



**TİP 2 DİYABET TANISI ALAN HASTALARA
ROY'UN ADAPTASYON MODELİ'NE
GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
DİYABET BAKIM PROFİLİ'NE ETKİSİ**

Esin KAVURAN

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ

Doktora Tezi - 2017

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET TANISI ALAN HASTALARA ROY’UN
ADAPTASYON MODELİ’NE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
DİYABET BAKIM PROFİLİ’NE ETKİSİ**

Esin KAVURAN

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ**

**ERZURUM
2017**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**TİP 2 DİYABET TANISI ALAN HASTALARA ROY'UN
ADAPTASYON MODELİ'NE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
DİYABET BAKIM PROFİLİ'NE ETKİSİ**

Esin KAVURAN

Tez Savunma Tarihi : 29.06.2017

Tez Danışmanı : Yrd. Doç.Dr. Afife YURTTAŞ 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI 

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Serap EJDER APAY 

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Dilek SARI 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç.Dr. Arzu KARABAĞ AYDIN 

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Diyabetin Tanımı	5
2.2. Diyabetin Etiyolojisi	5
2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi	6
2.4. Diyabetin Sınıflandırılması.....	6
2.4.1. Tip 1 Diyabet	7
2.4.2. Tip 2 Diyabet	7
2.4.2.1. Tip 2 Diyabet Belirtileri.....	7
2.4.2.2. Tip 2 Diyabetin Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler.....	8
2.4.2.3. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları	8
2.4.2.4. Tip 2 Diyabetin Tedavisi	10
2.4.3. Gestasyonel Diyabet	12
2.4.4. Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet	12
2.5. Roy Adaptasyon Modeli (RAM).....	13
2.5.1. RAM’ daki Dört Temel Kavram.....	13
2.5.2. RAM’ın Uyum Alanları.....	15
2.5.3. RAM’ın Hemşirelik Uygulamasında Kullanılması.....	20

2.5.4. RAM’a Göre Hemşirenin Rolü.....	21
2.5.6. RAM Doğrultusunda Tip 2 Diyabetli Hasta Eğitimi.....	21
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.5. Araştırma Süreci	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	73
EK-2. HASTA TANILAMA FORMU	74
EK-3. DİYABET BAKIM PROFİLİ ÖLÇEĞİ	75
EK-4. EĞİTİM REHBERİ.....	81
EK 5. ETİK KURUL ONAY	82
EK-6. RESMİ KURUM İZİN YAZISI	83

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde gösterdiği büyük emeğinden ve desteğinden dolayı değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ'a gönülden teşekkür ederim.

Bilimsel katkılarıyla tezimin her bölümüne ve lisansüstü eğitimim boyunca bana emek veren değerli hocam ve komite üyesi Sayın Prof. Dr. Mağfîret KAŞIKÇI'ya, tez çalışmam süresince bana yol gösteren, katkı sağlayan değerli komite üyesi Sayın Doç.Dr. Serap EJDER APAY'a, tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Dilek SARI'ya ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Arzu KARABAĞ AYDIN'a teşekkür ederim. Verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliniği çalışanlarına ve çalışmamın veri tabanını sağlayan katılımcılara, yaşamım boyunca tüm süreçlerde yanımda olan, beni daima destekleyen çok kıymetli AİLEM'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Uzman Hemşire Esin KAVURAN

ÖZET

Tip 2 Diyabet Tanısı Alan Hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne Göre Verilen Eğitimin Diyabet Bakım Profiline Etkisi

Amaç: Bu çalışma, tip 2 diyabetli hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin Diyabet Bakım Profili'ne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Nisan 2015-Ağustos 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliğine başvuran tip 2 diyabetli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirtilen evrenden olasılıksız rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 61 deney ve 65 kontrol grubunda olmak üzere toplam 126 tip 2 diyabetli hasta oluşturmuştur. Verilerin toplamasında “Hasta Tanıtım Formu” ve “Diyabet Bakım Profili Ölçeği” kullanılarak deney ve kontrol grubunun ön testleri yapılmıştır. Daha sonra deney grubundaki hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'nde yer alan 4 uyum alanına göre yapılandırılmış eğitimler her alan iki defa tekrarlanarak 8 hafta sürmüştür. Her bir alan ile ilgili eğitim sonunda hastalarla birer hafta telefon görüşmeleri yapılarak izlem süreci 12 hafta olarak tamamlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Son testler, deney grubunda eğitimler bittikten 3 ay sonra, kontrol grubun da ise ön testin uygulanmasından 6 ay sonra “Hasta Tanıtım Formu” ve “Diyabet Bakım Profili Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ki kare, bağımsız gruplarda t testi ve eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonunda kontrol ve deney grubundaki tip 2 diyabetli hastaların Diyabet Bakım Profili Ölçeği'nin ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Deney grubunda eğitim sonrasında, diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir azalma, diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir artma olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise diyabet kontrolünü zorlaştıran ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan alt boyutlarda anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Tip 2 diyabetli hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin Diyabet Bakım Profili'ne olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet Bakım Profili, Eğitim, Hemşirelik, Roy Adaptasyon Modeli, Tip 2 Diyabet

ABSTRACT

Effect of Roy's Adaptation Model-Guided Education in Patients with Type 2 Diabetes on Diabetes Care Profile

Aim: This study was conducted to determine the effect of effect of Roy's Adaptation Model-guided education in patients with type 2 diabetes on diabetes care Profile.

Materials and Methods: The research was conducted as a pre-test-post-test control group semi-experimental model. The study population consisted of patients with type 2 diabetes applied to Atatürk University Research Hospital endocrinology polyclinic between April 2015 and August 2016. The sample of the study consisted of a total 126 patients with type 2 diabetes (n: 61 in the experimental, n: 65 in the control group) who were selected by random sampling method, met the research inclusion criteria and agreed to participate in the research. "Patient Information Form" and "Diabetes Care Profile Scale" were used for data collection. Training provided to the experimental group lasted 8 weeks, repeating each field two weeks. The training and follow-up process was completed in 12 weeks by continuing to remind the patients with phone calls for one week after the each training. No intervention was made in the control group of patients. After completing the training provided to the experimental group, data collection tools were reapplied in both groups and the post-test data were collected. In the evaluation of the data, percentile distribution, chi-square test, independent samples t-tests and paired t-test were used.

Results: At the end of the study, pre-test and post-test averages of the Diabetes Care Profile Scale of the patients with type 2 diabetes in the experimental group were compared. In the experimental group, it was found that there was a significant decrease in the mean scores of the sub-scales having factors that make diabetes control difficult and a significant increase in the mean scores of the subscales covering the factors that improve diabetes control were found ($p < 0.05$). In the control group, there were no significant changes in the sub-scales including the factors that complicate diabetes control and improve diabetes control ($p > 0.05$).

Conclusion: The training provided to patients with type 2 diabetes in accordance with the Roy Adaptation Model was found effective on the diabetes care profile.

Keywords: Diabetes Care Profile, Training, Nursing, Roy Adaptation Model, Type 2 Diabetes

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: American Diabetes Association
DBP	: Diyabet Bakım Profili
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
GDM	: Gestasyonel Diyabet
HbA1C	: Hemoglobin A1c
HHNK	: Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma
IDF	: International Diabetes Federation
IM	: İntramüsküler
IV	: İntravenöz
NPH	: Neutral Protamine Hagedorn
RAM	: Roy Adaptasyon Modeli
SC	: Subkutan
TURDEP	: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelansı Çalışması

ŞEKİL DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. RAM’a Göre Uyum Süreci.....	19
Şekil 2.2. RAM’a Göre Hemşirenin Rolü.....	22
Şekil 2.3. RAM’a göre Tip 2 Diyabete Uyum.....	25
Şekil 3.1. Araştırma Planı	37



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Diyabet Bakım Profiline Ait Özellikler.....	29
Tablo 3.2. RAM’a Göre Yapılandırılmış Eğitim Programı.....	32
Tablo 3.3. İstatistiksel Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler....	35
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.2. Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Gruplararası Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.3. Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.4. Diyabet Kontrolünü İyileştiren Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Gruplararası Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Diyabet Kontrolünü İyileştiren Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test- Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	45

1. GİRİŞ

Sağlığı koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme veya yetersizlikler ile baş etmeye yardımcı hedefleyen hemşireliğin odağını, sağlıklı/hasta bireye, aileye ve topluma yönelik bakım oluşturmaktadır. Hemşire, bakım eylemini planlarken sağlıklı/hasta bireyin özelliklerini dikkate almalı, bireyi bütüncül olarak değerlendirmeli ve gereksinimlerinin karşılanmasında bakım verdiği bireyle işbirliği içinde olmalıdır. Hemşirenin bakım verme eylemi mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimleri ile gerçekleşen bağımsız bir işlevidir ve hemşirenin koruma, rahatlatma ve bilgilendirme gibi eylemlerinin tümünde değişen ölçülerde yer almaktadır.^{1,2} Hemşirelik, bilgi temelli uygulamalarla sağlığa katkıda bulunmakta, felsefi ve teorik temeller rehberliğinde değer ve hedeflerini oluşturmakta ve temel bakım uygulamalarını bilimsel zeminde topluma ulaştırmaktadır.³ Sağlık-hastalık, insan, çevre ve hemşirelik olmak üzere dört temel kavramdan etkilenen hemşirelik, hemşirelik kuram ve modellerinin bilinmesini, incelenmesini ve test edilmesini gerektirmektedir.⁴

Hemşirelik aktivitelerinin temellerini oluşturan hemşirelik model/kuramları, hemşirelik uygulamasına rehberlik ederek hemşireliğe özgü bir düşünme biçimi getirir.⁴ Hemşirelik model/kuramları, hemşirenin tıbbi uygulamadan çok hemşirelik uygulamasına odaklanmasını ve hemşirelik bakımının sistematik, kontrollü, amaçlı ve etkili olmasını sağlar.⁵⁻⁸ Hemşirelik eğitiminde ve bakımında beklenen hedeflere ulaşabilmek için teori ve model kullanımı etkilidir. Çünkü modeller bir davranışı etkileyecek faktörleri görmeyi ve hedefe ulaşmak için seçilecek yolları belirlemeyi sağlamaktadır.⁴

Hemşirelikte sık kullanılan modellerden/kuramlardan biri de Roy'un Adaptasyon Modeli'dir (RAM). RAM'ın amacı, sağlık ve hastalık durumlarında bireylerin adaptasyon süreçlerini hızlandırmak, geliştirmek ve artırmaktır.⁹ RAM bireylerin dört

uyum alanındaki gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini vurgular. RAM’da tanımlanan uyum alanları; fizyolojik alan, rol fonksiyon alanı, benlik kavramı alanı ve karşılıklı bağıllık alanıdır.¹⁰ Sağlık bakımının yönetiminde etkin rol oynayan, bireyin sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilitasyonunda önemli işlevi olan, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca 24 saat kesintisiz hizmet sunan, diğer sağlık çalışanlarına göre daha ulaşılabilir sağlık ekibi üyesi olan hemşireler¹¹ bireylerin bu uyum alanlarındaki gereksinimlerini karşılamaya yardım eder.¹⁰

Bireyin hastalık ve tedavi sürecine uyumunun oldukça önemli olduğu durumlardan biri de tip 2 diyabettir. Tip 2 diyabet, insülin hormonunun yeterli miktarda salgılanamaması ya da etkili bir şekilde kullanılamaması durumunda, hastada fizyolojik semptomların yanı sıra psikolojik, emosyonel ve sosyal sorunların da gelişmesine neden olan kronik bir hastalıktır.^{12,13} Diyabette ortaya çıkan komplikasyonların önlenmesi için; bireyin beslenme şekli ve fiziksel aktivitesini diyabete göre düzenlemesi, ilaç tedavisini doğru uygulaması ve kendi kendini izlemesi beklenmektedir.¹⁴

Tip 2 diyabetli hastaların yaşam tarzı ve alışkanlıklarında değişiklik yapmalarında ve tedavilerine uyum sağlamalarında hemşirelik bakımı ve eğitimi büyük öneme sahiptir.¹⁵ Çünkü bu durum, hastaların yaşamlarını kontrol edebilmeyi, hastalıkları ile baş etmeyi ve kendi bakımlarını üstlenmeyi sağlar.¹⁶ Ayrıca hastalığa ilişkin tutum ve algılarını olumlu yönde değiştirir ve hastalıklarını daha iyi yönetebilmelerini sağlar.¹⁷ Diyabet Bakım Profili, tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkları ve bakımlarıyla ilgili faktörleri ve diyabet tedavisinin sosyal ve psikolojik yönlerini değerlendirmekte kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Ölçek, diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri içerdiği için diyabetli hastaların sosyal, psikolojik ve eğitim gereksinimlerini belirlemekte kolaylık sağlamaktadır.¹⁸

RAM temel alınarak yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Afrasiyabifar ve arkadaşlarının RAM'a göre verilen eğitimin hasta uyumuna etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında RAM temelli hasta eğitiminin, hastaların fizyolojik ve benlik kavramı alanlarında adaptasyonunu artırdığı belirtmiştir.²⁰ Bir başka çalışmada, eğitilebilir zihinsel engelli çocukları olan annelerin sosyal adaptasyonlarını belirlemek amacıyla RAM'a göre verdikleri eğitimin, annelerin sosyal uyumları üzerine olumlu bir etkisi olduğu belirtilmiştir.²¹ Seah ve Tham RAM modeli kullanarak yaptıkları çalışmada, bulimiya nervoza tedavisinde değişen çevreye uyum sağlayabilen bireylerin hastalıklarına daha iyi uyum sağladıkları belirtilmiştir.²² Literatürde yeme bozuklukları olan hastalarda²³, doğum öncesi dönemdeki gebelerde²⁴, inmeli hastalarda²⁵ ve geriyatrik hastalarda²⁵ RAM kullanılarak yapılan çalışmalara rastlanmıştır.

Türkiye'de de RAM kullanılarak yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Akyl'ın kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların hastalığa uyumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada RAM'a göre verilen eğitimden sonra deney grubunda hastalığa uyumun artırdığı belirlenmiştir.²⁷ Ejder'in postpartum dönemdeki kadınlara RAM'a göre yapılandırılarak verilen bakımı değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada da eğitimin postpartum problemlerin çoğunu giderdiği veya önlediği belirtilmiştir.²⁸ Yine Serçekuş'un antenatal eğitimin prenatal ve postpartum uyuma etkisinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada prenatal uyuma ilişkin bulgular RAM'ı desteklemektedir.²⁹ Literatürde bulantı kusması olan gebeliklerde,³⁰ postpartum dönemdeki annelerde,³¹ radikal mastektomi olan hastalarda,⁶ koroner arter bypass greftli hastalarda,³² romatoid artritli hastalarda,⁷ primer beyin tümörlü hastalarda³³ karaciğer nakli olan hastalarda³⁴ RAM kullanılarak verilen eğitim, bakım ve danışmanlığın yaşamdaki değişikliklere uyumu kolaylaştırdığı belirtilmiştir.

RAM, tip 2 diyabetli hastaların psikolojik adaptasyonunda,³⁵ diyabetik ayak

yarası olan hastaların adaptasyonun,³⁶ psikoseksüel kaygısı olan diyabetlilerin adaptasyonunda³⁷ ve tip 2 diyabetli hastaların bakımında³⁸ kullanılmıştır. Yapılan literatür taraması sonucunda tip 2 diyabetli hastaların hastalıklarına uyumlarının artırılması için yapılandırılmış bir eğitim sonuçlarının incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, tip 2 diyabet tanısı alan hastalara RAM'a göre yapılandırılmış eğitimin Diyabet Bakım Profili'ne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin Diyabet Bakım Profili'ne etkisi yoktur.

H₁: Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin Diyabet Bakım Profili'ne etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Bireylerin sağlık bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşireler sağlıklı/hasta birey ile en fazla zamanı geçiren meslek grubudur. Hemşirelerin bireyin hastalıklardan korunmasında, komplikasyonların önlenmesinde, davranış değişikliğinin oluşmasında, yanlış inançların belirlenmesinde, hastalığa ilişkin belirsizliğin azaltılmasında ve problem çözme becerisinin artırılmasında bakım sağlayıcı, yönetici, eğitimci, hasta hakları savunucusu, araştırmacı, konsültan ve işbirliği sağlayıcı rolleri bulunmaktadır. Akut ve kronik hastalıklar konusunda hemşire, eğitim ve danışmanlık hizmetini, hasta ve aileyi kapsayacak şekilde uygular.³⁹ Bu anlamda hemşire, kronik bir hastalık olan diyabet ile yaşayan bireylerin bakım aktiviteleri arasındaki ilişkiyi fark ederek gerektiğinde hastanın bakım ve tedavisi ile ilgili yeni kararlar alabilmesinde ve durumuna uygun değişiklikleri yapabilmesinde etkin bir rehber olabilir.

2.1. Diyabetin Tanımı

Diyabet, insülin hormonunun yetersizliği veya eksikliği sonucu organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yararlanamadığı kronik bir hastalıktır.⁴⁰ Diyabet hem kronik hem de fiziksel bir hastalık olmakla beraber hasta açısından duygusal, ruhsal, psiko-sosyal ve psiko-seksüel problemlerin ve çatışmaların ortaya çıkmasına yol açabilen metabolik bir hastalıktır. Diyabetin tipi, süresi, tedavi şekli ve komplikasyonları hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini, kişilerarası ilişkilerini, sosyal faaliyetlerini, yaşam kalitesini, iş hayatlarını ve bakım güçlerini olumsuz yönde etkilemektedir.^{16,41} Akut ve kronik komplikasyonları sebebiyle diyabet, hem ölümlere hem de yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır.⁴²

2.2. Diyabetin Etiyolojisi

Diyabetin ortaya çıkmasında diyabetin tipine, kişisel ve çevresel faktörlere göre farklılık gösteren yaş, cinsiyet, kalıtım, obezite, beslenme, fiziksel aktivite gibi birçok

faktör rol oynar.

Yaş: Tip 2 diyabet gelişmekte olan ülkelerde en çok 35-64 yaşları arasında görülmektedir. Özellikle 40 yaş üstü bireylerde görülen tip 2 diyabet, çocukluk çağında obezitenin artması ile birlikte adölesan çağda da görülmeye başlamıştır.⁴³

Cinsiyet: Diyabet sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.⁴⁴

Kalıtım: Tek ebeveynin etkilendiği çocuktaki diyabet insidansı; tip 1 diyabet için %2-5, tip 2 diyabet için %15 iken, iki ebeveynin etkilendiği çocuklarda insidansı; tip 1 diyabet de %10, tip 2 diyabet de %50'dir.⁴³

Obezite: Obezite, tip 2 diyabet oluşumunda en önemli değiştirilebilen çevresel risk faktörüdür ve tip 2 diyabetlilerin % 90'ı obezdir.⁴⁵

Beslenme: Aşırı beslenme, yetersiz veya dengesiz beslenme, yağ ve karbonhidrat tüketiminin artması gibi faktörler diyabet için zemin oluşturmaktadır. Sağlıksız ve dengesiz beslenme tip 2 diyabetin görülme sıklığının artmasına yol açmaktadır.⁴⁶

Fiziksel Aktivite: Hareketsizlik enerji tüketimini azaltarak kilo almaya neden olduğu için tip 2 diyabet insidansını artırmaktadır.⁴⁷

2.3. Diyabetin Epidemiyolojisi

Diyabet, dünyanın hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerinde önemli bir sağlık sorunudur. IDF verileri; 2014 yılında dünyada 20-79 yaş aralığında toplam 387 milyon diyabetli birey olduğu ve bu sayısının 2035 yılında 592 milyona ulaşacağını göstermektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde ise 52 milyon diyabetli olduğu ve bu sayının 2035'te 68.9 milyona ulaşacağı, Türkiye'de ise 2013 yılında 7,2 milyon diyabetli birey olduğu ve 2035 yılında bu sayının 11.8 milyon olacağı bildirilmektedir.^{48,49}

2.4. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabetle ilgili geniş kapsamlı ilk sınıflamayı 1980’de DSÖ yayınlanmıştır ve bu tanım 1985 yılında yenilenmiştir. ADA 2003 yılında yayınladığı kılavuza göre diyabet, tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve diğer sebeplere bağlı spesifik diyabet olmak üzere 4 sınıfa ayrılmıştır.⁴³

2.4.1. Tip 1 Diyabet

Çocukluk çağındaki diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında diyabet riski, birinci sırada yer almaktadır. Pankreastaki beta hücrelerinin zedelenmesi veya kaybına bağlı gelişen, insülin eksikliği ile kendini gösteren ve insüline bağımlı olan diyabet türüdür. Virüsler, toksinler ya da bazı besin maddeleri gibi çevresel faktörlerin hücre hasarını ve diyabeti başlattığı bilinmektedir.⁵⁰ Tüm diyabetli bireylerin yaklaşık %5-10’unu tip 1 diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Tip 1 diyabet yeni doğanlarda ilk 6 ayda nadir görülürken, 9.aydan sonra artar, 12-24 yaş aralığında insidansı maksimum düzeye erişir ve bu yaşlardan sonra yaş ilerledikçe insidansı azalır.⁵¹ Tip 1 diyabetli hastalarda düzenlenecek tedavinin amacı diyabet semptomlarını azaltmaktır. Hasta yönetimi fizyolojik ihtiyacı karşılayacak günlük insülin enjeksiyonu, glukoz ölçümü, HbA1c gibi klinik testlerin düzenli takibi, diyet ve egzersizle uyumlu insülin dozu, sağlıklı diyet, karbonhidrat sayım teknikleri ve hasta eğitimi içermektedir.⁴³

2.4.2. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet normal miktarlardaki insülinin beklenenden az şekilde etki göstermesi olarak tanımlanan insülin direnci ve insülin salınımındaki kusurun birlikteliğiyle oluşur.⁵² Tip 2 diyabet nüfusun ve yaşlı popülasyonun artışı, sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması ve obez insan sayısındaki artışla birlikte prevalansı giderek artan, uygun tedavi edilmediğinde ise morbidite ve mortalite oranı yüksek olabilen bir hastalıktır.⁴³

2.4.2.1. Tip 2 Diyabet Belirtileri

Tip 2 diyabette tanıya götüren semptomlar; poliüri, polifaji, polidipsi, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu ve noktüridir. Daha az görülen semptomlar ise; kilo kaybı, bulanık görme, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır.⁴⁹ Tip 2 diyabetli hastalar bazen bulanık görme, miyopluk, tekrarlayan deri veya vajinal fungal enfeksiyonlardan şikayet edebilirler.⁴⁶

2.4.2.2. Tip 2 Diyabetin Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler

Hemoglobin A1c (HbA1c): HbA1c, hemoglobine bağlanan glikozu ifade eder ve son 2-3 aydaki açlık- tokluk kan şekeri düzeylerinin ağırlıklı ortalamasını yansıtır.⁵³ Tanı testi olarak, uluslararası standardize yapılmış yöntemlerle ölçüm yapıldığında kullanılabilir. HbA1c'nin ülkemizdeki ölçüm testleri standardize edilemediğinden tek başına tanı testi olarak önerilmemektedir.⁴⁶

Açlık Kan Şekeri (AKŞ): Kan şekeri değerinin en az 8 saatlik açlıktan sonra 60-110 mg/dl arasında olması gerekir. Açlık kan glukoz değeri plazmada glikoz değerinin 126 mg/dl'yi bulduğu ve geçtiği durumlarda diyabet tanısı konabilir.⁵³

Tokluk Kan Şekeri: Karbonhidrat emilimine bedenin verdiği cevabı değerlendirmek amacıyla tokluk kan şekeri, yemeklerden iki saat sonra ölçülür. Tokluk kan şekeri değerinin 140 mg/dl'den yüksek olması diyabet tanısını koydurur.⁴³

Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT): OGTT, 3 günlük normal diyet sonrası hastanın 10-16 saat aç kaldıktan sonraki sabah saatlerinde uygulanır. Kan örneği alındıktan 5 dakika sonra 75 gr glikoz, 250-300 ml su ile hastaya içirilir. Venöz kanda glikoz seviyesinin 200 mg/dl'den yüksek olması diyabet tanısı konması için yeterlidir.⁴³

2.4.2.3. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları

Tip 2 diyabet ile ilgili tüm gelişmelere rağmen diyabetli bireylerde diyabetik aciller mortalite nedeni olabilmektedir.⁴⁶ Diyabetin akut komplikasyonları; diyabetik

ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma ve hipoglisemidir.

Diyabetik ketoasidoz (DKA): DKA, asit-baz dengesizliğine neden olan akut bir komplikasyondur. Diyabetli hastalarda kan glikozunun 180 mg/dl üzerine çıkmaya başlamasıyla hiperglisemi görülür ve ketoasidoz gelişebilir.⁴³

Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma (HHNK): Daha çok yaşlı tip 2 diyabetlilerde gelişen, hiperglisemiye bağlı olarak gelişir, HHNK kötüdür ve kan glikozu ölçülemeyecek kadar yüksek olabilir.⁴⁶

Hipoglisemi: Kan glukoz seviyesinin 60-70 mg/dl'nin altına düşmesi hipoglisemi olarak tanımlanır. Diyabetli bireyi hipoglisemi ve komplikasyonlarından korumak için diyabet hemşiresi diyabetli bireye, hipoglisemi nedenleri ve tedavisi konusunda eğitim vermelidir.⁴⁶

Tip 2 diyabetin kronik komplikasyonları ise diyabetik retinopati, diyabetik nefropati, diyabetik nöropati ve diyabetik ayakdır.

Diyabetik Retinopati: Retinopati, diyabetli bireylerde görme kayıplarının en başta gelen nedenlerinden birisidir. Diyabetik retinopati, tip 2 diyabetli hastalarda tanıdan iki yıl sonra, tip 1 diyabetlilerde ise tanıdan 10 yıl sonra gelişebildiği için, erken tanı için diyabetli bireylere göz muayenesini yaptırmaları önerilmelidir.⁴⁶

Diyabetik Nefropati: Son dönem böbrek yetmezliklerinin en sık rastlanan nedenlerinden biri diyabetik nefropatidir. Nefropatinin önlenmesinde diyabetli bireye düzenli kan glikozunu ve kan basıncını ölçtürmesi ve önerilen diyetle uyması konusunda diyabet hemşireleri tarafından eğitim verilmelidir.⁴³

Diyabetik Nöropati: Diyabetik nöropati diyabetli bireylerin yaklaşık %50-60'ında görülür. Diyabetik nöropati gelişimini önlemede diyabet hemşiresi, diyabetli bireye düzenli olarak her gün ayaklarını genel görünüş, ısı, renk, nabız, yara, nasır ve duyu yönünden kontrol etmesi gerektiği ile ilgili eğitim vermelidir.⁴³

Diyabetik Ayak: Diyabetik nöropati gelişen hastaların, yaklaşık %40'ında diyabetik ayağa rastlanmaktadır. Bu nedenle diyabet hemşiresi düzenli olarak ayak bakım kontrolü yapmalı ve bu konuda diyabetli bireyi bilgilendirmelidir.⁴³

2.4.2.4. Tip 2 Diyabetin Tedavisi ve Bakımı

Diyabet tedavisinde ve bakımında temel amaç iyi bir diyabet yönetimidir. Diyabetin yönetimi; diyet, egzersiz, ayak bakımı, ilaç ve insülin kullanımı, kendi kendine kan şekeri izlemi gibi çok bileşenli bakım aktivitelerini ve yaşam biçimi değişikliklerini kapsar.⁴³ Tip 2 diyabet tedavisinde ve bakımında başlıca yöntemler, diyabet eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, ilaç tedavisi ve insülinidir.⁴⁶

Tip 2 Diyabet Eğitimi

Tip 2 diyabet eğitim programlarının diyabete bağlı komplikasyonları ve hastaneye yatış süresini azalttığı ve bireylerin yaşam tarzını değiştirmede etkili olduğu bildirilmektedir.⁵⁴ Tip 2 diyabet eğitiminde duygusal ve fiziksel stres kaynaklarının, egzersiz, diyet ve ilaçların glisemik kontrol ile ilişkisinin kavranabilmesi hedeflenmektedir.⁴³ Eğitim, tip 2 diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetli bireyin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal bir önemi vardır.⁵⁴ Diyabet eğitiminde bireysel ve grup eğitimi yöntemleri kullanılmaktadır.⁵⁴ Yüz yüze eğitim olarak tanımlanan bireysel eğitimde, diyabetli bireyin gereksinimlerine yönelik uygun eğitimin verilmesi hedeflenir. Tip 2 diyabetli birey bireysel eğitimde, sosyal, ekonomik, seksüel problemlerini ve gereksinimlerini daha net ifade edebilmektedir.⁵⁵ Grup eğitimi ise, 1970'ten beri diyabet için etkin bir eğitim yöntemi olarak kullanılmaktadır.⁷⁷ Tip 2 diyabet eğitiminin, destekleyici ve cesaret verici olması, sürenin ve maliyetin etkin olması, deneyimlerin paylaşılmasını sağlaması ve etkileşim ile öğrenmeyi artırması sebebiyle grup eğitimi yoluyla yapılmasının daha etkin olduğu belirtilmektedir.⁵⁷

Tip 2 Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tip 2 diyabet yönetiminde beslenme, diyet ve kilo kontrolü önemli bileşenlerdir. Diyabet tedavisinin en önemli ögesi olarak tanımlanan diyet tedavisi ADA tarafından tıbbi beslenme tedavisi olarak değiştirilmiştir.⁴³ Tıbbi beslenme tedavisinin öncelikli hedefleri glisemik kontrolü sağlamak, tedavi etmek, bireye uygun beslenme biçimini oluşturmak, kronik komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir.⁴³ Tip 2 diyabetli hastalar günlük enerji ihtiyaçlarını üç ana, üç ara öğüne bölerek ve %65'ini ana öğünlerden, %35'ini ara öğünlerden karşılarlar.⁵⁷

Tip 2 Diyabet ve Egzersiz

Diyabet tedavisinin önemli bir bileşeni olan düzenli egzersiz, kan şekeri kontrolünde oldukça önemlidir.⁵⁸ Fiziksel aktivite, tip 2 diyabette glisemiği iyileştirebilir, insülin direncinde ve kardiyovasküler risk faktörlerinde azalma sağlayabilir. Orta şiddette günde 30 dakika egzersizin tip 2 diyabet insidansını azaltabileceği belirtilmiştir.⁴⁶

Tip 2 Diyabette İlaç Tedavisi

Oral antidiyabetik ilaçlar, sadece diyet ve egzersiz ile tedavi edilmeyen tip 2 diyabetli hastalarda kullanılmaktadır. Bu ilaçlar insülin değildir, fakat insülin ve glikoz üretirler ve diğer sınıflanmış ilaç formlarıyla birleştirilerek veya hedeflenen kan glikozuna ulaşmak için insülinle birlikte kullanılabilir. Genellikle tip 2 diyabetli hastalar sadece diyet ya da diyet ve oral antidiyabetik ile kontrol edilse de, gebelik, ameliyat ve stresli durumlarda hastalar geçici olarak insüline gereksinim duyabilirler.⁴⁶

Tip 2 Diyabette İnsülin Tedavisi

İnsülin hormonu, glikozun yağ, kas ve karaciğer hücresine girişini, hücrelerde glikozun yıkımını, glikozun glikojene çevrilerek depolanmasını, yağların yağ asitlerine çevrilmesini ve trigiliserid şeklinde depolanmasını sağlayan, protein sentezini artıran

pankreasın beta hücrelerinden salınan bir hormondur.⁴³ İnsülin etki sürelerine göre farklılıklar göstermektedir. Kısa etkili insulinler, kristalize insülin veya reguler insulin olarak bilinirler. Berrak görünümlüdürler ve katı madde içermediklerinden kullanmadan önce çalkalamaya gerek yoktur. IV, SC ve IM yol ile uygulanırlar.⁴⁶ Orta etkili insülinler, NPH insülin adıyla da bilinir ve bulanık görünümlüdürler ve her kullanımdan önce yavaş ve dikkatlice karıştırılmalıdır.⁴⁶ Karışım insulinler, orta etkili insulinler ile kısa insulinlerin belirli oranlarda hazırlanması ile elde edilirler. Kısa etkili insulin ile karışımları yemekten 30 dakika önce, hızlı etkili insulin ile karışımları ise yemek öncesi yapılır.⁵⁹ Uzun etkili insülinler, çoklu doz enjeksiyonlarında bazal insulin gereksinimlerini karşılamak için kullanılırlar. Etkisi 1 saatte başlar ve 24 saat boyunca devam eder.⁴⁶

Tip 2 Diyabette Bireysel Yönetim

Tip 2 diyabetli hastanın kendi hastalığını yönetmesi için belli bir bilgi temeline gereksinimi vardır. Hastanın aynı zamanda bakım becerilerini kazanması gereklidir. Diyabetli bireylerin kan şekerlerini normal sınırlarda tutmaları ve komplikasyonları önlemeleri için bireysel yönetim becerilerini yaşam şekline dönüştürmeleri zorunludur.⁵⁹

2.4.3. Gestasyonel Diyabet

Tüm gebeliklerin yaklaşık % 2-5'inde gestasyonel diyabet görülür.⁴⁶ GDM, gebelikle başlayan ya da ilk tanı gebelik sırasında konulan diyabettir⁶⁰. Belirtileri genelde tip 2 diyabete benzer. Ancak gebelik sırasındaki rutin taramalar nedeniyle genellikle semptomlar fark edilmeden önce tanı konulur. GDM doğumdan sonra genellikle düzelir fakat sonraki gebeliklerde tekrarlama riski yüksektir (yaklaşık %50). Ayrıca GDM öyküsü olan kadınların ileriki yaşamlarında tip 2 diyabetli olma riski %80'e kadar varmaktadır.⁴³

2.4.4. Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet

Spesifik diyabetler tüm diyabetlilerin %1'den azını oluşturmaktadır. Bu tip diyabete yol açan hastalıklar, insülin etkilerinde bozulmaya neden olan genetik defektler, beta hücre işlevlerinin bozulmasına bağlı genetik defektler, immün kaynaklı diyabet formları, ilaç ve kimyasal ajanlara bağlı gelişen diyabetler, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, enfeksiyonlar ve diyabetle birlikte görülebilen bazı genetik sendromlardır.⁶¹

2.5. Roy Adaptasyon Modeli (RAM)

Hemşirelik mesleği kuram, felsefe, araştırma ve uygulamaya temellenen bir sağlık disiplini'dir. ^{4,19} Hemşirelerin bütüncül bakım verebilmeleri ancak model kullanımı ile gerçekleştirilebilir. Model kullanımı, uygulamadaki problemlerin araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirir, hemşirenin tıbbi uygulamalardan çok hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını ve bakımın sistematize olmasını sağlayarak ortak bir dil oluşturulmasına imkan tanır. Aynı zamanda hemşirenin bakımı organize etmesine yardımcı olarak daha az iş gücü ile daha kaliteli bakım sunmasını sağlar.^{4,6,62}

Hemşirelikte uygulama, araştırma, ve eğitim gibi alanlarda kullanılan karşılıklı etkileşim görüşüne dayalı olarak geliştirilen RAM, uyum kavramı üzerine odaklanmıştır.^{4,62} Hemşireliğin kavramsal temellerinin tanımlanmasında yaygın olarak kullanılan bir model olan RAM, Sister Callista Roy tarafından, çocukların daha çabuk iyileşme yeteneği olduğunu ve değişikliklere karşı verdikleri cevaba daha kolay adapte olduklarını farketmesiyle geliştirilmiştir. Kuramda hemşirelik ve hümanistik yaklaşım iç içedir. Roy, savunma mekanizmalarının bireyin iyilik halini artıracığına inanır.⁴ RAM 1970 yılında uygulamaya konulmuş ve 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır. RAM'a göre hemşireliğin

amacı hastaların yeni durumlarına uyumlarını ve yaşam sürelerini artırmaktır.^{4,19}

2.5.1. RAM' daki Dört Temel Kavram

RAM'daki temel kavramlar; insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir.⁶³

İnsan

Roy'a göre insan, hemşirelik hizmetinin alıcısıdır ve karmaşık bütüncül adaptif bir sistemdir.⁶⁴ Adaptif bir sistem olan insan, biyo-psikososyal bir varlıktır. İnsan çevresel değişimlerle sürekli etkileşim halindedir. Dolayısıyla sürekli adapte olmaya çalışmakta,⁶⁵ çevresindeki değişimlerden etkilenmekte ve kendisi de çevresini etkilemektedir.^{63,64} Adaptif bir sistem olarak insan, doğumsal ya da sonradan kazanılan bazı mekanizmalar kullanarak, çevresel uyaranlara adaptif ya da adaptif olmayan yanıt verebilmektedir. İnsanın adaptif yanıtlar vermesi durumunda hemşirenin, bireyin adaptif yanıtı devam ettirmesi ve geliştirmesini sağlayacak şekilde bakımını planlaması gerekecektir. Ancak birey adaptif olmayan davranışlar gösterirse, davranışların adaptif olmasını sağlayacak bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duyacaktır.^{63,64}

Çevre

Roy'a göre çevre, modelin ikinci önemli kavramıdır. Roy, modeli ilk oluşturduğunda çevre kavramına diğer kavramlardan daha az yer vermiş ve çevreyi sadece mekan ile sınırlı tutmuş, sonraki güncellemelerde, çevre tanımını genişletmiştir. Çevre kavramındaki bu genişleme, insanı biyolojik varlık olarak görmenin yanı sıra, psikososyal varlık olarak da algılamanın bir gereği olmuştur.⁷³ Çünkü insan, yalnızca fiziksel uyaranlara değil, psikolojik ve sosyal uyaranlara da tepki vermektedir. Dış uyaranlar gibi görünür olmayan bu iç uyaranlar, bireyi adapte olmaya zorlamaktadır. Çevre, adaptif sistemleri uyaranlar yoluyla etkiler. İnsanın adapte olmasını gerektiren uyaranlar, çevreyi oluşturmaktadır ve çevre, insan

davranışını ya da gelişimini etkileyen her şeydir. Sağlıklı bir çevre, iyileşmenin anahtarıdır.⁶³

Sağlık

Roy, modelini ilk oluşturduğunda, sağlığın insan yaşamının kaçınılmaz bir boyutu olduğunu ve gerçekte bir sürekliliği temsil ettiğini bildirmiştir. Bu süreklilik, hastalık ile sağlıklı olma arasında değişebilen herhangi bir konumda olabilmektedir. Sağlıklı olma durumu, çevresel değişikliklere olumlu tepki verebilme yeteneğidir.⁶³ Hastalık ve sağlık yaşamın bir parçası olarak bir arada bulunmaktadır; birey uygun adaptif yanıtlar verirse, daha sağlıklı olmaktadır. Hemşireler, sağlık ve hastalığın yaşamın içinde, birlikte bulunması durumunu ve insanın kültürel özelliklerinin sağlık algısını etkileyebileceğini dikkate almalıdırlar.⁶³

Hemşirelik

Roy, hemşireliği; birey ya da grupların adaptasyonunu geliştirmek amacıyla insan ve çevre dönüşümünü artıran ve adaptif yetenekleri çoğaltan bilim ve uygulama olarak tanımlanmıştır.⁶⁵ Roy bilim ve uygulamalı disiplin olarak hemşireliğin farkını açıklamıştır.⁶⁴ Bilim olarak hemşirelik, bireylerin sağlık durumlarını olumlu yönde etkileyecek süreçleri gözlemleyen, sınıflandıran ve ilişkilendiren, bireyler hakkında gelişmekte olan bir bilgi sistemidir. Uygulamalı disiplin olarak hemşirelik ise insanlara temel hizmet sunma yani, sağlıklarını olumlu yönde etkileme yeteneğini artırmak amacı ile kullanılan bilimsel bilgidir.⁶⁴ Hemşirelik bakımına olan gereksinim, hasta ya da hasta olma olasılığı olan bir bireyin ya da adaptif sistemin, baş etme girişimlerinin olağan dışı stres ya da zayıflamış başetme mekanizmaları nedeniyle etkisiz kaldığında ortaya çıkmaktadır.⁶⁵

2.5.2. RAM'ın Uyum Alanları

Roy, bireyin iç ve dış değişikliklere üst düzeyde uyum sağlama yeteneğine sahip olduğunu; ancak bireyin bu uyum sağlama yeteneğinin sınırlı olduğunu belirtir. Bu sınırlılıkların nedenleri; bireyin önceki deneyimleri, olayı nasıl algıladığı, çevresel değişikliklerin derecesi ve bireyin baş edebilme durumu ile ilgilidir. Hemşire bakım verirken uyarıları göz önünde bulundurmalıdır. Çevre sürekli olarak değiştiğinden uyarılarda değişir ve kişi kendini etkileyen faktörlerin farkında olmayabilir²³. Modelde iç ve dış faktörler uyaran olarak tanımlanır ve bu uyarılar üç grupta incelenir.⁶³

Odak Uyarı (Focal Stimuli): Odak uyarı birey tarafından ilk fark edilen ve bireyi en çok etkileyen uyarıdır ve bireyin iç ve dış çevreyle yüzleşmesidir. Hemşire ilk olarak odak uyarı, daha sonra ise etkileyen uyarıyı yönetmeyi hedefler.^{4,63,64} Bireyin hemen cevap verdiği uyum tepkisine doğrudan neden olan odak uyarılardır.⁶³ Sürekli olarak değişen çevre ile birlikte pek çok uyarı odak olabilir.^{19,63}

Olası Uyarı (Residual Stimuli): Olası uyarı bireyde sürekli etkiye sahip olan ancak açıklanamayan iç ve dış faktörlerdir.⁴ Bu uyarılar bireyi etkiler fakat objektif olarak ölçülemezler. Kişi bu faktörlerin farkında olmayabilir ya da etkisi gözlenemeyebilir.⁶³ Olası uyarılar, mevcut durumda kişi üzerinde anlaşılır etkileri olan veya olmayan çevresel faktörlerdir. Bu faktörler davranışlar, inançlar ve kişisel deneyimlerdir. Ayrıca geçmişten kaynaklanır ve tedaviye cevabı etkiler.⁶⁵

Durumsal Uyarı (Contextual Stimuli): Durumsal uyarı davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışa etki eden ve ölçülebilen, bireyin durumunu olumlu/olumsuz etkileyen ve odak uyarının etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyarılardır.⁶³ Yani durumsal uyarılar kişinin iç veya dış çevresinden kaynaklanan tüm çevresel faktörlerdir.¹⁹

Hemşire bireyin uyarılarını, uyum düzeylerini, baş etme mekanizmalarını ve

davranışlarını belirler, hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.⁶³ Bireyler uyaranlara, doğuştan veya sonradan kazanılmış başetme yollarıyla uyum sağlamaktadırlar.^{4,63} Adaptasyon modeline göre bireyin başetme mekanizmalarını kullanarak uyum alanları ile ilgili verdiği yanıtlar etkili veya etkisiz uyum davranışı olarak değerlendirilir.⁶³ RAM'da doğuştan veya sonradan kazanılan başa çıkma süreçleri iki alt sistemde verilmiştir. Düzenleyici (Regulator) alt sistem nöro-kimyasal-endokrin yanıtlardan oluşur ve iç-dış uyarı, psikolojik, sosyal ve fiziksel faktörleri kapsar. Bilişsel (Cognator) alt sistem ise, daha çok sorun çözme, öğrenme, heyecan ve savunma durumları, dikkat, hafıza, ve karar verme ile ilgilenmektedir.⁶³⁻⁶⁵ Roy, bilişsel ve düzenleyici aktivitenin açıkça görüldüğü dört uyum alanı tanımlamıştır.⁶³

Fizyolojik Uyum Alanı: Fizyolojik uyum alanı, çevreden kaynaklanan uyaranlara kişinin bedensel olarak verdiği cevaplardır. Davranış, çevredeki uyaranlara fizyolojik olarak yanıt vermeyi içerir ve fizyolojik bütünlüğü korumaya odaklıdır.^{19,63} Bu alanda canlıların yaşam ve etkinliklerinde yer alan kimyasal ve fiziksel aktiviteler açıklanır. Uyaranlar adaptif ve etkisiz davranışı oluşturan başa çıkma mekanizmalarını aktive eder. Bu durumda, başa çıkma mekanizmaları fizyolojik işlev görmeyle ilgilidir ve meydana gelen cevaplar fizyolojik davranışlardır. Başa çıkma mekanizmalarını etkileyen uyaranlara karşı adapte olup olmadığını gösteren kişinin bedensel davranışdır.^{10,20,26,63} Bu adaptasyon biçiminin amacı fizyolojik bütünlüğü sağlamaktır. Bireyin tüm hücre, doku, organ ve sistemlerinden kaynaklanan beş temel fizyolojik gereksinimi vardır. Bu gereksinimler; oksijenlenme, hareket ve dinlenme, beslenme, boşaltım ve korunmadır. Bu gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı dört ana düzenleyici süreç vardır. Bunlar; sıvı elektrolit ve asit baz dengesi, duyular, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyondur.⁶³

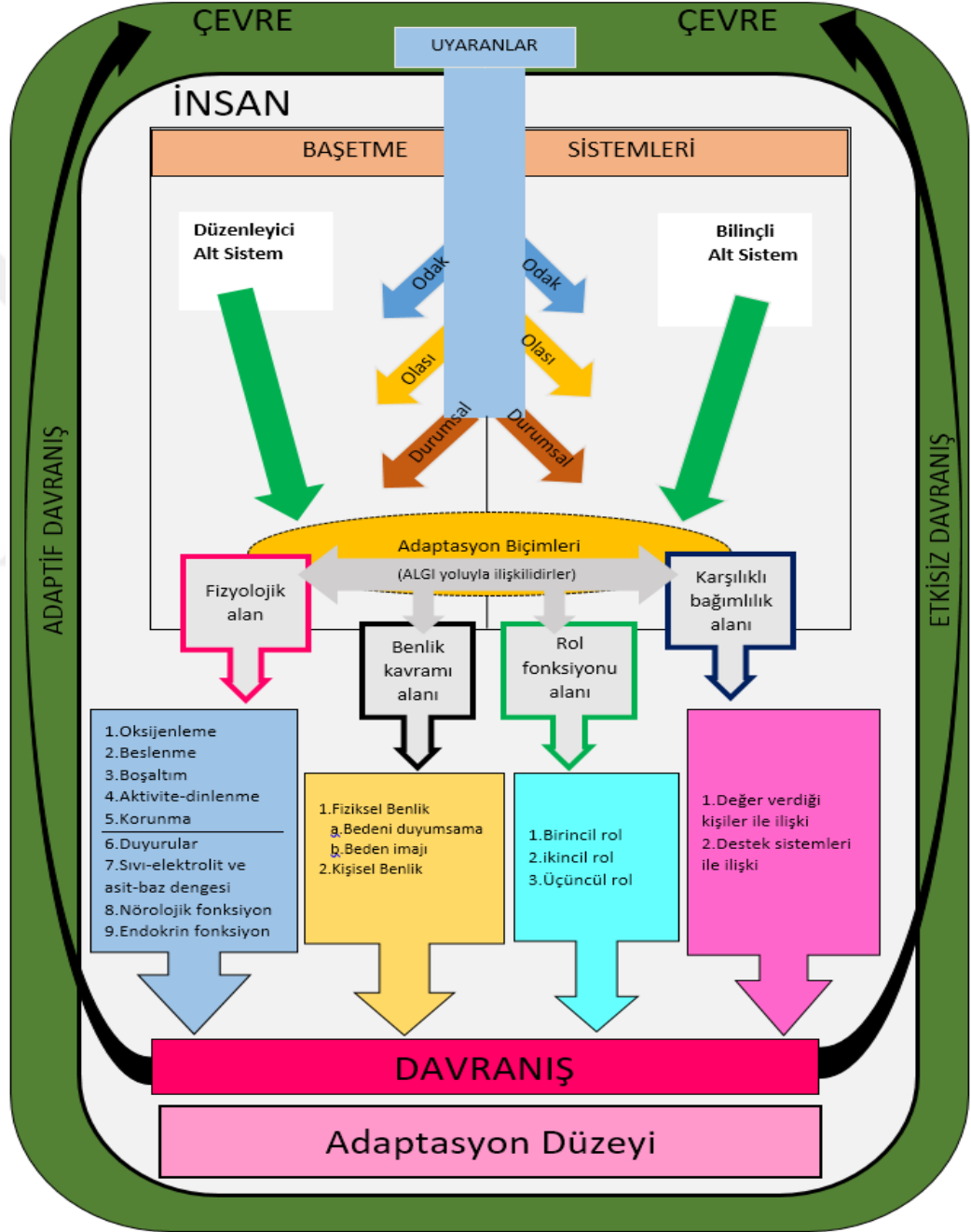
Benlik/Kendilik Kavramı Alanı: Benlik kavramı, belirli bir zaman süresinde

bireyin kendisi veya başkaları hakkında düşündüğü ve edindiği inançların ve duyguların bileşimi olarak tanımlanır.⁶³ Özellikle kişinin fizyolojik ve akılsal görünüşleri üzerine odaklanır. Ben kavramı alanının altta yatan temel gereksinimi, psikik bütünlük olarak tanımlanmaktadır.^{10,20,26,63} Roy benlik kavramını, fiziksel benlik (fiziksel görünüm, duygu düzeyi, fiziksel fonksiyon, cinsellik ve beden imajı,) ve kişisel benlik (karakter özellikleri, kendi düşünceleri, kendine güvenme, ahlak-etik değerleri, toplumda var olan benimsenen değerler, idealler, maneviyat) olarak iki boyutta açıklamıştır.^{63,66}

Rol Fonksiyon Uyum Alanı: Rol fonksiyon alanı, toplumda sosyal bütünlük için bireyin aldığı rolleri kapsamaktadır.⁶³ Roy, rolü “kişinin toplumdaki pozisyonundan doğan ve bu pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi” olarak tanımlar.^{10,20} Rol fonksiyon alanı her düzeydeki birey ve grup için geçerlidir.⁶³ Bu alanda bireyin toplum içinde sahip olduğu roller üç boyutta ele alınır. Birincil primer rol, kişinin yaşamında yer alan davranışların temelini oluşturur ve yaşa, cinsiyete ve gelişimsel evrelerine göre tanımlanır. İkincil sekonder rol, birincil rolleriyle ilişkili görevlerinin ve kişinin gelişimsel evrelerinin bileşimidir. Üçüncül tersiyer rol, kişinin gelişimsel süreci içerisinde yerine getirdiği küçük işler ve görevlerdir.^{4,63,65} İkincil rolle ilişkili ve genellikle kişinin seçimine bağlı olan geçici rollerdir.^{9,19}

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Karşılıklı bağlılık alanı bireylerin davranışlarını, kişilerle ve destek sistemleriyle ilişkilerini açıklar. Birey için bu alan sevgi, saygı, değer alma ve değer verme ile ilgili etkileşime odaklanır. Bu alanın temel gereksinimi ilişkisel bütünlük ve güven duygusunun oluşturulmasıdır.^{4,10,63} Bu süreç içinde birey, sevgi ve doyum gibi gereksinimlerini karşılayarak psikik bütünlüğünü devam ettirir. Karşılıklı bağlanma ikili özel ilişki üzerine odaklanır. Bireyin en önem verdiği kişi en

yakın kişidir. Yakın kişiler hayatları boyunca birliktedirler ve aralarında sevgi, ilgi ve değer verme vardır.⁶³ Yakın çevredeki kişiler ise destek sistemleridir. Çalışma arkadaşları hatta evde beslenen evcil hayvanlar bu gruba girer. İkili özel ilişkiler birbirine bağlanma biçiminin odağıdır. Bağlılık diğer bireyler ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylamak olarak gösterilir.⁶³ (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. RAM'a Göre Uyum Süreci

2.5.3. RAM'ın Hemşirelik Uygulamasında Kullanılması

Roy, uygulamada kuram ve kavramsal model kullanımının, karmaşık ve kapsamlı bir süreç olmasına rağmen, oldukça önemli yararlarının olduğunu belirtmektedir. Kuram ve model kullanımının en temel yararı; insan, sağlık, çevre ve hemşirelik ile ilgili değerlerin, inançların, varsayımların hemşirelik uygulaması için açıkça ifade edilmesidir.⁶³ Adaptasyon sürecinin anlaşılması, birey ve bakımı hakkında bütüncül olarak düşünmeyi geliştirmekte, yapılacakları bütüncül olarak organize etmeyi sağlamakta ve bakımın amacını anlaşılır hale getirmektedir. Modelin içerdiği dört adaptasyon biçimi ve üç adaptasyon düzeyi, hemşirelere, hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında birey için neyi gözlemleyeceklerine ve uygulamada neleri planlayarak yapacaklarına ilişkin bir yapı oluşturmaktadır. Model, sağlık bakım sisteminin merkezine bir bütün olarak bireyi yerleştirerek, karmaşık sağlık bakım sisteminin organize edilmesini ve bakımın sonuçlarının geliştirilmesini sağlar. Bu sistem profesyonel olarak sağlık bakım hizmeti veren hemşirenin rolünü de belirgin hale getirir. Günlük hasta bakımına ve hemşirelik yönetimine modelin entegrasyonunu sağlayarak modele dayalı hemşirelik bakımının geliştirilmesini, bilim ve sanattan oluşan hemşirelik disiplinine bilgiyi sistemli ve mantıklı organize edilebileceği yapılandırılmış ve sistematik bir yaklaşım sağlamaktadır. Böylece bakımın etkinliğini geliştirmektedir.^{63,64}

RAM'nin uygulamada kullanımını sağlamaya yönelik çalışmalar; modelin bakım ortamlarında kullanımını sağlamaya yönelik projeler ile, modelin akut ve kronik hastalığı bulunan çocuklar, adölesanlar, yetişkinler ve yaşlı bireyler, yeni anne baba olan bireyler, terminal dönemde olan bireyler ve bu bireylere bakım veren aileler ile yapılan araştırmaları içermektedir. Model ayrıca acil bakım ünitesinde, poliklinikte, ayaktan bakım kliniklerinde ve evde bakımda da kullanılmıştır.^{4,56,63,64}

2.5.4. RAM'a Göre Hemşirenin Rolü

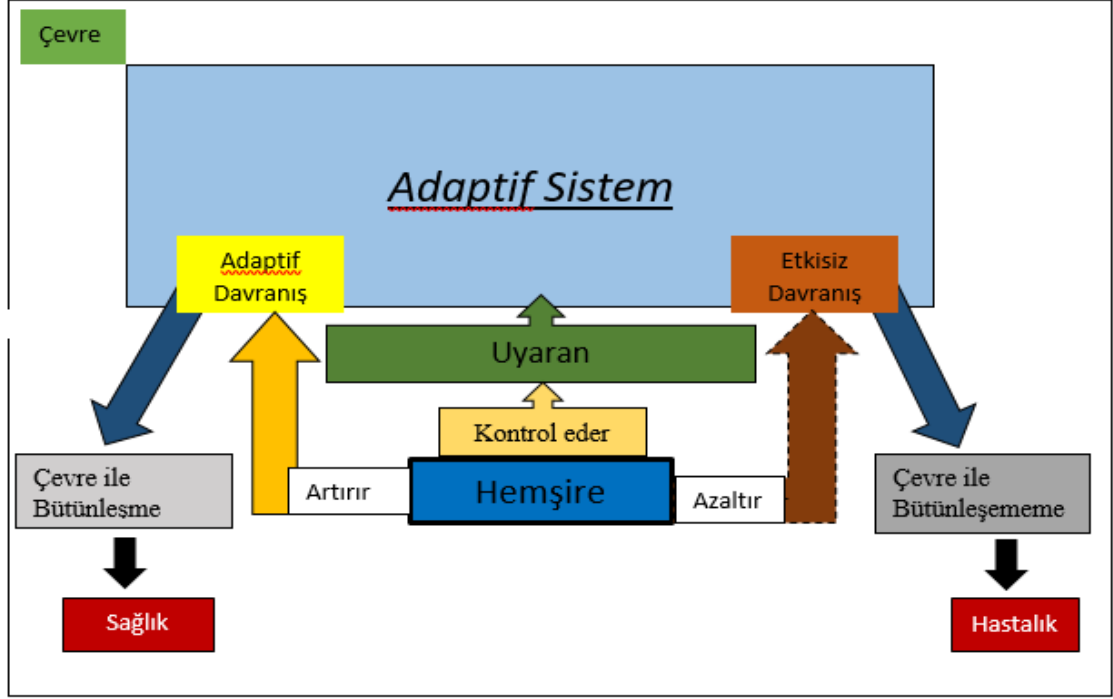
Her meslek, toplumun gereksinimlerini karşılayacak şekilde kendini geliştirmelidir. Hemşirelik, bilimsel bilgiye dayalı uygulaması ile güncel ve yeni ortaya çıkan sağlık gereksinimleri açısından toplum yararına çalışmaktadır. Hemşireler, adaptasyonun gerçekleşmesi sürecinde anahtar bir role sahiptir. Roy'a göre, hem ireliğin amacı, adaptif sistemlere, uyaran sağlayarak ya da uyaranların etkisini değiştirerek adaptasyonu artırmaktır. Bunun için, hemşire uyaranları bulmalı ve onlara yönelik olumlu adaptif tepkileri artırmalıdır.⁵⁶

Hemşirelik aktiviteleri arasında, adaptasyonu etkileyen davranışların ve uyaranların değerlendirilmesi, yani tanılama bulunmaktadır. Hemşire dört adaptasyon alanında davranışları ve adaptasyonu etkileyen faktörleri değerlendirir. Bireyin sorununa ve girişimlere karar verir. Tanımlamadan elde ettiği bilgiler yoluyla hemşire, çevresel etkileşimleri artırarak olumlu adaptasyonu teşvik etmektedir.^{56,63} Hem ireliğin odaklandığı temel konulardan birisi de hastanın bilişsel yeteneklerini kullanarak i  ve dış  evre ile başarılı bir şekilde bütünleşmesini sağlamaktır. Hemşire, aynı zamanda, etkisiz ba  etme mekanizmalarını azaltarak, daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlar.⁶³⁻⁶⁵ RAM'a göre, hemşirelik uygulamasında hemşirenin rolü, uyaranları bulmak ve ona uygun girişimler planlayarak adaptif yanıtı artırmak ya da güçlendirmektir. Olumlu adaptasyon, yalnızca insanı değil çevreyi de etkileyerek elde edilebilir.⁵⁶ (** ekil 2.2**)

2.5. 6.RAM Doğrultusunda Tip 2 Diyabetli Hasta Eğitimi

Bilim ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatmış fakat kronik hastalık varlığında nitelikli bir yaşamın nasıl sürdürüleceği sorusunu ortaya çıkarmıştır. Bu sorunun çözümündeki  n koşul birey, aile ve toplumun eğitim yoluyla bilinçlenmesi, onların sağlıkları/hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk  stlenmeleridir. Bir

toplumda hastalığa uyumu sağlamak, bireyin potansiyeli doğrultusunda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hasta eğitimi ile sağlanabilir.⁷²



Şekil 2.2. RAM'a Göre Hemşirenin Rolü

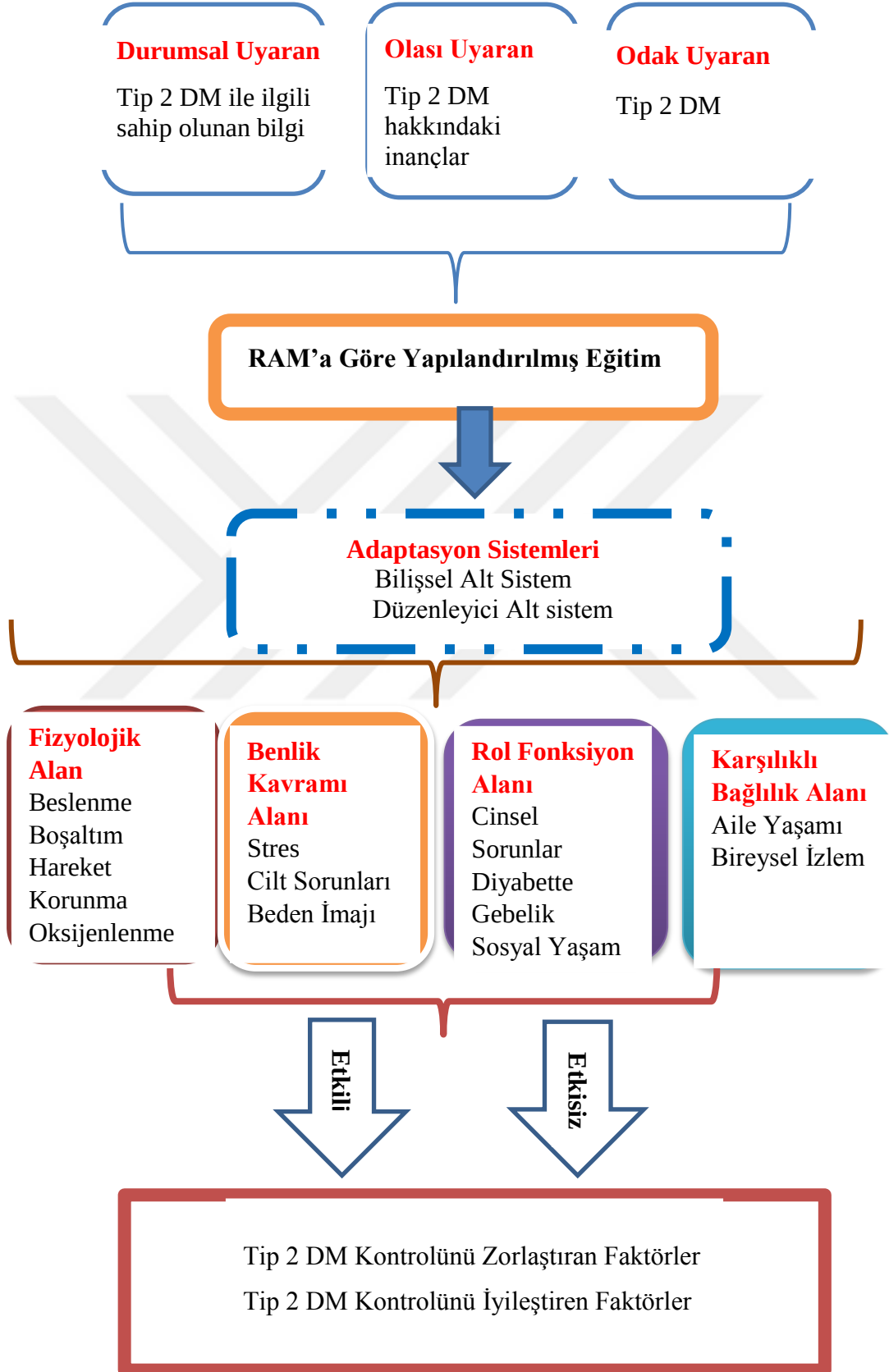
Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır.⁷³ Hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değil aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür. Bu anlamda hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri ve tercihleri, eğitimin içeriği, eğitimin yapılacağı ortam, eğitimin süresi ile mevcut kaynaklar hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır.⁷² Sağlıklı/hasta bireyin bakımı planlanırken ve sürdürülürken model ve kuramların kullanılması, hemşirelik bilgi birikimini geliştirmekte ve uygulamalarına yön vermektedir.⁶³ Hemşirelik modellerinde odak noktanın birey olması hemşirelik uygulamalarını iş merkezli olmaktan uzaklaştırır.

Modeller, hemşirelik aktivitelerini ve bilgisini sistematize ederek hemşireye rehberlik eder ve profesyonel bir iletişim sağlar.^{4,19,65}

Kronik bir hastalık ile birlikte yaşamak bedensel uyarıları dikkate almayı, günlük yaşam aktivitelerini dikkatlice planlamayı ve yeni stratejiler geliştirmeyi gerektirir.⁶⁷ Tip 2 diyabet, yaşam boyu süren ve bireyin çeşitli davranış değişiklikleri yapmasını gerektiren kronik bir sağlık sorunudur.⁵⁵ Bakımın etkili olabilmesinde sadece gerekli aktivitelerin yerine getirilmesi yeterli değildir. Tip 2 diyabetli bireyler, sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitim ve destek sayesinde kendi bakımlarını rahatlık ve güven içinde sürdürebilirler.⁶⁸ Tip 2 diyabetlilerin en çok bireysel kan glikoz izlemine, beslenme ve egzersize yönelik davranışlarını değiştirme ve istenen davranış değişikliğini düzenli olarak sürdürme konusunda zorlandıkları bildirilmektedir.⁶⁹ Tip 2 diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin ele alınması, tedavinin etkinliğini artırarak hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır.⁵⁷ Yaşam şeklinde bazı değişikliklere yol açması nedeniyle tip 2 diyabet hastalarında tedaviye uyumun geliştirilmesine yönelik ilginin giderek³⁶ artması RAM'nin önemini daha çok artırmaktadır.⁶³

Fizyolojik uyum, kişinin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkilidir ve beş temel fizyolojik gereksinimi (oksijen, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma) ve dört süreci (duyular, sıvı elektrolit, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon) içerir.⁶³ Tip 2 diyabet işlev kayıplarının, yaşam tarzında değişikliklerin, dolayısıyla uyum sorunlarının fazla yaşandığı kronik hastalıklar arasında yer almaktadır.⁷⁰ Roy'un fizyolojik alanıyla ilgili verilen hemşirelik uygulamalarıyla bu sorunlar giderilebilir ya da en aza indirilebilir. Çünkü bireyin fizyolojik anlamda hastalığa uyumu tedavi sürecini kolaylaştıracak; egzersiz, diyet, uyku, korunma gibi temel gereksinimlerinin düzenli olması hastalığın tedavisinde büyük katkılar sağlayacaktır. Kronik hastalığı

olan birey, kendini sınırlanmış ve yaşamını mahvolmuş olarak algılayabilir.^{20,67} Tip 2 diyabetli kadınların diyabete karşı bakış açılarının değerlendirildiği kalitatif bir çalışmada; diyabetli olmanın hasta olmak olarak algılandığı, stresli bir deneyim olarak görüldüğü ve bireyin pek çok tercihinin etkilediği bildirilmektedir. RAM’da benlik saygısı doğrultusunda verilen eğitimler bireylerin hastalıkla mücadele gücünü artırmakta benlik saygılarının normal seviyelere gelmesini sağlamaktadır. Bu da bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır.^{57,63} RAM’a göre rol fonksiyon alanıyla ilgili verilen eğitimler bireylerin kendi rollerinden uzaklaşmadan, sosyal yaşam aktivitelerini değiştirmeden hastalığa uyum sürecini kolaylaştırmaktadır. Kronik hastalıklarda duygusal destek hastalığa psikolojik uyumu artırmakta ve depresyonu azaltmaktadır.⁶⁷ Aile içi rol kaybı, iş kaybı ve vücut fonksiyonlarındaki kayıplar hasta için büyük psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olur.⁷¹ Hastalığa bağlı gelişen olumsuzluklar hastanın sosyal yaşamdan uzaklaşmasına ve bireyin rollerine uyumunun güçleşmesine neden olur.⁷⁰ İyi bir bakım ile tip 2 diyabetli hastalara, akut ve kronik komplikasyonları önleme ve geciktirme, diyabetli olmanın getirdiği psikososyal sorunlarla baş etme becerileri kazandırılır.⁵⁷ Bu nedenle RAM karşılıklı bağlılık alanı için bireyleri destekleyici eğitimler içermekte, hasta yakınlarının hastaya desteklerini artırmakta ve bireyin kendi destek sistemlerini harekete geçirmektedir.^{6,63} (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. RAM'a göre Tip 2 Diyabete Uyum

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliniğinde Nisan 2015-Haziran 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nisan 2015-Ağustos 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliniğine başvuran 859 tip 2 diyabetli hasta oluşturmuştur. Ancak evreni oluşturan hastaların 96'sı ilçede yaşaması, 66'sına yatış verilmesi, 88'i okuma yazma bilmemesi, 102'si yeni tanı alması, 26'sı insülin kullanması ve 93'ü de araştırmaya katılmaya engel teşkil edecek komplikasyonun (retinopati, diyabetik ayak...) gelişmiş olması nedeniyle toplamda 471 hasta evren kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın evrenini 388 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hastalara aynı merkezde tedavi uygulandığı için deney ve kontrol grubu arasındaki etkileşimi önlemek için pazartesi, çarşamba ve cuma günü polikliniğe başvuran hastalar deney grubuna, salı ve perşembe günü başvuran hastalar ise kontrol grubuna alınmıştır. Örneklemi oluşturan hastalar hangi grupta olduklarını bilmemektedir ve kontrol grubundaki hastalar eğitim sürecinden haberdar olmamıştır. Bu sebeple araştırmada tek körleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme Statistica 8.0 programında yapılan güç analizi sonucunda 65 deney, 65 kontrol olmak üzere toplam 130 hastadan oluşmuştur ve bu sayı ile araştırmanın gücünün 0.85 olacağı saptanmıştır.⁷⁵ Herhangi bir nedenden dolayı aktif eğitim sürecini tamamlayamayan ve araştırmadan gönüllü olarak ayrılmak isteyen hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırma deney grubu 61

hasta ve kontrol grubu 65 olmak üzere toplam 126 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak,
- Tip 2 diyabet tanısını aldığı en az 6 ay ve üzeri olmak,
- Tanısını biliyor ve sözel olarak ifade edebiliyor olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engeli bulunmamak,
- İl merkezinde ikamet ediyor olmaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatüre^{5,7,16,20} dayanarak hazırlanan soru formunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aile tipi, sigara ve alkol kullanma durumu, sağlık güvencesi, diyabetle ilgili eğitim ve diyabetle ilgili destek alma durumu ve eğitimi aldığı sağlık personeli ve ailedeki diyabet öyküsünü sorgulayan toplam 13 soru bulunmaktadır (Ek-2).

Diyabet Bakım Profili Ölçeği (Diabetes Care Profile Scale)

Diyabet Bakım Profili, diyabetli bireylerin öz-bakım aktivitelerini ve diyabet tedavisinin sosyal ve psikolojik yönlerini değerlendirmek için Sağlık İnanç Modeli üzerine temellendirilerek geliştirilmiş bir formdur. Ölçeğin ilk versiyonu 1987 yılında diyabetli hastaların sosyal, psikolojik ve eğitimsel gereksinimlerini belirlemek amacıyla Devis, Hess, Harrison ve Hiss tarafından “Diyabet Eğitim Profili” (Diabetes Educational Profile)” olarak geliştirilmiştir. Fitzgerald ve arkadaşları tarafından 1996 yılında DBP (Diabetes Care Profile Scale) olarak düzenlenen¹⁸ ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Özcan tarafından 1999’da yapılmıştır.⁷⁶ Ölçek alt boyutları bir birinden

bağımsız olarak değerlendirilebilmekte ve her alt boyut içindeki madde puanlarının toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmesi ile 1’den 5’e kadar değişebilen alt boyut toplam puan ortalamaları hesaplanabilmektedir (Tablo 3.1). Bu durumda elde edilen sonuçlar, likert ölçeğine göre yorumlanmaktadır. Tüm ölçeğin total puanı hesaplanmamaktadır, sonuçlar alt boyut toplam puanları üzerinden değerlendirilmektedir.

Diyabet Bakım Profili, diyabetli hastaların hastalıkları ve bakımlarıyla ilgili faktörleri değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Ölçek diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt boyut (kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tedavi engelleri, egzersiz engelleri, izleme engelleri) ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri içeren 8 alt boyut (destek tutumları, diyet uyum, uzun dönem bakımın yararları, diyabet bilgisi, pozitif tutum, bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz-bakıma uyum) olmak üzere toplam 14 alt boyuttan ve 104 maddeden oluşmaktadır

(Tablo 3.1).

Diyabet kontrol düzeyini gösteren hipoglisemi ve hiperglisemi sıklığı, hastanın bu komplikasyonlarla ilgili semptomları hissetme sıklığı ve neden olan faktörlerin sıklığının yer aldığı kontrol problemleri alt boyutudur (1 -19 maddeler). Diyabetin hangi sosyal ve kişisel özellikleri ne derecede etkilediği sosyal ve kişisel faktörler alt boyutu ile (64 -76 maddeler), hastaların diyabete karşı olumsuz tutumları negatif tutum alt boyutu ile değerlendirilmektedir (77 -82 Maddeler). Medikal tedaviye uyumu engelleyen faktörler tedavi engelleri alt boyutu ile (29 -36 maddeler), kan şekerleri takibini engelleyen faktörler izleme engelleri alt boyutu ile (37-47 maddeler) ve diyabetli bireylerin yeterli ve düzenli egzersiz yapmalarını engelleyen faktörler egzersiz engelleri alt boyutu ile (24-28 maddeler) değerlendirilmektedir. Tip 2 diyabetli

bireylerin diyabetle ilgili olumlu tutumları pozitif tutum alt boyutu ile (83-87 maddeler), bakımla ilgili başarılarına inançları bakım yeterliliği alt boyutu ile (88 -91 maddeler), bakımlarına gösterdikleri önem bakımın önemi alt boyutu ile (92-95 maddeler), bakımla ilgili uygulamaları ne kadar başarabildikleri öz bakıma uyum alt boyutu ile (101-104), önerilen diyetle uyumları diyetle uyum alt boyutu ile (20-23 maddeler), diyabetle ilgili bilgileri diyabet bilgisi alt boyutu ile (54- 63 maddeler), bakımın yararlarına ilişkin inançları uzun dönem bakımın yararları alt boyutu ile (96-100 maddeler), aile ve arkadaş çevresinden aldıkları sosyal destek ve hastalığı kabul etme düzeyleri destek tutumları alt boyutu ile değerlendirilmektedir (48-53 maddeler).⁷⁶

Tablo 3.1. Diyabet Bakım Profiline Ait Özellikler

Alt boyutlar	Madde Sayısı	Puanlama	Orjinal Çalışmadaki Güvenilirlik Katsayısı*	Bu Çalışmadaki Güvenilirlik Katsayısı
Kontrol Problemleri	19	5-1	0.78	0.80
Sosyal ve Kişisel Faktörler	13	5-1	0.87	0.84
Tedavi Engelleri	8	5-1	0.78	0.76
Egzersiz Engelleri	5	5-1	0.69	0.73
İzleme Engelleri	11	5-1	0.86	0.76
Destek Tutumları	6	1-5	0.58	0.69
Diyete Uyum	4	1-5	0.80	0.79
Uzun Dönem Bakımın Yararları	5	1-5	0.94	0.88
Diyabet Bilgisi	10	1-5	0.98	0.95
Pozitif Tutum	5	1-5	0.76	0.73
Negatif Tutum	6	5-1	0.83	0.80
Bakım Yeterliliği	4	1-5	0.54	0.52
Bakımın Önemi	4	1-5	0.97	0.90
Öz-Bakıma Uyum	4	1-5	0.58	0.55

* Özcan Ş (1999). Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.

Yapılandırılmış Eğitim Rehberi: Tip 2 diyabetli hastaların eğitiminde

literatürden^{15,20,27,30,57,63,77-79} yararlanılarak ve tez izleme komitesinin önerileri ile araştırmacı tarafından Roy'un Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlanmış olan eğitim rehberi kullanılmıştır. Hastalar ve aileleri için geliştirilen “Diyabete Uyum” isimli eğitim rehberi tip 2 diyabetli hastaların çoğunlukla karşılaştıkları sorunlara ve gereksinimlerini içermektedir (Ek-4). Eğitim rehberi RAM'nin 4 uyum alanına göre sınıflandırılmıştır (Tablo 3.2).

Birinci bölümde, diyabetin tanımı, komplikasyonları ve bu komplikasyonları önlemek için yapılması gerekenler, egzersiz yapma, düzenli ilaç kullanımı, beslenme gibi fizyolojik alanla ilgili bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde, stres, stres kontrolü, fiziksel ve ruhsal sağlığı için kendine dikkat etme, beden saygısını yükseltme gibi benlik kavramı alanıyla ilgili öneriler ve bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde, rol fonksiyonu alanıyla ilgili planlı yaşamın ve gücü yettiğinde işlerini yapmanın önemi ve kişisel hedeflerini planlama hakkında bilgiler yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise karşılıklı bağlılık alanıyla ilgili duyguların aile ile paylaşımının önemi, diyabet tedavisi alan diğer bireylerle iletişim, yaşamın devam ettiğinin kabul edilmesine ilişkin yaklaşımlar yer almaktadır.^{15,20,27,30,57,63,77-79}

Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırma öncesi veri toplama araçlarında yer alan soruların anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla ön uygulama 9-15 Nisan 2015 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliniğine başvuran tip 2 diyabetli hastalardan rastgele seçilen 10 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama endokrinoloji polikliniği hasta eğitim odasında araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Hasta tanıtım formunda 13, DBP ölçeğinde 104 soru olmak üzere toplam 117 sorunun araştırmacı tarafından hastaya sorulması ve hastanın cevaplama 20-25 dk sürmüştür. Uygulama sonucunda hastalar tarafından

algılanmayan veya yanlış algılanan sorular olmadığı için veri toplama araçlarında herhangi bir düzeltme veya değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.



Tablo 3.2. RAM’a Göre Yapılandırılmış Eğitim Programı

Uyum Göstergeleri ⁶³	Eğitim Konuları ^{15,20,27,30,57,63,77-79}	Öğretim Yöntemi	Materyaller
Fizyolojik alan uyum göstergeleri	Fizyolojik Alan		
Endokrin fonksiyon Oksijenlenme Eliminasyon Koruma Duyular Sıvı, elektrolit ve asit –baz dengesi Nörolojik Fonksiyon Beslenme Hareket ve Dinlenme	Diabetesin tanımı, belirtileri ve tipleri Kan şekeri ölçümü Diabetes tanısında kullanılan testler İnsülin kullanımı ve dikkat edilmesi gerekenler Hiperglisemi tanımı, nedenleri, belirtileri ve önlemler Hipoglisemi tanımı, nedenleri, belirtileri ve önlemler Diabetesli bireyler için egzersiz Diabetesli bireyler için beslenme	Anlatım Soru-Cevap Demostrasyon Tartışma	*Eğitim Kitapçığı *Yazı Tahtası *Projeksiyon *İnsülin uygulama maketi ve insülin kalemi tanıtımı *Kan glikoz ölçüm cihazı ve uygulaması
Benlik kavramı alanı uyum göstergeleri	Benlik Kavramı Alanı		
Etkili baş etme yöntemleri Pozitif beden imajı Fonksiyonel benlik saygısı Bedensel değişiklikler Fiziksel büyümede ruhsal bütünlük	Stresin tanımı, evreleri, kontrolü Diabetesde ayak sorunları ve yapılması gerekenler Diabetesde cilt sorunları ve yapılması gerekenler Diabetesde diş sorunları ve yapılması gerekenler Diabetesde göz sorunları ve yapılması gerekenler Diabetesde böbrek sorunları ve yapılması gerekenler	Anlatım Soru-Cevap Tartışma	*Eğitim Kitapçığı *Yazı Tahtası *Projeksiyon
Rol fonksiyon alanı uyum göstergeleri	Rol Fonksiyon Alanı		
Rollerin belirginleşmesi Rol değişikliğinde etkili baş etme süreci Rollerini yerine getirme sorumluluğu Etkili rolleri birleştirme Dengeli rol yeterliliği	Diabetesde cinsel yaşam, yaşanan sorunlar ve yapılması gerekenler Diabetesde sosyal hayat yaşanan sorunlar ve yapılması gerekenler Diabetesde doğum kontrolü, yaşanan sorunlar ve yapılması gerekenler	Anlatım Soru-Cevap Tartışma	*Eğitim Kitapçığı *Yazı Tahtası *Projeksiyon
Karşılıklı bağlılık alanı uyum göstergeleri	Karşılıklı Bağlılık Alanı		
Önemli kişilerin ve destek sistemlerinin yeterliliği Yalnızlık durumunda etkili baş etme yöntemleri İlişkilerde öğrenme ve olgunlaşma için yeterli gelişim	Diabetes ve kişilerarası ilişkiler Sağlık bakımını üstlenmenin diabetes yönetimindeki etkisi ve önemi	Anlatım Soru-Cevap Tartışma	*Eğitim Kitapçığı *Yazı Tahtası *Projeksiyon

3.5. Araştırma Süreci

Araştırmada RAM'a göre hazırlanmış eğitim rehberi kullanılarak hastalara yapılandırılmış eğitim verilmiş ve eğitimin etkinliği ön test-son test olarak değerlendirilmiştir.

1. Çalışmaya alınma kriterlerine uyan hastalar ile önce poliklinikte tanışılmış, sonra hastalara çalışmanın amacı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara bilgilendirici onam formları imzalatılmıştır.
2. Salı ve perşembe günü endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalar kontrol grubuna alınmıştır. Kontrol grubu ön test verileri, tanımlayıcı özelliklere ilişkin Hasta Tanıtım Formu (Ek-2) ve DBP (Ek-3) uygulanarak toplanmıştır.
3. Kontrol grubu ön test verilerinin toplanması endokrinoloji polikliniğindeki hasta eğitim odasında gerçekleştirilmiştir ve her hasta için 20-25 dakika sürmüştür.
4. Pazartesi, çarşamba ve cuma günü endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalar ise deney grubuna alınmışlardır.
5. Deney grubuna alınan hastalar ile ön görüşmeden sonra eğitim için uygun bir tarihe karar verilmiştir. Eğitimler, eğitim odasının (konsey toplantılarının, hasta eğitimlerinin veya öğrenci derslerinin olmadığı), araştırmanın (teorik dersinin veya uygulamasının olmadığı) ve hastaların uygun oldukları tarihlere göre ayarlanmıştır. Eğitimler haftada iki grup olacak şekilde planlanmıştır.
6. Her hasta için eğitim takip çizelgesi oluşturularak eğitime devamları takip edilmiştir. Eğitimin devamlılığını sağlayabilmek için (her bir eğitim arasındaki bir haftalık süre dikkate alınarak) hastaların grupları eğitime uygun oldukları zamana göre değiştirilmiştir. Eğitimler aynı araştırmacı tarafından aynı materyal ve aynı yöntemler kullanarak verilmiştir.

7. Grup eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalarda grupların 6-10 kişi olmasının etkili olduğu belirtilmiştir.⁷⁷ Bu nedenle eğitim grupları 6-10 kişi olacak şekilde oluşturulmuştur.
8. Eğitimler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak endokrin kliniğinde bulunan hasta eğitim odasında yapılmıştır. Hasta eğitim odası dâhiliye kliniklerinin bulunduğu katta yer alan ve 24 kişilik kapasitesi olan aydınlık bir salondur. Eğitim odasında bir projeksiyon aleti ve bir masa bulunmaktadır. Eğitim odasının çevresinde hastayı fiziksel olarak rahatsız edecek veya motivasyonunu engelleyecek herhangi bir uyaran yoktur.
9. Deney grubundaki bireylere eğitim için geldikleri gün Hasta Tanıtım Formu ve DBP uygulanmıştır (Ön test). Ön test verilerinin toplanmasından sonra eğitimin birinci bölümü olan fizyolojik alanla ilgili eğitim verilmiştir.
10. Deney grubundaki hastalara eğitimi kapsayıcı nitelikte olan “Diyabet’e Uyum” adlı eğitim rehberi verilmiştir (Ek-4). RAM’a göre yapılandırılmış eğitim programında, eğitim rehberinin yanı sıra bilgisayarda hazırlanan slaytlarla sözlü anlatım, soru-cevap, demonstrasyon ve uygulamadan oluşan birden fazla eğitim yöntemi kullanılmıştır. Tüm grup üyelerine soru sorma ve kendini ifade etme özgürlüğü ve rahatlığı verilmiştir.
11. Eğitimler 40-45 dakika sürmüştür. Her eğitim süresinin ilk 15 dakikası bir önceki eğitimin tekrarı diğer 30 ise yeni konu başlığının incelenmesi şeklinde yürütülmüştür. Her eğitim sonunda hastaların diğer bir eğitime katılabilecekleri tarihe karar verilmiştir.
12. Eğitimler, her bölüm arka arkaya iki hafta tekrarlanarak toplam 8 hafta sürmüştür. Her alanla ilgili eğitim sonunda telefon görüşmeleri yapılarak

hastalara eğitim içeriğine uygun kontroller yapılmış ve soruları cevaplandırılarak 12 haftalık eğitim ve izlem süreci tamamlanmıştır.

13. Deney grubundaki hastalara verilen eğitimden 3 ay sonra davranış değişikliğinin değerlendirilmesi için DBP hastalara tekrar uygulanarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır (Son test).
14. Kontrol grubundaki hastalara da ön görüşmeden 6 ay DBP tekrar uygulanarak veri toplama süreci tamamlanmıştır (Son test). Etik açıdan tüm hastaların bilgilendirilme hakkı göz önünde bulundurularak hazırlanan eğitim kitapçığı araştırma sonunda kontrol grubundaki hastalara da verilmiştir (**Şekil 3.1**).

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: DBP alt boyut puanları

Bağımsız Değişkenler: RAM'a göre yapılandırılmış eğitim

Kontrol Değişkenleri: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ailedeki diyabet öyküsü, sigara ve alkol kullanımı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan verilerin SPSS Windows 11.5 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılmıştır. Programda veri tabanı oluşturulmuş ve tablolaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler ve uygulandıkları parametreler aşağıda verilmiştir (**Tablo 3.2**).

Tablo 3.3. İstatistiksel Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler

Değerlendirilen özellikler	Uygulanan testler
Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	Yüzdelik dağılım ve ki kare
Deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet bakım profili ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet bakım profili ön test- son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması	Eşleştirilmiş gruplarda t testi

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul onayı (Ek-5) ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden gerekli yazılı izin (Ek-6) alınmıştır. Araştırmanın yapılma nedenleri ve elde edilecek olan sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı hastalara açıklandıktan sonra onayları yazılı olarak alınmıştır (Bilgilendirilmiş Onay İlkesi). Araştırmaya alınacak hastaların gönüllü katılımlarına önem verilmiştir ve kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda gizlilik ilkesine uyulmuştur.

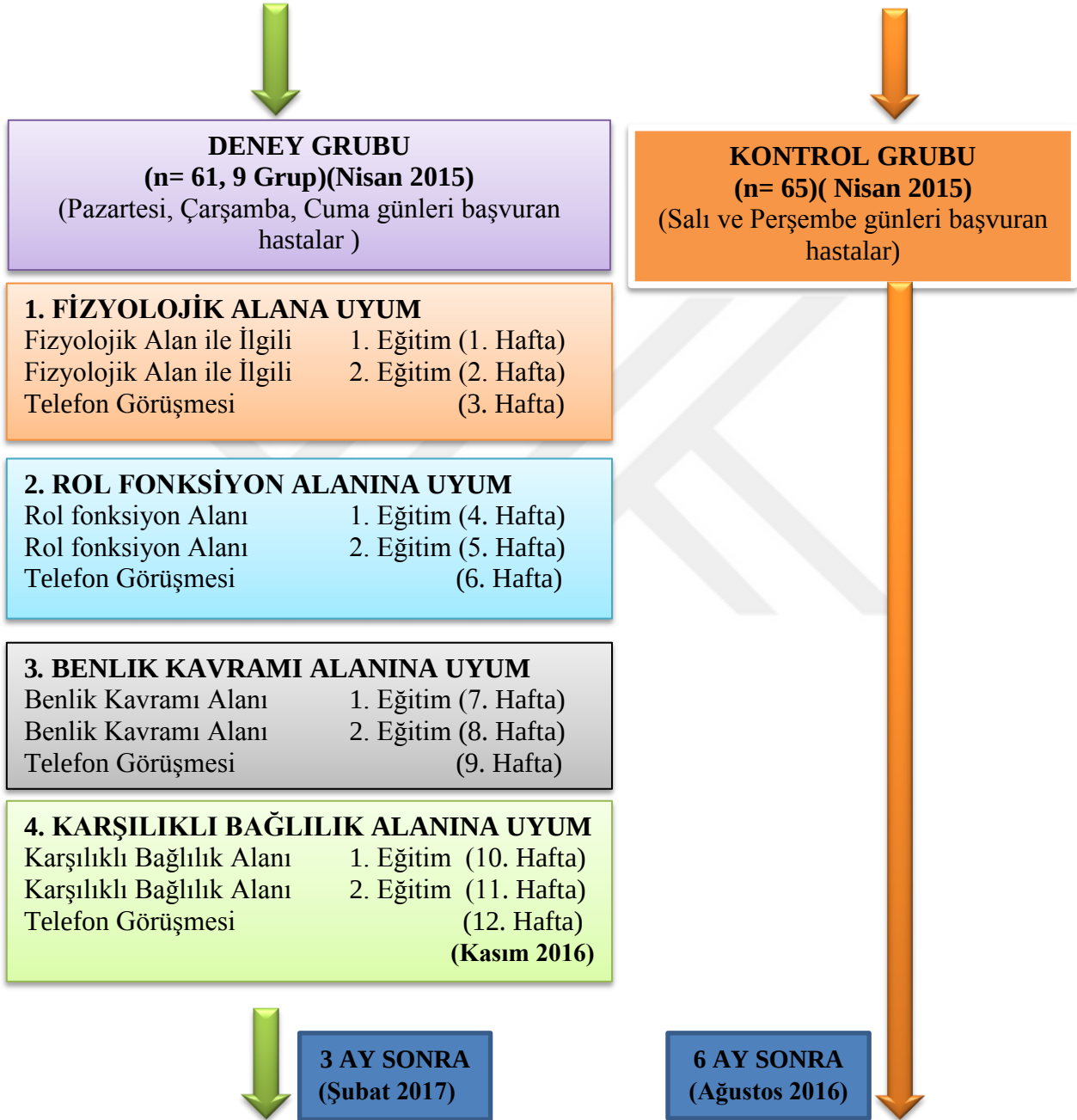
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sonuçları araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesindeki tip 2 diyabetli hastalarla sınırlıdır. Ayrıca sınırlı bir örnekleme çalışılması, araştırma verilerinin aynı araştırmacı tarafından elde edilmesi ve tek bir merkezde gerçekleştirilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

ARAŞTIRMA PLANI

ÖN TEST UYGULAMASI

Hasta Tanıtım Formu
Diyabet Bakım Profili Ölçeği



SON TEST UYGULAMASI

Diyabet Bakım Profili Ölçeği

Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Kontrol Grubu (n=65)		Deney Grubu (n=61)		TOPLAM (n=126)		Test ve p değeri
Yaş	n	%	n	%	n	%	
18-37	15	23.1	17	27.9	32	25.5	
38-57	35	53.8	32	52.4	67	53.1	$\chi^2=3.726$
58 ve üzeri	15	23.1	12	19.7	27	21.4	p=.444
Cinsiyet							
Erkek	29	44.6	32	52.5	61	48.4	$\chi^2=1.108$
Kadın	36	55.4	29	47.5	65	51.6	p=.293
Medeni Durum							
Evli	49	75.4	49	80.3	98	77.8	$\chi^2=.178$
Bekar	16	24.6	12	19.7	28	22.2	p=.674
Eğitim Durumu							
İlköğretim	17	26.2	16	26.3	33	26.3	
Ortaöğretim	36	55.4	34	55.8	70	55.6	$\chi^2=2.971$
Lise/Üniversite	12	18.4	11	17.9	23	18.1	p=.812
Meslek							
Ev hanımı	27	41.5	29	47.7	56	44.6	
Emekli	23	35.4	15	24.5	38	29.9	$\chi^2=6.438$
Diğer(memur,çiftçi,esnaf...)	15	23.1	17	27.8	32	25.5	p=.490
Aile Tipi							
Geniş Aile	20	30.8	19	31.1	39	31.0	$\chi^2=.684$
Çekirdek Aile	45	69.2	42	68.9	87	69.0	p=.850
Sigara Kullanma Durumu							
Evet	13	20.0	8	13.1	21	16.6	$\chi^2=2.928$
Hayır	52	80.0	53	86.9	105	83.4	p=.397
Alkol Kullanma Durumu							
Evet	3	4.6	3	4.9	6	4.8	$\chi^2=4.993$
Hayır	62	95.4	58	95.1	120	95.2	p=.083
Sağlık Güvencesi							
Emekli Sandığı	8	12.3	8	13.1	16	12.6	
SSK	29	44.7	36	59.0	65	51.6	
Yeşil Kart	14	21.5	8	13.1	22	17.4	$\chi^2=2.963$
Bağ Kur	14	21.5	9	14.8	23	18.4	p=.397
Dişabetle İlgili Eğitim Alma Durumu							
Evet	45	69.2	42	68.8	87	69.1	$\chi^2=.409$
Hayır	20	30.8	19	31.2	39	30.9	p=.522
Dişabet İle İlgili Destek Alma Durumu							
Evet	45	69.2	46	75.4	91	72.3	$\chi^2=.318$
Hayır	20	30.8	15	24.6	35	27.7	p=.426
Destek Alınan Kişi							
Doktor	30	46.2	29	47.5	59	46.8	
Hemşire	10	15.3	11	18.0	21	16.7	$\chi^2=12.628$
Diğer (aile,arkadaş, ...)	5	7.7	6	9.9	11	8.7	p=.125
Ailede Dişabet Öyküsü Olma Durumu							
Evet	39	60.0	37	60.6	76	60.4	$\chi^2=.706$
Hayır	26	40.0	24	39.4	50	39.6	p=.997

Tip 2 diyabetli hastalara RAM'a göre verilen eğitimin DBP'ne etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların %53.8'i, deney grubundaki hastaların %52.4'ü 38-57 yaş aralığında; kontrol grubunun % 44.6'sı ve deney grubunun %52.5'i erkek; kontrol grubunun %75.4'ü, deney grubunun %80.3'ü evli; kontrol grubunun %55.4'ü, deney grubunun %55.8'i orta öğretim mezunu; kontrol grubunun %69.2'si, deney grubunun %68.9'unun çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Tip 2 diyabetle ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde, kontrol grubunun %69.2'sinin, deney grubunun %68.8'inin eğitim aldığı ve kontrol grubunun %46.2'sinin bu eğitimi doktordan, %15.3'ünün hemşireden, deney grubunun ise %47.5'inin doktordan ve %18.0'ının da hemşireden aldığı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, ailede diyabet öyküsü bulunması, tip 2 diyabet ile ilgili eğitim alma durumu gibi özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4.2'de diyabet kontrolünü zorlaştıran alt boyutların ön test-son test puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol problemleri alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.71 ± 0.83 , deney grubunda 2.65 ± 0.88 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.67 ± 0.67 , deney grubunda ise 1.79 ± 0.44 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Gruplararası Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Ön Test			Son test		
	Kontrol Grubu (n=65)	Deney Grubu (n=61)	t p	Kontrol Grubu (n=65)	Deney Grubu (n=61)	t p
Kontrol Problemleri	2.71±0.83	2.65±0.88	t=0.265 p=0.792	2.67±0.67	1.79±0.44	t=6.771 p=0.000
Sosyal ve Kişisel Faktörler	3.44±0.21	3.41±0.14	t=0.799 p=0.456	3.42±0.27	2.82±0.78	t=5.778 p=0.000
Tedavi Engelleri	2.43±0.16	2.45±0.17	t=0.679 p=0.498	2.44±0.15	2.23±0.37	t=3.996 p=0.000
Egzersiz Engelleri	3.05±0.29	3.09±0.31	t=0.669 p=0.505	2.99±0.39	2.41±0.70	t=5.096 p=0.000
İzleme Engelleri	2.64±0.84	2.68±0.79	t=0.238 p=0.812	2.61±0.86	1.27±0.36	t=1.159 p=0.000
Negatif Tutum	2.62±0.26	2.64±0.28	t=0.279 p=0.781	2.60±0.33	2.26±0.48	t=4.482 p=0.000

Sosyal ve kişisel faktörler alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 3.44±0.21, deney grubunda 3.41±0.14 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 3.42±0.27, deney grubunda 2.82±0.78 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tedavi engelleri alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.43±0.16, deney grubunda 2.45±0.17 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.44±0.15, deney grubunda 2.23±0.37 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Egzersiz engelleri alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 3.05±0.29, deney grubunda 3.09±0.31 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.99±0.39, deney grubunda 2.41±0.70 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

İzleme engelleri alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.64 ± 0.84 , deney grubunda 2.68 ± 0.79 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.61 ± 0.86 , deney grubunda 1.27 ± 0.36 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Negatif tutum alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.62 ± 0.26 , deney grubunda 2.64 ± 0.28 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.60 ± 0.33 , deney grubunda 2.26 ± 0.48 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$)

Tablo 4.3. Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grupiçi Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kontrol Grubu (n=65)			Deney Grubu (n=61)		
	Ön Test	Son Test	t p	Ön Test	Son Test	t p
Kontrol Problemleri	2.71 ± 0.83	2.67 ± 0.67	$t=1.115$ $p=0.269$	2.65 ± 0.88	1.79 ± 0.44	8.993 0.000
Sosyal ve Kişisel Faktörler	3.44 ± 0.21	3.42 ± 0.27	$t=0.356$ $p=0.180$	3.41 ± 0.14	2.82 ± 0.78	5.804 0.000
Tedavi Engelleri	2.43 ± 0.16	2.44 ± 0.15	$t=1.655$ $p=0.103$	2.45 ± 0.17	2.23 ± 0.37	5.117 0.000
Egzersiz Engelleri	3.05 ± 0.29	2.99 ± 0.39	$t=1.321$ $p=0.191$	3.09 ± 0.31	2.41 ± 0.70	6.376 0.000
İzleme Engelleri	2.64 ± 0.84	2.61 ± 0.86	$t=1.013$ $p=0.315$	2.68 ± 0.79	1.27 ± 0.36	12.727 0.000
Negatif Tutum	2.62 ± 0.26	2.60 ± 0.33	$t=0.504$ $p=0.671$	2.64 ± 0.28	2.26 ± 0.48	5.940 0.000

Tablo 4.3'te diyabet kontrolünü zorlaştıran alt boyutların deney ve kontrol grubunda ön test-son test puan ortalamalarının grupiçi karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol problemleri alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.71 ± 0.83 , son test puan ortalaması 2.67 ± 0.67 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.65 ± 0.88 , son test puan ortalaması 1.79 ± 0.44 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal ve kişisel faktörler alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 3.44 ± 0.21 , son test puan ortalaması 3.42 ± 0.27 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 3.41 ± 0.14 , son test puan ortalaması 2.82 ± 0.78 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tedavi engelleri alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.43 ± 0.16 , son test puan ortalaması 2.44 ± 0.15 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.45 ± 0.17 , son test puan ortalaması 2.23 ± 0.37 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Egzersiz engelleri alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 3.05 ± 0.29 , son test puan ortalaması 2.99 ± 0.39 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 3.09 ± 0.31 , son test puan ortalaması 2.41 ± 0.70 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

İzleme engelleri alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.64 ± 0.84 , son test puan ortalaması 2.61 ± 0.86 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.68 ± 0.79 , son test puan ortalaması 1.27 ± 0.36 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Negatif tutum alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.62 ± 0.26 , son test puan ortalaması 2.60 ± 0.33 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.64 ± 0.28 , son test puan ortalaması 2.26 ± 0.48 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4'te diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan alt boyutların ön test-son test puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda karşılaştırılması

verilmiştir. Destek tutumları alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.49 ± 0.32 , deney grubunda 2.55 ± 0.33 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.55 ± 0.31 , deney grubunda 2.89 ± 0.48 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Diyetle uyum alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.97 ± 0.35 , deney grubunda 2.87 ± 0.39 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.87 ± 0.65 , deney grubunda 3.25 ± 0.56 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.4. Diyabet Kontrolünü İyileştiren Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Gruplararası Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Ön Test		t p	Son Test		t p
	Kontrol Grubu (n=65)	Deney Grubu (n=61)		Kontrol Grubu (n=65)	Deney Grubu (n=61)	
Destek Tutumları	2.49 ± 0.32	2.55 ± 0.33	$t=1.045$ $p=0.298$	2.55 ± 0.31	2.89 ± 0.48	$t=4.835$ $p=0.000$
Diyete Uyum	2.97 ± 0.35	2.87 ± 0.39	$t=1.472$ $p=0.144$	2.87 ± 0.65	3.25 ± 0.56	$t=3.532$ $p=0.001$
Uzun Dönem Bakımın Yararları	2.85 ± 0.23	2.85 ± 0.32	$t=0.135$ $p=0.892$	2.88 ± 0.29	3.15 ± 0.36	$t=4.633$ $p=0.000$
Diyabet Bilgisi	1.91 ± 0.18	1.92 ± 0.18	$t=0.317$ $p=0.751$	1.94 ± 0.18	2.28 ± 0.32	$t=7.052$ $p=0.000$
Pozitif Tutum	2.27 ± 0.32	2.34 ± 0.37	$t=1.162$ $p=0.247$	2.22 ± 0.27	2.99 ± 0.74	$t=7.818$ $p=0.000$
Bakım Yeterliliği	2.36 ± 0.54	2.21 ± 0.66	$t=1.367$ $p=0.174$	2.40 ± 0.61	2.70 ± 0.77	$t=2.438$ $p=0.016$
Bakımın Önemi	2.68 ± 0.30	2.65 ± 0.56	$t=0.309$ $p=0.758$	2.70 ± 0.37	3.11 ± 0.53	$t=5.016$ $p=0.000$
Öz Bakıma Uyum	1.79 ± 0.57	1.89 ± 0.62	$t=0.951$ $p=0.343$	1.81 ± 0.56	2.26 ± 0.80	$t=3.665$ $p=0.000$

Uzun dönem bakımın yararları alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.85 ± 0.23 , deney grubunda 2.85 ± 0.32 olarak saptanmış ve aradaki fark

istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.88 ± 0.29 , deney grubunda 3.15 ± 0.36 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diyabet bilgisi alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 1.91 ± 0.18 , deney grubunda 1.92 ± 0.18 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 1.94 ± 0.18 , deney grubunda 2.28 ± 0.32 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Pozitif tutum alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.27 ± 0.32 , deney grubunda 2.34 ± 0.37 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.22 ± 0.27 , deney grubunda 2.99 ± 0.74 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım yeterliliği alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.36 ± 0.54 , deney grubunda 2.21 ± 0.66 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.40 ± 0.61 , deney grubunda 2.70 ± 0.77 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bakımın önemi alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 2.68 ± 0.30 , deney grubunda 2.65 ± 0.56 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 2.70 ± 0.37 , deney grubunda 3.11 ± 0.53 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Öz bakıma uyum alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol grubunda 1.79 ± 0.57 , deney grubunda 1.89 ± 0.62 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$); son test puan ortalaması karşılaştırıldığında ise kontrol grubunda 1.81 ± 0.56 , deney grubunda

2.26±0.80 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.5'te diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan alt boyutların deney ve kontrol grubunda ön test-son test puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Destek tutumları alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.49±0.32, son test puan ortalaması 2.55±0.31 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.55±0.33, son test puan ortalaması 2.89±0.48 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Diyetle uyum alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.97±0.35, son test puan ortalaması 2.87±0.65, olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.87±0.39, son test puan ortalaması 3.25±0.56 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.5. Diyabet Kontrolünü İyileştiren Faktörleri Kapsayan Alt Boyutların Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Grup içi Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kontrol Grubu (n=65)			Deney Grubu (n=61)		
	Ön test	Son test	t p	Ön test	Son test	t p
Destek Tutumları	2.49±0.32	2.55±0.31	t=1.511 p=0.136	2.55±0.33	2.89±0.48	5.308 0.000
Diyete Uyum	2.97±0.35	2.87±0.65	t=1.271 p=0.208	2.87±0.39	3.25±0.56	6.705 0.000
Uzun Dönem Bakımın Yararları	2.85±0.23	2.88±0.29	t=0.920 p=0.361	2.85±0.32	3.15±0.36	6.081 0.000
Diyabet Bilgisi	1.91±0.18	1.94±0.18	t=1.047 p=0.299	1.92±0.18	2.28±0.32	8.311 0.000
Pozitif Tutum	2.27±0.32	2.22±0.27	t=1.173 p=0.245	2.34±0.37	2.99±0.74	-6.759 0.000
Bakım Yeterliliği	2.36±0.54	2.40±0.61	t=0.710 p=0.481	2.21±0.66	2.70±0.77	6.828 0.000
Bakımın Önemi	2.68±0.30	2.70±0.37	t=0.527 p=0.600	2.65±0.56	3.11±0.53	9.337 0.000
Öz Bakıma Uyum	1.79±0.57	1.81±0.56	t=1.150 p=0.254	1.89±0.62	2.26±0.80	3.504 0.001

Uzun dönem bakımın yararları alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.85 ± 0.23 , son test puan ortalaması 2.88 ± 0.29 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.85 ± 0.32 , son test puan ortalaması 3.15 ± 0.36 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Diyabet bilgisi alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 1.91 ± 0.18 , son test puan ortalaması 1.94 ± 0.18 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 1.92 ± 0.18 , son test puan ortalaması 2.28 ± 0.32 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Pozitif tutum alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.27 ± 0.32 , son test puan ortalaması 2.22 ± 0.27 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.34 ± 0.37 , son test puan ortalaması 2.99 ± 0.74 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bakım yeterliliği alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.36 ± 0.54 , son test puan ortalaması 2.40 ± 0.61 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.21 ± 0.66 , son test puan ortalaması 2.70 ± 0.77 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bakımın önemi alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 2.68 ± 0.30 , son test puan ortalaması 2.70 ± 0.37 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 2.65 ± 0.56 , son test puan ortalaması 3.11 ± 0.53 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öz bakıma uyum alt boyutu kontrol grubu ön test puan ortalaması 1.79 ± 0.57 , son test puan ortalaması 1.81 ± 0.56 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur

($p>0.05$); deney grubunda ise ön test puan ortalaması 1.89 ± 0.62 , son test puan ortalaması 2.26 ± 0.80 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Günümüzde kronik hastalıklarda tedavinin amacı, sadece hastayı iyileştirmek değil aynı zamanda bireyin tedavi programına uyumunu artırmak ve hasta ile iş birliği sağlayarak kaliteli bir yaşam sürmesini desteklemektir. Bu nedenle son yıllarda hastalığın tedavisinden çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkarılmıştır.⁶⁶ Kronik hastalıkların bakımının sağlanmasında hasta eğitimi temel taşlardan biridir.⁵⁷ Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara RAM'a göre verilen eğitimin DBP'ne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmaya katılanların %53.1'i 38-57 yaş aralığındadır ve ADA⁴³ verilerine göre, 45 yaş ve üstü bireylerin tip 2 diyabet açısından risk altında olduğu bildirilmektedir. Diyabetle ilgili yapılmış çalışmalarda da yaş ortalamasının 49-69 yıl arasında olduğu görülmektedir.^{80,81} Çalışmaya katılan tip 2 diyabetli hastaların % 51.6'sı kadındır. TURDEP-II çalışmasına göre diyabet sıklığı erkeklerde kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur.⁹⁷ Diyabetin cinsiyete göre dağılımı toplumdan topluma değişiklik gösterebilmesine rağmen önemli bir farklılık bildirilmemiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük bölümünün ev hanımı olması, çalışan bireylerin mesai saatlerinde yapılan diyabet kontrollerine gelebilmesinin daha zor olması ile açıklanabilir. Tip 2 diyabetli hastaların %26.3'ünün sadece okuma yazma bildiği, % 55.6'sının orta öğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların eğitim seviyelerinin genel olarak düşük olduğu görülmektedir.^{82,83} Katılımcıların %16.6'sının sigara kullandığı belirlenmiştir. Türkiye'deki diyabet çalışmalarında sigara kullanım oranı %5-29 arasındadır.^{84,85} Çalışmada, hastaların %60.4'ünün ailesinde tip 2 diyabet öyküsü olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da birinci derece akrabalarında tip 2 diyabet öyküsü olan bireylerin, tip 2 diyabet için riskli gruba girdiği

belirtilmektedir.^{86,87} Diyabetli hastaların ailelerinde başka diyabetlilerinde bulunması, diyabetin genetik yatkınlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. **(Tablo 4.1)**. Verilerin literatür ile benzer özelliklere sahip olması elde edilen sonuçların sosyo-demografik özelliklerden bağımsız olarak diğer faktörlerden etkilenebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Diyabet Bakım Profili, diyabet kontrolünü zorlaştıran ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri içeren alt boyutları ile diyabetli bireylerin öz-bakım aktivitelerini ve diyabet tedavisinin sosyal ve psikolojik yönlerini değerlendirmektedir.⁷⁶ Diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan alt boyutlar kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tedavi engelleri, egzersiz engelleri, izleme engelleri alt boyutlarıdır.

Çalışmamızda diyabet kontrolünü zorlaştıran alt boyutlara ait ön test puan ortalamaları kontrol ve deney grubunda karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur **(Tablo 4.2)** ($p>0.05$). Bu bulgu kontrol ve deney grubuna alınan hastaların diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörler yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Kontrol ve deney grubu son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur **(Tablo 4.2)** ($p<0.05$). Tip 2 diyabetli hastalar, yaşantıları boyunca sağlıklı olmak için bazı kurallara uymak ve alışkanlıklarında değişiklik yapmaları gerekmektedir. Bu nedenle tip 2 diyabetli hastalar hastalıkları ve gereksinimleri doğrultusunda eğitimlere gereksinim duymaktadırlar.⁸⁸ Kartal ve ark. (2008) tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.⁸⁶ Tip 2 diyabetli hastalara verilen planlı eğitim programının hastaların diyabete uyumlarını zorlaştıran faktörlerde olumlu yönde değişiklik yaptığı düşünülebilir.

Hipoglisemi ve hiperglisemi ile bunlara neden olan faktörlerin ve hastanın bu komplikasyonlarla ilgili semptomları hissetme sıklığını gösteren⁷⁶ kontrol problemleri alt boyutunun kontrol ve deney grubu ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet komplikasyonklarını yaşama sıklığı yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Kontrol grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamsız olduğu ($p>0.05$) **(Tablo 4.3)**, deney grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde diyabet kontrol problemleri puan ortalamaları fazla olan diyabetlilerin bireysel diyabet yönetimlerinin daha düşük olduğu ve diyabet komplikasyon yaşama korkusu nedeniyle tedaviye uyumlarının etkilendiği bildirilmiştir.⁹⁰⁻⁹² Diyabetli bireylerin diyabete bağlı yaşadıkları belirtiler hayatlarını etkilemektedir.⁸⁹ Bu bulgu ile RAM'a göre verilen planlı eğitimin, hastaların diyabet komplikasyon sıklıklarını azalttığı söylenebilir

Diyabetin hangi sosyal ve kişisel özellikleri, ne derecede etkilediği değerlendirilen⁷⁶ sosyal ve kişisel faktörler alt boyutu ön test puan ortalaması kontrol ve deney grubunda karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız; son test puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$) **(Tablo 4.2)** Kontrol grubu ön test-son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, deney grubunda ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir ($p<0.05$)**(Tablo 4.3)**. Tip 2 diyabet, hastayı ruhsal, duygusal, sosyal ve psikoseksüel yönden etkileyen kronik bir hastalıktır. Fukunaga ve arkadaşlarının (2011) tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmanın sonucunda bireyler diyabet yönetimi için diyet planlamasının, kan şekeri takibi yapmanın ve kan şekeri kontrolünü sağlamanın özgürlüklerini kısıtladığını ifade

etmişlerdir.⁹³ Bu bulgular doğrultusunda RAM'a göre verilen planlı eğitimin, hastaların diyabet yönetimine uyumlarını artırdığı ve eğitim sonrası hastaların diyabeti sosyal yaşamı engelleyen bir unsur olarak görmedikleri söylenebilir.

Diyabet yönetimini ve diyabete uyumu olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri de diyabete karşı var olan negatif tutumdur.⁹⁴ Kontrol ve deney grubunda negatif tutum alt boyutu ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (**Tablo 4.2**) Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastalıklarına karşı olumsuz düşüncelere sahip oldukları söylenebilir. Kontrol grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p>0.05$), deney grubunda ön test-son test puan ortalamalarının anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.3**). Yapılan bir çalışmada diyabete karşı negatif tutuma sahip olan bireylerin diyabetten daha fazla etkilendiği, kendilerini daha yetersiz buldukları, ve diyabet yönetimlerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir.⁷⁶ Verilen planlı eğitim ile tip 2 diyabetli hastaların hastalıklarına diyabeti kontrol altına alabileceği ile ilgili algısının artması ile diyabete karşı pozitif tutumunda arttığı söylenebilir.

Egzersiz engelleri alt boyutu ön test puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (**Tablo 4.2**). Bu veriler doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki tip 2 diyabetli hastaların yeterli ve düzenli egzersiz yapmadıkları söylenebilir. Kontrol grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.3**). Egzersiz, tip 2 diyabet tedavisine uyumun bir parçasıdır ve etkili bir egzersizin kan şekerini düşürdüğü, insülin ihtiyacını ve insülin duyarlılığını azalttığı bildirilmektedir.⁹⁵ Erol'un (2009) yapmış olduğu

çalışmada egzersiz yapma engelleri fazla olan diyabetlilerin hipoglisemiye önlemeye yönelik davranışlarda daha sık bulundukları, hipoglisemi kaygılarının ve hipoglisemi korkularının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹⁰ Verilen planlı eğitim programında egzersizin yararlarının bilinmesi ile hastaların kendilerine uygun egzersiz çeşidini belirleyebildiği, egzersiz engellerinin ortadan kaldırıldığı ve bireylerin diyabet kontrolünde daha başarılı olduğu söylenebilir.

İzleme engelleri alt boyutu ön test puan ortalamaları kontrol ve deney grubunda karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(**Tablo 4.2**). Bu bulgu ile deney ve kontrol grubundaki hastaların kan şekeri takiplerini yapmakta sorun yaşadıkları söylenebilir. Kontrol grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız($p>0.05$), deney grubu ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.3**). Diyabetli hastaların kan şekeri izlemine ertelemeleri diyabet yönetiminde ve hastalığa uyumda engelleyici bir faktördür.^{96,97} Ong ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, kan glikoz düzeyinin yüksek çıkması, bilgi eksikliği, damgalama yaşamaları, iğne korkusu ve ağrısı kendi kendine kan glikoz takibi yapmayı engelleyen faktörler olarak bulunmuş ve bu faktörler diyabet yönetimi ve uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.⁹⁶ Bu bulgular doğrultusunda verilen planlı eğitim ile kan şekeri izlemine engelleyen unutkanlık, tembellik, yeterli bilgiye sahip olmama, kendi kan şekeri takibini yapmakta ve insülin uygulamakta zorluk yaşama gibi faktörlerin ortadan kaldırabileceği ve bireylerin diyabet tedavi sürecine uyumlarını artırabileceği söylenebilir.

Diyabet kontrolünü iyileştiren alt boyutlara ait ön test toplam puanları kontrol ve deney grubunda karşılaştırılmış aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (**Tablo 4.4**) Bu bulgu kontrol ve deney grubuna alınan hastaların diyabet

kontrolünü iyileştiren faktörler yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Kontrol grubundaki hastaların diyabet kontrolünü iyileştiren alt boyutlara ait ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ise ön test-son test puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 4.5**). Diyabet eğitiminin başarılı olmasını sağlayan faktörlerden biri eğitimin tedaviye entegre edilerek verilmesidir. Yapılan çalışmalarda tedaviye entegre edilerek verilen eğitim programlarında hastaların, kişisel takip sıklıklarının ve hastalık hakkındaki bilgilerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁹⁸ Cihangir'in (2007) Roy ve Orem modellerinin kullanarak yaptığı çalışmada deney grubundaki adölesanların ilaç tedavisine ve hastalığın yönetimine uyumlarının arttığı bulunmuştur.⁹⁹ Alimohammadi ve ark. (2015) inmeli hastaların fizyolojik adaptasyon seviyesini belirlemek için yaptıkları çalışmada da RAM'a göre verilen bakımın hastaların fizyolojik alana uyumlarını artırdığı belirlenmiştir.²⁵ Çalışma bulguları doğrultusunda diyabetli hastalara verilen planlı eğitim programının hastaların diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Bakım yeterliliği alt boyutu ön test puan ortalaması deney ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamsız($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(**Tablo 4.5**). Tip 2 diyabetli bireylerin kendi bakımlarında aktif rol almaları diyabet yönetiminde olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.⁷⁶ Nam ve arkadaşları tarafından (2010) diyabet yönetimini engelleyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada olumlu hastalık algısının, olumlu glisemik kontrolünü ve bireylerin diyabete uyumunu etkilediği bulunmuştur.¹⁰⁰ Xu ve arkadaşlarının (2009) diyabet yönetimini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada da tedavinin etkinliğine

olan inancın diyabet yönetimini etkilediği saptanmıştır.¹⁰¹ Bu bulgular verilen planlı eğitim programının tip 2 diyabetli hastalarda bakım inancını artıracak ve diyabet bakımlarında etkin rol almalarını sağlayarak hastalığa uyumu kolaylaştıracağı söylenebilir.

Bakımın önemi alt boyutunda, diyabetli bireylerin bakımlarına gösterdikleri önem değerlendirilmektedir.⁷⁶ Bu alt boyutu kontrol ve deney grubundaki ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet bakımına gösterdikleri önem yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Ön test puan ortalamaları kontrol grubunda anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(**Tablo 4.5**) Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan birçok çalışmada hastalara verilen eğitimin hastaların bakım aktivitelerini ve hastalıkları hakkındaki bilgileri üzerini olumlu etkilediği ve hastalık yönetimi için yapmaları gereken uygulamalara daha özen gösterdikleri saptanmıştır.^{102,103} Çalışma sonuçları literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve verilen planlı eğitim programının tip 2 diyabetli hastaların hastalık bakımlarına önemini artırdığı söylenebilir.

Diyet tedavisinde uyumu etkileyen en önemli neden bireylerin beslenme alışkanlıklarında yapması gereken değişikliklere dirençli olmalarıdır. Diyetle uyum alt boyutu kontrol ve deney grubundaki ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet bakımı için gösterdikleri önem yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Ön test puan ortalamaları kontrol grubunda anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(**Tablo 4.5**) Tip 2 diyabet yönetiminde önemli bileşenlerden biri de diyetle uyumdur.⁴⁶ Kartal ve arkadaşlarını (2008) yaptıkları bir çalışmada; diyabet tedavisinin temeli olan sağlıklı beslenme ve

diyete uyumun hastaya kazandırılması ile diyabetin metabolik kontrolünün daha kolay sağlanabileceği bildirilmiştir.⁸⁶ Gazmararian ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, diyabetli bireylerin sağlıklı yiyeceklerden kaçınmak için doktor, hemşire ve diyetisyenlerin tavsiyelerine uymaları, hastaların diyabet uyumunda olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur.¹⁰⁴ Verilen planlı eğitim programı ile diyet uyumunu negatif yönde etkileyen nedenlerden biri olan beslenme ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, hastaların diyetlerine uyumlarını artırdığı söylenebilir.

Hastaların bilgi düzeyleri ile hastalığa uyumları arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.^{97,105} Tip 2 diyabetli bireyler diyabet hakkında bilgili ve bilinçli olmalarının diyabetlerini yönetmeyi kolaylaştıran ve motive eden bir faktör olduğu söylenebilir. Son test puan ortalamalarının deney grubunda yüksek bulunması verilen planlı eğitim programı ile diyabet yönetimi olumlu yönde etkilendiği söylenebilir.

Diyabet bilgisi alt boyutu kontrol ve deney grubundaki ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki hastaların diyabet bilgisi yönünden benzer olduklarını göstermektedir. Ön test puan ortalamaları kontrol grubunda anlamsız($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(**Tablo 4.5**). Jeragh-Alhaddad ve arkadaşlarının (2015) diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada da bilgi eksikliğinin diyabette engelleyici rol oynadığını göstermiştir⁹¹. Simmons ve arkadaşlarının (2007) ve Shakibazadeh ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmalarda da diyabetle ilgili bilgi eksikliğinin olması, diyabet öz bakımı için engelleyici bir faktör olarak bulunmuştur^{89,106}. Fort ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında semptomlar hakkında bilgi eksikliğinin olması, hastaların hastalık yönetimini engelleyen faktörler arasında olduğu bulunmuştur.¹⁰⁷ Bu bulgulardan yola çıkarak hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça hastalık yönetimlerinde hastalığa uyumlarında olumlu bir artış

olacağı söylenebilir.

Bir hastalık ve bu hastalıkla ilgili problemlere farkındalık durumu, öz-bakım davranışlarının gelişmesine katkıda bulunur.^{108,109} Uzun dönem bakımın yararları alt boyutunda kontrol ve deney grubundaki ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki hastaların bakımın yararlarına ilişkin inançları yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Ön test puan ortalamaları kontrol grubunda anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)(**Tablo 4.5**) Erol'un (2009) yapmış olduğu çalışmada diyabet için mümkün olan en iyi bakımı almanın, uzun vadede ortaya çıkabilecek diyabet komplikasyonlarını geciktireceğine ya da önleyeceğine inanan tip 2 diyabetli bireylerin, bu komplikasyonları önlemeye yönelik davranışlarda daha sık bulundukları belirtilmiştir.¹⁰⁸ Uzun dönem bakımın yararları alt boyutu puan ortalamalarının deney grubunda eğitim sonrası yüksek bulunması, diyabetli bir bireyin diyabet komplikasyonlarına farkındalığını artırdığı ve kişinin diyabet aktivitelerini yerine getirme durumunun etkilenmesi ile beraber diyabet yönetiminde faydalı olabileceği söylenebilir.

Diyabetinde kronik bir hastalık olması sebebiyle bireyin hastalığa uyum aşamasında aile desteğinin önemi fazladır. Destek tutumlar alt boyutunda kontrol ve deney grubundaki ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$)(**Tablo 4.4**). Deney ve kontrol grubundaki hastaların aile ve arkadaş çevresinden aldıkları sosyal destek ve hastalıklarıyla beraber kabul edilme düzeyleri yönünden benzer olduğunu göstermektedir. Ön test puan ortalamaları kontrol grubunda anlamsız ($p>0.05$), deney grubunda ise anlamlı bulunmuştur($p<0.05$)(**Tablo 4.5**). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılırken bireyin eşi, ailesi ve arkadaşları olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilirler.⁴¹

Nagelkerk ve arkadaşlarının (2006) diyabet yönetiminde algılanan engelleri ve etkili stratejileri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda hastaları destekleyici ve onlara yardımcı olan birine sahip olmalarının diyabete uyumlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur¹¹⁰. Shakibazadeh ve arkadaşlarının (2011) ve Ong ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da sağlık bakımı verenlerin, öz bakımları konusunda bireyleri cesaretlendirmeleri ve olumlu geri bildirim vermeleri diyabet öz bakım uygulamalarını yapanlarda motive edici bir faktör olarak bulunmuştur.^{89,96} Destek tutumları son test puan ortalamalarının planlı eğitim programı sonrasında artması tip 2 diyabetli hastaların aile ve arkadaş çevresinden aldıkları sosyal destek ve hastalıklarıyla kabul edilme ve diyabete uyum düzeylerini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir. Kronik hastalığa bakım veren başka birinin dahil olması ile kontrollerin artacağı ve buna bağlı olarak da hastalığın olumsuz etkileri daha az görüleceği söylenebilir

Tip 2 diyabetli hastalara RAM ‘a göre verilen planlı eğitim sonrasında diyabet kontrolünü zorlaştıran alt boyutların puan ortalamalarında anlamlı bir azalış, diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri içeren alt boyutların puan ortalamalarında ise anlamlı bir artış olması **“Tip 2 diyabetli hastalara Roy’un Adaptasyon Modeli’ne göre verilen eğitimin Diyabet Bakım Profili’ne etkisi vardır”** (H₁) hipotezini doğrular niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 Diyabet tanısı alan hastalara RAM’a göre verilen planlı eğitimin DBP’ne etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, yarı deneme modeli olarak yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Kontrol ve deney grupları arasında; cinsiyet, ailede diyabet öyküsü, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, sigara/alkol kullanma durumu, aile tipi ve medeni durum sosyo demografik özellikler yönünden fark olmadığı,
- Deney grubunda eğitim sonrasında, diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan alt boyutlar olan kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tedavi engelleri, egzersiz engelleri, izleme engelleri alt boyutlarının puan ortalamalarında anlamlı bir azalma olduğu,
- Deney grubunda eğitim sonrasında, diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri içeren alt boyutlar olan destek tutumları, diyetle uyum, uzun dönem bakımın yararları, diyabet bilgisi, pozitif tutum, bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz-bakıma uyum alt boyutlarının puan ortalamalarında anlamlı bir artma olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonunda RAM’a göre verilen planlı eğitimin, deney grubundaki tip 2 diyabetli hastaların diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri azalttığı ve diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri ise olumlu artırdığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; tip 2 diyabetli hastaların hastalıklarına uyumlarını artırmak için;

- Tip 2 diyabetli hastalarının gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımı planlanırken hemşirelere rehber olması açısından Roy’un Adaptasyon Modeli’nin kullanılabileceği,

- Tip 2 diyabetli hastalara bakım veren klinisyen hemşirelerin hastaların hastalıklarına uyumlarını zorlaştıran problemleri belirlemesi ve bu problemlerin çözümü için hastaları desteklemesi,
- Tip 2 diyabetli hastaların hastalıklarına uyumlarının artırılması amacıyla planlanan yapılandırılmış eğitimlerin klinikteki rutin uygulamalar arasına alınması ve eğitimlerin değerlendirilmesi,
- Hasta eğitimi ve takibinin sürekliliğinin sağlanması adına eğitimlerin aynı ekip tarafından yürütölmesi ve eğitim sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Tip 2 diyabetli hastalarda hastalığa uyuma yönelik planlanan araştırmaların daha geniş örneklem gruplarında gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005,9(1): 6-14.
2. Aştı TA, Karadağ A. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Nobel Kitabevi, Ankara, 2011: 898-951.
3. McCurry MK, Susan M, Hunter R, Roy C. Knowledge for the good of the individual and society:linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing philosophy*, 2010 11(1): 42-52.
4. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Conceptual Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia, F. A. Davis, 2005.
5. Kacaroglu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. *Hemodiyaliz hasta eğitiminde Roy'un Adaptasyon Modeli*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.
6. Kacaroglu Vicdan A. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010,2: 106-118.
7. Özkaraman A, Özer S, Balcı-Alpaslan G. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1: 138-152.
8. Ursavaş F, Karayurt Ö, İşeri Ö. Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılan bir hastaya Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımı. *The Journal of Breast Health*, 2014, 10: 134-140.
9. Dawson S. Principles of preoperative preparation. İçinde: Mannley K, Bellman L. (editörler). *Surgical Nursing Advanced Practice*. 1st Press, London, Churchill Livingstone, 2000: 391-397.

10. Pektekin C. Sister Callistra Roy ve Adaptasyon Kuramı. İçinde: Pektekin C. (editör). *Hemşirelik felsefesi kuramlar bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
11. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012, 20(1): 35-42.
12. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 18-26.
13. Özdemir İ, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz Ö.H. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24: 128-138.
14. American Diabetes Association (ADA). Strategies for improving care. *Diabetes Care* 2016, 39: 6–12.
15. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, Fisher EB, Hanson L, Kent D, Kolb L, McLaughlin S, Orzeck E, Piette JD, Rhinehart AS, Rothman R, Sklaroff S, Tomky D, Youssef G. 2012 Standards revision task force. national standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 2014, 37: 144–153.
16. Ersoy C, Tuncel E, Özdemir B, Erturk E. İnsulin kullanan Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 32: 43-47.
17. Fischer HH, Moore SL, Ginosar D, Davidson AJ, Rice, Peterson CM, Durfee MJ. MacKenzie TD, Estacio RO, Steele AW. Care by cell phone: text messaging for

- chronic disease management. *American Journal of Managed Care*, 2012, 18: 42-7.
18. Fitzgerald JT, Davis WK, Connel CM, Hess GE, Funnel MM, Hiss RG. Development and validation of the care profile. *Evaluation & Health Profession*. 1996, 19: 208-230.
 19. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization and Application*. 3rd ed. St. Louis, MO, Mosby/Elsevier, 2006.
 20. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013, 15: 566-72.
 21. Arani ZA, Taghavi T, Sharifi ND, Noghani F, Faghihzadeh S, Khariarani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy Adaptation Theory. *Feyz Mahnameh*. 2012, 16: 124–34.
 22. Seah XY, Tham XC. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 2015, 28: 136-41.
 23. Hannon Engel SL. Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nervosa. *Nursing Science Quarterly* 2008, 21: 126-132.
 24. Lee YL, Tsang AY, Wong KF, Lee JK. Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. *Nursing Science Quarterly*, 2011, 24: 363-369.
 25. Alimohammadi N, Maleki B, Mohsen Shahriari M, Chitsaz A. Effect of a care plan based on Roy Adaptation Model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2015, 20: 275–281.

26. Rogers C, Keller C. Roy's Adaptation Model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric Nursing*, 2009, 30: 21–26.
27. Akyl RÇ, Ergüney S. Roy's Adaptation Model guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, 69:1063-75.
28. Ejder Apay S, Pasinlioglu T. Using Roy's Model to evaluate the care given to postpartum women following caesarean. *Open Journal of Nursing*, 2014, 4: 1-14.
29. Serçekuş, P. Doğuma Hazırlık Sınıfı Ve Bireysel Eğitimin Gebelik ve Postpartum Uyuma Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
30. Gökçe İşbir G. Roy Adaptasyon Modeli'ne Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
31. Öztürk S. Roy Adaptasyon Modeline Göre Postpartum Dönemdeki Annelere Verilen Eğitimin Anne Duyarlılığına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
32. Çatal E, Dicle A. Koroner arter bypass greftli hastalarda erken dönem hemşirelik bakımının Roy Uyum Modeli'ne göre analizi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2011, 13: 68-81.
33. Baksi Şimşek A, Dicle A. Primer beyin tümörlü hastaların Roy Uyum Modeli'ne göre uyum durumlarının incelenmesi: Niteliksel bir araştırma. *Journal of Neurological Sciences*, 2013, 30: 88-107.

34. Ordin YS, Karayurt O, Wellard S. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nursing and Health Sciences*, 2013, 15: 31-38.
35. Sadeghnejad M, Vonki Z, Memarian R. The Effect of nursing care plan based on Roy Adaptation Model on psychological adaptation in patients with diabetes type II. *Evidence Based Care Journal*, 2011,1: 5-20.
36. Scollan-Koliopoulos M. Theory-guided intervention for preventing diabetes-related amputations in African Americans. *Journal of Vascular Nursing*, 2004, 22: 126-33.
37. LeMone P. Assessing psychosexual concerns in adults with diabetes: Pilot project using Roy's Modes of Adaptation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1995, 16: 67-78.
38. Sadeghnejad M, Vonki Z, Memarian R. Evaluating the effect of using nursing care plan based on Roy Adaptation Model on the adaptation of type 2 diabetics. *Mashhad University of Medical Sciences*, 2010; 1: 5–20.
39. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11th ed. Philadelphia, Lippicott, Williams&Wilkins,2008.
40. American Diabetes Association. Introduction diabetes care.2016;39(Suppl. 1):S1–S2
41. Türten Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016, 7: 61-67.
42. Herman WH, Ye W, Griffin SJ, Simmons RK, et. al. Early detection and treatment of type 2 diabetes reduce cardiovascular morbidity and mortality: a simulation of the results of the Anglo-Danishdutch study of intensive treatment in

- people with screen-detected diabetes in primary care. *Diabetes Care*, 2015, 38: 1449–1455.
43. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. in *Standards of Medical Care in Diabetes*, 2016;39: 13–22.
44. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Diabetologia*, 2014, 57: 1542–1551.
45. American Diabetes Association. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes. in *Standards of medical care in diabetes 2016*. *Diabetes Care*, 2016, 39): 47-51
46. Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. Diabetes mellitus. “Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım” içinde. (ed) Karadakovan A, Aslan FE, 2. baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2011;817-56.
47. Balk EM, Earley A, Raman G, Avendano EA, Pittas AG, Remington PL. Combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among person satin creased risk: A systematic review for the community preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 2015, 163: 437–451.
48. International Diabetes Federation, 2014
http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2014_UK.pdf. Erişim tarihi.25.07.2016
49. International Diabetes Federation, 2013
http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2013_UK.pdf. Erişim tarihi. 25.07.2016
50. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361: 1339–1348.

51. Borschuk AP, Everhart RS. Health disparities among youth with type 1 diabetes: A systematic review of the current literature. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 2015, 33: 297–313.
52. Kronenberg HM, Polonsky KS, Larsen PR Williams. *Textbook of Endocrinology*, 11th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2007: 1329-1389.
53. Diabetes Prevention Program Research Group. HbA1c As a predictor of diabetes and as an outcome in the diabetes prevention program: A randomized clinical trial. *Diabetes Care* 2015, 38: 51–58.
54. Ghazanfari Z, Ghofranipour F, Tavafian SS, Ahmadi F, Rajab A. Lifestyle education and diyabet type 2: A non randomized control trial. *Iranian Journal of Public Health*, 2007, 36: 68-72.
55. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, 21:25
56. Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, 2009, 3:1-45.
57. Peyrot M, Rubin RR, Funnell MM, Siminerio LM. Access to diabetes self-management education: Results of national surveys of patients, educators and physicians. *The Diabetes Educator*, 2009, 35: 246-263.
58. Church TS, Blair SN, Cocreham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, Mikus CR, Myers V, Nauta M, Rodarte RQ, Sparks L, Thompson A, Earnest CP. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin a1c levels in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2010, 304: 2253–2262.

59. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self management of diabetes, *Clinical Diabetes*, 2004, 22: 123-127.
60. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, de Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, Hod M, Kitzmiller JL, Kjos SL, Oats JN, Pettitt DJ, Sacks DA, Zoupas C. Summary and recommendations of the fifth international workshop conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2007, 30: 251-60.
61. Goldman L, Ausiello D. Care of Dying Patients and Their Families İçinde: Ünal S. (editör). *Cecil Medicine*, 23. Baskı, Cilt 1, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: 430-450.
62. Gigliotti E. The Value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E-dergisi*, 2008, 1: 42-50.
63. Roy SC. Research based on the Roy Adaptation Model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 2011, 24: 312-320.
64. Philips, K.D., Harris, R..Adaptation model. In M.R. Aligood (Ed).Nursing Theorists and Their Work 2014, (8th Ed.; pp.303-320). St Louis, Missouri: Elsevier Inc .,Mosby Inc.
65. Meleis, A.1Theoretical nursing: development and progress. 2012. 5th Ed. p.324, Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
66. Dobratz MC. Moving nursing science forward within the framework of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 2008, 21: 255-259.
67. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-72.
68. Sigurdardottir K. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, 14: 301–314

69. Nahcivan N, Coşansu GK. Erişkinlerde diyabet risk faktörlerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 2004, 13: 103-120.
70. Bahar A, Yıldızgördü E. Hemodiyalize giren hastalarda ruhsal sorunlar ve yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği*, 2006, 96-101.
71. Gök Özer F, Tasçı Beydağ KD, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 123-136.
72. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12(3).
73. Lopes, M.N.O., Pagliuca, L.M.F., Araujo, T.L., Historical evaluation of the concept environment proposed in the Roy adaptation model. *Rev-Latino-Enfermagem*, 2006,14(2),259-65
74. Bruccoliere T. *How to make patient teaching stick. Mantuale*, 2000, 63 (2): 34-83.
75. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama, kritik*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014.
76. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1999.
77. Tang TS, Funnel MM, Anderson RM. Group education strategies for diabetes self- management. *Diabetes Spectrum*, 2006, 9: 99-105.
78. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Hess Fischl A, Maryniuk MD, Siminerio L, Vivian E. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015, 38: 1372–1382.

79. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002, 25: 1159–1171.
80. Nural N, Hintistan S. Diyabetik hastaların ayak bakımıyla ilgili bilgi ve tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18: 116-24.
81. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal*, 2016, 31: 52-9.
82. Jr-Moreira E, Neves R, Nunes Z, de Almeida M, et.al. Glycemic control and its correlates in patients with diabetes in Venezuela: results from a nationwide survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2010, 87: 407-14.
83. Ayele, K. Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E. Self care behaviour among patients with diabetes in Harari Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*, 2012, 7: 1-6.
84. Oguz A, Benroubi M, Brismar K, Melo P, Morar C, Cleall SJG, Schmitt H. Clinical outcomes after 24 months of insulin therapy in patients with type 2 diabetes in five countries: Results from the TREAT study. *Current Medical Research and Opinion*, 2013, 29: 911-20.
85. Yılmaz S, Çömlekçi A, Ünal B. Bir endokrinoloji polikliniğinde izlenen tip 2 diyabet hastalarında tıbbi ve davranışsal tedavi yaklaşımlarının etkileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2013, 22: 220-5.
86. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7: 223-30.

87. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 2013, 14: 1-6.
88. Ovayolu N, Parlar S, Karakaş S. Diyabet ve hipertansiyonlu hastalarda erken tedavi ve hemşirelik eğitiminin önemi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2003, 6: 19-23.
89. Shakibazadeh E, Larijani B, Shojaeezadeh D, Rashidian A, Forouzanfar MH, Bartholomew LK. Patients' perspectives on factors that influence diabetes self care. *Iranian Journal Of Public Health*, 2011, 40: 146-158.
90. Erol Ö. İnsülin Kullanan Bireylerde Bireysel İzlem ile Diyabet Kontrolü ve Hipoglisemi Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.
91. Jeragh-Alhaddad FB, Waheedi M, Barber ND, Brock TP. Barriers to medication taking among Kuwaiti patients with type 2 diabetes: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 2015, 9: 1491-1503.
92. Mandrik O, Severens JL, Doroshenko O, Pan'kiv V, Kravchun N, Vlasenko M, Hulchiy M, Baljuk M, Komisarenko Y, Martsynik E, Sokolova L, Zalis'ka O, Mankovsky B. Impact of hypoglycemia on daily life of type 2 diabetes patients in Ukraine. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013, 6: 249-257.
93. Fukunaga LL, Uehara DL, Tom T. Perceptions of diabetes, barriers to disease management, and service needs: A focus group study of working adults with diabetes in Hawaii. *Preventing Chronic Disease*, 2011, 8: 1-8
94. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, El Kebbi IM, Gallina DL, Barnes C, Phillips LS. Patient adherence improves glycemic control. *Diabetes Educator*, 2005, 31: 240-250.

95. Ergün S, Sivrikaya S. Tip 1 diyabetli çocukların evde bakım uygulamaları ve yönetimi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1: 90-94.
96. Ong WM, Chua SS, Ng CJ. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 2014, 8: 237–246.
97. Chlebowy D, Myers J, Mendes A. Socio-demographic variables and self-efficacy in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 2010, 10: 1-13.
98. Van den Arend, IJM, Stolk RP, Krans HMJ, Grobee DE, Schrijvers AJP. Management of Type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Education and Counseling*, 2000, 40: 187–194.
99. Cihangir, N. Astımlı Adölesanlarda Uyum Ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
100. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Factors associated with psychological insulin resistance in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2010; 33: 1747-1749.
101. Daly JM, Hartz AJ, Xu Y, Levy BT, James PA, Merchant ML, Garrett RE. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2009; 22: 280-290.
102. Gallegos EC, Ovalle-Berumen F, Gomez-Meza MV. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006, 38: 344–351.

103. Huang ES, Gorawara-Bhat R, Chin MH. Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005, 53: 306-11.
104. Gazmararian JA, Ziemer DC, Barnes C. Perception of barriers to selfcare management among diabetic patients. *The Diabetes Educator*, 2009; 35: 778-788.
105. Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2009, 26: 210-213.
106. Simmons D, Swan J, Lillis S, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. *Diabetes Care*, 2007, 30: 490-495.
107. Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Mendoza Montano C, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *Family Practice*, 2013, 14: 1-9.
108. Padma K, Bele SD, Bodhare TN, Valsangkar S. Evaluation of knowledge and self care practices in diabetic patients and their role in disease management. *National Journal of Community Medicine*, 2012, 3: 3-6
109. Rujul D, Vadgama P, Parth D. Effect of awareness of diabetes on clinical outcomes of diabetes: An observational study at a private hospital in Gujarat. *National Journal of Medical Research*, 2012, 2: 493-496.
110. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 54: 151-158.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı : Esin Kavuran Doğum tarihi : 21.01.1983 Doğum Yeri : Elazığ Medeni Hali : Bekar Uyruğu : TC Adres : Elazığ/Merkez Tel : 05374302319 Faks : E-mail : esinkavuran@hotmail.com
Eğitim
Lise : Elazığ Mehmet Akif Ersoy Lisesi Lisans : Sağlık Meslek Yüksek Okulu/Fırat Üniversitesi İngiliz Dili ve Edebiyatı/Atatürk Üniversitesi Yüksek Lisans : Hemşirelik Esasları AD/Atatürk Üniversitesi Doktora : Hemşirelik Esasları AD/Atatürk Üniversitesi
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce : B2 Almanca : A2 İspanyolca : A2
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. HASTA TANILAMA FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

() 1. Kadın () 2. Erkek

3. Medeni Durumunuz:

() 1. Evli () 2. Bekar

4. Eğitim Durumunuz:

() 1. İlköğretim () 2 Ortaöğretim () 3. Lise/Üniversite

5. Mesleğiniz:

() 1. Ev hanımı () 2. Emekli () 3. Serbest

() 4. Çiftçi () 5. Memur () 6. İşçi () 7. Diğer.....

6. Aile Tipiniz: () 1. Geniş Aile () 2. Çekirdek Aile

7. Sigara kullanıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

8. Alkol kullanıyor musunuz ? () 1. Evet () 2. Hayır

9. Sağlık Güvencesiniz:

() 1. Emekli Sandığı () 2. SSK () 3. Yeşil Kart () 4. Bağ Kur

10. Diyabetli ilgili eğitim aldınız mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

11. Diyabetli ilgili destek aldınız mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

12. Diyabet bakımı ile ilgili desteği kimden aldınız?

() 1. Doktor () 2. Hemşire () 3. Arkadaş () 4. Aile () 5. () Diğer

.....

13. Ailede diyabet öyküsü var mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

EK-3. DİYABET BAKIM PROFİLİ ÖLÇEĞİ

KONTROL PROBLEMLERİ				
1. Terleme, halsizlik, huzursuzluk, çarpıntı, titreme, açlık hissi gibi şikayetlerle birlikte kan şekeri düşmesini son 1 ay içinde kaç kez yaşadınız?				
1)0	2)1-3	3)4-6	4)7-12	5)12+
2. Bayılmaya yol açan ya da tedavi için yardım gerektiren ciddi kan şekeri düşmesini son 1 yılda kaç kez yaşadınız?				
1)0	2)1-3	3)4-6	4)7-12	5)12+
3. Çok susama, çok idrara çıkma, ağızda ve ciltte kuruma, idrarda kan şekerinin artması, iştah azalması, bulantı gibi belirtileri olan kan şekeri yükselmesini son 1 ayda kaç kez yaşadınız?				
1)0	2)1-3	3)4-6	4)7-12	5)12+
4. Son 1 ayda kaç gün idrarınızda aseton oldu?				
1)0	2)1-3	3)4-6	4)7-12	5)12+
<i>Son 1 yıl içinde aşağıdaki nedenler kan şekerinizin yükselmesine hangi sıklıkta sebep oldu?</i>				
5. Hastalanmanız ya da enfeksiyon geçirmeniz.				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
6. Üzüntülü ya da sinirli olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
7. İlaç miktarını yanlış almanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
8. Yanlış yiyeceklerle beslenmeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
9. Çok fazla yemeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
10. Her zamankinden daha az hareketli olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
11. Gerilim, sıkıntı içinde olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
<i>Son 1 yıl içinde aşağıdaki nedenler kan şekerinizin düşmesine hangi sıklıkta sebep oldu?</i>				
12. Hastalanmanız ya da enfeksiyon geçirmeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
13. Üzüntülü ya da sinirli olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
17. İlaç miktarını yanlış almanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
15. Yanlış yiyeceklerle beslenmeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
16. Çok az yemeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
17. Her zamankinden daha fazla hareketli olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
18. Yemek için çok beklemeniz veya öğün atlamanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
19. Gerilim, sıkıntı içinde olmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
DİYETE UYUM				
20. Bir öğün planını veya diyeti sürdürür müsünüz?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
21. Öğünleriniz ve ara öğünleriniz için verilen diyet planını hangi sıklıkta izlersiniz?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
22 Yiyeceklerinizi hangi sıklıkta ölçersiniz veya tartarsınız?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık

23.Yemeklerinizi planlarken değişim listelerini yada besin grubu listelerini hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
EGZERSİZ ENGELLERİ				
Aşağıdaki nedenler yeterli ve düzenli egzersiz yapmanızı hangi sıklıkta engeller?				
24.çok fazla efor harcatması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
25. faydalı olduğuna inanmamanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
26. yapmak istememeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
27. bir sağlık probleminizin olması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
28. diyabetinizi kontrol etmeyi çok zorlaştırması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
TEDAVİ ENGELLERİ				
<i>Diyabetli kişiler bazen aldıkları ilaç miktarını değiştirirler. İnsülininizin dozunu ve/veya zamanını aşağıdaki nedenlerden dolayı hangi sıklıkta değiştirirsiniz ?</i>				
29. Bir önceki dozu atladığınızda				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
30. Denemek ve sonucunu görmek istediğinizde				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
31. Dozun yanlış olduğunu düşündüğünüzde				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
32. Bir şeye üzüldüğünüzde				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
33. Her zamankinden daha fazla yediğinizde				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
34. Kan şekeriniz çok yüksek ya da çok düşük olduğunda				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
35. Kilo vermek istediğiniz için insülininizin dozunu yada zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
36. Kilo almak istediğiniz için insülininizin dozunu yada zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
İZLEME ENGELLERİ				
<i>Aşağıdaki nedenler söylenen sıklıkta kan şekeri testi yapmanıza engel olur mu ?</i>				
37. Unutmanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
38. Faydalı olduğuna inanmamanız				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
39. Uygun zaman ve yerin olmaması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
40. Yapmak istememeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
41. Test malzemelerinin tümünü bitirmeniz				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
42. Malzemelerin çok pahalı olması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
43. Zahmetli bir iş olması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık
44. Test sonuçlarını değerlendirmenin zor olması				
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık

45. Kendi kendinize yapamamanız
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
46. Kan şekeri düzeyinizin çok sık değişmemesi
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
47. Parmağınızı delmenin çok canınızı yakması
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
DESTEK TUTUMLARI
<i>Ailem ve arkadaşlarım</i>
48. Beni ve diyabetimi kabul eder
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
49. Diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyar
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
50. Diyabetimi hakkında beni cesaretlendirir veya güver verirler
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
51. Diyabetimi hakkında cesaretimi kırar veya üzerler
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
52. Diyabetimi hakkında konuşmak istediğimde beni dinlerler
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
53. Diyabetim ile ilgili olarak beni eleştirirler.
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
DİYABET BİLGİSİ
<i>Aşağıdaki konuları ne derece anladınız?</i>
54. Diyet ve kan şekeri kontrolü
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
55. Kilo yönetimi
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
56.Egzersiz
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
57. İlaçların kullanımı
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
58.Şeker testi yapma
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
59.Ayak bakımı
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
60.DM komplikasyonları
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
61.Göz bakımı
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
62. Diyabet ilaçları ile diğer ilaçları birarada tutma
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
63.Alkol kullanımı ve diyabet
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi 5) Mükemmel
SOSYAL VE KİŞİSEL FAKTÖRLER
64. Son 1 yıl içinde diyabetiniz normal günlük aktivitelerinizi yapmanıza hangi sıklıkta engel oldu?
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
<i>Diyabetim ve tedavisi beni aşağıdakilerden yoksun bıraktı.</i>
65.Yeterli para sahibi olmaktan
1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum
66. Okul, iş, ev işi ve diğer sorumluluklarımı yerine getirmekte
1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum
67. İstedğim kadar gezmek ve seyahat etmekte
1) Kesinlikle katılmıyorum 2) Katılmıyorum 3) Kararsızım 4) Katılıyorum 5) Kesinlikle katılıyorum

Kesinlikle katılıyorum					
68. İsteddiğim kadar aktif olmaktan					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
69. Sevdüğim yiyecekleri yemekten					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
70. İsteddiğim kadar yemekten					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
71. İnsanlarla iyi ilişkiler kurmaktan					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
72. İsteddiğim gibi program yapmaktan					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
73. Arkadaşlarımla birarada olmaktan					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
74. İsteddiğim kadar yalnız kalmaktan					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
75. Diyabetimin tedavisi ve ihtiyaçları için harcamaları karşılamam sorun olmaktadır.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
76. Diyabetli olmam yaşamımı zorlaştırmaktadır.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
NEGATİF TUTUM					
77.Diyabetli olduğum için korkuyorum.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
78.Gerçekten diyabetli olduğuma inanmak benim için çok zor.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
79.Diyabetim yüzünden mutsuzum ve üzüntülüym.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
80.Diyabetim nedeniyle, kendimi başkaları kadar iyi durumda görmüyorum.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
81.Diyabetim için yapmam gerekenlerin tümünü yapmak zor geliyor.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
82.Diyabetim nedeniyle yaşamımdan mutlu değilim.					
1) Asla	2) Nadiren	3) Bazen	4) Sık	5) Çok Sık	
POZİTİF TUTUM					
83.Yapmayı planladığım her şeyi yapabilirim.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
84.Diyabet yaşamımı etkilemiyor.					
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5)	
Kesinlikle katılıyorum					
85.Herşey göz önüne alındığında oldukça talihliyim.					

1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
86.Şu anda benim için herşey çok iyi gidiyor.				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
87.Yaşamımdan memnunum.				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
BAKIM YETERLİLİĞİ				
<i>Şunları yapabilirim;</i>				
88. Kan şekeri için iyi kontrolde tutabilirim				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
89. Kilomu kontrol altında tutabilirim				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
90. Diyabetim için yapmam gereken şeyleri yapabilirim.				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
91. Diyabetimle ilgili duygularıyla başedebilirim				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
BAKIMIN ÖNEMİ				
<i>Şunları yapmamın kendim için önemli olduğunu düşünüyorum</i>				
92. Kan şekeri için iyi kontrolde tutmak				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
93. Kilomu kontrol altında tutmak.				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
94. Diyabetim için yapmam gereken şeyleri (diyet,ilaç,egzersiz vb.) yapmak.				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
95. Diyabetimle ilgili duygularıyla (korku,endişe, kızgınlık) başetmek				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
UZUN DÖNEM BAKIMIN YARARLARI				
<i>Diyabet için mümkün olan en iyi bakımı almak şu problemleri geciktirecek ya da önleyecektir;</i>				
96. Göz problemleri				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
97. Böbrek problemleri				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
98. Ayak problemleri				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
99. Damar sertliği				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum
100.Kalp hastalığı				
1) Kesinlikle katılmıyorum	2) Katılmıyorum	3) Kararsızım	4) Katılıyorum	5) Kesinlikle katılıyorum

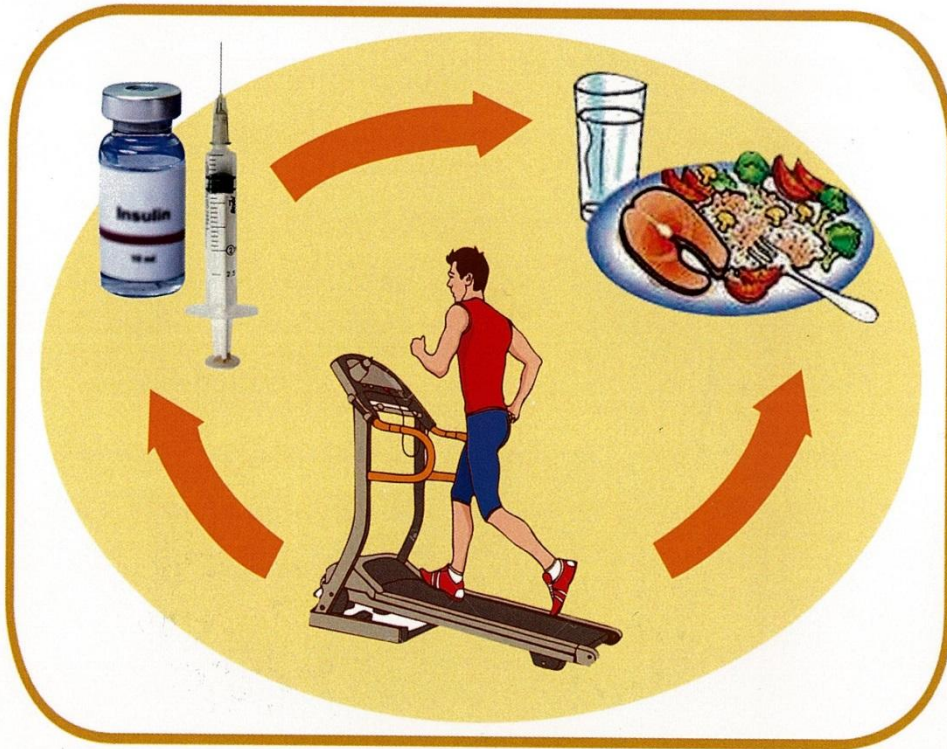
Kesinlikle katılıyorum
ÖZ BAKIMA UYUMU
101.Kan şekerimi iyi kontrolde tutabiliyorum
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
102.Kilomu kontrol altında tutabiliyorum
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
103.Diyabetim için yapmam gereken şeyleri (diyet,ilaç,egzersiz vb.) yapabiliyorum.
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık
104.Diyabetimle ilgili duygularımla (korku,endişe,kızgınlık) oldukça iyi başedebiliyorum.
1) Asla 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sık 5) Çok Sık





ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DİYABET'E UYUM



HAZIRLAYAN
Arş. Gör. Esin KAVURAN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ

EK 5. ETİK KURUL ONAY



Sağlık Bilimleri Fakültesi ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı: 14

Tarih:10.03.2015

Araştırmanın Adı: “Tip 2 Diyabet Tanısı Alan Hastalara Roy’un Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Diyabet Bakım Profiline Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.03.2015 tarihinde yapılan toplantısında “Tip 2 Diyabet Tanısı Alan Hastalara Roy’un Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Diyabet Bakım Profiline Etkisi” konulu Yrd.Doç:Dr.Afife YURTTAŞ ve Arş.Gör.Esin KAVURAN’ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-6. RESMİ KURUM İZİN YAZISI



**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü**



Sayı : 45361945-03/ 4178

Erzurum : 08.04.2015

Konu: Uygulama İzni

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)**

İLGİ: 07.04.2015 tarih ve 1320-7993 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Esin KAVURAN'ın "Tip 2 Diyabet Tanısı Alan Hastalara Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Diyabet Bakım Profiliine Etkisi" konulu uygulama çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT

BAŞHEKİM

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastaneleri Yazı İşleri Bürosu
Tel: 0442 3446765-64 Fax: 0442 2361301