

# Dahiliye Kliniklerine Başvuran Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Hastalığı Kabullenme ve Tedavi Uyumuna Etkisi: Ordu İli Örneği

Nurbanu ARI<sup>1</sup> , Afıtap ÖZDELİKARA<sup>2</sup>  

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Ordu Aybastı Devlet Hastanesi, Ordu, Türkiye

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

**Bu makaleye yapılacak atf:** Arı N ve Özdelikara A. Dahiliye kliniklerine başvuran tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi: Ordu ili örneği. Turk J Diab Obes 2022;1: 39-48.

## ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma Tip 2 diyabetli bireylerde aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı nitelikte olan araştırmaya Haziran 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Tip 2 diyabetli 200 hasta alınmıştır. Veriler Tanıtıcı Form, Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada diyabetli hastaların Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puan ortalaması  $64,47 \pm 13,43$ , Hastalığı Kabul Ölçeği toplam puan ortalaması  $24,97 \pm 5,00$ , Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması  $82,77 \pm 9,19$  olarak bulunmuştur. Ayrıca diyabetli bireylerin HbA1c değerleri ortalaması  $8,3 \pm 1,59$ , tokluk kan şekeri değerlerinin ortalaması  $302\text{mg/dl} \pm 75,82$  olarak bulunmuştur. Araştırmada tip 2 diyabetli bireylerde aile desteğinin hastalığı kabulü ve tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Tip 2 diyabetli bireylerin tedavisinde aile faktörü dikkate alınmalı, tedavi ve etkinliklerine ailenin de dâhil edilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Aile desteği, Hastalığı kabul, Hemşirelik, Tip 2 diyabet, Tedaviye uyum

## The Effect of Family Support on Acceptance and Treatment Adaptation in Type 2 Diabetes Patients Applied to Internal Medicine Clinics: Ordu Province Sample

### ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted to determine the effect of family support on acceptance of the disease and treatment compliance in individuals with type 2 diabetes.

**Material and Methods:** The descriptive research was conducted between June 2020 and December 2020 in the internal services and polyclinics of Ordu Aybastı and Ordu Fatsa State Hospitals. The research sample consists of 200 type 2 diabetic individuals who meet the criteria for inclusion in the study. Data were collected by face to face interview method using the Introductory Form, Hensarling's Diabetes Family Support Scale, Disease Acceptance Scale, and Patient Adherence to Type 2 Diabetes Mellitus Treatment Scale, and analyzed.

**Results:** Hensarling's Diabetes Family Support Scale total score average was  $64.47 \pm 13.43$ , Disease Acceptance Scale total score mean  $24.97 \pm 5.00$ , Type 2 Diabetes Mellitus Patient Adherence Scale total score mean  $82$ , It was found to be  $77 \pm 9.19$ . In addition, the mean HbA1c values of individuals with diabetes were found to be  $8.3 \pm 1.59\%$ , the mean postprandial blood glucose values were  $302\text{mg/dl} \pm 75.82$ . In the study, it was determined that family support positively affects acceptance of the disease and adherence to treatment in individuals with type 2 diabetes.

**Conclusion:** The family factor should be taken into account in the treatment of individuals with type 2 diabetes, and the family should be included in their treatment and activities.

**Keywords:** Acceptance of the disease, Adherence to treatment, Family support, Nursing, Type 2 diabetes

ORCID: Nurbanu Arı / 4168-8666-4983-0841, Afıtap Özdelikara / 0000-0002-5896-9207

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Afıtap ÖZDELİKARA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye  
Tel: 0 (505) 456 03 63 • E-posta: afitapozelekara@gmail.com

DOI: 10.25048/tudod.1018441

Geliş tarihi / Received : 03.11.2021

Revizyon tarihi / Revision : 19.01.2022

Kabul tarihi / Accepted : 04.02.2022



## GİRİŞ

Diabetes mellitus hem ülkeleri hem de aileleri etkilemektedir. Diabetes mellitus, bireylerin fiziksel işlevlerinde, üretkenliklerinde ve sosyal etkileşimlerinde azalmaya, olumsuz duygusal tepkilere, aile rollerinde değişime ve ekonomik problemlere neden olmaktadır (1). Diyabetli bireyler için aile, desteğin oldukça önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bireyin ailesi ve yakın çevresini içeren sosyal destek kavramı, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik desteği ifade etmektedir. Bu açıdan artık diyabette aile merkezli bir bakım anlayışı benimsenmektedir. Diyabetli bireylerin aileleri hastaya; psikolojik destek verilmesi, ayak bakımı, kan şekeri ölçümü, kan şekeri düşüklüğünün tanımlanması ve müdahale edilmesi gibi pek çok açıdan bireye destek sağlamaktadır (2). Ayrıca aile ve sosyal çevre bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasında etkili olmakta, bu durum tedaviye ve hastalığa uyumu da etkilemektedir (3,4).

Diabetes mellitus gibi kronik hastalıklar, uzun süreli ve karmaşık bir tedavi sürecine sahip olması, yaşam tarzında değişikliklere sebep olması, birtakım kısıtlamaları beraberinde getirmesi, meydana getirdiği komplikasyonlar nedeniyle yaşam kalitesinde düşüşe sebep olması gibi pek çok açıdan bireyi etkilemekte, hastalığı kabullenme ve uyum problemleri yaşanmasına neden olmaktadır. Özellikle kronik hastalıkların yaşam boyu devam etmesi, tam olarak tedavi edilememesi, iyileşme ve alevlenme dönemlerinin varlığı hastalığın kabulünü önemli ölçüde etkilemektedir (4-6). Hastalığın kabullenilmesi, bireyin tedavi ve bakıma uyum sağlayabilmesi açısından önemlidir (4). Hastalığın kabul edilmesi bireyin sağlığını; sınırlılıklara, engellere ve bozukluklara rağmen üst düzeyde tutabilmesini, sağlığını yönetebileceğine sahip olabildiğini, karşılaştığı durumla baş edebilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlar. Kabul edilmemiş bir durum ile baş edilmesi mümkün değildir (5,6).

Diyabetik hastalar hastalığı kontrol altına almak ve yönetmek için yaşam tarzı değişikliklerini de içeren karmaşık bir süreçten geçmektedir. Bu durum diyabetik bireylerde uyum problemlerini de beraberinde getirmektedir (7). Diyabet kilo kontrolü, egzersiz, beslenme düzenlemesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilmektedir. Diyabetli bireylerin bu düzenlemeleri yapabilmesi için tedaviye uyum sağlamaları gerekmektedir. Diyabetik bireylerde tedaviye uyum kan şekeri kontrolünü etkilemektedir. Diyabette tedaviye uyumun sağlanması akut komplikasyonları engellemekte, kronik komplikasyon gelişimini geciktirmekte uyumsuzluk ise hastaneye yatış ve sağlık bakım masraflarında düşüşe neden olmaktadır (8-10). Eşer ve ark.nın yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerin

tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (10). Hemşireler; eğitim, danışmanlık, bilgi ve becerilerini kullanarak diyabetli bireyler ve ailelerinin tedavi yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerine uyum ve komplikasyonların önlenmesi konularında önemli role sahiplerdir (11). Bu nedenle diyabetli bireylerin tedaviye uyum düzeyleri ve etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Ayrıca bu faktörlerin bilinmesi hasta ve ailelerine uygun bakımın verilmesini, desteklenmesi gereken alanların belirlenmesini sağlayacaktır. Diyabette tedaviye uyum düzeyini belirleyen birçok çalışma bulunmasına rağmen tedaviye uyumu etkileyen faktörleri ele alan çalışmalar sınırlıdır. Aile desteğinin önemi araştırmalarda vurgulanmasına rağmen tedaviye uyum ve hastalığı kabul noktasında etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Bu araştırma tip 2 diyabetli bireylerin aile desteği alma durumlarının hastalığı kabul ve tedaviye uyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEMLER

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aybastı ve Fatsa Devlet Hastanelerine başvuran Tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş Haziran 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında ilgili kurumlara başvuran ve araştırma kriterlerinin sağlayan 200 Tip 2 diyabetli hasta oluşturmuştur. Araştırmanın dahil edilme kriterleri; >18yaş, en az bir yıldır tip 2 diyabet hastalığı tanısı almış olmak, iletişim engeli bulunmamak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü G power analiz programında Yılmaz ve ark.nın çalışması referans alınarak yapılmıştır (12). Buna göre etki büyüklüğü 0.3130495, güç oranı 0,95 olarak alınmış ve örneklem sayısı 122 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı endişesi (eksik cevaplama vb.) ile 200 veri toplanmış, veri kaybı söz konusu olmayınca posthoc güç analizi yapılmıştır. Buna göre güç oranı 0.99 olarak belirlenmiştir.

Veriler, tanıtıcı bilgi formu, Hensarling'in diyabet aile destek ölçeği (HDADÖ), Hastalığı kabul ölçeği (HKÖ) ve Tip 2 diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği (DTHUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler anket yöntemi ile hastaların tedavi, dinlenme zamanları dışında uygun olan zaman dilimlerinde poliklinikte muayene sonrasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri formunun doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

## Veri Toplama Araçları

### Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan oluşturulan soru formu sosyodemografik bilgilerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet edilen yer,

gelir durumu vb.) ve hastalığa ilişkin özelliklerin sorgulandığı (hastalık süresi, tedavi tipi, komorbid hastalık varlığı, ailede başka diyabetli birey varlığı ve komplikasyon varlığı vb.) sorulardan oluşmaktadır (2,5,8,10).

### **Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği (Hensarling's Diabetes Family Support Scale) (HDFSS)**

Hensarling tarafından 2009 yılında geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirliği, 2011 yılında Akın tarafından yapılmıştır (13). Tip 2 diyabetli yetişkinlerin algılanan aile desteğini ölçen bir araç olarak kullanılmaktadır. Ölçek diyabet aile desteğini dört boyutta ele almakta ve toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki her soru beş seçenek üzerinden değerlendirilmekte, 0-96 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, 96'ya ne kadar yakınsa, bireyin algılanan aile desteğinin o kadar yüksek olduğu, toplam puanı 0 (sıfır) puana ne kadar yakınsa, bireyin algılanan aile desteğinin az olduğu anlaşılmaktadır. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alfa değeri 0,79-0,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's alfa değeri 0,907 olarak belirlenmiştir.

### **Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale) (AIS)**

Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında geliştirilen bir ölçek olup, geçerlik ve güvenilirliği, 2009 yılında Besen tarafından yapılmıştır (14). Hastalığı kabul ölçeği, hasta bireyin hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılmaktadır. Hastalık nedeniyle yaşama dayatılan öz yeterlilik eksikliği, diğer kişilere bağımlılık duygusu ve öz saygıda azalma gibi sınırlılıkları, negatif duyguları ve bu duygulara rağmen değerlilik ve kabul edici duyguları değerlendirmektedir. Ölçek 8 maddeden oluşmakta ve her bir madde 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten toplamda alınan puan en düşük 8, en yüksek 40 puandır. Toplam puanın sekize yakın olması kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade eder. Toplam puanın 40'a yakın olması ise hastalık durumunu kabul kanıtıdır ve hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını, hastalığı kabul varlığını ifade etmektedir. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's alfa değeri 0,682 olarak belirlenmiştir.

### **Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği (Scale of Adherence to Type 2 Diabetes Mellitus Treatment) (SA-DM2)**

Demirtaş ve Akbayrak tarafından 2017 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (7). Ölçek yedi alt boyuttan ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında 5'li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekte 13 olumlu, 17 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Puanlamada, olumlu

1, 3, 5, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26 ve 29'uncu maddeler için puanlama 1 (bir) puandan 5 (beş) puana doğru yapılmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28 ve 30'uncu maddeler ters puanlanmaktadır (beşten bire doğru). Hastalar, ölçekte yer alan ifadeler için kendilerine göre en uygun olan seçeneği 5'li likert tipi ölçekte (Kesinlikle katılıyorum=1, Katılıyorum=2, Kısmen katılıyorum=3, Katılmıyorum=4 ve Kesinlikle katılmıyorum=5) işaretlemektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 150 en düşük puan 30'dur. Ölçekten elde edilen toplam puanların; 30-54 aralığında olması tedaviye uyumun iyi olduğunu, 55-125 arasında olması orta düzeyde tedaviye uyumu, 126-150 aralığında olması ise tedaviye uyumun kötü olduğunu ifade etmektedir. Orijinal çalışmada Cronbach alfa değeri 0,77 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,633 olarak belirlenmiştir.

### **İstatistiksel Analiz**

Veriler IBM SPSS V25 ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örnekler t testi, Kruskal Wallis ve Mann Withney U test istatistiği, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### **BULGULAR**

Araştırmada HDFSS puan ortalaması  $64,47 \pm 13,43$  puan, AIS puan ortalaması  $24,97 \pm 5,00$  puan ve SA-DM2 puan ortalaması  $82,77 \pm 9,19$  puan olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puan dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının  $63 \pm 11$  olduğu, %59,5'unun kadın, %93,5'unun evli olduğu, %37'sinin okur-yazar olmadığı, %53'ünün ev hanımı olduğu, %40'ının eşi ile yaşadığı, %72'sinin gelir durumunun orta olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Buna göre; tek başına yaşayan gelir durumu kötü olan ve kasabada yaşayan hastaların HDFSS puanları düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Hastaların sorgulanan sosyodemografik değişkenlerinin AIS ve SA-DM2 ölçek puanını etkilemediği belirlenmiştir.

**Tablo 1:** Ölçek ortalama puan dağılımları.

Ölçekler*	Sonuçlar (n=200)	
HDFSS	$64,47 \pm 13,43$	67 (14-93)
AIS	$24,97 \pm 5,00$	25 (11-37)
SA-DM2	$82,77 \pm 9,19$	84 (58-106)

\*Sonuçlar Ortalama  $\pm$  SS puan, Ortanca (Minimum - Maksimum) puan olarak verilmiştir.

tir (Tablo 2). Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre ölçek puanlarına bakıldığında; hastalık süresi ve komplikasyon varlığının HDFSS puanlarını etkilediği hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan, diyabetik ayak komplikasyonu yaşayan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). AIS ölçek puanının hastalık süresi, tedavi tipi, ve komplikasyon varlığından etkilendiği; hastalık süresi 1-5 yıl olan, oral antidiyabetik kullanan ve komplikasyonu olma-

yan hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). SA-DM2 ölçek puanı hastalık süresinden etkilenmezken, tedavi tipi ve komplikasyon varlığında etkilendiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Hastaların glisemik kontrol değişkenleri ile ölçek korelasyon analizine bakıldığında, HbA1c ortalamasının  $\%8,3\pm 1,59$  olduğu ve HDFSS, AIS toplam puanları ile arasında

**Tablo 2:** Hastaların sosyodemografik özellikleri ile bu özelliklerin ölçek puanlarına göre dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler		n (%)	HDFSS*	AIS*	SA-DM2*
Yaş (yıl $\pm$ SS)		63 $\pm$ 11			
Cinsiyet	Kadın	119 (59,5)	66 (14-91)	25 (11-36)	84 (58-106)
	Erkek	81 (40,5)	67 (19-93)	26 (14-37)	83 (60-106)
	<b>Test İstatistiği</b>		U=4693	U= 4751,5	U= 4685,000
	<b>p</b>		0,753	0,865	0,738
Medeni Durum	Evli	187 (93,5)	67 (14-93)	25 (11-37)	82,8 $\pm$ 9,22
	Bekâr	13 (6,5)	66 (44-87)	25 (14-30)	82,31 $\pm$ 9,2
	<b>Test İstatistiği</b>		U=1198	U= 1183,0	t=0,187
	<b>p</b>		0,931	0,872	0,852
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	74 (37,0)	66 (14-93)	24 (13-32)	84 (63-103)
	Okuryazar	43 (21,5)	67 (28-90)	26 (14-33)	86 (63-106)
	İlkokul mezunu	54 (27,0)	69 (31-85)	27,5 (11-36)	80 (58-106)
	Ortaokul mezunu	14 (7,0)	68 (45-84)	28 (15-37)	83,5 (69-97)
	Lise mezunu ve üzeri	15 (7,5)	58 (39-87)	26 (14-36)	83 (72-96)
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2=5,380$	$\chi^2= 9,010$	$\chi^2= 9,429$
	<b>p</b>		0,250	0,061	0,051
Meslek	Ev hanımı	106 (53,0)	66,5 (14-91)	25 (11-33)	83,5 (58-106)
	Emekli	71 (35,5)	67 (19-23)	25 (13-36)	83 (60-106)
	İşçi	11 (5,5)	76 (42-85)	27 (15-37)	86 (67-94)
	Esnaf	12 (6,0)	65,5 (31-82)	27 (19-36)	85 (63-97)
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2=0,198$	$\chi^2= 4,224$	$\chi^2= 1,351$
	<b>p</b>		0,978	0,238	0,717
Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler	Tek Başına	13 (6,5)	54 (14-88)	24 (15-32)	86,54 $\pm$ 7,99
	Eşi ile	80 (40,0)	65 (19-88)	26 (11-33)	82,85 $\pm$ 9,41
	Eşi ve çocuklarıyla	71 (35,5)	69 (40-93)	27 (12-37)	82,07 $\pm$ 9,43
	Çocuklarının yanında	36 (18)	69,5 (41-91)	24 (13-30)	82,61 $\pm$ 8,64
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2=8,595$	$\chi^2= 7,158$	F=0,869
	<b>p</b>		<b>0,035</b>	0,067	0,458
Gelir Durumu	İyi	33 (16,5)	69 (41-90) <sup>b</sup>	25 (14-36)	83,45 $\pm$ 9,8
	Orta	144 (72,0)	67,5 (19-93) <sup>b</sup>	25 (13-37)	82,1 $\pm$ 8,72
	Kötü	23 (11,5)	59 (14-77) <sup>a</sup>	26 (11-33)	86 $\pm$ 10,79
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2=12,019$	$\chi^2= 0,140$	F=1,914
	<b>p</b>		<b>0,002</b>	0,932	0,150

\*Sonaçlar Ortanca (Minimum - Maksimum) puan olarak verilmiştir. t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U testi,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.



**Tablo 3:** Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile bu özelliklerin ölçek puanlarına göre dağılımı.

Tanıttıcı Özellikler	n (%)	HDFSS	AIS	SA-DM2	
Hastalık Süresi	1-5 yıldır	58 (29)	61,5 (39-86) <sup>b</sup>	27 (18-34) <sup>b</sup>	82,53 ± 8,55
	6-10 yıldır	32 (16)	60 (19-82) <sup>b</sup>	24,5 (12-33) <sup>ab</sup>	80,78 ± 9,38
	11 yıl ve üzeri	110 (55)	69 (14-93) <sup>a</sup>	24,5 (11-37) <sup>a</sup>	83,47 ± 9,45
<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2= 10,823$	$\chi^2= 9,674$	F=1,090	
<b>p</b>		<b>0,004</b>	<b>0,008</b>	<b>0,338</b>	
Tedavi Tipi	Oral Antidiyabetik	83 (41,5)	65 (19-86)	27 (12-37) <sup>b</sup>	80 (58-103) <sup>b</sup>
	İnsülin	63 (31,5)	69 (31-93)	23 (11-32) <sup>a</sup>	85 (60-106) <sup>a</sup>
	Oral Antidiyabetik+İnsülin	54 (27)	65,5 (14-88)	24,5 (13-36) <sup>a</sup>	84,5 (60-106) <sup>ab</sup>
<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2= 3,004$	$\chi^2= 25,928$	$\chi^2= 6,741$	
<b>p</b>		<b>0,223</b>	<b>0,000</b>	<b>0,034</b>	
Komplikasyon Varlığı*	Kardiyovasküler	52 (26)	69 (31-93) <sup>c</sup>	24 (13-32) <sup>ab</sup>	83,22 ± 8,34 <sup>ab</sup>
	SVH	10 (5)	70 (41-77) <sup>abc</sup>	25 (12-31) <sup>ab</sup>	79,33 ± 11,29 <sup>ab</sup>
	Nefropati	51 (25,5)	69,5 (14-88) <sup>bc</sup>	24 (14-30) <sup>b</sup>	84,84 ± 8,26 <sup>ab</sup>
	Retinopati	55 (27,5)	58 (31-77) <sup>a</sup>	24 (11-33) <sup>ab</sup>	87,73 ± 8,98 <sup>b</sup>
	Diyabetik Ayak	25 (12,5)	71 (68-82) <sup>abc</sup>	27 (18-34) <sup>ab</sup>	82 ± 5,1 <sup>ab</sup>
	Komplikasyon yok	84 (42)	65 (19-86) <sup>abc</sup>	27 (17-37) <sup>a</sup>	80,7 ± 9,61 <sup>a</sup>
	<b>Test İstatistiği</b>		$\chi^2= 16,943$	$\chi^2= 17,815$	F=2,772
<b>p</b>		<b>0,005</b>	<b>0,003</b>	<b>0,019</b>	

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U testi,  $\chi^2$ : Kruskal Wallis test istatistiği, \*birden fazla şık işaretlenmiştir, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4:** Hastaların glisemik kontrol değişkenleri ile ölçek korelasyon analizi.

Parametreler	Sonuç		HDFSS	AIS	SA-DM2
HbA1c(%± SS)	8,3 ± 1,59	<b>r</b>	-0,204	-0,409	0,217
		<b>p</b>	<b>0,004<sup>2</sup></b>	<b>0,000<sup>2</sup></b>	<b>0,002<sup>2</sup></b>
Tokluk Kan Şekeri (mg/dl±SS)	302 ± 75,82	<b>r</b>	-0,332	-0,264	0,319
		<b>p</b>	<b>0,000<sup>2</sup></b>	<b>0,000<sup>2</sup></b>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
Açlık Kan Şekeri (mg/dl±SS)	172 ± 56,7	<b>r</b>	-0,089	-0,256	0,173
		<b>p</b>	<b>0,209<sup>2</sup></b>	<b>0,000<sup>2</sup></b>	<b>0,014<sup>2</sup></b>

<sup>1</sup>Pearson korelasyon analizi, <sup>2</sup>Spearman korelasyon analizi.

**Tablo 5:** Ölçekler arası korelasyon analizi.

Ölçekler arası korelasyon	AIS	SA-DM2
HDFSS	r 0,161	-0,282
	p <b>0,022</b>	<b>0,000</b>

r=Spearman korelasyon katsayısı

negatif yönde, SA-DM2 ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Tokluk kan şekeri ortalamasının 302mg/dl± 75,82 olduğu ve HDFSS, AIS toplam puanları ile arasında negatif yönde SA-DM2 ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Açlık kan şekeri ortalamasının 172 mg/dl±56,7 olduğu ve AIS toplam puanı ile

negatif yönde, SA-DM2 toplam puan ortalaması ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 4). Ölçekler arası korelasyon analizine bakıldığında; HDFSS ile AIS puan ortalaması arasında pozitif yönlü, SA-DM2 arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Araştırmada diyabet hastalarının aile desteğinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Aslan ve ark. orta düzeyde, Munawaroh ve Herawati ise yüksek düzeyde aile desteği bildirmiştir (15,16). Fatımah çalışmasında diyabetli bireylerin %68,25'inin 48-96 puan arasında aldığı ve yüksek aile des-

teğine sahip olduğunu bulmuştur (17). Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamız sonucunda hastalığı kabulün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark. ile Bak ve ark. benzer sonuçlara ulaşmıştır (12,18). Araştırmanın bu sonucu literatür ile uyumludur. Hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (10,19). Diyabet tedavisinin uzun sürmesi, karmaşık tedavi şekillerine sahip olması, getirdiği kısıtlamalar sebebiyle tedaviye uyum zorlaşmaktadır. Cramer ve ark. ile Krass ve ark. yaptıkları meta-analiz çalışmalarında tip 2 diyabetli bireylerde tedaviye uyum oranının %38.5 ile %93.1 arasında olduğunu bildirmişlerdir (20,21).

Araştırmada aile desteğinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Baykal ve Orak cinsiyetin aile desteğini etkilemediğini, Rondhianto ve ark. ise çalışmasında cinsiyetin aile desteğini etkilediğini bildirmiştir (9,22). Aslan ve ark. ile Baykal ve Orak yaptıkları çalışmalarda medeni durum ve eğitim durumunun aile desteği üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir (9,15). Sosyodemografik verilerin aile desteği üzerine etkisine ilişkin literatürde farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Bu durum her aile içinde farklılık gösterme potansiyeli olan aile bağları, değerler ve kültürel etkiler ile ilişkilendirilmiştir. Aile desteğinin hastaların birlikte yaşadıkları kişilerden etkilendiği eşi ve çocukları ile yaşayan ya da çocuklarının yanında kalan hastaların aile desteğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde geniş aileye sahip olanların aile desteğinin yüksek olduğu, en çok eş ve çocuklardan destek alındığını ve diyabetli bireylerin evde yaşadığı kişilerin bakıma katılmasının diyabetle ilgili bilgi ve glisemik kontrolü düzeltmede etkili olduğu bildirilmektedir (3,15,23,24). Gelir düzeyi arttıkça aile desteğinin anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan araştırmalarda geliri iyi olan kişilerin aile desteğinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (15,25,26). Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada sosyodemografik verilerin hastalığı kabulü etkilemediği belirlenmiştir. İlaslan ve ark. çalışmasında cinsiyet ve medeni durumun hastalığı kabulü etkilemediğini bildirmiştir (27). Pouwer ve ark. ile Nowicki ve ark.'nın çalışmalarında bu çalışmaya benzer şekilde eğitim durumu ile hastalığı kabul arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (28,29).

Araştırmada diyabet tedavisine uyumun sorgulanan sosyodemografik değişkenlerden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde cinsiyetin ve ekonomik durumun tedaviye uyumu etkilemediğini bildiren çalışmalar mevcut-

tur (30-32,34). Eğitim durumunun tedaviye uyumu etkilediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (33). Yüksel ve Bektaş ile Hernández-Ronquillo ve ark. yaptıkları çalışmalarda gelir durumunun tedaviye uyumu etkilediğini bildirmiştir (35,36). Sosyodemografik verilerin hastalığı kabul ve tedaviye uyum üzerindeki etkisine ilişkin literatürde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Hastalığı kabul ve tedaviye uyum durumu bireyin kişisel özelliklerinin yanı sıra kültür, geçmiş hastalık deneyimleri, hastalığa yüklediği anlam gibi birçok değişkenden etkilenmektedir, dolayısıyla literatürdeki farklılığın örneklem ile ilişkili nedenlerden ortaya çıktığı düşünülmüştür.

Hastalığa ilişkin özelliklere bakıldığında; 11 yıl ve daha uzun süredir hasta olan bireylerin aile desteğinin anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yıldız çalışmasında hastalık süresi arttıkça aile desteğinin arttığını bildirmektedir (37). Bu durum diyabet tanısı alınan süre arttıkça hastanın ve ailenin hastalığa ve yaşam tarzı değişikliklerine daha iyi uyum sağlamaları nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Tedavi tipi aile desteğini etkilemezken, komplikasyon varlığının aile desteğini etkilediği belirlenmiştir. Yıldız ile Jalius ve ark. yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde komplikasyon durumunun aile desteğini etkilediğini bulmuşlardır (37,38). Ayrıca diyabetik ayağı olan hastalar ile yapılan bir çalışmada aile desteği ile iyileşme yüzdesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu, aile desteği arttıkça iyileşme yüzdesinin arttığını bildirilmiştir (39). Buna göre komplikasyon gelişen bireylerin ailelerinin diyabette tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamak için destek oldukları düşünülebilir.

Hastalığı kabulün, hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalık süresi ile hastalığı kabul arasında ilişki olduğunu, tanı süresi daha az olan bireylerin hastalığı kabul puanlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (36-40). Araştırmanın sonucu literatür ile uyumludur. Hastalık süresi arttıkça komplikasyonların artmasının hastalığı kabulü olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Tedavi tipi hastalığı kabul durumunu etkilemektedir ( $p<0.05$ ). Oral antidiyabetik kullanan kişilerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Demiröz ile Kurpas ve ark. çalışmalarında oral antidiyabetik kullanan kişilerin hastalığı kabulünün daha fazla olduğunu tespit etmiştir (40,41). Bu durum karmaşık ve farklı tedavi şekillerinin bireylerin hastalığı kabulünü zorlaştırdığını göstermektedir. Araştırmada komplikasyon varlığının hastalığı kabulü etkilediği ( $p<0.05$ ), diyabete bağlı komplikasyon yaşamayan bireylerin hastalığı kabulünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde komplikasyon yaşamayan bireylerin hastalığı kabulünün daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar

literatürde mevcuttur (41,42). Elde ettiğimiz bulgular literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada tedaviye uyumun hastalık süresinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Literatürde diyabet süresinin tedaviye uyumu etkilemediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (43,44). Hastaların kullandıkları tedavi tipine bakıldığında tedaviye uyumu etkilediği ve oral antidiyabetik kullanan hastalarda tedaviye uyumun daha iyi olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmıştır (45,46). Çoklu ilaç kullanımının, karmaşık ve farklı tedavi şekillerinin bireylerin tedaviye uyumunu zorlaştırdığı düşünülmektedir. Komplikasyon varlığı tedaviye uyumu etkilemektedir ( $p<0.05$ ). Komplikasyon gelişmeyen bireylerin tedaviye uyumunun daha iyi olduğu belirlenirken, retinopatisi olan hastaların en kötü tedavi uyumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucu literatür ile uyumludur (47,48). Yüksel ve Bektaş çalışmasında diyabetik ketoasidoz, diyabetik ayak ve diyabete bağlı psikolojik sıkıntı yaşayan bireylerin tedaviye uyumlarının kötü olduğunu bulmuştur (35). Komplikasyonlar görülmeye başlandıkça kullanılan tedavilerin, hastalık yükünün ve komplikasyonun çeşidine göre yeti yitiminin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmada aile desteği arttıkça HbA1c ve tokluk kan şekeri düzeyinin azaldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Baykal ve Orak'ın çalışmasında benzer şekilde aile desteği arttıkça HbA1c değerlerinin azaldığı bildirilmiştir (9). Araştırmalar aile desteğinin kan şekeri kontrolü üzerinde etkisi olabileceğinin ancak bunun uzun süreli sürdürülemediğini bildirmiştir (24,49). Aile desteğinin, glisemik değişkenlerinin düzelmesi adına dışsal bir motivasyon yarattığı ve hasta bireyi kendi sağlığı konusunda daha özenli davranmaya ittiği düşünülmüştür.

Hastaların hastalığı kabul düzeyleri arttıkça HbA1c, tokluk ve açlık kan şekeri düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada HbA1c ile hastalığı kabul arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (12). Melton ile Bertolin ve ark. yaptıkları çalışmalarda hastalığı kabul düzeyi yüksekliğinin iyi metabolik kontrol ve düşük HbA1c seviyeleri ile ilişki olduğunu bildirmişlerdir (50,51). Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Diyabet tedavisine uyum arttıkça HbA1c , tokluk ve açlık kan şekeri değerlerinin azaldığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Tedaviye uyumun HbA1c değerlerini olumlu yönde etkilediğini, tedaviye uyum arttıkça HbA1c değerlerinin düştüğünü bildiren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır (35,46,52,53). Literatürde ilaç tedavisine uyumun artmasının biyokimyasal değerlerin iyileşmesini sağladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (54,55).

Aile desteği arttıkça hastalığı kabulün arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Literatürde benzer sonuçlar bildirmiştir (5,39,56). Avdal ve Sofulu diyabetli bireylerin aile üyelerinin ayak bakımı ya da kan şekeri ölçümünün yanı sıra bireyleri psikolojik açıdan desteklediklerini, depresyon ya da artan sıklıktan korunmakta önemli roller üstlendiklerini bildirmiştir (2). Hastalığın kabul edilmesi negatif duygular ve olumsuz tepkilerin azalmasında etkilidir (27). Elde ettiğimiz bulgular literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Aile desteği arttıkça, tedaviye uyum artmaktadır ( $p<0.05$ ). Elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu özellik göstermektedir (57,58). Diyabetli bireylere aile desteğinin sağlanması bireylerin hastalıklarını kabul etmelerinde ve tedaviye uyum sağlamalarında önemli olduğu görülmektedir.

Sonuçta, araştırmaya katılan tip 2 diyabetli bireylerin aile desteğinin yüksek, hastalığı kabul etme ve tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastalığı kabul ve tedaviye uyum arttıkça daha iyi glisemik kontrol sağlanabileceği belirlenmiştir. Aile desteği arttıkça hastalığı kabul ve tedaviye uyumu artmaktadır. Hemşire diyabetli birey için hastalık sürecinde ailenin en önemli destek mekanizmasını oluşturduğunun farkında olunmalıdır. Elde edilen sonuçlara göre; diyabetli bireylerin bakımında aile faktörünün göz önünde bulundurulması, diyabetli bireylere yapılan eğitim etkinliklerine ailenin de dâhil edilmesi, aile ile iş birliği içinde olunması, tedavi ve bakım sürecine ailenin de katılımının sağlanması ve bu konuda destek olunması önerilmektedir. Araştırma sonuçları çalışılan örneklem ile sınırlıdır ve genellenemez.

### Teşekkür

Araştırmamıza katılan tüm hastalarımıza ve kurumlarda araştırmanın yürütülmesi sırasında destek olan tüm sağlık çalışanlarına teşekkür ederiz.

### Yazarların Katkıları

Çalışma konsepti/tasarımı: **Nurbanu Arı, Afitap Özdelikara**, Veri toplama: **Nurbanu Arı**, Veri analizi ve yorumlama: **Nurbanu Arı, Afitap Özdelikara**, Yazı taslağı: **Nurbanu Arı, Afitap Özdelikara**, İçeriğin eleştirel incelenmesi: **Nurbanu Arı, Afitap Özdelikara**, Son onay ve sorumluluk: **Nurbanu Arı, Afitap Özdelikara**.

Bu araştırma makalesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı tarafından yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir

### Finansal Destek

Çalışma için finansal destek yoktur.

### Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden (35766460-799) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan (13.12.2019 tarihli ve B.30.2.ODM.0.20.08/964) izin alınmıştır.

### Hakemlik Süreci

Kör hakemlik süreci sonrası yayınlanmaya uygun bulunmuş ve kabul edilmiş.

### KAYNAKLAR

- Kristianingrum ND, Wiarsih W, Nursasi AY. Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management. *BMC Geriatr*. 2018;18(Suppl 1):304.
- Avdal E, Sofulu F. Tip 2 diyabette aile desteği ve aile çatışmasının özyönetim sürecine etkisi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2016;8:15-18
- Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, Bernabé-Ortiz A, Portocarrero J, Trujillo A, Cornejo P, Manrique K, Miranda JJ. Family support and diabetes: patient's experiences from a public hospital in Peru. *Qual Health Res*. 2018;28(12):1871-1882.
- Şireci E, Karabulutlu E. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20:48-54.
- Besen D, Esen A. Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011;10:155-156.
- İnkaya B, Düzalan Ö, Özpancar N. Diyabetli hastalarda hastalığı kabulün öz bakım aktivitelerine etkisi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2016;8:2-3.
- Demirtaş A, Akbayrak N. Development of an assessment scale for treatment compliance in type 2 Diabetes Mellitus in Turkish population: Psychometric evaluation. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(3):244-251.
- Gülşen G, Olgun N. İnsülin kullanan erişkin tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyum süreçlerindeki deneyimleri. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2016;8:48-49.
- Baykal D, Orak E. Tip 2 diyabetik hastaların glisemi kontrollerinde aile desteğinin araştırılması. *IGUSABDER*. 2018;4:363-377.
- Eşer A, Doğan E, Kav S, Bulut Y. Tip 2 diyabete mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;34:64-76.
- Baykal A, Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;2:44-58.
- Yılmaz F, Şahin D, TÜresin A. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Cukurova Med J*. 2019; 44: 1284-1291.
- Akın S. Diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi. *Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2011, İstanbul.
- Besen D. Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Doktora Tezi*. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009, İzmir.
- Aslan G, Tekir Ö, Yıldız H. Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Med J*. 2021;46:299-309.
- Munawaroh L, Herawati T. The relationship between family support and the quality of post primary PCI patients' life. *UI Proceedings on Health and Medicine*. 2019;4:110-114.
- Fatimah P. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus pada Pasien Diabetes Mellitus di RSUD Dr. Pirngadi Medan. *Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Sarjana Psikologi, Fakultas Psikologi Universitas Sumatera, Utara*. 2018. <https://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/10201/131301036.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
- Bak E, Marcisz C, Krzemińska S, Dobrzym-Matusiak D, Foltyn A, Droszol-Cop A. Relationships of sexual dysfunction with depression and acceptance of illness in women and men with type 2 diabetes mellitus. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):1073.
- Bal Özkaptan B, Kapucu S, Demirci İ. Relationship between adherence to treatment and acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Cukurova Med J*. 2019;44:447-454.
- Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: A review. *Int J Clin Pract*. 2008;62(1):76-87.
- Krass I, Schieback P, Dhipayom T. Adherence to diabetes medication: A systematic review. *Diabetic Medicine*. 2015;32:725-737.
- Rondhianto R, Nursalam N, Kusnanto K, Soenarnatalina M, Ahsan A. Analysis of the sociodemographic and psychological factors of the family caregivers' self-management capabilities for type 2 diabetes mellitus. *Jurnal Ners*. 2019;14:215-222.
- Damanik E, Lubis R, Mutiara E. Relationship between family support and quality of life among type 2 diabetes mellitus patients at hospital Tk. IV 01.07.01 Pematangsiantar North Sumatera. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. 2019; 6: 50-61.
- Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Ann N Y Acad Sci*. 2015;1353(1):89-112.
- Karakurt P, Aşlar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;14:1-9.
- Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35:1239-1245.



27. İlaslan E, Dalkıran Ş, Özer Z, Balcı MK. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve bakım verenlerin bakım verme yükü. *STED*. 2021;30:84-95.
28. Pouwer F, Beekman AT, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2006;60(2):235-240.
29. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P. Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period. *Pol Przegl Chir*. 2015;87(11):539-550.
30. Alhazmi T, Sharahili J, Khurmi S. Drug Compliance among Type 2 Diabetic patients in Jazan Region, Saudi Arabia. *Int J Adv Res*. 2017;5:966-974.
31. Kalyango NJ, Owino E, Nambuya PA. Non-adherence to diabetes treatment at Mulago hospital in Uganda: Prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2018;8:67-73.
32. Alqarni AM, Alrahbeni T, Qarni AA, Qarni HMA. Adherence to diabetes medication among diabetic patients in the Bisha governorate of Saudi Arabia - a cross-sectional survey. *Patient Prefer Adherence*. 2018;13:63-71.
33. Demirtaş A. Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirilmesine yönelik yeni bir ölçek oluşturulması. Doktora Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2014. Ankara <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=JMgYWeH04eNzjthDrD2svQ&no=F51w7hzWdz7K6qGjRoJ-aw> (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
34. Gimenes HT, Zonetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev Lat Ame Enfermagem*. 2009;17:46-51.
35. Yuksel M, Bektas H. Compliance with treatment and fear of hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes. *J Clin Nurs*. 2021;30(11-12):1773-1786.
36. Hernández-Ronquillo L, Téllez-Zenteno JF, Garduño-Espinosa J, González-Acevez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex*. 2003;45(3):191-197.
37. Yıldız E. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. 2012 <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> Tez No: 336815 (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
38. Jalius M, Sari NI, Asep D. Family support with diabetic ulkus prevention effects on diabetes mellitus patients in policy diseases hospital Batam. *Tersedia Online*. 2019;9:66-71.
39. Peker A, Karaöz S. The effects of social support and hope in the healing of diabetic foot ulcers treated with standard care. *Popul Health Manag*. 2017;20(6):507.
40. Demiröz H. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalığı kabul ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Düzce. 2021. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> Tez No: 660561 (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
41. Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Illness acceptance in patients with diabetes and its influence on the quality of life and the subjective assessment of health. *Fam Med Primary Care Rev*. 2012; 14(3): 383-388.
42. Richardson A, Adner N, Nordström G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *J Adv Nurs*. 2001;33:758-763.
43. Sweileh WM, Zyoud SH, Abu Nab'a RJ, Deleq MI, Enaia MI, Nassar SM, Al-Jabi SW. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: Findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health*. 2014;14:94.
44. Taşkaya S. Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara. 2014. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/2481/a14ef17d-521f-4972-92cf-97a52d95e3f0.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
45. Güleypupoğlu M. Diyabet tanısı almış bireylerde parmak delme ve insülin enjeksiyonu yapma korkusunun tedaviye uyum üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir. 2020 <http://acikerisim.nevsehir.edu.tr/bitstream/handle/20.500.11787/1371/MERVE%20DA%C4%9EDELLEN%20G%C3%9CLEYYUPO%C4%9ELU.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 17.10.2021).
46. Kara AM, Kara T. Tip 2 diyabet tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam, kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. *Med Bull Haseki*. 2019;57:379-385.
47. Arifulla M, John LJ, Sreedharan J, Muttappallymyalil J, Basha SA. Patients' adherence to anti-diabetic medications in a hospital at Ajman, UAE. *Malays J Med Sci*. 2014;21(1):44-49.
48. Leiter LA, Yale J, Chiasson J, Harris S, Kleinstiver P, Sauriol L. Assessment of the impact of fear of hypoglycemic episodes on glycemic and hypoglycemia management. *Can J Diabetes*. 2005;29:186-192.
49. Wijayanti L. Role of family in implementation of diabetes exercise in type 2 diabetes mellitus patients. *Journal Nurse and Health*. 2018;7(2):152-157.
50. Melton L. Development of an acceptance and commitment therapy workshop for diabetes. *Clin Diabetes*. 2016;34(4):211-213.
51. Bertolin DC, Pace AE, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Ribeiro RM. Psychological adaptation to and acceptance of type 2 diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2015;28:440-446.
52. Ahmad N, Islahudin F, Paraidathathu T. Factors associated with good glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *JDI*. 2014;5:563-569.
53. Shamsi A, Khodaifar F, Arzaghi SM, Sarvghadi F, Ghazi A. Is there any relationship between medication compliance and affective temperaments in patients with type 2 diabetes? *J Diabetes Metab Disord*. 2014;13(1):96.

54. Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, Rekeneire N, Strotmeyer ES, Shorr RI, Vinik A, Odden MC, Parkı SW, Faulkner KA, Harris TB. Diabetes-related complications, glisemic control and falls in older adults. *Diabetes Care*. 2008;31:391-396.
55. Badur Görürgöz F, Özcan Ş. Diyabetli yaşlılarda oral ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2018;10: 47.
56. Gustavsson M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness and partner support. *Qual Life Res*. 2007;16(1):75-87.
57. Hançerlioğlu S, Toygar İ, Çıray N, Polat G, Özbey Y, Yıldırım Şimşir I, Çetinkalp Ş. The effect of family support and family conflict on treatment compliance in type 2 diabetes. *Prog Health Sci*. 2020;10:48-52.
58. Rahayu E, Kamaluddin R, Hapsari ED. Determinants of self-care management in patients with type 2 diabetes mellitus. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 2018;13(2):71-76.