

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİK HASTALIĞI ve TİP 2 DİYABETİ
OLAN BİREYLER ile YALNIZCA TİP 2
DİYABETİ OLAN BİREYLERİN DİYABET ÖZ
BAKIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

SEVECEN ÇELİK İNCE

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR 2016

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970201

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİK HASTALIĞI ve TİP 2 DİYABETİ
OLAN BİREYLER ile YALNIZCA TİP 2
DİYABETİ OLAN BİREYLERİN DİYABET ÖZ
BAKIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SEVECEN ÇELİK İNCE

Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970201

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Sevecen ÇELİK İNCE, “**PSİKİYATRİK HASTALIĞI VE TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLER İLE YALNIZCA TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERİN DİYABET ÖZ BAKIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**” konulu Yüksek Lisans tezini 28.06.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Özlem UĞUR

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Diyabetin Tanımı.....	7
2.1.1. Diyabet sıklığı ve sınıflandırılması.....	7
2.1.1.1. Tip 1 diyabet.....	7
2.1.1.2. Tip 2 diyabet.....	8
2.1.2. Tip 2 diyabetin semptomları ve teşhisi	9
2.1.3. Tip 2 diyabet komplikasyonları	9
2.1.3.1. Diyabetin akut komplikasyonları	9
2.1.3.2. Diyabetin kronik komplikasyonları.....	10
2.1.4.1. Beslenme	12
2.1.4.2. Fiziksel aktivite	13
2.1.4.3. Hastanın kendini izlemesi	13
2.1.4.4. İlaç tedavisi	14
2.1.4.5. Eğitim	14
2.2. Psikiyatrik Hastalıklarda Diyabet ve Diyabet Yönetimi	15
2.3. Psikiyatri Hastasının Diyabet Yönetiminde Hemşirelik Girişimleri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Çalışma Materyali	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formları	22
3.6.2. Görüşme Formları	22
3.6.3 Verilerin Toplanması	23
3.6.4. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği	24
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi	26
3.8.2. Görüşme Formu ile Yapılan Görüşmelerin Değerlendirilmesi.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.10. Etik Kurul Onayı.....	27
4. BULGULAR	28
TEMA 1: Diyabetle Yaşamak.....	32
Alt tema 1: Diyabet algısı	32
Alt tema 2: Diyabetin bireyin yaşamına etkisi.....	33
TEMA 2: Diyabet Uyumunu Kolaylaştırıcılar	34
Alt tema 1: Bireysel kolaylaştırıcı faktörler.....	34
Alt tema 2: Çevresel kolaylaştırıcı faktörler	35
TEMA 3: Diyabet Uyumunu Engelleyiciler	37
Alt tema 1: Bireysel engelleyici faktörler	37
Alt tema 2: Çevresel engelleyici faktörler	41
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	68
EK I: Psikiyatri Hastalığı ve Diyabeti Olan Hastanın Tanıtıcı Bilgi Formu	68
EK II: Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hastanın Tanıtıcı Bilgi Formu	69
EK III: Psikiyatri Hastalığı ve Diyabeti Olan Hasta ile Görüşme Formu	70
EK IV: Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hasta ile Görüşme Formu	71
EK V: Etik Kurul Bilgilendirilmiş Onam Formu	72
EK VI. Uygulama Kurum İzinleri	73
EK VII. Etik Kurul İzin Belgesi.....	77
EK VIII. Etik Kurul Değişiklik İzin Belgesi	80
EK IX: Araştırmacı Özgeçmişi	82

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklem Seçme Ölçütleri	21
Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi	25
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
Tablo 4. Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin görüşlerinden oluşan tema ve alt temalar	31



SEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin görüşlerinden oluşan tema ve alt temalar 30



KISALTMALAR

OAD	: Oral Antidiyabetik İlaç
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DM	: Diyabetes Mellitus
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
WHO	: Word Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
BKI	: Beden Kitle İndeksi
HbA1c	: Hemogloblin A1c

TEŞEKKÜRLER

Tez sürecinin her aşamasında fikir ve görüşleriyle gelişimimi destekleyen, yeni bilgiler öğrenmemi ve farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım saygıdeğer danışmanım Sayın Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN'e,

Tezin şekillenmesindeki değerli önerileri için Sayın Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ve Sayın Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM'e,

Tez veri toplama aşamasında gönülden destek veren Dr. Seçil SOYLU ÇİNKOĞLU ve Dr. Bilge TARGITAY'a,

Araştırmaya katılımları ile destek veren tüm psikiyatri tanısına sahip olan ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylere,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen başta annem ve babam olmak üzere çok değerli aileme ve eşim Ceyhun İNCE'ye tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

**PSİKİYATRİK HASTALIĞI ve TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLER ile YALNIZCA
TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERİN DİYABET ÖZ BAKIMINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Sevecen ÇELİK İNCE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

sevecencelik@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin inanç ve uygulamalarını ortaya koymaktır.

Yöntem: Fenomenolojik kalitatif tipteki çalışma psikiyatrik hastalığa ve tip 2 diyabet tanısına sahip 12 birey ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip 14 bireyle yürütülmüştür. Veriler yarı yapılandırılmış sorularla derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmış, içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonucunda üç ana tema ortaya çıkmıştır. *Diyabetle yaşamak* temasında her iki hasta grubunun da diyabeti ciddi, yaşamı tehdit eden, özgürlüğü kısıtlayan ve yaşamı olumsuz etkileyen bir hastalık olarak algıladıkları belirlenmiştir. *Diyabete uyumu kolaylaştırıcılar* diyabeti yaşam biçimi haline getirme, bilgi sahibi olma, insülin başlanması istememe, aile ve sağlık çalışanlarının sosyal desteğidir. *Diyabet uyumunu engelleyiciler* unutkanlık, tembellik, yeterli bilgiye sahip olmama, diyetine sınır koymada zorlanma, ek sağlık şikayetleri, sağlık ekibinin ve aile üyelerinin olumsuz tutum ve geri bildirimleri, soğuk hava koşulları ve iş yoğunluğudur. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalık belirtileri ve psikiyatrik ilaç yan etkilerinden kaynaklanan engelleri vardır.

Sonuç: Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet öz bakımlarını yerine getirmekte zorlanmaktadırlar. Hemşirelerin her iki hasta grubuna yönelik olarak öz bakım uygulamalarını destekleyici, motive edici girişimler planlaması ve bireyleri cesaretlendirmesi önemlidir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalık belirtileri ve psikiyatrik ilaç yan etkileriyle baş etmelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Diyabet, Öz Bakım, Psikiyatrik Hastalık.

**OPINIONS OF PATIENTS WITH BOTH A PSYCHIATRIC ILLNESS AND TYPE 2
DIABETES AND PATIENTS WITH ONLY TYPE 2 DIABETES ABOUT DIABETES
SELF-CARE**

Sevecen ÇELİK İNCE

Dokuz Eylül University Nursing Faculty Psychiatric Nursing Department

sevecencelik@hotmail.com

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to reveal diabetes self-care-related beliefs and practices of individuals with psychiatric illness and type 2 diabetes and individuals only with type 2 diabetes.

Methods: This qualitative phenomenological study was conducted with 12 individuals diagnosed with both psychiatric illness and type 2 diabetes and 14 individuals diagnosed with type 2 diabetes. Data collected through in-depth interviews with semi-structured questions were analyzed using the content analysis method.

Results: In the study, the following three main themes appeared. The *living with diabetes* theme revealed that individuals perceived diabetes as a serious, threatens life and restricts freedom, and that negatively affect their lives. In the *facilitators of compliance with diabetes* theme include making diabetes lifestyle, being knowledgeable of diabetes, not wanting to start insulin, presence of social support from family and health care workers. In the *barriers to compliance with diabetes* theme include, forgetfulness, laziness, lack of sufficient knowledge, having difficulty in establishing limits to the diet, the presence of additional health complaints, negative attitudes from health team and family members, cold weather conditions and heavy workload. Individuals diagnosed with both psychiatric illness and type 2 diabetes have barriers to symptoms of psychiatric disorders and side effects of psychiatric drugs.

Conclusion: The participants in both groups had difficulty fulfilling their diabetes self-care. Nurses should plan initiatives supporting and motivating self-care practices of individuals in both patient groups, and should encourage them to implement these practices. Individuals with psychiatric disorders need to be strengthened to cope with their symptoms and side effects of psychiatric drugs psychiatric disorders.

Keywords: Diabetes, Self-Care, Psychiatric Illness.

1. GİRİŞ ve AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde hastalıklarının yanı sıra diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi çeşitli fiziksel hastalıkların mortalite ve morbiditesi genel popülasyona oranla oldukça fazladır (Phelan 2001; Robson ve Gray 2007; Hardy ve Gray 2010; Kesebir ve Gençer 2010; Schoepf ve ark. 2012). Özellikle bu hastalarda tip 2 diyabet, bozulmuş glikoz toleransı ve insülin direncinin sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir (Allison ve Casey 2001; El-Mallakh 2006; Goldberg ve ark. 2007; Hardy ve Gray 2010).

Subashini ve arkadaşlarının (2011) şizofreni hastası olanlar ve şizofreni hastası olmayan sağlıklı bireylerde diyabet, obezite ve metabolik sendrom görülme sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda diyabet görülme sıklığının şizofrenisi olan bireylerde (%15.3) şizofrenisi olmayanlara göre (%7.3) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanısı alan olgular arasında da glikoz anormallikleri ve metabolik sendromun %18 ile %30 arasında görüldüğü belirtilmektedir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde diyabet görülme sıklığına bakılan başka bir çalışmanın sonucunda hastaların %6.7'sinin diyabet, %23.3'ünün diyabet öncesi metabolik anormallikler gösterdiği belirlenmiştir (Van Winkel ve ark. 2008; Kesebir ve Gençer 2010). Genel olarak bakıldığında; bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığı genel toplumda olduğundan üç kat daha fazladır (Kesebir ve Gençer 2010).

Yetersiz egzersiz ve beslenme gibi sağlıksız yaşam tarzı (Peet 2004; Scott ve Happel 2011; Chen ve ark. 2014), antipsikotik kullanımı, gelir, barınma gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin ruhsal hastalığı olan bireylerde tip 2 diyabet gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Goldberg ve ark. 2007; El-Mallakh 2007; Ogawa ve ark. 2011; Cohn 2012). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin hem tedavilerinin yan etkileri olan sedasyon hem de psikiyatrik semptomların varlığı hastaların (Chen ve ark. 2014) egzersiz motivasyonu ve yeteneğini olumsuz etkilemektedir. Psikiyatri hastalarının yaygın yaşam tarzı olan sağlıksız beslenme ve yetersiz egzersiz hastalarda aşırı kilo artışına sebep olmaktadır (Brown ve ark. 1999; Roick ve ark. 2007). Bunların yanında ruhsal hastalıkların tedavisinde antipsikotiklerin kullanımı da kilo artışının yanında kan lipid seviyesinde artışa, glikoz metabolizma bozukluklarına neden olmakta ve diyabet gelişme riskini arttırmaktadır (Allison ve Case 2001; Hardy ve Gray 2010).

Psikiyatrik hastalığı olan bireyler hem hastalıklarının meydana getirdiği negatif ve pozitif semptomlarla başa çıkmaya çalışmakta hem de hastalığına ek olarak meydana gelen diyabet gibi kronik hastalıklarla baş etmek durumunda kalmaktadırlar (McDevitt ve ark. 2002). Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireyler yaşam kalitelerini arttırmak için hayatlarının bazı evrelerinde öz bakımları ile ilgili düzenlemeleri izlemek ve uygulamak zorundadırlar (Catharine ve ark. 2002; Balcı 2003). Diyabet bakımının % 98'ini öz-bakım aktiviteleri oluşturmaktadır. Ancak ruhsal hastalığı olan hastalar sigara, dengesiz beslenme, egzersiz azlığı gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranış problemlerini normal popülasyona oranla daha fazla sergilemektedirler (Peet 2004; Salokangas 2007) ve sağlıklarını geliştirmek için ilgili olsalar bile hastaların çoğunluğu psikiyatrik semptomlardan dolayı kendi sağlığını geliştirmek için yeterli güce sahip olmadıklarını düşünmektedirler (Schmutte ve ark. 2009).

Diyabet hastalarının hastalıklarını kontrol altında tutabilmeleri için; uygun diyet, düzenli egzersiz, kan glikozunun kontrolü, oral antidiyabetiklerin uygun kullanımı, insülin tedavisinin etki ve yan etkilerinin tanınması, sigara ve alkol kullanılmaması, diyabetin komplikasyonlarını önleme, ömür boyu ilaç tedavisine uyum sağlama gibi öz bakım aktivitelerini benimsemeleri gerekmektedir (Toljama ve Hentinen 2001; Thomas ve ark. 2005; McKibbin ve ark. 2010; Chen ve ark. 2014). Diyabet öz bakım aktivirine uyum diyabetli bireylerin uzun dönemde komplikasyon gelişme riskini azaltmakta olmasına rağmen yapılan çalışmalarda diyabetli bireylerde öz bakım aktivitelerine uyumun düşük olduğu belirlenmiştir (Shrivastava ve ark. 2013). Yalnızca tip 2 diyabetli bireyler gibi psikiyatrik hastalığı olan bireylerin var olan psikotik semptomlarına öncelik verilmesi, bu semptomlar nedeniyle öz bakım yönetimi için sorumluluk almakta zorlukların olması, ruhsal hastalıkların kişide diyabetini yönetmesine engel oluşturabilecek bir takım bilişsel sorunlara neden olabilmesi gibi faktörlerin varlığı bu bireylerin diyabet yönetiminde büyük bir yük oluşturmaktadır (McDevitt ve ark. 2002; Hultsjö ve Hjelm 2012; Chen ve ark. 2014).

El-Mallakh'ın (2007) şizofreni ve diyabeti olan 11 hastanın öz bakımlarının nasıl olduğunu anlamak için yaptığı nitel çalışmasında hastalar şizofreni ve diyabet tanılarını aldıktan sonraki süreçte hastalıklarını yönetmekte zorluklar yaşadıklarını, sağlıklarını sürdürmek için sorumluluklar aldıklarını ve umut duygusunun öz bakımları için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışmada psikiyatrik semptomların diyabeti olan hastaların öz bakım aktivitelerini yerine getirebilmelerinde önemli bir engel oluşturduğu sonucu ortaya konulmuştur. Chen ve arkadaşlarının (2014) hem şizofreni hem de tip 2 diyabet tanılı hastalar (105 hasta) ile yalnızca tip 2 diyabet tanılı olan hastaların (106 hasta) öz etkililik ve öz bakım

davranışlarını karşılaştırdıkları niceliksel çalışmanın sonucunda tip 2 diyabetin yanı sıra şizofrenisi olan hastaların, diğer gruba göre öz etkililik ve öz bakım skorlarının önemli derecede düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Chen ve ark. 2014). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin diyabetlerini kontrol etmelerine ilişkin veriler sınırlı olmakla birlikte bu hastaların diyabet yönetiminde sorunlar olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca ruhsal hastalıkların ve psikiyatrik semptomların tedavisine yönelik çok sayıda farmakolojik tedavi çabalarına rağmen, bu hastalar için önemli olan öz bakım davranışlarına ilişkin girişimler kısıtlıdır (Chen ve ark. 2014).

Hastaların öz bakımını öğretmek, desteklemek ve geliştirmek hemşirelerin önemli sorumluluklarından birisidir. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, sağlık sorunlarını tanımak, değerlendirmek ve yönetebilmek için hemşirelerin yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda hemşireler ruhsal ve fiziksel sağlığı geliştirmede hastalar için bir köprü görevi görürler (Muir-Cochrane 2006). Hemşirelerin psikiyatri hastalarının psikososyal bakımında sahip olduğu roller kadar, hastaların fiziksel bakımı ile ilgili olarak sahip olduğu rolleri de oldukça önemlidir (Bradshaw ve Pedley 2012). Psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip olan bireylere yönelik sağlık hizmeti sunumu psikiyatri hemşiresi, diyabet eğitim hemşiresi, psikiyatri hekimi, psikologları, diyetisyeni, endokrin uzmanını ve diğer sağlık görevlilerini içeren multidisipliner ekip işbirliğini gerektirmektedir (Meetoo 2013; Chen ve ark. 2014). Özellikle ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler bütüncül bakım çerçevesinde hastalarda yaygın olarak görülen diyabet gibi komorbid fiziksel hastalıklara ilişkin de bakım vermekte önemli role sahiptirler (Bradshaw ve Pedley 2012; Kayar-Erginer ve Partlak-Günüşen 2013). Her ne kadar öz bakım davranışlarını yerine getirmek hastanın kendi sorumluluğunda olsa da hastalarda öz bakım davranışlarını kazandırmak, motive etmek ve ortaya çıkabilecek semptomları takip ederek eğitim ve danışmanlık (Meetoo 2013) yapmak hemşirenin sorumluluğudur. Psikiyatri hemşireleri kliniklerde daha çok psikiyatrik açıdan hastaya bakım vermekte, hastanın fiziksel sağlığını sorumluluk alanı olarak görmemektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, fiziksel hastalıklara karşı koruyucu önlemler alma, erken tanılama ve egzersiz, diyet gibi müdahale programları ile sağlıklı yaşam davranışını geliştirmelidir. (Edward ve ark. 2010). Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında sağlıklı davranışları geliştirmeye yönelik girişimlere odaklanmanın psikiyatri hastalarının genel sağlık ve sağlık davranışlarında gelişmelere yol açacağı belirtilmektedir (Happell ve ark. 2012).

Sonuç olarak, Şizofreni, bipolar bozukluk ve Şizoaffektif bozukluk gibi psikiyatrik hastalığı olan bireylerin diyabetle baş edebilmesi kolay değildir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde diyabet gelişme sıklığı ve diyabet yönetimi girişimlerinin etkinliği (McKibbin ve ark. 2010) ile ilgili son zamanlarda az sayıda da olsa çalışma vardır fakat bu bireylerin iyabet öz bakımlarının nasıl olduğuna yönelik literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Her iki hasta grubu ile kalitatif yapılan bu çalışma ile hastaların diyabete yönelik öz bakımlarını nasıl yerine getirdikleri, öz bakım aktivitelerini yerine getirmede engellerinin ve kolaylaőtıracılarının neler olduğu ile ilgili elde edilen veriler ile literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı düşünölmektedir. Bu çalıőmadan elde edilecek sonuçların psikiyatrik hastalığa ve tip 2 diyabet tanısı sahip olan hastaların diyabetlerini yönetmelerinde bakıma ışık tutacağı ve yol göstereceği düşünölmektedir. Hemşirelerin bu çalıőmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastalara yönelik eğitimlerini ve bakımlarını planlayabilecekleri düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu fenomenolojik desendeki kalitatif çalışmanın amacı psikiyatrik hastalığa (şizofreni, Şizoaffektif ve bipolar bozukluk) ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin inanç ve uygulamalarını ortaya koyma, öz bakımını kolaylaştıran ya da engel olan durumları saptamaktır.

1.3. Araştırma Soruları

- Psikiyatrik hastalığına ek olarak tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet öz bakımı nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı

Diyabetes Mellitus (DM) insülin salınımı, insülin etkisi ya da bu faktörlerin her ikisinde de bir bozukluk olması sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklar ile ortaya çıkan kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) ile karakterize (WHO/IDF 2006), yaşam boyu süren, her yaştaki bireyi ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, geriye dönüşümsüz ve kronik hasarları nedeniyle ekonomik yükü ağır olan, öz bakım aktivitelerini etkileyen ve yaşam süresini kısaltan kompleks metabolik bir hastalıktır (Karakurt 2008; Düzöz ve ark. 2009; Özdemir ve ark. 2011).

Hastalığın sonucu olan hiperglisemi kontrol altına alınamazsa zaman içinde diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlerden kaynaklanan sorunlara yol açabilmektedir. Diyabetin varlığı, ayrıca diyabete özgü olmayan koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha agresif seyretmesine de neden olabilmektedir. Böylece diyabet, hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü gibi yaşam süresini de kısaltabilmektedir (www.saglik.gov.tr).

2.1.1. Diyabet sıklığı ve sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan DM'yi yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir (WHO 2013). Dünya çapında 347 milyon insanın diyabetli olduğu, 2013 yılında 5.1 milyon insanın diyabet nedeniyle öldüğü ve 2030 yılı gibi diyabetten ölümlerin ikiye katlanacağını belirtilmiştir (IDF 2013). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 15 yaş ve üzeri nüfusun % 6.7'sinin diyabet hastalığı teşhisine sahip olduğu belirtilmiştir (TÜİK 2013).

Diyabetin sınıflandırılması: Tip 1 diyabet (insüline bağımlı), tip 2 diyabet (insüline bağımlı olmayan), beslenme yetersizliğine bağlı diyabet, gebelikte görülen diyabet ve diğer spesifik tipler olarak yapılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın olarak görülenleri tip 1 diyabet ve tip 2 diyabettir (IDF 2013).

2.1.1.1. Tip 1 diyabet

Tip 1 diyabet ("insüline bağımlı diyabet", "juvenil diyabet", "çocukluk çağında başlayan diyabet"), pankreasta bulunan ve insülin üreten beta hücrelerinin otoimmün bir süreç sonunda zedelenmesi ile meydana gelmektedir. Sonuç olarak vücut artık insülin üretemez ve insüline

ihtiyaç duymaktadır. Bu durumun tam olarak neden meydana geldiği bilinmemektedir. Hastalık 30 yaş üzerinde ortaya çıkması nadir olmakla birlikte her yaşta insanı etkileyebilmektedir; fakat genellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde ortaya çıkmaktadır. Tip 1 diyabetli bireyler kan glikoz seviyelerini kontrol altında tutabilmek için her gün insüline ihtiyaç duymaktadırlar. Sıklıkla hastalık aniden gelişmektedir ve anormal susama ve ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, enerji yokluğu, ani kilo kaybı, tekrarlayan enfeksiyonlar, bulanık görme gibi semptomlarla ortaya çıkabilmektedir (IDF 2013). Virüsler, toksinler, yaşamdaki stresli olaylar ve diyet gibi unsurlar tip 1 diyabetin etiyolojisinden sorumlu tutulan faktörlerdir. Diyabetli olguların yaklaşık %10'u tip 1 diyabetik hastalardır (Abacı ve ark. 2007; IDF 2013).

2.1.1.2. Tip 2 diyabet

Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet”, “erişkin diyabet” olarak da isimlendirilen tip 2 diyabet, diyabet türlerinin en yaygın tipidir ve tüm diyabet vakalarının %85-90'ını oluşturmaktadır (IDF 2013). Genellikle yetişkinlerde ortaya çıkmaktadır; fakat çocuk ve adolesanlarda da görülebilmektedir. Tip 2 diyabette vücut insülin üretir fakat ya yeterli olmamaktadır ya da insülin direnci nedeniyle insülin hedef dokularda etkili olarak kullanılamamaktadır (WHO/IDF 2006). Birçok insan uzun süre hastalıklarının farkında olamamaktadır çünkü semptomlar ortaya çıkması ya da tanınması uzun yılları alabilmektedir. Tip 2 diyabet gelişme nedenleri hala tam olarak bilinmemesine rağmen obezite, fiziksel inaktivite, ileri yaş, yetersiz beslenme, ailede diyabet öyküsü olması, gebelikte kan glikoz seviyesinin yüksek olması gibi birkaç önemli risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Tip 1 diyabetlilerin aksine tip 2 diyabetlerin hastaların büyük çoğunluğu yaşamlarını devam ettirebilmek için günlük insülin almaya gereksinimleri olmamaktadır ve çoğu insan sağlıklı bir diyet, fiziksel aktivite ya da oral antidiyabetiklerle diyabetlerini yönetebilmektedirler. Fakat hastalar kan glikoz düzeylerini dengede tutamazlarsa insüline başlamak zorunda kalabilmektedirler (IDF 2013).

Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde prevalansı hızla artmakta olan (www.saglik.gov.tr) tip 2 diyabet arteroskleroz, miyokart enfarktüsü, inme, amputasyon ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara sebep olmaktadır (Ogawa ve ark. 2011).

2.1.2. Tip 2 diyabetin semptomları ve teşhisi

Diyabet hastalığı çoğu kez asemptomatiktir. Genellikle tüm diyabet tiplerinde 3P belirtisi denilen poliüri, polidipsi ve polifaji görülür. Fazla miktarda idrara çıkma (poliüri) aynı zaman da vücuttan fazla miktarda sıvı ve elektrolit kaybına neden olmaktadır. Poliüri sonucu çok su içme anlamına gelen polidipsi ortaya çıkar. İştahın artması ve çok yemek yeme anlamına gelen polifajide insülin yetersizliği nedeniyle kullanılamayan karbonhidratların yerine yağ ve proteinler kullanılır. Dokular için yeterli enerji sağlanamadığından yorgunluk ve halsizlik oluşur. Ayrıca göz içi damarlarda glikoz yoğunluğuna bağlı sıvı volümünün artması nedeniyle görme bozuklukları, immün sistemin baskılanmasına bağlı enfeksiyon eğilim, yaraların iyileşememesi, sinirlerin etkilenmesi nedeniyle el ve ayaklarda uyuşma ve hissizlik ortaya çıkmaktadır (Olgun ve ark. 2011).

Diyabet tanısı koyabilmek için 3P belirtisi ile birlikte herhangi bir zamanda ölçümü yapılan bir venöz plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dL veya üzerinde ya da 10-12 saatlik açlıktan sonra sabah bakılan açlık venöz plazma glukoz düzeyinin 126 mg/dL veya üzerinde olması gerekmektedir (Olgun ve ark. 2011). Normalde açlık kan şekeri 80-100 mg/dl'dir. Açlık kan şekeri 100 ile 126 mg/dl arasında çıkarsa bu kişilere oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılmaktadır. Diyabetin belirtilerinin bilinmesinde, diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesi için erkenden teşhis edilerek, diyabetin sıkı bir kontrole alınması ve gerekli tedaviye başlanması gerekmektedir (Olgun ve ark. 2011).

2.1.3. Tip 2 diyabet komplikasyonları

Diyabet komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

2.1.3.1. Diyabetin akut komplikasyonları

Hipoglisemi: Kan glikozunun olması gereken değer altına düşmesidir. İnsülin kullananlarda daha sık rastlanır. İhtiyaçtan fazla insülin yapmak, aşırı egzersiz yapmak veya yeterli karbonhidrat almamak hipoglisemiye yol açabilir (IDF 2013).

Hiperglisemi: Kan glikozunun sınırın üzerinde seyretmesiyle karakterizedir (Olgun ve ark. 2011; IDF 2013).

Ketoasidoz: Diyabetik koma da denen ketoasidoz insülin yokluğuna bağlı ağır bir durumdur. Kandaki glikoz insülin yetersizliği nedeniyle hücre içine giremediği için hücre enerji kaynağı olarak yağları kullanır ve keton cisimleri oluşur. Tip 1 diyabetli kişilerde sık görülür (IDF 2013).

Laktik Asidoz: Vücutta laktik asit birikmesidir. Hücreler enerji olarak glikoz dışı yakıt kullandıklarında laktik asit yaparlar. Eğer çok fazla laktik asit vücutta kalırsa, denge bozulur ve kişi kendini rahatsız hissetmeye başlar. Daha az sıklıkta görülen bu durum, esas olarak tip 2 diyabetli kişileri etkiler.

Bakteriyel / Fungal (mantar) Enfeksiyonlar: Diyabetli kişiler cilt ve tırnaklarda sık olmak üzere tüm organlarda bakteriyel ve fungal kaynaklı enfeksiyonlara daha açık hastalardır (IDF 2013).

2.1.3.2. Diyabetin kronik komplikasyonları

Kardiyovasküler Hastalıklar: Diyabet koroner arter hastalığı ve inme riskini 2-4 kat artırır. Diyabetlilerin %60-75'i kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı ve inme) nedeniyle kaybedilmektedir (Olgun ve ark. 2011; www.saglik.gov.tr)

Diyabetik Ayak Ülserleri: Diyabetlilerde hem periferik nöropati hem de iskemi sebebiyle ayak ülserleri ve nihayetinde amputasyonlar sık görülür. Çalışmalar, travmatik nedenler dışında, ayak amputasyonuna yol açan sebeplerin %50'sinin diyabetten kaynaklandığını göstermektedir. Dünyada her 30 saniyede bir, diyabetik ayak ülseri nedeniyle bir hastanın ayağının kesildiği tahmin edilmektedir (Örmen ve ark. 2007; Demiraslan ve ark. 2008).

Diyabetik Retinopati: Diyabet körlüğe neden olan ilk üç hastalık içinde yer almaktadır. Diyabete bağlı retinopatinin ortaya çıkmasında en önemli faktör hastalığın süresidir (Polat ve Batioğlu 2007). Diyabetin bu komplikasyonu retinadaki küçük damarların uzun süreli hiperglisemiye bağlı olarak tahrip olması sonucu gelişir. Diyabet süresi 15 yıla ulaşan diyabetlilerin %2'sinde körlük ve %10'unda ciddi görme kaybı geliştiği bilinmektedir (Olgun ve ark. 2011; www.saglik.gov.tr)

Diyabetik Nefropati: Diyabet ve diyabete bağlı komplikasyonların görülme hızında yaşanan ciddi artışlar nedeniyle dünyada son dönem böbrek yetmezliğine yol açan faktörler arasında diyabet ilk sıraya yerleşmiştir. Hipergliseminin hem doğrudan etkisiyle, hem de çeşitli sitokin ve büyüme faktörlerinin lokal ve sistemik olarak artışına yol açarak mikrovasküler komplikasyonları tetiklediği iyi bilinmektedir. Diyabetik nefropatinin erken evrelerinde hiperglisemi patolojik süreci başlatan temel faktör iken ileri evrelerde ise hipertansiyon bu süreci oldukça hızlandırmaktadır (Atasoy ve ark. 2015). Diyaliz ünitelerinde tedavi gören hastaların %50'si diyabetlidir. Diyabetli hastaların %10- 20'si böbrek yetersizliği nedeniyle kaybedilmektedir (Olgun ve ark. 2011; www.saglik.gov.tr). Hastalık çeşitli evrelerden geçerek

sessiz bir seyirle son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyebildiğinden, tip 2 diyabetik hastaların daha tanı anından itibaren, tip 1 diyabetik hastaların ise ortalama 5 yıllık bir dönemden itibaren mikroalbuminüri yönünden taranması önerilmektedir (Atasoy ve ark. 2015).

Diyabetik Nöropati: Uzun süreli diyabetin periferik ve otonom sinirlerde yol açtığı bozukluklardır. Diyabetlilerin %50-70’inde diyabetik nöropati gelişir. En sık görülen belirtiler ayaklarda (ve bazen ellerde) uyuşma, yanma, karıncalanma, ağrı ve güçsüzlüktür. Bu belirtiler, nöropatinin en sık görülen şekli olan distal simetrik polinöropatiye bağlı olarak gelişmektedir (Gedik ve Demir 2008; Olgun ve ark. 2011; www.saglik.gov.tr).

2.1.4. Tip 2 diyabetin tedavisi ve öz bakım

Diyabet tedavisinde temel amaç bozulan karbonhidrat metabolizmasını normale döndürmek ve komplikasyonları önlemektir. Bu bağlamda diyabet hastaları tedavilerinin yanı sıra öz bakımlarını yerine getirmelidir. Yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak açıklanan öz bakım; insanlarda kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır (Orem 2001; Avdal ve Kızılcı 2010). Diyabet bakımının % 98’ini öz bakım oluşturmaktadır. Bu beceri, iletişim, kültür, eğitim ve etkileşimle gelişir. Diyabette öz bakım, uygun beslenme/diyet, düzenli egzersiz, kan glikozunun kontrolü, oral antidiyabetiklerin uygun kullanılması, insülin doz ayarlaması, insülinin doğru uygulanması, insülin tedavisinin etkilerinin ve yan etkilerinin tanınması ve tedavisi, sigara ve alkol kullanılmaması, kendi kişisel hijyen ve diğer günlük yaşam aktivitelerini yerine getirilmesi, sürekli izlem ve sağlık kontrolü gibi pek çok etkinliği içermektedir (ADA 2009). Hastaların bu bileşenlerden bazılarını yerine getirirken diğerlerini aksattıkları bildirilmektedir. Nitelikli öz bakım, daha iyi bir metabolik kontrol sağlar (Sousa ve ark. 2005; Özçakar ve ark. 2009). Metabolik kontrolün yetersiz olduğu hastalarda yaşam kalitesi daha kötüdür ve bu hastaların bazı yetilerini yitirme şansı da daha fazladır (Kara ve Çınar 2011). Diyabetli bireyler kendi öz-bakım gereksinimlerini çoğunlukla karşılayabilecek durumdadırlar. Bu nedenle hemşirenin bu bireylere sürekli ve düzenli eğitim verip rehberlik yaparak ve onları destekleyerek öz-bakım sorumluluklarını kazandırması önemlidir (Karakurt 2008).

Diyabet bakımının amacı ise kan glikoz seviyesini normal sınırlar içinde tutarak, olası komplikasyonları önlemektir. Ancak bu şekilde diyabet kontrol altında tutulabilir. Diyabet bakımının beş unsuru: Beslenme, fiziksel aktivite, hastanın kendini izlemesi, eğitim ve ilaç tedavisidir (Olgun ve ark. 2011).

2.1.4.1. Beslenme: Beslenme, diyet ve kilo kontrolü diyabet yönetiminde önemli bir bileşendir. Diyabet tedavisinin en önemli ögesi olarak tanımlanan “Diyet Tedavisi” Amerikan Diyabet Birliği’nin (ADA) yayınları ile “Tıbbi Beslenme Tedavisi” olarak değiştirilmiştir (ADA 2010). Tıbbi beslenme tedavisinin öncelikli hedefleri glisemik kontrolü sağlamak, kronik komplikasyonları önlemek, tedavi etmek, bireye uygun beslenme biçimini oluşturmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (ADA 2006). Tip 1 diyabetli bireyin beslenme tedavisinde; öğün zamanlaması, günlük enerji tüketimi ile yiyecek tüketimi arasındaki uyum ve egzersizlere göre besin tüketiminin dengelenmesi yer alır. Tip 2 diyabetli bireyin beslenme planında ise, kalori kısıtlaması yapmak, azar azar ve sık sık beslenmenin önemini anlatmak daha önceliklidir (ADA 2006). Tıbbi beslenme tedavisinin temel ilkeleri aynı olmakla birlikte, beslenme yönetimi diyabetli kişinin yaşına, cinsine, sosyoekonomik durumuna, kültürel düzeyine, gebe, yaşlı vb özel durumuna göre düzenlenmektedir (Olgun ve ark. 2011). Beslenme ilkelerinde bireysellik ve hastalığa ilişkin özellikler göz önünde bulundurulmak kaydıyla literatürde bazı öneriler yer almaktadır (ADA 2010). Bu öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- Kan şekeri düzeyinin istendik sınırlarda olması için diyabetli bireylerin üç ana üç ara öğün şeklinde beslenmesi gerekmektedir.
- Diyabetli bireyler diyetlerinde kompleks karbonhidratları daha fazla tüketmelidir.
- Diyabetli bireyler bitkisel besinlerin parçalanmayan kısımları olan posa tüketimini (sebze-meyve, kepek (yulaf, buğday) veya kepeği ayrılmamış tahıl ürünleri ve kurubaklagiller vb) arttırmalıdır.

Tip 2 diyabetli hastalara günlük enerjileri üç ana, iki ya da üç ara öğüne bölünerek verilir. Hastaların günlük enerji ihtiyacının %65’i ana öğünlerden, %35’i ara öğünlerden tüketilmek üzere öğünler 2.5-3’er saat aralarla alınmalıdır (ADA 2010). Diyabetli bireyler tok karnına ve günde bir kadeh şarap ve biradan fazla olmamak şartıyla alkol alabilirler (ADA 2010). Diyabet hemşiresi tarafından diyetisyenle işbirliği yaparak verilen bilgilerin davranışa dönüşüp dönüşmediğinin sık aralıklarla izlenmesi ve sorunların çözülmesi gerekmektedir. Kang ve arkadaşları (2009) diyabetli hastalara verdikleri beslenme eğitim programını değerlendirmek için yaptıkları çalışmanın sonucunda verilen eğitim sonrasında diyabetli hastaların beslenmeye ilişkin bilgi düzeylerinin artmış olduğunu ve eğitim sonrasında kan basıncı ve kan glikoz düzeylerinde azalma olduğunu bulmuşlardır (Kang ve ark. 2009).

2.1.4.2. Fiziksel aktivite: Fiziksel aktivite, kan şekerini düşürme ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltma etkisinden dolayı diyabet yönetiminde çok önemlidir (ADA 2010; Olgun ve ark. 2011; Tümer ve Çolak 2012; Can ve Ersöz 2013). Yapılan çalışmalar diyabetlilerin düzenli egzersiz yapmaları durumunda iyilik halinin ve yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Yüzme, bisiklete binme, tempolu yürüyüş, koşma gibi egzersiz tipleri düzenli yapılmak koşuluyla maximum oksijen tüketimini ve kardiyak atım hacmini arttırmakta, kalp hızını yavaşlatmakta ve total yağ kitlesini azaltmakta ve böylece kardiyovasküler risk faktörlerini kontrol altına alınabilmektedir (Olgun ve ark. 2011). Egzersizin tipi, süresi, şiddeti ve sıklığı önem taşımakla birlikte, egzersiz programları amacına uygun ve bireye özgü olarak planlanmalı; dayanıklılığı, kas kuvvetini, esnekliği, koordinasyonu, fonksiyonel kapasiteyi geliştirici özellikte olmalıdır (ADA 2010). Aerobik egzersizlerin 20-60 dakika süreli, büyük kas gruplarını içeren ritmik ve dinamik özellikte (bisiklet, yürüyüş, yüzme vb.) haftada 3-7 gün; kuvvet egzersizlerinin ise haftada 2-3 gün, 8-10 farklı hareket ile, 8-12 tekrarlı yapılması tavsiye edilmektedir (Can ve Ersöz 2013). Diyabetli bireyler egzersiz programına başlamak ve bunu ömür boyu yapılan bir davranış haline getirmek için cesaretlendirilmelidir. Diyabetli bireylerin, uygun ayakkabı giymeleri, egzersiz öncesi ve sırasında yeterli sıvı almaları, ayaklarını kesiler veya diğer yaralanmalara karşı gözlemleri, kan şekerlerini izlemeleri, glisemik kontrolü (HbA1c) kötü iken egzersizden ve ağırlık çalışmasından kaçınmaları, kan şekeri 100 mg/dl'nin altında ise egzersize başlamadan önce en az 15 gram karbonhidrat (1 dilim ekmek) almaları, kan şekeri 100-250 mg/dl ise egzersiz yapmaları, kan şekeri 250 mg/dl nin üstünde ise idrarda keton bakıp negatifse egzersize başlamaları, pozitif ise insulin yapıp negatif oluncaya kadar egzersiz yapmamaları gerekmektedir. Ayrıca diyabetli bireylerin günlük egzersizlerini yemeklerden 1.5 saat sonra yapmaları konusunda diyabet hemşiresi tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir (ADA 2010).

2.1.4.3. Hastanın kendini izlemesi: Hasta, diyabetine rağmen normal yaşamını sürdürebilmesi ve komplikasyonların gelişmemesi için diyabet ile yaşamayı öğrenmelidir. Kan glikozunu izleme, diyabet yönetiminin temel taşıdır ve hastalar tarafından kendi kendine kan glikozunu takip etme, diyabet bakımını önemli bir şekilde değiştirmektedir (Olgun ve ark. 2011). Kan glikozu ölçüm sıklığı diyabetin tipine, glisemik kontrol derecesine, kullanılan ilaca, komplikasyonların varlığına, ek hastalık olup olmamasına ve hastanın kültürel ve ekonomik durumuna göre değişir. Tedavinin yeni başladığı veya değiştirildiği dönemlerde, glisemik kontrolün iyi olmadığı dönemlerde, gebe diyabetlilerde, ek hastalık varlığında, kan glikozu ölçümleri sık yapılmalıdır. Diyet veya oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabetli hasta iyi

kontrollü ise, haftada 1-2 gün açlıklarda ve gece yatmadan önce kan glikozu ölçümü yeterlidir. Diyet veya oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabetli hasta kötü kontrollü ise, kontrol sağlanana kadar her gün açlıklarda, ana öğünlerden iki saat sonra, gece yatmadan önce, haftada 1-2 gün gece kan glikozuna bakılmalıdır (Ayalp 2008). Kan glikozunun test sonuçları, diyabetli hastanın diyetini belirlemede, ilacın miktarını ve tipini belirlemede ve tavsiye edilen egzersizi sürdürmede önemlidir (Ayalp 2008). Kan şekerini kendi kendine izleme, diyabetle baş etmeyi ve glisemik kontrolü düzenlemeyi sağlamaktadır. Sağlıklı diyabet hastaları kan glikoz seviyelerini mümkün olduğu kadar normale yakın tutmalıdırlar. Bu durum, hipoglisemi ve hipergliseminin farkına varılmasını ve önlenmesini sağlamak ve diyabetin uzun dönem komplikasyonlarının riskini azaltmada önemli rol oynamaktadır (Olgun ve ark. 2011). Diyabetli bireyin kan şekeri izlemesinin yanı sıra sık aralıklarla ayaklarında şişlik, kızarıklık, nasır, yara, sıcaklık, soğukluk, terleme ve hijyen kontrolünü yapmalıdır (ADA 2010).

2.1.4.4. İlaç tedavisi: Genellikle tip 2 diyabetliler sadece diyet ya da diyet ve oral antidiyabetik ile kontrol edilse de, gebelik, ameliyat ve stresli durumlarda geçici olarak insüline gereksinim duyabilirler. Ancak oral antidiyabetikler ve diyet kan şekerinin kontrolü için yeterli değilse uzun dönem kontrol için insülin gerekli olabilir. Çeşitli ilaçlar, tip 2 diyabetli hastalarda hiperglisemiye düşürmede etkilidirler. Oral antidiyabetik ilaçlar, sadece diyet ve egzersiz ile tedavi edilmeyen tip 2 diyabetli hastalarda kullanılmaktadır. Oral antidiyabetikler, insülin değildir, fakat onlar insülin ve glikoz üretirler ve vücut tarafından kullanılarak mekanizmayı sağlamak için iş yaparlar. Oral antidiyabetikler, diğer sınıflanmış ilaç formlarıyla birleştirilerek veya hedeflenen kan glikozuna ulaşmak için insülinle birlikte kullanılabilir (Olgun ve ark. 2011).

2.1.4.5. Eğitim: Diyabetin yönetiminde, bireylerin aldığı diyabet eğitiminin büyük önemi vardır. Diyabetli bireylere yönelik yapılacak eğitim programlarında yetişkin eğitimi ilkeleri göz önünde tutulmalıdır (ADA 2010). Diyabet eğitimin amacı;

- Diyabetli bireyin tedavisine etkin katılımını sağlamak,
- Akut ve kronik komplikasyonları önlemek,
- Tedavi etmek için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmak,
- Pozitif değişimlerin artması için desteklemek,
- Tedavi maliyetini azaltmak,
- Sağlık kontrolüne gelmesini sağlamak,
- Özbakımını, özyönetimini ve yaşam kalitesini geliştirmektir (ADA 2010).

2.2. Psikiyatrik Hastalıklarda Diyabet ve Diyabet Yönetimi

Psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin genel nüfusa göre yaşam beklentisi 25 yıla kadar azalmakta olup hastalar sıklıkla sosyal dışlanmaya katkıda bulunan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilen önemli bir fiziksel morbidite yaşamaktadırlar (Gray ve ark. 2009; Hardy ve Gray 2010; Hert ve ark. 2011). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde hastalıklarının yanı sıra diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi çeşitli fiziksel hastalıkların mortalite ve morbiditesi genel popülasyona oranla oldukça fazladır (Phelan 2001; Robson ve Gray 2007; Hardy ve Gray 2010; Kesebir ve Gençer 2010; Schoepf ve ark. 2012). Psikiyatrik hastalarda özellikle tip 2 diyabet, bozulmuş glikoz toleransı ve insülin direnci sıklıkla görüldüğü belirtilmekte (Allison ve Casey 2001; El-Mallakh 2006; Goldberg ve ark. 2007; Hardy ve Gray 2010) ve hastaların mortalitesini arttırmaktadır. Vinogradova ve arkadaşlarının (2010) psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabeti olan ve olmayan bireylerin sağ kalım oranına baktıkları çalışmanın sonucunda diyabete ek olarak şizofreni ve ya bipolar bozukluğa sahip olan bireylerin yalnızca tip 2 diyabete sahip olan bireylere göre mortalite oranının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında diyabet görülme sıklığı değişiklik göstermekle birlikte bu oran %16-25 olarak tahmin edilmektedir (Dixon ve ark. 2000). Subashini ve arkadaşlarının (2011) şizofreni hastası olan ve olmayan bireylerde diyabet, obezite ve metabolik sendrom görülme sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda diyabet görülme sıklığının şizofrenisi olan bireylerde (%15.3) şizofrenisi olmayanlara oranla (%7.3) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cohen ve arkadaşlarının (2006) şizofreni veya şizoaffectif hastalığı olan bireylerde hiperglisemi ve diyabet sıklığını belirlemek için yaptıkları çalışmanın sonucunda hastaların %7'sinin hiperglisemi ve %14.5'inin diyabete sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Becker ve Hux'un (2011) şizofreni hastalığı, diyabet akut komplikasyonları ve önlenabilir riskler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yaptıkları çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarının şizofrenisi olmayanlarla karşılaştırıldığında hipoglisemi ya da hiperglisemi nedeniyle hastaneye başvurma gereksinimleri açısından %74 büyük riske sahip oldukları ve sonuçta bu popülasyonda akut komplikasyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bipolar bozukluk tanısına sahip olan hastaların da glikoz anormallikleri ve metabolik sendromun %18-%30 olarak belirtilmektedir. Bipolar ve şizofreni hastalarında tıbbi riskleri belirlemek amacıyla yapılan epidemiyolojik derleme çalışmasının sonucunda bipolar hastalığı olan bireylerde tip 2 diyabet prevalansını %8-%17 olarak bulmuştur (Newcomer 2006). Benzer

başka bir çalışmanın sonucunda bipolar hastaların %6.7'sinin diyabet kriterlerini karşıladığı, %23.3'ünün diyabet öncesi metabolik anormallikler gösterdiği belirlenmiştir (Van Winkel ve ark. 2008; Kesebir ve Gençer 2010). Genel olarak bakıldığında; bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığı genel toplumda olduğundan üç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Kesebir ve Gençer 2010).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde diyabet sıklığının fazla olmasının altında yatan nedenlerin hastalık ve tedavilerin yan etkilerinin yanı sıra genetik ve yaşam tarzlarını da içeren bir çok boyutu olduğu düşünülmektedir (Holt ve ark. 2004; Hert ve ark. 2011). Psikiyatri hastalarının yağdan zengin, az lifli diyetle beslenmesi, yetersiz egzersiz ve sigara içimi gibi sağlıksız yaşam tarzlarının olması (Peet 2004; McIntyre and Danilewitz 2010; Scott ve Happel 2011; Chen ve ark. 2014), gelir, barınma gibi sosyal sağlık belirleyicilerinin düşük olması gibi çeşitli çevresel ve kişisel faktörlerin şizofreni ve diğer psikiyatrik hastalığı olan bireylerde tip 2 diyabet gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Goldberg ve ark. 2007; El-Mallakh 2007; Ogawa ve ark. 2011; Cohn 2012). Bu faktörlerin yanı sıra psikiyatri hastalarının reseptör blokajı nedeniyle iştah artışı, sedasyon, kan lipid düzeyinde artış ve glikoz metabolizma bozukluğu yapabilen psikiyatrik ilaçları kullanmaları (Allison ve Case 2001; Hardy ve Gray 2010) ve psikiyatrik hastalığından kaynaklı yaşadıkları psikiyatrik semptomlar (Chen ve ark. 2014) hastaların egzersiz motivasyonunu ve yeteneğini olumsuz etkilemekte (Edward ve ark. 2010) ve bu yaşam tarzı hastaların kilo artışını desteklemektedir (Brown ve ark. 1999; Roick ve ark. 2007).

Son yıllarda yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların endokrin yan etkileri nedeniyle hastalarda diyabet gelişme riskini arttırdığına dair kanıtlar sunmaktadır (Krosnick ve Wilson 2005; Barnett ve ark. 2007; Yurtsever ve ark. 2007; Jalbert ve ark. 2011). Spoelstra ve arkadaşları (2004) antipsikotik kullanan hastalarda glisemik kontrolde bozulma ve buna bağlı diyabet oluşumunun arttığını belirtmektedirler. Sernyak ve arkadaşlarının (2002) şizofreni tedavisinde antipsikotiklerin kullanımı ile diyabet ilişkisine baktıkları çalışmanın sonucunda atipik antipsikotik tedavi alan hastaların diyabet görülme sıklığını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Saddichha ve arkadaşlarının (2008) şizofreni hastalarında kullanılan antipsikotik ilaçların diyabet gelişiminde etkisine baktıkları çalışmanın sonucunda antipsikotik ilaçların 6 hafta içinde %10.1 oranında diyabet gelişimine yol açtığını bulmuşlardır.

Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi psikiyatrik hastalığı olan bireyler hastalıklarının meydana getirdiği psikiyatrik semptomlarla başa çıkmanın yanı sıra hastalığına ek olarak meydana gelen diyabet gibi kronik hastalıklarla baş etmek durumunda kalmaktadırlar (McDevitt ve ark. 2002). Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireyler yaşamlarında diyabet öz bakımlarını uygulamak ve takip etmek zorundadırlar (Catharine ve ark. 2002; Balcı 2003). Bu bağlamda psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısına sahip olan hastaların diyabet öz bakımlarını ortaya koyan çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte literatürde bu konuda birkaç çalışma yer almaktadır. El-Mallakh'ın (2007) şizofreni ve diyabeti olan 11 hastanın öz bakımlarının nasıl olduğunu anlamak için yaptığı nitel çalışmasında hastaların şizofreni ve diyabet tanılarından aldıkları sonraki süreçte hastalıklarını yönetmekte zorluklar yaşadıklarını, sağlıklarını sürdürmek için sorumluluklar aldıklarını ve umut duygusunun diyabet öz bakımları için önemli olduğu ifadelerini elde etmişlerdir. Bu çalışmada halusinasyon ve sanrılar gibi psikiyatrik semptomların diyabeti olan hastaların öz bakım aktivitelerini yerine getirebilme beceri ve istekliliğinde önemli bir engel oluşturduğu ve psikiyatrik semptomların uzun dönemli stabil olmasıyla bu öz bakım becerilerini uygulayabilmede önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Chen ve arkadaşlarının (2014) hem şizofreni hem de tip 2 diyabet tanılı hastalar (105 hasta) ile yalnızca tip 2 diyabet tanılı olan hastaların (106 hasta) öz etkililik ve öz bakım davranışlarını karşılaştırmak amacıyla niceliksel bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda tip 2 diyabetin yanı sıra şizofrenisi olan hastaların, diyabet öz bakım uygulamalarından diyet, egzersiz ve kan şekeri ölçümü açısından öz etkililik ve öz bakım skorlarının yalnızca diyabet tanısına sahip olan hastalara göre önemli derecede düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın sonucunda şizofreni tanısına ek olarak diyabet tanısı olan bireylerde yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan hastalara göre fiziksel inaktivitenin yanı sıra kilo alma, diyet ve kan glikoz kontrolüyle ilgili problemlere sahip olduğu bulunmuştur. (Chen ve ark. 2014). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin diyabetlerini kontrol etmelerine ilişkin veriler sınırlı olmakla birlikte bu hastaların diyabet yönetiminde sorunlar olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca ciddi ruhsal hastalıkların ve psikiyatrik semptomların tedavisine yönelik çok sayıda farmakolojik tedavi çabalarına rağmen, bu hastalar için önemli olan öz bakım davranışlarına ilişkin girişimler kısıtlıdır (Chen ve ark. 2014).

Yeni tedavi ve teknolojiler, diyabetin komplikasyonlarını önlemeye yardım etmekte ancak, öz bakımı daha karmaşık hale getirmektedir (Karakurt 2008). Diyabetle birlikte kalp hastalıkları, depresyon, şizofreni gibi farklı kronik hastalıkların görülmesi nedeniyle öz bakım

daha zor başarılan bir durum olabilmektedir. Bu durum, diyet kısıtlaması ve birçok ilacın bir arada kullanılmasının yanı sıra hastayı diğer hastalıklarıyla uğraşmak zorunda bırakabilmektedir (Karakurt 2008).

Psikiyatri hastalarının diyabet gibi fiziksel hastalıklarının yönetiminde ve tanılanmasında, hasta ve hastalıktan kaynaklı, tedavi ve sağlık çalışanlarından kaynaklı olabilen birçok engeller olduğu bildirilmektedir (Hert ve ark. 2011). Psikiyatri hastalarının bilişsel bozulma, sosyal izolasyon ve şüphecilik gibi semptomlarından dolayı yeterli fiziksel bakımı alamamaları, sağlık bakım önerilerine uymada zorluk yaşamaları, sigara ve madde kullanımı, egzersiz eksikliği gibi sağlıksız yaşam stili olması, bilişsel bozulmadan kaynaklı fiziksel problemlerinin farkında olmamaları hasta ve hastalıktan kaynaklı engeller olarak düşünülebilmektedir. Tedaviyle ilgili faktörler; psikotrop ilaçların fiziksel sağlık üzerine zararlı etkilerinin olması olup; sağlık çalışanlarına ilişkin faktörler; bilgi eksikliği, hastalarla yetersiz iletişim kurma, fiziksel hastalıktan çok psikiyatrik hastalığa odaklanma ve fiziksel yakınmaları psikosomatik yakınma olarak görme vb sayılabilmektedir (Hert ve ark. 2011). Schmutte ve arkadaşlarının (2009) psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tıbbi bakıma ve fiziksel sağlık ihtiyaçlarına yönelik algılarını ortaya koymak amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmanın sonucunda üç alanda engelleri olduğu bulunmuştur. Bu engeller sağlık sistemine ilişkin engeller, psikolojik engeller ve diğer sistem engelleri olarak gruplandırılmıştır. Sağlık sistemine ilişkin engeller olarak tam ve devam eden bakımın yetersiz olması ve primer tıbbi bakım sağlayıcılar yerine acillerin tercih edilmek zorunda kalınması olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalar fiziksel sağlıkları ile ilgili öz bakım stratejileri hakkında bilgi eksikliklerinin olması ve düşük öz denetimlerinin olmasını psikolojik engeller olarak algılamışlardır. Finansal yetersizliklerinin olmasını ve fiziksel sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak özel bir hizmete ilişkin ve siyasi olarak engellerin olduğunu belirtmişlerdir (Schmutte ve ark., 2009). Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada şizofrenilerde tedavi edilmemiş diyabet oranı %45.3 olarak bulunmuştur (Nasrallah ve ark. 2006).

2.3. Psikiyatri Hastasının Diyabet Yönetiminde Hemşirelik Girişimleri

Psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip olan bireylere yönelik sağlık bakım hizmeti psikiyatri hemşiresi, diyabet eğitim hemşiresi, psikiyatri hekimi, psikologları, endokrin uzmanlarını, diyetisyeni ve diğer sağlık görevlilerini içeren multidisipliner ekip işbirliğini gerektirmektedir (Meetoo 2013; Chen ve ark. 2014). Psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin, sağlık sorunlarını tanımaları, değerlendirmeleri ve yönetebilmelerinde hemşirelerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu bağlamda hemşireler ruhsal ve fiziksel sağlık arasında hastalar için

bir köprü görevi görürler (Muir-Cochrane 2006). Hemşirelerin psikiyatri hastalarının psikososyal bakımında sahip olduğu roller kadar, hastaların fiziksel bakımı ile ilgili olarak sahip olduğu rolleri de oldukça önemlidir (Bradshaw ve Pedley 2012).

Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler bütüncül bakım çerçevesinde hastalarda yaygın olarak görülen diyabet gibi komorbid fiziksel hastalıklara ilişkin de bakımın verilmesinde (Bradshaw ve Pedley 2012; Kayar-Erginer ve Partlak-Günüşen 2013), sağlıklı yaşam biçiminin cesaretlendirilmesinde (Meetoo 2013) ve öz bakımlarının geliştirilmesinde anahtar bir rol oynamaktadır. Her ne kadar öz bakım davranışlarını yerine getirmek hastanın kendi sorumluluğunda olsa da hastalarda öz bakım davranışlarını kazandırmak, motive etmek ve ortaya çıkabilecek semptomları takip ederek eğitim ve danışmanlık (Meetoo 2013) yapmak hemşirenin sorumluluğudur.

Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında sağlıklı davranışları geliştirmeye yönelik girişimlere odaklanmanın psikiyatri hastalarının genel sağlık ve sağlık davranışlarında gelişmelere yol açacağı belirtilmektedir (Happell ve ark. 2012). Hultsjö ve Hjelm (2012) tarafından psikoza olan hastalarda tip 2 diyabeti önlemek için psikiyatri hemşirelerinin de bulunduğu toplum sağlığı çalışanlarının hastalara verdikleri destekle ilgili yaşantılarını tanımlamak amacıyla kalitatif bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının psikoza olan hastaların günlük yaşamlarında sağlıklı yaşam değişimlerini destekleyici ve motive edici olmada önemli bir pozisyonda oldukları sonucuna varmışlardır.

Goldberg ve arkadaşlarının (2007) psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan tip 2 diyabetli hastalara verilen diyabet bakımının kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda psikiyatrik hastalığı olan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet hakkında daha az eğitim aldıkları, kendi kan glikoz seviyelerini izlemede sağlık bakımı sunanlardan daha az bilgi aldıkları sonucu bulunmuştur. Ayrıca bu hastalar için optimal düzeyde diyabet bakımının sağlanması için daha fazla çabanın gerekli olduğu belirtilmiştir. Psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısına sahip olan bireylere bu bağlamda hemşireler tarafından verilen bakım önem kazanmaktadır. McKibbin ve arkadaşlarının (2010) tip 2 diyabet ve şizofreni hastalığına sahip bireylere 6 aylık diyabet yönetimi müdahalelerini test etmek için yaptıkları çalışmanın sonucunda hastalara verilen diyabet farkındalık ve rehabilitasyon eğitiminin beden kitle indeksi (BKI), bel çevresi ve diyabet bilgisinde önemli derecede gelişme olduğu sonucuna varılmıştır. Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik tanısına ek olarak diyabeti olan hastaların diyabetlerini daha etkili yönetebilecekleri girişimleri planlayıp hastaları bu konuda desteklemeli ve motive etmelidir.

3. GEREK VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kalitatif araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenolojik desende yapılmıştır. Bu yöntem bireylerin bir olguya ilişkin yaşantılarını, algılarını ve bunlara yüklediği anlamları ortaya çıkarmayı sağlamaktadır. Bu yaklaşım farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır. Olgular; olaylar, deneyimler, algılar, yönelimler, kavramlar ve durumlar gibi çeşitli biçimlerde karşımıza çıkabilmektedir. Fenomenolojik araştırmalar nitel araştırmanın doğasına uygun olarak kesin ve genellenebilir sonuç ortaya koymayabilir. Ancak bir olguyu daha iyi tanımamıza ve anlamamıza yardımcı olacak sonuçlar sağlayacak örnekler, açıklamalar ve yaşantılar ortaya koyabilmektedir. Bu yönüyle hem bilimsel alana hem de uygulamaya önemli katkılar sağlamaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2014 Ağustos ayında literatür tarama ile başlamış, Temmuz 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında İzmir ilinde bulunan bir üniversite hastanesi yetişkin psikiyatri kliniği, ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği, endokrin polikliniğine bağlı diyabet polikliniğinde yürütülmüş olup Haziran 2016'da tez savunmasıyla sona ermiştir.

Yetişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği: Klinik hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Klinikte 11 hasta odası ve bir izole odası bulunmaktadır. Birbiri ile bağlantılı iki koridoru vardır. Kliniğin arka koridoru bahçeye açılmaktadır. Klinikte hemşire, doktor ve personele ait odalar, 3 adet görüşme odası, Elektrokonvülsif terapi odası ve uğraşı odası da bulunmaktadır. Klinikte çalışan sağlık ekibinde 6 hemşire ve 10 asistan doktor bulunmaktadır. Klinikte yatan ortalama hasta sayısı 27'dir.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği: Poliklinik hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Pazartesi ve Cuma günleri bipolar bozukluğu olan hastalar, çarşamba günleri ise psikoza olan hastalar takip edilmektedir. Poliklinikte diyabete yönelik yalnızca riskli hastalar taranmakta ve diyabet polikliniğine yönlendirilmektedir.

Endokrin Polikliniğine bağlı diyabet polikliniği: Diyabet polikliniğinde 3 sertifikalı diyabet hemşiresi, 1 asistan doktor ve uzman doktorlar hizmet vermektedir. Poliklinikte diyabet hemşireleri tarafından diyabetli bireylere eğitim verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İzmir ilinde bulunan bir üniversite hastanesi ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği, endokrinolojiye bağlı diyabet polikliniğine başvuran ve yetişkin psikiyatri kliniğinde yatmakta olan iki farklı hasta grubu oluşturmuştur. Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan 11 hastaya ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinden, 1 hastaya psikiyatri kliniğinden, yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip 14 hastaya ise diyabet polikliniğinden ulaşılmıştır. Örneklem seçiminde aşağıda belirtilen örneklem seçme ölçütleri kullanılmıştır (Tablo 1). Veri toplama sürecinde araştırma örneklem seçme ölçütlerini karşılayan şizoaffektif tanıli bireylere ulaşamadığı için bulgular ve tartışmada şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli bireylere yönelik veriler sunulmuştur.

Tablo 1. Örneklem Seçme Ölçütleri

Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Hasta Örneklemi Seçme Ölçütleri		Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hasta Örneklemi Seçme Ölçütleri	
Dahil edilme kriterleri	Dışlama kriterleri	Dahil edilme kriterleri	Dışlama kriterleri
• En az 5 yıldır şizofreni, şizoaffektif, bipolar bozukluk tanısından birine sahip olma • En az 6 aydır tip 2 diyabet hastalığına sahip olma • 18-65 yaş aralığında olma • Okur-yazar olma • Araştırmaya katılmaya gönüllü olma • Türkçe konuşma ve anlayabilme • Taburculuğuna karar verilmiş olma (yatan hasta için)	• Tip 1 diyabet tanısına sahip olma • Görüşme yapmasına engel olabilecek mental retardasyon ya da organik beyin hasarına neden olabilecek herhangi bir öyküye sahip olma • Yaşamı tehdit eden başka bir hastalığa (AIDS, kanser vb) sahip olma • Gebe olma • Görme, işitme, algılama ve herhangi bir fiziksel engellilik durumu olma	• En az 6 aydır tip 2 diyabet hastalığına sahip olma • 18-65 yaş aralığında olma • Okur-yazar olma • Araştırmaya katılmaya gönüllü olma • Türkçe konuşma ve anlayabilme	• Tip 1 diyabet tanısına sahip olma • Görüşme yapmasına engel olabilecek mental retardasyon ya da organik beyin hasarına neden olabilecek herhangi bir öyküye sahip olma • Yaşamı tehdit eden başka bir hastalığa (AIDS, kanser vb) sahip olma • Gebe olma • Görme, işitme, algılama ve herhangi bir fiziksel engellilik durumu olma

Örneklem Büyüklüğü: Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünü belirlemede, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örnekleme yaklaşımı kullanılmaktadır. Ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli sayıda veri kaynağına ulaşıldığına karar verilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu araştırmada da toplanan verilerde doyum noktasına ulaşıldığı düşünüldüğü noktada örneklem sayısı belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalığa ve tip 2 diyabet tanısına sahip 12 birey ve yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip 14 birey ile yapılan görüşmeler sonrası veriler tekrar etmeye başladığı ve yeni bilgiler gelmediği için doyum noktasına ulaşıldığına karar verilmiştir. Her iki gruptan toplam 26 hasta araştırmaya katılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma kalitatif olduğu için araştırmanın değişkenleri yoktur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak her iki grup için oluşturulmuş olan “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formları”, “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formları” ve “Sony markalı ses kayıt cihazı” kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formları

Araştırmacı tarafından literatür taranarak çalışmanın amacına göre hazırlanmış yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik verilerin yanı sıra diyabet ve ilaç kullanımını içeren sorulardan oluşmaktadır (El-Mallakh 2006; Chen 2014). Psikiyatrik hastalık ve tip 2 diyabet hastalığına sahip olan ve yalnızca tip 2 diyabet hastalığına sahip olan iki farklı hasta grubuyla çalışılması nedeniyle hasta tanıtıcı formları bu iki gruba özgü olarak hazırlanmıştır (Ek I ve Ek II).

3.6.2. Görüşme Formları

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan ve yalnızca tip 2 diyabet hastalığına sahip olan iki farklı hasta grubuyla çalışıldığı için görüşme formları bu iki gruba özgü olarak hazırlanmıştır. Görüşme formları iki farklı hasta grubundaki hastaların diyabet öz bakımlarının nasıl olduğunu daha iyi anlamak için oluşturulmuştur. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte, önceden sorulması planlanan

soruları içeren görüşme protokolü hazırlanmıştır. Buna karşın, görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorularda görüşme sırasında sorulmuştur (Ek III ve Ek IV).

Psikiyatri Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Hastanın Görüşme Soruları

- Diyabeti nasıl bir hastalık olarak görüyorsunuz?
- Diyabetinizi yönetmek için ne tür uygulamalar yapmaktasınız?
- Diyabete ve ruhsal bir hastalığa sahip olmak hayatınızı nasıl etkiliyor?
- Ruhsal hastalığınızın olması diyabetinizi yönetmenizi nasıl etkiliyor?
- Diyabetinizi yönetmenizi zorlaştıran ya da kolaylaştıran durumlar nelerdir?

Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hastanın Görüşme Soruları

- Diyabeti nasıl bir hastalık olarak görüyorsunuz?
- Diyabetinizi yönetmek için ne tür uygulamalar yapmaktasınız?
- Diyabet hastalığına sahip olmak hayatınızı nasıl etkiliyor?
- Diyabetinizi yönetmenizi zorlaştıran ya da kolaylaştıran durumlar nelerdir?

3.6.3 Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından “derinlemesine görüşme yöntemi” kullanılarak toplanmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi, önceden belirlenmiş ve bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecidir (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Veri toplama süreci: Araştırmanın yapılması için gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra araştırma örneklem ölçütlerine uygun olan hastalar belirlenmiştir. Belirlenen hastalara araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda bilgi vermiş, ses kayıt cihazı kullanılacağına dair hastaları bilgilendirdikten sonra hastalardan sözlü ve yazılı onam almıştır. “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” rehberliğinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Hastalardan izin alınarak hastalara ait verilerin notları tutulmuştur. Yapılan görüşmelerde gelen yanıtların tekrarlanması ve yeni bilgi ve kavramların gelmediği noktaya kadar görüşme süreci sürdürülmüştür. Görüşme süreleri 15-50 dakika arasında değişiklik göstermiştir.

Psikiyatri kliniğinde yatan hasta ile klinikte bulunan hasta görüşme odasında görüşülmüştür. Hasta görüşme odası servis koridorunun sonunda yer alan, iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış, sandalye ve masanın bulunduğu görüşmenin rahatlıkla sürdürülebileceği odalardır. Psikiyatri polikliniğine başvuran ve örnekleme alınan hastalar ile Dokuz Eylül

Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde görüşmeler yapılmıştır. Derslikler Hemşirelik Fakültesi binasının 1. katında bulunmakta olup, masa ve çevresinde sandalyelerin bulunduğu, iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış görüşmenin rahatlıkla sürdürülebileceği sınıflardır. Endokrin polikliniğine başvuran ve örnekleme alınan hastalar ile endokrin polikliniğinde bulunan toplantı odasında görüşülmüştür. Toplantı odası poliklinik koridorunun sonunda bulunan, iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış, sandalyelerin ve bir masanın bulunduğu görüşmenin rahatlıkla sürdürülebileceği bir odadır.

Ön uygulama: Araştırma ön uygulaması olarak, psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip 1 hasta, yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip 1 hasta olmak üzere ilk 2 görüşme nitelik ve nicelik bakımından değerlendirilmek üzere bir uzman tarafından kontrol edilmiş ve geri bildirimlerinden sonra örnekleme alınacak olan görüşmeler yapılmıştır.

3.6.4. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla nitel araştırmalarda yer alan *inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik* ilkelerinden yararlanılmıştır.

İnandırıcılık: araştırmanın bilimsel olarak kabul edilebilmesi için araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olması gerekmektedir. Araştırmacının elde ettiği bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına, verilerin nesnel yaklaşımla toplandığına ve sonuçların da nesnel olarak ortaya konulduğuna ilişkin kanıtlar sunması gereklidir. Bu amaçla beş yöntem (uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi) kullanılmaktadır.

Araştırmacı katılımcılar ile uzun süreli bir etkileşim içinde olmalıdır. Böylece katılımcılar üzerinde kendi varlığından ve öznel algılarından kaynaklanabilecek etkiyi anlayabilir. Bir görüşmenin başında araştırmacı etkisinden söz edilebilir. Görüşme süresi ilerledikçe geçen zaman içinde bir güven ortamı oluşur ve görüşülen kişi verdiği yanıtlarda daha samimi olabilir. Bu nedenle bu araştırmada katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerin yaklaşık olarak 30-60 dakika sürmesi planlanmıştır (uzun süreli etkileşim). Araştırmacının topladığı verilere eleştirel bir gözle bakması, bu verilerin araştırma sorularına yanıt vermede yeterliğini sorgulaması ve ulaştığı sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığını teyit etmesi gerekir. Bu çalışmada araştırmacı topladığı verilerin araştırma sorusuna yanıt verme yeterliğini bulgular kısmında açıkça okuyucuya sunmuştur ve görüşmeler araştırma amacına uygun olacak şekilde ve doyum verdiği noktada sonlandırılmıştır (derinlik odaklı veri

toplama). Araştırmacıya her aşamada destek olacak olan uzman, araştırmanın deseninden toplanan verilere, analiz ve sonuçların yazımına kadar olan tüm süreçlere eleştirel gözle bakmış ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur (uzman incelemesi) (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Aktarılabilirlik: Araştırma sonuçları doğrudan benzer ortamlara genellenemez, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılabilir. Böylece benzer ortamlara ve süreçlere ilişkin bir anlayış oluşturulabilir. Bu amaçla araştırmacı, bulguları genelleme yapmadan ve yorum katmadan okuyucuya sunar (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Tutarlık: Araştırmacının araştırmanın tüm aşamalarında (veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi) görüşmecilere tutarlı davranmıştır. Araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı ses kayıt cihazını ve görüşme formunu kullanmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

Teyit edilebilirlik: Araştırmacının, araştırmadan ulaştığı sonuçları, topladığı verilerle sürekli teyit etmesi, bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunmasıdır. Bu nedenle tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar uzman tarafından incelenmiştir. Ayrıca bunların hepsi gerektiğinde incelenmek üzere saklanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2011).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma planı ve takvimi Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Araştırma Planı ve Takvimi

	2014	2015						2016		
	08-12	01-02	02-03	04-06	06-07	07-09	10-12	01-03	04-05	06
Literatür tarama ve tez önerisi hazırlama	X	X								
Tez Öneri Sınavı			24.03.15							
Başhekimlik izni				20.04.15						
Endokrin Polikliniği BD izni				20.04.15						
Psikiyatri ABD izni				11.05.15						
Etik Kurul izni alınması					09.07.15					
Verilerin toplanması					X	X	X	X	X	
Verilerin analizi ve Rapor yazımı									X	X
Tez Bitirme Sınavı										X

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi

Örnekleme alınan hastalara ait sosyodemografik veriler sayı ve yüzde kullanılarak incelenmiştir.

3.8.2. Görüşme Formu ile Yapılan Görüşmelerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler nitel veri analiz yöntemlerinden “İçerik Analizi” kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede aşağıdaki basamaklar izlenmiştir.

İçerik Analizi Aşamaları:

1. *Aşama (Görüşme verisinin yazıya geçirilmesi):* Her hasta ile yapılan görüşme verisinin ses kaydından hiçbir değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir.
2. *Aşama (Görüşme verilerinin düzenlenmesi):* Ham dökümleri yapılan veriler düzenlenerek ‘İşlenmiş metin’ haline getirilmiştir. İşlenmiş metin, ham metne göre araştırma sorusuna uygun yanıtları içeren, düzenlenen daha üst bir metindir.
3. *Aşama:* İşlenmiş metne, görüşme süresince araştırmacının aldığı notlar, görüşülen kişinin ses tonu, mimikleri, hal ve hareketleri de eklenerek verilere son hali verilmiştir.
4. *Aşama:* Her bir görüşme metni iyice anlaşılincaya kadar birkaç kez okunmuş, okunurken araştırma sorularına göre önemli olan bölümlerin kenarlarına notlar alınmıştır.
5. *Aşama (Verilerin kodlanması):* Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir etiket (bir isim, bir kod) verilmiştir. Aynı birimlerle tekrar karşılaşıncaya aynı kod yanına tekrardan yazılmıştır.
6. *Aşama:* Her görüşülen kişi için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuş ve tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiştir.
7. *Aşama:* Bir araya getirilen kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar araştırılmıştır. Buna bağlı olarak birbiri ile ilişkili olan kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.
8. *Aşama:* Veriler temalara göre özetlenip yorumlanmış ve temalar ilişkilendirilmiştir.
9. *Aşama:* Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalar (ana temalara) belirlenmiştir.
10. *Aşama:* Ana temalar belirlendikten sonra verilerin raporlanmasına geçilmiştir.

11. Aşama: Verilerin raporlanmasında; akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri sağlanmıştır. Ayrıca uzman kişi tarafından veriler analiz edilmiş ve karşılaştırılmışlardır (Yıldırım ve Şimşek 2011; Şahin 2012).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama sürecinin uzaması ve yeterli örnekleme ulaşılmasında sorun yaşanması nedeniyle örneklem seçme ölçütlerinden “psikiyatrik hastalık tanısını diyabet tanısından önce almış olma” ölçütü, ilgili güncel bilgiler ve yapılan görüşmelerin sonucunda araştırmanın sonuçlarını değiştirmeyeceği düşüncesiyle kaldırılması için etik kurula dilekçe verilmiştir.

Nitel bir çalışma olduğu için, bu araştırmanın verileri tüm psikiyatrik hastalığına ek olarak tip 2 diyabet hastalığı olan ve yalnızca tip 2 diyabet hastalığına sahip olan hastalara genellenemez.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (09.07.2015 tarihinde 2015/17-27 karar numarası) etik kurul izin belgesi (Ek VII) ve araştırmanın yürütüleceği Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği’nden (20.04.2015 tarih, 82010743-806.01.03 sayı ve 82010743-622.99 sayı), Psikiyatri Anabilim Dalı’ndan (11.05.2015 tarih, 573 sayı), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı’ndan (20.04.2015 tarih, 91829616/804-556 sayı) yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek VI). Etik kuruldan örneklem özelliklerinin değiştirilmesine yönelik değişiklik onayı alınmıştır (10.03.2016 tarih, 2016/07-36 karar numarası). Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı izin alınmıştır (Ek V).

4. BULGULAR

Bu çalışmada psikiyatrik hastalığa (şizofreni ve bipolar bozukluk) ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin görüşlerine ve diyabet öz bakımını kolaylaştıran ya da engel olan durumlara odaklanılmıştır.

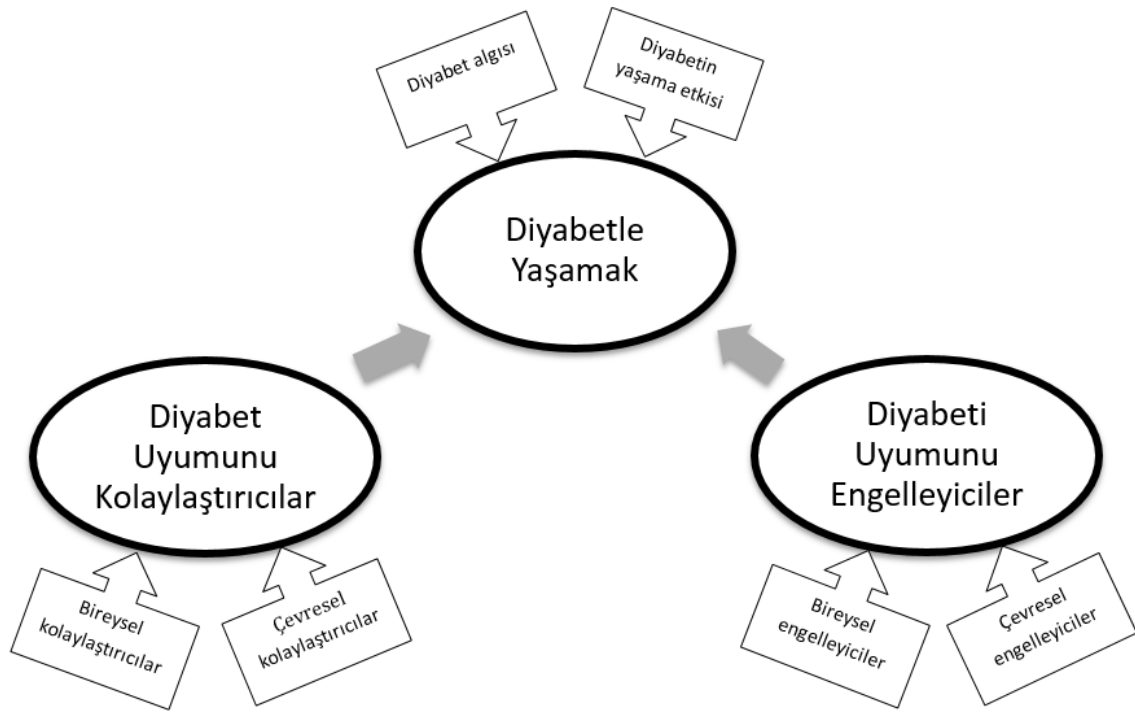
Araştırmanın örneklemini psikiyatrik hastalığa ve tip 2 diyabet hastalığına sahip 12 birey, yalnızca tip 2 diyabet hastalığına sahip 14 birey olmak üzere toplam 26 birey oluşturmuştur. Çalışmaya katılan yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin yaş ortalaması 54.64, psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin yaş ortalaması 51.58 olup, 43 ile 65 yaş aralığında değişim göstermektedir. Katılımcıların 14'ü erkek, 11'i lise mezunu, 21'i evli, 9'u ev hanımı, çalışmaya katılan tüm bireylerin 12'si 6 ay-5 yıl arası tip 2 diyabet tanısına sahip olup, 16'sı yalnızca oral antidiyabetik ilaç (OAD) kullanmaktadır. Çalışmaya katılan 20 bireyde diyabetten kaynaklı herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Psikiyatrik hastalık tanısına sahip olan 12 bireyden 7'si şizofreni, 5'i ise bipolar bozukluk tanısına sahip olmakla birlikte 8'i 5-10 yıldır bu tanıya sahiptirler (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcı No	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Süresi	Medeni Durum	Meslek	Diyabet Süresi	Antidiyabetik İlaç Kullanımı	Diyabet Komplikasyonu	Psikiyatrik Tanı	Psikiyatrik Hastalık Süresi
1	43	Kadın	Lise	Evli	Memur	15 Yıl	OAD* ve İnsülin	Yok	-	-
2	51	Kadın	Ortaokul	Evli	Ev Hanımı	6 Yıl	OAD	Yok	-	-
3	58	Erkek	Yüksekokul	Evli	Emekli	8 Yıl	OAD ve İnsülin	Yok	-	-
4	61	Erkek	Üniversite	Evli	Memur	4 Yıl	OAD	Yok	-	-
5	44	Kadın	Ortaokul	Bekar	Ev Hanımı	2 Yıl	OAD	Yok	-	-
6	50	Erkek	Lise	Evli	Memur	5 Yıl	İnsülin	Yok	-	-
7	53	Kadın	İlkokul	Bekar	Ev Hanımı	23 Yıl	OAD	Var	-	-
8	42	Erkek	İlkokul	Evli	İşçi	5 Yıl	OAD	Var	-	-
9	62	Kadın	Ortaokul	Evli	Emekli	25 Yıl	İnsülin	Var	-	-
10	51	Kadın	İlkokul	Evli	Ev Hanımı	10 Yıl	OAD	Yok	-	-
11	60	Kadın	Lise	Evli	Serbest Meslek	4 Yıl	İnsülin	Yok	-	-
12	60	Kadın	İlkokul	Evli	Ev Hanımı	23 Yıl	OAD	Var	-	-
13	65	Kadın	İlkokul	Evli	Ev Hanımı	5 Yıl	OAD	Yok	-	-
14	65	Erkek	İlkokul	Evli	Serbest Meslek	20 Yıl	İnsülin	Yok	-	-
15	50	Erkek	Lise	Evli	Memur	8 Yıl	OAD	Yok	Bipolar	8 Yıl
16	55	Erkek	Lise	Evli	Emekli	7 Ay	OAD	Yok	Bipolar	5 Yıl
17	52	Kadın	İlkokul	Evli	Ev Hanımı	15 Yıl	OAD ve İnsülin	Yok	Bipolar	5 Yıl
18	44	Erkek	Lise	Bekar	Memur	7 Ay	OAD ve İnsülin	Yok	Şizofreni	7 Yıl
19	43	Erkek	Lise	Bekar	İşsiz	3 Yıl	OAD	Yok	Şizofreni	24 Yıl
20	50	Kadın	Lise	Bekar	Ev Hanımı	1 Yıl	OAD	Yok	Şizofreni	30 Yıl
21	55	Kadın	Lise	Evli	Ev Hanımı	10 Yıl	OAD	Yok	Şizofreni	34 Yıl
22	51	Erkek	Lise	Evli	Emekli	11 Yıl	OAD ve İnsülin	Var	Şizofreni	17 Yıl
23	57	Erkek	Lise	Evli	Emekli	1 Yıl	İnsülin	Yok	Şizofreni	10 Yıl
24	65	Erkek	Önlisans	Evli	Emekli	16 Yıl	OAD	Var	Şizofreni	9 Yıl
25	49	Erkek	Üniversite	Evli	Memur	6 Yıl	OAD	Yok	Bipolar	8 Yıl
26	48	Erkek	Üniversite	Evli	Memur	1.5 Yıl	OAD	Yok	Bipolar	5 Yıl

*OAD: Oral Antidiyabetik İlaç

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin görüşlerinden elde edilen verilerin analizi sonucu diyabetle yaşamak, diyabet uyumunu kolaylaştırıcılar ve diyabet uyumunu engelleyiciler olmak üzere üç ana tema ortaya çıkmıştır. Diyabetle yaşamak ana temasının içerisinde diyabet algısı ve diyabetin bireyin yaşamına etkisi olmak üzere iki alt tema yer almıştır. Diyabet uyumunu kolaylaştırıcılar ana teması bireysel ve çevresel kolaylaştırıcılar alt temalarını, diyabet uyumunu engelleyiciler ana teması da bireysel ve çevresel engelleyiciler alt temalarını oluşturmuştur (Şekil 1).



Şekil 1. Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin görüşlerinden oluşan tema ve alt temalar

Tablo 4. Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşlerinden Oluşan Tema ve Alt Temalar

Tema	Alt tema	Her iki hasta grubuna ait kategoriler	Psikiyatrik hastalık ve tip 2 diyabetli bireylere ait kategoriler
Diyabetle yaşamak	Diyabet algısı	Ciddi, Yaşamı sınırlayan, Özgürlüğü kısıtlayan Yaşamı tehdit eden Diyabetle ilgili üzüntü, kaygı	Her iki hastalık ciddi Psikiyatrik ilaçlarından kaynaklı gelişen
	Diyabetin yaşama etkisi	Egzersiz ve ayak bakımında zorlanma Hipoglisemi ve hiperglisemiden kaynaklı üzüntü, Hipoglisemi: Sokağa çıkma korkusu Hiperglisemi: Sinirlilik, tahammülsüzlük	Her iki hastalığa sahip olmakla ilgili mutsuzluk
Diyabet uyumunu kolaylaştırıcılar	Bireysel kolaylaştırıcılar	Yaşam biçimi haline getirme, Bilgili ve bilinçli olma Gelecekte insülin başlanmasına yönelik kaygı yaşama	-
	Çevresel kolaylaştırıcılar	Aile desteği Sağlık ekibinin olumlu tutumları	-
Diyabet uyumunu engelleyiciler	Bireysel engelleyiciler	Unutkanlık, Tembellik, Yeterli bilgiye sahip olmama, Kendi kendine kan şekeri ölçümünün ve insülin tedavisinin zorlu ve acı veren işlemler olması, Diyetine sınır koymada zorluk yaşanması, Ek sağlık şikayetlerinin olması	Psikiyatrik hastalıklarından kaynaklı yaşadıkları belirtiler Hayattan zevk almama, isteksizlik, Boşvermişlik düşünceleri, Halusinasyon ve sanrılar.
	Çevresel engelleyiciler	Sağlık ekibinin ve aile bireylerinin olumsuz tutum ve geri bildirimlerinin olması Soğuk ve yağmurlu hava koşulları Çalışma şartları	-

TEMA 1: Diyabetle Yaşamak

Çalışmaya katılan psikiyatri hastalığı ve diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler diyabet hastalığına yönelik benzer algılara sahiptiler. Bu tema *diyabet algısı* ve *diyabetin bireyin yaşamına etkisi* olmak üzere iki alt tema içermektedir.

Alt tema 1: Diyabet algısı

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireyler diyabeti benzer şekilde algılamaktaydılar. Bu bireyler diyabeti ciddi, yaşamı sınırlayan ve özgürlüğü kısıtlayan bir hastalık olarak görmekteydiler. Bireyler bu yöndeki diyabet algılarını şu ifadelerle belirtmişlerdir;

“...E istediğiniz gibi yiyemiyorsunuz, içemiyorsunuz...Ne oluyor sürekli hayatta kısıtlama üzerine gittiği zaman özgürlüğünüz elinizden alınıyor...” (8. diyabet tanısına sahip birey, 42 yaş, erkek).

“Yani istediğin gibi hareket edemiyorsun. Bazı şeyler kısıtlanmış oluyor. İsteddiğini yiyemiyorsun. İsteddiğini içemiyorsun. Ne biliyim yani...” (4. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 44 yaş, erkek).

Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet hastalığının komplikasyonlarından dolayı diyabeti yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılamaktaydılar. Bu nedenle diyabet hastalığına sahip olmakla ilgili üzüntü hissettiklerini, diyabetten kaynaklı yaşamlarının ileri dönemlerinde gelişebilecek komplikasyonlardan dolayı kaygı ve korku duyguları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin ifadesi şu şekildedir;

“...Bana korkunç geliyor. Korkunç bir hastalık geliyor. Sonu kötü. Ya bir organıma vurursa, kalpten, gözden, he bunlar kıymetli organlarımız....” (7. diyabet tanısına sahip birey, 53 yaş, kadın).

“Bu hastalıkla ilgili gözümün kör olacağını, bacağımanın gideceğini, kolumun gideceğini, hepsini düşünüyorum. Oraları düşünüyorum Allah biliyor çünkü çok örnekleri var o yüzden korkuyorum...Hani ölmezsin sürünürsün...” (12. diyabet tanısına sahip birey, 65 yaş, kadın).

“...Vücuda zarar verecek. Gözüm görmezse ben ne yaparım. Böbreklerim diyalize girersem gün aşırı bu daha da zor. Duyuyorum bir yakınım var. Çok zor...” (3. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 52 yaş, kadın).

Bu algıların yanı sıra psikiyatrik tanısına ek olarak diyabet tanısına sahip olan bireyler her iki hastalığı ciddi hastalıklar olarak algılamaktaydılar. Bir hastanın ifadesi şu şekildedir; *“diyabet bayağı ciddi bir rahatsızlık aynı şizofreni gibi insan hayatını baya olumsuz etkiliyor, günlük hayatını. O yüzden yani ciddi bir rahatsızlık”* (6. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 50 yaş, kadın). Yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerden farklı olarak bipolar ve diyabet tanısına sahip bir birey diyabeti bipolar ilaçlardan kaynaklı olarak gelişen bir hastalık olduğunu belirtmiştir. *“dediğim gibi ailede soy ağacında da böyle bir şey yok. Yani ilaçları özellikle bipolar ilaçları kullanıldıktan sonra gelişen bir süreç...”* (2. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, erkek).

Alt tema 2: Diyabetin bireyin yaşamına etkisi

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan ve yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler diyabetin hayat boyu ve uzun süren bir hastalık olması, diyabet öz bakım uygulamalarının hayata geçirilmesi gerekliliği nedeniyle diyabetin yaşamlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Bireyler diyabetlerini yönetmek için diyet, kan şekeri izlemine yapma, kontrollere zamanında gitme ve verilen ilaç tedavisini düzenli kullanma konusunda çaba sarf etmekteydiler. Fakat her iki gruptaki hastalar diyabet öz bakımında özellikle egzersiz ve ayak bakımı uygulamalarını yaşamlarına yerleştirmekte zorlanmaktaydılar. Bunun yanı sıra her iki gruptaki bireylerin çoğunun diyabetin hipoglisemi ve hiperglisemi belirtilerini yaşamaktan dolayı üzüntü duydukları, çoğunlukla bireylerin hipoglisemi belirtilerini yaşadıklarını ve bu nedenle sokağa çıkma korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hiperglisemiden kaynaklı ise bireyler en çok sinirlilik ve tahammülsüzlük duyguları yaşamaktaydılar. Bu yönde hasta ifadeleri şu şekildedir;

“Yani zaman geliyor bakıyorsun yani hiçbir sıkıntın yokken bile her an fenalaşabiliyorsun. Elin ayağın titriyor. Kendini çok aç hissediyorsun. Hani evdeyken o kadar fark etmiyorsun. Yani fark etsen de yatıp dinlenebiliyorsun en azından. Ama ben sokakta böyle sık sık olduğum için çok kötü oluyorum. Yani sokağa yalnız çıkmaya da cesaret edemiyorum çoğu zaman..” (2. diyabet tanısına sahip birey, 51 yaş, kadın).

“Şeker düşmesi çok kötü bir şey. O an ben eğer onu dengeleyemezsem ölüme kadar yolu var yani. O şekilde...Sürekli bir terleme, ellerde ayaklarda kesiklik, takatsizlik o şekilde. Ağız kuruluğu, idrara çıkma oluyor bazen, zaten kendimde idrar kaçırma problemim de var.” (7. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, kadın)

“Oğlum 12 yaşında. Hatta onlar çok endişe duyuyorlardı benim düzensiz olduğum dönemlerde. Zaten hissediyorlardı böyle aşırı sinirli oluyorum. Hiçbir şeye tahammülüm olmuyor şeker yüksekken. Sürekli dırdırcı ve kavgacı bir yapıya bürünüyorum o dönemlerde.”(1. diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).

Yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerden farklı olarak psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireyler her iki hastalığa sahip olmakla ilgili mutsuz olduklarını, hastalıkların birbirlerini etkileyerek yaşamlarını daha zorlaştırdığını ifade etmişlerdir. Psikiyatrik hastalığa sahip olan bir birey şu şekilde ifade etmiştir.

“Biriyle boğuşuyorum başa çıkmaya çalışıyorum ama diyabetinde benzer sıkıntıları olduğu için sanki böyle daha zorlaştırıyor daha büyüyor gibi geliyor... Bipoların bana yaşattıkları ile diyabetin bana yaşattıkları sanki birleşip daha bir yumak oluyor... Daha büyük rahatsızlık veriyor. Kar topu gibi büyüyor...”(12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48 yaş, erkek).

TEMA 2: Diyabet Uyumunu Kolaylaştırıcılar

Psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip olan ve yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin yaşamlarında diyabet öz bakımlarını kolaylaştıran bireysel ve çevresel boyutta kolaylaştırıcı ve motive edici bir takım faktörlerin olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle bu tema *bireysel kolaylaştırıcı faktörler ve çevresel kolaylaştırıcı faktörler* olmak üzere iki alt tema içermektedir.

Alt tema 1: Bireysel kolaylaştırıcı faktörler

Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet öz bakım uygulamalarını yaşam biçimi haline getirmenin, hastalık hakkında bilgili ve bilinçli olmanın ve gelecekte insülin başlanmasına yönelik kaygı yaşamamanın diyabetlerini yönetmeyi kolaylaştıran bireysel faktörleri olarak belirlenmiştir.

Bu bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını yaşam biçimi haline getirmiş olmaları ve uygulamaları yapmayla ilgili alışkanlık kazanmaları diyabeti yönetmelerini kolaylaştırmada ve motive etmede önemli olduğu saptanmıştır. Bu yönde yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip bir bireyin ifadeleri şu şekildedir;

“Bunları artık kabul ettiğim ve yaşam şekli haline getirdiğim için artık zorlanmıyorum. Eskiden böyle bir hastalığın olduğunu beynim reddediyordu. İstemediğim içinde hiçbir şekilde hatırlamıyordum. Daha fazla zarar da vermemem gerekiyor kendime. Çünkü her türlü zararı

verebiliyor şeker. O yüzden dikkat ediyorum artık yani.”(1. diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).

Daha çok yalnızca tip 2 diyabetli bireylerde olmakla birlikte her iki hasta grubundaki bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını kişisel boyutta kolaylaştıran bir diğer faktör diyabete yönelik bilgi sahibi olmaları ve bu konuda bilinçli olmalarıydı. Hastaların hemşirelerden aldığı diyabete yönelik eğitim sonrası hastalığı kabullenmeleri kolaylaşmış ve diyabet uyumları olumlu yönde etkilenmiştir. Bu yönde yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip bir bireyin ifadesi şu şekildedir;

“Şimdi şu anda ben hastalığımla birlikte yaşıyorum. Hastalığımı da kabullendim. İnsülinlerimi de kabullendim. Hastanede perşembe günleri 2 şer saat eğitim aldım. Yani eğitilmiş olmak daha bir başka. Hemşire hanımlar sağ olsunlar. Şu anda sertifikamda var.. Fakat şu anda her şeyi biliyorum. Oradan aldığım eğitimde çok iyi oldu, rast gele yiyordum. Oradaki eğitim bizi çok etkiledi. Çok güzel hastalıkla yaşamasını öğrendik en azından”(9. diyabet tanısına sahip birey, 62 yaş, kadın).

Her iki hasta grubundaki bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını kişisel boyutta kolaylaştıran bir diğer faktör hastaların insülin tedavisine başlama kaygılarının olmasıydı. Hastalar diyabet öz bakım uygulamalarını yapmadıklarında hastalığın ilerlemesine yönelik insüline başlanabilecek olmasının yanı sıra insülin kullanan hastalardan bazıları bu uygulamaları düzenli yaptığında insülin tedavisinin sona ereceğini düşünmekteydiler. Bu düşünceler hastaların diyabet öz bakım uygulamalarını yapmalarını motive ediciydi.

“Uzun süredir çok berbat bir hastalık yani. İnsülin almamak için yani elimden geleni yapıyorum. Hani bir üstü tedavinin insülin kullanma ya.”(10. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 65 yaş, erkek)

“İşte bundan sonra belki şekerimi düzene koyduktan sonra artık düzene girdiği için takibe aldırabilirim kendimi bir de insülinde kurtulmak istiyorum. Yani diyabetim sonucunda en sonunda bu insülinim daha çok azalacak. Çünkü benim şuan ihtiyaç duyduğum insülin çok fazla, çok yüksek. Onu azaltmaya çalışıyorum. Benim hedefim o. İnsülinde bir an önce kurtulup o değerleri düşürmek istiyorum.”(1. diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).

Alt tema 2: Çevresel kolaylaştırıcı faktörler

Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet öz bakım uygulamalarını kolaylaştıran çevresel faktörler olarak aile desteği ve sağlık ekibinin olumlu tutumlarının olması gibi sosyal desteğin önemini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun diyabet öz

bakımını kolaylaştıran en büyük etkenlerden birisi aile bireylerinden özellikle eşlerinin ve çocuklarının diyabet öz bakımı konusundaki destekleyici yaklaşımlarının olmasıydı. Eşlerin diyabetli bireyin diyetinde eşine yardımcı olması diyabetik diyetle uyumunu olumlu etkilemekteydi. Aile desteğinin olması bireylerin aynı zamanda ilaç tedavilerini zamanında ve düzenli almaları konusunda büyük öneme sahipti. Aile bireylerinin diyabet öz bakım uygulamalarına yönelik motivasyon ve yardımlarının olumlu etkisinin yanı sıra bu diyabetli bireylerin diyabetle yaşamlarını kolaylaştırmakta ve baş etmelerini olumlu yönde etkilemekteydi. Buna yönelik bireylerin ifadeleri şu şekildedir.

“İlaçlarımı babam söylüyor ben içiyorum. Unutuyorum o hatırlatıyor bana. Gece saat altıda saati kuruyor, sonra altıda çalışıyor saat ben içiyorum ilacımı. Öyle oluyor.” (5. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, erkek).

“Eşimin bir kere öf dediğini duymadım. Hep yanımda oldu hep destek oldu. Hastalıklarımı beynen de fizik olarak da kabullenmeme alışmama çok yardımcı oldu. Belki de dedim ya hayata tutunmamın kaynağı onların varlığı oldu. Kızım da eşim de. Onların desteği oldu.” (12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48 yaş, erkek).

“Her zaman sağ olsunlar. Her konuda arkamdalar. Onlar çoğu zaman yönlendirirler... Allah razı olsun.... Hani der anne onu yapalım, eşim getirir...Hani yani onların yardımları çok...Güven, arkanda kocaman bir dağ. Ne bileyim yani. Onların yanımda olması bile insanı çok etkiliyor. Çok başka..” (2. diyabet tanısına sahip birey, 51 yaş, kadın)

“...Sizinle birlikte sizin hastalığınızı kabullenen, bilen, eğer kurallara uyarsan onlarda uyarlarsa ki uyduklarında onlarda bana destek oldular. Ben daha mutlu oluyorum, daha fazla direncim artıyor. Motive ediyorlar. Yaşam biçimi haline dönüşüyor bu olay. Onlarda bilinçli olarak bildiklerinden istekli olarak yardımcı oluyorlar yani.” (3. diyabet tanısına sahip birey, 58 yaş, erkek).

Çalışmaya katılan her iki hasta grubundan hastalar sağlık ekibinin hastalara karşı olumlu tutumlarının ve geri bildirimlerinin hastaların diyabet öz bakımlarını yerine getirmede motive edici rolde olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşire ve doktorların diyabet hakkında hastaları bilgilendirmeleri ve yardımcı olmaları hastaları motive etmekteydi. Bunların dışında her iki hasta grubunda bulunan hastalarının evlerinin yakınında spor aletlerinin bulunuyor olması diyabet öz bakımı kapsamında egzersiz yapmalarını kolaylaştıran faktör olarak bulunmuştur. Buna yönelik bireylerin ifadeleri şu şekildedir.

“İnsülinlerimi eğitimsiz yapmışım. Mesela tutuyordum şuradan 4 parmak hep aynı yere. Taşlaşmış kalmış. Sonra hastaneye orada açtım hemşirelere. Ama çok ilgilendiler. Baktılar teyze dedi buralar taşlaşmış, bunun sana faydası da olmaz devamlı. Beni aldı içeriye güzelce çizdi, işte buralara yapacaksın dedi. Ondan sonra insülinde çok rahat geldi bana.” (9.diyabet tanısına sahip birey, 62 yaş, kadın).

“Zaten doktorlarda sağ olsunlar onlarda yönlendiriyor, bilgilendiriyorlar. Hem doktorumdan hem kendim çok okudum. E benim kızım da hemşire, o da çok bilgili, ne duyuyorsa gelip anlatıyor” (2.diyabet tanısına sahip birey, 51 yaş, kadın).

“Düzenli takiplerinize gitmenizi sağlayan şey doktora inancımın kaynaklanıyor. Kendimi onlara emanet ettiysem söylediklerine uymayı bir görev kabul ediyorum kendim.” (4.diyabet tanısına sahip birey, 61 yaş, erkek).

“Üzülüyor insan. Tekrar doktora gelince tekrar bir neşeleniyorsun, moral buluyorsun.” (7.şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, kadın).

TEMA 3: Diyabet Uyumunu Engelleyiciler

Psikiyatrik hastalığa ve tip 2 diyabet tanısı olan ve yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin yaşamlarında diyabet öz bakımlarını zorlaştıran bireysel ve çevresel boyutta engelleyici bir takım faktörlerin olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle bu tema *bireysel engelleyici faktörler ve çevresel engelleyici faktörler* olmak üzere iki alt tema içermektedir.

Alt tema 1: Bireysel engelleyici faktörler

Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmede unutkanlık, tembellik, yeterli bilgiye sahip olmama, kendi kendine kan şekeri ölçümünün ve insülin tedavisinin zorlu ve acı veren işlemler olması, diyetine sınır koymada zorluk yaşanması, ek sağlık şikayetlerinin olması gibi bir takım benzer bireysel engeller yaşamaktaydılar. Her iki hasta grubundaki bireylerin birçoğu diyabet öz bakımında özellikle ilaç tedavisini düzenli alma konusunda unutkanlık yaşamaktaydılar. Bir hasta ifadesi şu şekildedir.

“...Unutuyorum çünkü bazen. Birden yemeğe başlıyoruz ilaç gidiyor aklımdan. Önceleri değil de bu aralar epeyce unutkanlık başladı. İlacı alıyorum mesela diyorum içtim mi içmedim mi? Bazen içtim diyorum bazen içmedim diyorum. Bilmiyorum artık yani.” (7. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, kadın).

“Mesela ben çalışmaya daldığım zaman bazen yemek yemeyi unuturum. Ondan sonra işte söylediğim gibi çok sıklıkla insülin yapmayı unutuyorum.”(1.diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).

Her iki hasta grubundaki bireyler diyabet öz bakımında özellikle diyetini diyabete göre hazırlama ve bu diyetle uymada zorlanmaktaydılar. Hastaların isteksizlikleri diyabet için yürüyüş veya egzersiz yapmalarını da olumsuz yönde engellemekteydi.

“...Dediğim gibi yemek pişirme zor geliyor. Üşenmek gibi geliyor bir kişi olduğum için.”(6. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 50 yaş, kadın).

“Yürüme ve spor konusunda biraz eksiyim. Yürümüyorum denilebilir...Yani sebebi yok. Ne olabilir üşengeçleştik herhalde biraz. ... Bilmiyorum. Bir neden de yok yani.”(3. diyabet tanısına sahip birey, 58 yaş, erkek).

“Tamamen kendimle ilgili başka da bir şey tanımıyorum bu konuda. Tembellik yapmaktan başka bir şey değil. İşte atıyorum bu güzelim havada yemekten sonra yarım saat sonra çıkıp bir saat yürümek işte zor gelmemeli ama biz onun tembelliğini yaptığımız için tamamen bireysel bir husus.”(4. diyabet tanısına sahip birey, 61 yaş, erkek).

Diyabet tanısına sahip bireylerin büyük çoğunluğu diyet, ayak bakımı gibi diyabet öz bakım uygulamaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip değillerdi. Bu bireyler diyabette ayak bakımının önemini daha önce duymamış oldukları ve bu konuda bilgi eksiklikleri olduğu ifade etmişlerdir. Özellikle psikiyatrik hastalığı olan bazı diyabetli bireyler yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylere göre insülin tedavisini uygulama ve kan şekerini yönetme konusunda bir bilgilendirme almamış olmayı diyabetlerini yönetmede önemli engel oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Bu nedenle kan şekeri ölçümü yapma konusunda korkuları olduğunu ve bu uygulamayı yapmayı beceremediklerini düşünmekteydiler.

“İnsülin hiç kullanmadım. Aldığım gibi atmışım. Duruyor öyle...Çekindim onu kullanmaktan daha doğrusu bana onu gösteren biriside olmadı. Kaça kaç ben onu nasıl yapacağım bilmiyorum. Daha doğrusu bilmedim. Hatta bir kere deneyeyim yapayım dedim. Anlamadım ki.” (4. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 44 yaş, erkek).

“Aslında çok bilinçli değilim biliyor musunuz. Şekeri yönetmek için bu konuda çok fazla bilgilendirilmediğimi düşünüyorum. Çünkü devlet hastanesine gittiğimde ben şeker teşhisi koyuldu, ilaçlarım yazıldı. Onun dışında bir destek bir bilgilendirme verilmedi...”(12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48 yaş, erkek).

“Ama yani nereden vurulacakmış bacadan göbekten veya koldan onu ben beceremedim yani. Denedim dedim yapayım onu da nasıl olduğunu da anlamadım. Attım dolaba.. İnsan ürperiyor.” (4. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 44 yaş, erkek).

“Şey oluyorum acıyor ya biraz ondan ölçemiyorum... Gösterilmedi ama yani yaparım da ne biliyim korkuyorum yani canım acıyor biraz acıtıyor. Başkası yapsa bir şey olmuyor da kendime yapamıyorum. (6. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, yaş, kadın).

Her iki hasta grubundaki bireylerin çoğu kendi kan şekeri ölçümelerini yapmakta ve insülin tedavisini uygulamakta zorluk yaşamaktaydılar. Bu bireylerin kendi kan şekeri takibini yaparken parmaklarının delinmesi sonucu oluşan acı hissi bu uygulamayı yapmaktaki en önemli engelleri olarak bulunmuştur.

“...Çok acı verici. Parmaktan her gün gün aşırı ölçüyorum yani. Oda sürekli acı veriyor sana. Kolay değil...Yüksek değilse bir sorun yok. İğne batırmak yok, insülin yapma derdi yok. Dört kez iğne batırıyorum. En az bir iki kez de parmağa, altı kez. Hem şekere bakmak zorundasın hem de vücuduna iğne batırmak zorundasın. Kolay bir şey değil...” (3. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 52 yaş, kadın).

“Valla keşke iğneyle yapılmasa da başka bir ölçüm şekli olsa. İlk başlarda her gün yapıyorduk. Çok şey yapıyorduk. Artık parmaklarımız kan vermek, sıkmak, çıkarmak bunlar sıkıyor insanı. Ama yine de tabi hani başka teknikler varsa bunun dışında o tekniklerle ölçüm yapılmasını isterim”(4. diyabetli birey, 61 yaş, erkek).

Her iki grup bireylerden insülin kullanan çoğu hastanın insülin uygulama zorluğunun yanı sıra insülini muhafaza etme ve yanında taşıma konusunda zorluk yaşamaktaydı. Bu durum bireylerin insülin tedavisine uyumunu zorlaştırmaktaydı.

“İşte bana çoğunlukla yanımda taşımak problem ne bileyim işte unutuyorsun. Yani benim en çok endişe duyduğum şey unutma olduğu için ilaç her zaman yanımda oluyor ama insülinde işte koşul önemli, serin olması lazım işte o sorununuz var...”(1. diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).

“Şimdi sürekli insülin iğnesi ile gezmek var birde onu korumak var sıcaktan. O stres yapıyor insana yani. Yani vurdum ben bunu ama bozuldu mu ısındı mı diye düşünüyorsunuz bir şekilde.”(6. diyabet tanısına sahip birey, 50 yaş, erkek).

“İnsülin zor oluyor bak mesela. Buradan Malatya'ya gittiğim vakit götürmesi zor.. (8. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 51 yaş, erkek).

Her iki hasta grubundaki diyabetli bireylerin birçoğunda var olan diz ve bel hastalıkları gibi diğer fiziksel rahatsızlıklar hastaların özellikle diyabet öz bakımı için yapmaları gereken egzersiz veya yürüyüşe engel olmaktaydı.

“Var işte mesela spor yapamıyorum benim tendonlarım rahatsız ondan aşırı yürüyüşler yaptığım için aşındı. Tedavide yok yani...Ondan spor hayatım bitmiş vaziyette.”(9. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 57 yaş, erkek).

“Belde bir problem var uzun yıllardan beri. Bir tökezlesem aniden yürümene engel. En azından tempolu yürümeni engelliyor...”(10. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 65 yaş, erkek).

“Diz kapağında kırıldak aşınmasından ameliyat oldum. 2 yıl bastonları atamadım elimden. Koltuk değneği ile dolaştım. Belimde omiriliğim de kanal daralması da var yürümeye zorlanıyorum. Yürürken bile belimi tam doğrultamıyorum. Böyle kasıla kasıla yürüyorum...”(7. diyabet tanısına sahip birey, 53 yaş, kadın).

Yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerden farklı olarak psikiyatri hastalığı olan diyabetli bireylerin çoğunluğu tüm bu benzer engellerin dışında psikiyatrik hastalıklarından kaynaklı yaşadıkları belirtiler diyabet öz bakımlarını yerine getirmelerinde zorluklar yaşamalarına neden olmaktaydı. Sabah uyanmakta zorlandıkları için ilaçlarını düzenli alamamaktaydılar. Bir birey şu şekilde ifade etmiştir; *“ilaçları düzenli kullanmaya çalışıyorum da kendim kalkamıyorum sabahları... Akşamları düzenli alıyorum da biraz geç kalınca bugün aksadı biraz 3 saat filan... Sabahları kalkmak çok zor oluyor.”* (6. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 50 yaş, kadın). Uyku sorunu aynı zamanda diyabete yönelik diyet uyumlarını olumsuz etkilemekteydi. *“psikiyatri ilaçları uyku veriyor çok. O yüzden yani normal bir diyet yapamıyorum. Kalkamıyorum ki yemek yemeye. Yine hemen canım yatağa gitmek istiyor. Ne kadar istediysem başaramadım yani. Olmuyor. Uyku sorunu var bende.”* (7. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, kadın). Psikiyatri tanısına sahip diyabetli birey ilaç yan etkisi olarak gelişen kasılmalar nedeniyle egzersiz yapamadığını belirtmiştir. *“Bundan iki sene önce spora gidiyordum işte. Psikiyatri yasakladı. Ayaklarımda kramplar oluşmaya başladı. Ayaklarımı açamıyordum. Kasılıp kalıyordum.”* (7. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 55 yaş, kadın).

Bipolar tanısına sahip bireyler özellikle depresif dönemde hayattan zevk alamadıkları ve bu bağlamda diyabet öz bakım aktivitelerini yerine getirmede isteksizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. *“depresif dönemde sorunlar yaşadım. İsteksizlik oldu. Spor yapmamı filan her şeyimi engelledi. Yani bir yerde oturup bir çay içemedim, çayın tadı yok. Hiçbir şeyin tadı yok.*

Hiçbir şeyden zevk almadım...”(3. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 52 yaş, kadın).

“Diyabetimi zorlaştıran başta bipolar olması. Diyabet ile ilgili yaptıklarım da olumsuzluklara neden oluyor. Mesela o depresif dönemde artık hiçbir şeyi ilaçlarımı içmek istemiyordum. Ne olacaksa olsun ben bundan bıktım oluyordu. (12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48 yaş, erkek).

Psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireylerin çoğu hastalık dönemlerinin aktif olduğu zamanlarda diyabet öz bakım uygulamalarını yapmaya yönelik boşvermişlik düşüncelerine sahip olduklarını ve hastalığa önem vermedikleri için bu uygulamaları yapamamaktaydılar. *“umursamıyordum. Aklıma gelmiyordu tamam geliyordu ama umursamıyordum. Valla dünyadan ben keyif almadığım için yani ne olursa olsun. Yoksa şeker hafife alınacak bir şey değil yani. Bir beklentim olmadığı için. Önemde vermedim yani..”(4. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 44 yaş, erkek).*

“Manik dönemde de o bahsettiğim özgüvenden dolayı sanırım o dönemde de bu ilaçlara gerek yok. Doktorlar veriyor ama bu ilaçların bir işe yaradığı yok yani ben daha iyi bilirim havasına girdiğim ve ilaçları içmek istemediğim dönemler oluyordu. Kontrollere gitmek istemedim. boşver ye, yiyende ölüyor, yemeyende ölüyor dediğim dönemlerde oldu. Yani yediğimi de ilaçlarımı da yönetmede sıkıntılar yaşadım.”(12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48 yaş, erkek).

Psikiyatri tanısına sahip olan bireylerden birçoğunun yaşadıkları halusinasyon ve sanrılar diyabet öz bakımlarını en çok zorlayan belirtilerdi. Sesler duyma ve görüntüler görme ve bunlara odaklanma bu bireylerin en çok diyabete yönelik kullandıkları ilaç tedavilerini sürdürmelerini engellemekteydi. Bir bireyin ifadeleri şu şekildedir; *“Görüntüler görüyorum yani de. Ben onları gördükten sonra ilaç ya da hiçbir şey gözümde yok... Sesler duyduğumda bir şey yönelmeye kalksam hani ilaç olsun hani içtirmiyordu yani. İçme boşver niye içeceksin. Onlar zehir. Seni zehirliyor. Öyle sesler yönlendiriyordu beni yani. İçmiyordum.” (4. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 44 yaş, erkek).*

Alt tema 2: Çevresel engelleyici faktörler

Her iki hasta gurubundaki bireyler diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmede sağlık ekibinin ve aile bireylerinin olumsuz tutum ve geri bildirimlerinin olması gibi bir takım benzer çevresel engeller yaşamaktaydılar. Özellikle diyabet yönetimi konusunda aile ile yaşanan çatışmalar engelleyici faktörler arasındaydı. Her iki gruptaki birkaç birey ailedeki

bireylerin diyabet yönetiminde kendilerine müdahale etmelerinden rahatsızlık duyduğunu ve kendileri ile ilgili yetersizlik duyguları yaşamalarına neden olduklarını ve bu nedenle hastalığa ve aile bireylerine öfke duyduklarını dile getirmişlerdir. Aile bireylerinin kendilerine müdahale ederek söyleyiş tarzlarının olumsuz ve azarlar tarzda olması bu bireyleri rahatsız etmekteydi. Bireyler bunu şu şekilde ifade etmiştir;

“Onlarda bazen çok sert çıkıyorlar. Ben yapamadığım için bana kızıyorlar neden sen kendini zorlamıyorsun yapsana. Niye bu şekilde oluyorsun. Haklılar da anlatış yönleri çok farklı. Asabi bir şekilde söylüyor” (7. şizofreni ve diyabet tanısına sahip birey, 53 yaş, kadın).

“Ben bir yere gittim ailemle, önüme çay geldi, Aa o şeker hastası yedirmeyin ona, yani ben kendim şeker hastası olduğumu bilmiyorum mu da ben söyleyemiyorum mu da onlar beni herkesin içinde şeker hastası yapıyor... Bu herkesi rahatsız eder.” (14. diyabet tanısına sahip birey, 65 yaş, erkek).

Ayrıca doktor tarafından diyabetli hastalarının gelecekle ilgili yaşanabilecek diyabet komplikasyonlarının gelişme riskine yönelik korkutulması diyabet öz bakımlarını yapmalarında motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemekteydi. *“doktorların kimisi mesela ayağını kesecekler, filan diyor. Bunları diyabet hastasına söylemek var ya onun kellesini koparmak gibi. Bir şarjör mermi sıkamak gibi. Onu söyleyenler bilmez, alanlar yansıyanlar biz biliriz... Ben şeker hastasını korkutayım azarlayım da utansın yapsın dediğinde yok.. rahatsız eder. Güzel güzel söylense ertesi gün adam ona dikkat eder.” (14. diyabet tanısına sahip birey, 65 yaş, erkek).*

Her iki grup hastanın birçoğu olumsuz çevre koşullarından kaynaklı diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmekte zorluk yaşamaktaydılar. Bireylerin özellikle egzersiz veya yürüyüş yapmalarına soğuk ve yağmurlu hava koşulları engel olmaktaydı. Yağmurlu ve soğuk havalarda hastalar düzenli yürüyüş yapamamaktaydılar. *“yürüyüş yapmama engel olan kışın hava şartları çoğunlukla. Yazın zaten yürüyüş yapıyorum. Yazın her akşam yapıyoruz ama kışın evde kalıyorum...” (1. diyabet tanısına sahip birey, 43 yaş, kadın).*

Çalışmaya katılan bireylerin birçoğunun çalışma şartları kendi diyabetik diyetini yönetmelerini zorlaştırmaktaydı. Çalıştıkları kurumda diyabete yönelik yemek çıkmıyor olması, iş yoğunluğu nedeniyle ara öğünleri yapmakta zorlanması diyet uyumunu engellemekteydi. Bireylerin ifadesi şu şekildedir; *“..Mesela işim gereği gidiyorum işte oluyorum yoğun oluyorum o zaman ara öğünü kaçıyorum. Ama bundan olumsuz etkileniyorum bununda farkındayım.” (12. bipolar bozukluk ve diyabet tanısına sahip birey, 48*

yaş, erkek). “..İşe gittiğimizde her şey bulamayabiliyorsunuz zaman zaman. Kurumsal mesela yemekler çıkıyor e aç kalmayacaksın. Öğlen dışarı çıkmaya zamanında olmuyor. Çıkan yemeklerin içerisine bakıyorsun işte onları yemeğe çalışıyorsunuz.” (4. diyabet tanısına sahip birey, 61 yaş, erkek).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; sikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan ve yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet öz bakımlarına ilişkin görüşlerinden yola çıkılarak 3 ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar, diyabetle yaşamak, diyabet uyumunu kolaylaştırıcılar ve diyabet uyumunu engelleyicilerdir.

TEMA 1: Diyabetle Yaşamak

Bu çalışmanın sonucunda diyabetle yaşamak ana temasının altında diyabet algıları ve diyabetin yaşamlarına etkisi olmak üzere iki alt tema ortaya çıkmıştır. Her bir alt tema kendi içerisinde tartışılmıştır.

Alt tema 1: Diyabet algısı

Çalışmanın sonucunda her iki gruptaki bireylerin diyabeti ciddi, özgürlüğü kısıtlayan ve yaşamı sınırlayan bir hastalık olarak algıladıkları belirlenmiştir. Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya semptom ile ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır (Uysal ve Akpınar 2013) ve diyabet hastalarında hastalık algısı diyet, egzersiz, kan şekeri takibi gibi diyabet öz bakım aktivitelerine uyumuyla yakından ilişkilidir (Broadbend ve ark. 2011). Diyabet yönetimini engelleyicileri belirlemek amacıyla yapılan bir sistematik incelemede olumlu hastalık algısının olumlu glisemik kontrol ile ilişkili olduğu ve bireylerin diyabet uyumunu etkilediği bulunmuştur (Nam ve ark. 2011). Literatürde psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip bireylerde diyabet algısına yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte El-Mallakh'ın (2006) yaptığı çalışmada şizofreni ve diyabet tanısına sahip bireyler diyabeti bir acı, yük, bela ve yaşamlarında ayağına dolanan, engelleyen bir hastalık olarak tanımlamışlardır ve tedavi edilemeyen psikoza yaşamının ve diyabetin komplikasyonları nedeniyle her iki hastalığın ciddi olduğuna yönelik inançları olduğu belirlenmiştir. Fukunaga ve arkadaşlarının (2011) yalnızca tip 2 diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucunda da bireyler diyabet özbakımı için diyet planlamasının, kan şekeri takibi yapmanın ve kan şekeri kontrolünü sağlamanın özgürlüklerini kısıtladığını ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada her iki gruptaki bireylerin diyabet hastalığına sahip olmakla ilgili üzüntü hissettikleri, diyabet hastalığından kaynaklı yaşamlarının ileri dönemlerinde gelişebilecek komplikasyonlardan dolayı yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algıladıkları, kaygı ve korku duyguları yaşadıkları belirlenmiştir. Fukunaga ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Yapılan kalitatif bir çalışmada diyabet tanısına sahip olan hastalar tanıyı aldıklarında üzüntü, korku, kızgınlık gibi duygular hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı

çalışmada diyabetli bir kadın birey diyabetin tam bir kabus olduğunu, diyetine, egzersizine, duygularına dikkat etmek zorunda olduğu için tam bir sorumluluk gerektirdiğini ve çok stresli olduğunu ifade etmiştir (Gazmararian ve ark. 2009). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin diyabeti olan hastalara bakım verirken bireylerin diyabete yönelik algısını anlamaları diyabet öz bakımına uyumunun geliştirilmesi ve diyabetle yaşamayı kolaylaştırmada önemli görülmektedir.

Alt tema 2: Diyabetin bireyin yaşamına etkisi

Bu çalışmada yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerden farklı olarak psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireyler her iki hastalığa sahip olmakla ilgili mutsuz oldukları, hastalıkların birbirlerini besleyerek yaşamlarını daha zorlaştırdığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra her iki hasta grubundaki bireyler diyabetin hayat boyu ve uzun süren bir hastalık olması, diyabet öz bakım uygulamalarının hayata geçirilmesi gerekliliği nedeniyle yaşamlarının birçok yönünü etkilediğini belirtmişlerdir. Yalnızca tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada da bireyler benzer ifadelerde bulunmuşlardır (Fukunaga ve ark. 2011). Jeragh-Alhaddad ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmanın sonucunda diyabetin bireylerin yaşamlarını büyük ölçüde etkilediğini ifade eden bulgular ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada bazı bireyler diyabet nedeniyle günlük aktivitelerini yerine getirmede sınırlılık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yönetilmesi zor olan iki kronik hastalığa sahip olmak hastalar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Bu hastalara bakım ve eğitim veren hemşirelerin bunu göz ardı etmemesi, bu hastalara destek vermeleri ve baş etmelerini güçlendirmeleri gerekmektedir.

Her iki gruptaki bireyler diyabetlerini yönetmek için diyet, kan şekeri izlemine yapma, kontrollere zamanında gitme ve verilen ilaç tedavisini düzenli kullanmaya çalıştıklarını fakat özellikle egzersiz ve ayak bakımı uygulamalarını yaşamlarına yerleştirmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Diyabet yönetiminde egzersizin ve ayak bakımının önemi büyük olmasına karşın egzersiz yapma ve ayak bakımını uygulama oranının az olmasının nedeni engelleyici faktörlerin yanı sıra bunun öneminin hastalar tarafından yeterince bilinmemesi olabilir. Literatürde bu konuda psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip olan bireylerde yapılan çalışmaya rastlanmamış olup yalnızca tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bir çalışma bu bulguyu desteklemektedir (Pollock ve ark. 2004). Desalu ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmanın sonucunda da diyabetli hastaların büyük oranda diyabetik ayak bakımı konusunda bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur. Bu nedenle diyabetin izlem, tedavi ve bakımında rol alan hemşirelerin özellikle diyabetli hastaların takibi, eğitimi ve ayak bakımı konusunda etkin rol

almaları (Kes 2015) ve psikiyatrik hastalığa sahip diyabetli bireylerin egzersiz ve ayak bakımı uygulamalarını belirlemesi ve bu yönde girişimler planlaması gerektiği düşünülmektedir.

Diyabetli bireylerin diyabete bağlı yaşadıkları belirtiler hayatlarını etkilemektedir (Shakibazadeh ve ark. 2011). Bu çalışmada her iki gruptaki bireylerin birçoğu diyabetin hipoglisemi ve hiperglisemi belirtilerini yaşamaktan dolayı üzüntü duydukları, çoğunlukla bireylerin hipoglisemi belirtilerini yaşadıklarını ve bu nedenle sokağa çıkma korkusu yaşadıkları bulunmuştur. Yalnızca tip 2 diyabet tanılı bireylerle yapılan çalışmalarda bireylerin hipoglisemi korkusu yaşadığı (Mandrik ve ark. 2013) için tedaviye uyumlarının etkilendiği sonucuna varılmıştır (Jeragh-Alhaddad ve ark. 2015). Barendse ve arkadaşlarının (2011) tip 2 diyabetli bireylerle yaptıkları derleme çalışması sonucunda hipoglisemi korkusu sonucu iş yaşamı, alışveriş yapma ve araba kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Bireyler hiperglisemi nedeniyle en çok sinirlilik ve tahammülsüzlük duyguları yaşamaktaydılar. Literatürde psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip bireylerde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte El-Mallakh'ın (2006) yaptığı çalışmada şizofreni ve diyabet tanısına sahip bireyler diyabetin hiperglisemi gibi subjektif belirtilerini yaşadıklarını ve bunun diyabetin doğasını anlamalarına yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada şizofreni ve diyabetli bir birey hiperglisemi yaşadığında halsizlik ve yorgunluk hissettiğini, yaşamını etkileyen duygusal değişimler yaşadığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin de bu belirtileri yaşamakta olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Shakibazadeh ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada diyabetli bir hasta kan şekeri yükseldiğinde bunu hissettiğini ve kan şekerinin dengede olduğu zamanlarda ancak kendini iyi hissettiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada bir birey kan şekeri yükseldiğinde halsizlik ve yorgunluk hissettiğini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Her iki gruptaki hasta bireylerin hipoglisemi ve hiperglisemi gibi diyabet belirtilerini yaşıyor olması ve yaşamlarını etkilemesi bireylerin diyabetini etkili yönetemediklerini düşündürmektedir.

TEMA 2: Diyabet Uyumunu Kolaylaştırıcılar

Bu çalışmanın sonucunda psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet uyumunu kolaylaştıran bireysel ve çevresel kolaylaştırıcılar alt temaları ortaya çıkmıştır. Her bir alt tema kendi içerisinde tartışılmıştır.

Alt tema 1: Bireysel kolaylaştırıcı faktörler

Her iki gruptaki hastaların çoğunun diyabet öz bakım uygulamalarını yaşam biçimi haline getirmenin ve alışkanlık kazanmalarının diyabet öz bakımlarını yerine getirmelerini kolaylaştırdığı sonucuna varılmıştır. Literatürde psikiyatrik hastalıkla birlikte diyabet tanısına sahip olan bireylerde bu yönde bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yalnızca tip 2 diyabetli bireyler diyabet hakkında bilgili ve bilinçli olmalarının diyabetlerini yönetmeyi kolaylaştıran ve motive eden bir faktör arasında olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu psikiyatri hastalarının diyabet konusunda daha az bilgili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde bu bireylerin diyabete ilişkin bilgi düzeylerini ölçen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan çalışmalarda bilgi eksikliğinin sebebi psikiyatrik semptomların varlığı, öğrenme güçlüğüne neden olan bilişsel bozulmaların olması (Dickerson ve ark. 2005; Goldberg ve ark. 2007) ve sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmemeleri ve olumsuz tutumlarının olması ile açıklanmaktadır (Shakibazadeh ve ark. 2011). Diyabet hastası kendi kendine bakabilmesi için, hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır ve bu bağlamda bilgilenen diyabet hastası, bakımın sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olmakta ve diyabetle daha iyi baş edebilmektedir (Düzöz ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda da bilgi düzeyi ile öz bakım uyumları arasında olumlu ilişki olduğu bulunmuştur (Düzöz ve ark. 2009; Chlebowy ve ark. 2010). McKibbin ve arkadaşlarının (2010) tip 2 diyabet ve şizofreni hastalığına sahip bireylere diyabet yönetimi girişimlerini test etmek için yaptıkları çalışmanın sonucunda hastalara verilen diyabet farkındalık ve rehabilitasyon eğitiminin BKİ, bel çevresi ve diyabet bilgisinde önemli derecede gelişme sağladığı sonucuna varılmıştır.

Her iki hasta grubunda da diyabet öz bakımlarını yerine getirmediklerinde hastalığın ilerleyeceğine ve gelecekte insülin başlanması ihtimaline yönelik kaygı yaşamalarının diyabetlerini yönetmeyi kolaylaştıran ve motive eden bireysel faktörler arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerle ilgili bu konuda yapılan çalışmalar yetersizdir. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı olan diyabetli bir birey insüline ihtiyaç duyduğu halde ailesinde insülin kullanımını gözlemlemiş olmaktan dolayı insülin almaktan kaçındığını ifade etmiştir (El-Mallakh 2006). Literatürde yalnızca tip 2

diyabet tanısına sahip bireylerin insülin başlanmasına yönelik korku yaşadıklarını ve insülin tedavisini başlanmasının hastalığın ciddileştiği düşüncesini ortaya çıkardığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Snoek 2002; Nakar ve ark. 2007). Tip 2 diyabet hastalarında hastalar ve hekim açısından insülin tedavisine geçişi önleyen engelleri incelemek amacıyla 193 hasta ve 157 hekim ile yapılan olgu-kontrollü tanımlayıcı bir çalışmada hastaların yaklaşık %47'si hastalıkları çok ciddi olmadığı için insülin tedavisine başlamalarına gerek olmadığını düşündükleri sonucuna varılmıştır (Nakar ve ark. 2007). Demirtaş ve Akbayrak'ın (2009) tip 2 diyabetli hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlemek amacıyla 43 tip 2 diyabetli hastayla yaptıkları nitel çalışmanın sonucunda hastaların insülin kullanmaktan çekindikleri ve ilaç içmeyi tercih ettikleri, insüline geçmenin adeta durumlarının kötüleştiğinin bir işareti olarak kabul edildiği ve bundan dolayı pazarlık yaptıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda her iki hasta grubundaki bireylerin insülin kullanmaya yönelik yanlış bilgilere sahip olduğu düşünülebilir.

Alt tema 2: Çevresel kolaylaştırıcı faktörler

Bu çalışmada her iki gruptaki bireylerin kendilerine destek olan eş, çocuk gibi aile bireylerine sahip olmaları ve hemşire ve doktorların kendilerine yönelik olumlu tutumlarının olması gibi sosyal desteğe sahip olmanın diyabet öz bakım uygulamalarını kolaylaştıran çevresel faktörler arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısı olan bireylerde bu konuda yapılmış çalışmaya ulaşamamıştır fakat yalnızca tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bazı çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (Whittemore ve ark. 2005; Simmons ve ark. 2007; Nam ve ark. 2011; Mathew ve ark. 2012; Fort ve ark. 2013; Jeragh-Alhaddad ve ark. 2015). Nagelkerk ve arkadaşlarının (2006) diyabet öz yönetiminde algılanan engelleri ve etkili stratejileri belirlemek amacıyla 24 tip 2 diyabetli hasta ile yaptıkları çalışmanın sonucunda hastaları destekleyici ve onlara yardımcı olan birine sahip olmaları onların diyabet öz bakımına uyumlarını olumlu etkilediği bulunmuştur. Tang ve arkadaşlarının (2008) sosyal desteğin tip 2 diyabetli bireyin diyabet öz bakımı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda olumlu desteğin sağlıklı diyet planlaması yapmada, kan glikozunu izlemede ve düzenli fiziksel egzersiz yapmada önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Wen ve arkadaşlarının (2004) ve Wellard ve arkadaşlarının (2008) tip 2 diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda özellikle aile desteğinin yüksek algılanmasının diyet ve egzersiz öz bakımının yüksek olması ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yapılan başka bir çalışmada özellikle eş desteğinin olmasının fiziksel aktivite yapabilmelerinde önemli bir motive edici olduğunu bulmuşlardır (Mier ve ark. 2007). Chlebowy ve arkadaşlarının

(2010) tip 2 diyabet öz yönetimini etkileyen engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek amacıyla 38 hasta ile yaptıkları çalışmanın sonucunda başlıca kolaylaştırıcı faktörler olarak aile, akran ve sağlık bakımı verenlerin olumlu desteğinin ve pekiştirmelerin olması olarak bulunmuştur. Wu ve arkadaşları (2008) sağlık bakımı verenlerin bireylere öz bakımlarını yönetmelerinde yardımcı olduklarında bireylerin diyabetlerini yönetme ve öz bakım davranışlarını değiştirmede daha iyi olacaklarını belirtmiştir. Kalitatif bir çalışmada diyabetli bireylerin sağlıklı yiyeceklerden kaçınmak için doktor, hemşire ve diyetisyenlerin tavsiyelerine uymaları hastaların diyabet uyumunda olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur (Gazmararian ve ark. 2009). 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 bakımlarını yapmalarında motive edici faktör olarak bulunmuştur.

TEMA 3: Diyabet Uyumunu Engelleyiciler

Diyabet kompleks bir hastalıktır ve bu nedenle diyabet yönetimini engelleyici faktörler çok boyutludur (Nam ve ark. 2011). Bu çalışmanın sonucunda psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin diyabet uyumunu engelleyen bireysel ve çevresel engelleyiciler alt temaları ortaya çıkmıştır. Her bir alt tema kendi içerisinde tartışılmıştır.

Alt tema 1: Bireysel engelleyici faktörler

Her iki hasta gurubundaki bireyler diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmede unutkanlık, tembellik, yeterli bilgiye sahip olmama, kendi kan şekeri takibini yapmakta ve insülin uygulamakta zorluk yaşama, diyetine sınır koymada zorluk yaşanması, ek sağlık şikayetlerinin olması gibi bir takım benzer bireysel engeller yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada her iki hasta gurubundaki bireyler yaşadıkları unutkanlığın diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmelerini engellediği sonucuna varılmıştır. Nagelkerk ve arkadaşlarının (2006) diyabet öz yönetiminde algılanan engelleri ve etkili stratejileri belirlemek amacıyla 24 tip 2 diyabetli hastalar ile yaptıkları kalitatif çalışmasının sonucunda diyabetli bireylerin ilaçları almayı unutmaları ilaç tedavilerine uyumlarını engelleyici bir faktör olarak bulunmuştur. Chlebowy ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da unutkanlık engelleyici faktörler arasında bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda fiziksel aktivite veya yürüyüş yapmaya en büyük engellerden biri olarak bireylerin tembellik yaşamaları olduğu bulunmuştur. White ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da bireylerin tembellik hissetmeleri diyabet öz bakım davranışlarını engelleyen faktörler arasında bulunmuştur (Simmons ve ark. 2007). Ong ve arkadaşlarının (2014) diyabetli bireylerle yaptığı çalışmanın sonucunda da bireylerin birçoğu kan şekeri izlemi yapmada tembellik yaşamının engelleyici olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada özellikle psikiyatrik tanısına sahip olan diyabetli bireylerin yeterli bilgiye sahip olmamaları bireylerin diyabet öz bakım aktivitelerini uygulamalarını engelleyici olduğu belirlenmiştir. Bu durum psikiyatri hastalarının diyabet konusunda daha fazla bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısına sahip bireylerin diyabet bilgi düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Dickerson ve arkadaşlarının (2005) şizofreni veya bipolar bozukluğu olan diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada bu bireylerin sahip oldukları öğrenme, motivasyon ve dikkati bozabilen bilişsel bozulmaların var olması ve çeşitli psikiyatrik semptomların olması diyabet bilgisinin sınırlı olmasının önemli sebeplerinden olabileceğini belirtmişlerdir. Goldberg ve arkadaşlarının (2007) psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan tip 2 diyabetli hastalara verilen diyabet bakımının kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluğu olan diyabetli bireylerin diyabet hakkında ve kendi kan şekerlerini izlemede sağlık bakımı profesyonellerinden daha az bilgi aldıkları bulunmuştur. Katakura ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada diyabeti ve hipertansiyonu olan şizofreni tanılı bir birey kendi kendine kilo kaybetmek için sağlığını bozacak şekilde uygun olmayan ve aşırı derecede diyet kısıtlaması yapmakta olduğunu ifade etmiştir. Gelecek araştırmalarda psikiyatrik tanısına ek olarak diyabet tanısına sahip bireylerde diyabet öz bakım bilgi düzeylerini ortaya koyacak çalışmalara yer verilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Psikiyatri hemşireleri bu bireylerin uygun olmayan öz bakım davranışlarını dikkatli bir şekilde tanımlamalı (Katakura ve ark. 2013), yanlış bilgilerini düzeltmeli ve diyabet öz bakım becerilerini geliştirecek diyabet eğitimi verilip (Dickerson ve ark. 2005; Chen ve ark. 2014), desteklemelidir. Psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısına sahip olan bireylere bu bağlamda hemşireler tarafından verilen bakım önem kazanmaktadır. Buna rağmen psikiyatri hemşireleri kliniklerde daha çok psikiyatrik açıdan hastaya bakım vermekte, fiziksel sağlık psikiyatri hemşiresinin sorumluluk alanı olarak görülmemektedir (Kayar-Enginer ve Partlak-Günüşen 2013). Literatürde yapılan çalışmalarda hemşireleri de kapsayan psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonellerinin psikiyatrik hastalığa sahip olan

bireylerin fiziksel sağlıklarına y6nelik bakım vermelerini engelleyen tutumlarının olduğu vurgulanmaktadır (Hardy 2012; Bradshaw ve Pedley 2012). Bu bağlamda yapılan birkaç çalışmada da psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonellerinin fiziksel şikâyetleri g6z ardı etmeleri ve psikosomatik yakınma olarak değerlendirmeleri, psikiyatrist olmayan hekimlerin psikiyatri hastalarına bakım vermede isteksizliklerinin olması (Lawrie ve ark. 1998) psikiyatri hastalarının yaşadıkları engeller olarak belirlenmiştir (Muir-Cochrane'nin 2006). Diyabet uyumunu engelleyiciler arasında psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireyler kadar olmasa da yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerin de diyabet hakkında bilgi eksikliğine sahip olduğu bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar arasındadır. Yalnızca diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda da bilgi eksikliğinin diyabet 6z bakımını engelleyici rol oynadığını g6stermiştir (Jeragh-Alhaddad ve ark. 2015). Simmons ve arkadaşlarının (2007) ve Shakibazadeh ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmalarda da diyabetle ilişkili bilgi eksikliğinin olması diyabet 6z bakımı için engelleyici fakt6r olarak bulunmuştur. Fort ve arkadaşlarının (2013) diyabet ve hipertansiyon hastalığı olan bireylerde 6z y6netim davranışlarını engelleyen ve kolaylaştıran fakt6rleri incelemek için yaptıkları nitel çalışmanın sonucunda semptomlar hakkında bilgi eksikliği hastaların hastalık y6netimini engelleyen fakt6rler arasında olduğu sonucunu bulmuştur. Gazmararian ve arkadaşlarının (2009) tip 2 diyabetlilerle yaptığı kalitatif çalışmasında da diyabet y6netiminde eğitimsel engellerin 6nemli olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada hastalar HbA1c ve kan şekerlerini nasıl izleyeceklerinin yanı sıra diyabet hastalığına ilişkin ek bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmanın sonucunda her iki hasta grubundaki bireyler kendi kan şekeri takibini yapmakta ve ins6lin uygulamakta zorluk yaşadıkları, bu uygulamaların iğneli işlem olması ve acı hissi vermesinin d6zenli yapmalarını engellediği belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısı olan bireylerde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanamamıştır fakat yalnızca diyabetli bireylerle yapılan çalışmalar bu bulgu ile benzerlik g6stermektedir (Wagner ve ark. 2005; Simmons ve ark. 2007; Larkin ve ark. 2008; Chlebowy ve ark. 2010; Benroubi 2011; Mathew ve ark. 2012; Chen ve ark. 2012; Celik ve Pınar 2014). Polonsky ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada, ins6lin reçete edildiğinde hastaların %50.8'inin ağrılı ve acılı bir işlem olduğu için her g6n iğne yapmak istemediklerini belirtmişlerdir. Ong ve arkadaşlarının (2014) ins6lin kullanan tip 2 diyabetlilerin kan şekeri 6l6m6 yapmadaki engellerini araştırdığı kalitatif çalışmasında, kan şekeri 6l6m6 yaparken duyulan ağrı ve parmak delme korkusu sebebiyle diyabetli bireylerin kan şekeri 6l6m6 yapmadıkları sonucuna varılmıştır. Çalışmada 48 yaşında bir yıldır diyabeti olan ev hanımı

hasta ‘Eğer her gün kan şekerimi ölçersem, parmaklarımda birçok delik olacak ve çok ağrı hissedeceğim’ ifadesinde bulunmuştur. Zambanini ve ark.nın (1999) insülin kullanan diyabetlilerle yapmış olduğu bir çalışmada, hastalarının %72’sinin insülin enjeksiyon anksiyetesi yaşadığı ve günlük insülin enjeksiyon sayısı ile enjeksiyon anksiyetesi arasında negatif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Fu ve arkadaşlarının (2009) enjeksiyon ya da insülin korkusunun diyabetli hastaların tedavi sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları sistematik inceleme sonucunda insülin ve ya enjeksiyon korkusunun diyabetli bireylerde düşük glisemik kontrole, komplikasyonlara, psikolojik komorbiditeye, genel iyilik hali ve sağlık durumunda bozulmaya neden olduğu sonucuna varmışlardır. Ong ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları niteliksel çalışmanın sonucunda kendi kendine kan glikoz takibi yapmayı engelleyen faktörler olarak; kan glikozunun yüksek çıktığını görmeleri, damgalama yaşamaları, iğne korkusu, ağrısı ve bilgi eksikliği olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin diyabetli bireylerin iğne korkularını fark etmeleri ve hastalara iğne ve enjeksiyonun nasıl yapılacağını göstererek ve topikal anestetik kremler gibi acıyı azaltacak yöntemler hakkında bilgi vererek bu durumla ilgili bireyleri desteklemesi önemlidir (Chen ve ark. 2012).

Bu çalışmada bireylerin diyetine sınır koymada zorluk yaşanması diyabet öz bakımını engelleyici olarak bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığa ek olarak diyabet tanısına sahip olan bireylerde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır fakat yalnızca diyabetli bireylerde Mathew ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada da bireyler sevdikleri yiyeceklere sınır koymakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada diyabetli bireyler tatlı ve şeker içeren yasaklı yiyecekleri istedikleri için yemeye devam ettiklerini ifade etmişlerdir (Gazmararian ve ark. 2009).

Çalışmanın sonucunda bireylerin bel ve diz problemleri gibi ek fiziksel sağlık şikayetlerinin olması bireylerin egzersiz veya yürüyüş yapmalarını engellediği belirlenmiştir. Literatürde psikiyatrik hastalığa ve diyabet tanısı olan bireylerde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır fakat yalnızca diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (Lawton ve ark. 2006; Simmons ve ark. 2007; Carbone ve ark. 2007; Fukunaga ve ark. 2011; Fort ve ark. 2013).

Bu çalışmada psikiyatrik hastalığı olan diyabetli bireyler yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerden farklı olarak psikiyatrik hastalıklarından kaynaklı yaşadıkları belirtiler ve kullanılan psikotrop ilaç yan etkisi olarak gelişen ayak krampları ve uyku sorunlarının diyabet öz bakımlarını yerine getirmelerinde zorluk yaşamalarına neden olduğu belirlenmiştir. Literatürde psikiyatri hastalıklarla birlikte diyabet tanısına sahip bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını

belirlemek amacıyla sınırlı çalışmaya rastlanmakla birlikte yapılan çalışmalarda da diyabet ve komorbid şizofreni hastalığına sahip olmanın diyabet öz bakımını olumsuz etkilediğini göstermektedir (El-Mallakh 2007; Leutwyler e ark. 2010). Dickerson ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmanın sonucunda tüm psikiyatrik semptomların diyabet bakımını önemli derecede engelleyici olduğunu göstermektedir. Chen ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada şizofreni ve diyabet tanısına sahip bireylerin sadece diyabet tanısına sahip bireylere göre fiziksel aktivite, diyet ve kan şekeri kontrolü gibi öz bakım aktivitelerini yapmada daha çok probleme sahip oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada psikiyatrik hastalığa sahip diyabetli bireyler halusinasyonları nedeniyle diyabetlerini yönetmekte zorlandıkları belirlenmiştir. El-Mallakh'ın (2006) çalışmasında halusinasyon ve sanrı gibi psikiyatrik semptomların şizofreniye ek olarak diyabeti olan hastaların diyabet öz bakımlarını etkili bir şekilde yapmalarına engel olduğu bulunmuştur. Hultsjö ve Hjelm'in (2012) psikoza olan bireylerde diyabeti önlemek amacıyla ruh sağlığı çalışanlarının verdikleri desteği belirlemek için yaptıkları kalitatif çalışmada sağlık çalışanları hastaların halusinasyon ve sanrılarının dengeli diyeti engellediğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada bipolar tanısına sahip diyabetli bireyler mani döneminde boşvermişlik düşüncelerine sahip olmalarını ve depresif dönemde hayattan zevk almama ve isteksizlik yaşamalarının diyabet öz bakımlarını yerine getirememelerine neden olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda psikiyatrik hastalıkların diyabetle baş etmeyi güçleştirdiği ve psikolojik iyilik halinin diyabet yönetiminde önemli olduğu düşünülebilir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin öz bakım ihtiyaçlarının farkında olmalı, bireylerin psikiyatrik semptomlarını değerlendirerek (Katakura ve ark. 2013) öz bakımını engelleyen durumları belirlemeli ve diyabet eğitim programları girişimlerinde ruh sağlığının yönetimini de içermelidir (Shakibazadeh ve ark. 2011).

Alt tema 2: Çevresel engelleyici faktörler

Her iki hasta gruptaki bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını yerine getirmelerinde sağlık ekibinin ve aile bireylerinin olumsuz tutum ve geri bildirimlerinin engelleyici olduğu sonucuna varılmıştır. Blixen ve arkadaşlarının (2016) psikiyatrik hastalığa (majör depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni) ve diyabet tanısına sahip bireylerle yaptığı çalışmanın sonucunda aile ve arkadaş desteğinin olmamasını diyabet yönetimini engelleyici bir faktör olarak bulmuştur. Aynı çalışmada sağlık bakımı verenlerle iletişim ve ilişkilerin zayıf olması da engelleyici olduğu bulunmuştur. Demirtaş ve Akbayrak'ın (2009) tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları nitel çalışmanın sonucunda hastaların, aile üyeleri tarafından, özellikle eşlerin, yiyeceklerine müdahale etmesi ve kısıtlaması hastaların öfkelenmelerine neden olduğu

belirlenmiştir. Fukunaga ve arkadaşlarının (2011) diyabetli bireylerle yaptıkları kalitatif çalışmanın sonucunda aile üyeleri ve iş arkadaşlarının diyabet konusunda anlayış eksikliği ve destek eksikliğinin bireylerin özellikle sağlıklı diyet alışkanlığını içeren diyabet yönetimini engellediği bulunmuştur. Gazmararian ve arkadaşlarının (2009) diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada diyabetle ilgili bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyen aile içi çatışmalara dikkat çekmiştir. Bu boyutta aile üyeleri ve bireylerin sosyal çevresi diyabet hakkında hemşireler tarafından eğitilmeli ve farkındalık kazandırılmalıdır.

Bu çalışmada çalışmaya katılan bireylerin kurumlarında diyabete yönelik yemek çıkmaması, iş yoğunluğu nedeniyle ara öğünleri yapmakta zorlanması gibi çalışma şartlarından kaynaklı diyabetik diyetini yönetmelerini engellediği belirlenmiştir. Lawton ve arkadaşlarının (2006) ve Mier ve arkadaşlarının (2007) yalnızca diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucunda işten kaynaklı zaman yetersizliği yaşamalarının bireylerin egzersiz yapmalarını engellediğini belirlemişlerdir.

Çalışmanın sonucunda soğuk ve yağmurlu hava koşullarının bireylerin egzersiz veya yürüyüş yapmalarına engel olduğu belirlenmiştir. Literatürde psikiyatrik hastalığa ve diyabet tansiyona sahip bireylerde bu konuda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır fakat yalnızca tip 2 diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda da hava koşullarının yürüyüş ve egzersizi engellediği benzer sonuçlar bulunmuştur (Dutton ve ark. 2005; Mier ve ark. 2007). Lawton ve arkadaşlarının (2006) Pakistanlı ve Hindistanlı tip 2 diyabet hastaları ile fiziksel aktiviteyi engelleyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları niteliksel çalışmanın sonucunda da benzer sonuç bulunmuştur. Diyabetli, 60 yaşında bir erkek hasta soğuk, yağmurlu ve rüzgarlı havalarda dışarı çıkmak istemediğini ve bu durumun fiziksel aktivitesini engellediğini ifade etmiştir.

6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikiyatrik hastalığı (şizofreni ve bipolar) ve tip 2 diyabeti olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylerin diyabet öz bakımına ilişkin inanç ve uygulamalarını ortaya koymak ve diyabet öz bakımını kolaylaştıran ya da engel olan durumları saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

Her iki hasta grubundaki bireylerin diyabet öz bakımlarını yerine getirmekte zorlandıkları,

Her iki hasta grubundaki bireylerin diyabeti ciddi, yaşamı tehdit eden, özgürlüğü ve yaşamı kısıtlayan bir hastalık gibi benzer şekilde algıladığı ve diyabete sahip olmakla ilgili üzüntü ve gelecek kaygısı yaşadıkları,

Yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerin psikiyatrik hastalığa sahip diyabetli bireylerden daha fazla diyabet bilgisine sahip olduğu ve bu bilginin diyabet uyumunu kolaylaştırdığı,

Her iki hasta grubundaki bireylerin aile ve sağlık çalışanları gibi sosyal desteğin varlığının diyabet uyumunu kolaylaştırdığı,

Psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireylerin yalnızca tip 2 diyabeti olan bireylere göre daha fazla olmakla birlikte her iki hasta grubundaki bireylerin diyabet konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasının diyabet uyumunu engellediği,

Her iki hasta grubundaki bireylerin unutkanlık ve tembellik yaşamaları, diyetine sınır koymada zorluk yaşanması ve ek fiziksel sağlık şikayetlerinin olması diyabet uyumlarını engellediği,

Her iki hasta grubundaki bireylere sağlık ekibinin ve aile üyelerinin olumsuz tutum sergilemesi ve geri bildirimleri, soğuk hava koşulları ve iş yoğunluklarının diyabet uyumunu engellediği,

Yalnızca tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerden farklı olarak psikiyatrik hastalığa sahip olan diyabetli bireylerin halusinasyon gibi psikiyatrik semptomları yaşamaları ve bu semptomlara odaklanmaları, ayak krampları ve uyku sorunları gibi psikiyatrik ilaçların yan etkilerinin olması, bipolar mani döneminde boşvermişlik düşüncelerine sahip olurken, depresif dönemde isteksizlik yaşamaları nedeniyle diyabeti yönetmede zorlandıkları sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler;

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler;

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım uygulamaları hakkında hastaya özel, onun içselleştirip uygulayabileceği biçimde, güncel ve sürekli olan, kanıta dayalı diyabet eğitimi planlamalı ve uygulamalı,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım uygulamaları hakkında bireylerin ailelerine, sağlık bakım hizmeti verenlere kanıta dayalı eğitimler planlamalı ve uygulamalı,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını değerlendirmeli, bireye özgü olarak engel olan durumları ortadan kaldıracak ya da azaltacak düzenlemeler yapıp, bireye özgü olarak kolaylaştıran durumları destekleyici ve motive edici kanıta dayalı girişimler planlamalı, uygulamalı, izlemeli ve bireyleri cesaretlendirmeli,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin özellikle psikiyatrik hastalıktan kaynaklı diyabet öz bakımı ile ilgili yaşadıkları güçlükleri, duygu, düşünce ve gereksinimlerini ifade etmelerini sağlamalı ve bütüncül yaklaşımda bulunmalı,

Hastaları egzersiz konusunda cesaretlendirmeli, yerel teşkilatlarla işbirliği, egzersizi kolaylaştıracak ortamların oluşturulması,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler psikiyatrik semptom yönetimi konusunda kanıta dayalı girişimler planlamalıdır.

Araştırmaya yönelik öneriler;

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyet, egzersiz, kan şekeri izlemi gibi diyabet öz bakım bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla çalışmalar yapılması,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarının metabolik değişkenlerle (HbA1c, BKİ, Kan glikoz düzeyi vb) karşılaştırıldığı çalışmalar yapılması,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireyler ile yalnızca tip 2 diyabetli bireylerin diyabet öz bakım uygulamalarını geliştirmeye ve desteklemeye yönelik kanıt düzeyleri yüksek girişimsel araştırmalar yapılması,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylerin yakınlarının yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi için yakınları ile kalitatif çalışmalar yapılması,

Psikiyatrik hastalığı ve tip 2 diyabet tanısına sahip olan bireylere doktor, hemşire, diyetisyen gibi sağlık bakım hizmeti sunanların psikiyatrik hastalarına yönelik algılarını, bu hastaların fiziksel sağlıklarına yönelik hizmet verme konusundaki istekliliklerini, düşüncelerini, deneyimlerini ve yaşadıkları güçlükleri ortaya koyacak niteliksel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 diyabet. Güncel Pediatri, 2007; 5: 1-10
2. Allison D, Casey D. Antipsychotic-induced weight gain. A review of the literature. Journal of Clinical Psychiatry, 2001; 62 (7): 22–31
3. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2006; 29: 1-39
4. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2010; 33: 11-61
5. American Diabetes Association (ADA). National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care, 2009; 32: 13–61
6. Atasoy A, Atay A, Ahbab S, Hanedar M, Yenigün M. Diyabetik nefropati’ye genel bir bakış. Haseki Tıp Bülteni, 2015; 53: 16-19
7. Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. DEUHYO ED, 2010; 3(3): 164-168
8. Ayalp P Tip 2 diabetes mellitus’lu hastalarda kendi kendine kan glukozu ölçüm sıklığı ile hemoglobina1c arasındaki ilişki. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık tezi, Tez koordinatörü: Uz. Dr. Rahime Özgür, İstanbul, 2008
9. Balcı G. Özbakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 10(2): 69-76
10. Barendse S, Singh H, Frier BM, Speight J. The impact of hypoglycaemia on quality of life and related patient-reported outcomes in Type 2 diabetes: a narrative review. Diabetic Medicine, 2011; 29: 293–302
11. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, Farooqi A ve ark. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. J Psychopharmacol, 2007; 21: 357-373
12. Becker T, Hux J. Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. Diabetes Care, 2011; 34: 398-402
13. Benroubi M. Fear, guilt feelings and misconceptions: Barriers to effective insulin treatment in type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice, 2011; 93: 97 – 99
14. Blixen CE, Kanuch S, Blixen, C.E, Perzynski ve ark. Barriers to self-management of serious mental illness and diabetes. American Journal of Health Behavior. 2016; 40 (2): 194-204

15. Bradshaw T, Pedley R. Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21 (3): 266–273
16. Broadbend E, Donkin L, Stroh JC. Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 2011; 34: 338–340
17. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy life style of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 1999; 29: 697-701
18. Can S, Ersöz G. Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde egzersizin yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri J Sports Sci*, 2013; 5 (1): 29-38
19. Carbone ET, Rosal MC, Torres MI, Goins KV, Bermudez O. Diabetes self-management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. *Patient Education and Counseling*, 2007; 66: 202-210
20. Catharine H, Johnston B, Lewis MA, Garg S. Self efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 2002; 64: 43-51
21. Celik S, Pınar R. Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014; 5 (2): 104-108
22. Chen KW, Tseng HM, Huang YY, Chuang YJ. The barriers to initiating insulin therapy among people with type 2 diabetes in taiwan-A qualitative study. *J Diabetes Metab*, 2012; 3 (5): 1-4
23. Chen SR, Chien YP, Kang CM, Jeng C, Chang WY. Comparing self efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes, 2014; 21: 414-422
24. Chlebowy DO, Hood S, LaJoie AS. Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban african american adults: focus group findings. *The Diabetes EDUCATOR*, 2010; 36 (6): 897-905
25. Cohen D, Grobbee DE, Stolk RP, Gispén-de Wied GC. Hyperglycemia and diabetes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Diabetes Care*, 2006; 29: 786-791
26. Cohn T. Schizophrenia and diabetes. *Current Psychiatry*, 2012; 11 (10): 29-35
27. Demiraslan H, Karaca Z, Bayram F. Diyabetik ayak ülserleri. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 2008; 1 (1): 44-55

28. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 diyabetes mellitus’lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolian journal of clinical investigation*, 2009; 3 (1): 10-18
29. Desalu OO, Salawu FK, Jimoh AK, Adekoya AO ve ark. Diabetic foot care: Self reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospital in Nigeria. *Ghana Medical Journal*, 2011; 45 (2): 60-65
30. Dickerson F, Goldberg RW, Brown CH, Kreyenbuhl JA ve ark. Diabetes knowledge among persons with serious mental illness and type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 2005; 46: 418–424
31. Dixon L, Weiden P, Delahanty J ve ark. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull*, 2000; 26: 903–912
32. Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2009; 26 (4): 210-213
33. Edward K, Rasmussen B, Munro L. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 24 (1): 46–53
34. El-Mallakh P. Doing my best: Poverty and self-care among individuals with schizophrenia and diabetes mellitus. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2007; 21: 49-60
35. El-Mallakh P. Evolving self-care in individuals with schizophrenia and diabetes mellitus. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2006; 2 (2): 55-64
36. Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM ve ark. 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 (131): 1-9
37. Fu AZ, Qiu Y, Radican L. Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Current Medical Research and Opinion*, 2009; 25 (6): 1413-1420
38. 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. *Prev Chronic Dis*, 2011; 8 (2): 1-8
39. Gazmararian JA, Ziemer DC, Barnes C. Perception of Barriers to Selfcare Management Among Diabetic Patients. *The Diabetes EDUCATOR*, 2009; 35 (5): 778-788
40. Gedik VT, Demir Ö. Periferik diyabetik nöropati. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 2008; 1 (1): 101-6

41. Goldberg RW, Kreyenbuhl JA, Medoff DR, Dickerson FB ve ark. Quality of diabetes care among adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2007; 58 (4): 536-543
42. Gray R, Hardy S, Anderson K. Physical health and severe mental illness: If we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009; 18 (5): 299-300
43. Happell B, Davies C, Scott D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21 (3): 236-247
44. Hardy S. Training practice nurses to improve the physical health of patients with severe mental illness: Effects on beliefs and attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21: 259-265
45. Hardy S, Gray R. Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19: 350-355
46. Hert MD, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M ve ark. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 2011; 10: 52-77
47. Holt RIG, Peveler RC, Byrne CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabet Med*, 2004; 21: 515-523
48. Hultsjö S, Hjelm K. Community health-care staff's experiences of support to prevent type 2 diabetes among people with psychosis: An interview study with health staff. *International Journal of Mental Health Nursin*, 2012; 21: 480-489
49. International Diabetes and Federation (2013). IDF Diabetes Atlas. Sixth edition. http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf Erişim Tarihi: 16.07.2014
50. Jalbert JJ, Daiello LA, Eaton CB, Miller SC, Lapane KL. Antipsychotic use and the risk of diabetes in nursing home residents with dementia. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2011; 9 (3): 153-165
51. 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
52. Kang HJ, Shin EM, Kim KW. Evaluation of nutrition education for diabetes mellitus management of older adults. *Korean J Community Nutr*, 2009; 14 (6): 734-745

53. Kara K, Çınar S. Tip 2 Diyabet Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki. *Kafkas J Med Sci*, 2011; 1 (2):57-63
54. Karakurt P. Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2008
55. Katakura N, Matsuzawa K, Ishizawa K, Takayanagi C. Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation setting: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 2013; 19 (2): 24-33
56. Kayar-Erginer D, Partlak-Günüşen N. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013; 6 (3): 159-164
57. Kes D. Diyabette ayak bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2015; 1 (3): 43-48
58. Kesebir S, Gençer AG. Bipolar bozukluk ve diyabetes mellitus. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010; 2 (1): 66-74
59. Krosnick A, Wilson MG. A retrospective chart review of the clinical effects of atypical antipsychotic drugs on glycemic control in institutionalized patients with schizophrenia and comorbid diabetes mellitus. *Clin Ther*, 2005; 27: 320-326
60. Larkin ME, Capasso VA, Chen CL, Mahoney EK ve ark. Measuring psychological insulin resistance: barriers to insulin use. *The Diabetes EDUCATOR*, 2008; 34 (3): 511-517
61. Lawton J, Ahmad N, Hanna L, Douglas M, Hallowell N. 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health Education Research*, 2006; 21 (1): 43-54
62. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J ve ark. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*, 1998; 28: 1463-1467
63. Leutwyler HC, Wallhagen M, McKibbin C. The impact of symptomatology on response to a health promoting intervention among older adults with schizophrenia. *The Diabetes EDUCATOR*, 2010; 36: 945-955
64. Mandrik O, Severens JL, Doroshenko O, Pan'kiv V ve ark. Impact of hypoglycemia on daily life of type 2 diabetes patients in Ukraine. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013; 6: 249-257

65. Mathew R, Gucciardi E, Melo MD, Barata P. Self- management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *Family Practice*, 2012; 13 (122): 1-12
66. McDevitt J, Snyder M, Breitmayer B, Paun O, Wojciechowski E, Marion L. Diabetes management in the context of serious and persistent mental illness. *Clinical Practice Recommendations: Evidence-Based Guidelines For Integrated Care Peer, Reviewed Edition*, July, 2002
67. McKibbin CL, Golshan S, Griver K, Kitchen K, Wykes T. A healthy lifestyle intervention for middle-aged and older schizophrenia patients with diabetes mellitus: A 6-month follow-up analysis. *Schizophrenia Research*, 2010; 121: 203–206
68. Meeto DD (2013). Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 17: 104–11
69. Mier N, Medina AA, Ory MG. Mexican Americans With Type 2 Diabetes: Perspectives on Definitions, Motivators, and Programs of Physical Activity. *Preventive Chronic Diseases*, 2007; 4 (2): 1-8
70. Muir- Cochrane, E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13 (4): 447-452
71. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 54 (2): 151-158
72. Nakar S, Yitzhaki G, Rosenberg R, Vinker S. Tip 2 diyabette insüline geçiş: aile hekiminin hastaların korkusu konusundaki yanlış düşüncesi mevcut engellerin artmasına neden oluyor. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2007; 3: 165-171
73. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *diabetes research and clinical practice*, 2011; 93: 1-9
74. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP ve ark. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia Research*, 2006; 86: 15-22
75. Newcomer JW. Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67 (suppl 9): 25-30
76. Ogawa M, Miyamoto Y, Kawakami N. Factors associated with glycemic control and diabetes self-care among outpatients with schizophrenia and type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011; 25 (1); 63-73

77. Olgun N, Aslan FE, Coşansu G, Çelik S. Diabetes Mellitus. Karadakovan A, Aslan FE (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı, Nobel kitabevi, Adana, 2011, 817-852
78. 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
79. Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications (7 ed. pp.99-135). USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, 2001
80. Örmən B, Türker N, Vardar İ, Coşkun NA ve ark. Diyabetik ayak infeksiyonlarının klinik ve bakteriyolojik değerlendirilmesi. İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection), 2007; 21 (2): 65-69
81. Özçakar N, Kartal M, Kuruoğlu E. Diyabet hastalarının özbakım bilinci. Türk Aile Hek Derg 2009; 13 (1): 17-22
82. Özdemir İ, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2011; 24: 128-138
83. Peet M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypoythesis. The British Journal of Psychiatry, 2004; 47: 102-105
84. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. Br Med J, 2001; 322: 443-444
85. Pollock RD, Unwin NC, Connolly V. Knowledge and practice of foot care in people with diabetes. Diabetes Res Clin Pract, 2004; 64: 117-22
86. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L ve ark. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. Diabetes Care, 2005; 28: 2543-2545
87. Robson D, Gray R Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies, 2007; 44: 457–466
88. Roick C, FritzWA, Matschinger H, Heider D ve ark. Health habits of patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2007; 42: 268-276
89. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S, Akhtar S. Diabetes and schizophrenia - effect of disease or drug? Results from a randomized, double-blind, controlled prospective study in first-episode schizophrenia. Acta Psychiatr Scand, 2008; 117: 342-347
90. Salokangas RK. Medical problems in schizophrenia patients living in the community (alternative facilities). Current Opinion in Psychiatry, 2007; 20: 402–405

91. Schmutte T, Flanagan E, Bedregal L ve ark. Self-efficacy and self-care: missing ingredients in health and healthcare among adults with serious mental illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 2009; 80: 1–8.
92. Schoepf D, Potluri R, Uppal H, Natalwala A ve ark. Type-2 diabetes mellitus in schizophrenia: Increased prevalence and major risk factor of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. *European Psychiatry*, 2012; 27: 33–42
93. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2011; 32: 589-597
94. Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, Losonczy MF, Rosenheck R. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2002; 159(4): 561-566
95. Shakibazadeh E, Larijani B, Shojaezadeh D, Rashidian A ve ark. Patients' perspectives on factors that influence diabetes self care. *Iranian J Publ Health*, 2011; 40(4): 146-158
96. Shrivastava S, Shrivastava P, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 2013; 12(1): 14
97. 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(3): 490-495
98. Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. *Int J Clin Pract Suppl*, 2002; 129: 80-84.
99. Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Res Theory Nurs Pract*, 2005; 19: 217-30
100. Spoelstra JA, Stolk RP, Cohen D, Klungel OH ve ark. Antipsychotic drugs may worsen metabolic control in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry*, 2004; 65: 674-678
101. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *Journal of Postgraduate Medicine*, 2011; 57: 272-277
102. Şahin N. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir*, 2012

103. Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among african americans with type 2 diabetes. The Diabetes EDUCATOR, 2008; 34 (2): 266-276
104. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011). 2011-2014 Eylem Planı, Ankara <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71375/h/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim Tarihi: 17.07.2014
105. Thomas P, Raymond P, Charbonnel B, Vaiva G. Are there specific care requirements for patients with schizophrenia and diabetes or with a risk of diabetes? Eur Psychiatry, 2005; 4: 358-63
106. Toljama M, Hentinen M. Adherence to self-care and glycaemic control among people with insülin-dependent diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing, 2001; 34 (6): 780-786
107. Tümer G, Çolak R. Tip 2 diabetes mellitusda tıbbi beslenme tedavisi. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2012; 29: 12-15
108. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2013). İstatistiklerle Türkiye. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=5 Erişim Tarihi: 17.07.2014
109. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2013; 38 (1): 31-40
110. Van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D, Hanssens L ve ark. Prevalence of diabetes and the metabolic syndrome in a sample of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord, 2008; 10: 342-348
111. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J, Whyte S, Penny C. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. The British Journal of Psychiatry, 2010; 197: 272-277
112. Wellard SJ, Rennie S, King R. Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. Contemporary Nurse, 2008; 29 (2): 218-226
113. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. The Diabetes EDUCATOR, 2004; 30(6): 980-993
114. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA. Behavioral, normative and control beliefs underlying low-fat dietary and regular physical activity behaviours for adult diagnosed

- with type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology, Health and Medicine*, 2007; 12 (4): 485-494
115. Whitemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs*, 2005; 14: 195-203
116. World Health Organization (WHO) (2013). World Diabetes Day 2013. <http://www.who.int/diabetes/en/> Erişim Tarihi: 16.07.2014
117. World Health Organization/International Diabetes Federation (WHO/IDF) (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf Erişim Tarihi: 16.07.2014
118. Wu SFV, Courtney M, Edwards H, McDowell J ve ark. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-efficacy Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45: 534–542
119. Yıldırım A, şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 7. Baskı. Seçkin Yayıncılık. Ankara, 2011
120. Yurtsever F, Danacı AE, Deveci A. Atipik antipsikotiklere bağlı gelişen diyabetin mekanizması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2007; 17: 34-42
121. Zambanini A, Newson RB, Maisy M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 1999; 46: 239-246

8. EKLER

EK I: Psikiyatri Hastalığı ve Diyabeti Olan Hastanın Tanıtıcı Bilgi Formu

Adı -Soyadı:

Psikiyatrik Tanı: ☐ Şizofreni ☐ Bipolar Bozukluk
☐ Şizoaffektif Bozukluk

Yaş:.....

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim Süresi:

Medeni Durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

Meslek: ☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur
☐ Serbest meslek ☐ Emekli ☐ Diğer.....

Gelir durumu: ☐ Gelir giderden yüksek
☐ Gelir gidere denk
☐ Gelir giderden düşük

Sağlık güvencesi: ☐ Sosyal güvenlik kurumu (SGK)
☐ Özel sağlık sigortası
☐ Diğer....

Kiminle Yaşıyor: ☐ Yalnız ☐ Anne-baba ☐ Eş
☐ Kardeş ☐ Partnerle ☐ Akraba

Diyabet Süresi:.....

Psikiyatrik Hastalık Süresi:.....

Kombine ilaç kullanımı?

Mono terapi?

Antipsikotik İlaç Kullanımı: ☐ Evet ☐ Hayır

Antidiyabetik İlaç Kullanımı: ☐ İnsülin ☐ Oral Antidiyabetik ☐ Yok

Diyabet Komplikasyonu: ☐ Kardiyovasküler (koroner arter hast.vb)
☐ Böbrek Yetmezliği (nefropati)
☐ Görme bozuklukları (retinopati)
☐ Diyabetik ayak ülserleri
☐ Diyabetik nöropati (uyuşma, yanma, karıncalanma vb)
☐ Diğer.....

Endokrin polikliniğine başvurma durumu?.....

EK II: Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hastanın Tanıtıcı Bilgi Formu

Adı -Soyadı:

Yaş:.....

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Eğitim Süresi:

Medeni Durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

Meslek: ☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur
☐ Serbest meslek ☐ Emekli ☐ Diğer.....

Gelir durumu: ☐ Gelir giderden yüksek
☐ Gelir gidere denk
☐ Gelir giderden düşük

Sağlık güvencesi: ☐ Sosyal güvenlik kurumu (SGK)
☐ Özel sağlık sigortası
☐ Diğer....

Kiminle Yaşıyor: ☐ Yalnız ☐ Anne-baba ☐ Eş
☐ Kardeş ☐ Partnerle ☐ Akraba

Diyabet Süresi:.....

Kombine Diyabet Tedavisi?.....

Antidiyabetik İlaç Kullanımı: ☐ İnsülin ☐ Oral Antidiyabetik ☐ Yok

Diyabet Komplikasyonu: ☐ Kardiyovasküler (koroner arter hast.vb)
☐ Böbrek Yetmezliği (nefropati)
☐ Görme bozuklukları (retinopati)
☐ Diyabetik ayak ülserleri
☐ Diyabetik nöropati (uyuşma, yanma, karıncalanma vb)
☐ Diğer.....

EK III: Psikiyatri Hastalığı ve Diyabeti Olan Hasta ile Görüşme Formu

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saat:.....

Bitiş saati:.....

Merhaba, benim adım **Sevecen Çelik** ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalığına ek olarak tip 2 diyabet hastalığı olan ve yalnızca tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerin diyabet öz bakımlarının nasıl olduğunu anlamaya yönelik bir çalışma yapıyorum. Bu araştırma sonunda elde edilen bilgiler sizin psikiyatrik hastalığınıza ek olarak sahip olduğunuz diyabet hastalığına yönelik diyabet öz bakımınızın nasıl olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ayrıca ortaya çıkacak sonuçlar bundan sonraki süreçte sizinle aynı sorunu yaşayan bireylere verilen hemşirelik ve diğer sağlık hizmetlerinin sağlık ve bakım sunumuna katkıda bulunacağını umut ediyorum. Bu nedenle sizin de diyabet öz bakımınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyorum.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30-60 dk süreceğinin tahmin ettiğim görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Psikiyatri Hastalığı ve Diyabeti Olan Hastanın Görüşme Soruları

- Diyabeti nasıl bir hastalık olarak görüyorsunuz?
- Diyabetinizi yönetmek için ne tür uygulamalar yapmaktasınız?
- Diyabete ve ruhsal bir hastalığa sahip olmak hayatınızı nasıl etkiliyor?
- Ruhsal hastalığınızın olması diyabetinizi yönetmenizi nasıl etkiliyor?
- Diyabetinizi yönetmenizi zorlaştıran ya da kolaylaştıran durumlar nelerdir?

EK IV: Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hasta ile Görüşme Formu

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saat:.....

Bitiş saati:.....

Merhaba, benim adım **Sevecen Çelik** ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Psikiyatrik hastalığına ek olarak tip 2 diyabet hastalığı olan ve yalnızca tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerin diyabet öz bakımlarının nasıl olduğunu anlamaya yönelik bir çalışma yapıyorum. Bu araştırma sonunda elde edilen bilgiler sizin sahip olduğunuz diyabet hastalığına yönelik diyabet öz bakımınızın nasıl olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ayrıca ortaya çıkacak sonuçlar bundan sonraki süreçte sizinle aynı sorunu yaşayan bireylere verilen hemşirelik ve diğer sağlık hizmetlerinin sağlık ve bakım sunumuna katkıda bulunacağını umut ediyorum. Bu nedenle sizin de diyabet öz bakımınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyorum.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30-60 dk süreceğinin tahmin ettiğim görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Hastanın Görüşme Soruları

- Diyabeti nasıl bir hastalık olarak görüyorsunuz?
- Diyabetinizi yönetmek için ne tür uygulamalar yapmaktasınız?
- Diyabet hastalığına sahip olmak hayatınızı nasıl etkiliyor?
- Diyabetinizi yönetmenizi zorlaştıran ya da kolaylaştıran durumlar nelerdir?

EK V: Etik Kurul Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK VI. Uygulama Kurum İzinleri



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 82010743-806.01.03
Konu :Yüksek Lisans Tezi



20.04.2015 004706

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi: 06.04.2015 tarih ve 554 sayılı yazınız..

"Psikiyatri Hastalığı ve Tıp 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tıp 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Özbakımına İlişkin Görüşleri" isimli yüksek lisans tezinin yürütülmesi Psikiyatri Anabilim Dalında takip edilen olguların çalışmaya alınması Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim

Mithatpaşa Cad. No:1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Bakırcı/İZMİR
Telefon: +90(232)4123541 Faks: +90(232)4129797
E-Posta: aylin.celep@deu.edu.tr Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Aylin CELEP
Bilgisayar İşletmeni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



09.04.2015 • 004352

Sayı : 82010743-622.99



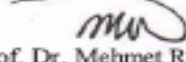
.../.../2015

Konu :Yüksekdisans Tezi Hak

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi: 06.04.2015 tarih ve 556 sayılı yazınız..

İlgi yazıda belirtilen yüksek lisans öğrencisi Sevecen ÇELİK ile Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalında görev alan Uzm.Dr.Seçil ÖZİŞİK'in yardımcı olacağı çalışma hakkında Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanlığı'nun yazısı ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ABD./ ENDOKRİNOLOJİ VE MET.BD.



Sayı : 42368431/ 124
Konu :

20/04/2015
İZMİR

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 06.04.2015 tarih ve 91829616/804-556 sayılı yazınız.

Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr. Neslihan GÜNÜŞE'in danışmanlığını yürüttüğü ve yüksekisans öğrencisi Sevecen ÇELİK ile birlikte yapılması planlanan " Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Özbakımına İlişkin Görüşleri" isimli tezinin Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğinde yürütülmesi uygun bulunmuş olup, çalışmanın yürütülmesinde kendisine Uzm.Dr.Seçil ÖZİŞİK yardımcı olacaktır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Fırat BAYRAKTAR
Endokrinoloji ve Metabolizma
Bilim Dalı Başkanı.

Bilgi: Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / İzmir/35340-İZMİR Tel : 0 232 4122201-42-03 Fax : 0 232 2590541 E-posta : tip@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için Birim Sorumlusu :

İzmir



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



BİRİM
SAYI

: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD.
34519962
593

11.5.2015

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ,

İlgi : 13.04.2015 tarih ve 4438 sayılı yazınız,

“Psikiyatri Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Özbakımına İlişkin Görüşleri” isimli yüksek lisans tezinin yürütülmesi için Anabilim Dalımızda takip edilen olguların çalışmaya alınması uygundur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

Ali hilgi

izmir

EK VII. Etik Kurul İzin Belgesi

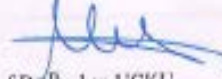
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- **572** 13.07.2015

Sayın Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN PARTLAK,

Kurulumuz tarafından 09.07.2015 tarih ve 2162-GOA protokol numaralı 2015/17-27 karar numarası ile görüşülen "**Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri**" konulu araştırmanızla ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yardımcısı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2162-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN PARTLAK Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/17-27	Tarih: 09.07.2015
	Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNUŞEN PARTLAK'ın sorumlusu olduğu "Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Mekâdes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılımcı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	Katılımcı

EK VIII. Etik Kurul Değişiklik İzin Belgesi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk. 10.03.2016
Sayı: 258

Sayın Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN PARTLAK,

Kurulumuz tarafından 10.03.2016 tarih ve 2162-GOA protokol numaralı 2016/07-36 karar numarası ile görüşülen **“Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ		
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR		
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58		
E-POSTA	0 232 412 22 43		
	etikkurul@deu.edu.tr		

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2162-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN PARTLAK Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/07-36	Tarih: 10.03.2016
	Yard.Doç.Dr.Neslihan GÜNUŞEN PARTLAK'ın sorumlusu olduğu "Psikiyatrik Hastalığı ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler ile Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen dilekçeye ilişkin; - Araştırma protokolündeki dahil etme kriteri olan Tip 2 diyabet tamsını psikiyatrik hastalık tanısından sonra almış olma kriterinin çıkartılması, -Veri toplama süresinin Nisan 2016 tarihine kadar uzatılması, İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK IX: Araştırmacı Özgeçmişi
Adı Soyadı: Sevecen ÇELİK İNCE

TC Kimlik No / Pasaport No:	53638678264
Doğum Yılı:	11.03.1987
Yazışma Adresi :	DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir
Telefon :	0 232 412 47 97
Faks :	0 232 412 47 98
e-posta :	sevecencelik@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
T.C.	Hacettepe	Hemşirelik	Hemşirelik	Lisans	2010

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Bartın Devlet Hastanesi	T.C.	Bartın	Acil Servis	Hemşire	2011-2013
Bülent Ecevit Üniversitesi	T.C.	Zonguldak	Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi	2013-2014
Dokuz Eylül Üniversitesi	T.C.	İzmir	Hemşirelik Fakültesi	Araştırma Görevlisi	2014-halen

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans		
	Doktora		

		Uzmanlık	
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)	-Psikiyatri Hemşireliği Derneği Üyeliği (2014-halen) - III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi,1-3 Eylül 2014, Ankara - DEÜ Hemşirelik Fakültesi ve Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği tarafından 27- 29.03.2014 tarihinde düzenlenen “Sağlık Alanında Niteliksel Araştırmalara Giriş” kursuna katılmıştır. - DEÜ Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı tarafından düzenlenen ve 13.11.2014 tarihinde Yard.Doç.Dr. Yaprak Civelek tarafından gerçekleştirilen “Niteliksel Araştırmalar ve Çözümleri” eğitimine katılmıştır. - Dokuz Eylül Üniversitesi’nde 15-16 Kasım 2014 tarihinde düzenlenen XII. Ege Diyabet Günleri Kursuna katılmıştır. - 18 Haziran 2015 tarihinde DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen “ORPHEUS ÇALIŞTAYI-I” programına katılmıştır -22-23 Haziran 2015 tarihinde İstanbul Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından gerçekleştirilen niteliksel araştırma kursuna katılmıştır. - 14 Kasım 2015 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde gerçekleşen XIII. Ege Diyabet Günleri Kursuna katılmıştır. - TUCRIN ve Dokuz Eylül Üniversitesi işbirliğiyle, 17-18 Mart 2016 tarihlerinde, İzmir’de, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu onaylı “Klinik Araştırmalar ve Etik Kurullara Başvuru İlkeleri Kursu”na katılmıştır.		

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐			

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Kürtüncü M, Utaş Akhan L, **Çelik S**, Alkan I. Cancer Awareness among University Students in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014; 15: 4289-4294.

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Kürtüncü, M, Utaş Akhan L, Çelik S (2014). Geleneksel Türk Ebru Sanatının kronik hastalığı olan çocukların terapisi üzerine etkisi. International Journal of Human Sciences, 11(2), 598-608. doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2908

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Kürtüncü Meltem, Yigitbas Cagla, Akhan Latife, **Çelik Sevecen**, Alkan Isın, Tanir Ibrahim Murat (2014). The effect of perceived emotional abuse on social skills in intermediate grade students. 5th Congress of the European Academy of Paediatric Societies – EAPS, October 17-21, 2014, Barceleno, Spain (Poster).

Kürtüncü Meltem, Akhan Latife, **Çelik Sevecen**, Alkan Isın (2014). Determining the level of awareness on cancer in university students. 5th Congress of the European Academy of Paediatric Societies – EAPS, October 17-21, 2014, Barceleno, Spain (Poster).