinilen olumlu veya olumsuz deneyimler oluşturmaktadır. Yine bu kuram içerisinde yer alan kontrol odağı kavramı 1966 senesinde ilk defa Julian Rotter tarafından ortaya çıkarılmıştır (Güzel, 2017: 9). Sosyal öğrenme teorisi içerisinde yer alan sosyal öğrenme sürecinde insanlar, başlarından geçen olayların nedenini ve kontrolünü algılayabilir duruma gelirler. Bu algıya kontrol odağı adı verilmektedir (Fuscaldi vd., 2011: 856).

Kontrol odağı kavramı, insanların yaşamları boyunca onların sağlıklarını etkileyen olumsuz veya olumlu olayları kendi davranışları neticesinde mi yoksa kaza ve şans benzeri dış güçlerin etkisiyle mi oluştuğunu açıklayan algıdır (Kılıç ve Arslan, 2021). Daha genel anlamda kontrol odağı, insanların başlarından geçen bütün olay ve durumları kontrol altına alabilme ya da yaşamları üzerinde kendilerinin ne ölçüde kontrol sahibi olduklarını açıklayan kavramdır (Churchill ve Smyth, 2022: 114910).

Son yıllarda kontrol odağı terimi toplum sağlığı için de önemli bir yön verici olarak kabul görmektedir (Morniroli vd., 2022: 2).

## **1.6.2. Kontrol Odağı Sınıflandırılması**

### **1.6.2.1. İç Kontrol Odağı**

Başlarına gelen olay veya durumlardan kendilerini sorumlu tutan kişilere içsel odaklı bireyler denilmektedir (Morniroli vd., 2022: 2). İç kontrol odağına sahip bireylerin genel özellikleri şöyle sıralanabilir:

- İçerisinde buldukları koşulları iyileştirmek için çaba göstermek
- Başarı için emek vermenin gerekli olduğu bilincinde olmak
- Önüne çıkan engelleri sorgulayan ve aşmak için gayret göstermek
- Beceri ve yeteneklerini geliştirmek için arayışta olmaktır (Kara vd., 2015: 145).

İç kontrol odağı mevcut olan insanlar, kendi hayatlarını kontrol edebileceklerine inanırlar (Boddu vd., 2021: 124). İç kontrol odağı olan bireyler hayatlarında ne olacağı konusunda güçlü bir yön verici olduklarını düşünürler. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında ise iç kontrol odağı olan hastalar, tedavi ve bakım sürecinde aktif-işbirlikçi bir rol oynamayı seçerler ve "Hangi tedaviyi seçeceğime karar verebilirim" veya "hangi tedavinin uygulanacağına benim ve doktorumun birlikte karar verme sorumluluğunu almamızı tercih ederim" diyeceklerdir (Terry, 2022: 594). Ayrıca sağlık durumlarını davranışlarının etkilediğini düşünerek daha çok bilgi edinmek için çaba harcarlar (Marton vd., 2021: 260).

### **1.6.2.2. Dış Kontrol Odağı**

Yaşadıkları veya başlarına gelen olay ya da durumlardan iradesi ötesindeki güçleri sorumlu tutanlara dışsal odaklı bireyler denilmektedir (Morniroli vd., 2022: 2). Dış kontrol odağına sahip bireylerin genel özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Başkalarına karşı minnet duygusu içerisinde olmak
- Genellikle geri planda olmak
- Memnun olmasa dahi bir işte uzun süre çalışabilmek

- Kendilerine verilen işleri sorgusuz kabul etmek ve yerine getirmektir (Kara vd., 2015: 145).

Dış kontrol odağı mevcut olan insanlar hayatının kendisi dışındaki faktörler tarafından kontrol edildiğine inanır. Bu faktörler; kader, şans ve diğer insanlardır (Boddu vd., 2021: 125). Dış kontrol odağı olan bireyler kaderlerine şansın, insanların ve sağlık çalışanların yön verdiğini düşünürler. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında ise dış kontrol odağı olan hastalar, "Doktorumun tedavimle ilgili bütün kararları almasını tercih ederim" diyeceklerdir (Terry, 2022: 594). Dolayısıyla tedavi ve bakımlarıyla ilgili kararları da sağlık çalışanlarına veya diğer üçüncü şahıslara bırakacaklardır (Marton vd., 2021: 260).



## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın konusu, amacı, gereç ve yöntemi, sınırlılıkları, hipotezleri, veri toplama ve analiz yöntemleri hakkında bilgiler sunulmuştur.

### 2.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu; sayısı gün geçtikçe artmakta olan diyabet hastalarının bu hastalığa en iyi uyumu sağlayarak, maddi ve manevi olarak da en az yükü oluşturmada kritik role sahip olan kronik hastalık öz yönetim düzeylerini ve bireylerin başlarına gelebilecek her türlü durumun sorumluluğunu neye atfettiklerini gösteren sağlık kontrol odağı algılarını belirlemektir. Bu iki duruma bireylerin demografik özelliklerinin etkisinin olup olmadığı da değerlendirilmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde kronik hastalıkların giderek artış göstermesi ve yaş sınırının aşağılara inmesi dolayısıyla kronik hastalık tüm dünyada önemli sorun haline gelmiştir. TÜİK'in 2019 verilerine göre kronik hastalıklar dünyadaki ölümlerin en önde gelen nedenlerindedir ki ölümlerin %60'ına tekabül etmektedir. Kronik hastalıklar hastanın yaşamı boyunca ona eşlik eden bir problemi temsil eder. 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biri olan diyabet hastalığı da kronik hastalıklardan biridir. Diyabet ve komplikasyonlarının tedavisi ve rehabilitasyonu için harcanan para hem bireyler hem de sağlık bakım sistemleri için ciddi boyutlardadır. Dolayısıyla kronik hastalıkla kaliteli bir yaşam sürdürmede bakımın gücü ve öz yönetimin etkisi kritik önem arz etmektedir. Sağlık kontrol odağı, hastaların hastalıkları sürecindeki tutum ve davranışlarına yön veren önemli bir faktör olması sebebiyle hastaların tedaviye uyum, hastalıkla başa çıkma ve hem psikolojik hem de fizyolojik durumlarını da etkilemektedir. Bu sebeple, kronik hastalıkların yönetiminde sağlık kontrol odağının etkisini ortaya koymak ve bu etkide rol alan çeşitli demografik özellikleri değerlendirerek, çıkacak sonuçlar üzerinden sağlık hizmetlerini ileriye götürecek öneriler sunmak bilime ışık tutacaktır.

Bu araştırma ile diyabet hastalarının kronik hastalık öz yönetimi düzeyleri ile sağlık kontrol odağının belirlenmesi ve sosyo-demografik özellikleri, diyabet türü, eşlik eden kronik hastalıklarının varlığının belirlenen değişkenler üzerinde fark oluşturup oluşturmadığını incelemek amaçlanmıştır. Bunun yanında; sağlık kontrol odağı ile kronik hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 03/01/2023- 30/03/2023 tarihleri arasında Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi dahiliye bölümü yataklı tedavi servislerinde tedavi gören ve araştırmaya gönüllü olarak katılacak 18 yaş üstü diyabet hastaları oluşturmaktadır.

Hastane bilgi sisteminden elde edilen bilgilere göre hastanenin dahiliye bölümü yataklı servislerine bir ay içerisinde ortalama 370 diyabet hastasının tedavi aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç doğrultusunda çalışmanın yapılacağı tarihler göz önüne alındığında 1020 kişilik evren için; araştırmada örneklem büyüklüğü “evreni bilinen gruplarda örneklem hesaplama formülü” (Özdamar, 2003) ile hesaplanmış ve %95 güvenilirlik ve %5 hata payı öngörülerek ulaşılması gereken katılımcı sayısı 279 kişi olarak belirlenmiştir. İlgili formül ve hesaplamalar aşağıda verilmiştir.

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{n \times p \times p \times Z^2}{[(N-1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)} = \frac{1020 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[(1020-1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)} = 279$$

Araştırmaya dahil olma kriterleri şunlardır:

İlgili hastanenin dahiliye servisinde belirtilen tarihler arasında yatan hasta olmak,

- 18 yaş üstünde olmak,

- Diyabet hastalığının olması,
- Türkçe okuryazar olmak ve
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmaya onay vermiş olmak olarak oluşturulmuştur.

Çalışma hatalı ya da eksik değerlerin olma olasılığı göz önünde bulundurularak 287 hastanın katılımıyla tamamlanmıştır. Veriler, Ocak 2023 / Mart 2023 tarihleri arasında anket tekniği ve yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

## 2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için kullanılan anket kişisel bilgi formu, kronik hastalık öz yönetim ölçeği ve sağlık kontrol odağı olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Veri toplama aracında bulunan bölümler ve soruları aşağıda açıklanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Veri toplama aracının ilk bölümünde kişisel bilgi formu bulunmaktadır. Bu bölümde yer alan sorular alan yazın incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Kişisel bilgi formunda çalışmaya katılan hastaların:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Meslek
- Gelir durumu
- Sosyal güvence durumu
- Diyabet hastalığının tipi/türü
- Eşlik eden hastalığın varlığı
- İkamet edilen yer ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

**Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği:** Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği, Ngai ve diğ. (2020) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçek Kendini Damgalama (7 madde), Damgalamayla Baş Etme (5 madde), Sağlık Bakım Etkinliği (5 madde) ve Tedavi Uyumunu (6 madde) olmak üzere toplamda 4 alt boyut ve 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Öztürk vd. tarafından 2021 yılında yapılmış



olup “Kendini Damgalama (7 madde), Damgalamayla Baş Etme (5 madde), Sağlık Bakım Etkinliği (4 madde) ve Tedavi Uyumu (5 madde)” şeklinde toplamda 21 madde olarak son halini almıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha katsayısı 0,715 – 0,879 değerleri arasındadır. Çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları; Kendini Damgalama 0,876 Tedavi Uyumu 0,850 Damgalamayla Baş Etme 0,820 Sağlık Bakım Etkinliği 0,789 olarak bulunmuştur. Literatür ile karşılaştırıldığında ölçme aracının yüksek seviyede güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte puanlar aritmetik ortalama ile hesaplanmaktadır. Ölçekteki her maddeden 1 ile 5 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5’e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1’e doğru indikçe öz yönetimin azaldığını göstermektedir.

**Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği:** Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Control Scale-MHLC) 1978 yılında Wallston vd. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin A, B ve C olmak üzere üç formu bulunmaktadır. Ölçeğin en sık kullanılanı A formudur ve bu araştırmada da A formu kullanılmıştır. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A-formu (ÇBSKOÖ) bireylerin algılanan sağlık kontrol odağını ölçmeye yönelik tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2017 yılında Güzel tarafından yapılmıştır (Güzel, 2017). Ölçeğin alt boyutlardaki Cronbach alfa değerleri şöyledir; iç kontrol odağı alt boyutu 0,66, şans kontrol odağı alt boyutu 0,70 ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı alt boyutu 0,76 olarak bulunmuştur. Elde edilen veriler neticesinde ÇBSKOÖ A formu ölçme aracının geçerli ve güvenilirliği ispatlanmış ve kabul görmüştür. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği-A formundaki sorular bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında iç kontrol, şans kontrol veya önemli başkaları (sağlık profesyoneli, arkadaşlar ve aile) kontrolünden hangisini daha çok benimsediklerini tespit etmeye yöneliktir ve şu üç faktörü içerir:

- İç kontrol: Kendi sağlığımın kontrolü bendedir.
- Şans kontrol: Hastalıktan kurtulmamda şansın rolü çok büyüktür.
- Önemli başkalarının kontrolü: Sağlığımı sağlık profesyonelleri, ailem, arkadaşlarım yönetir. Kendimi iyi hissetmediğim zaman bir sağlık profesyoneline başvurmalıyım.

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği- A formunda altılı likert tipinde 18 adet madde bulunmaktadır. Formun altışar maddeden oluşan üç alt boyutu vardır.

Maddelerin puanlaması 1 ile 6 arasında değişmektedir. Her alt boyuttan elde edilebilecek en yüksek toplam puan 36, en düşük puan ise 6'dır. Bireylerin kontrol odağını algılama seviyeleriyle alakalı puanlar bu rakamlar üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeği doğru şekilde değerlendirmek için her alt boyut birbirinden ayrı olarak puanlanmalıdır. Alt boyutlar ve ilgili maddeler aşağıda verilmiştir:

- İç kontrol: 1, 6, 8, 12, 13, 17. sorular
- Şans kontrol: 2, 4, 9, 11, 15, 16. sorular
- Önemli diğer kişiler: 3, 5, 7, 10, 14, 18. sorular.

Ölçekte toplam puan hesaplanmamaktadır. Ölçek değerlendirmesi yapılırken ölçeğin alt boyutların puanları ayrı ayrı toplanarak değerlendirme yapılmakta ve hangi alt boyut en yüksek puana sahipse, sağlığı kontrol eden merkez o alt boyut olarak kabul edilmektedir.

## **2.5. Hipotezler**

H1: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H2: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H3: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H4: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H5: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H6: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H7: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H8: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H9: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H10: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H11: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H12: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H13: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H14: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H15: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H16: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H17: Kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık kontrol odağı alt boyutları arasında ilişki vardır.

## **2.6. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları**

Araştırma Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi dahiliye bölümü yataklı servisinde tedavi gören diyabet hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçların bütün hastanelere veya tüm diyabetli hastalara genellenmesi olası değildir.

## **2.7. Yöntem**

Bu çalışma birincil verilerle yürütülen keşfedici türde bir araştırmadır. Elde edilen veriler SPSS 23.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet,

medeni durum, eğitim durumu, meslekleri, gelir durumu, sosyal güvence durumu, diyabet tipi, eşlik eden hastalığın varlığı ve ikamet yeri gibi tanımlayıcı özellikleri frekans ve yüzdelerle ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılımını değerlendirmek için her iki ölçeğin toplam puanlarına ilişkin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri hesaplanmış ve elde edilen skorlar -2 ile +2 arasında yer aldığı için parametrik testler kullanılmış ve sonuçlar ve çizelge 2.1. de verilmiştir (George ve Mallery, 2012). Kullanılan ölçeklerin boyutlarının bu çalışmadaki güvenilirlik düzeyi cronbach alpha değeri ile ölçülmüş ve sonuçlar çizelge 2.2.'de verilmiştir.

Kronik hastalık öz yönetim düzeyinin ve sağlık kontrol odağı türünün cinsiyet, medeni durum ve eşlik eden hastalık durumu açısından farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t- testi ile değerlendirilirken; yaş, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu ve ikamet yeri değişkenleri açısından farklılık gösterip göstermediği ise tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı kavramları arasındaki ilişki ise pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

### 2.7.1. Normallik Analizi

Araştırmada verilerin normal dağılımını değerlendirmek için kullanılan iki ölçeğe ilişkin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri hesaplanmıştır (Çizelge 2.1).

**Çizelge 2.1. Normallik Analizi**

ÖLÇEKLER	NORMALLİK ANALİZİ	
	BASIKLIK	ÇARPIKLIK
Kronik Hastalık Öz Yönetim	0,209	1,878
Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı	-0,697	0,797

George ve Mallery (2012)'e göre;  $\pm 1.0$  arasındaki bir basıklık değeri çoğu psikometrik amaç için mükemmel kabul edilir, ancak belirli uygulamaya bağlı olarak birçok

durumda  $\pm 2.0$  arasındaki bir değer de kabul edilebilir (George ve Mallery, 2012). Araştırmada kullanılan iki ölçeğin de basıklık ve çarpıklık değerleri Çizelge 2.1.'de belirtildiği üzere -2 ve +2 arasındadır. Bu nedenle kullanılan ölçeklerden elde edilen sonuçlar normal dağılım göstermektedir.

### 2.7.2. Güvenirlik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirliliğini belirlemek için (Cronbach's Alpha) Alfa Katsayısı değeri kullanılmıştır. Bu katsayı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Ölçeklerin güvenirliliği ise; aşağıdaki aralıklara göre değerlendirilmiştir (Biçici, 2013):

- $\leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değil,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçek güvenirliliği düşük,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

**Çizelge 2.2.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının güvenirlilik testi

Ölçekler	Alt Boyut	N	Cronbach's Alpha
<b>Kronik Hastalık Öz Yönetim</b>	Kendini damgalama	287	0,775
	Damgalamayla baş etme	287	0,857
	Sağlık bakım etkinliği	287	0,872
	Tedavi uyumu	287	0,923
	<b>Toplam</b>	287	0,751
<b>Sağlık Kontrol Odağı</b>	İç kontrol	287	0,874
	şans kontrol	287	0,768
	Önemli diğerleri	287	0,769

Çizelge 2.2.'de görüldüğü üzere her bir ölçek ve alt boyutları için ayrı ayrı güvenirlilik analizi yapılmıştır. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,751 oldukça güvenilir bulunmuştur. Alt boyutlarından kendini damgalama Cronbach's Alpha değeri 0,775 oldukça güvenilir, damgalamayla baş etme (0,857), sağlık bakım

etkinliği (0,872) ve tedavi uyumu (0,923) Cronbach's Alpha değerleri yüksek derecede güvenilir olduğu sonucu elde edilmiştir. Sağlık kontrol odağı leği alt boyutlarından iç kontrol Cronbach's Alpha değerleri 0,874 yüksek derecede güvenilir, şans kontrol (0,768) ve önemli diğerleri (0,769) Cronbach's Alpha değerleri oldukça güvenilir olduğu sonucu elde edilmiştir.



### 3. BULGULAR

#### 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Yapısına İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Çizelge 3.1’de gösterilmektedir.

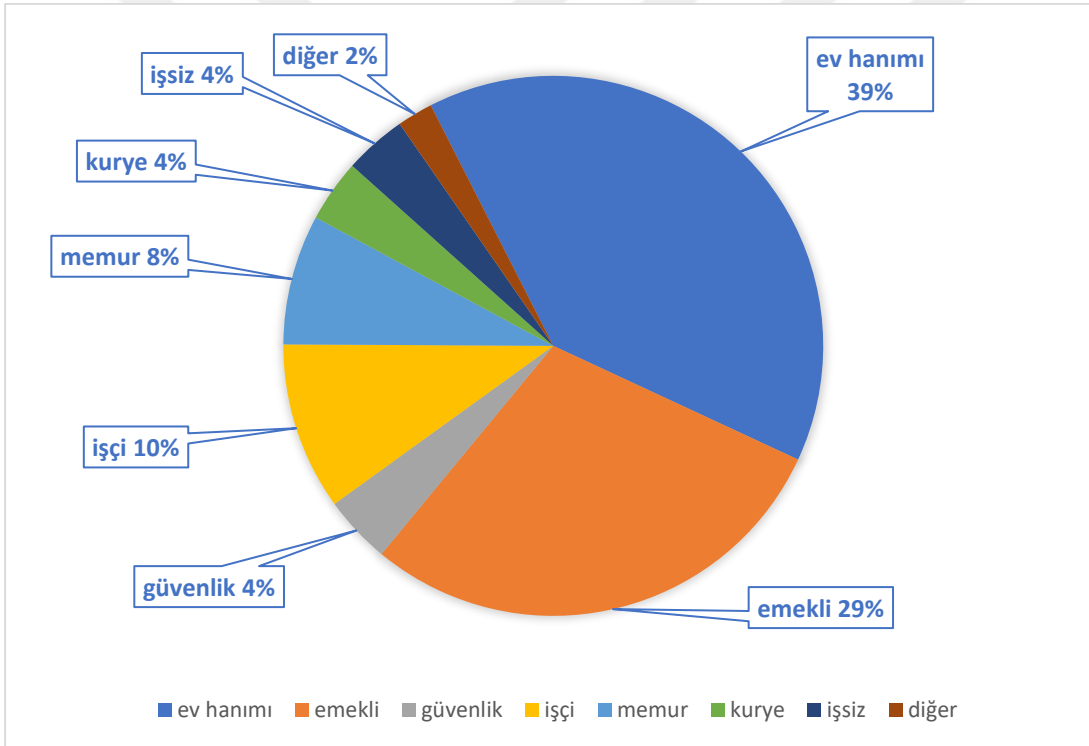
**Çizelge 3.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tanımlayıcı bulguları

	N	%	Toplam
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	140	48,8	287
Kadın	147	51,2	
<b>Yaş</b>			
35 yaş ve altı	39	13,6	287
36-50 yaş arası	85	29,6	
51-65 yaş arası	104	36,2	
66-81 yaş arası	59	20,6	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	193	67,2	287
Bekar	94	32,8	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Lise ve altı	211	73,5	287
Ön lisans	46	16,0	
Lisans	30	10,5	
<b>Gelir Grupları</b>			
7500tl altı	64	22,3	287
7500-14999tl arası	158	55,1	
15000tl ve üstü	65	22,6	
<b>Sosyal Güvence</b>			
SGK	267	93,0	287
Özel sigorta	6	2,1	
Yok	14	4,9	
<b>Diyabet tipi</b>			
Tip 1	10	3,5	287
Tip 2	277	96,5	
<b>Eşlik Eden Hastalık</b>			
Var	118	41,1	287
Yok	169	58,9	
<b>İkametgâh yeri</b>			
İl	180	62,7	287
İlçe	95	33,1	
Mahalle(köy)	12	4,2	

Çizelge 3.1'e göre; katılımcıların %51,2'sinin kadınlardan oluştuğu, %36'sının 51-65 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 52,31 olduğu, %67,2'sinin evli olduğu, %73'5'inin lise ve altı eğitim düzeyinde olduğu, %55'1'inin 7500-14999 tl arası gelire sahip olduğu, %93,0'ünün SGK kapsamında olduğu, %96,5'inin Tip II Diyabet hastası olduğu, %41,1'inin eşlik eden hastalığının olduğu ve %62,7'sinin İl de ikamet ettiği görülmektedir.

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında; en yüksek oranı %39 ile ev hanımlarının oluşturduğu, %29,0 unun emekli olduğu, %2'lik dilimde ise öğretmen, öğrenci, esnaf, gardiyan ve kuaför olduğu görülmektedir. Mesleklerin dağılımı şekil 3.1'de detaylı olarak verilmiştir.

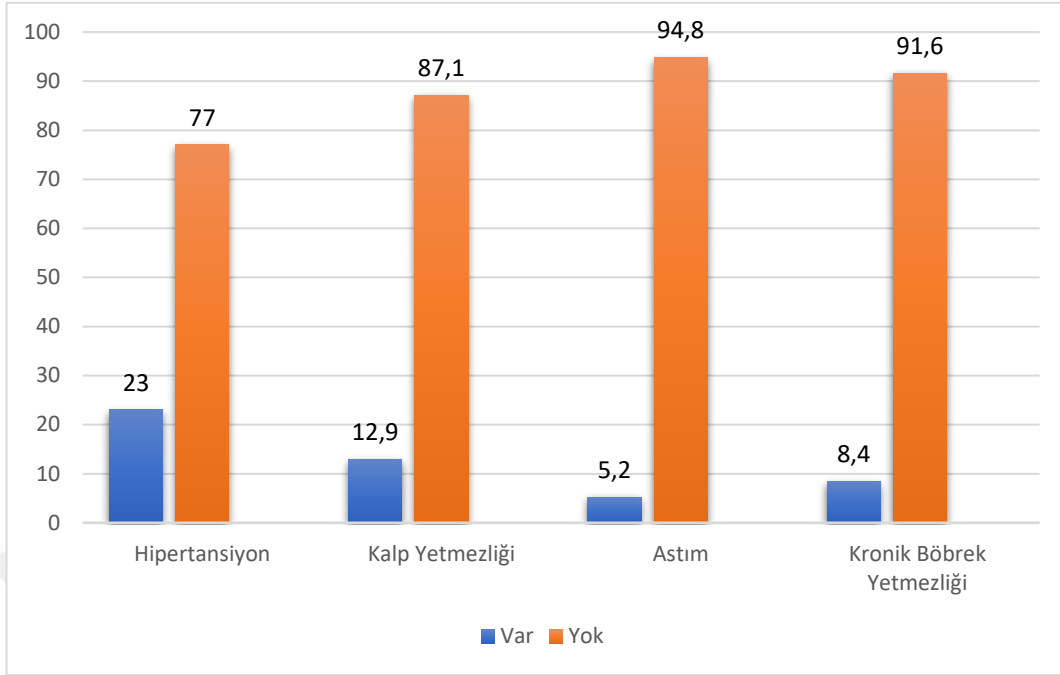
**Şekil 3.1.** Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı



Diyabet hastalarının eşlik eden hastalıklarına bakıldığında 287 diyabet hastasının %77 sinin hipertansiyon, %87,1nin'i kalp yetmezliği, %94,8'inin astım ve %91,6'sının kronik böbrek yetmezliği olduğu görülmektedir. Eşlik eden hastalıklar şekil 3.2'de detaylı olarak verilmiştir.



**Şekil 3.2.** Diyabet hastalığına eşlik eden (komorbidite) hastalıklar



### 3.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılanların Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

**Çizelge 3.2.** Katılanların kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	N	Min.	Max.	Ortalama	Standart sapma
Kronik hastalık öz yönetim Ölçeği	287	21	105	64,11	5,4
Kendini damgalama	287	9,0	33,0	20,80	4,2
Damgalamayla baş etme	287	9,0	25,0	16,39	3,4
Sağlık bakım etkinliği	287	8,0	20,0	12,73	2,7

**Çizelge 3.2.** Katılanların kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı ilişkin tanımlayıcı istatistikler (devamı)

	N	Min.	Max.	Ortalama	Standart sapma
Tedavi uyum	287	5,0	25,0	15,81	4,0
İç kontrol odağı	287	9,0	36,0	25,08	5,2
Şans kontrol odağı	287	11,0	35,0	23,45	4,8
Önemli başkaları kontrol odağı	287	8,0	25,0	19,29	2,1

Çizelge 3.2 incelendiğinde katılımcıların kronik hastalık öz yönetim ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde (ort:64,11±5,4 Min:21Max:105) olduğu görülmektedir. Alt boyutlarından kendini damgalama (ort:20,80±4,2 Min:9Max:33), damgalamayla baş etme (ort:16,39±3,4 Min:9Max:25), sağlık bakım etkinliği (ort:12,73±2,7 Min:8Max:20) düşük düzeyde fakat tedaviye uyum (ort:15,81±4,0 Min:5Max:25) orta düzeyde çıkmıştır. Katılımcıların iç kontrol odağı alt boyutu puanı (ort:25,08±5,2 Min:9Max:36) diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yani bu sonuç katılımcıların daha çok iç kontrol odağı inancına sahip olduklarını göstermektedir.

Araştırmanın bu bölümünde Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağının bağımsız değişkenler açısından incelenmesine yer verilmiştir.

### **3.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Yaş Değişkeni Açısından İncelenmesi**

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumunun yaş grupları arasında farklılık gösterip göstermediğini ölçmek için tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Çizelge 3.3'te verilmiştir.

**Çizelge 3.3.** Yaşa göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
<b>Öz yönetim Toplam Puanı</b>	Gruplar arası	125,367	3	41,789	1,404	0,242
	Grup içi	8422,605	283	29,762		
	Toplam	8547,972	286			
Kendini damgalama	Gruplar arası	229,178	3	76,393	4,327	<b>,005</b>
	Grup içi	4996,502	283	17,655		
	Toplam	5225,679	286			
Damgalamayla baş etme	Gruplar arası	281,821	3	93,940	8,513	<b>,000</b>
	Grup içi	3122,897	283	11,035		
	Toplam	3404,718	286			
Sağlık bakım etkinliği	Gruplar arası	427,855	3	142,618	22,442	<b>,000</b>
	Grup içi	1798,487	283	6,355		
	Toplam	2226,341	286			
Tedavi uyumu	Gruplar arası	696,384	3	232,128	16,847	<b>,000</b>
	Grup içi	3899,456	283	13,779		
	Toplam	4595,840	286			
İç Kontrol	Gruplar arası	1526,494	3	508,831	22,827	<b>,000</b>
	Grup içi	6308,328	283	22,291		
	Toplam	7834,822	286			
Şans Kontrol	Gruplar arası	926,374	3	308,791	14,720	<b>,000</b>
	Grup içi	5936,741	283	20,978		
	Toplam	6863,115	286			
Önemli /güçlü başkaları	Gruplar arası	35,471	3	11,824	2,486	,061
	Grup içi	1345,944	283	4,756		
	Toplam	1381,415	286			

p<0,05

Çizelge 3.3 incelendiğinde; kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği, tedavi uyumu ve iç kontrol, şans kontrol odağı alt boyutlarının yaş değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucu elde edilmiştir (p<0,05). Önemli başkaları kontrol odağı alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucu elde edilmiştir (p>0,05). Farklılaşmanın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ise post-hoc testlerden Scheffe uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3.4’te verilmiştir.

**Çizelge 3.4.** Yaşın ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Yaş Durumu (I)	Yaş Durumu (J)		
<b>Kendini Damgalama</b>	35 yaş ve altı (1)	2	-1,15445	0,569
		3	-1,21474	0,500
		4	-2,96262*	<b>0,009</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	1,15445	0,569
		3	-,06029	1,000
		4	-1,80818	0,094
	51-65 yaş arası (3)	1	1,21474	0,500
		2	,06029	1,000
		4	-1,74788	0,092
	66-81 yaş arası (4)	1	2,96262*	<b>0,009</b>
		2	1,80818	0,094
		3	1,74788	0,092
<b>Damgalamayla Baş etme</b>	35 yaş ve altı (1)	2	,97979	0,509
		3	1,52244	0,116
		4	3,20252*	<b>0,000</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	-,97979	0,509
		3	,54265	0,742
		4	2,22273*	<b>0,002</b>
	51-65 yaş arası (3)	1	-1,52244	0,116
		2	-,54265	0,742
		4	1,68008*	<b>0,023</b>
	66-81 yaş arası (4)	1	-3,20252*	<b>0,000</b>
		2	-2,22273*	<b>0,002</b>
		3	-1,68008*	<b>0,023</b>
<b>Sağlık Etkinliği Bakım</b>	35 yaş ve altı (1)	2	,39789	0,881
		3	1,10897	0,142
		4	3,51673*	<b>0,000</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	-,39789	0,881
		3	,71109	0,295
		4	3,11884*	<b>0,000</b>
	51-65 yaş arası (3)	1	-1,10897	0,142
		2	-,71109	0,295
		4	2,40776*	<b>0,000</b>
	66-81 yaş arası (4)	1	-3,51673*	<b>0,000</b>
		2	-3,11884*	<b>0,000</b>
		3	-2,40776*	<b>0,000</b>

**Çizelge 3.4.** Yaşın ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar (devamı)

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	P
	Yaş Durumu (I)	Yaş Durumu (J)		
<b>Tedavi Uyum</b>	35 yaş ve altı (1)	2	-1,34208	0,323
		3	-,49038	0,920
		4	2,96480*	<b>0,002</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	1,34208	0,323
		3	,85170	0,483
		4	4,30688*	<b>0,000</b>
	51-65 yaş arası (3)	1	,49038	0,920
		2	-,85170	0,483
		4	3,45518*	<b>0,000</b>
	66-81 yaş arası (4)	1	-2,96480*	<b>0,002</b>
		2	-4,30688*	<b>0,000</b>
		3	-3,45518*	<b>0,000</b>
<b>İç Kontrol</b>	35 yaş ve altı (1)	2	-,24887	0,995
		3	1,25000	0,576
		4	5,96349*	<b>0,000</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	,24887	0,995
		3	1,49887	0,197
		4	6,21236*	<b>0,000</b>
	51-65 yaş arası (3)	1	-1,25000	0,576
		2	-1,49887	0,197
		4	4,71349*	<b>0,000</b>
	66-81 yaş arası (4)	1	-5,96349*	<b>0,000</b>
		2	-6,21236*	<b>0,000</b>
		3	-4,71349*	<b>0,000</b>
<b>Şans Kontrol</b>	35 yaş ve altı (1)	2	-2,03137	0,156
		3	-3,67628*	<b>0,000</b>
		4	-5,76836*	<b>0,000</b>
	36-50 yaş arası (2)	1	2,03137	0,156
		3	-1,64491	0,113
		4	-3,73699*	<b>0,000</b>
	51-65 yaş arası (3)	1	3,67628*	<b>0,000</b>
		2	1,64491	0,113
		4	-2,09208	0,051
	66-81 yaş arası (4)	1	5,76836*	<b>0,000</b>
		2	3,73699*	<b>0,000</b>
		3	2,09208	0,051

\*: p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Çizelge 3.4'e göre;

- Kendini damgalama alt boyutundaki farklılaşmanın yalnızca 35 yaş ve altı ve 66-81 yaş aralığındaki katılımcılar arasında olduğu görülmüştür. 35 yaş ve altında kendini damgalama düşükken 66-81 yaş aralığında yüksek olarak bulunmuştur.
- Damgalamayla baş etmenin 35 yaş ve altı grupta en yüksek, 66-81 yaş aralığında en düşük olduğu görülmüş olup buradaki farklılaşmanın '66-81 yaş aralığındaki' katılımcılardan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Sağlık bakım etkinliğinin 35 yaş ve altı grupta en yüksek, 66-81 yaş aralığında en düşük olduğu görülmüş olup buradaki farklılaşmanın '66-81 yaş aralığındaki' katılımcılardan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Tedaviye uyumun 36-50 yaş grubunda en yüksek, 66-81 yaş aralığında en düşük olduğu görülmüş olup buradaki farklılaşmanın '66-81 yaş aralığındaki' katılımcılardan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- İç kontrol odağı 36-50 yaş grubunda en yüksek, 66-81 yaş aralığında en düşük olduğu görülmüş olup buradaki farklılaşmanın '66-81 yaş aralığındaki' katılımcılardan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Şans kontrol odağının 35 ve altı yaş grubunda en düşük, 66-81 yaş aralığında en yüksek olduğu görülmüştür.

H1: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

H2: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

### **3.4. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi**

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumunun cinsiyet değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiş olup sonuçlar Çizelge 3.5'te verilmiştir.

**Çizelge 3.5.** Cinsiyete göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
<b>Öz Yönetim Toplam</b>	Erkek	20,9643	5,13054	-,178	,296
	Kadın	20,6463	5,76745		
<b>Kendini Damgalama</b>	Erkek	20,9643	4,24673	,629	,530
	Kadın	20,6463	4,30960		
<b>Damgalamayla Baş Etme</b>	Erkek	20,9643	3,46009	,869	,386
	Kadın	20,6463	3,44387		
<b>Sağlık Bakım Etkinliği</b>	Erkek	20,9643	2,86399	,277	,782
	Kadın	20,6463	2,72684		
<b>Tedavi Uyum</b>	Erkek	20,9643	3,82264	,186	,852
	Kadın	20,6463	4,19077		
<b>İç Kontrol</b>	Erkek	20,9643	4,99555	1,420	,157
	Kadın	20,6463	5,43391		
<b>Şans Kontrol</b>	Erkek	20,9643	4,87024	-1,241	,216
	Kadın	20,6463	4,91662		
<b>Önemli Başkaları</b>	Erkek	20,9643	2,09216	,538	,591
	Kadın	20,6463	2,29889		

\*:  $p < 0,05$

Çizelge 3.5'e göre; kronik hastalık öz yönetim toplam puanı ve alt boyutlarıyla, sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutlarının cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucu elde edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

H3: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre reddedilmiştir.

H4: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre reddedilmiştir.

### 3.5. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Medeni Durum Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumunun medeni durum değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiş olup sonuçlar Çizelge 3.6'de verilmiştir.

Çizelge 3.6. Medeni duruma göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		Ortalama	Standart Sapma	t	p
Öz Yönetim Toplam	Evli	64,2487	7,20197	,578	,564
	Bekar	63,8511	7,12509		
Kendini Damgalama	Evli	20,5130	3,99232	-1,643	,124
	Bekar	21,3936	4,77047		
Damgalamayla Baş Etme	Evli	16,7358	3,36613	2,402	,017*
	Bekar	15,7021	3,53426		
Sağlık Bakım Etkinliği	Evli	13,0052	2,68580	2,399	,017*
	Bekar	12,1702	2,92795		
Tedavi Uyum	Evli	16,0052	3,88841	1,172	,242
	Bekar	15,4149	4,23861		
İç Kontrol	Evli	25,4767	5,20624	1,814	,071
	Bekar	24,2872	5,22735		
Şans Kontrol	Evli	23,1192	4,91292	-1,659	,098
	Bekar	24,1383	4,82289		
Önemli Başkaları	Evli	19,3938	2,22213	1,117	,265
	Bekar	19,0851	2,14356		

\*: p<0,05

Kronik hastalık öz yönetim toplam puanında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, buna karşın kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutlarından 'damgalamayla baş etme' ve 'sağlık bakım etkinliği' alt boyutlarında medeni duruma göre anlamlı farklılık olduğu sonucu elde edilmiştir (p<0,05). Bu iki



alt boyutta da evlilerin ortalamasının bekarlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık bakım odağı ölçeği alt boyutları olan iç kontrol, şans kontrol ve önemli başkaları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

H5: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi kısmi olarak kabul edilmiştir.

H6: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre reddedilmiştir.

### 3.6. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Eşlik Eden Hastalık Değişkeni Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumunun eşlik eden hastalığın olup olmaması açısından farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiş ve Çizelge 3.7'de yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Çizelge 3.7.** Eşlik eden hastalığın varlığına göre kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumu

		Ortalama	Standart Sapma	t	p
<b>Öz Yönetim Toplam</b>	Var	64,1441	5,06079	,066	,947
	Yok	64,1006	5,74834		
<b>Kendini Damgalama</b>	Var	21,7034	4,04739	3,030	<b>,003*</b>
	Yok	20,1716	4,32739		
<b>Damgalamayla baş etme</b>	Var	15,8390	3,01271	-2,391	<b>,017*</b>
	Yok	16,7870	3,68421		
<b>Sağlık Bakım Etkinliği</b>	Var	11,8220	2,62672	-4,789	<b>,000*</b>
	Yok	13,3669	2,73127		

**Çizelge 3.7.** Eşlik eden hastalığın varlığına göre kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı durumu (devamı)

		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Tedavi Uyumu</b>	Var	15,2203	4,04702	-2,101	<b>,036*</b>
	Yok	16,2249	3,94113		
<b>İç Kontrol</b>	Var	23,6271	5,23270	-4,054	<b>,000*</b>
	Yok	26,1065	5,00243		
<b>Şans Kontrol</b>	Var	24,4407	4,60869	2,891	<b>,004*</b>
	Yok	22,7633	4,98959		
<b>Önemli Başkaları</b>	Var	19,6356	2,04507	2,224	<b>,027*</b>
	Yok	19,0533	2,27371		

\*:  $p < 0,05$

Çizelge 3.7'ye göre eşlik eden hastalığın olup olmaması kronik hastalık öz yönetim toplamında anlamlı bir farklılık oluşturmayıp ( $p > 0,05$ ), alt boyutlarının hepsinde anlamlı fark oluşturmuştur ( $p < 0,05$ ). Kendini damgalamada eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre ortalaması daha yüksek fakat damgalamayla baş etme ve tedaviye uyumda eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre ortalaması daha düşük çıkmıştır. Ayrıca, iç, şans ve önemli başkaları kontrol odaklarında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ). İç kontrol odağı alt boyutunda eşlik eden hastalığı olanların ortalaması olmayanlara göre daha düşük, şans ve önemli başkaları kontrol odağında ise eşlik eden hastalığı olmayanların ortalaması olanlara göre daha düşüktür.

H7: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.

H8: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.

### 3.7. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Eğitim Düzeyi Değişkeni Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağının eğitim düzeyleri açısından farklılık gösterip göstermediği tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiş ve Çizelge 3.8'de yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Çizelge 3.8.** Eğitim düzeylerine göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
<b>Kronik Hastalık Öz Yönetim Toplam</b>	Gruplar arası	20,124	2	10,062	,335	,716
	Grup içi	8527,848	284	30,028		
	Toplam	8547,972	286			
<b>Kendini damgalama</b>	Gruplar arası	285,572	2	142,786	8,209	,000
	Grup içi	4940,107	284	17,395		
	Toplam	5225,679	286			
<b>Damgalamayla baş etme</b>	Gruplar arası	171,699	2	85,849	7,541	,001
	Grup içi	3233,019	284	11,384		
	Toplam	3404,718	286			
<b>Sağlık bakım etkinliği</b>	Gruplar arası	313,660	2	156,830	23,287	,000
	Grup içi	1912,682	284	6,735		
	Toplam	2226,341	286			
<b>Tedavi uyumu</b>	Gruplar arası	242,219	2	121,109	7,900	,000
	Grup içi	4353,621	284	15,330		
	Toplam	4595,840	286			
<b>İç Kontrol</b>	Gruplar arası	520,583	2	260,291	10,107	,000
	Grup içi	7314,240	284	25,754		
	Toplam	7834,822	286			
<b>Şans Kontrol</b>	Gruplar arası	843,986	2	421,993	19,911	,000
	Grup içi	6019,129	284	21,194		
	Toplam	6863,115	286			
<b>Önemli Diğer Kişiler</b>	Gruplar arası	12,885	2	6,443	1,337	,264
	Grup içi	1368,529	284	4,819		
	Toplam	1381,415	286			

p<0,05

Çizelge 3.8’de eğitim düzeyleri açısından kronik hastalık öz yönetim toplam hariç alt boyutların tümünde anlamlı farklılığın olduğu sonucu elde edilmiş ve önemli diğer kişiler alt boyutun haricinde iç kontrol ve şans kontrol alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu sonucu elde edilmiştir. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ise post-hoc testlerden Scheffe uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3.9’da gösterilmiştir.

**Çizelge 3.9.** Eğitim düzeylerinin ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Eğitim durumu (I)	Eğitim durumu (J)		
<b>Kendini Damgalama</b>	Lise ve altı (1)	2	2,00206*	<b>,014</b>
		3	2,59336*	<b>,007</b>
	Ön lisans (2)	1	-2,00206*	<b>,014</b>
		3	,59130	,833
	Lisans (3)	1	-2,59336*	<b>,007</b>
		2	-,59130	,833
<b>Damgalamayla Baş Etme</b>	Lise ve altı (1)	2	-1,33000	,055
		3	-2,21406*	<b>,004</b>
	Ön lisans (2)	1	1,33000	,055
		3	-,88406	,537
	Lisans (3)	1	2,21406*	<b>,004</b>
		2	,88406	,537
<b>Sağlık Bakım Etkinliği</b>	Lise ve altı (1)	2	-1,61395*	<b>,001</b>
		3	-3,11975*	<b>,000</b>
	Ön lisans (2)	1	1,61395*	<b>,001</b>
		3	-1,50580*	<b>,049</b>
	Lisans (3)	1	3,11975*	<b>,000</b>
		2	1,50580*	<b>,049</b>
<b>Tedavi Uyumu</b>	Lise ve altı (1)	2	-1,63342*	<b>,016</b>
		3	-2,58705*	<b>,004</b>
	Ön lisans (2)	1	1,63342*	<b>,016</b>
		3	-,95362	,520
	Lisans (3)	1	2,58705*	<b>,004</b>
		2	,95362	,520
<b>İç Kontrol</b>	Lise ve altı (1)	2	-2,31764*	<b>,021</b>
		3	-3,85387*	<b>,001</b>
	Ön lisans (2)	1	2,31764*	<b>,021</b>
		3	-1,53623	,436
	Lisans (3)	1	3,85387*	<b>,001</b>
		2	1,53623	,436

**Çizelge 3.9.** Eğitim düzeylerinin ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar (devamı)

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Eğitim durumu (I)	Eğitim durumu (J)		
Şans Kontrol	Lise ve altı (1)	2	3,65259*	,000
		3	4,21201*	,000
	Ön lisans (2)	1	-3,65259*	,000
		3	,55942	,885
	Lisans (3)	1	-4,21201*	,000
		2	-,55942	,885

\*:  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı farklılık

Çizelge 3.9'a göre;

- Kendini damgalama alt boyutu en yüksek lise ve altı grupta görülürken, lisans eğitim düzeyinde en az çıkmıştır.
- Damgalamayla baş etme alt boyutu en düşük lise ve altı grupta görülürken, lisans eğitim düzeyinde en yüksek çıkmıştır. Farklılaşma yalnızca bu iki grup arasındadır.
- Sağlık bakım etkinliği alt boyutunda bütün eğitim düzeyleri arasında farklılaşma vardır. Lise ve altı grupta sağlık bakım etkinliği en düşükken lisans eğitim düzeyinde en yüksek olduğu elde edilmiştir.
- Tedaviye uyum lise ve altı grupta en düşükken lisans eğitim düzeyinde en yüksektir. Post-hoc testler bu farklılaşmanın lise ve altı gruptan kaynaklandığını göstermektedir.
- İç kontrol odağı alt boyutu eğitim düzeyleri açısından karşılaştırma yapıldığında lise ve altı grupta en düşükken lisans eğitim düzeyinde ise en yüksektir. Post-hoc testler bu farklılaşmanın lise ve altı gruptan kaynaklandığını göstermektedir.
- Şans kontrol odağı alt boyutu lise ve altı grupta en yüksekken lisans eğitim düzeyinde en düşüktür. Post-hoc testler bu farklılaşmanın nedeninin Lise ve altı grup olduğunu göstermektedir.

H9: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.

H10: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

### 3.8. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Gelir Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağının gelir durumu açısından farklılık gösterip göstermediği tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiş ve Çizelge 3.10'da yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Çizelge 3.10.** Gelir durumuna göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
<b>Öz yönetim Toplam</b>	Gruplar arası	50,390	2	25,195	,842	,432
	Grup içi	8497,582	284	29,921		
	Toplam	8547,972	286			
<b>Kendini damgalama</b>	Gruplar arası	401,219	2	200,610	11,809	,000
	Grup içi	4824,460	284	16,988		
	Toplam	5225,679	286			
<b>Damgalamayla baş etme</b>	Gruplar arası	300,928	2	150,464	13,768	,000
	Grup içi	3103,790	284	10,929		
	Toplam	3404,718	286			
<b>Sağlık bakım etkinliği</b>	Gruplar arası	361,607	2	180,804	27,537	,000
	Grup içi	1864,734	284	6,566		
	Toplam	2226,341	286			
<b>Tedavi uyumu</b>	Gruplar arası	183,922	2	91,961	5,920	,003
	Grup içi	4411,917	284	15,535		
	Toplam	4595,840	286			
<b>İç Kontrol</b>	<b>Gruplar arası</b>	1119,389	2	559,695	23,670	,000
	<b>Grup içi</b>	6715,433	284	23,646		
	<b>Toplam</b>	7834,822	286			
<b>Şans Kontrol</b>	<b>Gruplar arası</b>	615,848	2	307,924	13,998	,000
	<b>Grup içi</b>	6247,267	284	21,997		
	<b>Toplam</b>	6863,115	286			
<b>Önemli başkaları</b>	<b>Gruplar arası</b>	6,055	2	3,028	,625	,536
	<b>Grup içi</b>	1375,359	284	4,843		
	<b>Toplam</b>	1381,415	286			

p<0,05

Çizelge 3.10’da gelir durumu açısından kronik hastalık öz yönetim toplamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ( $p>0,05$ ), alt boyutlarında ise önemli başkaları alt boyutu dışında diğerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sonucu elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc testlerden Scheffe uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3.11’te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.11.** Gelir durumuna göre ölçekler ve alt boyutların farklılaştığı gruplar

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Gelir durumu (I)	Gelir durumu (J)		
<b>Kendini Damgalama</b>	7500tl altı (1)	2	2,04153*	<b>,004</b>
		3	3,50337*	<b>,000</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	-2,04153*	<b>,004</b>
		3	1,46183	,057
	15000tl ve üstü (3)	1	-3,50337*	<b>,000</b>
		2	-1,46183	,057
<b>Damgalamayla Baş Etme</b>	7500tl altı (1)	2	-1,96697*	<b>,000</b>
		3	-2,97476*	<b>,000</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	1,96697*	<b>,000</b>
		3	-1,00779	,120
	15000tl ve üstü (3)	1	2,97476*	<b>,000</b>
		2	1,00779	,120
<b>Sağlık Bakım Etkinliği</b>	7500tl altı (1)	2	-2,01108*	<b>,000</b>
		3	-3,30962*	<b>,000</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	2,01108*	<b>,000</b>
		3	-1,29854*	<b>,003</b>
	15000tl ve üstü (3)	1	3,30962*	<b>,000</b>
		2	1,29854*	<b>,003</b>
<b>Tedavi Uyum</b>	7500tl altı (1)	2	-,93058	,283
		3	-2,35745*	<b>,004</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	,93058	,283
		3	-1,42687	<b>,050</b>
	15000tl ve üstü (3)	1	2,35745*	<b>,004</b>
		2	1,42687	<b>,050</b>
<b>İç Kontrol</b>	7500tl altı (1)	2	-3,42880*	<b>,000</b>
		3	-5,84808*	<b>,000</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	3,42880*	<b>,000</b>
		3	-2,41928*	<b>,004</b>
	15000tl ve üstü (3)	1	5,84808*	<b>,000</b>
		2	2,41928*	<b>,004</b>

**Çizelge 3.11.** Gelir durumunun ölçekler ve alt boyutlarına göre farklılaştığı gruplar (devamı)

Bağımlı değişken		Ortalama Fark (I-J)	p	
Gelir durumu (I)	Gelir durumu (J)			
<b>Şans Kontrol</b>	7500tl altı (1)	2	2,71934*	<b>,001</b>
		3	4,29111*	<b>,000</b>
	7500-14999tl arası (2)	1	-2,71934*	<b>,001</b>
		3	1,57176	,077
	15000tl ve üstü (3)	1	-4,29111*	<b>,000</b>
		2	-1,57176	,077

\*:  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı farklılık

Çizelge 3.11'e göre;

- Kendini damgalama '7500tl ve altı' gelir düzeyindeki grupta en yüksekken '15000tl ve üstü' grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın 7500tl ve altı gelir grubundan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Damgalamayla baş etme '7500tl ve altı' gelir düzeyindeki grupta en düşükken '15000tl ve üstü' grupta en yüksektir. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın '7500tl ve altı' gelir grubundan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Sağlık bakım etkinliğinde bütün gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılaşma vardır. '7500tl ve altı gelir' grubunda sağlık bakım etkinliği en düşük, '15000tl ve üstü' grupta en yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.
- Tedaviye uyum '7500tl ve altı' gelir düzeyindeki grupta en düşükken '15000tl ve üstü' grupta en yüksektir. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın '15000tl ve üstü' gelir grubundan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- İç kontrol odağı alt boyutunda bütün gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılaşma vardır. '7500tl ve altı' gelir grubunda iç kontrol odağı en düşük, '15000tl ve üstü' grupta en yüksek olduğu görülmektedir.
- Şans kontrol odağı alt boyutu '7500tl ve altı' gelir düzeyindeki grupta en yüksekken '15000tl ve üstü' grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın 7500tl ve altı gelir grubundan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.

H11: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi kabul edilmiştir.



H12: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

### 3.9. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın Sosyal Güvence Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağının sosyal güvence durumu açısından farklılık gösterip göstermediği tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiş olup Çizelge 3.12'de yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Çizelge 3.12.** Sosyal güvence durumuna göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
<b>Kronik Hastalık Öz Yönetim Toplam</b>	Gruplar arası	11,470	2	5,735	,191	,826
	Grup içi	8536,502	284	30,058		
	Toplam	8547,972	286			
<b>Kendini damgalama</b>	Gruplar arası	311,114	2	155,557	8,989	,000
	Grup içi	4914,565	284	17,305		
	Toplam	5225,679	286			
<b>Damgalamayla baş etme</b>	Gruplar arası	194,059	2	97,030	8,583	,000
	Grup içi	3210,659	284	11,305		
	Toplam	3404,718	286			
<b>Sağlık bakım etkinliği</b>	Gruplar arası	99,457	2	49,728	6,640	,002
	Grup içi	2126,885	284	7,489		
	Toplam	2226,341	286			
<b>Tedavi uyumu</b>	Gruplar arası	109,333	2	54,666	3,460	,033
	Grup içi	4486,507	284	15,798		
	Toplam	4595,840	286			
<b>İç Kontrol</b>	Gruplar arası	590,245	2	295,122	11,569	,000
	Grup içi	7244,578	284	25,509		
	Toplam	7834,822	286			

**Çizelge 3.12.** Sosyal güvence durumuna göre ölçekler ve alt boyutların durumu (devamı)

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
<b>Şans Kontrol</b>	Gruplar arası	67,990	2	33,995	1,421	,243
	Grup içi	6795,125	284	23,926		
	Toplam	6863,115	286			
<b>Önemli Diğer Kişiler</b>	Gruplar arası	3,000	2	1,500	,309	,734
	Grup içi	1378,415	284	4,854		
	Toplam	1381,415	286			

p<0,05

Çizelge 3.12'ye göre; sosyal güvence durumunun kronik hastalık öz yönetim toplamında (p>0,05) farklılığa sebep olmadığı fakat alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu (p<0,05) sonucu elde edilmiştir. Ayrıca sosyal güvence durumunun önemli başkaları ve şans kontrol odağında farklılık oluşturmadığı (p>0,05) fakat iç kontrol odağı alt boyutunda farklılaşmaya sebep olduğu (p<0,05) görülmektedir. Farklılaşmanın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc testlerden Scheffe uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3.13'te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.13.** Sosyal güvence durumuna göre ölçekler ve alt boyutların farklılaştığı gruplar

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Sosyal Güvence Durumu (I)	Sosyal Güvence Durumu (J)		
<b>Kendini Damgalama</b>	SGK (1)	2	1,60674	,646
		3	-4,67897*	,000
	Özel Sigorta (2)	1	-1,60674	,646
		3	-6,28571*	,009
	Yok (3)	1	4,67897*	,000
		2	6,28571*	,009
<b>Damgalamayla Baş Etme</b>	SGK (1)	2	-,59738	,912
		3	3,78357*	,000
	Özel Sigorta (2)	1	,59738	,912
		3	4,38095*	,030
	Yok (3)	1	-3,78357*	,000
		2	-4,38095*	,030

**Çizelge 3.13.** Sosyal güvence durumuna göre ölçekler ve alt boyutların farklılaştığı gruplar (devamı)

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	Sosyal Güvence Durumu (I)	Sosyal Güvence Durumu (J)		
<b>Sağlık Bakım Etkinliği</b>	SGK (1)	2	,37266	,947
		3	2,72980*	<b>,002</b>
	Özel Sigorta (2)	1	-,37266	,947
		3	2,35714	,212
	Yok (3)	1	-2,72980*	<b>,002</b>
		2	-2,35714	,212
<b>Tedavi Uyumu</b>	SGK (1)	2	1,30712	,728
		3	2,75950*	<b>,042</b>
	Özel Sigorta (2)	1	-1,30712	,728
		3	1,45238	,756
	Yok (3)	1	-2,75950*	<b>,042</b>
		2	-1,45238	,756
<b>İç Kontrol</b>	SGK (1)	2	-1,79963	,689
		3	6,50990*	<b>,000</b>
	Özel Sigorta (2)	1	1,79963	,689
		3	8,30952*	<b>,004</b>
	Yok (3)	1	-6,50990*	<b>,000</b>
		2	-8,30952*	<b>,004</b>

\*: p<0,05 düzeyinde anlamlı farklılık

Çizelge 3.13'e göre;

- Kendini damgalama alt boyutu özel sigortası olan grupta en düşükken sosyal güvencesi olmayan grupta en yüksektir. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın sosyal güvencesi olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- Damgalamayla baş etme alt boyutu özel sigortası olan grupta en yüksekken sosyal güvencesi olmayan grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın sosyal güvencesi olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- Sağlık bakım etkinliği alt boyutu SGK'lı olan grupta en yüksekken sosyal güvencesi olmayan grupta en düşüktür.
- Tedaviye uyum SGK'lı olan grupta en yüksekken sosyal güvencesi olmayan grupta en düşüktür.

- İç kontrol odağı alt boyutu özel sigortası olan grupta en yüksekken sosyal güvencesi olmayan grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın sosyal güvencesi olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

H13: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.

H14: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

### 3.10. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı'nın İkamet Yeri Değişkeni Açısından İncelenmesi

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağının ikamet yerine göre farklılık gösterip göstermediği tek yönlü anova analizi ile değerlendirilmiş ve Çizelge 3.14'te yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

**Çizelge 3.14.** İkamet yerine göre ölçekler ve alt boyutların durumu

		<b>Kareler toplamı</b>	<b>Sd</b>	<b>Kareler ortalaması</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Kronik Hastalık Öz Yönetim Toplam</b>	Gruplar arası	12,324	2	6,162	,205	,815
	Grup içi	8535,648	284	30,055		
	Toplam	8547,972	286			
<b>Kendini damgalama</b>	Gruplar arası	41,305	2	20,652	1,131	,324
	Grup içi	5184,375	284	18,255		
	Toplam	5225,679	286			
<b>Damgalamayla baş etme</b>	Gruplar arası	95,001	2	47,500	4,076	<b>,018</b>
	Grup içi	3309,717	284	11,654		
	Toplam	3404,718	286			
<b>Sağlık bakım etkinliği</b>	Gruplar arası	164,057	2	82,029	11,296	<b>,000</b>
	Grup içi	2062,284	284	7,262		
	Toplam	2226,341	286			
<b>Tedavi uyumu</b>	Gruplar arası	150,224	2	75,112	4,798	<b>,009</b>
	Grup içi	4445,615	284	15,654		
	Toplam	4595,840	286			

**Çizelge 3.14.** İkamet yerine göre ölçekler ve alt boyutların durumu (devamı)

		Kareler toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	p
İç Kontrol	Gruplar arası	913,124	2	456,562	18,733	,000
	Grup içi	6921,698	284	24,372		
	Toplam	7834,822	286			
Şans Kontrol	Gruplar arası	625,350	2	312,675	14,236	,000
	Grup içi	6237,765	284	21,964		
	Toplam	6863,115	286			
Önemli Diğer Kişiler	Gruplar arası	1,857	2	,928	,191	,826
	Grup içi	1379,558	284	4,858		
	Toplam	1381,415	286			

p<0,05

Çizelge 3.14'te ikamet yeri değişkeni, kronik hastalık öz yönetim toplamı (p>0,05) ve kendini damgalama ile önemli diğer kişiler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmazken (p>0,05), damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği, tedaviye uyum, iç kontrol odağı ve şans kontrol odağı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu sonucu elde edilmiştir (p<0,05). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc testlerden Scheffe uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 3.15'te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.15.** İkamet Yerine göre ölçekler ve alt boyutların farklılaştığı gruplar

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	İkametgâh yeri (I)	İkametgâh yeri (J)		
Damgalamayla Baş Etme	İl (1)	2	,16170	,933
		3	2,90556*	,018
	İlçe (2)	1	-,16170	,933
		3	2,74386*	,033
	Köy (3)	1	-2,90556*	,018
		2	-2,74386*	,033
Sağlık Bakım Etkinliği	İl (1)	2	1,42632*	,000
		3	2,30000*	,018
	İlçe (2)	1	-1,42632*	,000
		3	,87368	,572
	Köy (3)	1	-2,30000*	,018
		2	-,87368	,572

**Çizelge 3.15.** İkamet Yerine göre ölçekler ve alt boyutların farklılaştığı gruplar  
(devamı)

Bağımlı değişken			Ortalama Fark (I-J)	p
	İkametgâh yeri (I)	İkametgâh yeri (J)		
<b>Tedavi Uyumu</b>	İl (1)	2	1,27573*	<b>,041</b>
		3	2,50556	,107
	İlçe (2)	1	-1,27573*	<b>,041</b>
		3	1,22982	,598
	Köy (3)	1	-2,50556	,107
		2	-1,22982	,598
<b>İç Kontrol</b>	İl (1)	2	2,19211*	<b>,001</b>
		3	8,06667*	<b>,006</b>
	İlçe (2)	1	-2,19211*	<b>,001</b>
		3	5,87456*	<b>,041</b>
	Köy (3)	1	-8,06667*	<b>,006</b>
		2	-5,87456*	<b>,041</b>
<b>Şans Kontrol</b>	İl (1)	2	-3,13041*	<b>,000</b>
		3	-2,26111	,272
	İlçe (2)	1	3,13041*	<b>,000</b>
		3	,86930	,833
	Köy (3)	1	2,26111	,272
		2	-,86930	,833

\*:  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı farklılık

Çizelge 3.15'e göre;

- Damgalamayla baş etme alt boyutu, ilde ikamet eden grupta en yüksekken köyde ikamet eden grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın köyde ikamet eden gruptan kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir.
- Sağlık bakım etkinliği ilde ikamet eden grupta en yüksekken köyde ikamet eden grupta en düşüktür. Post-hoc testler neticesine oluşan bu farkın ilde ikamet eden gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.
- Tedaviye uyum ilde ikamet eden grupta en yüksekken köyde ikamet eden grupta en düşüktür.
- İç kontrol odağı alt boyutunda tüm ikamet grupları arasında anlamlı farklılık vardır. İç kontrol odağı ilde ikamet eden grupta en yüksekken köyde ikamet eden grupta en düşüktür.

- Şans kontrol odağında yalnızca ilçe ile ilde ikamet eden grup arasında anlamlı farklılaşma görülmektedir. İlçede ikamet eden katılımcılarda şans kontrol odağı en yüksekken ilde ikamet eden grupta en düşüktür.

H15: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

H16: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kısmi olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Kronik Hastalık Öz Yönetim ve Sağlık Kontrol Odağı Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

Kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçları Çizelge 3.16’da ifade edilmiştir.

Çizelge 3.16. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
Kronik hastalık öz yönetim toplam (1)	<b>r</b>	1							
	<b>p</b>								
	<b>n</b>	287							
Kendini damgalama (2)	<b>r</b>	<b>,504**</b>	1						
	<b>p</b>	,000							
	<b>n</b>	287	287						
Damgalamayla baş etme (3)	<b>r</b>	<b>,337**</b>	<b>-,425**</b>	1					
	<b>p</b>	,000	,000						
	<b>n</b>	287	287	287					
Sağlık bakım etkinliği (4)	<b>r</b>	<b>,193**</b>	<b>-,423**</b>	<b>,675**</b>	1				
	<b>p</b>	,001	,000	,000					
	<b>n</b>	287	287	287	287				
Tedavi uyum (5)	<b>r</b>	<b>-,402**</b>	<b>-,281**</b>	<b>,418**</b>	<b>,562**</b>	1			
	<b>p</b>	,000	,000	,000	,000				
	<b>n</b>	287	287	287	287	287			
İç kontrol (6)	<b>r</b>	,066	<b>-,220**</b>	<b>,439**</b>	<b>,577**</b>	<b>,454**</b>	1		
	<b>p</b>	,263	,000	,000	,000	,000			
	<b>n</b>	287	287	287	287	287	287		
Şans kontrol (7)	<b>r</b>	,027	<b>,284**</b>	<b>-,389**</b>	<b>-,524**</b>	<b>-,435**</b>	<b>-,440**</b>	1	
	<b>p</b>	,646	,000	,000	,000	,000	,000		
	<b>n</b>	287	287	287	287	287	287	287	
Önemli başkaları (8)	<b>r</b>	<b>,785**</b>	<b>,615**</b>	<b>,176**</b>	,026	<b>-,245**</b>	,073	,042	1
	<b>p</b>	,000	,000	,003	,661	,000	,215	,480	
	<b>n</b>	287	287	287	287	287	287	287	287

\*\* . p<0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon



Çizelge 3.16'da gösterilen pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre (\*\*.  $p < 0,01$ );

- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile kendini damgalama alt boyutu ( $r=0,504$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hastalıklarıyla ilgili kendilerini damgalama davranışları arttıkça kronik hastalık öz yönetimi de orta derecede artmaktadır.
- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile damgalamayla baş etme alt boyutu ( $r=0,337$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların damgalamayla baş etme becerileri arttıkça az da olsa kronik hastalık öz yönetim gücü de artmaktadır.
- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile sağlık bakım etkinliği alt boyutu ( $r=0,193$ ;  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların gösterdikleri sağlık bakım etkinlikleri arttıkça az da olsa kronik hastalık öz yönetim gücü de artmaktadır.
- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile tedavi uyum alt boyutu ( $r=-0,402$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hastalıkları süresince tedavilerine uyumları arttıkça kronik hastalık öz yönetim gücü de orta derecede artmaktadır.
- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile önemli başkaları kontrol odağı alt boyutu ( $r=0,785$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hasta ve sağlıklı olma durumlarındaki kontrolü sağlık profesyonellerine, ailesine veya arkadaşlarına bırakma düzeyleri arttıkça kronik hastalık öz yönetim derecesi de güçlü ölçüde artmaktadır.
- Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile iç kontrol odağı ( $r=0,066$ ;  $p=0,263$ ) ve şans kontrol odağı ( $r=0,027$ ;  $p=0,646$ ) alt boyutu arasında bir ilişki bulunamamıştır.
- Kendini damgalama ile iç kontrol odağı alt boyutu ( $r=-0,220$ ;  $p=0,000$ ) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarının kontrolünü kendilerinin sağladıklarına olan inançları arttıkça kendilerini damgalama davranışları az da olsa azalmaktadır.
- Kendini damgalama ile şans kontrol alt boyutu ( $r=0,284$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarını

şansın kontrol ettiğine olan inançları arttıkça kendilerini damgalama davranışları da az düzeyde artmaktadır.

- Kendini damgalama ile önemli başkaları alt boyutu ( $r=0,615$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hasta ve sağlıklı olma durumlarındaki kontrolü sağlık profesyonellerine, ailesine veya arkadaşlarına bırakma düzeyleri arttıkça kendilerini damgalama düzeyleri de orta derecede artmaktadır.
- Damgalamayla baş etme ile iç kontrol odağı alt boyutu ( $r=0,439$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarının kontrolünü kendilerinin sağladıklarına olan inançları arttıkça damgalamayla baş etme düzeyleri de orta derecede artmaktadır.
- Damgalamayla baş etme ile şans kontrol odağı alt boyutu ( $r=-0,389$ ;  $p=0,000$ ) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarını şansın kontrol ettiğine olan inançları arttıkça damgalamayla baş etme düzeyleri az düzeyde azalmaktadır.
- Damgalamayla baş etme ile önemli başkaları kontrol odağı alt boyutu ( $r=0,176$ ;  $p=0,003$ ) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hasta ve sağlıklı olma durumlarındaki kontrolü sağlık profesyonellerine, ailesine veya arkadaşlarına bırakma düzeyleri arttıkça damgalamayla baş etme düzeyleri de az da olsa artmaktadır.
- Sağlık bakım etkinliği ile iç kontrol alt boyutu ( $r=0,577$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarının kontrolünü kendilerinin sağladıklarına olan inançları arttıkça gösterdikleri sağlık bakım etkinlikleri de orta derecede artmaktadır.
- Sağlık bakım etkinliği ile şans kontrol alt boyutu ( $r=-0,524$ ;  $p=0,000$ ) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarını şansın kontrol ettiğine olan inançları arttıkça gösterdikleri sağlık bakım etkinlikleri orta derecede azalmaktadır.
- Sağlık bakım etkinliği ile önemli başkaları kontrolü alt boyutu ( $r=0,026$ ;  $p=0,661$ ) arasında bir ilişki bulunamamıştır.
- Tedavi uyumu ile iç kontrol alt boyutu ( $r=0,454$ ;  $p=0,000$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarının

kontrolünü kendilerinin sağladıklarına olan inançları arttıkça tedaviye gösterdikleri uyum da orta derecede artmaktadır.

- Tedavi uyum ile şans kontrol alt boyutu ( $r=-0,435$ ;  $p=0,000$ ) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların sağlıklarını şansın kontrol ettiğine olan inançları arttıkça tedaviye gösterdikleri uyum orta derecede azalmaktadır.
- Tedavi uyum ile önemli başkaları kontrolü alt boyutu ( $r=-0,245$ ;  $p=0,000$ ) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların hasta ve sağlıklı olma durumlarındaki kontrolü sağlık profesyonellerine, ailesine veya arkadaşlarına bırakma düzeyleri arttıkça tedaviye gösterdikleri uyum az düzeyde azalmaktadır.

H17: Kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık kontrol odağı alt boyutları arasında ilişki vardır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.

Araştırmada yer alan hipotezlere ilişkin tüm sonuçlar çizelge 3.17’de özet olarak verilmiştir.

**Çizelge 3.17.** Hipotezlerin test sonuçları

Hipotezler	Kabul	Kısmi kabul	Red
H1: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H2: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları yaş değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H3: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.			✗
H4: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları cinsiyet değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.			✗
H5: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H6: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları medeni durum değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.			✗

**Çizelge 3.17. Hipotezlerin test sonuçları (devamı)**

<b>Hipotezler</b>	<b>Kabul</b>	<b>Kısmi kabul</b>	<b>Red</b>
H7: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.	✓		
H8: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eşlik eden hastalık değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır hipotezi elde edilen sonuçlara göre kabul edilmiştir.	✓		
H9: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.	✓		
H10: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H11: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.	✓		
H12: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları gelir durumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H13: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.	✓		
H14: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H15: Katılımcıların kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H16: Katılımcıların sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları ikamet yeri değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.		✓	
H17: Kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık kontrol odağı alt boyutları arasında ilişki vardır.	✓		

## 4. TARTIŞMA

Diyabet hastaları üzerinde yapılan bu çalışmanın amacı kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık kontrol odağı arasında bir ilişki olup olmadığını ve çeşitli sosyo-demografik özelliklerin de bu ilişkiye etki edip etmediğini değerlendirmektir. Ayrıca kronik hastalık öz yönetim ve sağlık kontrol odağı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

Bu araştırma toplam 287 diyabet hastasının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarının %96,5'i tip 2 diyabetli %3,5'i ise tip 1 diyabetlidir. Türkiye Diyabet Vakfı (TDV) verilerine göre diyabetli hastaların %90'ı Tip 2 diyabetlidir. Araştırmamıza katılan tip 1 ve 2 diyabetli oranı literatürle uyumludur. Katılımcıların %51,2'si kadın %48,8'i erkektir, yaş ortalaması 52,31 ve %56,8'i 50 yaş ve üzeridir. Veysel (2023)'in bir aile hekimliği merkezinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 52.06'dır ve %75'i 45 yaş ve üzeridir. Öztürk ve diğerlerinin kronik hastalık öz yönetim ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi çalışmasında katılımcıların %42,8'i kadın, %58,2'si erkek, %34,8'i ise 46 yaş ve üzerindedir (Öztürk vd., 2021). Güzel (2017), çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında katılımcıların %50,5'i kadın %49,5'i erkektir. Cinsiyet ve yaş değişkenine ait bulgularımız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Öz yönetim; temelde hastalığın tedavisini, fiziksel ve sosyal sonuçlarını ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumunu içerisine alan kapsamlı bir kavramdır. Kronik hastalıkların öz yönetiminde, kendini damgalama, damgalama ile baş etme, sağlık bakımı etkinliği ve tedaviye uyum kritik unsurlardır (Ngai vd., 2021). Bu çalışmada katılımcıların kronik hastalık öz yönetim ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde (ort:64,11±5,4 Min:21Max:105) olduğu görülmektedir. Alt boyutlarından kendini damgalama (ort:20,80±4,2 Min:9Max:33), damgalamayla baş etme (ort:16,39±3,4 Min:9Max:25), sağlık bakım etkinliği (ort:12,73±2,7 Min:8Max:20) düşük düzeyde fakat tedaviye uyum (ort:15,81±4,0 Min:5Max:25) orta düzeyde çıkmıştır. Dolayısıyla diyabetli hastaların kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği düşük; tedavi uyumu orta düzeyde ve

kronik hastalık öz yönetim toplam puanı ise orta düzeyde olduğu sonucu elde edilmiştir.

Yaş grupları açısından kronik hastalık öz yönetim alt boyutlarına bakıldığında, çalışmada kendini damgalama bütün yaş grupları arasında '35 yaş ve altı' grupta en düşük '66-81 yaş arası' grupta ise en yüksek olarak bulunmuştur. Damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği bütün yaş grupları arasında '35 yaş ve altı' grupta en yüksek '66-81 yaş arası' grupta en düşükken '36-50 yaş arası' katılımcılarda tedaviye uyum en yüksek '66-81 yaş arası' katılımcılarda da en düşük olarak tespit edilmiştir. Kara (2023), diyabet hastalarına yaptığı çalışmada 45 yaş altı grupta kendini damgalama ve tedavi uyumu diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak tespit etmiş ve damgalamayla baş etme boyutunu ise 65 yaş ve üzeri katılımcılarda daha yüksek olarak bulmuştur. Bakır ve Zengin (2023), yaptıkları çalışmada düşük yaş gruplarında kendini damgalamanın daha yüksek olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Araştırma bulguları bahsi geçen araştırmalardan yalnızca kendini damgalama ve damgalamayla baş etme alt boyutunda farklılık göstermektedir. Bunun nedeni olarak genç yaşa göre 65 yaş üzeri katılımcıların diyabetle daha uzun zaman geçirmeleri ve diyabeti kabullenmiş olma durumları olduğu söylenebilir.

Kronik hastalık öz yönetim ve alt boyutları ile medeni duruma bakıldığında; damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği alt boyutları evlilerde bekârlara göre anlamlı farklılık oluştururken ( $p<0,05$ ), kronik hastalık öz yönetim toplamı ile evli ve bekâr olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Aytap ve Özer (2021), yaptığı çalışmada öz yönetim ile bekâr olma arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Kara (2023), yaptığı çalışmada da öz yönetimin bekar olan grupta daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Mevcut bulgularımız bu çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bunun nedeni olarak evlilikte eşlerin hastalık öz yönetiminde sosyal bir destek olarak birbirilerini desteklemesinin tedaviye uyumu olumlu olarak etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu lisans eğitim düzeyindeki katılımcılarda diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksekken; kendini damgalama ise lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Kara (2023), yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalık öz yönetim alt boyutları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde

etmiştir. Diğer çalışma bulgularıyla da uyumlu olarak araştırmamız kronik hastalık öz yönetiminde eğitimin önemini vurgulamış olmaktadır.

Araştırmada eşlik eden hastalığı olan katılımcılarda kendini damgalama alt boyut ortalama puanı(ort:21,70) daha yüksekken, damgalamayla baş etme (ort:15,83) ve tedavi uyumunun (ort:15,22) alt boyut ortalama puanlarının daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Kara (2023)'nın çalışmasında da diyabet hastalarında ek olarak hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi rahatsızlığı olanların öz yönetim puanlarının ve sağlık bakım etkinliğinin daha düşük olduğu ve tedaviye uyumda zorlandıkları sonucu elde edilmiştir. Bakır ve Zengin (2023) çalışmalarında ek hastalığı olmayan diyabet hastalarının damgalanma ile daha iyi düzeyde baş ettiklerini belirtmişlerdir. Yapılan birçok çalışma da gösteriyor ki özellikle birden fazla kronik rahatsızlığı olan kişiler, daha fazla finansal yüke ve daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olmaktadır (Cohen, 2017: 2). Bu sonuca göre; kronik hastalık sayısı arttıkça bireylerde hastalıkla baş etme ve tedaviye uyumda azalma olduğu söylenebilir.

Araştırmada damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu '15000 TL ve üstü' gelir grubunda diğer gelir gruplarına göre daha yüksekken, kendini damgalama ise '7500tl ve altı' gelir grubunda diğer gelir gruplarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bakır ve Zengin'in yapmış olduğu çalışmada da gelir durumu yüksek olan diyabet hastalarının sağlık bakım etkinliğinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bakır ve Zengin, 2023). Gelir durumu düşük olan bireylerin, kronik bir hastalığa sahip olma riski daha yüksektir ve bu tür bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve beslenme seçenekleri daha düşük, stres seviyelerinin ise yüksek olması kaçınılmazdır (Owen, 2023). Diyabet yönetiminde kullanılan ilaçların yüksek maliyetli olması, komplikasyon kaynaklı ek maliyetlerin çok yüksek olma riskinin varlığı bunun nedeni olarak söylenebilir.

Araştırmada kendini damgalama puanı sosyal güvencesi olan katılımcılarda en düşükken, damgalamayla baş etme özel sigortası olan katılımcılarda en yüksek olarak bulunmuştur. SGK'sı olan katılımcılarda, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ile sosyal güvence değişkenin birlikte incelendiği bir araştırma olmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Elde edilen sonuca ilişkin olarak; özel sigortası olan bireylerin hem

özel hem de kamu sağlık kurumlarında sağlık hizmeti alabilme imkânı sosyal güvencesi olmayıp sağlık hizmeti alabilme imkânı daha kısıtlı olan bireylere göre daha kolay tedaviye ulaşım sağlamaları ve sağlık hizmeti seçebilme özgürlüğü gösterilebilir. Kronik hastalık yönetiminde sağlık bakım etkinliğinin devamlılığı önemlidir. Diyabet hastalarının takibinde düzenli kontrollerin yapılması hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık hizmetine ulaşımında hastanın sosyal güvencesinin olması kritik bir faktördür.

Bu araştırmada ilde ikamet eden katılımcılarda damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksekken köyde ikamet edenlerde bu puanlar daha düşük bulunmuştur. Elde edilen sonuca ilişkin yorum olarak; kişinin sağlığını etkili olarak sürdürmesinde gerekli eylem planlarını yürütme, sağlık uzmanları ile iletişimde olma, sağlık hizmetlerine kolay ulaşım ve düzenli kontrollere gitme gibi eylemlerin köyde yaşayan insanlar için ilde yaşayanlara göre daha kısıtlı olması söylenebilir.

Kontrol odağı bireylerin sağlık davranışını kimin veya neyin kontrol ettiğini araştırmaktadır. Katılımcıların iç kontrol odağı alt boyutu puanı diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yani bu sonuç katılımcıların daha çok iç kontrol odağı inancına sahip olduklarını göstermektedir. Dolayısıyla davranış sonuçlarını ve olayları kadere, şansa ve güçlü diğer kişi ve olaylara bağlı olarak algılama yerine kendi davranışlarına veya kişilik özelliklerine bağlı olarak algılama eğilimindeki kişilik özelliklerini işaret etmektedir. Petricek vd., (2009)'ın tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı bir çalışmada katılımcılarda iç kontrol odağı en yüksek çıkarken onu sırasıyla şans kontrol odağı ve güçlü başkaları kontrol odağı takip etmiştir. Trento vd..'nin diyabet hastalarıyla yaptığı bir çalışmada da katılımcıların iç kontrol odağı inancı diğer kontrol odaklarına göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Trento vd., 2009).

Araştırmada cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları iç kontrol, şans kontrol ve önemli başkaları kontrol odağı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Kılıç ve Arslan (2018)'ın yaptığı çalışmada da yaş ve cinsiyet değişkenlerinin iç kontrol odağı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucunu elde etmişlerdir. Akbolat ve Uğurluoğlu (2011)'nin yaptığı çalışmada da alt



boyutların tamamı ile yaş, cinsiyet, medeni durum değişkenleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kılıç ve Arslan (2018)'in yaptığı çalışmada iç kontrol odağı alt boyutunda medeni durumu evli olanların bekarlara göre puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmada yaş değişkenine göre; iç kontrol odağı inancı '36-50 yaş grubu'nda en yüksek, şans kontrol odağı inancı ise '66-81 yaş aralığı'nda en yüksek olarak bulunmuştur. Gibek ve Sacha (2019), onkoloji hastaları üzerine yaptıkları çalışmada yaş arttıkça iç kontrol odağı alt boyutu puanının arttığını bulmuşlardır. Morovatisharifabad vd., (2009)'nin diyabet hastaları üzerine yaptığı bir çalışma sonuçlarına göre; güçlü başkaları kontrol odağının yaşın yükselmesine göre artış gösterdiği bulunmuştur. Basinska ve Andruzzkiewicz tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre ise; 65 yaş üstü yaşlı hastaların kronik hastalığın türüne bakılmaksızın, sağlıklarının kontrolünün başkalarına bağlı olduğunu yani güçlü başkaları kontrol odağı inancının yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Basinska ve Andruszkiewicz, 2012). Araştırma sonuçlarımız bu araştırmalarla benzerlik göstermemektedir. Bu durum, yaşın artması ve hastalıkla daha uzun süre geçirmekle birlikte hastaların sağlıklarını kendilerinin yönettiğine dair inançlarının azalması olarak açıklanabilir.

Bu araştırmada iç kontrol odağı alt boyutunda eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Lisans mezunu olanların iç kontrol odağı inancı, ön lisans ile lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Akbolat ve Uğurluoğlu (2011)'nin yaptığı çalışmada lisans düzeyinde eğitim alan katılımcıların iç kontrol odağının lise ve ön lisans eğitimi alan katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Morovatisharifabad vd., (2009)'nin yaptığı çalışmada iç kontrol odağının eğitim düzeyine göre arttığı ve şans kontrol odağının ise eğitim düzeyine göre azaldığı görülmüştür. Petricek vd., (2009)'nin Tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların iç kontrol odağı daha yüksek bulunmuştur. Taher vd.nin, (2015)'de yaptıkları çalışmada, üniversite eğitimi almış kişilerin şans kontrol odağı daha düşük bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız bu çalışma bulgularıyla uyum göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça şans kontrol odağının azalıp iç kontrol odağının arttığı

söylenbilir. Eğitimin iç kontrol odağının gelişmesinde de önemli bir unsur olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada iç kontrol, şans kontrol ve önemli başkaları kontrol odakları ile gelir durumuna bakıldığında, iç kontrol odağı; '15000 tl ve üstü' geliri olanlarda, diğer gelir gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır. Şans kontrol odağı '7500tl ve altı' gelire sahip grupta diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Büster (2020), hastalarla yaptığı bir çalışmada gelir azaldıkça hastaların şans kontrol odağı alt boyutu puanının yükseldiği sonucuna ulaşmıştır. Taher vd., (2015)'nin yaptıkları çalışmada aylık geliri yüksek olan bireylerin iç kontrol odağı daha yüksek olarak bulunmuştur. Aşkın (1989), gerçekleştirdiği araştırmada, sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe kişilerin içten denetime olan inançlarında da artış olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Gelir düzeyinin yükselmesiyle birlikte hastaların daha çok sağlıklarını kontrol edebilen ve içten denetimli bireyler oldukları söylenebilir.

Bu araştırmada ilde ikamet edenlerin iç kontrol odağı inançları ilçe ve köyde ikamet edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Şans kontrol odağı ise ilçede ikamet eden katılımcılarda ilde ikamet edenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Jafari vd.'nin ise, (2023)'de yaptığı çalışmada ikamet edilen yer ile sağlık kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve ilde yaşayan bireylerin iç kontrol odağı şans ve güçlü başkaları kontrol odağına göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlara göre; ilde ikamet edenlerin hastalıklar ve olaylar üzerinde şans ve diğer insanların etkisinin daha az olduğuna inandıkları söylenebilir.

Kronik hastalık öz yönetim toplamı ile önemli başkaları kontrol odağı alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Tedavi uyumu ile iç kontrol alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Tedavi uyum ile şans kontrol alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Tedavi uyum ile önemli başkaları kontrolü alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki vardır. Damgalamayla baş etme ile iç kontrol alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır. Sağlık bakım etkinliği ile iç kontrol alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Morovatisharifabad vd., (2009), iç kontrol odağı ile diyabet rejimine bağlılık arasında pozitif bir ilişki tespit etmiş ve şansa bağlı kontrol odağı ile diyabet rejimine bağlılık arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Taher vd., (2015)'nin hipertansiyon hastaları üzerine yaptıkları çalışmada hipertansiyonlu hastalarda tedavi rejimine uyum ile iç sağlık kontrol odağı arasında doğrudan bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Kontrol altına alınmayan hipertansiyonu olan hastalarda da şans kontrol odağının yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla iç sağlık kontrol odağı inancı olan hastalarda tedavi rejimine daha iyi uyum olduğu görülmüştür. Przybylski (2010), yaptığı çalışmada yüksek iç kontrol odağı inancına sahip hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu tespit etmiştir. Elde edilen sonuçlar bu çalışmalarla uyum göstermektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklar hem dünyada hem de Türkiye’de büyük bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan birey sayısının giderek artması bu hastalıkların kontrol altına alınmasını gerekli kılmaktadır. Çünkü kronik hastalıkların hem bireyler hem de ülkeler üzerine oluşturduğu yük de paralel olarak artış göstermektedir. Özellikle diyabet genetik geçişi olan ve bireyin hayatı boyunca birlikte yaşayacağı meşakkatli bir süreci içine alan kronik bir hastalıktır. Bu sürecin içerisinde uyulması gereken bir diyet, kan şekeri kontrolü ve insülin tedavisi bulunmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi multidisipliner bir iş birliği gerektirir. Çünkü kronik hastalık yönetiminin iki ayağı vardır biri ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumu diğeri de hastanın hastalığının sorumluluğunu alarak kaliteli yaşam sürebilmesidir. Bu noktada da kronik hastalığı olan bireylere öz yönetim gücü kazandırılmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Hastalara öz yönetimin kazandırılması hususunda sağlık kontrol odağı inancı kritik bir role sahiptir. Çünkü sağlık kontrol odağı hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarını, tedavilerine uyum göstermelerini ve hastalığının sorumluluğunu almalarını etkilemektedir.

Bu çalışma Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi’nde diyabet hastalarının kronik hastalık öz yönetim düzeyleri ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılmıştır. Hastaların sahip oldukları sağlık odağı inancı türüne göre kronik hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak, sağlık bakım vericilerine bu konuda ışık tutması amaçlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların kronik hastalık öz yönetim ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde (ort:64,11 Min:21-Max:105) olduğu görülmektedir. Alt boyutlarından kendini damgalama (ort:20,80 Min:9-Max:33), damgalamayla baş etme (ort:16,39 Min:9-Max:25), sağlık bakım etkinliği (ort:12,73 Min:8-Max:20) düşük düzeyde fakat tedaviye uyum (ort:15,81 Min:5-Max:25) orta düzeyde çıkmıştır. Katılımcıların iç kontrol odağı puanı (ort:25,08 Min:9-Max:36) diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yani katılımcıların daha çok iç kontrol odağı inancına sahip oldukları sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Çok Boyutlu Sağlık

Kontrol Ölçeği A Formu 'undan elde ettikleri puanların onların sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Gerçekleştirilen korelasyon analizleri neticesinde; kronik hastalık öz yönetim toplam ve alt boyutları ile sağlık kontrol odağı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgulara göre geliştirilen öneriler şu şekildedir;

- ✓ İç kontrol odağı arttıkça hastanın tedaviye uyumu artacaktır. Bu nedenle, hastaların sağlık kontrol odağı algılarının belirlenmesi önemlidir.
- ✓ Kronik hastalığı olan bireylerin kontrol odağının değerlendirilip tespit edilmesi, bu hastalara yönelik tedavi modellerinin geliştirilmesinde rehberlik edecek temel araçlar haline gelebilir.
- ✓ İç kontrol odağı inancı olan bireylerde tedaviye uyum yüksekken şans kontrol odağı inancı olan bireylerde tedavi uyumu düşük bulunmuştur. Bu nedenle, diyabet hastalarında tedavi rejimine uyum sağlamak ve öz yönetimi geliştirmek için düzenlenen girişimsel programlar geliştirilirken hastaların kontrol odağı inançları göz önünde bulundurulmalıdır.
- ✓ Kronik hastalık öz yönetim eğitim programları düzenlenirken lise ve altı eğitim seviyesinde olan gruplara öncelik verilmelidir. Eğitimlerin içeriği ve yöntemleri hazırlanırken eğitim seviyesinin dikkate alınmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Düzenlenecek eğitimlere aile bireylerinin, özellikle eşlerin katılımı sosyal desteğin sağlanması açısından önemli katkı sağlayacaktır.
- ✓ Kronik hastalığı olan bireylerle kaliteli bir sağlık personeli-hasta ilişkisinin kurulması önemlidir. Bu hastalarda özelliği bir ilişkinin geliştirilmesi gereklidir. Hastaların kendi hastalıklarının yönetiminde primer rol aldığı, kendilerini rahatlıkla ifade edebildikleri, hasta merkezli bir yaklaşım esas alınmalıdır. Etkili bir iletişimin sağlanması, kronik hastalıklar ile baş etme, tedaviye uyum gösterme, kendilerini damgalamama gibi birçok konuda hastaları destekleyecektir. Hastalar tedavi programlarına daha iyi uyum sağlayacak ve hasta memnuniyeti artacaktır. Sağlık profesyonellerinin motivasyonunun yükseldiği kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşecektir.

- ✓ Kronik hastalıkların öz yönetiminde doktor, hemşire, psikolog vb. uzmanlık alanlarını kapsayan (hastanın tıbbi tanı almasıyla başlayıp sağlık kontrol odağının belirlenmesi, tedaviye uyum ve bu süreçte yaşayacağı sorunlara ilişkin destek almasını içerisine alan) birden fazla sağlık profesyoneli rol almaktadır. Bu nedenle, multidisipliner bir yaklaşımın esas alınması, çalışanlar arasında koordinasyonun sağlanması gereklidir. Sağlık hizmetleri örgütlenmesinin kronik hastalık yönetiminde multidisipliner yaklaşımı esas alan bir modelin benimsemesi önerilmektedir.
- ✓ Sağlık profesyonellerinin, farkındalığının artırılması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde kronik hastalık öz yönetimi programlarının yer alması ve bu sayede profesyonel, yetkin ekiplerin yetiştirilmesi önerilmektedir.
- ✓ Sosyal güvencesi olmayan kronik hastalıklı bireylere sağlık hizmetlerine ulaşım ve maddi konularda destek sağlanması önerilmektedir.
- ✓ Kırsal bölgelerde yaşamını sürdüren bireylere yönelik rutin sağlık taramalarının yapılması, hastalıkların erken tanısı ve var olan hastalıkların kontrolünü sağlamada etkili olacağı düşünülmektedir.
- ✓ Kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisinde özellikle riskli grupta bulunan bireylere yönelik aile hekimliklerine primer roller verilerek takipleri sağlanabilir.
- ✓ Kronik hastalık öz yönetiminde dünyada kullanılan modeller incelenerek Türkiye'ye özgü bir kronik öz bakım modeli geliştirilmelidir.

İleride yapılacak çalışmalar için öneriler:

- ✓ Sağlık kontrol odağının kronik hastalık öz yönetimi üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak için farklı kronik hastalıklarda ve daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- ✓ Sağlık profesyonellerinin kronik hastalık öz yönetimi konusundaki tutumları araştırılmalıdır.
- ✓ Benzer çalışmaların diyabet hastaları dışında da yapılması önerilmektedir.
- ✓ Kronik hastalık öz yönetiminde hasta-sağlık profesyoneli iletişimine yönelik araştırmalar yapılabilir.
- ✓ Kronik hastalık öz yönetiminde sağlık sektöründe m-sağlık uygulamaları kullanımına yönelik araştırmalar yapılabilir.

## KAYNAKLAR

- Akalın, E., Tanrıöver, M. D., & Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. *Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti*, 25, 73.)
- Akbolat, M., Oğuz, I., & Uğurluoğlu, Ö. (2011). Sağlık Çalışanlarının Kontrol Odağı, İş Doyumu, Rol Belirsizliği ve Rol Çatışmasının Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29(2), 23-48.
- Akça, D. (2020). Diyabetlilerde Hatırlatıcı Diyabetik Ayak Aynası Kullanımının Ayak Kontrolü Sıklığı ve Diyabetik Ayak Gelişimine Etkisi. Doktora Tezi. *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*, İstanbul.
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Alanyalı, Z., ve Arslan, S. (2020). Diabetes Symptoms and Self-Management Perceptions of Individuals with Type 2 Diabetes. *Archives of health science and research (Online)*, 7(3), 238-243.
- Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual review of public health*, 40, 127-146.
- Altun, B. U. (2010). Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi. *Balkan Medical Journal*, 2010 (1), 19-25.
- Ansari, R. M., Harris, M. F., Hosseinzadeh, H., & Zwar, N. (2022). Implementation of chronic care model for diabetes self-management: a quantitative analysis. *Diabetology*, 3(3), 407-422.
- Arslan, D. T., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99-126.
- Aşkın M (1989). Denetim Odağı ile Kendini Kabul Arasındaki İlişkilerin Sosyal Psikolojik Açısından İncelenmesi, *Erzurum: Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları*. 84.
- Aydemir, T., & Çetin, Ş. (2019). Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *Journal Kırşehir Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
- Aytaç, Ö., & Kurttaş, M. Ç. (2016). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Aytap, F., & Özer, Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 212-222.
- Aytemur, M., & İnkaya, B. (2022). Diabetes Mellituslu Bireylerde Diyabet Komplikasyon Risk Algısının ve Diyabet Öz Yönetim Becerilerinin İncelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(2), 121-130.
- Bakır, G. G., & Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-17.

Basinska, M. A., & Andruszkiewicz, A. (2012). Health locus of control in patients with graves-basedow disease and hashimoto disease and their acceptance of illness. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(3), 537–542.

Bayındırçevik, A. (2020). Distance Diabetes Management Digital Solutions And Diabetes Education. 3. Uluslararası Akademik Araştırmalar Kongresi.

Berber, T. (2022). Tip 2 Diyabetlilerde Kronik Hastalıklara Uyum, Öz -Yönetim Algı ve Farkındalık İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

Biçici, H. (2013). İş Rotasyonu ve Personel Güçlendirme Uygulamalarının İş görenlerin Örgütsel Destek Algılamalarına Etkisi: Antalya'daki 5 Yıldızlı Bir Zincir Konaklama İşletmesinde Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Antalya.

Boddu, V. K., Rebello, A., Chandrasekharan, S. V., Rudrabhatla, P. K., Chandran, A., Ravi, S., ... & Radhakrishnan, A. (2021). How does “locus of control” affect persons with epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 123, 108257.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14), 1775-1779.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9(3), 78-87.

Brady, T. J., Murphy, L., O'Colmain, B. J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., ... & Chervin, D. (2013). Peer reviewed: A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the chronic disease self-management program. *Preventing chronic disease*, 10.

Bruno, A. (2022). Pre-diabetes, Diabetes, Hyperglycemia, and Stroke: Bittersweet Therapeutic Opportunities. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 22(11), 781-787.

Buist, A. S., Vollmer, W. M., Sullivan, S. D., Weiss, K. B., Lee, T. A., Menezes, A. M., ... & Burney, P. G. (2005). The burden of obstructive lung disease initiative (BOLD): rationale and design. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2(2), 277-283.

Büster, S. (2020). Böbrek Nakli Olan Hastalarda Kontrol Odağı, Öz Yeterlik Algısı ve Tedaviye Uyum. Yüksek Lisans Tezi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.

Candan, Ç. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Denizli.

Centers for Disease Control and Prevention (2020). CDC About chronic illness. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm/adresinden> alındı. Erişim Tarihi: 20 Ocak 2023.

Churchill, S. A., & Smyth, R. (2022). Locus of control and the mental health effects of local area crime. *Social Science & Medicine*, 301, 114910.

Clark, N. M., & Gong, M. (2000). Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?. *Bmj*, 320(7234), 572-575.



- Cobb-Clark, D. A. (2015). Locus of control and the labor market. *IZA Journal of Labor Economics*, 4, 1-19.
- Cohen, S. B. (2017). The concentration of health care expenditures and related expenses for costly medical conditions, 2012.)
- Cunningham, A. T., Crittendon, D. R., White, N., Mills, G. D., Diaz, V., & LaNoue, M. D. (2018). The effect of diabetes self-management education on HbA1c and quality of life in African-Americans: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13.
- Çiftçi, K. İ. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum.
- Darnikowska, J., Jędrzejczak, B., Dziki, A., & Mik, M. (2021). Health locus of control among patients operated on for colorectal cancer. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 93.
- Demir, E. (2014). Diyabetik Hastaların Diyabet ve Diyabetik Ayak Yarası Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, İstanbul.
- Demirkol, D., Koçoğlu, F., Aktaş, Ş., & Erol, Ç. (2022). Bibliometric Analysis Of The Relationship Between Diabetes And Artificial Intelligence. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 85(2), 249-257.
- Dongbo, F., Ding, Y., McGowan, P., & Fu, H. (2006). Qualitative evaluation of chronic disease self management program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61(3), 389-396.
- Dönmez Ak, S. (2017). Kronik Hastalığı Olan Bireylere “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Pac1c)’nin Uygulanması. Uzmanlık Tezi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Ankara.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). *Preventing chronic diseases: a vital investment 2005*: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y/](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y/) adresinden alındı. Erişim Tarihi: 18 Nisan 2023.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). World Health Statistics 2021: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary/> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 29 Mayıs 2023.
- Dünya Sağlık Örgütü. (DSÖ). World Health Statistics 2022: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1.10.07.2015.](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.10.07.2015.) / adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20 Ocak 2023.
- Ekingen, E. (2021). Diyabet hastalığı bağlamında oyunlaştırma. *Kesit Akademi Dergisi*, 7 (28), 388-401.
- Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., & Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *BMJ Quality & Safety*, 13(4), 299-305.
- Eryılmaz, M. A., Pekgör, S., Aksoy, N., Demirgöl, R., & Karahan, Ö. (2017). Effects of Sociodemographic Characteristics, Chronic Disease, and Surgery Frequency: Konya Sample. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(2): 117-123.

Filiz, Ö., Özkraman, A., & Aykar, F. Ş. (2019). Bir Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Yeterlik için Semptom Yönetim Ölçeği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 350-355.

Fu, D., Fu, H., McGowan, P., Shen, Y. E., Zhu, L., Yang, H., ... & Wei, Z. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health organization*, 81, 174-182.

Fuscaldi, F. S., Balsanelli, A. C. S., & Grossi, S. A. A. (2011). Locus of control in health and self-esteem in type-2 diabetic patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 855-861.

Future Agenda. <https://www.futureagenda.org/foresights/diabetes/> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 25 Haziran 2023.

George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Gönen Şentürk, S. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 9-13.

Granda Morales, L. F., Valdiviezo-Diaz, P., Reátegui, R., & Barba-Guaman, L. (2022). Drug recommendation system for diabetes using a collaborative filtering and clustering approach: Development and performance evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), 1-12.

Greenwood, D. A., Gee, P. M., Fatkin, K. J., & Peebles, M. (2017). A systematic review of reviews evaluating technology-enabled diabetes self-management education and support. *Journal of diabetes science and technology*, 11(5), 1015-1027.

Grover, A., & Joshi, A. (2015). An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Global journal of health science*, 7(2), 210.

Gül, H. ve Beyşenova, A. (2018). Kontrol Odağı ve Girişimcilik Eğilimi İlişkisi: KTMÜ Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 1624-7215.

Güzel, A. (2017). Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A ve B Formlarının Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Güzel, A., Turan, S., & Sarp, Ü. (2022). Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği b formu Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Turkish Journal of Public Health*, 20(1), 37-55.

Hançerlioğlu, S., & Aykar, F. Ş. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 175-183.

Helms, B. G. C. (1989). *Self-concept, Health Locus of Control, Health Beliefs and Compliance in Hypertensive Adults* (Doctoral dissertation, Mississippi University for Women).

Hung, D. Y., Rundall, T. G., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, H. A., & Crabtree, B. F. (2007). Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 69-91.

Huygens, M. W., Vermeulen, J., Swinkels, I. C., Friele, R. D., van Schayck, O. C., & de Witte, L. P. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC health services research*, 16, 232. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1484-5>

International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, 10th edition, 2021: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf) /adresinden alındı. Erişim Tarihi: 28.04.2023.

Işık, S., Delibaşı, T., Berker, D., Aydın, Y., & Güler, S. (2009). Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9(3).

İnkaya, B. V., & Karadağ, E. (2017). Diyabetli bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin hastalık özyönetim stratejilerine bakışı: Kalitatif bir çalışma. *HEAD*, 14(1), 31-37.

İrtegin, S. (2022). Diyabetli Hastalarda Diyabetik Ayak Bakımı Öz Etkililiği ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kars.

Jafari, A., Zadehahmad, Z., Armanmehr, V., Talebi, M., & Tehrani, H. (2023). The evaluation of the role of diabetes health literacy and health locus of control on quality of life among type 2 diabetes using the Path analysis. *Scientific Reports*, 13(1), 5447.

Jamiel, A. A., Ardah H.I., Ahmed A. A., & Al-Mallah M. H. (2022). Prognostic value of exercise capacity in incident diabetes: a country with high prevalence of diabetes. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 297-307.

Jonker, A. A., Comijs, H. C., Knipscheer, K. C., & Deeg, D. J. (2009). Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *European journal of ageing*, 6, 303-314.

Kalender, N., & Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1), 46-53.

Kara, B. (2023). Aleksitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Üzerine Olası Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi*, İstanbul.

Kara, F., Güzel, A., & Uçan, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kontrol Odağı Algısı ve İlişkili Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 148-159.

Karaman, Ö., & Cebe G. E. (2016). Diyabet ve Türkiye’de Antidiyabetik olarak Kullanılan Bitkiler. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 40(3), 47-61.

Kaul, K., Tarr, J. M., Ahmad, S. I., Kohner, E. M., & Chibber, R. (2013). Introduction to diabetes mellitus. *Diabetes: an old disease, a new insight*, 1-11.

- Kaynak, İ., & Polat, Ü. (2017). Diabetes mellitus' lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 27(2).
- Kennedy, A., Rogers, A., & Bower, P. (2007). Support for self care for patients with chronic disease. *Bmj*, 335(7627), 968-970.
- Kılıç, M. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Konya.
- Kılıç, M., & Arslan, S. (2021). Self-efficacy and its association with locus of control in diabetes in turkey. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11(3), 399-404.
- Kobori, T., Onishi, Y., Yoshida, Y., Tahara, T., Kikuchi, T., Kubota, T., ... & Kasuga, M. (2022). Clinical features and sulfonylurea usage among outpatients with diabetes aged  $\geq 90$  years in an urban diabetes clinic in Tokyo. *Journal of Diabetes Investigation*.
- Korucu, N. (2022). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Kontrol Odağı ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.
- Kumah, E., Otchere, G., Ankomah, S. E., Fusheini, A., Kokuro, C., Aduo-Adjei, K., & A. Amankwah, J. (2021). Diabetes self-management education interventions in the WHO African Region: A scoping review. *PloS one*, 16(8), e0256123.
- Kurt, D. (2020). Hipertansiyon Tanısı Alan Hastalara Verilen Öz Yönetim Desteğinin Bilgi Düzeyi, Tedaviye Uyum ve Öz Bakım Yönetimine Etkisi. Doktora Tezi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Trakya.
- Li, Y., Zeng, X., Liu, J., Liu, Y., Liu, S., Yin, P., ... & Zhou, M. (2017). Can China achieve a one-third reduction in premature mortality from non-communicable diseases by 2030. *BMC medicine*, 15, 1-11.
- Logan, L. R., Sawin, K. J., Bellin, M. H., Brei, T., & Woodward, J. (2020). Self-management and independence guidelines for the care of people with spina bifida. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 13(4), 583-600.
- Lorig, K. (1996). Chronic disease self-management: a model for tertiary prevention. *American Behavioral Scientist*, 39(6), 676-683.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice: ECP*, 4(6), 256-262.
- Lozano, P., & Houtrow, A. (2018). Supporting self-management in children and adolescents with complex chronic conditions. *Pediatrics*, 141(Supplement\_3), 233-241.
- Marinker, M. (1975). Why make people patients?. *Journal of medical ethics*, 1(2), 81-84.
- Marton, G., Pizzoli, S. F. M., Vergani, L., Mazzocco, K., Monzani, D., Bailo, L., ... & Pravettoni, G. (2021). Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. *Psychology, health & medicine*, 26(2), 260-266.

MedicineNet.com, [www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33490](http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=33490).  
Erişim tarihi: 17.06.2023.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.

Mornioli, D., Sannino, P., Rampini, S., Bezze, E. N., Milotta, E., Poggetti, S., ... & Gianni, M. L. (2022). Parent's Health Locus of Control and Its Association with Parents and Infants Characteristics: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5804.

Morowatisharifabad, M., Mazloomi Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M., & Rouhani Tonekaboni, N. (2009). Relationships between Locus of Control and Adherence to Diabetes Regimen. *Journal of research in health sciences*, 9(1), 37-44.

Ngai, S. S. Y., Cheung, C. K., Ng, Y. H., Shang, L., Tang, H. Y., Ngai, H. L., & Wong, K. H. C. (2021). Time effects of supportive interaction and facilitator input variety on treatment adherence of young people with chronic health conditions: A dynamic mechanism in mutual aid groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3061.

Odabaşı, O., Elcin, M., & Başusta, N. B. (2011). The Efficacy Of Training General Practitioners For The Management Of Hypertension In Geriatric Patients. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 14(4): 362-368.

Owen, M.-J. E. (2023). Chronic disease. Salem Press Encyclopedia of Health.

Özdamar, K. (2003). SPSS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Özlüer Başer, B., Yangın, M. & Sarıdaş, E. S. (2021). Makine Öğrenmesi Teknikleriyle Diyabet Hastalığının Sınıflandırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 25 (1), 112-120.

Paktaş, S. (2021). Tip 2 Diyabet Hastalığı Olanların Klinik Özellikleri ve Metabolik Parametreleri ile Nöropatik Ağrı İlişkisi. Uzmanlık Tezi. *Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, İstanbul.

Papadacos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadacos, C. J., ... & Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210.

Papatheodorou, K., Banach, M., Edmonds, M., Papanas, N., & Papazoglou, D. (2015). Complications of diabetes. *Journal of diabetes research*, 2015.

Petricek, G., Vuletić Mavrinac, G., & Vrcić-Keglevic, M. (2009). Procjena zdravstvenog lokusa kontrole bolesnika sa secernom bolescu tip 2 Health locus of control assessment in diabetes mellitus type 2 patients. *Acta medica Croatica: casopis Hrvatske akademije medicinskih znanosti*, 63(2), 135-143.

Piatt, G. A., & Zgibor, J. C. (2007). Novel approaches to diabetes care: a population perspective. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 14(2), 158-165.

Pogany, L., & Lazary, J. (2020). Health control beliefs and chronic illness: how do they relate?. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület Lapja= Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 22(2), 48-55.

- Projesi, F. (2012). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar.
- Przybylski, M. (2010). Health locus of control theory in diabetes: a worthwhile approach in managing diabetic foot ulcers?. *Journal of wound care*, 19(6), 228-233.
- RAND Şirketi. Chronic Conditions in America: Price and Prevalence: [www.rand.org/blog/rand-review/2017/07/chronic-conditions-in-america-price-and-prevalence.html](http://www.rand.org/blog/rand-review/2017/07/chronic-conditions-in-america-price-and-prevalence.html). Erişim tarihi: 17.06.2023.
- Rewolinski, J. A., Kelemen, A., & Liang, Y. (2021). Type I diabetes self-management with game-based interventions for pediatric and adolescent patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 39(2), 78-88.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 256-261.
- Sandalcı, B., Uyaroğlu, O. A., & Güven, G. S. (2020). COVID-19'da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler. *Flora*, 25(5).
- Satman ve Turdep 2 Çalışma Grubu, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2010.
- Satman, I., Ömer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincağı, N., Karşıyağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Türker, F., Yılmaz, T., Çakır, B., Tuomilehto, J., & TÜRDEP-II Çalışma Grubu (2013). Türk erişkinlerde diyabet ve prediyabet prevalansı ve risk faktörlerinde on iki yıllık eğilimler. *Avrupa Epidemiyoloji Dergisi*, 28(2), 169-180.
- Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient preference and adherence*, 1019-1035.
- Siennicka, A., Pondel, M., Urban, S., Jankowska, E. A., Ponikowska, B., & Uchmanowicz, I. (2022). Patterns of Locus of Control in People Suffering from Heart Failure: An Approach by Clustering Method. *Medicina*, 58(11), 1542.
- Smidth, M., Christensen, M. B., Olesen, F., & Vedsted, P. (2013). Developing an active implementation model for a chronic disease management program. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Stephani, V., Opoku, D., & Beran, D. (2018). Self-management of diabetes in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC public health*, 18(1), 1-11.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması 2013: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> / adresinden alındı. Erişim Tarihi: 12 Nisan 2023.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020: <https://erzurumism.saglik.gov.tr/Eklenti/8856/0/turkiyedyabetprogrami2015-2020pdf.pdf> / adresinden alındı. Erişim Tarihi: 12 Nisan 2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2008. [https://file.tkd.org.tr/pdfscop/turkiye\\_kalp\\_ve\\_damar\\_hastaliklarini\\_onleme\\_ve\\_kontrol\\_programi.pdf](https://file.tkd.org.tr/pdfscop/turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf) adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20 Nisan 2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması 2021: 2021-faaliyet-raporupdf.pdf (saglik.gov.tr) /\_ adresinden alındı. Erişim Tarihi: 3 Nisan 2023.

Taher, M., Safavi Bayat, Z., Niromand Zandi, K., Ghasemi, E., Abredari, H., Karimy, M., & Abedi, A. R. (2015). Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 194.

Tai, E. S., & Yew, T. W. (2020). Person-Centred Care in Diabetes: What Is It Based On and Does It Work?. *The Singapore Family Physician*, 11-15.

Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (1997). *Fundamentals of Nursing*. Stanley Thornes (publishers) Ltd., United Kingdom

Terry, P. E. (2022). Well-Being and Evolving Work Autonomy: The Locus of Control Construct Revisited. *American Journal of Health Promotion*, 36(4), 593-596.

Trento, M., Tomelini, M., Basile, M., Borgo, E., Passera, P., Miselli, V., Tomalino, M., Cavallo, F., & Porta, M. (2008). The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 25(1), 86–90.

Tsutsui, H., Tanaka, G., & Kondo, K. (2020). Diabetes Mellitus. Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases. Springer Singapore.

Türk Dil Kurumu (TDK). Hastalık ne demek TDK Sözlük Anlamı (sozluk.gov.tr). Erişim Tarihi: 25 Mart 2023.

Türkiye Diyabet Vakfı (TDV). <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda> /\_ adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2023.

Türkiye istatistik kurumu başkanlığı (TÜİK). Bireylerin başlıca hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı (%), 2014-2019: TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) /\_ adresinden alındı. Erişim Tarihi: 09 Aralık 2022.

Türkiye istatistik kurumu başkanlığı (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018: TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) /\_ adresinden alındı. Erişim tarihi: 25 Ocak 2023.

Türkiye istatistik kurumu başkanlığı (TÜİK). Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2021: TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr) /\_ adresinden alındı. Erişim tarihi: 3 Mart 2023.

Ulaşım, B., & Özmen, D. (2014). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı Arasındaki İlişki. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24(2), 119-125.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF). Diyabet Atlası 2021: IDF Diyabet Atlası 2021 | IDF Diyabet Atlası (diabetesatlas.org) /\_ adresinden alındı. Erişim Tarihi: 08 Aralık 2022.



- Uygur, MM ve Yavuz, DG (2017). Diyabet dinlemesi ve öğrenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diyet-Özel Konular*, 3 (3), 120-129.
- Ünal, E., Akan, O., & Üçler, S. (2015). Diyabet ve nörolojik hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(ek sayı), 45-51.
- Ünal, E., Akan, O., & Üçler, S. (2015). Diyabet ve nörolojik hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(ek sayı), 45-51.
- Van Smoorenburg, A. N., Hertroijs, D. F., Dekkers, T., Elissen, A. M., & Melles, M. (2019). Patients' perspective on self-management: type 2 diabetes in daily life. *BMC health services research*, 19(1), 1-8.
- Wu, F. L., Tai, H. C., & Sun, J. C. (2019). Self-management experience of middle-aged and older adults with type 2 diabetes: A qualitative study. *Asian nursing research*, 13(3), 209-215.
- Yazıcıoğlu, İ., & Bağcıvan, G. (2022). Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4), 1251–1257.
- Yurttaş, A., Özmen, S., Kant, E., & Balcı Akpınar, R. (2021). Multipl Sklerozlu Hastalarda Öz Yeterlilik ve Sağlık Kontrol Odağı Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2), 310-317.
- Zhang, X., Chen, H., Liu, Y., & Yang, B. (2021). Influence of chronic illness resources on self-management and the mediating effect of patient activation among patients with coronary heart disease. *Nursing Open*, 8(6), 3181-3189.
- Zhu, L., Shi, Q., Zeng, Y., Ma, T., Li, H., Kuerban, D., ... & Li, M. (2022). Use of health locus of control on self-management and HbA1c in patients with type 2 diabetes. *Nursing Open*, 9(2), 1028-1039.
- Zuhur, Ş. (2018). Diyabetik Bireylerde Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesi ve Kronik Hastalık Bakımına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Tekirdağ.



## EKLER

### Ek-1: Anket Formu

#### KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİNİN, SAĞLIK KONTROL ODAĞI İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışmanın amacı, diyabet hastalarında bireylerin kronik hastalık öz yönetimi ile sağlık kontrol odağı ile ilişkisini incelemek, literatüre katkı sağlamak ve öneriler geliştirmektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmada, istediğiniz zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılmakta özgürsünüz. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında benim mahremiyetine saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### Kişisel Bilgi Formu

- Yaşınız: .....
- Cinsiyetiniz:  Erkek  Kadın
- Medeni Durum  Evli  Bekar
- Eğitim Durumu  
 Lise ve altı  Ön Lisans  Lisans  Lisansüstü.....
- Mesleğiniz.....
- Gelir Durumu
- Sosyal güvence durumu  
 SGK  Özel Sigorta  Yok  Diğer (.....)
- Diyabet Tipi.....
- Eşlik Eden Hastalığınız var mı  Evet (Belirtiniz).....  Hayır
- İkamet Ettiğiniz Yer  il  İlçe  Mahalle (Köy)

#### KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ANKETİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastalığımın sosyal ortamlarda utanç duyarım					
2. Hastalığımın kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum					
3. Hastalığımın başkalarına yük olmaktan endişe duyarım					
4. Hastalığımın diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum					
5. Hastalığımın başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum					

6. Hastalığımdan bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum					
7. Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum					
8. Üzgün hissetmekten kaçınabilirim					
9. Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlendirmekten kaçınabilirim.					
10. Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim					
11. Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim					
12. Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim					
13. Kendi sağlığımı yönetebiliyorum					
14. Kendime iyi bakabilirim					
15. Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim					
16. Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim					
17. İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim					
18. Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım					
19. Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum					
20. Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum					
21. İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum					

### Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği A Formu

Yönerge: Aşağıda 1'den başlayıp 18'de son bulan maddelerde, sağlık durumunuzla ilgili, katılacağınız veya katılmayacağınız bir inanış ifadesi yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında, kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (6) arası bir derecelendirme bulunmaktadır. Sizden her bir madde için, o ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı yansıtan rakamı yuvarlak içine almanızı istemekteyiz. İfadeye ne kadar çok katılıyorsanız, daire içine aldığımız rakam o kadar büyük olacaktır. İfadeye ne kadar az katılıyorsanız, yuvarlak içine aldığımız rakam o kadar küçük olacaktır. Lütfen **HER BİR MADDEYİ** yanıtladığınızdan ve her bir madde için **SADECE BİR** rakamı yuvarlak içine aldığınızdan emin olun. Bu ölçek sizin kişisel inanışlarınızı ölçmektedir ve görüldüğü üzere doğru veya yanlış yanıtları yoktur.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Çok Az Katılmıyorum	Çok Az Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastalanırsam, ne kadar çabuk iyileşeceğimi belirleyen kendi davranışımıdır.						
2. Ne yaparsam yapayım eğer hastalanacaksam, hastalanırım.						
3. Hekimimle düzenli temasta olmak benim için hastalıktan kaçınmanın en iyi yoludur.						
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey tesadüfen gerçekleşir.						
5. Ne zaman kendimi iyi hissetmezsem, bir hekime danışmalıyım.						
6. Sağlığım kontrolüm altındadır.						
7. Hasta olmam ya da sağlıklı kalmam konusunda ailemin yapacak çok şeyi vardır.						
8. Hastalandığımda, benim suçumdur.						
9. Şans, bir hastalıktan ne kadar çabuk iyileşeceğim konusunda büyük rol oynar.						
10. Sağlığımı, sağlık profesyonelleri kontrol eder.						
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde kısmet işidir.						
12. Sağlığımı etkileyen temel şey kendi yaptıklarımdır.						
13. Kendime iyi bakarsam hastalıkları önleyebilirim.						
14. Hastalıktan iyileştiğimde, bu genellikle başkaları (örneğin, hekimler, hemşireler, aile, arkadaşlar) bana iyi baktığı içindir.						
15. Ne yaparsam yapayım büyük olasılıkla hastalanırım.						
16. Eğer olacağı varsa sağlıklı olurum.						
17. Eğer doğru davranışlarda bulunursam, sağlıklı kalabilirim.						
18. Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim.						

## EK-2: Etik Kurul İzni

### KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

#### GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 21/12/2022

Toplantı Sayısı: 2022/15

Karar No: 2022.12.01

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu 21/12/2022 tarihinde çarşamba günü saat 10.00'da Prof. Dr. Sema ZERGEROĞLU'nun başkanlığında toplanmıştır.


Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ'ın danışmanlığında yürütülecek olan Yüksek Lisans Öğrencisi Zehra SAYGILI'nın yüksek lisans tezi "**Kronik Hastalık Öz Yönetiminin, Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi – Diyabet Hastaları Üzerine Çalışma**" isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkeleri gereğince değerlendirilmiştir.

**KARAR:** Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ'ın danışmanlığında yürütülecek olan Yüksek Lisans Öğrencisi Zehra SAYGILI'nın yüksek lisans tezi "**Kronik Hastalık Öz Yönetiminin, Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi – Diyabet Hastaları Üzerine Çalışma**" isimli başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun bulunmuştur.



## EK-3: Anket İzin Onayı

14/11/2022 18:31 - E-72549134-903.07.01 - 10778



T.C.  
KIRIKKALE VALİLİĞİ  
II Sağlık Müdürlüğü  
Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-72549134-903.07.01  
Konu : Dilekçeniz

Sayın: Zehra SAYGILI  
Hemşire  
DAHİLİ

İlgi: 14/011/2022 tarihli dilekçeleriniz.

İlgi tarihli dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup, "Kronik Hastalık Öz Yönetiminin Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkinin Belirlenmesi" konulu tezinize ait anketin hastamızda uygulamanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Yusuf ALBAYRAK  
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi Personel Şube  
Başbaşı Mah. Ahmet AY Cad. KIRIKKALE  
Tefon: Faks No:

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
Bilgi için: Mustafa KOÇDOĞAN  
BİLGISAYAR İŞLETMENİ