

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE İNSAN BAKIM
KURAMINA DAYALI UYGULAMALARIN UYKU
KALİTESİ VE KAN GLUKOZU DÜZEYİNE
ETKİSİ**

DENİZ TALAZ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2017

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970098

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE İNSAN BAKIM
KURAMINA DAYALI UYGULAMALARIN UYKU
KALİTESİ VE KAN GLUKOZU DÜZEYİNE
ETKİSİ**

DENİZ TALAZ

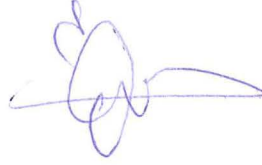
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

Birinci Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2012970098

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora /Yüksek Lisans programı öğrencisi Deniz Talaz ‘**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE İNSAN BAKIM KURAMINA DAYALI UYGULAMALARIN UYKU KALİTESİ VE KAN GLUKOZU DÜZEYİNE ETKİSİ**’ konulu Doktora/Yüksek Lisans tezini 22.06.2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

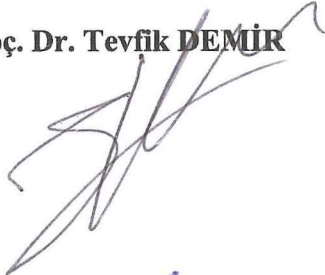


BAŞKAN

Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

ÜYE

Doç. Dr. Tevfik DEMİR



ÜYE

Doç. Dr. Elif Ünsal AVDAL



ÜYE

Doç. Dr. Hatice MERT



ÜYE

Doç. Dr. Şebnem Çınar YÜCEL



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1. Giriş ve Amaç.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Araştırma Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	
2. Genel Bilgiler.....	7
2.1.Diyabet.....	7
2.1.1.Diyabet Tanı Kriterleri	8
2.1.2.Hemoglobin A1c (HbA1c: A1C).....	9
2.1.3.Diyabet Semptomları	9
2.1.4.Diyabet Sınıflaması	9
2.1.5.Tip 2 Diyabet	9
2.1.6.Tip 2 Diyabet Yönetimi.....	10
2.2.Uyku ve Diyabet	11
2.2.1.Uyku Bozuklukları ve Glukoz Metabolizması	13

2.2.2.Uyku Bozuklukları ve İştah Düzenlenmesi	15
2.2.3.Diyabetin Uyku Üzerine Etkisi.....	17
2.2.4.Uykuyu Geliştirmeye Yönelik Non-Farmakolojik Uygulamalar	18
2.3.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Watson İnsan Bakım Kuramı	23
2.3.1.İyileşme Çevresi Bileşenleri	25
2.3.2.İyileştirme Süreçleri.....	26
2.3.3.Kuramın Paradigmaları.....	27
2.4. Uyku Sorunu Olan Diyabetli Bireylerin Bakımında Watson İnsan Bakım Teorisi'nin Kullanımı.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3. Gereç ve Yöntem	35
3.1.Araştırmanın Tipi	35
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	35
3.4.Örnekleme Dahil Etme Ölçütleri	35
3.5.Araştırma Materyali.....	36
3.6.Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.7.Verİ Toplama Araçları.....	37
3.7.1.Kişisel Bilgi Formu	37
3.7.2.Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ)	38
3.7.3.HbA1c İzlem Formu	38
3.7.4. Nitel Görüşme Formu	39
3.8.Araştırma Planı ve Takvimi.....	39
3.9.Verİ Toplama Süreci.....	41
3.10.Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı	41

3.11.Watson İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Uygulamaları	48
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.13.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
3.14.Araştırmanın Etik Yönü.....	48

4. BULGULAR

4. Bulgular	49
4.1.Nicel Bulgular.....	49
4.2.Nitel Bulgular	53

5. TARTIŞMA

5.Tartışma	65
5.1. Uyku Kalitesinde İyileşme	65
5.2. Tedaviye Uyum ve Glisemik Kontrol.....	66
5.3. İyilik Hali.....	67
5.4. Affetme.....	68

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.Sonuç ve Öneriler	71
6.1.Sonuçlar	71
6.2.Öneriler	71
6.2.1.İç Hastalıkları Hemşireleri ve Diyabet Hemşireleri İçin Öneriler.....	71
6.2.2.Araştırmacılara Yönelik Öneriler	72

7. KAYNAKLAR.....

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu.....	89
EK-2: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	91
EK-3: HbA1c İzlem Formu	93

EK-4: Nitel Görüşme Formu.....	94
EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	95
EK-6:Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Uygulama İzni	97
EK-7:Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu	98
EK-8:Özgeçmiş	101



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 2. Watson İnsan Bakım Kuramı İyileştirme Süreçleri.....	26
Tablo 3. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Uygulamaları Akış Şeması.....	43
Tablo 4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	49
Tablo 5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin HbA1c İçin Tanımlayıcı Değerleri	51
Tablo 6. PUKÖ Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve PUKÖ Puan Ortalamaları	52
Tablo 7. Nitel Veri Analiz Sonuçları	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Uyku Bozuklukları ve Glisemik Kontrol Arasındaki İlişki	2
Şekil 2. Uyku Bozuklukları ve Nörohormonal İşleyişteki Değişiklikler	14
Şekil 3. Uyku Kaybı ve Enerji Dengesi	16
Şekil 4. Watson'ın İnsan Bakım Teorisi-Bir Uygulama Modeli.....	24
Şekil 5. Araştırma Diyagramı.....	36
Şekil 6. Araştırma Planı ve Takvimi	40
Şekil 7.Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	42



KISALTMALAR

ADA	American Diabetes Association
DM	Diabetes Mellitus
HbA1c	Hemoglobin A1c
HPA	Hipotalamik–Pitüiter–Adrenokortikal
IDF	International Diabetes Federation
IBM	İnsan Bakım Modeli
GH	Growth Hormon
TSH	Tiroid Stimule Edici Hormon
NREM	Non-REM
OUA	Obstrüktif Uyku Apnesi
OUAS	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PUKÖ	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği
REM	Rapid Eye Movement
SMBG	Self Monitoring of Blood Glucose
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği
TURDEP-I-II Çalışması	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans I-II Çalışması

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgisini, deneyimlerini, yardımlarını ve büyük sevgisini benden esirgemeyen, her daim yanımda olan ve beni aydınlatan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Sevgi Kızılcı'ya, her konuda bilgi ve tecrübeleriyle, değerli önerileriyle, destek ve yardımlarıyla bana yol gösteren, sevgisini her zaman hissettiren değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Özlem Küçükgülü'ye, tezime büyük katkı sağlayan tez izlem komitesi üyelerihocalarım Sayın Doç. Dr. Tevfik Demir ve Sayın Doç. Dr. Hatice Mert'e çok teşekkür ederim.

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesine imkan sağlayan Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Polikliniğine, beni destekleyen kurumum İzmir Ekonomi Üniversitesi'ne teşekkür ederim.

Akademik hayatım boyunca beni destekleyen bütün hocalarıma ve arkadaşlarıma, bu süreçte bana çok yardımcı olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Burcu Akpınar Söylemez'e, araştırmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara, eğitim hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan sevgili aileme çok teşekkür ederim.

Deniz TALAZ

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE İNSAN BAKIM KURAMINA DAYALI
UYGULAMALARIN UYKU KALİTESİ VE KAN GLUKOZU DÜZEYİNE ETKİSİ

Deniz TALAZ, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Balçova/İZMİR

deniz.talaz@ieu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, tip 2 diyabetli bireylerde uyku kalitesini arttırmaya yönelik uygulamalar yapılması ve bu uygulamaların uyku kalitesi ile glisemik kontrole etkisini incelemektir. Bu bağlamda, tip 2 diyabetli bireylere, Watson İnsan Bakım Kuramı'na dayalı hemşirelik uygulamalarının uyku kalitesi ve glisemik kontrole etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, ön test-son test düzeninde, prospektif, niceliksel ve niteliksel olarak karma yöntemle yapılmıştır. Araştırmanın kavramsal çerçevesini Watson İnsan Bakım Kuramı oluşturmuştur. Veriler, 2015-2016 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Endokrin Bölümünde toplanmıştır. Örneklem grubu, uyku problemi olan tip 2 diyabetli bireylerden meydana gelmiştir.

Bulgular: Araştırmada katılımcıların oturum öncesi ve sonrasında, toplam uyku kalite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.05$) ve uyku kalitelerinde artış görülmüştür. Ayrıca oturum öncesi ve sonrasında A1c düzeyi değerlerinde düşme olduğu belirlenmiştir. Nitel değerlendirme sonucunda, “iyilik hali, affetme, uyku kalitesinde iyileşme ve tedaviye uyum” olmak üzere dört ana tema saptanmıştır.

Sonuç: Sonuçlar, İnsan bakım kuramı çerçevesinde yapılandırılmış hemşirelik uygulamalarının, diyabetli bireylerde uyku kalitesini artırma ve glisemik kontrolü sağlamada etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsan Bakım Kuramı, Uyku Kalitesi, Glisemik Kontrol, Tip 2 Diabetes Mellitus.

THE EFFECT OF IMPLEMENTATIONS BASED ON THE THEORY OF HUMAN
CARING ON SLEEP QUALITY AND BLOOD GLUCOSE LEVEL IN PEOPLE WITH
TYPE 2 DIABETES

Deniz TALAZ, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Balçova/İZMİR

deniz.talaz@ieu.edu.tr

ABSTRACT

Purpose: Within the context of this research, practices related to the improvement of sleep quality in type 2 diabetic individuals, and the effects of these practices on sleep quality and glycemic control, are aimed to be investigated. In this regard, nursing practices designed within the scope of Watson's theory of human caring tested sleep quality, and effects on HbA1c, in type 2 diabetic individuals.

Materials and Methods: This research was performed using mixed method composing pre-test and post-test prospectively, qualitatively and quantitatively. Watson's Theory of Human Caring is the framework of this Research. Data were collected in Endocrine Department, Dokuz Eylül University Hospital between 2015-2016 years. Individuals with type 2 diabetes who have sleep problems are sample group of this research.

Findings: In the research statistically logic differences ($p<0.05$) were found between total sleeping quality scores of pre-session and post-session and there was an increase in sleep quality. Also it was also determined that A1c level values decreased after session. In the scope of quantitative investigation, four main theme were determined as wellness, forgiveness, recovery of sleeping quality and adopting treatment.

Conclusion: The results show that the nursing practices that are based on Watson Human Caring Theory are effective in increasing the sleep quality and having the glycemic control in diabetic individuals.

Key words: Theory of Human Caring, Sleep Quality, Glycemic Control, Type 2 Diabetes Mellitus.

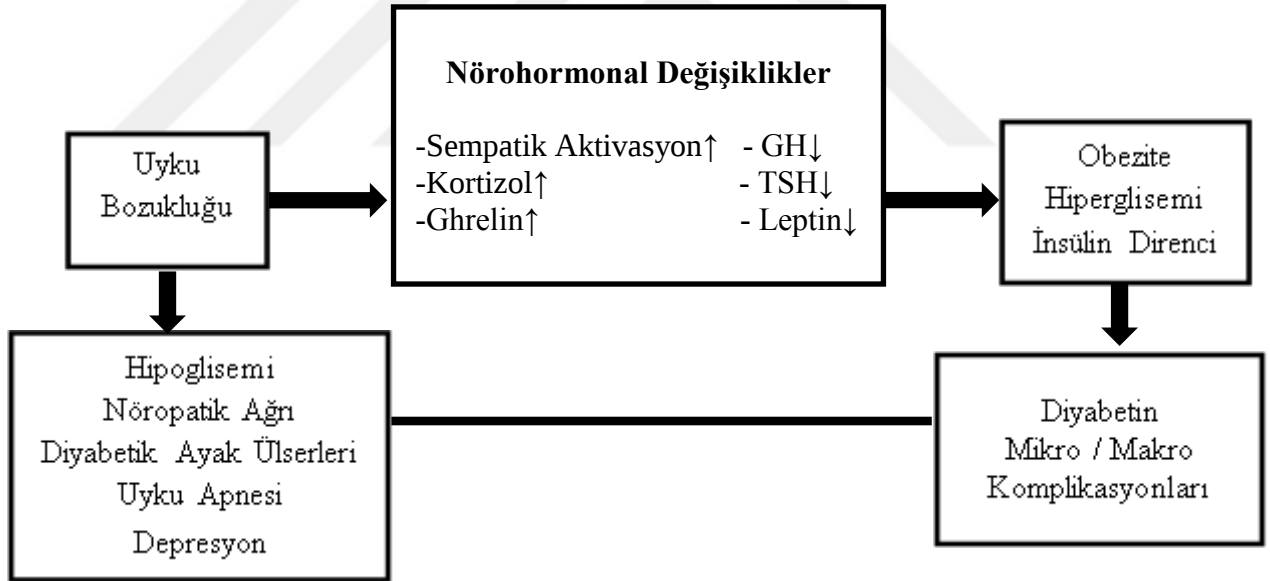
1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diabetes Mellitus (DM), insülin sekresyonu, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde bir defekt olması sonucu organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, hiperglisemiyle karakterize, sürekli tıbbi bakım gerektiren ve komplikasyonlara yol açan kronik metabolik bir hastalıktır (Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2011; American Diabetes Association [ADA], 2013). Diyabetli insan sayısı 2011 yılında dünyada 366 milyon iken, bu sayının %48 artış ile 2030 yılında 551 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Whiting ve ark., 2011). Türkiye’de de diyabetli birey sayısı giderek artmaktadır. Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı; Satman ve ark., (2002) tarafından yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans I (TURDEP-I) çalışmasına göre %7.2 iken, bu oranın TURDEP-II çalışmasında %13.7’ye ulaştığı görülmüştür (Satman ve ark., 2010). Diyabette temel sorun kan glukoz düzeyinin yüksekliğidir. Kan glukozu yüksekliği sonucu diyabetik ayak, retinopati, nefropati, nöropati ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (TEMĐ, 2011). Amerikan Diyabet Derneği, diyabetli bireyin yaşamını ve yaşam kalitesini tehdit eden yüksek kan glukozunun beslenme, fiziksel aktivite, stres, hormon düzeyindeki değişiklikler, tedavi etkinliği ve ilaçlara uyum, enfeksiyon veya eşlik eden başka bir hastalık gibi birçok faktörle ilişkili olduğunu belirtmektedir (ADA, 2013). Yetersiz uyku da diyabet ve komplikasyonları riskini arttırmaktadır (Taub ve Redeker, 2008).

Uyku; tüm memelilerde, otomatik işlevleri, davranışları, bilişsel işlevleri ve hücre içi mekanizmaları kontrol eden, enerjinin korunmasını, dokuların gelişim ve onarımını sağlayan, başta sinir sistemi olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkili olan doğal bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Koban ve Swinson, 2005; Lim ve Foldvary-Schaefer, 2010; Miro ve ark., 2003). Kişiden kişiye ve yaşa göre değişmekle birlikte, yetişkinler için ideal uyku süresi, günde ortalama 7-8 saattir (Hernandez, Philippe ve Jornayvaz 2012). Kaliteli bir uykunun; zamanında, yeterli süre ve kesintisiz olması önerilmektedir (Buysse ve ark., 1989; Kline ve ark., 2013).

Yapılmış çalışmalarda, uyku bozukluklarının diyabet gelişimine ve tersi olarak da diyabetin uyku bozukluklarına yol açtığı ileri sürülmektedir (Taub ve Redeker, 2008; Barone ve Menna-Barreto, 2011). Uyku süresi yetersiz olduğunda, enerji dengesini sağlayan hormonların salınımında değişim nedeniyle, obezite, hiperglisemi ve insülin direnci gelişme riski artmakta; diyabetli kişilerde mikro ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Somers ve ark., 1995; Vgontzas ve ark., 1999; Irwin ve ark., 1999; Spiegel ve ark., 2004; Van Cauter ve ark., 2007; Van Cauter ve ark., 2008; Kessler ve ark., 2010; Stamatakis ve Punjabi, 2010). Diyabet komplikasyonları olan nöropatik ağrı, diyabetik ayak ülserleri ve uyku apnesi uykunun etkinliği ve kalitesinde bozulmaya neden olmakta, yetersiz uyku sonucu glisemik kontrol bozulmakta, bir kısır döngü gelişmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Uyku Bozuklukları ve Glisemik Kontrol Arasındaki İlişki

Uyku bozuklukları sonucu glukoz metabolizmasındaki bozulma, nörohormonal değişimlerle ilgilidir. Uyku bozukluğu durumunda, sempatik aktivitede, kortizol ve ghrelin düzeyinde artış ve büyüme hormonu, TSH ve leptin salınımında azalma olmaktadır. Normal uyku sürecinde, Non-REM uykunun derin evresinde sempatik sinir aktivitesi azalır. Ancak, zamanında ve yeterli süre uyunmadığında, norepinefrin düzeyinde artış sonucu, glikojenoliz ve

glükoneogenez nedeniyle insülin direnci gelişir. Stamatakis ve Punjabi (2010), sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artışın, olumsuz metabolik etkilere neden olduğunu, Spiegel ve arkadaşları (1999) ise, bu artışın pankreatik beta hücre cevabında azalmaya neden olabildiğini belirtmektedir. İnsülin karşıtı düzenleyici hormonlardan olan büyüme hormonu, uykunun başlangıcında yükselir, NREM uykunun derin evresinde en yüksek seviyeye ulaşır (Taub ve Redeker, 2008). Uyku kısıtlaması durumunda, bu fizyoloji bozulur. Büyüme hormonu eksikliğinde, glukoz kullanımının azalmasıyla insülin direnci gelişir (Spiegel ve ark., 1999; Taub ve Redeker, 2008). İnsülin karşıtı düzenleyici hormonlardan bir diğeri olan kortizolün düzeyi, uykunun ikinci yarısında ağırlıklı olarak da REM uykusunda büyük oranda artış gösterir (Van Cauter ve ark., 2007; Van Cauter ve ark., 2008). Uyku bozukluğu olanlarda kortizol, yeterli uyuyanlara göre,ertesi gün öğleden sonra ve akşamın erken saatlerinde daha fazla salgınır (Spiegel ve ark., 1999). Kortizol düzeyinin artması, glukoz toleransı, insülin duyarlılığı ve insülin sekresyonunda değişikliklere neden olmaktadır (Plat ve ark., 1999). Leptin ve ghrelin, iştah ve doyum hissini düzenleyen hormonlardır (Gale ve ark.2004). Leptin ve ghrelin salgınımı da uyku ile ilişkilidir. Bu nedenle uyku bozukluklarında, iştah düzenlenmesi, yeme davranışı ve enerji dengesinde düzensizlikler ortaya çıkmaktadır. Uyku eksikliğinde; tokluk hormonu olan leptin baskılanır, iştah uyarıcı olan ghrelin salgınımı ise artar. Böylece açlık hissi ve gıda alımının artmasına bağlı kiloda artış ortaya çıkar (Punjabi ve ark., 2003; Spiegel ve ark., 2004; Taheri ve ark., 2004; Copinschi, 2005; Taub ve Redeker, 2008; Morselli ve ark., 2010; Copinschi ve ark., 2014; Moraes ve ark., 2014). Ayrıca, düzensiz uyku nedeniyle gıda alım zamanında ve miktarında da değişme olmaktadır. Sonuçta, uyku bozuklukları; fazla yeme ve enerji dengesinde bozulmaya yol açarak; kilo alımı, obezite, bozulmuş glukoz toleransı, insülin direnci, tip 2 diyabet ve diyabet komplikasyonlarına neden olmaktadır (Depner ve ark., 2014; Schmid ve ark., 2014).

Diyabet, özellikle komplikasyonları açısından uyku durumu üzerinde etkili ve belirleyici bir rol oynamaktadır. Diyabetli bireylerde, hastalığın komplikasyonlarından olan nöropati, obstrüktif uyku apnesi (OUA) ve hipoglisemi nedeniyle, uyku kalitesi ve uyku-uyanıklık siklusu bozulabilmektedir. Diyabetik nöropatisi olan bireylerde, ağrı düzeyi arttıkça, uyku kalitesinin düştüğü bulunmuştur (Sadosky ve ark., 2013). Uyku sırasında üst hava yollarının tekrarlayan tıkanıklıkları sonucu uykunun yetersiz olması ve buna bağlı olarak gelişen gündüz aşırı uykululuk hali olarak tanımlanabilen OUA, Tip 2 diyabetli bireylerin önemli bir oranında

görülmektedir (Obaseki ve ark., 2014; Storgaard ve ark., 2014). OUA olan hastalarda uyku boyunca ve uyanıklık durumunda sempatik aktivite düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Somers ve ark., 1995). Diyabette sıklıkla karşılaşılan hipoglisemi atakları ve hipoglisemi yaşama korkusu da uykuyu olumsuz etkilemektedir (Gale ve Tattersall, 1979; Bendtson ve ark., 1988; Bendtson ve ark., 1992). Tekrar eden ve ciddi hipoglisemi yaşayan diyabetli bireyler, uykuda hipoglisemi geçirme ve hipoglisemiye fark edememe korkusu ile geç yatmaktadırlar. Song ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada; insülin tedavisi alan tip 2 diyabetli kadınların uyku kalitesinin kötü olduğu, uyku bozuklukları prevalansının bu grupta daha yüksek olduğu görülmektedir.

Literatürde uykuya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri ile ilgili genel olarak non-farmakolojik yöntemler ele alınmıştır. Araştırmalarda; bilişsel davranışçı terapi (Morin ve ark., 1994; Stepanski ve Wyatt, 2003), yaygın doğal sesler (Williamson, 1992), müzik terapisi ve müzik videoları (Zimmerman ve ark., 1996), sırt masajı, kas gevşemesi, relaksasyon eğitimi, zihinsel imgeleme (Richards, 1998; Richardson, 2003), yavaş basınçlı sırt masajı (Harris ve ark., 2012), kulak akupunkturu (Suen ve ark., 2002), intradermalakupunktur (Kim ve ark., 2004), aromaterapi, masaj (Soden ve ark., 2004), gündüz yatak dışında tutma, güneş ışığından yararlanılma, yatma rutinlerini tanımlama, ışık ve gürültü düzeylerini azaltma konularını içeren uyku hijyen protokolü uygulamaları (Alessi ve ark., 2005), kişisel hijyen, oda ısısının ayarlanması, gürültü ve ışık kontrolü, rahatlatma teknikleri gibi girişimleri içeren uyku hijyeni uygulamaları (LaReau ve ark., 2008), fiziksel dayanıklılık egzersizi, yürüme, sosyal aktivite (Richards ve ark., 2011) gibi non-farmakolojik uygulamalar yapılmıştır.

Uykunun sağlık için faydası her dönem vurgulanmıştır. Birçok hemşirelik model ve kuramlarında uykunun temel insan gereksinimi olarak tanımlandığı ve onarıcı fonksiyonu nedeniyle hemşirelik bakımında büyük önem taşıdığı belirtilmektedir (Henderson, 1966; Orem, 2001; Roper-Logan-Tierney, 2006; Lane ve East, 2008). Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde de uyku, temel fizyolojik bir gereksinim olarak tanımlanmaktadır. Uyku bozukluklarının, glukoz metabolizması, iştah düzeni ve enerji harcaması üzerine etkileri kanıtlanmıştır. Uyku bozuklukları, glisemik sonuçların bozulmasına neden olmakta, diyabetin ortaya çıkmasına zemin hazırlamakta ya da diyabeti olanlarda hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve komplikasyon

riskini arttırmaktadır. Sonuç olarak; uyku ile ilgili faktörlerin ve uyku bozukluklarının metabolizma üzerindeki etkilerinin bilinmesi, tüm hastalarda uyku durumunun tanınması ve uyku gereksiniminin karşılanması, diyabet gelişiminin ve diyabet komplikasyonlarının azalmasına katkı sağlayacağı söylenebilir. Uyku kalitesini arttırmaya yönelik non-farmakolojik hemşirelik girişimlerinin birçok farklı popülasyon ve hasta gruplarında uygulanmış olmasına karşın; diyabetli bireylerde uygulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bakım paradigması olarak tanımlanan ve bütüncül yaklaşımı esas alan “Watson’ın İnsan Bakım Kuramında”, yer alan iyileştirme süreçlerinden, “gereksinimlere yardım (süreç 9: temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma)” süreci kapsamında, özellikle bireylerin rahatlaması, yenilenmesi ve özellikle uyku teması yer almaktadır. Watson’ın İnsan Bakım Kuramına dayalı uygulamaların birçok sağlık sorunu için ele alınmış olmasına karşın; uyku problemi yaşayan bireylerde bu kuramın kullanımına rastlanamamıştır. Ayrıca bir kurama dayalı hemşirelik uygulama modeli oluşturulacağından bu araştırma özgün bir çalışma olarak tanımlanabilir. Bu araştırma ile geliştirilen uygulama programının, Diyabet Hemşireliği Derneği, Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği (TEMED) ve Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapılarak ilgili kurumlarda kullanılması planlanmaktadır. Diyabetli bireylerde uykunun önemi konusunda farkındalığın artırılması ve uyku kalitesini geliştirmeye yönelik hemşirelik uygulamalarının yaygınlaşmasının diyabet komplikasyonlarının önlenmesine, hastaların daha kaliteli yaşam sürdürmelerine katkı sağlayacağı ve maliyet etkin olacağı söylenebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Uyku, kan glukozu kontrolünde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Uyku bozuklukları diyabet hastalığı için bir risk oluşturmakta ve var olan diyabeti de olumsuz etkilediği; aynı şekilde diyabetli bireylerde de uyku kalitesinin bozulduğu görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın amacı; tip 2 diyabetli bireylerde İnsan Bakım Kuramına dayalı uygulamaların uyku kalitesi ve kan glukozu düzeyine etkisini incelemektir.

Tip 2 Diyabetli Bireylerde, “Watson İnsan Bakım Kuramı”na Dayalı Yapılacak Hemşirelik Uygulamaları, Uyku Kalitesi ve Kan Glukoz Düzeyi Üzerinde etkili midir bilimsel sorusuna yanıt aranmaktadır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

H0: Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi yoktur.

H1: Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi vardır.

H0: Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Kan Glukoz Düzeyi Üzerine Etkisi yoktur.

H1: Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Kan Glukoz Düzeyi Üzerine Etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde diyabet ve diyabet ile ilgili bilgilere, tip 2 diyabet ve yönetimine, uyku ve diyabet ilişkisine, uykuyu geliştirmeye yönelik non-farmakolojik uygulamalara ve ayrıca araştırmanın kavramsal çerçevesine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Diyabet

Diabetes Mellitus (DM), insülin sekresyonu, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde bir defekt olması sonucu organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, hiperglisemiyle karakterize, sürekli tıbbi bakım gerektiren ve komplikasyonlara yol açan kronik metabolik bir hastalıktır (Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2011; American Diabetes Association [ADA], 2013).

Dünyada ve ülkemizde diyabet yaygınlığı giderek artış göstermektedir, özellikle tip 2 diyabet görülme sıklığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır (Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, 2011). Diyabetli insan sayısı 2011 yılında dünyada 366 milyon iken, bu sayının %48 artış ile 2030 yılında 551 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Whiting ve ark., 2011). Türkiye’de de diyabetli birey sayısı giderek artmaktadır. Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı; Satman ve ark., (2002) tarafından yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I (TURDEP-I)’e göre %7.2 iken, bu oranın TURDEP-II çalışmasında %13.7’ye ulaştığı görülmüştür (Satman ve ark., 2010).

Diyabetin artış nedenleri arasında; yaşam süresinin artması, kentleşmeye bağlı yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel hareketsizlik ve beslenme şekli sayılmaktadır (TEMĐ, 2014). Diyabette temel sorun kan glukoz düzeyinin yüksekliğidir. Kan glukozu yüksekliği sonucu diyabetik ayak, retinopati, nefropati, nöropati ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (TEMĐ, 2011). Amerikan Diyabet Derneği, diyabetli bireyin yaşamını ve yaşam kalitesini tehdit eden yüksek kan glukozu kontrolünün beslenme, egzersiz, stres, hormon düzeyindeki değişiklikler, tedavi etkinliği ve ilaçlara uyum, enfeksiyon veya eşlik eden başka bir hastalık gibi birçok faktörle ilişkili olduğunu belirtmektedir (ADA, 2013).

2.1.1. Diyabet Tanı Kriterleri

TEMED tarafından belirlenen diyabet için güncel tanı kriterleri Tablo 1’de görülmektedir. Aşikar DM tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisininin olması yeterli sayılmaktadır ve diyabet tanısı dört yöntemden herhangi birisi ile konulabilmektedir (TEMED, 2016).

Tablo 1. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

Aşikar DM	
APG (≥8 st açlıkta)	≥ 126 mg/dl
OGTT 2. St PG (75 g glukoz)	≥ 200 mg/dl
Rastgele PG	≥ 200 mg/dl + Diyabet semptomları
A1C	≥ %6.5 (≥ 48 mmol/mol)
DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz toleranstesti, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c	

2.1.2. Hemogloblin A1c (HbA1c: A1C)

Bireysel kan şekeri ölçümü kısa süreli glisemik kontrol parametresi iken, glikozillenmiş hemogloblin (A1c) uzun süreli glisemik kontrol parametresidir. Geriye dönük olarak diyabetin uzun süreli kontrolünün değerlendirilmesinde, komplikasyonların önceden fark edilmesinde A1c düzeyi güvenilir bir yöntem vealtın standart olarak kabul edilmektedir (ADA, 2010).

Glisemik hedefler bireyselleştirilmelidir. Düşük yaşam beklentisi, uzun süreli diyabet, tekrarlayan ciddi hipoglisemik atakların, eşlik eden mikro ve makrovasküler komplikasyonların veya eşlik eden diğer hastalıkların varlığında ya da uzun süredir kötü diyabet kontrolünde daha esnek glisemik kontrol hedefleri tercih edilebilmektedir. Glisemik kontrol hedefleri arasında; A1C; $\leq 7\%$ (≤ 53 mmol/mol) olarak belirtilmektedir (TEMD, 2016).

2.1.3. Diyabet Semptomları

Diyabet semptomları klasik semptomlar ve daha az görülen semptomlar olarak ele alınabilir. Klasik semptomlar arasında poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri yer almaktadır.

Daha az görülen semptomlar ise; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı infeksiyonlar, tekrarlayan mantarinfeksiyonları, kaşıntı olarak sıralanabilmektedir (TEMD, 2016).

2.1.4. Diyabet Sınıflaması

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü (tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve GDM) primer, diğeri (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir (TEMD, 2016).

2.1.5. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet, çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkar, ancak obezite artışına bağlı son yıllarda çocukluk veya adolesan çağlarında da ortaya çıkmaya başlamıştır. Güçlü bir genetik yatkınlık söz konusudur. Hastalık genellikle sinsi başlangıçlıdır. Pek çok hastada başlangıçta hiçbir semptom yoktur. Bazı hastalar ise bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar infeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme nedeniyle başvurabilir (TEMD, 2016).

2.1.6. Tip 2 Diyabet Yönetimi

Diyabetli bireyler, kilo kaybı sağlamaya yönelik sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemini, fiziksel aktivitesini nasıl artıracığını, tedaviye uygun sayıda ve zamanda evde glukoz takibi (Self Monitoring of Blood Glucose: SMBG) uygulamayı, kullandığı antidiyabetik ilaçların ne zaman alınacağını, hastalığın doğal seyri gereği, süreç içinde insülin gereksiniminin olabileceğini, eşlik eden diğer sorunlarının diyabetini etkileyebileceğini, gereğinde insülin enjeksiyonu yapmayı, hipoglisemi belirtileri ve tedavisini, mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan korunmayı, ayak bakımını, araya giren hastalıklar ve özel durumlarda diyabetini nasıl regüle edebileceğini, ne zaman sağlık ekibi ile iletişim kurması gerektiğini, reproduktif yaşlardaki kadın diyabetliler kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelikte glisemik kontrolün önemini bilmek zorundadır (TEMD, 2016).

Amerikan Diyabet Derneği'nin "Diyabette Medikal Bakım Standartları 2017" kılavuzunda ise; sağlığın teşviki ve nüfustaki eşitsizliklerin azaltılması, diyabetin sınıflaması ve tanısı, kapsamlı tıbbi değerlendirilme ve komorbiditelerin değerlendirilmesi, yaşam tarzı yönetimi ve bunun altında sigarayı bırakma: tütün ve e-sigara kullanımı, tip 2 diyabeti önleme ve erteleme, glisemik hedefler, tip 2 diyabet tedavisi için obezitenin yönetimi, farmakolojik yaklaşımlar ve glisemik tedavi, kardiyovasküler hastalık ve risk yönetimi, mikrovasküler komplikasyonlar ve ayak bakımı, ileri yetişkinlik, çocuklar ve adolesanlar, gebelikte diyabet yönetimi, hastanede diyabet bakımı, diyabet savunuculuğu konuları yer almaktadır (ADA, 2017).

Başarılı diyabet yönetiminde etkin bir yöntem olarak ifade edilen bütüncül bakım süreci hastayı fiziksel ve psikososyal bir bütün olarak ele alır, eğitim, danışmanlık, tıbbi tedavi birlikteliği ile hastalık yönetimi gerçekleştirilir (Özcan, 2003; Foster, 2000). Diyabet yönetiminde oldukçaönemli yer tutan kan glukozu kontrolü için, dikkate alınan mevcut yaklaşımların dışında, diyabetli bireylerde uyku kalitelerinin geliştirilmesi de önem arz etmektedir. Kan glukozu kontrolünde önemli bir yer tutan uyku, diyabetli bireylerin izlem ve bakımıyla ilgili kılavuzlarda ve literatürde oldukça sınırlı şekilde ele alınmaktadır.

Yapılan bir araştırma sonuçlarına göre diyabet ve uyku kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına ihtiyaç olduğu söylenmiştir (Güneş ve ark., 2008).

2.2. Uyku ve Diyabet

Uygunun, sağlığın sŸrdŸrŸlmesi için, karşılanması gereken temel fizyolojik gereksinimlerden biri olmasına karşın, gŸnŸmŸzde yaşam şartları veya fizyolojik ve psikolojik sorunlar nedeniyle uyku bozuklukları önemli bir problem olarak yaygınlaşmaktadır (Bonnet ve Arand, 1995; Van Cauter ve ark., 2005). Son 50 yılda, gŸnlŸk uyku sŸresinin erişkinlerde ve adölesanlarda 1,5-2 saat azaldığı, 30-64 yaş arasındaki Amerikalıların yaklaşık 1/3’ŸnŸn gŸnde 6 saatten daha az uyuduğu belirtilmiştir (Schoenborn ve Adams, 2010). Ÿlkemizde de benzer sonuçlar dikkati çekmektedir. TŸrkiye’nin uyku haritasının çıkarıldığı “Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması’na göre; halkın %13’ŸnŸn uykuya zor daldığı, %30’unun sekiz saatten fazla ve %11’inin altı saatten az uyuduğu belirtilmiştir (Ardic ve ark., 2013).

Uyku; tŸm memelilerde, otomatik işlevleri, davranışları, bilişsel işlevleri ve hŸcre içi mekanizmaları kontrol eden, enerjinin korunmasını, dokuların gelişim ve onarımını sağlayan, başta sinir sistemi olmak Ÿzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkili olan doğal bir sŸre olarak tanımlanmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Koban ve Swinson, 2005; Lim ve Foldvary-Schaefer, 2010; Miro, Cano, Espinozo-Fernandez ve Buella-Casal 2003). Kişiden kişiye ve yaşa göre değişmekle birlikte, yetişkinler için ideal uyku sŸresi, gŸnde ortalama 7-8 saattir (Hernandez, Philippe ve Jornayvaz 2012). Uyku, Non-REM (NREM) ve hızlı göz hareketleri ile karakterize REM önemlerinden oluşmaktadır. Dört evreyi içeren NREM öneminin birinci ve ikinci evresinde uyku yŸzeyel iken, III. ile IV. evreleri derin uyku nemiدير. Uygunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM nemi başlar. Uygunun başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan sŸre bir uyku siklusunu oluşturur. Bu siklus kişiden kişiye 90–120 dakika arasında değişir. İlk REM nemi genellikle daha kısadır ve yaklaşık 5–15 dakika sŸrer. SŸre açısından gecenin ilk yarısında NREM, ikinci yarısında ise REM uykusu ağırlık kazanmaktadır. Non-REM ve REM önemlerinden oluşan uyku siklusu bir gecede 4-6 kez tekrarlanır (Bora ve Bircan, 2007). Kaliteli bir uygunun; zamanında, yeterli sŸre ve kesintisiz olması önerilmektedir (Buysse ve ark., 1989; Kline ve ark., 2013). Non-REM uygunun derin evresinde, sempatik sinir aktivitesi azalır, hipotalamik–pitŸiter–adrenokortikal (HPA) sistem baskılanır ve bŸyŸme hormonu salınımında artış olur (Friess ve ark.,1995; Van Cauter ve ark.,,

2005). Yiyecek alımı kontrolünde etkili olan leptin ve ghrelin de uyku ile ilişkilidir (Cummings ve Foster, 2003; Schwartz ve Morton, 2002).

Uyku süresi yetersiz olduğunda, enerji dengesini sağlayan hormonların salınımında değişim nedeniyle, obezite, hiperglisemi ve insülin direnci gelişme riski artmakta; diyabetli kişilerde mikro ve makrovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Irwin ve ark., 1999; Kessler ve ark., 2010; Somers ve ark., 1995; Spiegel ve ark., 2004; Stamatakis ve Punjabi, 2010; Vgontzas ve ark., 1999; Van Cauter ve ark., 2007; Van Cauter ve ark., 2008). Diyabet komplikasyonları olan nöropatik ağrı, diyabetik ayak ülserleri ve uyku apnesi uykunun etkinliği ve kalitesinde bozulmaya neden olmakta, yetersiz uyku sonucu glisemik kontrol bozulmakta, bir kısır döngü gelişmektedir (Şekil 1).

Uykunun ve uyku bozukluklarının kan glukozu kontrolünde önemli bir faktör olduğunun birçok çalışma ile gösterilmiştir. HbA1c ile ilgili literatürde yapılmış araştırmalara bakıldığında; HbA1c seviyesi ve uyku süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; bu iki faktör arasında “U” şeklinde bir ilişkinin varlığı gösterilmiştir, bu sonucunun diyabetin önlenmesi ve tedavisi için önemli olduğu ileri sürülmüştür (Nakajima H ve ark., 2008). Yapılan başka bir çalışmada; benzer şekilde, diyabet hastalarında uyku bozukluklarının yaygın olduğu ve bunun diyabet kontrolünü olumsuz etkilediği, kötü diyabet kontrolünün de uyku kalitesini bozan bir faktör olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, hbA1c seviyelerinin, gündüz aşırı uykulu olma ve uyku kalitesi ile aralarında anlamlı bir korelasyon olduğu ve çalışmanın sonuçlarında hbA1c seviyelerinin uyku bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Keskin ve ark., 2015). Genç yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada; yüksek hbA1c seviyelerinin kısa uyku süreleriyle ilişkili olduğu ve bu grupta prediyabet riskini artırdığı bulunmuştur (Hancox, Landhuis, 2012). HbA1c seviyeleri ve insomnia semptomları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; özellikle uykuyu sürdürme güçlüğü ve çok erken uyanma gibi insomnia semptomları ve yüksek HbA1c seviyeleri arasında yakın ilişki saptanmıştır (Kachi ve ark., 2011). Yapılan başka bir çalışmada; huzursuz bacak sendromu olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerdeki glisemik kontrol, uyku, yorgunluk ve depresyon durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada da; yüksek hbA1c seviyelerinin uykusuzlukla ve toplam puko puanlarının da yorgunluk ve depresyon ile ilişkili pozitif yönde körele olduğu saptanmıştır (Cuellar, 2008). Tip 2 diyabetli bireylere öz bakım uygulamalarının

yapıldığı bir araştırmada; HbA1c seviyelerinde anlamlı olarak bir düşme görülmüştür. Destek grupta yer alan katılımcılarda %0.76 oranda bir düşme saptanmıştır (Skelly, 2009).

Uyku ve kan glukozu ilişkisinin gösterilmiş olmasına karşın diyabetli bireylerin izlem ve bakımıyla ilgili kılavuzlarda (ADA, 2014; TEMD, 2014; International Diabetes Federation [IDF], 2014), uyku konusuna yer verilmediği görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülen ve sürekli izlem gerektiren diyabetin etkili uykuya ilişkisi konusunda farkındalık önemlidir. Bu nedenle, bu araştırmada, epidemiyolojik ve deneysel çalışmaları inceleyerek, uyku bozukluklarının glukoz metabolizması ile ilişkisi iştah düzenlenmesi ve diyabetin uykuya etkisi özetlenmiştir.

2.2.1. Uyku Bozuklukları ve Glukoz Metabolizması

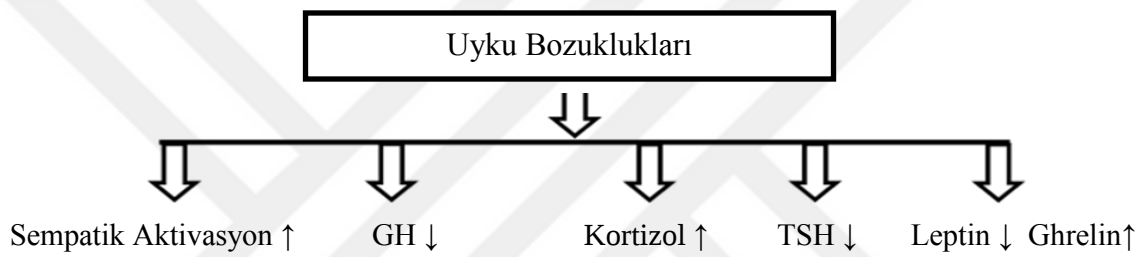
Uyku ve diyabet ilişkisini inceleyen çalışmalarda, özellikle uyku süresi, kalitesi ve düzeninin insülin duyarlılığı, bozulmuş glukoz toleransı, metabolik sendrom ve glukoz metabolizması ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmalarda uyku bozukluklarının, diyabet riskini ve komplikasyonlarını arttırdığı görülmektedir. Gangwisch (2009) tarafından yapılan sistematik derlemede, kronikleşmiş uyku kısıtlamalarının metabolik sendromun etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı belirtilirken; diğer çalışmalarda, kısa süreli uykunun metabolik sendrom, insülin direnci ve glukoz metabolizmasındaki bozulma ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Davies ve ark., 2014; Depner, Stothard ve Wright 2014; Ohkuma ve ark., 2014; Reutrakul ve Van Cauter, 2014).

Uyku kalitesinde bozulma ve fazla uyuma da glukoz metabolizmasını olumsuz etkilemektedir. Çalışmalarda, toplam uyku süresi yeterli olduğu halde, uyku kalitesindeki değişikliklerin, bozulmuş glukoz toleransı, insülin direnci ve glukoz metabolizması ile ilişkili olduğu görülmektedir (Copinschi ve ark., 2014; Reutrakul ve Van Cauter, 2014). Tare ve arkadaşları (2014) ise, kısa ve uzun uyku süresinin artmış tip 2 diyabet ile ilişkili olduğunu; benzer şekilde Pyykkönen ve arkadaşları (2014) da altı saatten az ya da dokuz saat ve daha fazla uyku süresinin tip 2 diyabet riskini arttırdığını belirtmektedir.

Çalışmaların çoğunda uyku zamanının glukoz metabolizmasına etkisi incelenmiştir. Uyku zamanı değişikliklerinin glukoz metabolizmasında bozulmaya neden olduğu görülmektedir. Çalışmalarda düzensiz uykunun, geç yatıp geç kalkma nedeniyle gece yemek yeme ve kahvaltıyı

atlama davranışlarının; glukoz metabolizmasını olumsuz etkilediği, obezite gelişiminde ve tip 2 diyabet patofizyolojisinde önemli olduğu vurgulanmaktadır (Davies ve ark., 2014; Depner ve ark., 2014; Hood ve ark., 2014; Kurose ve ark., 2014; Reutrakul ve Van Cauter, 2014; Sancar ve Brunner, 2014; Sonnier ve ark., 2014).

Uyku bozuklukları sonucu glukoz metabolizmasındaki bozulma, nörohormonal değişimlerle ilgilidir. Uyku bozukluğu durumunda, sempatik aktivitede ve kortizol düzeyinde artış ve büyüme hormonunda azalma olmaktadır (Şekil 2).



Şekil 2. Uyku Bozuklukları ve Nörohormonal İşleyişteki Değişiklikler

Sempatik Aktivitede Artış: Normal uyku sürecinde Non-REM uykunun derin evresinde, sempatik sinir aktivitesi azalır. Ancak, zamanında ve yeterli süre uyunmadığında, norepinefrin düzeyinde artış sonucu, glikojenoliz ve glikoneogenez nedeniyle insülin direnci gelişir. Stamatakis ve Punjabi (2010), sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artışın, olumsuz metabolik etkilere neden olduğunu, Spiegel ve arkadaşları (1999) ise, bu artışın pankreatik beta hücre cevabında azalmaya neden olabildiğini belirtmektedir.

Büyüme Hormonunda Azalma: İnsülin karşıtı düzenleyici hormonlardan olan büyüme hormonu, uykunun başlangıcında yükselir, NREM uykunun derin evresinde en yüksek seviyeye ulaşır (Taub ve Redeker, 2008). Uyku kısıtlaması durumunda, bu fizyoloji bozulur. Bir gecelik total uyku yoksunluğu, genellikle uykunun başlangıcında ortaya çıkan büyüme hormonundaki artışı belirgin derecede azaltır (Dzaja ve ark., 2005; Van Cauter ve ark., 1991). Büyüme hormonu eksikliğinde, glukoz kullanımının azalmasıyla insülin direnci gelişir (Taub ve Redeker, 2008; Spiegel ve ark.,1999).

Kortizol Düzeyinde Yükselme: İnsülin karşıtı düzenleyici hormonlardan bir diğeri olan kortizolün düzeyi, uykunun ikinci yarısında ağırlıklı olarak da REM uykusunda büyük oranda artış gösterir (Van Cauter ve ark., 2007; Van Cauter ve ark., 2008). Uyku bozukluğu olanlarda kortizol, yeterli uyuyanlara göre öğleden sonra ve akşamın erken saatlerinde daha fazla salınır (Spiegel ve ark., 1999). Kortizol düzeyinin artması, glukoz toleransı, insülin duyarlılığı ve insülin sekresyonunda değişikliklere neden olmaktadır (Plat ve ark., 1999).

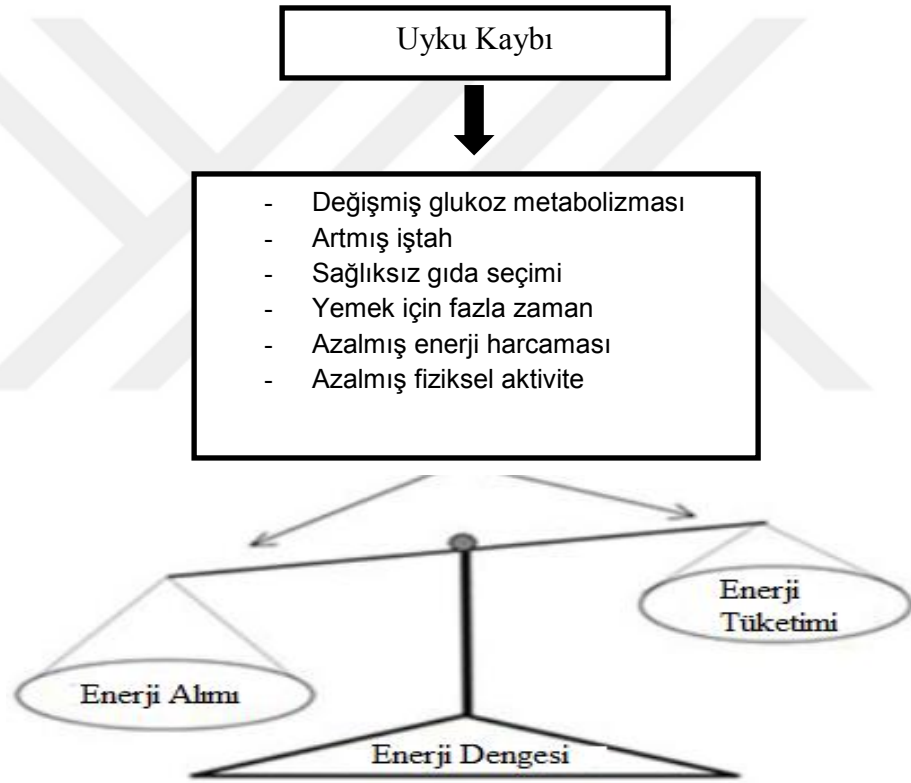
TSH: Hepatik glukoz salınımını, iskelet kası ile karaciğer arasında dolaşan glukoz yıkılım ürün miktarını arttırmak, karaciğer ve iskelet kasındaki glikojen depo miktarını azaltmak, oksidatif ve nonoksidatif glukoz metabolizmasını değiştirmek, pankreastan insülin salınımını azaltmak ve renal insülin klirensini arttırmak gibi çeşitli organlar üzerindeki etkileriyle glukoz homeostazını düzenlemektedir (Potenza, Via ve Yanagisawa, 2009). Kısmi uyku kayıplarında, TSH salınımı düşer ve önemli rollerinden olan enerji harcanması ve glukoz kontrolünde (Spiegel ve ark., 1999) değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, iki hafta boyunca gecede 5,5 saatlik ya da 6 gece boyunca 4 saatlik uyku kesintilerinde, TSH ve T4 seviyelerinin azaldığı belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2010; Spiegel ve ark., 2004a).

2.2.2. Uyku Bozuklukları ve İştah Düzenlenmesi

İnsanlarda enerji alımı ve dengesi beyinde hipotalamus tarafından kontrol edilmektedir. Hipotalamus tarafından, periferden gelen uyarılar doğrultusunda kontrol mekanizmaları düzenlenir. Leptin ve ghrelin, iştah ve doyum hissini düzenleyen hormonlardır (Gale ve ark., 2004). Yağ dokusu kökenli olan leptin beyine yağ dokularıyla ilgili bilgi götürerek besin alımını azaltıp fazla yağ birikimini engellerken, ghrelin besin alımını ve yağ dokusunu arttırıcı etkiye sahiptir (Ceddia ve ark., 1999; Janeckova, 2001; Schwartz ve ark., 2000).

Leptin ve ghrelin salınımı uyku ile ilişkilidir. Bu nedenle uyku bozukluklarında, iştah düzenlenmesi, yeme davranışı ve enerji dengesinde düzensizlikler ortaya çıkmaktadır. Uyku eksikliğinde; tokluk hormonu olan leptin baskılanır, iştah uyarıcı olan ghrelin salınımı ise artar. Böylece açlık hissi ve gıda alımının artmasına bağlı kiloda artış ortaya çıkar (Copinschi, 2005; Copinschi ve ark., 2014; Morselli ve ark., 2010; Moraes, Venancio ve Suchecki 2014; Punjabi ve ark., 2003; Spiegel ve ark. 2004; Taub ve Redeker, 2008; Taheri ve ark., 2004).

Enerji alımının enerji harcamasından daha büyük olduğu durumda kilo alımı oluşur (Knutson, 2007) (Şekil 3). Uyku bozukluklarında, artan uyanıklık nedeniyle enerji harcaması artmakta, bu da fiziksel aktivitede azalmaya ve gıda alımında artışa yol açmaktadır (Nedeltcheva ve Scheer, 2014). Ayrıca, düzensiz uyku nedeniyle gıda alım zamanında ve miktarında da değişme olmaktadır. Sonuçta, uyku bozuklukları; fazla yeme ve enerji dengesinde bozulmaya yol açarak; kilo alımı, obezite, bozulmuş glukoz toleransı, insülin direnci, tip 2 diyabet ve diyabet komplikasyonlarına neden olmaktadır (Depner ve ark., 2014; Schmid ve ark., 2014).



Şekil 3. Uyku Kaybı ve Enerji Dengesi

2.2.3. Diyabetin Uyku Üzerine Etkisi

Diyabet, özellikle komplikasyonları açısından uyku durumu üzerinde etkili ve belirleyici bir rol oynamaktadır. Diyabetli bireylerde, hastalığın komplikasyonlarından olan nöropati, OUA ve hipoglisemi nedeniyle, uyku kalitesi ve uyku-uyanıklık siklusu bozulabilmektedir.

Nöropatik Ağrı: Sürekli veya aralıklı olabilen nöropatik ağrı; yanma, batma, karıncalanma, uyuşma veya üşüme şekillerinde tanımlanır ve bir veya daha fazla bölgede hissedilebilir (Chong ve Hester, 2007). Diyapetik nöropatisi olan bireylerde, ağrı düzeyi arttıkça, uyku kalitesinin düştüğü bulunmuştur (Sadosky ve ark., 2013).

Obstrüktif Uyku Apnesi: Uyku sırasında üst hava yollarının tekrarlayan tıkanıklıkları sonucu uykunun yetersiz olması ve buna bağlı olarak gelişen gündüz aşırı uykululuk hali olarak tanımlanabilen OUA, tip 2 diyabetli bireylerin önemli bir oranında görülmektedir (Obaseki ve ark., 2014; Storgaard ve ark., 2014). Obstrüktif uyku apnesi olan hastalarda uyku boyunca ve uyanıklık durumunda sempatik aktivite düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Somers ve ark., 1995). Uyku ilaçlarının kullanımı, obezite, yaş, anatomik faktörler, boğazın yapısal olarak varlığı, cinsiyet, alkol, sakinleştirici ve yüksek rakım ve ırk, obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) için risk faktörleri arasında sayılabilmektedir (Özol D. et al, 2008).

Hipoglisemi: Diyabette sıklıkla karşılaşılan hipoglisemi atakları ve hipoglisemi yaşama korkusu da uykuyu olumsuz etkilemektedir. Özellikle, insülin tedavisi olan diyabetli bireylerde, uyku sırasında hipoglisemik ataklar görülmektedir (Bendtsen ve ark., 1988; Bendtsen ve ark., 1992; Gale ve Tattersall, 1979). Tekrar eden ve ciddi hipoglisemi yaşayan diyabetli bireyler, uykuda hipoglisemi geçirme ve hipoglisemiye fark edememe korkusu ile geç yatmaktadırlar. Song ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada; insülin tedavisi alan tip 2 diyabetli kadınların uyku kalitesinin kötü olduğu, uyku bozuklukları prevalansının bu grupta daha yüksek olduğu görülmektedir.

2.2.4. Uykuyu Geliştirmeye Yönelik Non-Farmakolojik Uygulamalar

Genellikle diyabetli bireyin uyku durumu tanılanmamakta, uyku sorunları göz ardı edilmekte ve uyku konusu diyabet eğitimlerinde yer almamaktadır. Uyku kalitesini geliştirecek kanıta dayalı hemşirelik stratejileri sınırlıdır (Floyd ve ark., 2000; Redeker, 2000). Uyku ve kan glukozu ilişkisine bakıldığında, diyabetli bireylerin uyku gereksiniminin karşılanması ve uyku hijyeninin çok önemli olduğu görülmektedir. Nitekim tip 2 diyabetli bireylerde uyku ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmanın sonucunda; uyku hijyeninin, diyabet özyönetim programlarında bireylere uygulanmasının önemi vurgulanmıştır (Luyster ve Dunbar-Jacop, 2011). Diyabette tıbbi bakım standartları konulu 2017 yılında yapılan çalışmada; uyku kalitesi ve glisemik kontrol arasında ilişki olduğunu gösteren kanıta dayalı geniş bir tıbbi değerlendirmenin önemli bir parçası olarak uyku durumu ve süresinin değerlendirilmesi önerilmiştir (Diabetes Care, 2017).

Uyku hijyeni; uykuyu bozacak faktörlerin etkisini en aza indirebilen veya uykuyu iyileştirecek koşulları destekleyebilen çeşitli stratejiler olarak tanımlanmaktadır (Chasens, 2007). Uyku hijyeni, uyku öncesinde ve uyku sırasında engel yaratabilecek davranışsal ve çevresel faktörlerin kontrol altına alınması olarak tanımlanmaktadır (Van der Heijden, 2006). Uyku hijyeni iyi bir uyku geliştirme ile davranışların bütününe içeren ortak bir terimdir ve çoğunlukla uyku eğitimlerinin ve birinci basamak müdahalelerinin odak noktasını oluşturmaktadır (Oosterhuis ve Klip, 2000). Stepanski ve Wyatt (2003), kötü uyku hijyeninin uykusuzluk gelişiminde rol oynadığını ya da iyi uyku hijyeninin uykusuzluk sorunu olan hastalarda uykuyu geliştirdiğini ifade etmiştir.

Uykuya ilişkin değiştirilebilir yaşam tarzı davranışları açısından uygulamalara bakıldığında; sağlık eğitimi ve uyku hijyeni eğitiminin önemine vurgu yapıldığı dikkat çekmektedir. Sağlık eğitimi; uyku yapısının, ihtiyaç duyulan uyku süresi ve bireysel farklılıkların, yatak odasının, günlük fonksiyonların yansıması olarak uyku veya tersi durumun önemini kapsamaktadır. Uyku hijyeni eğitiminde ise; uykulu hissetmeden yatağa gitmemek, uyku öncesi ve sonrası yatakta fazla zaman geçirmemek, uyumak için yatıldığında 20 dakika sonra halen uykuya dalınmadıysa uykuya geçmek için kendini zorlamamak, yatma zamanının geldiğini vücuda hatırlatacak rutinler ayarlamak, her gün aynı saatte kalkmak, gündüz uyumamak, şekerleme yapılıyorsa öğlen 3'ten önce yapmak ve toplamda 1 saati aşmamak, uykusuz geçen

zamanın yerine uykuda geçen zamanı düşünmek, endişelenmeye yol açan nedenlerle gün içinde ilgilenmek, yatmadan en az 3-4 saat öncesinde, alkol, kolalı içecekler, kafeinli ürünler tüketmemek, nikotin almamak, yatağa aç girmemek, yatmadan 2 saat önce ağır yemeklerden ve aşırı sıvı tüketiminden kaçınmak, uygun uyku ortamları sağlamak, uyanırken odaya güneş ışıklarının girmesini sağlamak ancak uyku zamanında ışıklardan sakınmak, yatmadan önce stres yaratacak aktivitelerden, yorucu hareketlerden, heyecan verici televizyon programlarından ya da kitaplardan kaçınmak, ılık duş almak, solunum egzersizleri yapmak ve hafif müzik dinlemek, rahat yatak kıyafetleri giymek, uyuyabilmek için hemen ve sürekli ilaca sarılmamak, düzenli egzersiz yapmak, gün içinde hoşlanılan uğraşlar edinmek ve belirli zamanları dinlenmeye ayırmak konuları yer almaktadır (Nishinoue ve ark., 2012; Atkinson ve ark., 1996; Baltaş, 1986; Billig, 2000; Kayalı, 2001; Özgen, 2001; Öztürk, 2004).

Ayrıca OUAS açısından önlemlere de vurgu yapılmaktadır. İlk olarak genel önlemler altında; kilo verme, uykuda uygun yatış pozisyonu, alkol ve sedatif-hipnotiklerden sakınma durumlarını içeren risk faktörlerinin azaltılması ve buna ek olarak eşlik eden hastalıklara yönelik bilgilendirme ve yönlendirme, trafik ve iş kazaları konusunda uyarma konuları yer almaktadır. İkinci olarak da gerekli durumlarda “medikal tedavi” veya “spesifik tedavi” için bilgilendirme ve yönlendirme yer almaktadır. Bu kapsamda ağız içi araç tedavisi, CPAP (Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı)/BİPAP (Bifazik Pozitif Hava Yolu Basıncı) tedavisi, cerrahi tedavi, kombine tedaviler önerilmektedir (Köktürk ve ark., 2002; Epstein ve ark., 2009).

Literatürde uykuya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri ile ilgili genel olarak non-farmakolojik yöntemler ele alınmıştır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında; “bilişsel davranışçı terapinin” uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve yeterli uyku alma alışkanlıkları ve hastaların olumsuz düşünce süreçlerini değiştirme üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (Morin ve ark., 1994). Uykusuzlukta uyku hijyen tedavisi kullanımına ilişkin yapılan klinik derleme çalışmasında; uyku hijyeninin, uyarıcı kontrol prosedürlerini ve uyku kısıtlama terapilerini içeren bilişsel-davranışçı terapiler ile oldukça örtüştüğü belirtilmiştir (Stepanski ve Wyatt, 2003). Crabb (2001), parkinson hastalığındaki kötü uyku nedenlerinin anlaşılmasının; hemşirelerin hastalara holistik yaklaşmasını, öneri ve desteklerde bulunmasını, multidisipliner ekibe uygun yönlendirmeler

yapmasını sağlayacağını ve böylece hasta bakımının gelişeceğini, hasta ve eşlerinin yaşam kalitelerinin artacağını ifade etmiştir.

Williamson (1992) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; yaygın doğal seslerin uyku üzerindeki etkisi sonucunda, deney grubunda uyku derinliğinde ve uyku kalitesinde artış, istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da uykuya dalma gecikmesinde azalma saptanmıştır. Zimmerman ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; grup 1'e dinlendirici müzik terapisi ve grup 2'ye enstrümantal müzik videoları girişimleri yapılmıştır. Müzik videosu uygulanan grupta uyku kalitelerinde artış, müzik terapisi yapılan grupta ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da uyku kalitelerinde artış bulunmuştur. Richards (1998) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; birinci gruba yatmadan önce sırt masajı, ikinci gruba relaksasyon eğitimi yapılmış ve yatmadan önce kas gevşemesi, zihinsel imgeleme, arka planda müzik uygulaması yapılmıştır. Masaj ile uyku kalitesi ve toplam uyku süresinde artış, uyku gecikmesinde azalma, Rem uykusunda artış; relaksasyon/müzik/imgelem müdahalesinde ise uyku kalitesinde artış saptanmıştır; fakat kontrol grubu da dahil olmak üzere gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Suen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; auricularterapi (kulak akupunkturu), deney grubuna manyetik inci ile kontrol gruplarına terapötik etkisi olmayan farklı iki bitki ile uygulanmıştır. Deney grubunda toplam uyku süresinde ve uyku etkinliğinde artış bulunmuştur. Richardson (2003) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; relaksasyon ve zihinsel imgelem girişimleri sonrasında, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da uyku kalitesinde artış saptanmıştır. Kim, Lee, Jung ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; intradermalakupunktur girişimi sonucunda, deney grubunda toplam uyku süresi, uyku kalitesi ve uyanma durumları üzerinde artış bulunmuştur. Soden ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; hastalara aromaterapi ve masaj ya da sadece masaj uygulamaları yapılmış ve her iki deney grubunda uyku skorlarında anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Alessi ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; hastaları gündüz yatak dışında tutma, güneş ışığından yararlanılma, yatma rutinlerini tanımlama, ışık ve gürültü düzeylerini azaltma konularını içeren uyku hijyen protokolü uygulanmıştır. Hastaların gündüz uykululuk durumu azalmıştır,

toplam uyku süresi ve uyku ortasında uyanma durumlarında herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. LaReau ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; yatan yaşlı hastalara kişisel hijyen, oda ısısının ayarlanması, gürültü ve ışık kontrolü ve rahatlama teknikleri gibi non-farmakolojik girişimleri içeren uyku hijyeni uygulamaları yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunamasa da, deney grubunun daha iyi uyku kalitesi, uykuyu devam ettirme becerisi ve daha az uyku ilacı kullanma durumunu deneyimledikleri bulunmuştur. Huzurevinde ve yaşam desteği alan kişilerde yapılan randomize kontrollü çalışmada; bir gruba fiziksel dayanıklılık egzersizi ve yürüme, ikinci gruba bireyselleştirilmiş sosyal aktivite ve üçüncü gruba da her iki uygulama yaptırılmıştır. Her iki uygulamanın birlikte yaptırıldığı üçüncü grupta toplam gece uyku süresinde, uyku etkinliğinde ve Nrem uykuda istatistiksel olarak kontrol grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (Richards ve ark., 2011).

Uyku bozuklukları olan demanslı bireyler arasında yapılan randomize kontrollü çalışmada; yavaş basınçlı sırt masajının uykuya yönelik etkili bir hemşirelik girişimi olabileceği ileri sürülmüştür (Harris ve ark., 2012). Yatan ruh sağlığı hastalarında kontrol grubu olmaksızın yapılan yarı deneysel çalışmada; hastalara uykuyu geliştirme hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hastaların psikoaktif ilaç alıp almama durumlarına bakılmaksızın, bu girişimlerin uyku bozukluğu olan hastalarda etkili olduğu ve uykuda anlamlı bir iyileşme gösterdiği bulunmuştur (Laguna-Parrasve ark., 2012).

İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirildiği bir araştırmada; Bakım verenlere yönelik eğitim ve danışmanlık, uyku kalitesini artırmada ve yorgunluk düzeyini azaltmada etkili olarak bulunmuştur (Görgülü ve Akdemir, 2010).

Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında, mevcut kanıtların uyku kalitesi ve süresini arttıracak stratejilerin, risk altındaki popülasyonda tip 2 diyabet gelişimini erteleyecek ya da önleyecek potansiyel uygulamaları içerdiğini ileri sürmektedir. Diyabetli bireylerde yeterli uyku ve uyku hijyeni, sağlıklı yaşam hedefleri arasında yer alması gereken kavramlar olarak belirtilmiştir (CarolTouma ve SilvanaPannain, 2011). Yapılan başka bir çalışmada; kötü bir uykunun, diyabetik periferik nöropatisi olan bireylerde görüldüğünü ortaya koymuştur

(AlesiaSadosky ve ark., 2013). Bir diğerk araştırımda, insülin tedaisi alan tip 2 diyabetli kadınlarda kötü uyku kalitesi saptanmıştır. Uyku kalitesi, insulin tedavisi alan hastalarda oldukça zayıf olduğunu gözler önüne sermiştir (YingxiangSong ve ark., 2013). Tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bir araştırmada, bu bireyler arasında duygusal ve yemek yeme durumlarının yanı sıra, özellikle kötü bir uyku düzeninin olduğu da saptanmıştır (Hood ve ark., 2014). Benzer şekilde tip 2 diyabetli bireylerle yapılan başka bir çalışmada; bu hastalar arasında anksiyete semptomlarının çok yaygın olduğu; bu hasta grubundaki özellikle kadınları söz konusu anksiyete ve depresyon semptomlarının yanında özellikle kötü uyku kalitesi açısından oldukça savunmasız olduğu belirtilmektedir (ElisabeteGomesCosta ve ark., 2014).

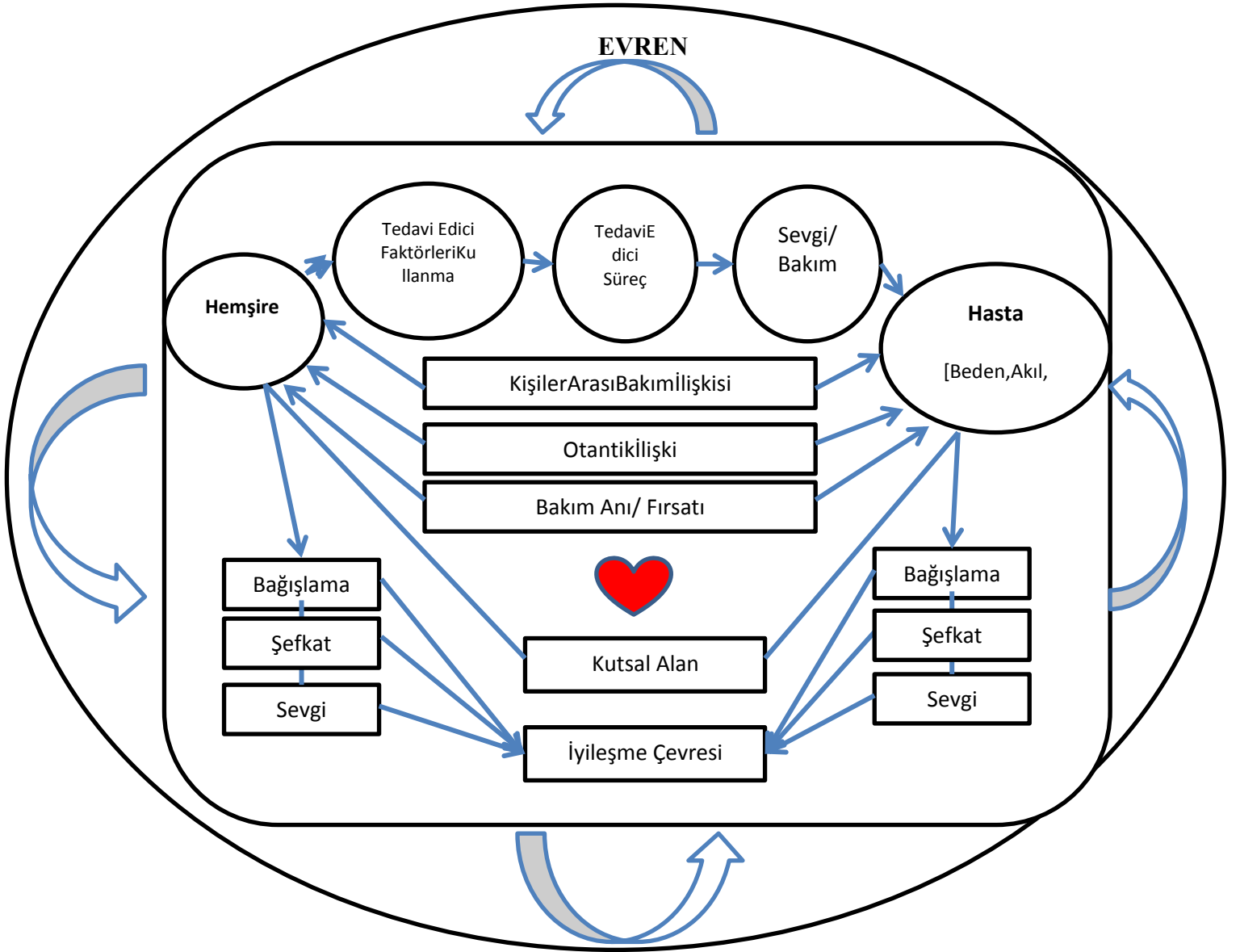
Diyabet eğitimcileri, uykuyu değerlendirmede ve uyku hijyeni geliştirecek girişimleri uygulama kolaylığı sağlamada anahtar bir rol oynamaktadırlar (Chasens ve ark., 2007) ve uyku hijyenini geliştirmeye yönelik girişimlerin, diyabet yönetimi eğitim programlarının bir bölümü olarak hastalara uygulanması önerilmektedir (Luyster ve ark., 2011). Uluslararası Diyabet Vakfı'nın (IDF), OUA'nın etkilerine, OUA prevalans epidemiyolojik araştırmalarına, uygulama/girişim ve kaynak geliştirme çalışmalarının yapılmasına yönelik önerileri mevcuttur (Shaw ve ark., 2008).

Literatürde uykuyu etkileyen faktörlerle ilgili olarak, OUA yaşayan kişilere ve değiştirilebilir yaşam tarzı davranışlarına yönelik etkin uykuyu sağlamak amacıyla yapılabilecek girişimler incelenmiştir (Köktürk ve ark., 2002; Epstein ve ark., 2009; Nishinoue ve ark., 2012; Atkinson ve ark., 1996; Baltaş, 1986; Billig, 2000, Kayalı, 2001; Özgen, 2001; Öztürk, 2004). OUAS tedavisindeki genel önlemler kapsamında, risk faktörlerinin azaltılması, eşlik eden hastalıklar durumunda bireylerin değerlendirilip yönlendirilmesi, trafik ve iş kazaları konusunda bireylerin uyarılması önerilmiştir (Bahammam ve ark.,1998; Man ve ark., 1996; Liistro ve ark., 1995).

Uykuyu etkileyen yaşam tarzı davranışlarını kontrol altına almaya yönelik, sağlık ve uyku hijyeni eğitimi, uyku kısıtlaması, uyarıcıların kontrolü, rahatlama terapisi ve bilişsel terapi gibi bireysel davranışsal yaklaşım ve tedaviler, hareket ve dinlenme arasında dengeyi sağlama (Allison, 2007) gibi öneriler mevcuttur (Nishinoue ve ark., 2012; Schuman ve ark., 2012).

2.3. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Watson İnsan Bakım Kuramı

İnsan bakım kuramı 1975 ve 1979 yılları arasında Jean Watson tarafından geliştirilmiştir. Watson çalışmalarını bir teori, felsefe, dünya görüşü, paradigma ve disiplinler arası bakım paradigması olarak tanımlamıştır (Watson, 2009). Jean Watson kuramında bireyi; ruh, beden ve akıl olmak üzere bir bütün olarak ifade etmektedir. Bireyin sağlıklı olması da bu alanların birbirleriyle uyum içinde olması ile mümkündür (Cara, 2003; Watson, 2008). Watson’a göre hemşirelik süreci, insandan-insana bakım verme sürecidir. Kuram, hemşirelikteki ampirik, etik, estetik bilme yollarını bilip uygulamayı gerektirmektedir (Rafael, 2000; Fawcett, 2005; Jesse, 2006). Watson bakımın bir bilim (Fawcett, 2005) ve etik olduğunu savunmaktadır, ayrıca hemşirelik bakım felsefesini “iyileştirme süreçleri” ile açıklamaktadır. Kuramın çerçevesini ise; “kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı, iyileştirme süreçleri” olmak üzere üç ana kavram oluşturmaktadır (Fawcett, 2005; Sitzman ve Eichlberger, 2011).



Şekil 4. Watson ‘ın İnsan Bakım Teorisi-Bir Uygulama Modeli

İnsan Bakım Kuramında, hem hemşire hem de insan alanını etkileyen “affetme, şefkat ve sevgi” şeklinde iyileşme çevresi kavramları mevcuttur (Şekil 4) (Lukose, 2011).

2.3.1. İyileşme Çevresi Bileşenleri

İnsan Bakım Kuramında, “bağışlama, şefkat ve sevgi” şeklindeki iyileşme çevresi bileşenleri yer almaktadır. Bu bileşenler hem hemşire hem de insan alanını etkilemektedir.

Bağışlama; başkalarının hikayelerini otantik bir şekilde dinlemek gibi, pozitif ve negatif duyguları desteklemek ve kabul etmektir. Dinlemeyi, başkalarının hikayelerini kabul etmeyi, olumlu ve olumsuz duygulara yer vermeyi gerektirir (Watson, 2008).

Şefkat; herhangi bir acı karşısında, buna tanıklık edilen ve açıkça sevgi dolu nezaket gösterilen yeredir (Parker and Smith, 2010). Hastaların ve ailelerinin acısını hafifletmek, onların iyileşmelerini ve onurunu teşvik etmek için şefkat göstermek aynı zamanda hemşirenin kendini gerçekleştirmesine katkıda bulunabilir (Vandenhouten et. al., 2012).

Sevgi; kendinin diğerleri ile olan kayıtsız şartsız birliğidir. Transpersonel bakım ilişkisi içinde, birey için, onun ihtiyaçlarına, dileklerine, rutin ve ritüellerine saygı duymaktır (Watson, 2008).

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır ve uyku Maslow’un gereksinimler üçgeninde de yer verdiği üzere fizyolojik bir ihtiyaçtır. İnsan Bakım Kuramında da bireye bütüncül bir yaklaşım esastır. Özellikle uyku problemleri, insanların hayatını kuvvetle etkileyen fakat çoğu zaman bir sorun olarak göz ardı edilip, maskelenmektedir. Fakat bu problemler, birçok kronik hastalık için de büyük riskler oluşturmakta ve var olan hastalıkların da seyrini olumsuz etkilemektedir. Örneğin; herhangi bir bağışlama sorunu yaşayan, şefkat ve sevgiden yoksun bir ortamda yaşayan, bu gibi durumlara maruz kalan bir bireyin uykusuzluğunu da kapsayacak pek çok psikolojik sorunlar yaşayabileceğini söylemek mümkündür. Söz konusu bireyde diyabet gibi kronik bir hastalık varsa, sadece hastalığın tıbbi tedavisine odaklanmak ideal bakım ekolünü karşılamayacaktır.

Bu amaçla yapılan çalışmalar da incelendiğinde; affetmek ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin varlığına (Caraballo et al., 2008); şefkat yorgunluğunun uyku problemleri için risk arz ettiğine (Stewart, 2009); romantik bir sevgi yaşayan bireylerde, artmış bir sübjektif uyku kalitesi, azalmış gün içi uyku halleri ve gün boyu artmış konsantrasyon (Brand et al., 2007) durumlarına ulaşılmıştır.

2.3.2. İyileştirme Süreçleri

İyileştirme 10 süreçten oluşmaktadır (Tablo 2) (Watson Caring Science Institute, 2011). Bu süreçler sınırlayıcı, kuralcı değildir, birbirleriyle sıkı ilişki içindedirler. Süreçler ayrı ayrı olduğu gibi, bir bütün halinde de uygulanabilir.

Tablo 2. İyileştirme Süreçleri

Süreç 1: İnsancılık/Hümanistik-adanmışlık değerler sistemi (İnsancılık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma)
Süreç 2: İnanç-umut (İnanç ve umudu aşılama ve karşısındakini onurlandırma)
Süreç 3: Duyarlılık (Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma)
Süreç 4: Yardım-güven ilişkisi (Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme)
Süreç 5: Duygu ve hislerin ifadesi (İnsanların öykülerini gerçekten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi)
Süreç 6: Problem çözme (Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma)
Süreç 7: Öğretme-öğrenme (Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama)
Süreç 8: İyileşme çevresi (Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturma)
Süreç 9: Gereksinimlere yardım (Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma)
Süreç 10: Güçlere olanak sağlama (Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek)

2.3.3. Kuramın Paradigmaları

İBK’da hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarını tanımlamıştır.

İnsan, zihin-beden- ruhtan oluşan, kendi seçimlerini kendisi yapan özgün bir varlıktır (Watson 2012). İnsan basit bir organizma değildir, ne tamamen nesnel ne de tamamen ruhsaldır (Jesse, 2006; Watson 2012).

Sağlık; hastalığın olmaması anlamına gelmemektedir. İnsan sağlığını, öznel bir deneyim olarak tanımlamaktadır. Zihin-beden-ruh arasındaki denge ve uyum sağlık, bu dengenin ve uyumun bozulduğu durumları da hastalık olarak tanımlamaktadır (Cara, 2003). İnsanın bir nesne olarak iyileştirilemeyeceğini, kendinden, çevresinden, doğadan ve evrenden ayrı düşünülmemeyeceğini belirtmektedir (Watson, 2012; Fawcett, 2005).

Çevre; iyileştirici, fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre olarak tanımlanmaktadır (Lukose, 2001; Watson, 2008).

Hemşirelik; insan bilimi olarak tanımlanmaktadır. İnsanın sağlık-hastalık deneyimi arasındaki dengeyi ve uyumu sağlayan, kişisel, bilimsel, etik ve estetik uygulamalar yapan profesyonel bir meslek olarak tanımlanmaktadır.

Teori, transpersonel bakım ilişkisi, bakım anı, bakım-iyileştirme bilinci ve iyileştirme süreçleri olmak üzere dört temel kavramdan oluşmaktadır.

Transpersonel Bakım İlişki: Transpersonel ilişki; hemşire ve bireyin birbirlerine ulaştığı andır. Bu anda zaman, mekan ve fiziksel boyutlar aşılır ve her iki bireyi de etkileyen bir süreç meydana gelir. Bireyin zihin-beden-ruhu hemşireyi etkilerken aynı anda hemşire de bireyin zihin-beden-ruhunu etkiler. Transpersonel bakım ilişkisi ise birey ve hemşire arasında bilimsel, etik, estetik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma verme davranışları ve tepkileridir. Bu etkileşimde hemşire duyarlı, uyumlu, saygılı, empati yaparak, içten, samimi ve etik duygular ile bireye yaklaşır ve bakım ilişkisini gerçekleştirir (Watson, 2005; Watson, 2008; Durgun-Ozan ve Okumuş, 2013; Lukose, 2011).

Bakım Anı: Hemşire ve bireyin bakım için bir araya geldiği andır. Diğer bir tanım ile kişiler arası etkileşimin gerçekleşeceği andır. Bakım anında bakım alan ve bakım veren arasında

insan insana iletişim ve etkileşimgerçekleşmektedir (Watson, 1999; Jesse, 2006; Durgun-Ozan ve Okumuş, 2013).

Bakım ve İyileştirme Bilinci: Hemşireliğin özünde bakım ve iyileştirme bilinci vardır. Bakım iyileştirme bilinci; bakım-iyileştirme-sevgi kavramlarını içermektedir. Watson bu kavramda bakım iyileşme bilincinin sevgi ile kazanılabileceğini ve hemşirenin sevgi ile yaklaştığında bireyi iyileştireceğini vurgulamıştır (Bernick, 2004; Lukose, 2011). Bakım ve iyileştirme süreci bakım anında iyileştirme bilinciyle yaklaşıldığında gerçekteşmektedir (Watson, 2005).

İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri: Watson iyileştirme süreçlerini hemşireliğin özü olarak tanımlamaktadır. İyileştirme süreçleri doğru bir şekilde uygulandığında hemşirenin iyileştirici faktör olduğunu ve bireyin bütününün (zihin-beden-ruh) iyileştirildiğini belirtmektedir (Lukose 2011; Watson 2009; Watson 2008). İyileştirme süreçleri, hemşirelik için bir rehberdir. Bu süreçler, tıbbın tedavi edici yönüne karşın, hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Watson, 2005). İyileştirme sürecinin 10 faktörü vardır (Bernick, 2004; Watson, 1999). Bu süreçler aşağıda sırası ile açıklanacaktır;

1- İnsancıl-özverili değerler sistemi; insancılık; inanç, kültür ve sanat ile gelişir. İnsancıl değerler, kendisi ve başkaları için nezaketli olmayı, empati yapabilmeyi, endişelenmeyi ve sevmeyi içerir. Bireyin diğer insanlarla olan ilişkileri, inançları ve bağlılıkları “özverili değerler sistemini” geliştirir (Watson, 2007). Bu faktör insancılık, özveri gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye sevgiyle ve şefkatle yaklaşma temellerine dayanmaktadır (WCSI, 2010). İnsancıl duygular ve özverili yaklaşım insan gereksinimlerini ve profesyonel bakımı sağlamak için gerekli olan en temel iyileştirme faktörüdür (Watson, 2007). Hemşire bireye yaklaşırken pozitif, neşeli, açık, hoşgörölü, merhametli ve sevgi dolu olmalıdır. Bireye nazıkçe ve kalpten gelen bir sevgi ile yaklaşmalıdır (Halldorsdottir, 2008).

2- İnanç ve umudu aşılamak; bu faktöre göre bireyin inançlarının cesaretlendirilmesi, onurlandırılması ve saygı duyulması, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir etkidir. Bireyin sağlık durumu ve tıbbi tedavi rejimi ne olursa olsun hemşire bireyin inanç ve umudunu beslemelidir (Watson, 2007).

3- Kendisine ve başkalarına duyarlı olmak; insan olmak hissetmektir. İnsanlar düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilirken duygularını ifade edememektedir. Kişinin kendisine ve başkalarına duyarlılığını geliştirmesinin yolu, başkalarının duygularını tanımaya çalışması ve hissetmesidir. Duyarlılık kişinin kendi psikolojik büyümesini ve kendini kabulünü sağlar. Hemşire bireylerin duygularına karşı duyarlı olarak kendisini gerçekleştirir ve geliştirir. İnsanlara karşı duyarlı olan hemşireler bireylerin dünyaya bakış açılarını öğrenmeye çalışır ve onların daha iyi olması için çabalar (Watson, 2007).

4- Yardım edici - güven verici bakım ilişkisini geliştirmek; insan bakım ilişkisi içerisinde hemşire bireyin deneyimlerinin içine girerken bireyde hemşirenin deneyimlerinin içine girer. Her iki bireyde birbiriyle fiziksel alanın ötesinde bir alanı paylaşır. Hemşire ve birey birbirlerinin manevi alanı ile bağlantı kurar ve bu bağlantı sayesinde insan onuru korunur ve iki birey birbirine yardım eder. Hemşire bu etkileşimde birey ile otantik (doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu) bir ilişki kurarak yardım edici- güven verici bakımı sağlayabilir (Watson, 2007).

5- Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi ve kabulü; düşünceler, davranışlar ve deneyimlerden sonra his ve duyguların, insan bakım sürecinde dikkate alınması ve açıklanması gerekmektedir. Hemşire bu iyileştirici faktörü kullanarak daha derin, daha dürüst ve otantik bir bakım ilişkisi kurabilir. Bir başkasının duygusunu dinlemek ve onun hikâyesine değer vermek o kişinin iyileşmesi ve anlam bulması için önemlidir. Hemşire sadece dinleyerek bile karşısındaki bireyin iyileşmesini sağlayabilir (Watson, 2007).

6- Yaratıcı, bireysel problem çözme süreci; profesyonel hemşire bakıma karar vermek için yaratıcı problem çözme yöntemlerini hemşirelik süreci içinde kullanmaktadır. Hemşireler bu yaratıcı yaklaşımları klinik bakımda oluşturur ve uygular. Bu süreçte hemşire kendisinin ve bireylerin bilgi, sezgi, içgüdü, estetik, teknoloji, beceri, deneysel, etik ve kişisel yönlerini kullanır. Bakım için tüm bilgiler değerlidir ve klinik bakım için gereklidir. Bu iyileştirme süreci yaratıcı, sistematik ve mantıklı olmayı gerektirir (Watson, 2007).

7- Transpersonel öğretme ve öğrenme; bu faktörde hemşirenin eğitim- öğretim rolünü gerçekleştirirken birey ve hemşire arasında kurulan otantik bir ilişkinin öğrenmeyi kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır. Tüm öğrenme ve öğretme süreçleri bakım ilişkisi içinde

gerçekleşir. Hemşire bireyden aldığı bilgiler doğrultusunda bireye özgü bakım planı yapmalı ve otantik bir öğretme- öğrenme ortamı içinde eğitim vermelidir (Watson, 2007).

8- İyileştirme çevresinin oluşturulması; fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre oluşturmayı içermektedir. Böyle bir çevre oluşturmanın amacı kaliteli bakım ve iyileştirme bütünlüğünü sağlamaktır. Konfor, gizlilik, güvenlik, temizlik ve estetik bu çevrenin sahip olması gereken özelliklerdir. Hemşire çevreyi yeniden düzenlerken; iyileşmeyi sağlayan, uyumlu, iyileştirici çevrenin yaratıldığı (örneğin hayal etme, görselleştirme, dinleme, müzik- sesi kullanma, bilinçli dokunma ve sanat) bir ortam hazırlamalıdır (Watson, 2007).

9- İnsan onurunu ve bütünlüğünü koruyan temel insan gereksinimlerini sağlama; bu iyileştirme faktörü temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olmayı içermektedir. Bireyler fiziksel ihtiyaçları olduğunda hemşirelerin onlara kolayca ulaşmasına izin verir. Hemşire bireye yardımcı olurken sadece fiziksel ihtiyaçlarını gidermez aynı zamanda bireyin ruhuna da dokunur ve iyileştirir (Watson, 2007).

10- Bakım ve iyileşme için fenomenolojik-varoluşsal ve manevi boyutlara açık olmak; bilimin açıklayamadığı fakat gerçekleşen bazı fenomenolojik durumlar vardır. Bu olayların nasıl gerçekleştiği bilinmemekle beraber insan üzerine etkileri fark edilebilir. Bu faktör insan deneyimlerini, manevi anlamları, mucizeleri, kültürel inançları, hemşire ve ailelerin iç öznel dünyalarını anlatır (Watson, 2007).

2.4. Uyku Sorunu Olan Diyabetli Bireylerin Bakımında Watson İnsan Bakım Teorisi'nin Kullanımı

Tip 2 diyabetli bireylerin yaşamlarını doğrudan etkileyen uyku kavramını, Watson'ın İnsan Bakımı kuramı çerçevesinde ele almak, çalışmanın amacına hizmet edecek ve hemşirelik alanına yeni bir bakış açısı kazandıracaktır.

Diyabetli bireye yaklaşımda glisemik kontrol ve uyku arasındaki belirleyici ilişki esas alınarak, özellikle sağlık profesyonellerinin bu ilişkiyi iyi bilmesi, bireylerin uyku durumlarının rutinde tanınması ve herhangi bir sorun saptandığında bu yönde çözüme gidilmesi amaç edinmeli, bu sorumluluk bilincine ulaşılmalıdır. Bunun için de uyku ile ilgili faktörlerin, uyku bozukluklarının birey ve sistem üzerine etkisinin bilinmesi ve uyku durumunun tanınması

özellikle bütüncül yaklaşımın esas alındığı ideal bir bakım ekolüne karşılık gelecektir. Böylece, birey her yönüyle ele alınmış, uyku sıkıntısı gibi örtük sorunları açığa çıkarılmış olacak ve sadece tıbbi model kapsamında yaklaşımın ve çoklu ilaç kullanımının kırıldığı, kalıcı çözümlere ulaşılabilecek sonuçlara erişilecektir.

İnsan Bakım Kuramında, hem hemşire hem de insan alanını etkileyen “bağışlama, şefkat ve sevgi” şeklindeki iyileşme çevresi kavramlarının, uyku ile bağlantısını gözler önüne sermek, bu alanda yapılması planlanan çalışmalarda, Watson kuramının kullanımını açıklamada faydalı olacaktır.

Bireylerin uyku problemleri dünyada ve Türkiye’de oldukça yaygındır ve bireylerin yaşamının pek çok alanını olumsuz etkiler. Buna rağmen, bireylerin yaşadıkları uyku problemlerini önemli bir sorun olarak algılamadıkları ve doğrudan uykuya ilişkin bir sağlık birimine başvurmadıkları zaman, tedavi ve bakım süreçlerinde uyku durumlarının sorgulanmadığı, sonuç olarak bu kavrama yeterince önem verilmediği görülmektedir. Hemşirelik uygulamaları açısından düşünüldüğünde de; uyku ile ilgili yapılan çalışmalarda, uyku özellikleri genellikle sosyodemografik verilere göre incelenmiş ve birçok uyku kalitesi araştırmaları yapılmıştır. Fakat bu sonuçlar yeterli olamamaktadır. Hemşirelik bakımında bir bakış açısı sağlayan ve temel kılavuz olan hemşirelik model ya da kuramlarına dayalı planlanmış çalışma sonuçlarının, hemşirelik uygulama alanında daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelik bakımına kavramsal bir bakış açısı sağlayan ve temel kılavuzlar olan hemşirelik bakım modellerine ya da kuramlarına dayandırılarak planlanmış çalışma sonuçları, hemşirelik uygulama alanlarında daha etkili kullanılabilmektedir. Hemşirelik kuramlarından biri olan Watson’ın İnsan Bakım Kuramında, iyileştirme süreçleri, hemşirelik için birer rehber olarak tanımlanmaktadır. Girişimsel uygulamalara ek olarak, iyileştirme süreçlerine göre verilen bakım ile bireyler bütüncül olarak ele alınmakta, hasta memnuniyeti ve güvenliği artırılmaktadır.

Hemşire bakım veren ile bulunduğu her anı fırsata çevirmelidir. Bakım veren ve hemşire arasında, paylaşımın gerçekleştiği bir etkileşim alanının oluşabilmesi için, hemşire bireye bakım hakkında destek sağlarken onun deneyimlerini dikkat ve ilgi ile dinlenir. Bu etkileşim ortamı içinde hemşire bakım verene bakım verirken aynı zamanda onun deneyimlerinden,

duygularından, yaşantılarından ve kültürlerinden de etkilenmekte ve bu süreçte hemşire de öğrenmektedir.

Watson bakım ve iyileşme süresinde birey ve hemşire arasındaki sevginin çok önemli olduğunu belirtmektedir (Watson, 2008). Bakımı ve iyileşme bilincini gerçekleştirmek için hemşire bakım verene sevgi ve şefkat ile yaklaşmalıdır çünkü iyileştirme bilincini bakım verdiği bireye bu şekilde iletebilmektedir (Lukose, 2011). Bu süreçte hem hemşire hem de bakım verdiği birey gelişir ve olgunlaşır.

Hemşire bakım verenin eşsizliğini ve onu olduğu gibi kabul etmesi gerektiğini bilir. Bakım verenin yetenek ve becerilerini onurlandırırken onun hassas yönlerini fark eder. Bakım verene kendisi hakkındaki konularda konuşmak için en iyi zamanı seçmesine izin verir. Hemşire bakım veren ile sakin, dingin bir şekilde konuşur ve tüm dikkatini görüşmeye verir. Bakım verenin vermek istediği mesajı anlaması ve bireye yardımcı olabilmesi için hemşirenin yargılayıcı olmadan, saygılı, şefkatli ve empati yaparak dinlemesi gerekmektedir (Sheila, 2010).

Hemşire bakım sürecinde bakım verenin kendisine inanmasına yardım eder. Bakım verenin inançları hakkında bilgi sahibi olur ve bu doğrultuda onun umudunu besler. Bakım verenin hayata tutunma yeteneklerini cesaretlendirir. Hayatın çözülmesi gereken bir problemten ziyade keşfedilmesi gereken bir gizem olduğunu göstermeye çalışır. Bakım veren için anlamlı ve önemli olan şeyleri inanç ve umutlarıyla

Minnet, bağışlama, merhamet ve teslimiyeti sağlamaya yönelik anlamlı törenler bakım veren için planlar.

Hemşire bireyin negatif ve pozitif duygularını farkında olur ve bu duyguların bireye kendisini nasıl hissettirdiğini anlamaya çalışır (Bernick, 2004). İçinde bulunulan durumun iyi yönlerini fark ettirilirken aynı zamanda olumsuz duygular ile baş etme yolları da öğretir. Müzik dinleme, günlük tutma, sanat terapisi, oyun, mizah, eğlence, nefes egzersizleri ve hayal kurmayı önerebilir.

Bakım veren soru sorması konusunda cesaretlendirilir. Bakım verene öğretebilmek için öncelikle iyi araştırma yapar ve bakım verenin dünya görüşünün öğrenir. Daha sonra bilgi ve deneyimini paylaşır. Bakım veren ile yaratıcı, işbirlikçi ve ortak bir öğrenme ortamı hazırlar.

Hemşire her zaman sorulara açık olduğu mesajını bakım verene verir. Bakım verene problem çözmeye becerilerini öğretir.

Bakım verenin olmaktan mutlu olduğu bir ortamda görüşmeler yapılabilir ya da bu iyileştirici çevre hemşire tarafından oluşturulur. Bu alanda bakım veren için sessiz, sakin, bakım verenin sevdiği kokuların kullanıldığı, mahremiyete saygı duyulan ve güvenli bir ortam sağlanmalıdır.

Hemşire bakım verenin içsel duygularını kabul eder ve onun için anlamlı olan şeylere karşı saygılı olur. Özellikle hastalığı sorgulayan bakım veren için bazı yaşam olaylarını olduğu gibi kabul etmenin gerekliliği anlatılır. Hemşire yaşamda var olan her durumun iyilik ve sevgi dolu olduğunu ve bireyi daha iyiye ulaştırmak için gerçekleştiğine inanır ve bakım veren ile bu duyguyu paylaşır.

Watson'ın çeşitli iyileştirme faktörleri kullanılarak bakım verenlerin bakım süresince anlam bulmaları, psikolojik dayanıklılıklarının artması, kişisel gelişimlerinin ve bağlılıklarının artması, bakım verenlerin kendilerini yeniden keşfetmeleri sağlanır. Bakım verenin tanınması, bakımın planlaması, uygulaması ve değerlendirilmesinde iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmalıdır. İnsan Bakım Teorisi'nin tıbbi odaklı değil insan, iyileştirme ve sevgi odaklı olması hemşireye birey merkezi, saygılı, güvenli, duyarlı, dürüst, ulaşılabilir bakım vermede rehber oluşturmaktadır (Okumuş, 2013). Bu bakım davranışlarının bakım vermek gibi zorlu bir süreçte bakım verenin bakım yükünü azaltacağı, olumsuz duygularla ve sorunlarla baş etme gücünü arttıracacağı ve yaşam kalitesini iyileştireceği düşünülmektedir.

Hemşire, uyku sorunu olan diyabetli bireyi dinlemeye hazır olduğu mesajını verir, ister ve kabul ederse ona yardım edebileceğini söyler. Bireyin kendisi hakkında konuşma isteğini, yaşadığı durumu paylaşma isteğini ve herhangi bir durumla ilgili neler hissettiğini sorar. Hemşire bireye, beraber zorlu bir yolculuğa başladıklarını belirtir, bu süreci beraber yaşayacaklarını ifade eder. Bireyin aldığı bir tedavi ve yaşadığı bir durumu hakkında soru sormasına izin verir ve bu sorulara yanıtlar verir. Birey yaşadığı duruma ilişkin efor sarf ediyorsa, tedavisini uygun şekilde yerine getiriyorsa, hayatında yaptığı mücadeleleri için hemşire birey tebrik eder. Bireye kendisini iyi hissettirecek çözüm yollarını sorar. Bireyin herhangi bir dproblem karşısında ne yapması gerektiği konusunda, eğer isterse çözümleri beraber bulabileceklerini vurgular. Baş etme

stratejileri ile ilgili konuşabileceklerini ifade eder. Hemşire bireyin her zaman kendisine ulaşabileceği mesajını verir. Bireyi kimin desteklediği, bakımını neyin geliştirdiği konularını sorgular. Birey gerektiği zamanlarda sessizce dinlenir, hemşire bireyin tarafında olduğunu hissettirir. Bireyi üzen deneyimleri sorulur. Bahsettiği bir konuyla ilgili, bunu değiştirmek adına bir şeyler yapmak isteyip istemediği sorulur. Hemşire umut içinde olmaları gerektiğini ve bireyin yanında olduğunu ifade eder.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Ön test-son test düzeninde, prospektif, niceliksel ve niteliksel olarak karma yöntemle yapılmıştır. Tip 2 diyabetli bireylerde “Watson İnsan Bakım Kuramına” dayalı yapılacak uygulamaların; uyku kalitesi ve kan glukoz düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel ve tanımlayıcı niteliksel araştırma tasarımı kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 2015-2016 yıllarında İzmir il sınırları içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Endokrin Bölümünde yapılmıştır. Endokrin polikliniğine tip 1 ve tip 2 diyabeti olan hastalar, eğitim, izlem ve endokrin dinamik testlerin yapılması için yılda yaklaşık 5000-6000 diyabetli birey başvurmaktadır. Poliklinikte kayıtlı olan hastaların üç ayda bir kontrole gelmesi beklenmektedir. Hastalara ait tanımlayıcı bilgiler ve diyabet izlem formu, laboratuvar ve muayene kayıtları bilgisayar veri tabanında tutulmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

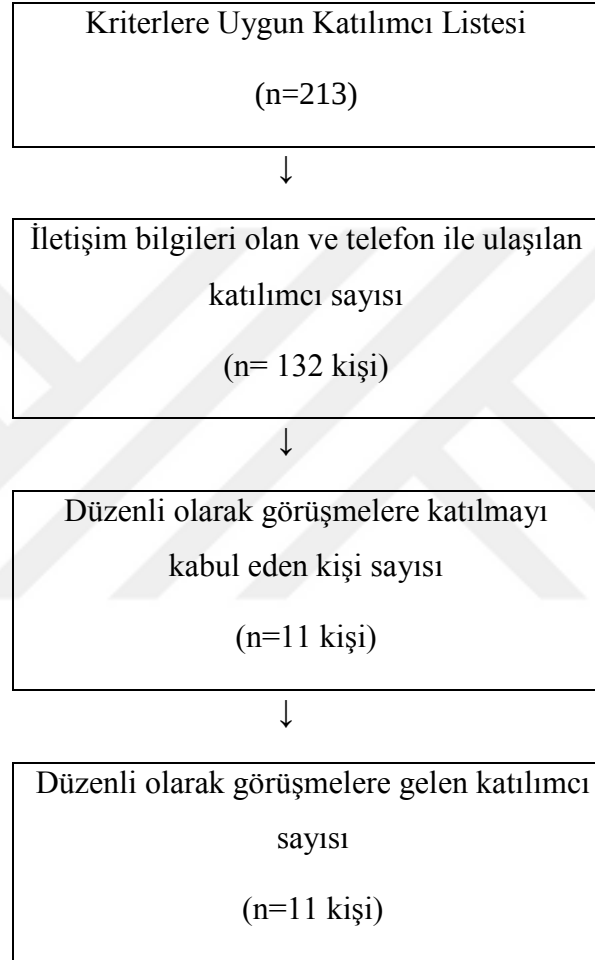
Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, diyabet polikliniğine kayıtlı olan tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; söz konusu hastanenin diyabet polikliniğine başvuran sistemde kayıtlı, örnekleme dahil etme kriterlerine uyan tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Veri tabanından kayıtlı 213 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerden iletişim bilgileri olan ve telefonla ulaşılabilen 132 kişi belirlenmiştir. Ulaşılan bilgiler kapsamında, araştırmanın örneklemini belirlenen örneklem kriterlerine uyan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve görüşmelere düzenli olarak gelebileceğini söyleyen 11 tip 2 diyabetli katılımcı birey oluşturmuştur (Şekil 5).

3.4. Örneklem Dahil Etme Ölçütleri

- 18 yaş üzerinde olmak,
- En az bir yıl öncesinde tip 2 DM tanısı almış olmak,
- Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 5 ve 5’in üzerinde olması,
- Görme, işitme, iletişim, algılama ve fiziksel engel durumu olmamak.

Örneklemden Dışlama Ölçütleri:

- Gebelik,
- Gece vardiyasında çalışmak.



Şekil 5. Araştırma Diyagramı

3.5. Araştırma Materyali

Bu çalışmada katılımcı grup için Watson İnsan Bakım Kuramına göre yapılacak görüşmelerde rehberlik edecek aşağıdaki materyaller hazırlanmıştır.

- Katılımcılara her oturumun gün ve saati yazan oturum planının yer aldığı çıktıları verilmiştir.
- Her oturum için uygulama adımları planlanmıştır. Katılımcılara görüşme planı önceden hazırlanmıştır. Burada yapılacak hemşirelik uygulamalarına yer verilmiştir (Tablo 4).
- Görüşmelerin tamamlandığı oturum sonunda, nitel verilere ulaşmak amacıyla katılımcılara ayrıca uygulama sürecini değerlendirecekleri sorular yöneltilmiştir (Tablo 3).
- Oturumlar sırasında insan insana iletişim ve etkileşimin sağlanması için çevresel düzene dikkat edilmiştir. İnsan Bakım Kuramının öngördüğü şekilde, bireyin ruhuna dokunabilmeyi, hem birey hem de araştırmacının güven ortamında duygularını ve düşüncelerini açabilmelerini sağlamak amacıyla çevresel düzenleme yapılmıştır. Fiziksel ortamın temiz, hoş kokulu, havadar, uygun sıcaklıkta, rahat ve sakin olacak şekilde uygunluğuna dikkat edilmiştir. Görüşme ortamında; yüz yüze iletişimin sağlanabilmesi için yuvarlak bir masa düzeni sağlanmış, sandalyeler, su ve ara öğün için yiyecekler bulundurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: HbA1c düzeyi ve Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği puan ortalaması.

Bağımsız Değişkenler: Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne (İBM) temellendirilmiş hemşirelik uygulamaları

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu (EK 1), Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ- EK 2), HbA1c izlem formu (EK 3) ve Nitel Görüşme Formu (EK 4) kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu:

Diyabet ile ilgili literatürden yararlanarak oluşturulmuştur (Fawcett, 2005; Handelsman ve ark., 2011; Dennick, 2012; ADA, 2013). Form; bireyin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu ve diyabet hastalığı, medeni durumu, sosyokültürel özellikleri, meslek ve çalışma durumunu kapsayacak şekilde hazırlanmıştır (EK 1).

3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ):

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği; subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habitüel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz fonksiyonları olmak üzere yedi ana başlıkta sorulan sorular ile uyku kalitesini değerlendiren bir ankettir (Buysse ve ark., 2008). PUKÖ, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Ağargün, Kara ve Anlar tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmekte, “uykusu iyi olanlar” ve “uykusu kötü olanlar” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir (Iliescu ve ark., 2003; Smyth, 1999; Ağargün ve ark., 1996). Ölçeğin orijinalinde, Cronbach's alpha değeri 0.83 iken; Türkçe versiyonunda bu değer 0.80 olarak bulunmuştur. PUKÖ toplam 24 soru içermekte, bunların 19’u kendini değerlendirme (özbildirim) sorusu olup, 5’i eş ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanmalıdır (EK 2).

Bu araştırmada, Türk Toraks Derneği Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporunda (2012) belirtilmiş olan Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre; komponent 1- subjektif uyku kalitesi (9. soru); komponent 2- uyku latansı (2. soru ve 5. soru a şıkkı); komponent 3- uyku süresi (4. soru); komponent 4- uyku etkinliği; komponent 5- uyku bozukluğu (5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i ve 5j şıkları); komponent 6- ilaç kullanımı (6. soru), komponent 7- gündüz fonksiyonlarını (7. soru) değerlendirmektedir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), tüm bileşenlerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Ölçek toplam puanı 0-21 arasındadır. PUKÖ toplam puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Tanısal duyarlılığı %89,6 ve özgüllüğü %86,5’dir (Buysse ve ark., 1991; Buysse ve ark., 1989).

3.7.3. HbA1c İzlem Formu:

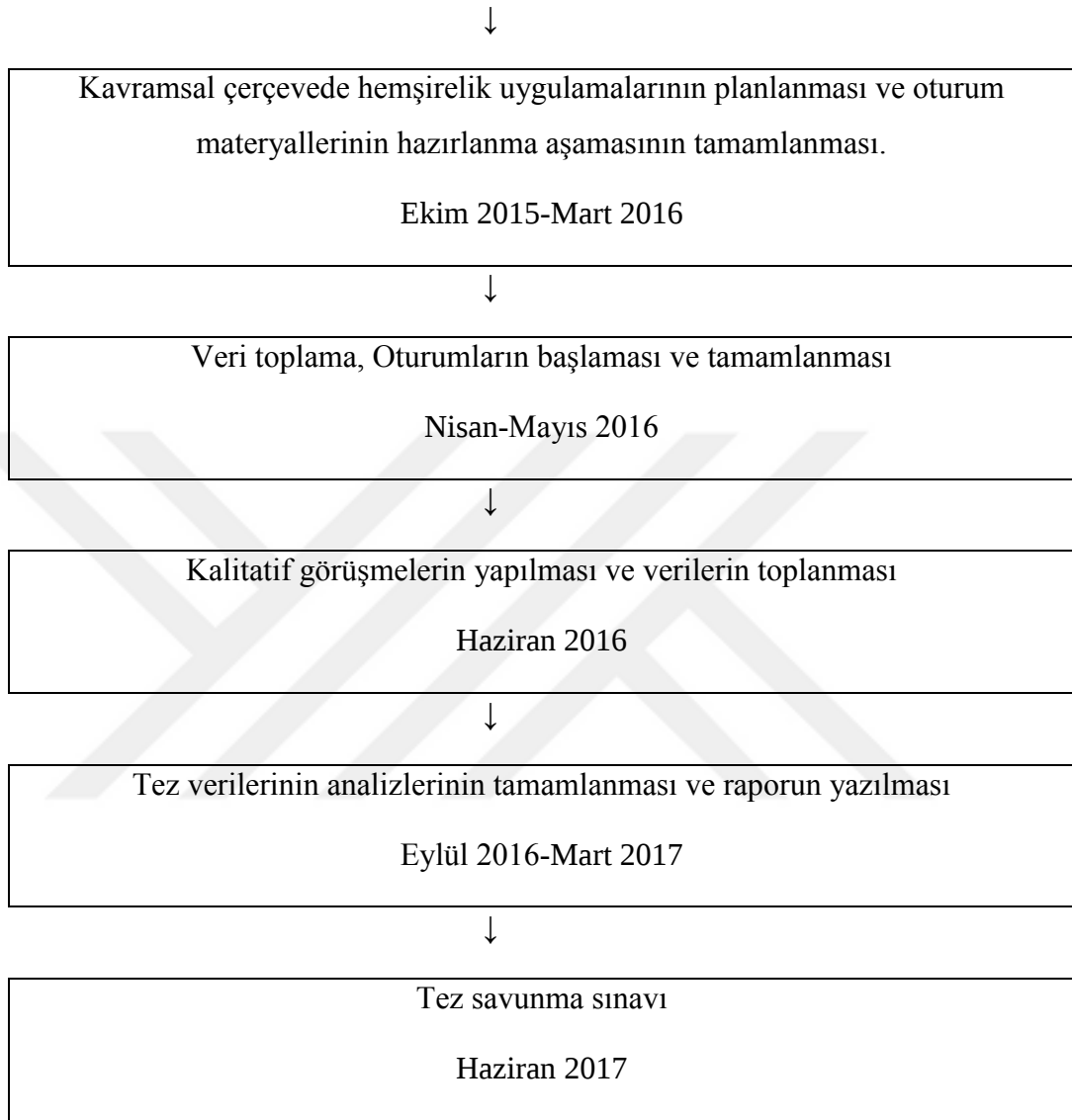
Tip 2 diyabetli bireylerin; HbA1c düzeyi ölçümelerini içermektedir ve ölçüm sonuçları değerlendirilip araştırmacı tarafından kaydedilmiştir (EK 3).

3.7.4. Nitel Görüşme Formu:

Yapılan üç oturumun ardından, nitel veri toplamak amacıyla katılımcılar ile izinleri doğrultusunda kayıt alınarak niteliksel bir görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmeler süreci içinde kendilerinde ne gibi değişiklikler olduğu (duygu/düşünce/davranış/sağlık durumu) ve süreci nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur (EK 4).

3.8. Araştırma Planı ve Takvimi:





Şekil 6. Araştırma Planı ve Takvimi

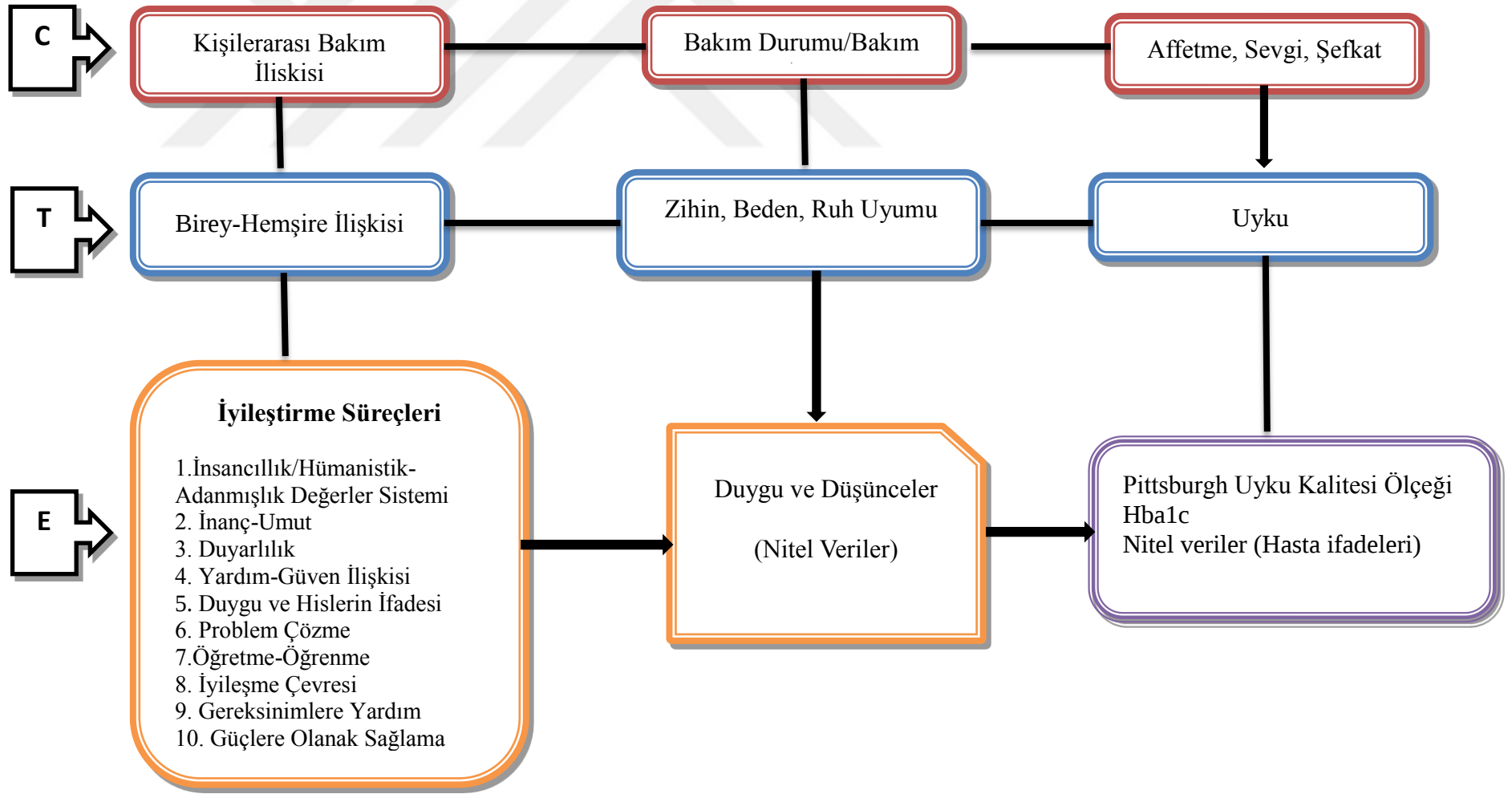
3.9. Veri Toplama Süreci

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Endokrin Bölümünde, araştırmacı tarafından örneklem dahil edilme kriterlerine uygun hastalar belirlenmiştir. Katılımcılar gruplar şeklinde takip edilmeye çalışılmıştır. Fakat gerek duyulduğunda, hastanın ihtiyacına göre, bazı görüşmeler birebir şeklinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcının oturumlara gelememesi durumunda telafi oturumları yapılmıştır. Genellikle görüşmeler 3-5 kişilik hasta grupları ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar ilk oturuma geldiklerinde; ön test kapsamında PUKÖ'yu doldurmuştur, en son ölçtükleri HbA1c değerlerini yazmışlardır. Bu veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Üç oturum, üniversite içinde bir toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara son test kapsamında 3 aylık zaman diliminden sonra, tekrardan PUKÖ uygulanmış ve katılımcılardan en son ölçtükleri HbA1c değerlerini yazmaları istenmiştir. Ayrıca oturum sonunda katılımcılarla niteliksel verilere ulaşmak amacıyla bir kalitatif bir görüşme yapılmıştır ve bu sırada katılımcıların gönüllü olarak kabul etmeleri sonucunda ses kayıtları da alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

Watson İnsan Bakım Teori'sinin uygulamaya aktarılann bölümünü iyileştirme süreçleri oluşturmaktadır (Watson, 2007). Araştırmanın kavramsal, teorik ve deneysel yapısı Şekil 7'de yer almaktadır.



Şekil 7. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

3.11. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Uygulamaları

Watson İnsan Bakım Kuramı iyileştirme süreçleri iç içe geçmiş süreçler olduğu ve doğrusal bir yol izlemediği için (WCSI, 2010) bu araştırmada süreçlerin hepsi kullanılmıştır. Bu iyileştirme süreçleri dikkate alınarak yapılan görüşmelerde katılımcılara sorular sorulmuştur. Görüşmeler, her grup için en az üç oturumda ve 45-90 dakikalık süreler içerisinde tamamlanmıştır. Görüşmeler için uygun zaman, katılımcı diyabetli bireyler ile birlikte belirlenmiştir. Buna göre genellikle hafta içi ve cumartesi günleri 09.00-16.00 saatleri arasında planlanıp gerçekleştirilmiştir. Her grup için iki oturum arasında yaklaşık bir aylık süre aralıkları bırakılmıştır. Uyku sorunu olan tip 2 diyabetli bireyler için Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik uygulamaları akış şeması tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Uygulamaları Akış Şeması

1. Oturum
Adım 1: Bakım İyileşme Çevresinin Oluşturulması Kendimizi tanıtmak Görüşmelerin amacı ve yönteminin açıklanması Tanışma, çalışma ile ilgili bilgilendirme Ölçüm araçlarının uygulanması (PUKÖ ve HbA1c düzeyi) Diyabetle ve uyku ile ilgili temel sorular <u>Adım 2: Problem/Durumu Tanılama</u> ... süredir uyku sorunu yaşadığınızı ifade ettiniz. Bu konuda size en zor gelen nedir? Bu konuyu biraz daha açabilir misiniz? Bu konuyla ilgili bir örnek verebilir misiniz? (gerekirse) Yaşam ve ölüm gibi temel konularla karşı karşıya geldiğinizde, daha dürüstçe bir hayat ya da daha az önemsiz ya da saçma bir hayat sürebildim diye düşünüyor musunuz? (10. Süreç: Güçlere Olanak Sağlama)

Kendinizden, önemseydiğiniz değerlerden bahsedebilir misiniz?

Sorunuz bu durumla ilgili olabilir mi? (1. Süreç: İnsancılık/Hümanistik-Adanmışlık Değerler Sistemi)

Sorunuz karşısında çevrenizdekilerin size karşı yaklaşımları hakkında ne düşünüyorsunuz? (4. Süreç: Yardım-Güven İlişkisi)

Mevcut aile ilişkilerinizden ve çevrenizdeki insanlar ile bağlantılarınızdan bahsedebilir misiniz?

Sorunuz bu ilişkilerle ilgili olabilir mi? (3. Süreç: Duyarlılık)

Bu hastalık ya da yaşadığınızı belirttiğiniz uyku rahatsızlığı günlük yaşamınızı, fonksiyonlarınızı nasıl etkiledi?

Sağlık profesyonellerinden destek alıyor musunuz? (9. Süreç: Gereksinimlere Yardım)

Adım 3: Duygu ve Düşünceleri Netleştirme

... konu/konular hakkındaki düşünceniz nedir?

... nedeniyle mi böyle düşünüyor/hissediyorsunuz?

Şu an için içinde bulunduğunuz mevcut durumla ilişkin hissettikleriniz nelerdir?

Kızgınlık, korku veya üzüntü yaşıyor musunuz?

Kızgınlığınızı, korkunuzu ya da üzüntünüzü ifade ediyor musunuz veya saklıyor musunuz? (5. Süreç: Duygu ve Hislerin İfadesi)

Adım 4: Plan Yapmaya karar verme/Plan yapma

Ne olmasını istiyorsunuz?

Ne olursa/ne değişirse kendinizi daha iyi hissedersiniz?

Yaşam kalitenizi neyin daha iyi yapacağını düşünüyorsunuz?

Sizin tercihiniz nedir?

Bu durum...(hafta/ay...) sürede düzelir mi?

Sizin için engeller nedir?

Size kim yardım edebilir?

Bu seçimlerinizin faydaları ve maliyeti nedir?

Eğer bu konuda bir şey yapmazsanız sonuç ne olabilir?

Bu problemi çözmek için bir şeyler yapmak istiyor musunuz? Hadi bir plan yapalım.

Neler yapabilirsiniz?

Ne yapacaksınız?

Bu planı başarmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

Başardığınızı nasıl anlayacaksınız? (hedef değerleri bilmesi bekleniyor)

Bugün buradan ayrıldıktan sonra yapacağınız herhangi bir şey nedir? (6. Süreç: Problem Çözme)

Adım 5: Eğitim Oturumunun Değerlendirilmesi

Görüşme nasıl gitti? Bu görüşmede ne öğrendiniz? Ne oldu?

Bu görüşme sırasında bir sıkıntı yaşadınız mı? Ne oldu?

Gelecek görüşmede, bu görüşmeden farklı olarak neyin olmasını/olmamasını istersiniz?

Diğer görüşme amacı ve tarihi belirlenir. (Gereksinim duyarsa, e-posta/telefon ile de soru sorabileceği söylenir) (2. Süreç: İnanç-Umut)

2. Oturum

Derin nefes egzersizi (uygulama adımı)

Geçen haftadan bugüne kadar geçen zamanı değerlendirme (tanılama)

Ne kararlar almıştınız? (Hedef ve kararların hatırlanması)

(Neler/Nasıl oldu? Neler değişti? Burada aldığımız kararları uygulayabildiniz mi?

(Tek tek herkes süreç ve sonucunu anlattı. Anlatım sırasında engelleri fark etmeleri

sağlandı, belirttikleri engeller konusunda ne düşünüp ne hissettikleri soruldu. Hedeflere

ulaşamadıysa bu sorun üzerinde konuşuldu. Engeli aşamama ve/veya hedefe ulaşamama

konusunda ne düşündüğü, ne hissettiği soruldu).

Bu süre sonucunda yeni sorunlar saptandı.

Duygu ve düşünceleri netleştirildi ve plan yapmaya karar verildi.

Ardından rahatlamak ve hafiflemek için hazırlanan bir egzersiz yapıldı. Tekrar derin nefes egzersizi (uygulama adımı). Ardından imgeleme meditasyonu (uygulama adımı)

(8. Süreç: İyileşme Çevresi)

3. Oturum

İstekleri ve kararları üzerine diyabet, uyku ve insülin enjeksiyon teknikleri hakkında sunum yapma

(7. Süreç: Öğretme-Öğrenme)

Katılımcılara gönüllü olarak verdikleri destek ve değerli katılımları için teşekkür etme ve memnuniyeti bildirme

Kapanış ve Değerlendirme

(Tek tek herkesin süreç sonucundaki kazanımları, bu konuda ne düşündükleri, ne hissettikleri soruldu sorgulandı (Kazanımlar).

Görüşmelerin onlar için anlamını ve oturumları nasıl değerlendirdiklerini ifade etmeleri istendi (Anlamını ölçme).

Süreç içerisindeki kendilerinde ne gibi değişikliklerin olduğunu paylaşmaları belirtildi (Değişiklikler)

Görüşmelerde sırasıyla; bakım iyileşme çevresi oluşturulmuştur, problem durumu tanımlanmıştır, duygu ve düşünceler netleştirilmiştir, planlar yapıp kararlar alınmıştır, katılımcıların görüşmeleri değerlendirmeleri istenmiştir, iyileştirme süreçleri rehberliğinde uygulamalar yapılmıştır. Bu anlamda; görüşmeler esnasında diyabetli bireylerin kendini tanımasını, duygu ve düşüncelerinin farkında olmasını ve sevgi, affetme ve şefkat özelliklerinin etkin olmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bireye, ilgi ve sevecen bir yaklaşım sergilenmiştir, baş

etmesi konusunda motive edilmiştir, olumlu davranışları takdir edilmiştir, dinleme esnasında hiçbir şekilde yargılama yapılmamıştır, mahremiyete önem verilmiştir, güven verici iletişim kurulmuştur, yeterli zaman ayrılmıştır, göz temasına dikkat edilmiştir, varsa soruları yanıtlanmıştır. Görüşmeye başlarken bireyi dinlemeye hazır olunduğu mesajı verilmiştir, yumuşak ve sakin bir ses tonuyla konuşulmuştur, beraber zorlu bir yolculuğa başlandığı ve bu sürecin beraber yaşanacağı ifade edilmiştir, kendisi hakkında konuşması istenmiştir (örneğin; bir cümle başlatılıp boşluğu doldurması istenmiştir - benim en önemli karakteristik özelliğim...) gerektiğinde sessiz kalınmıştır. Cevaplarına göre bunları tekrarlayacak cümleler kurulmuştur (örneğin; ... görüyorum ki bu durum size kötü hissettiriyor). Gerekli görülen konularda bilgilendirme ve eğitim yapılmıştır (diyabeti tanıma, insülin enjeksiyon tekniği, beslenme ve fizik aktivitenin önemi, diyabet ve uyku arasındaki ilişki). Ayrıca gerekli sağlık birimlerine yönlendirmeler yapılmıştır (Geriatric Bölümü, Uyku ve Diyabet Poliklinikleri ...). Kişi yaşadığı duruma ilişkin efor sarf ettiğinde, tedavisini uygun bir şekilde yerine getirdiğinde, tedavisi için yaptığı mücadeleler ve buraya geldiği için tebrik edilmiştir. Kendisine neyin rahat hissettirdikleri sorulup, o tartışılmıştır, ifade ettikleri tekrar edilmiştir (örneğin; ... bunlar size iyi hissettiriyor). Bireyin durumla ilgili neler hissettiği ve reaksiyonları sorgulanmıştır. Bildirdiklerinin dışında başka nelerin, hangi metotların ya da uygulamaların bireye iyi geldiği sorulmuştur. Birey istediği takdirde çözümleri beraber bulabilecekleri söylenmiştir. Bir sonraki görüşmede nelerle ilgili konuşmak istendiği her zaman sorulmuştur (örneğin; baş etme stratejileri ile ilgili konuşmak istiyorum), kişi sonraki oturuma hazırlanmıştır. İletişim adresleri verilmiştir, bireyin istediği her zaman tekrar görüşebileceği açıklanmıştır. Görüşmeye başlamadan önce ne konuşacakları söylenmiştir. Bireyi kimin desteklediği, bakımını neyin geliştirdiği konuşulmuştur. Her görüşmede nasıl hissettiği sorulmuştur. Gerektiğinde sessizce dinlenmiştir, bireyin tarafında bulunduğu hissettirilmeye çalışılmıştır. Bireyi üzen deneyimleri sorulmuştur. Bahsettiği bir konuyla ilgili, bunu değiştirmek adına bir şeyler yapmak isteyip istemediği sorulmuştur. Umut içinde olmaları gerektiği ve bireyin yanında bulunduğu ifade edilmiştir. Her bir görüşmede, son görüşmeler özetlenmiştir ve en son görüşmeden bu yana neler olduğu sorulmuştur, bir sonraki görüşmenin amacı ve konusundan bahsedilmiştir. Görüşmeler arası yaşadıkları olumsuz deneyimler not edilmiştir. Bireyin bu durumlara verdikleri uyku ve kan şekeri tepkileri sorgulanmıştır.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel bulgular için; Veriler, SPSS 21.0 kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Sosyodemografik özellikler için sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Nonparametrik analiz yöntemleri tercih edilmiştir. Grupların oturum öncesi ve sonrası verilerinin karşılaştırılması için “Wilcoxon Testi” yapılmıştır. Araştırmada $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Sonuçlar, bu anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir. Nitel bulgular için; içerik analizi yapılmıştır (Yıldırım ve Şimşek 2011). Ayrıca bu analiz sonuçları uzman kişilere gönderilip, uzman görüşü alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hasta sayısı 11’dir. Randomize kontrollü bir çalışma yöntemi kullanılamamıştır.

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı ve araştırma süresince yararlanılacak kurumlardan gerekli yazılı izinler alınmıştır (Dokuz Eylül Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Polikliniği). Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni alınmıştır. Katılımcılara, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırma öncesi “bilgilendirilmiş onamları” ile yazılı izinleri alınmıştır. Katılımcıların tüm haklarına saygı gösterilip, gönüllülük ve gizlilik ilkelerine özen gösterilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Bulgular

Bu araştırma, 55-82 yaşları arasında 11 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmada, grubun yaş ortalaması 67.91 olarak bulunmuştur. Grubun, kilo ve boy bilgileri açık uçlu olarak sorulmuş, yanıtlayanların tanımlayıcı istatistikleri elde edildiğinde ortalama ağırlığı ve uzunluğu sırasıyla 77.27 kg. ve 160.91 cm. olarak elde edilmiştir. Grubun tanımlayıcı özelliklerine ait frekans ve yüzde bilgileri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	7	63.6
	Erkek	4	36.4
Medeni Durum	Evli	11	100
	Bekar	-	0
Eğitim	Okur-yazar olmayan	-	0
	İlkokul	3	27.3
	Orta öğretim	-	0
	Lise	6	54.5
	Üniversite	2	18.2
	Lisansüstü	-	0
Çalışma Durumu	İşsiz/Çalışmayan/Ev Hanımı	2	18.2
	Aktif olarak çalışan	1	9.1
	Emekli	8	72.7

Kullanılan alışkanlıklar	Sigara		
	Evet	-	0
	Hayır	11	100
	Uyku ilacı		
	Evet	1	9.1
	Hayır	10	90.9
Diyabet kaynaklı problemler	Antidepresan ilaç		
	Evet	1	9.1
	Hayır	10	90.9
	Evet	11	100
	Hayır	-	0
Diyabet kaynaklı problemler	El ve ayakta uyuşma	1	9.1
	Hipoglisemi	1	9.1
	Görme problemi	2	18.1
	Kalp problemi	-	-
	Ayak yaraları	-	-
	Böbrek hastalığı	-	-
	Cinsellik problemi	-	-
	<u>Birden fazla sorunu aynı anda yaşayan</u>		
	Kalp problemi+görme problemi+hipoglisemi	1	9.1
	Görme problemi+hipoglisemi+uyuşma	1	9.1
Diyabet dışında başka kronik hastalık	Hipoglisemi+uyuşma	5	45.5
Diyabet eğitimi alma	Evet	10	90.9
	Hayır	1	9.1
Diyabet eğitimi alma	Evet	6	54.5
	Hayır	5	45.5

Diyabet için Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Fizik aktivite + Tıbbi beslenme	2	18.2
	İnsülin	6	54.5
	Oral anti-diyabetik (OAD)	3	27.3
	OAD ve İnsülin	-	-

Tablo 4'e göre grubun % 63.6 kadındır ve grubun tümü evlidir. Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde % 54.5'inin lise mezunu olduğu görülmektedir. % 72.7'si emeklidir. Grupta sigara kullanımı yoktur. Grubun tümü diyabet nedeniyle ortaya çıkan problemleri olduğunu belirtmiştir. Buna göre "hipoglisemi ve el ve ayakta uyuşma" en sıklıkla görülen problemlerdir. Diyabeti yönetmek için, insülin kullanma oranı % 54.5'tir. Bu tedavi yöntemini % 27.3 ile OAD takip etmektedir. Diyabet dışında grubun % 90.9'ünde başka birçok kronik hastalıklar olduğu gözlenmiştir. Diyabet eğitimi alma oranı 54.5'tir.

Tablo 5. HbA1c Tanımlayıcı İstatistikleri

HbA1c							
Değişken	Frekans	Alt ve üst değer	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	Z	p
Oturum öncesi	11	5.40-10.00	7.40	7.20	1.53	-1,826	0,068
Oturum sonrası	11	5.40-9.00	6.92	6.20	1.29		

Tablo 5'e göre oturma öncesi HbA1c ortalaması $7.40 \pm SS$, en küçük değer 5.4, en büyük değer ise 10.0'dır. Medyan değeri 7.2 olarak elde edilmiştir. Oturma sonrası HbA1c ortalaması 6.92, en küçük değer 5.4, en büyük değer ise 9.0'dır. Medyan değeri 6.2 olarak elde edilmiştir. Oturma öncesi ve sonrasında katılımcıların HbA1c ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da A1c düzeyi değerlerinde düşme olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. PUKÖ Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve PUKÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler		Frekans (%)	Alt ve üst değer	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	Z	p
PUKÖ puan ortalaması	Pukö <5	0	5.00-14.00	8.27	8.00	2.45	-2.950	0,003 *
	Oturum öncesi	Pukö ≥5						
PUKÖ puan ortalaması	Pukö <5	7 (63.70)	1.00-7.00	3.63	3.00	2.24		
	Oturum sonrası	Pukö ≥5						

*p<0.05

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği uygulanan 11 bireye ait sonuçlara göre (Tablo 6) oturum öncesi grubun ölçek puan ortalaması $8.27 \pm SS$ puan; oturum sonrası ise $3.63 \pm SS$ çıkmıştır. Oturum öncesi, grubun tümü (11 birey) kötü kalitede uykuya sahiptir. Bu değerler oturum sonrasında değerlendirildiğinde ise; grubun % 63.7'si (7 birey) iyi uyku kalitesine ulaşmışken; % 36.3'ü (4 birey) kötü kalitede uyku durumuyla devam etmiştir.

H_0 : oturum öncesi ve sonrası uyku kalite ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : oturum öncesi ve sonrası uyku kalite ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hipotezlerine göre **Wilcoxon non-parametrik testi uygulandığında** test istatistiğinin değeri -2,944 (**p-değeri=0.003**) olarak elde edilmiştir. % 95 güvenle H_0 hipotezi red edilir. Buna göre oturum öncesi ve sonrası uyku kalite ölçeği toplam puanları arasında fark olduğu istatistiksel olarak %95 güvenle ispatlanmıştır.

4.2. Nitel Bulgular

Uykunun kan glukozu üzerine etkisini incelemeye yönelik tip 2 diyabetli katılımcıların görüşleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmıştır. Yapılan içerik analizi sonucunda, dört ana tema ve dokuz kategori belirlenmiştir (Tablo 7). Bu dört ana tema; uyku kalitesinde iyileşme, iyilik hali, affetme ve tedaviye uyumdur.

Tema 1: Uyku Kalitesinde İyileşme

Katılımcıların uyku kalitesinde iyileşme durumlarına ilişkin görüşleri; iki kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler; yeterli süre uyuma, zamanında ve kesintisiz uyuma şeklindedir.

Kategori 1: Yeterli Süre Uyuma

Katılımcıların yeterli süre uyuma ile ilgili görüşleri; gece uykusuzluk yaşamama ve yatakta uzun süre kalmama olmak üzere iki alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bu kategorilere ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Kategori 2: Zamanında ve Kesintisiz Uyuma

Katılımcıların zamanında ve kesintisiz uyuma ile ilgili görüşleri; gece uyuma, gündüz uyuma gereksinimi yaşamama, gece sık sık uyanmama olmak üzere üç alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tema 2: İyilik Hali

Katılımcıların iyilik hali durumlarına ilişkin görüşleri; iki kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler; olumlu duygu ve olumlu düşünme şeklindedir.

Kategori 1: Olumlu Duygu

Katılımcıların olumlu duygu ile ilgili görüşleri; sinirlenmeme, öfke kontrolü ve mutlu/huzurlu görünme, rahatlama olmak üzere iki alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Kategori 2: Olumlu Düşünme

Katılımcıların olumlu düşünme ile ilgili görüşleri; sevgi ve mutluluğu tercih etme ve aile süreçlerinde iyileşme olmak üzere iki alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tema 3: Affetme

Katılımcıların affetmeye ilişkin görüşleri; iki kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler; eskiyi bırakma ve olumlu ifadeler şeklindedir.

Kategori 1: Eskiye Bırakma

Katılımcıların eskiyi bırakma ile ilgili görüşleri; takıntılarından kurtulma ve kendini ifade etmeye başlama olmak üzere iki alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Kategori 2: Olumlu İfadeler

Katılımcıların olumlu ifadeler ile ilgili görüşleri; yardım etme isteği ve şefkat olmak üzere iki alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tema 4: Tedaviye Uyum

Katılımcıların tedaviye uyuma ilişkin görüşleri; üç kategoride ele alınmıştır. Bu kategoriler; bilgi düzeyinin artması, olumlu davranış ve glisemik kontrolde iyileşme şeklindedir.

Kategori 1: Bilgi Düzeyinin Artması

Katılımcıların bilgi düzeyinin artması ile ilgili görüşleri; Hastalığın önemine farkındalık, öğrenme, uykunun önemine farkındalık, iyimserlik, kendini önemseme ve umut olmak üzere altı alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Kategori 2: Olumlu Davranış

Katılımcıların olumlu davranış ile ilgili görüşleri; iyileşme çevresi oluşturma, hastalığı kabul, sakin olma, baş etme, tıbbi beslenmeye uyum ve kan basıncını izlem olmak üzere altı alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Kategori 3: Glisemik Kontrolde İyileşme

Katılımcıların glisemik kontrolde iyileşme ile ilgili görüşleri; kan şekerinin düşmesi, insülin dozunun azalması ve kilo kontrolü olmak üzere üç alt kategori/kod şeklindedir ve katılımcıların bunlara ilişkin bazı ifadeleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Nitel Veri Analiz sonuçları

Cümle	Kod	Kategori	Tema
Kafama çok takıyordum gece uyuyamıyordum. Şimdi çok güzel oooo fevkalade uyuyorum. (1. katılımcı) Rahat uyumayı öğrendim. (2.katılımcı) Öncesiyle kıyaslarsam uykum iyi. Eskiden daha pımpirikli, onu düşünüyordum bunu düşünüyordum. Uykumu kaçırıyordum ondan sonra sinirlerimi bozuyordum Şimdi yattığım gibi uyuyorum (6.katılımcı) Hiç uyuyamıyordum böyle boğazıma kadar boğulduğumu hissediyordum. Ancak ilaç alıyorsun, morfinman gibi yatıyorsun. Uyku ilacı o zaman işte 1 hafta 10 gün, yarım ettim, 15 damla, 10 damla, sonra 5 damlaydı, sonra bıraktım. Şimdi bir yere gitsem de kafama taktığım bir şey olsa da hiç kalkıp da içeyim de demiyorum, gayet de güzel uyuyorum. Hani öyle kendimi telkin ederek bakmışım ki uyuyorum. Sağlıklı kalkıyorum. (8.katılımcı)	Gece uykusuzluk yaşamama	Yeterli süre uyuma	Uyku kalitesinde iyileşme
Yatış saatim 11-12 oluyor. 09-10'da kalkıyordum, 08'de kalkmaya başladım. Daha iyiyim, daha zinde oluyorum. Rahatım. Daha aktif oluyorum hareketlerimde. Daha dik duruyorsun. İyi oluyor yani. (9.katılımcı)	Yatakta uzun süre kalmama		
02, 03'lere kadar uyku problemim vardı, uyku problemlerimi aştım. Ama tabi sizin yapmış olduğunuzdan kaynaklı olarak. Uyku problemim kalmadı. 05.00'te uyuyordum, 08.00'de kalkıyordum, 08'de de değil, 7 buçukta kalkıyordum. Mesaiye yetişeyim diye. ...Şimdi mi, iğnemi yapıp yatarım, hatta bir an önce saat geçse de uyusam diyorum. Ciddi söylüyorum bak.	Gece uyuma	Zamanında ve kesintisiz uyuma	

11'e çeyrek kala, 11 gibi lantus'u kullanıyorum. Hemen uyuyorum ve uyuduğumda gözümün önüne şu geliyor bu geliyor yok yani, direkt uyuyorum. Mışıl mışıl uyuyorum hem de hiç ilaç almadan. (4.katılımcı) Ben eskiden sabah kadar otururdum ondan sabah kalkar işe giderdim. Yani hiç uyumadan işe giderdim. Şimdi, tam 12'de yattım tam 07'de de uyandım. (11.katılımcı)			
Saat 11'den önce kalkamıyordum. Hemen böyle bir kahvaltı edip yine böyle hemen işim bitti mi yastık alıp yatmak istiyordum, 07'de ayaktayım şimdi. (2.katılımcı) Canım sıkıldığı zaman veya bir şey oldu mu uykuya gitmiyorum. (3.katılımcı)	Gündüz uyuma gereksinimi yaşamama	Zamanında ve kesintisiz uyuma (devam)	
Uyku düzeldi yani. Eskisi gibi değil. Saat başı kalkıyordum. Şimdi 11'de yattığım zaman 03'e çeyrek kala kalkıyorum. Sabahleyin 06.00'da kalkıyorum artık bir daha yatmama lüzum kalmıyor. (10.katılımcı)	Gece sık sık uyanmama		
Sinirlenmemeyi öğrendim. Çok çabuk sinirlenen biriydim. Onu attım üstümden. Yani kızmadan cevap veriyorum. İdare etmesini yeni öğrendim dedim, 45 sene sonra öğrendim. (1.katılımcı) Nasıl sinirleniyordum, nasıl sinirleniyordum. Kendimi yıpratıyormuşum. Tahammülsüzdüm. Yani o bir gerçek, hakikaten tahammülsüzdüm. Bir şey bile olsa eskisi kadar tepki vermiyorum artık. (2.katılımcı) Ben rahatladım. Anlatabildiğim için rahatladım. Konuşabildiğim için rahatladım. (3.katılımcı) Sinir sistemlerime hakim olamıyordum, öfkeleniyordum, hayır o da yok. Sinir uçlarını kesmişsin, sen ne kadar değişmişsin diyorlar (4.katılımcı) Daha sakin olmaya çalışıyorum. 5-10 dakika sokağa çıkıp yürümeye başladım. Sakinleşiyorum. (5.katılımcı)	Sinirlenmeme Öfke kontrolü	Olumlu duygu	İyilik Hali

Biraz daha rahat olmaya başladım artık. Çok kızardım, öfkeleniyordum. Ama şimdi öyle olmuyor. (7.katılımcı) Daha evvel sinirleniyordum kızıyordum öfkeleniyordum şimdi olmuyor artık böyle yüzüne söylüyorum. Artık kızmayacağım..... Ben şimdi artık hiç umursamıyorum. Kendi kafama göre bugün rahat mıyım benden iyisi yok. Arada sırada kızıyorum kızmamaya çalışıyorum. Kızmıyorum. Kendimce böyle telkin ediyorum. (9.katılımcı)			
Yüzümde bir tebessüm var, Toplantılarım var artık, beni mutlu ediyor dedim. Ayyy zaten dedi yüzünde güller açıyor dediBu sene ben seni değişik görüyorum dedi. (1.katılımcı) Geçen gün salonda baktım yüzü gülüyor (eşi), benim tavırlarımda değişiklik olduğunu kendi söyledi akşam yine.şuradan öğrendiklerim, uykunun önemi, yatakta yatsaydım akşam, bir sürü şey geçiyor kafandan, uyurken bile. Eşim bile diyor uykum biraz daha farklılaştı benim.Eşim ifade ediyor bundan iki gün önce sen çok değiştin, bana diyor çok şey davranıyorsun, yumuşak, niye ben kendim için davranıyorum aslında önce.ama bana dedi ki sen bana naif kibar davranıyorsun dedi. Ses tonunu küçülttü. Hakikaten davranıyorum. Buranın da faydası var. Ben mutluyum, huzurluyum (2.katılımcı)	Mutlu/huzurlu görünme Rahatlama	Olumlu duygu (devam)	
Buradan öğrendiğim şeyler, hayatta tutumumun daha huzurlu olması. Uykunun bir kaçış olduğunu anladım, uyuduğum zaman hakikaten kulaklarımı bile kapatıyorum, gürültü duymuyorum. Mutlu olmayı, diyabetle iyi geçinmeyi öğrendim. Sevgi ile mutluluk çok önemli. (2.katılımcı)	Sevgi ve mutluluğu tercih etme	Olumlu düşünme	İyilik hali (devam)

Şimdi biz ikimiz bağışmıyoruz. O, farkında değil ama ben farkındayım. Bana dönük yaşamaya başladı, küçük küçük uyum sağlamaya başladı. Yani aile içi de düzelmeye başladı. Ben telefon edince telefon açılmıyordu, ister geber ister öl o telefon açılmıyordu şimdi telefon ettim mi açılıyor. Eşim ne diyorum benim yaşantıma uymak için o da çaba sarf ediyor. Hadi kalk pazara gidelim. Pazara da tek gidiyordum....Benim artık çok değerli olduğumu. Şöyle olduğumu böyle olduğumu söylüyor, gerçekten güvenilirsin diyor. (2.katılımcı)	Aile süreçlerinde iyileşme	Olumlu düşünme (devam)	
Şimdi daha iyi, önceden kafama takıyordum, neden bana böyle dedi, ters baktı, niye bana öyle dedi, neden teli yüzüme kapattı Yani bazı şeyleri sizden güzel öğrendim. Mesela kafama çok takıyordum, gece uyuyamıyordum.Takmıyorum. (1.katılımcı) Onlara fırsat vermiyorum. Sabah yine kalktım mesela, huzurlu olmayı, her şeyi kafaya takmamayı ve burada şeyi öğrendim mesela.artık onların yanında yapmıyorum (2.katılımcı) Herşeyi bıraktım, düşündüm dedim doğrusu bu, orda öğrendiklerimin doğrusu bu, bu dünyaya bir kere gelinir, atacağım kafamdan ötekileri, yenilerini koyacağım. Takıntım vardı yani, yani herşeyi takıyordum kafama, şimdi yok artık o, takmıyorum kafama (9.katılımcı)	Takıntılarından kurtulma	Eskiye bırakma	Affetme
Toplantıdan sonra, bazı ifade etme alışkanlığı kazandım, ifade edince kafa da akıl da duyuyor ya, beyin de duyuyor ağzının söylediğini, nasıl davranacağımı, onu anladım. (3.katılımcı)	Kendini ifade etmeye başlama		

Rahatladı. Ne biçim nefes aldın öyle dedim. Kızdın zannettim dedi. Ben sana kızmayı unuttum dedim. (1.katılımcı) Yatarken dua ederken diyorum ki allahım onu mutlu etsin huzurlu olsun. Keşke param olsa da ben ona yardım edebilseydim, bunları bilmiyor, bilmeleri önemli, değil, ben biliyorum. Ve ben hala diyorum ki, Allah onları mutlu etsin huzurlu etsin. Çok sorun yaşadı. (2.katılımcı)	Yardım etme isteği	Olumlu ifadeler	Affetme (devam)
30 senedir ne çöp attım ne soba yaktım. Şimdi bile pazarda beraber gideriz, bana taşıtırmaz. Bak rahatsız olmasına rağmen, alır arabasına koyar.... (1.katılımcı)	Şefkat		
Bu toplantılar bana insülin vurmayı, uykuyu, birçok şeyin farkında olmamı. (1.katılımcı) Diyabet benim için çok önemli, çünkü onunla yaşıyorum ben, kimseyle yaşamıyorum. (2.katılımcı) Şimdi bir kere şekerin basit bir hastalık olmadığını öğrendim. En güzeli o. (7.katılımcı) Yani yine sizinle olmak bizi rahatlattı, diyabeti hastalık olarak belki takmıyorduk. Hastalığın çok önemli olduğunu ilerisi için farkındayız artık. (8.katılımcı)	Hastalığın önemine farkındalık	Bilgi düzeyinin artması	Tedaviye Uyum
İnsülinin nasıl düzgün vurulduğunu, nasıl enjekte edildiğini, saat çerçevesinde döne döne olduğunu öğrendim. (1.katılımcı) Diyabette uykunun önemini, uykuyu düzene sokarsak, diyabet de... onun yanında kendimiz de işte yediklerimize dikkat edeceğiz, biraz spor. Yani artık kendime göre yaşamayı öğrendim. Uykumu düzene koymayı. Geldiği an yatmayı. İnsülini nasıl yapmam gerektiğini. Tabi buradan öğrendiğim çok şey var, diyabette fazla sinirlenmemeyi, uykumun önemli olduğunu, yüksek tansiyon da var, mutlu olmayı, diyabetle iyi geçinmeyi öğrendim. (2.katılımcı)	Diyabet yönetimini öğrenme		

Hatta şu ilginç geldi, diyabetle uyku düzeni arasında ilinti olması ilişki kurmak dikkatimi çekti. Uyku düzenimi eğer kurarsam daha düzenli bir uyku şeyim olursa yaşantım olursa sağlığım açısından daha iyi olacağını anladım. Gece geç yatma çok zevkli ama yararlı değil. (11.katılımcı)	Uykunun önemine farkındalık	Bilgi düzeyinin artması (devam)	Tedaviye uyum (devam)
En büyük faydası konuşma esnasında böyle hayata bakış açımız değişti. Örneğin çok karamsar düşünüyordum. Karamsardım. Şeker hastalığında %80 hep şu gelirdi gözümün önüne, ayakları kesilir, açık söylüyorum, ayakları kesilir, parmakları kesilir, kolları kesilir, bilmem nesi kesilir falan ondan sonra yok olur, biter kurur meyvemiz bir ağaç gibi olur, böyle hep böyle hayal ediyordum valla, onu yapmak da bitmek de ölçmek de bize ait olduğunu veya bizde olduğunu biliyorum. (4.katılımcı) Sizlerle konuştuğumda bu gözlükte saha genişliyor. Daha etraflı daha detaylı daha doğrucu oluyor. Konuştukça genişliyor, saha genişliyor, o dar görüş kayboluyor. (5.katılımcı)	Iyimserlik		
Buradaki konuşmaları çok iyi dinledim. Beynime yazdım. Ne olursa olsun kendimi ön plana alıyorum. (2.katılımcı)	Kendisini önemseme		
Ben kendi kendime dikkat etmiyordum, nasılsa öleceğiz. Ölürsük öyle gideriz diyordum. Ama şimdi gerçekten öyle olmuyor yani. (7.katılımcı)	Umut		
Öyle keyif almadığım yerlerde durmuyorum. Ama biraz geç öğrendim. (1.katılımcı) Ortopedik yastık vardı benim de onu koydum. Üstüne tekrar penye geçirdim koydum. Daha iyi oldu. (2.katılımcı) Bizim, yatak odası pencere var panjur, bu tarafta da balkondan teleferiğe bakan yer var. Orası sadece tüldü ben şimdi oraya astar tutum ki karanlık olsun. Eşim diyor ben teleferiğe bakıyordum dedi, hayır dedim, uyku düzenimiz, karanlıkta uyuyacağız. Tv açmayacaksın bu	İyileşme çevresi oluşturma	Olumlu davranış	

odada. Tv açar o baka baka uyurum der. Olmuyormuş dedim. Tv'yi kapat. Perdeleri panjuru da kapatıyorum ki karanlık olsun. Gerçekten rahat uyku uyunuyor. (8.katılımcı)			
Ben diyabete çok önem veriyorum ikiz kardeşim çünkü. Kardeşiz biz onla, birlikte yaşıyoruz. Diyabetime göre davranırım. (2.katılımcı)	Hastalığı kabul		
Çok rahatım. Hani böyle telaş yapmıyorum. Heyecanlı konuşmuyorum. Hanımefendi'de o heyecanı gördüm ben, konuşurken. Ben öyleydim ilk önce. Nefes almadan konuşuyordum. Hani böyle nefesim kesiliyordu. Birisi beni kovalamış koşmuşum da .. (1.katılımcı)	Sakin olma		
Beklemiyorum.Otele oturuyorlar okey oynuyorlar, seviyorlar da, ama beklemiyorum, saat 05.00 mi, 05.30 mu hemen yemeğimi koyuyorum, yiyorum. Ne zaman canı isterse o zaman geliyor. (1.katılımcı)			
Şimdi öyle yapmıyorum. Artık yani canım sıkıldığı zaman veya bir şey oldu mu uykuya gitmiyorum, yürüyüşe gidiyorum. Birşeyle meşgul oluyorum. (3.katılımcı)	Başetme	Olumlu davranış (devam)	Tedaviye uyum (devam)
Ben de şey yapmıyorum artık, oraya buraya gidelim hiçbir şey demiyorum artık, gidersem kendim giderim. Bazen dolaşır gelirim. Bazen şöyle yürüyüşe gider gelirim. Bazen komşularla giderim. (7.katılımcı)			
Gece uykuda küçük dilim boğazıma yapıştırdı. Ayyy neden neden neden..şimdi 05.00-06.00'dan sonra bişey yememeyi öğrendim. Yemiyorum. 05.00'de ben yemeğimi yiyorum. (1.katılımcı)			
Son endokrin doktorumuz bize, şekerden uzak dur, tatlıdan uzak dur, ondan sonra su çok iç, yürü, onlara uymaya çalışıyorum. (5.katılımcı)	Tıbbi beslenmeye uyum		
Yememe dikkat ediyorum. Mesela biraz porsiyon küçültmek gibi aralarda ıvır zıvırı yememek gibi onlara dikkat ediyorum. (6.katılımcı)			

Şimdi aynı yemekleri yapıyoruz ama tuzsuz yapıyoruz. Fazla yemiyorum, fazla yemeği kestim, ondan sonra ..iki tabak yiyordum bir tabak yedim. (9.katılımcı) Yediğime çok dikkat ediyorum artık, şimdi ramazan diye misafirlğe gidiyoruz çağırıyorlar. 09'dan sonra yemek mi yiyeceğiz, ben orda yer gibi görünüyorum işte. Başka da yapacak bir şey yok. Ben hastanede öğrendiğim gibi sabah 7.30'da kahvaltı 12'00de öğle yemeği, akşam 05.30-06.00'da akşam yemeği. (10.katılımcı)			
Tansiyonum yükselmiyor, düşmüyor. Şeyi miligramına indirdi, ben böbrek yetmezliğim var deyince, çok cüzi bir tansiyon ilacı alıyorum. Bunu da böyle idare edeceğiz dedi, kontrol ederek. Tansiyonum da yükselmiyor. (2.katılımcı)	Kan basıncını izlem	Olumlu davranış (devam)	
Uyku problemim kalmadı yani o yok. Ama şeker de düzene girdi. (4.katılımcı) Şekerde bir sıkıntı çok şükür yok. (5.katılımcı) Şekerim düzenli gidiyor. (8.katılımcı) Şekerim iyi, daha düştü. Bazı çıkıyor sabahları, öğleden sonra iyi, normal şeker. (9.katılımcı)	Kan şekerinin düşmesi		Tedaviye uyum (devam)
Şekerim çok iyi gidiyor. İnsülin dozları da azaldı. (10.katılımcı) Sabahları erken kalkmanın avantajını görüyorum. Bu arada daha çok sağlık sorunlarımla ilgilendim. Günde 3 defa kristal insülini yapmıyorum artık. Lantus 40 üniteydi, doktor 30 üniteye indirdi. (11.katılımcı)	İnsülin dozunun azalması	Glisemik kontrolde iyileşme	

2,5 kilo vermişim (6.katılımcı) Üç kilo verdim. (9.katılımcı) 95'tim, 93'e düştüm. (10.katılımcı) Kızım, sen değişmişsin, kilo vermişsin görmeyeli dedi bana. (10.katılımcı)	Kilo kontrolü	Glisemik kontrolde iyileşme (devam)	Tedaviye uyum (devam)
---	---------------	-------------------------------------	-----------------------

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada uyku kalitesi bozuk olan diyabetli bireylerle İnsan Bakım Kuramına dayalı görüşmeler yapılmış, veriler nitel ve nicel olarak toplanmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda; nicel değerlendirmeler çerçevesinde, bireylerin uyku kalitelerinin yükseldiği, HbA1c değerlerinin düzeldiği verilerine ulaşılmıştır. Niteli değerlendirmeler sonucunda ise, uyku kalitesinde iyileşme, iyilik hali, affetme ve tedaviye uyum olmak üzere dört ana tema belirlenmiştir. Bu bağlamda, tartışma; uyku kalitesi, tedaviye uyum ve glisemik kontrol, iyilik hali ve affetme olmak üzere dört başlık altında yapılacaktır.

5.1. Uyku Kalitesinde İyileşme

Uyku kalitesi duygusal ve fiziksel sağlıkla ilişkilidir. Hastalık durumlarında uyku kalitesi düşebilir ve aynı şekilde kötü kalitede bir uyku da duygusal ve fiziksel durumu kötüleştirebilir (Hidalgo ve ark., 2002; Lee ve ark., 2007; Gellis ve ark., 2009; Kaneita ve ark., 2009). Kaliteli bir uykunun sağlıklı yaşam için faydası ve önemi her zaman vurgulanmıştır. Hemşirelik bakımına kavramsal bir bakış açısı sağlayan, yol gösteren hemşirelik kuram ve modellerinde de uyku kavramının, temel bir ihtiyaç olarak ele alındığı dikkatleri çekmektedir (Henderson, 1966; Orem, 2001; Roper-Logan-Tierney, 2006). Florence Nightingale dönemine bakıldığında; uykunun sağlık için oldukça yararlı bir faktör olarak tanımlandığı ve onarıcı fonksiyonu nedeniyle de hemşirelik bakımında büyük önem taşıdığı belirtilmiştir (Lane ve East, 2008).

Bu araştırmada, İnsan Bakım Kuramı çerçevesinde yapılandırılmış görüşmeler sonucunda, katılımcıların uyku kalitelerinin yükseldiği saptanmıştır ve ayrıca nitel değerlendirmede de uyku kalitesinde iyileşme temasına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar çalışmanın birinci hipotezi; “Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi vardır” hipotezini doğrulamaktadır. Katılımcılar, görüşmeler sonucunda, “yeterli süre ile zamanında ve kesintisiz uyuma” durumlarını ifade etmişlerdir.

Watson İnsan Bakım Kuramına göre yapılan çalışmalar incelendiğinde; uyku sorunu olan tip 2 diyabetli bireylerle yapılan herhangi bir araştırmaya ulaşılmamıştır. Ancak; hipertansiyon, romatizmal hastalığı, infertilite, kalp yetersizliği, depresyon, diyabetik ayak enfeksiyonu, HIV/AIDS, kanser, kistik fibrozis hastaları, gebe, yaşlı ve engelli yetişkinlerin bakım verenleriyle yapılmış 20 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında; İBK’ya dayalı uygulamaların hastalar üzerinde olumlu sonuçlar sağladığı görülmektedir. Söz konusu

uygulamaların farklı hasta gruplarında uyku ve uykuyla ilgili faktörler üzerinde etkili olduğunu ve çalışmaların sonuçlarının bizim araştırmanın sonuçlarını desteklediğini söyleyebiliriz. Bu araştırma ile benzerlik gösteren ve kalp yetersizliği olgusunun ele alındığı bir çalışmada; İBK'ya dayalı uygulamaların uyku kalitesinde, olumsuz duygularla başetmede etkili olduğu bulunmuş, hastalar görüşmeler sonucunda olumlu duygular yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmada, İBK'ya dayalı bu uygulamaların iyilik hali üzerine etkili olduğu da belirlenmiştir (Uran ve ark., 2015). Yine benzer şekilde İnsan Bakım Kuramının çerçevesini oluşturduğu ve kanser hasta gruplarının ele alındığı bir çalışmada; yapılan uygulamalarla katılımcıların uyku kalite ortalama puanlarının başlangıçtan itibaren düzeldiği saptanmıştır (Smith ve ark., 2002).

İnsan Bakım Kuramına dayalı olarak yapılan bu çalışmaların sonucunda, kuramın uyku sorunu olan bireylerde hemşirelere daha etkili ve bilinçli bakım sağlamada yararlı olacağı (McCutcheon ve ark., 2005) söylenebilir.

5.2. Tedaviye Uyum ve Glisemik Kontrol

İnsan Bakım Kuramının uyku problemi olan tip 2 diyabetli bireylerde kullanılmasının etkisi sonucu, katılımcıların tedaviye uyum davranışlarının geliştirilmesiyle A1c düzeyi değerlerinde iyileşmeler olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, katılımcılar oturma öncesi ve sonrasında HbA1c düzeyi ve kan glikozu değerlerinde iyileşmeler olduğunu ifade ettiler. HbA1c düzeylerinde düşmeler yaşandı. Oturma öncesi HbA1c ortalama değeri 7.40 iken; oturma sonrasında bu değer 6.92'ye kadar gerileme göstermiştir. Katılımcılar günlük ölçtükleri kan şekerlerinin de genelde 200'ün üzerine çıkmadıklarını belirttiler. Elde edilen bu düşme oranının yetersiz olmasına karşın, bu sonucun nitel değerlendirmelerle desteklendiği dikkatleri çekmektedir. Nitel değerlendirmede; hastaların kan glukozu seviyelerinin düzeldiğini ifade ettiği, ayrıca glisemik kontrolü etkileyebilecek bilgi düzeyinin artması, olumlu davranış, hastalığın ve uykunun önemine farkındalık, öğrenme, umut, iyimserlik ve kendini önemseme konularında iyileşmeler yaşadıkları görülmüştür. İyileşme çevresi oluşturma, hastalığı kabul, sakin olma, başetme, kan basıncını izlem gibi davranışlar geliştirdikleri dikkatleri çekmiştir. Kan şekerinin düşmesi, insülin dozunun azalması ve kilo kontrolü alanlarında olumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlar ile çalışmanın diğer hipotezi olan "Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Kan Glukozu Üzerine Etkisi vardır" doğrulanmaktadır.

Tedaviye uyum teması İnsan Bakım Kuramının iyileştirme süreçlerinden 1, 2, 6, 7, 8 ve 9 ile uyumluluk göstermektedir. Hastalığın ve uykunun önemine farkındalık, öğrenme davranışı, hastalığı kabul kategorileri doğrudan “Öğretme-Öğrenme” (İS#7) iyileştirme sürecine karşılık gelmektedir. Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcılarda farkındalık ve öğrenme davranışının geliştiği gözlenmiştir. Bu temaya ilişkin alt kategorilerde ulaşılan “umut” kavramı aynı zamanda kuramda “İnanç-Umut” (İS#2) iyileştirme süreci içinde doğrudan yer almaktadır. İyimserlik ve kendini önemseme kategorileri de kuramda yer alan iyileştirme süreçlerinden “İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi (İS#1)” ile ilişkilidir. Kategorilerde yer alan “İyileştirme Çevresi” (İS#8) oluşturma bileşeni, aynı zamanda kuramda yer alan bir iyileştirme süreci olarak karşımıza çıkmaktadır. Sakin olma ve başatma kategorilerine bakılırsa; bunlar da doğrudan “Problem Çözme” (İS#6) iyileştirme süreciyle ilişkili bulunmuştur. Kuramda yer alan “Gereksinimlere Yardım” (İS#9) iyileştirme sürecinde; hastalığın hayatlarını nasıl etkilediği, yardım alma durumu, kaliteli bir yaşamı tanımlama gibi içerikler yer almaktadır. Buna ilişkin katılımcılarda ulaşılan glisemik kontrolde iyileşmeler ile bu gereksinimlerinde çözüme ulaştıkları görülmüştür.

5.3. İyilik Hali

Katılımcıların iyilik hali durumlarına ilişkin görüşleri; “olumlu duygu ve olumlu düşünme” şeklinde iki kategori altında toplanmıştır. Olumlu duygu için “sinirlenmeme ve öfke kontrolü ile mutlu görünme ve rahatlama” olmak üzere iki alt kategori; olumlu düşünme için de “sevgi ve mutluluğu tercih etme ile aile süreçlerinde iyileşme” olmak üzere iki alt kategori belirlenmiştir.

Literatürde, genel olarak iyilik hali kavramının “bireyin bedensel, zihinsel ve ruhsal bütün boyutlarda işlerliğinin geliştirilmesinin amaçlandığı bir yaşam biçimi” olarak tanımlandığı görülmektedir (Doğan, 2008). Geliştirilen çeşitli iyilik hali modellerinden Witmer ve Sweeney tarafından geliştirilen, yaşam boyu sağlıklı davranışlar için bir temel oluşturan İyilik Hali Çemberi Modeli (Sweeney ve Witmer, 1991; Witmer ve Sweeney, 1992) “maneviyat, kendini yönetme, çalışma-serbest zaman, arkadaşlık ve sevgi” yaşam görevlerini içermektedir. İyilik hali kapsamında yer aldığı görülen sevgi kavramının, aynı zamanda bu araştırmada belirlenmiş bir alt kategori olduğu ve İnsan Bakım Kuramının da bileşenlerinden biri olduğu dikkatleri çekmektedir.

Sevgi, yakın olunan insanlara, yabancılara ya da tüm insanlığa karşı duyulan önemseme, ilgi, duyarlılık, ahlaki muhakeme, fedakarlık, özellikle diğer insanlar acı çektiğinde ve yardıma ihtiyacı olduğunda destekleme, yardım etme ve diğer insanları anlama üzerine odaklanmış duyguları, düşünceleri ve davranışları içeren bir tutum olarak tanımlanmaktadır (Dovidio ve Penner, 2001; Fehr ve Sprecher, 2009; Akın ve Eker, 2012). Yapılan araştırmalarda şefkat ve empati gibi niteliklerin gelişimiyle, olumlu sosyal davranışlar arasında bağlantılar bulunmuştur (Davis, 1996; Dovidio ve Penner, 2001; Sprecher ve Fehr, 2005; Marks ve Song, 2009; Smith, 2009). Diğer insanlara sevgi hissetmek, kişilik için olumlu faydalar sağlayabilmektedir. Bireyler, olumlu sosyal duygu ve davranışlar gösterdiğinde, öz-saygılarında ve ruhsal durumlarının iyiliğinde artış olmaktadır. Özellikle toplumsal ilişkilerde, diğer insanlara yardım etmenin kişiliğe uzun vadeli yararları vardır (Mills ve Clark, 1994). Baglioni ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir araştırmada; uyku ve duygusal değer etkileşimi dikkate alındığında; kötü uyku kalitesinin negatif duygularla, kaliteli bir uykunun da pozitif duygularla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun bu araştırmanın bulgularıyla ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcıların duygusal olarak rahatlaması ve öfkelerini kontrol edebilmesi uyku durumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Benzer şekilde, Brand ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada, sevgi yaşayan bireylerde uyku kalitesinin iyileştiği, gün içi uyku halinin azaldığı saptanmıştır.

5.4. Affetme

Katılımcıların affetmeye ilişkin görüşleri; “eskiyi bırakma ve olumlu ifadeler” şeklinde iki kategori altında toplanmıştır. Eskiye bırakma için “takıntılardan kurtulma ve kendini ifade etme” olmak üzere iki alt kategori; olumlu ifadeler için de “yardım etme isteği ve şefkati olmak” olmak üzere iki alt kategori belirlenmiştir. Bu araştırmada belirlenen şefkat alt kategorisi aynı zamanda İnsan Bakım Kuramında yer alan bileşenlerden birisidir.

Bu çalışmada İBK’ya dayalı uygulamalar sonucu elde edilen iki tema: affetme ve sevgiyi içeren iyilik halidir. Kuramda affetme ve sevginin, bireyin davranışlarını, tutumunu ve fizyolojisini etkilediği belirtiliyor. Benzer şekilde Caraballo ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, affetmek ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca öfke ve düşmanlık duygularının kötü uyku kalitesi (Waters ve ark.,1993; Shin ve ark., 2005; Ireland ve Culpin 2006) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Caraballo, 2008). Öfke ve düşmanlık duygularını azaltan affetme eylemi ile uyku kalitesi geliştirilebilmektedir. Lawler ve

arkadaşları (2005) da benzer şekilde, uyku kalitesi ve affetme arasında pozitif ilişki olduğunu belirtirken; intikam alma motivasyonu ile negatif bir korelasyon saptamışlardır. Affetme ve uyku kalitesi arasında yer alan faktörler; depresyon (Riemann ve ark.,2001), anksiyete ve kontrol edilemeyen endişe (Harvey ve Greenall, 2003) gibi negatif etkiler ve tekrarlayıcı, pasif bir düşünce olan ruminasyon durumları olarak belirtilmiştir (Kales ve ark.,1983; Hall ve ark., 2000; Harvey ve Greenall, 2003; Thomsen ve ark., 2003; Paleari ve ark., 2005; Suchday ve ark., 2006; McCullough ve ark., 2007a).

Affetme kavramı ayrıca yalnızlık ile beraber diyabetik bireylerde incelenmiş, önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İntikam, gerçekte insanları affetme oranını düşürebilir, bu nedenle iletişimi azaltabilir ve sonuçta yalnızlığa neden olabileceği belirtilmiştir. Bir adaletsizlik olayından sonra başkalarının hatalarını daha rahat affedebilenlerin, uğradıkları haksızlık hakkında düşüncelere takılıp kalmaya daha az vakit harcadıkları ortaya konmuştur (Abazari ve ark, 2012). Diyabette affetmenin önemine ilişkin yapılan başka bir çalışmada da; yüksek tip 2 diyabet semptomları, başkalarını affetme eğilimiyle negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Dewall ve ark, 2010). Affetmenin vücudun glukozu etkin şekilde kullanmasına bağlı olduğuna ilişkin bir kanıt sağlanmıştır ve diyabet semptomları daha düşük bağışlama seviyeleri ve işbirliği ile ilgili bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da affetmenin, olumuz duygulanımdaki düşüşler, başkalarıyla pozitif ilişkiler, ruhsal gelişme, güçlü hissetmenin yanı sıra yaşamdaki anlam ve amaç duygusunu hissetme gibi katılımcıların zihinsel refah durumu algıları ile güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir (Akhtar ve ark, 2016).Yapılan bir başka çalışmada da, artmış düşmanlık duygusunun zayıf bir sübjektif uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Tsuchiyama, 2013).

Günümüz hemşire liderlerden Jean Watson'ın İnsan Bakım Kuramında; temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma süreci kapsamında, özellikle bireylerin rahatlaması ve yenilenmesi önemlidir. Watson'ın insan ile ilgili kavramsal tanımlamaları incelendiğinde, insanın akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alana sahip olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması bireyin sağlıklı olmasını sağlar. Söz konusu kuramda ayrıca, “affetme ve sevgi”, insanın yaşam şeklini, ilişkilerini, davranışlarını, tutumunu, fizyolojisini, ruhsal ve sosyal durumunu etkileyen temel kavramlar olarak ele alınmıştır.

Sonuç olarak bu araştırmanın niteliksel verileri değerlendirildiğinde; ulaşılan tema, kategori ve alt kategorilerin araştırmalar ve İnsan Bakım Kuramının iyileştirme süreçleriyle doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür. Ulaşılan niteliksel veri sonuçlarının güçlü bir şekilde desteklendiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada da Watson İnsan Bakım Kuramının kullanılmasının etkileri şu şekilde açıklanabilir. İBK; sevgi, şefkat, saygı, güven ve insan kavramlarını bünyesinde barındıran bir model olduğu için uzun yıllardır DM gibi kronik hastalıkların bakımında Watson'ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, hastalık modeline göre uygulama yapmaktan ya da tıbbın istemlerini yerine getirmekten farklı bir yaklaşım sunmaktadır. Hekim istemlerini yerine getirmenin de ötesinde İBK, hemşireliğin özünü yansıtmaktadır. Bu bakım bireylerin bütüncül olarak ele alınmasını sağlamakta; bireyin memnuniyetini ve güvenliğini de arttırmaktadır (Uran ve ark, 2015). Bu teoriyi kullanarak, diyabetli bireylerin mevcut uyku alışkanlıkları belirlenmiş, uykularını etkileyen temel faktörler tanımlanmış, hastaların farkındalıkları sağlanmış ve iyileşmeyi sağlamaya yönelik hemşirelik bakımı verilmiştir. Watson'ın İBK kullanımı standart hemşirelik bakımına kıyasla sistematik bir yaklaşım sağlaması, geliştirilen bakım rehberi ile katılımcıların uyku kalitelerinde olumlu değişimin kaynağı olarak gösterilebilir. İBK'ya temellendirilmiş hemşirelik bakımını, tıbbi odaklı olmaması, insan odaklı olması, sevgi, saygı, güven, problem çözme ve karşılıklı öğrenme-öğretme kavramlarına odaklanmış olması, uygulanan diğer hemşirelik bakımlarından ayıran farklılıklardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmi ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Tip 2 diyabetli bireylerde insan bakım kuramına dayali uygulamaların uyku kalitesi ve kan glukozu düzeyine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Bu çalışma ile Watson İnsan Bakım Teorisi ilk defa uyku problemi olan tip 2 diyabet hastaların bakımında kullanılmıştır.
- Bu çalışmada, Watson İnsan Bakım Teorisinin kullanılmasıyla belirlenen araştırma hipotezleri doğrulanmıştır.
- Hemşirelik bakımı kapsamında Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilerek yapılan görüşmelerle hastaların uyku kalitelerinde ve HbA1c düzeylerinde iyileşmeler sağlanmıştır. Hastalar bu uygulama sürecinde kan glukoz düzeylerinin normal sınırlara yakın seyrettiğini ifade etmişlerdir.
- Bu çalışmada Watson İnsan Bakım Teorisine temellendirilerek yapılan görüşmelerde, kuramın bileşenleriyle uyumluluk gösterdiği ve aynı zamanda uyku kalitesi ve kan glukozu kontrolüyle ilgili faktörler olduğu ortaya çıkan “uyku kalitesinde iyileşme, iyilik hali, affetme ve tedaviye uyum” temaları belirlenmiştir.

Sonuç olarak, araştırmanın hemşirelik bakım ve uygulamalarının gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda belirlenen öneriler aşağıdaki gibidir:

6.2.1. İç Hastalıkları Hemşireleri ve Diyabet Hemşireleri İçin Öneriler

- Hemşirelerin, araştırmanın sonuçlarına ilişkin özellikle diyabet ve uyku arasında yer alan ilişki konusunda bilgilendirilmesi,
- Watson İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hasta görüşmelerinin diyabetli bireylerin rutin bakım programları içerisine yerleştirilmesi ve daha geniş kitlelere ulaştırılması,

- Kuramda hemşirelerin de sevgi yaşaması ve şefkatli olması yer almaktadır. Bu yönden hemşirelerin de duygusal olarak desteklenmesi ve bunun öneminin hemşirelerle paylaşılması. Ardından sonuçların bakıma yansıma şekillerinin izlenmesi.
- Watson İnsan Bakım Teorisi“nin hemşireliğın her alanında kullanılması ve hemşirelik bakım planı içerisine rutin olarak yerleştirilmesi,
- Çalışmanın bir poliklinik ortamında daha büyük bir popülasyonla yapılması.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik neriler

- Uyku kalitesinde iyileşme, iyilik hali, affetme ve tedaviye uyum konularında iyileşme ve gelişme sağlayacak hemşirelik girişimlerinin yapılması ve bu uygulamaların bakımda kullanılması ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının planlanması,
- Watson İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş hasta görüşmelerinin tekrarlı olarak yapılması,
- Oturumlar sonrası görüşmelerin etkisinin ne kadar süre devam ettiğinin aralıklı ölçümlerle izlenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abazari S, Foroozandeh E. Loneliness and forgiveness in diabetic patients. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research* 2012;1(3): 55-57.
2. Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7(2): 107-15.
3. Akhtar S, Barlow J. Forgiveness therapy for the promotion of mental well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2016.
4. Akın A, Eker H. Duyarlı Sevgi Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012; 25(1).
5. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia KE, ve ark. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(5): 803-10.
6. Allison SE. Self-care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus. *Nurs Sci Q* 2007;20(1): 68-76.
7. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 2010;33: 11-61.
8. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2014. *Diabetes Care* 2014;37(Supplement 1): 14-80.
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care* 1: 11-66.
10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017". *The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care* 2017; 40(1).
11. Ardic S, Demir AU, Ucar ZZ, Fırat H ve ark. Prevalence and associated factors of sleep-disordered breathing in the Turkish adult population. *Sleep and Biological Rhythms* 2013;11: 29-39.
12. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE. Psikolojiye Giriş. editör. 12th. Ankara 1996.
13. Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, Riemann D. Sleep and Emotions: a Focus on Insomnia. *Sleep Med Rev* 2010;14(4): 227-38.

14. Bahammam A, Kryger M. Decision making in obstructive sleep-disordered breathing: putting it all together. *Otolaryngol Clin North Am.* 1999;32(2): 333-48.
15. Baltaş AZ. B. Stres ve Başaıkma Yolları. editör. 1rst. Ankara: Cenkler Matbaacılık 1986.
16. Barone MT, Menna-Barreto L. Diabetes and sleep: a complex cause-and-effect relationship. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;91(2): 129-37.
17. Bendtson I, Gade J, Theilgaard A, Binder C. Cognitive function in type 1 (insülin dependent) diabetic patients after nocturnal hypoglycaemia. *Diabetologia* 1992;35: 898–903.
18. Bendtson I, Kverneland A, Pramming S, Binder, C. Incidence of nocturnal hypoglycaemia in insulin- dependent diabetic patients on intensive therapy. *Acta Med Scand* 1988;223: 543–8.
19. Bernick L. Caring for older adults: practice guided by Watson’s caring-healing model. *Nurs Sci Q* 2004;17(2): 128-34.
20. Billig N. Üçüncü Bahar, Yaşlılık ve Bilgelik. editör. 1rst. İstanbul: Evrim Yayınevi 2000; 65.
21. Bonnet MH. Arand DL. We are chronically sleep deprived. *Sleep* 1995;18: 908-11.
22. Bora İH, Bican A. Uyku Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(23): 1-6.
23. Brand S. Romantic love, hypomania, and sleep pattern in adolescents. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine [J Adolesc Health]*, 2007;41(1): 69-76.
24. Buysse DJ, Hall ML, Strollo PJ, Kamarck TW ve ark. Relationships Between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and Clinical/Polysomnographic Measures in a Community Sample. *J Clin Sleep Med.* 2008;4(6): 563–571.
25. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR ve ark. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2): 193-213.

26. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Hoch CC ve ark. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep* 1991;14(4): 331-8.
27. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Association for Human Caring* 2003;7(3): 51-61.
28. Caraballo RS, Rye MS, Pan W, Kirschman KJB ve ark. Negative Affect and Anger Rumination as Mediators between Forgiveness and Sleep Quality. *J Behav Med* 2008;31: 478-488.
29. Ceddia RB, William WN, Cur R. Comparing effects of leptin and insulin on glucose metabolism in skeletal muscle: Evidence for an effect of leptin on glucose uptake and decarboxylation. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(1): 75-82.
30. Chasens ER. Understanding sleep in persons with diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33(3): 435-6, 8.
31. Chong MS, Hester J. Diabetic painful neuropathy: current and future treatment options. *Drugs* 2007;67(4): 569-85.
32. Copinschi G, Leproult R, Spiegel K. The important role of sleep in metabolism. *Front Horm Res* 2014;42: 59-72.
33. Copinschi G. Metabolic and endocrine effects of sleep deprivation. *Essent Psychopharmacol* 2005;6(6): 341-7.
34. Costa EG, Campos RP, Costa EC. Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with Type 2 Diabetes. *Aná. Psicológica* 2014; 32(1).
35. Crabb L. Sleep disorders in Parkinson's disease: the nursing role. *Br J Nurs.* 2001;10(1): 42-7.
36. Cuellar NG, Ratcliffe SJ. A comparison of glycemic control, sleep, fatigue, and depression in type 2 diabetes with and without restless legs syndrome. *J Clin Sleep Med.* 2008;4(1): 50-6.
37. Cummings DE, Foster KE. Ghrelin-leptin tango in body-weight regulation. *Gastroenterology* 2003;124(5): 1532-5.

38. Davies SK, Ang JE, Revell VL, Holmes B ve ark. Effect of sleep deprivation on the human metabolome. *Proc Natl Acad Sci* 2014;111(29): 10761-6.
39. Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach*. Boulder, CO: Westview. 1996.
40. Dennick K. FEND Conference. *Eur. Diab. Nursing* 2012;9: 93–5.
41. Depner CM, Stothard ER, Wright KP Jr. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diab Rep* 2014;14(7): 507.
42. DeWall CN, Bushman PBJ. Sweet revenge: Diabetic status as a predictor of interpersonal forgiveness. *Personality and Individual Differences* 2010;49(7): 823-826.
43. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2008;3: 30
44. Dovidio JF, Penner LA. Helping and Altruism. In *International Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes*, ed. G Fletcher, M Clark, Oxford: Blackwell Sci. 2001;162–95.
45. Durgun-Ozan Y, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson’ın İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(3): 190-198.
46. Dzaja A, Arbe S, Hislop J, Kerkhofs M. ve ark. Women’s sleep in health and disease. *J Psychiatr Res* 2005;39: 55–76.
47. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N ve ark. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;15;5(3): 263-76.
48. Ertuğrul A, Rezaki M. Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15: 300-308.
49. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 2th ed. USA: FA Davis Comp. 2005; 551-585.
50. Fehr B, Sprecher S. Compassionate Love: Conceptual, Measurement, and Relational Issues. In B. Fehr, S. Sprecher, & L. Underwood (Eds.), *The Science of Compassionate Love: Theory, Research, and Applications*, Malden, MA: Blackwell. 2009; 27-52.

51. Floyd JA, Falahee ML, Fhobir RH. Creation and analysis of a computerized database of interventions to facilitate adult sleep. *Nurs Res.* 2000;49(4): 236-41.
52. Foster DW. Diabetes Mellitus. Wilson, Braunwald, Isselbacher, Petersdrf, Martin, Fauci, Root, editör. *Harrison's principles of internal medicine* 13th. New York: McGraw-Hill; 2000;1739-59.
53. Friess E, Wiedemann K, Steiger A, Holsboer F. The hypothalamic-pituitary adrenocortical system and sleep in man. *Adv Neuroimmunol* 1995;5(2): 111-25.
54. Gale EAM, Tattersall RB. Unrecognised nocturnal hypoglycaemia in insulin treated diabetics. *Lancet* 1979;1049-52.
55. Gale SM, Castracane VD, Mantzoros CS. Energy homeostasis, obesity and eating disorders: recent advances in endocrinology. *Journal of Nutrition* 2004;134: 295-8.
56. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B. Sleep duration as a risk factor for diabetes incidence in a large U.S. sample. *Sleep* 2007;30(12): 1667-73.
57. Gellis LA, Lichstein KL. Sleep hygiene practices of good and poor sleepers in the United States: an internet-based study. *Behavior therapy* 2009;40(1):1-9.
58. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisi. *Genel Tıp dergisi*, 2010;20(4): 125-132.
59. Güneş Z, Körükçü Ö, Özdemir G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12: 2.
60. Hall M, Buysse DJ, Nowell PD ve ark. Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine* 2000;62: 227-230.
61. Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4): 643-52.
62. Hancox R, Landhuis CE. Association between sleep duration and haemoglobin A1c in young adults. *BMJ Journals Journal of Epidemiology & Community Health* 2012; 66(10).
63. Handelsman Y., Mechanick JL, Blonde L., Grunberger G ve ark. American association of clinical endocrinologists medical guidelines for clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan", *Endocr Pract*, 17 Suppl 2011;2: 1-53.

64. Harris M, Richards KC, Grando VT. The effects of slow-stroke back massage on minutes of nighttime sleep in persons with dementia and sleep disturbances in the nursing home: a pilot study. *J Holist Nurs* 2012;30(4): 255-63.
65. Harvey AG, Greenal E. Catastrophic worry in insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2003;34: 11-23.
66. Henderson, V. *The Nature of Nursing*. New York: The Macmillan Company 1966.
67. Hernandez A, Philippe J, Jornayvaz FR. Sleep and diabetes. *Rev Med Suisse* 2012; (344): 1198-200, 1202-3.
68. Hidalgo MP, Caumo W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 2002;23(1): 35-39.
69. Hood MM, Reutrakul S, Crowley SJ. Night eating in patients with type 2 diabetes. Associations with glycemic control, eating patterns, sleep, and mood. *Appetite* 2014;79: 91-96.
70. Iliescu EA, Coe H, McMurray MH ve ark. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18(1): 126-32.
71. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. <http://www.idf.org/diabetesatlas>. Erişim Tarihi: 2017.
72. Ireland JL, Culpin V. The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health* 2006;38: 649–655.
73. Irwin M, Thompson J, Miller C, Gillin JC ve ark. Effects of sleep and sleep deprivation on catecholamine and interleukin-2 levels in humans: Clinical implications. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1999;84(6): 1979-85.
74. Janeckova R The role of leptin in human physiology and pathophysiology. *Physiol Res* 2001;50: 443-459.
75. Jesse E. Watson's philosophy in nursing practice. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Nursing theory utilization and application*, St. Louis: Mosby; 2006:103-29.

76. Kachi Y, Nakao M, Takeuchi T, Yano E. Association between Insomnia Symptoms and Hemoglobin A1c Level in Japanese Men. *PLoS One*. 2011;6(7): e21420.
77. Kales A, Caldwell AB, Soldatos CR, Bixler EO ve ark. Biopsychobehavioral correlates of insomnia. II. Pattern Specificity and Consistency with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Psychosom Med* 1983;45(4): 341-56.
78. Kaneita Y, Yokoyama E, Harano S, et al. Associations between sleep disturbance and mental health status: a longitudinal study of Japanese junior high school students. *Sleep medicine*. 2009;10(7): 780-786.
79. Kayalı M. Uyku ve Uyku Bozuklukları. editör. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi;2001; 361-83.
80. Keskin A, Ünalacak M, Bilge U, Yıldız P. Effects of Sleep Disorders on Hemoglobin A1c Levels in Type 2 Diabetic Patients. *Chin Med J (Engl)*. 2015;128(24): 3292–3297.
81. Kessler L, Nedeltcheva A, Imperial J, Penev PD. Changes in serum tsh and free T4 during human sleep restriction. *Sleep* 2010;33(8): 1115-8.
82. Kim YS, Lee SH, Jung WS ve ark. Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints in patients with insomnia after stroke. *Am J Chin Med* 2004;32(5): 771-8.
83. Kline CE, Irish LA, Krafty RT, Sternfeld B ve ark. Consistently high sports/exercise activity is associated with better sleep quality, continuity and depth in midlife women. the SWAN Sleep Study 2013;36(9): 1279-1288.
84. Knutson KL. Impact of sleep and sleep loss on glucose homeostasis and appetite. *Sleep Med Clin* 2007;2(2): 187-97.
85. Koban M, Swinson KL. Chronic rem-sleep deprivation of rats elevates metabolic rate and increases ucp1 gene expression in brown adipose tissue. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2005;289: 68-74. 3.
86. Köktürk O, Çiftçi TU. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Genel Önlemler ve Medikal Tedavi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002;50(1): 119-24.
87. Kurose T, Hyo T, Yabe D, Seino Y. The role of chronobiology and circadian rhythms in type 2 diabetes mellitus: implications for management of diabetes. *ChronoPhysiology and Therapy*, 2014;4: 41–49.

88. Laguna-Parras JM, Jerez-Rojas MR, García-Fernández FP, Carrasco-Rodríguez MD ve ark. Effectiveness of the 'sleep enhancement' nursing intervention in hospitalized mental health patients. *J Adv Nurs*. 2013;69(6): 1279-88.
89. Lane T, East LA. Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital. *British Journal of Nursing*, 2008;17: 766–71.
90. LaReau R, Benson L, Watcharotone K, Manguba K. Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Geriatric Nursing*, 2008;29(3): 197–206.
91. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Jobe RL ve ark. The unique effects of forgiveness on health: an Exploration of Pathways. *J Behav Med*. 2005;28(2): 157-67.
92. Lee SY, Lee KA, Rankin SH, Weiss SJ ve ark. Sleep disturbance, fatigue, and stress among Chinese-American patients with ICU hospitalized infants. *Issues in Mental Health Nursing* 2007;28(6): 593-605.
93. Liistro G, Aubert G, Rodenstein DO. Management of sleep apnoea syndrome. *Eur Respir J* 1995;8(10): 1751-5.
94. Lim LL, Foldvary-Schaefer, N. Sleep Disorders. Cleveland Clinic: Current Clinical Medicine. Editör: Tavee, J. Philadelphia: Elsevier Health Sciences 2010;914-915.
95. Lukose A. Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nurs Sci Q* 2011;24(1): 27-30.
96. Luyster FS, Dunbar-Jacob J. Sleep quality and quality of life in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2011;37(3): 347-55.
97. Marks NF, Song J. Compassionate Motivation and Compassionate Acts Across the Adult Life Course: Evidence from US National Studies. In B. Fehr, S. Sprecher, & G. Underwood (Eds.), *The Science of Compassionate Love: Theory, Research, and Applications*. Malden, MA: Blackwell. 2009;121-158.
98. McCullough ME, Bono G, Root LM. (2007a). Rumination, emotion, and forgiveness: Three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007a;92: 490–505.

99. McCutcheon T, Knepp T, Richards N, Sparks M. Comparison of quality of life of persons who have experienced amputations and persons who have had bowel resections. *Gastroenterol Nurs*. 2005;28(3): 221-6.
100. Mills J, Clark MS. Communal and Exchange Relationships: “Controversies and Research”. In *Theoretical frameworks for Personal Relationships*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum 1994.
101. Miro E, Cano MC, Espinozo-Fernandez L, Buéla-Casal G. Time estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *J Human Factors and Ergonomics Society* 2003;45: 148-159.
102. Moraes DA, Venancio DP, Suchecki D. Sleep deprivation alters energy homeostasis through non-compensatory alterations in hypothalamic insulin receptors in Wistar rats. *Hormones and Behavior* 2014;66: 705–712.
103. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: A mega-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry* 1994;151(8): 1172-80.
104. Morselli L, Leproult R, Balbo M, Spiegel K. Role of sleep duration in the regulation of glucose metabolism and appetite. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2010;24(5): 687–702.
105. Nakajima H, Kaneita Y, Yokoyama E, Harano S ve ark. Association between sleep duration and hemoglobin A1c level. *Sleep Med* 2008;9(7): 745-52.
106. Nedeltcheva AV, Scheer FAJL. Metabolic effects of sleep disruption, links to obesity and diabetes”, *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2014;21: 293–298.
107. Nishinoue N, Takano T, Kaku A, Eto R ve ark. Effects of Sleep Hygiene Education and Behavioral Therapy on Sleep Quality of White-collar Workers: A Randomized Controlled Trial. *Ind Health* 2012.
108. Obaseki DO, Kolawole BA, Gomerep SS, Obaseki JE ve ark. Prevalence and predictors of obstructive sleep apnea syndrome in a sample of patients with type 2 Diabetes Mellitus in Nigeria. *Nigerian Medical Journal* 2014;55(1): 24-28.

109. Ohkuma T, Fujii H, Iwase M, Ogata-Kaizu S ve ark. U- shaped association of sleep duration with metabolic syndrome and insulin resistance in patients with type 2 diabetes: The fukuoka diabetes registry. *Metabolism Clinical and Experimental*, 2014;63: 484-91.
110. Oosterhuis A, Klip EC. The treatment of insomnia through mass media, the results of a televised behavioural training programme. *Social Science and Medicine* 2000;45(8): 1223–29.
111. Orem DE. Self-care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications. Editör: Dennis CM. USA: Mosby-Year Book Inc. 2001;99-135.
112. Özcan S. Diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. In: Yılmaz T BMBM, ed. *Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi*. İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık; 2003:19-195.
113. Özgen F. Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5(2): 41-9.
114. Özol D, Akgedik R. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Yeni Tıp Dergisi* 2008;25(4).
115. Öztürk M. Uyku Bozuklukları editör. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri;2004;64-5.
116. Paleari FG, Regalia C, Fincham F. Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: A Longitudinal Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005;31: 368–378.
117. Parker ME, Smith MC. *Nursing theories and nursing practice* (3 rd ed.). 2010.
118. Plat L, Leproult R, L'Hermite-Baleriaux M, Fery F ve ark. Metabolic effects of short-term elevations of plasma cortisol are more pronounced in the evening than in the morning. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84(9): 3082-92.
119. Potenza M, Via MA, Yanagisawa RT. Excess thyroid hormone and carbohydrate metabolism. *Endocr Pract*. 2009;15(3): 254-62.
120. Punjabi NM, Ahmed MM, Polotsky VY, Beamer BA ve ark. Sleep-disordered breathing, glucos intolerance, and insülin resistance. *Respir Physiol Neurobiol* 2003;136(2-3): 167-78.
121. Pyykkönen AJ, Isomaa B, Pesonen AK, Eriksson JG ve ark. Sleep duration and insulin resistance in individuals without type 2 diabetes: The ppp botnia study. *Ann Med*. 2014;46(5): 324-9.

122. Rafael AR. Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;(2): 34-49.
123. Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32(1): 31-8.
124. Reutrakul S, Van Cauter E. Interactions between sleep, circadian function, and glucose metabolism: implications for risk and severity of diabetes. *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 2014;1311: 151–173.
125. Richards KC, Lambert C, Beck CK, Gooneratne NS ve ark. Strength training and walking exercise and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents: Randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(2): 214–23.
126. Richards KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *Am J Crit Care*, 1998;7(4): 288-99.
127. Richardson S. Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. *Dimens Crit Care Nurs* 2003;22(4): 182-90.
128. Riemann D, Berger M, Voderholzer U. Sleep and depression--results from psychobiological studies: an Overview. *Biol Psychol* 2001;57(1-3): 67-103.
129. Roper N, Logan W, Tierney AJ. *The Roper Logan Tierney Model of Nursing* (3. Ed). Edinburgh: Churchill Livingstone 2006.
130. Sadosky A, Schaefer C, Mann R, Bergstrom F ve ark. Burden of illness associated with painful diabetic peripheral neuropathy among adults seeking treatment in the US: Results from a retrospective chart review and cross-sectional survey. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and Therapy* 2013;6: 79-92.
131. Sancar G, Brunner M. Circadian clocks and energy metabolism. *Cell. Mol. Life Sci*. 2014;71: 2667–2680.
132. Satman I, Yılmaz T, Şengül A, Salman S ve ark. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25(9): 1551-6.

133. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II Sonuçlarının Özeti. 2010.http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. Erişim Tarihi: 2017.
134. Schmid SM, Hallschmid M, Schultes B. The metabolic burden of sleep loss. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014;2(5): e12.
135. Schoenborn CA. Adams PE. Health behaviors of adults: United States, 2005-2007. *Vital and Health Statistics. Series 10, National Health Survey*. 2010;245: 1-132.
136. Schuman C, Attarian H. Integrating Sleep Management into Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2012;19(1): 65-76.
137. Schwartz MW, Morton GJ. Obesity: keeping hunger at bay. *Nature* 2001;418(6898): 595-7.
138. Shaw P, Kabani N, Lerch J, Eckstrand K ve ark. Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci*. 2008;28(14): 3586-94.
139. Sheila D. A concept analysis. *Nursing Forum* 2010;45(12): 129-130.
140. Shin C, Kim J, Yi H, Lee H ve ark. Relationship between trait anger and sleep disturbances in middle-aged men and women. *journal of psychosomatic research* 2005;58: 183-189.
141. Sitzman K, Eichlberger LW. Jean Watson's Theory of Human/transpersonal caring. *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning*. 2nd ed. Canada: Jones & Bartlett Publishers 2011;49-57.
142. Skelly AH, Carlson J, Leeman J, Soward A ve ark. Controlled trial of nursing interventions to improve health outcomes of older African American women with type 2 diabetes. *Nurs Res*. 2009;58(6): 410-8.
143. Smith TW. Loving and Caring in the United States: Trends and Correlates of Empathy, Altruism, and Related Constructs. In B. Fehr, S. Sprecher, & L. G. Underwood (Eds.), *The Science of Compassionate Love. Theory, Research, and Applications*. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2009;81-119.

144. Smith MC, Kemp J, Hemphill L, Vojir CP. Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *J Nurs Scholarsh* 2002;34(3): 257-62.
145. Smyth, C. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *J Gerontol Nurs* 1999;25(12): 10-1.
146. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C ve ark. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*. 2004;18(2): 87-92.
147. Somers VK, Dyken ME, Clary MP, Abboud FM. Sympathetic neural mechanisms in obstructive sleep apnea. *J Clin Invest* 1995;96(4): 1897-904.
148. Song Y, Ye X, Ye L, Li B ve ark. Disturbed subjective sleep in chinese females with type 2 diabetes on insulin therapy. *PLoS One* 2013;8 (1): e54951.
149. Sonnier T, Rood J, Gimble JM, Peterson JM. Glycemic control is impaired in the evening in prediabetes through multiple diurnal rhythms. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2014;28(6): 836–843.
150. Spiegel K, Leproult R, L’Hermite-Balériaux M, Copinschi G ve ark. Leptin levels are dependent on sleep duration: Relationships with sympathovagal balance, carbohydrate regulation, cortisol, and thyrotropin. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2004;89(11): 5762-71.
151. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354(9188): 1435-9.
152. Sprecher S, Fehr B. Compassionate Love for Close and Humanity. *Journal of Social and Personal Relationships* 2005;22: 629-651.
153. Stamatakis KA, Punjabi NM. Effects of sleep fragmentation on glucose metabolism in normal subjects. *Chest* 2010;137: 95–101.
154. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep medicine reviews* 2003;7(3): 215-25.
155. Stewart, D. W. Casualties of War: Compassion Fatigue and Health Care Providers. *CNE series Medsurg Nursing*, 2009;18(2): 95.

156. Storgaard H, Mortensen B, Almdal T, Laub M, ve ark. Complications. At least one in three people with Type 2 diabetes mellitus referred to a diabetes centre has symptomatic obstructive sleep apnoea. *Diabet. Med* 2014;31: 1460–1467.
157. Suchday S, Friedberg JP, Almeida M. Forgiveness and rumination: A Cross-cultural perspective comparing India and the US. *Stress and Health*, 2006;22: 81–89.
158. Suen LK, Wong TK, Leung AW. Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly. *Am J Chin Med*. 2002; 30(4): 429-49.
159. Sweeney TJ, Witmer JM. Beyond social interest: striving toward optimum health and wellness. *Individual Psychology* 1991;47(4): 527-540.
160. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T ve ark. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004;1(3): e62.
161. Tare A, Lane JM, Cade BE, Grant SFA ve ark. Sleep duration does not mediate or modify Association of common genetic variants with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2014;57: 339–346.
162. Taub LF, Redeker NS. Sleep disorders, glucose regulation, and type 2 diabetes. *Biol Res Nurs* 2008;9(3), 231-43.
163. Thomsen DK, Mehlsen MY, Christensen S, Zachariae R. Rumination–Relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 2003;34: 1293–1301.
164. Touma C, Pannain S. Does lack of sleep cause diabetes? *Cleve Clin J Med*. 2011;78(8): 549-58.
165. Tsuchiyama K, Terao T, Wang Y, Hoaki N ve ark. Relationship between hostility and subjective sleep quality. *Psychiatry Res*. 2013;209(3): 545-8.
166. Türk Toraks Derneği Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 2012; 13(1). www.toraks.org.tr.
167. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara 2014;1-218. http://www.turkendokrin.org/files/file/DIYABET_TTK_web.pdf Erişim: 2017.

168. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara 2016. http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET_web.pdf. Erişim: 2017.
169. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. 2011: 11-218.
170. Uran BNÖ, Özer S, Yıldırım Y. Watson İnsan Bakım Modeli uygulamasına bir örnek: Kalp yetersizliği olgusu Turk J Card Nur. 2015;6(11): 183-198.
171. Van Cauter E, Blackman JD, Roland D, Spire JP ve ark. Modulation of glucose regulation and insulin secretion by circadian rhythmicity and sleep. J Clin Invest. 1991;88(3): 934-42.
172. Van Cauter E, Holmback U, Knutson K, Leproult R ve ark. Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function. Horm Res 2007;67 Suppl 1, 2-9.
173. Van Cauter E, Knutson K, Leproult R, Spiegel K. The impact of sleep deprivation on hormones and metabolism. Medscape Neurology 2005;7(1).
174. Van Cauter E, Spiegel K, Tasali E, Leproult R. Metabolic consequences of sleep and sleep loss. Sleep Med. 2008;9 Suppl 1, S23-8.
175. Van der Heijden KB, Smits MG, Gunning WB. Sleep hygiene and actigraphically evaluated sleep characteristics in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia. Journal of Sleep Research 2006;15(1): 55-62.
176. Vandenhouten CL, Malakar CL, Kubsch S, Block DE ve ark. Political participation of registered nurses. Policy, Politics, & Nursing Practice 2011;1(3): 159-167.
177. Vgontzas AN, Mastorakos G, Bixler EO, Kales A ve ark Sleep deprivation effects on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal and growth axes: Potential clinical implications. Clin Endocrinol 1999;51(2): 205-15.
178. Waters WF, Adams SG, Binks P, Varnado P. Attention, stress and negative emotion in persistent sleep-onset and sleep maintenance insomnia. Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine, 1993;16(2): 128-136.
179. Watson Caring Science Institute [WCSI]. Core concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/ Caring Science 2010.

180. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F. A. Davis. Japanese translation under contract. AJN Book of the Year, 2005.
181. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. Second edition, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012.
182. Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edinburgh, Scotland, UK: Churchill Livingstone/WB Saunders. (2001 Japanese Translation in process) Translated into Portuguese, 2003. 1999.
183. Watson J. Postmodern Nursing and Beyond. New edition. Boulder, CO: Watson Caring Science Institute. www.watsoncaringscience.org. 2011.
184. Watson J. The philosophy and science of caring. Boulder, CO: University Press of Colorado, 2008.
185. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm Florianopolis* 2007;16(1): 129–35.
186. Watson, J. Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and healthcare. *Journal of Health and Human Services Administration* 2009;31(4): 466-482.
187. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;94(3): 311-21.
188. Williamson JW. The effects of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. *Am J Crit Care* 1992;1: 91-7.
189. Witmer JM, Sweeney TJ. A holistic model for wellness and prevention over life span. *Journal of Counseling & Development* 1992;71(2): 140-148.
190. Yıldırım A. Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. (8.baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık 2011.
191. Zimmerman L, Nieveen J, Barnason S, Schmaderer M. The effects of music interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. *Sch Inq Nurs Pract* 1996;10(2): 153-70.

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı:

Adres-Telefon:

e-posta:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Kilonuz:.....kg

4. Boyunuz:cm

5. Eğitim durumunuz nedir:

☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

6. Çalışma durumunuz: ☐ İşsiz/Çalışmayan ☐ Aktif olarak çalışan ☐ Emekli

7. Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul

8. Diyabetten kaynaklı problemleriniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

9. Diyabetten kaynaklı problemleriniz nelerdir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

☐ El ve ayakta uyuşma

☐ Hipoglisemi

☐ Görme

☐ Kalp

☐ Ayak yaraları

☐ Böbrek

☐ Cinsellik

10. Diyabet dışında başka kronik hastalığınız veya rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Kullandığınız alışkanlıklarınız nelerdir?

☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Uyku ilacı ☐ Antidepresan ilaç

12. Daha önce diyabet eğitimi aldınız mı? ()Evet () Hayır

13. Diyabet için uyguladığınız tedavi yöntemleri nelerdir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

() Fizik aktivite

() İnsülin

() Oral anti-diyabetik (OAD)

() OAD ve İnsülin

() Tıbbi beslenme



EK-2: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genellikle saat kaçta uyku için yatağa gidersiniz?
2. Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?
3. Genellikle sabah saat kaçta yataktan kalkarsınız?
4. Geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır (yatakta geçirilen süre değil uyku süresi)?

	Hiç yok (0)	Haftada 1'den az (1)	Haftada 1-2 kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
5. Geçen ay içerisinde kötü uyudum çünkü...				
a. 30 dak içerisinde uykuya dalamadım				
b. Uykunun ortasında ya da sabah çok erken uyandım				
c. Banyoyu/Tuvaleti kullanmak zorunda kaldım				
d. Rahat nefes alamadım				
e. Şiddetli horladım veya öksürdüm				
f. Soğuk hissettim				
g. Sıcak hissettim				
h. Kötü rüya gördüm				
i. Ağrım oldu				
j. Diğer nedenler				
6. Geçen ay içerisinde uykuya yardım için ne kadar sıklıkla ilaç kullanmak zorunda kaldınız?				

7. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla uyanıkken araç kullanma, yemek yeme veya sosyal aktivitelerde uykululuk nedeni ile zorluk çektiniz?				
8. Geçen ay içerisinde ne kadar sıklıkla isteksizlik hissettiniz?				
	Çok İyi (0)	İyi (1)	Kötü (3)	Çok Kötü (3)
9. Geçen ay içerisinde genel olarak uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?				

EK-3: HbA1C İZLEM FORMU

Uygulamalar öncesi HbA1c değeriniz nedir?
Uygulamalar sonrası (3ay) en son baktırdığınız HbA1c değeriniz nedir?



EK-4: NİTEL GÖRÜŞME FORMU

Görüşmeler süresince ne gibi değişiklikler yaşadınız
(duygu/düşünce/davranış/sağlık durumu)?

Görüşme sürecini nasıl değerlendiriyorsunuz?



EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ile; başta sağlık profesyonellerinde olmak üzere sağlıklı ya da diyabetli bireylerde ve dolayısıyla toplumda diyabet ve uyku konularında farkındalık kazanımı sağlanacaktır. Böylelikle, önemli riskler arz eden, ancak ciddi bir sağlık sorunu olarak görülmeyen uyku problemleri konusunda, bireyler bilgilendirilmiş, sağlıklı yaşam için gerekli olan önemli bir faktöre vurgu yapılmış olacaktır. Bakım bilimi ve profesyonel bir meslek olan hemşirelikte, özellikle araştırmamızda ele alınmış olan söz konusu kavramlara ilişkin, mevcut hemşirelik uygulamalarında iyileştirmeler yapılması, hemşirelik girişimlerinin bu bilinçli bakış açısı ve yaklaşım çerçevesinde düzenlenmesi, sonuç olarak hemşirelik bakım ve uygulamalarına yön verilmesi sağlanmış olacaktır.

Bu araştırmada herhangi bir riskli durum ya da zarar öngörülmemektedir. Çalışma masrafları araştırmacıların kendileri tarafından karşılanacaktır, hiç bir gönüllüden herhangi bir ödeme yapmaları beklenmeyecektir. Katılımcılar, araştırmaya gönüllü olarak davet edilmektedir, araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbesttir. İstedikleri anda araştırmadan çekilme hakları bulunmaktadır. Araştırmadan çekilme durumu olsa bile, tıbbi takip ve tedavi ya da uygulamaları hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Gönüllüler, kendi sağlığı ve araştırmanın gidişatı hakkında araştırmanın her aşamasında bilgi alabilecektir. Katılımcılara ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin yayınlanması durumunda katılımcıların kimlik bilgileri açıklanmayacaktır. Araştırma için Etik Kuruldan olumlu görüş alınmıştır ve araştırma bilgileri Etik Kurula açıktır.

İletişim kurulacak kişiler:

- Çalışma ile ilgili ek bilgi için başvurulacak kişi/kişiler:

Deniz Talaz – 0554 200 12 39

Sevgi Kızılcı - (0232) 355 00 00-26 06

Gönüllü Beyanı:

Ben,katılmam istenen çalışmanın kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası

riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

İmza:

Adres:

Telefon:

Tarih(gün/ay/yıl):

Açıklamaları Yapan Araştırmacının,

Adı- Soyadı:

İmza:

Tarih(gün/ay/yıl):

**EK-6: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ UYGULAMA
İZİNİ**



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 82010743-663.08
Konu :Doç. Dr. Sevgi KIZILCI Hk.



06.10.2015 *011288

....../2015

GEDİZ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı

İlgi: 04/0/2015 tarihli yazınız..

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Başkanlığı'nın "Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi ve Kan Glukozu Düzeyine Etkisi " konulu araştırma Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Polikliniğinde yürütülmesi uygun görülmüş olup, çalışmanın yürütülmesinde Uzm. Dr. Seçil ÖZİŞİK yardımcı olacaktır.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Can KARACA
Başhekim

**EK-7: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Konu: Karar hk.
Sayı: 679

02.09.2015

Sayın Yrd.Doç.Dr.Sevgi KIZILCI,

Kurulumuz tarafından 02.09.2015 tarih ve 846-GOA protokol numaralı 2015/20-36 karar numarası ile görüşülen ""Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi ve Kan Glukozu Düzeyine Etkisi"" 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
ÇAĞIK 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	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	846 -GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi ve Kan Glukozu Düzeyine Etkisi"
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yrd.Doç.Dr.Sevgi KIZILCI Gediz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Deniz Talaz Ekonomi Ün.Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
	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	26.08.2015		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/20-36	Tarih: 02.09.2015
	Yrd.Doç.Dr.Sevgi KIZILCI'nın sorumlusu olduğu "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku Hijyenine Yönelik Girişimlerin Uyku Kalitesi ve Kan Glukoz Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 26.08.2015 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi ve Kan Glukozu Düzeyine Etkisi" olarak değiştirilmesi, -Araştırma protokolü değişikliği, ile 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	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU FİZİK Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU 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-8 ÖZGEÇMİŞ

Deniz TALAZ

Kişisel Bilgiler

TC Kimlik No / Pasaport No:	55153091054
Doğum Yılı:	1986
Yazışma Adresi :	İzmir Ekonomi Üniversitesi, Balçova/İzmir
Telefon :	+90.554 200 12 39 (cep)
Faks :	0 (232) 279 26 26
e-posta :	deniz.talaz@ieu.edu.tr

Eğitim Bilgileri

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	İç Hastalıkları Hemşireliği	Doktora	2012-
Türkiye	Celal Bayar Üniversitesi	Manisa Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelik A.B.D.	Yüksek Lisans 92,38/100	2010
Türkiye	Celal Bayar Üniversitesi	Manisa Sağlık Yüksek Okulu	Hemşirelik Bölümü	Lisans 86,18/100 (Okul 2.liği)	2008

Akademik/Meslekte Deneyim

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu	Türkiye	Aydın	Hemşirelik Bölümü	Öğretim Grevlisi	2011-2014
Özel Çesav Tıp Merkezi	Türkiye	İzmir	Acil Servis	Hemşire	2010-2011
Celal Bayar Ün.	Türkiye	Manisa	İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.	Okutmanlık (Celal Bayar Üniversite Hastanesi'nde Öğrenci Staj uygulaması Yürütücüsü)	2010-2011 (Güz Dnm.)
Celal Bayar Ün.	Türkiye	Manisa	Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakım Programı	Okutmanlık (Huzur evlerinde Öğrenci Staj uygulaması Yürütücüsü)	2010-2011 (Güz Dnm.)
Mayday Clinic	Türkiye	Muğla	Acil Servis	Hemşire	2009-2010
Özel Girne Tıp Merkezi	Türkiye	İzmir	Acil Servis	Sorumlu Hemşire	2008-2009

Uzmanlık Alanları

Uzmanlık Alanları
İlgilenilen mevcut araştırma alanı; diyabet ve uyku ile ilgilidir, diyabet ve uyku arasındaki ilişki, uyku bozukluklarının diyabete etkisi, diyabetli bireylerde uyku kalitesi, öz bakım gücü, yaşam kalitesi, hastalık yönetimi, hastalığı etkileyen ve aynı zamanda hastalığın etkilediği durumlara ilişkin konularda çalışmalar yapmaktır. Öncesinde de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlığı geliştirici uygulamalar, transkültürel farklılıklar ve karşılaştırmalar, ilerleterek daha geniş araştırmalar yapmak istediğim konular arasında yer almaktadır. İlgili konulara ilişkin olarak, uluslararası düzeyde araştırmalar ve geniş çaplı alışmalar yapmak, yayın haline dönüştürerek bilim dünyasına katkıda bulunmak ve önemli projeler yürütmek, gerçekleştirmek istenilen planlar arasında yer almaktadır.

Diğer Akademik Faaliyetler

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler	• H. Vural, D. Harputlu, D. Talaz, F. Öğce (2017). Occupational Safety and Health: Does It Work in Hospitals in Turkey?, 8th EORNA Congress, 4-7 Mayıs, Rodos, Yunanistan. • D. Harputlu, D. Talaz, S. Karadağ, D. Cenani, F. Öğce (2017). Stoma ile Kaliteli Bir Uyku Mümkün mü? XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16-20 Mayıs, Antalya. • D. Harputlu, D. Talaz, S. Karadağ, D. Cenani, F. Öğce (2017). Is It Possible to Have Qualified Sleep with Stoma, ECET 2017 - 18-21 Haziran, Berlin. • Talaz D. (2011). Social Labeling in Substance Abuse and Schizophrenia. World Psychiatric Association Thematic Conference, Rethinking Quality In Psychiatry: Education, Research, Prevention, Diagnosis, Treatment / Türk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry). İstanbul. 96-0. (poster sunumu) • Talaz D. (2011). The Effect of the Psychiatric Diseases to the Healthy Lifestyle Behaviours. World Psychiatric Association Thematic Conference, Rethinking Quality In Psychiatry: Education, Research, Prevention, Diagnosis, Treatment / Türk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry). İstanbul. 130-0. (poster sunumu) • Talaz D. (2010). The Changing Side of Nursing Care: Home Health Care/Guideline. Fourth European Nursing Congress, Older Persons: The Future of Care / Journal of Clinical Nursing. Rotterdam. 73 (70-92). (poster sunumu)
Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler	• Talaz D. ve Kızılcı S. (2015). Tip 2 Diyabet ve Uyku, 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya. (poster sunumu) • Talaz D. (2013). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Transkültürel Farklılıklar Yönünden İncelenmesi. II. Ulusal

	Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi: Bakımında Değerlerini Gözetiyorum. Akdeniz Üniversitesi, Antalya. (sözel sunum) • Talaz D. (2013). Hemşirelikte Doktora Programı Tez Süreci: Bir Örnek. 1. Ulusal Lisansüstü Öğrenci Kongresi ve Kök Hücre Öğrenci Sempozyumu. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (sözel sunum) • Talaz D. ve Yılmaz E. (2009). Yoğun Bakım Hastalarında Sık Görülen Bakım Sorunları. • Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. 326-332. (Poster ve Kongre Kitabında Yayımlanan Tam Metin Çalışması) • Yanikkerem E., Dedeli Ö., Gülten K., Oran S., Sürüm S. ve Talaz D. (2007). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmaya Yönelik Sağlık Davranışları. 6. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul Üniversitesi. • Karadeniz G., Yanikkerem E., Dedeli Ö., Oran S., Talaz D. ve Sürüm S., (2007). Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı İstismarına Yönelik Düşünceleri. 6. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. İstanbul Üniversitesi.
Ulusal Yayınlar	• Talaz D. ve Kızılcı S. (2015). Tıp 2 Diyabet Riski ve Hastalık Sürecinde Uykunun Rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 8(3): 203-208. • G. Karadeniz, Y. Emre, D. Özden, T. Deniz, O. Serap ve S. Sevil. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı İstismarına Yönelik Düşünceleri. Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 5(17): 77-87.

Uluslararası Yayınlar	• Ögce F., Talaz D., Harputlu D., Atabay G., Şemin İ., Telli S. (2016). The Relation between Exposure to Electromagnetic Field and Daily Life Cycle which Affects Learning in Students. The Global Elearning Journal. 5(2): 1-13.
------------------------------	---

