



T.C.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞI
KABULLENME VE ÖZ-BAKIM DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Abdullah GERÇEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2017

T.C.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞI
KABULLENME VE ÖZ-BAKIM DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Abdullah GERÇEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

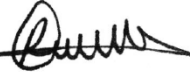

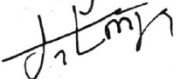
Doç.Dr. Papatya KARAKURT

ERZİNCAN

2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Doç. Dr. Papatya KARAKURT'un danışmanlığında, 14780101011 nolu Yüksek Lisans Abdullah GERÇEK tarafından hazırlanan bu çalışma 31/05/2017 tarihinde saat 13:00 de jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 31/05/2017

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye	Doç. Dr. Papatya KARAKURT	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Fatma GENÇ	

ONAY:

Bu tez Erzincan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülüş ve Enstitü Yönetim kararıyla kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uygunluğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Abdullah GERÇEK

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tezimin oluşmasında çok büyük emeği olan kıymetli danışman hocam Doç.Dr. Sayın Papatya KARAKURT'a teőekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her türlü destek veren, çalışmalarımnda her zaman yanımda olan Öğr. Gör. Sayın Mustafa DURMUŐ'a, değerli önerileriyle katkı sağlayan Öğr. Gör. Sayın Necmettin ÇİFTCİ'ye, Arş. Gör. Sayın Burcu AĞDEMİR'e, Öğr. Gör. Sayın Muhammed CANPOLAT'a, Öğr. Gör. Sayın Ömer YILDIRIM'a, sevgi ve samimiyetiyle her daim yanımda olan eşim Azize GERÇEK'e yaşamımın her döneminde benden desteklerini esirgemeyen çok değerli ebeveynlerime, çalışmaya katılan tüm hastalara, Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ailesine teőekkürlerimi sunarım.

Öğr. Gör. Abdullah GERÇEK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
ARAŞTIRMACININ ÖZ GEÇMİŞİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Diyabetin Tanımı	4
2.2. Diyabetin Sınıflandırılması.....	4
2.2.1.Tip 2 Diyabet	5
2.2.2. Tip 2 Diyabetin Belirtileri.....	6
2.2.3. Diyabetin Komplikasyonları.....	6
2.2.4. Tip 2 Diyabetin Tedavisi ve Bakım	7
2.2.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	8
2.2.4.2.Fiziksel Aktivite.....	8
2.2.4.3. İlaç Tedavisi.....	9
2.2.4.4. Diyabet ve Kendi Kendini İzlem	10
2.2.4.5.Eğitim.....	10
2.2.5. Diyabet Yönetiminde Hemşirenin Rolü	11
2.3.Hastalığı Kabullenme	12
2.4. Diyabet ve Hastalığı Kabullenme	16
2.5. Hastalığı Kabullenmede Hemşirenin Rolü	18
2.6. Öz-Bakım.....	19
2.7. Diyabet ve Öz-Bakım	22
2.8. Diyabetli Hastanın Öz-Bakımında Hemşirenin Rolü	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları.....	26
3.6. Verilerin Toplanması.....	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	29
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği.....	30
4.BULGULAR.....	31
5.TARTIşMA.....	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7.KAYNAKLAR.....	49
8.EKLER.....	63

EK I: Kişisel Bilgi Formu

EK II: Hastalığı Kabul Ölçeği

EK III: Diyabet Öz-Bakım Ölçeği

EK IV: Etik Kurul Onayı

EK V: Resmi İzin Yazısı

EK VI: Tez Başlığı Değişikliği

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA: American Diabetes Association

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DÖBÖ: Diyabet Öz Bakım Ölçeği

HKÖ: Hastalığı Kabul Ölçeği

OAD: Oral Anti Diyabetikler

TBT: Tıbbi Beslenme Tedavisi

TURDEP-I: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (1998)

TURDEP-II: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (2010)

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No

Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	29
Tablo 2. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 3. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabul ve Diyabet Öz-Bakım Ölçekleri Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 5. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 6. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 7. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz-Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 8. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz-Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 9.Hastalığı Kabul ve Diyabet Öz- Bakım Puanı Arasındaki İlişki.....	37

ARAŞTIRMACININ ÖZ GEÇMİŞİ

Araştırmacı, 1985 yılında Őanlıurfa'nın Siverek ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Siverek'te tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2010 yılında mezun oldu. Özel bir hastanede hemşire olarak göreve başlayan araştırmacı, 2011 yılında Van İpekyolu Devlet Hastanesi'nde, 2012 yılında Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi' inde hemşirelik görevine devam etti. Lisansüstü eğitime 2014 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda başladı. Muş Alparslan Üniversitesi'ne 2013 yılında öğretim görevlisi olarak göreve başlayan araştırmacı Őuan Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görevine devam etmektedir. Evli ve bir kız çocuğu babasıdır.

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabullenme ve Öz-Bakım

Durumlarının Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Diyabet, dünya çapında büyüyen ciddi bir sağlık sorunu olup, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Bu araştırma tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırmanın evrenini, Eylül 2016 ve Ocak 2017 tarihleri arasında Muş Devlet Hastanesinde yatarak tedavi gören tip 2 diyabetli hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmaya katılmaya gönüllü olan, iletişime açık 201 tip 2 diyabet hastası alındı. Araştırmanın verileri tanıtıcı özellikler formu, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Varyans analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, Bağımsız gruplarda t testi ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların, hastalığı kabul ölçeği puan ortalaması 19.52 ± 7.47 , Diyabet Öz-Bakım Ölçeği puan ortalaması ise 80.32 ± 12.46 olup kabulün ve öz-bakımın düşük olduğu bulundu. Hastaların cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu algısı, hastalık süresi, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma ve başka kronik hastalık durumuna göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Tip 2 diyabetli hastaların medeni durum ve eğitim durumunun diyabet öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Hastaların hastalığı kabul ile diyabet öz-bakım ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabul ve öz-bakım durumlarının düşük olduğu, hastalığı kabulün öz-bakımı etkilemediği belirlendi. Hastaların hastalığı kabullenme düzeyini artırmak ve öz-bakımlarını geliştirmek için hastalık ve süreci hakkında bilgilendirmenin yapılması, hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine yönelik programların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, hastalığı kabullenme, öz-bakım, hemşirelik

ABSTRACT

The Examination of Type 2 Diabetes Patients' Acceptance of Disease and Self-Care Situations

Introduction and Aim: Diabetes is a serious health problem that is growing worldwide and is a chronic and progressive disease that significantly affects quality of life. This study was conducted descriptively with the aim of determining type 2 diabetes patients' acceptance of disease and self-care situations.

Material and Method: The study's sample consisted of patients with type 2 diabetes who were receiving inpatient treatment in Mus State Hospital between September 2016 and January 2017. The sample was not selected in the study, but rather 201 type 2 diabetic patients, who were open to communicate and volunteered to participate in the study, were included in the study. Data from the study were collected using the descriptive characteristics form, the Disease Acceptance Scale, and the Diabetes Self-Care Scale. In the analysis of the data, number, percentage, mean, variance analysis, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, correlation analysis and t test in independent groups were used.

Results: Patients with type 2 diabetes included in the study were found to have an average score of 19.52 ± 7.47 on the Acceptance Scale and a mean score of 80.32 ± 12.46 on the Diabetes Self-Care Scale, which meant that acceptance and self-care were found to be low. It was determined that there was a meaningful difference between the patients' gender, education, working status, perception of income situation, duration of illness, previous hospitalization due to diabetes, and average score of acceptance according to other chronic diseases. The difference between marital status and educational status and diabetes self-care point averages of type 2 diabetic patients was found to be statistically significant. There was no significant relationship between diabetic self-care scale mean scores of the patients and the acceptance of the disease.

Conclusion: It was determined that patients with type 2 diabetes had low acceptance and self-care status, and that the acceptance of the disease did not affect self-care. It may be advisable to carry out programs aimed at raising the quality of life of patients, and to inform patients about the disease and its process in order to increase the level of patient acceptance and improve their self-care.

Keywords: Type 2 Diabetes, Disease Acceptance, Self-Care, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, dünya çapında büyüyen ciddi bir sağlık sorunu olup, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 346 milyondan daha fazla diyabetli olduğunu tahmin etmekte ve bu hasta grubunun % 90'ını tip 2 diyabetli hastaların oluşturduğunu bildirmektedir (2, 3). Gelecek 20 yılda da bu rakamın ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir (4). Diyabetli hasta sayısının artması diyabetin komplikasyonlarının daha çok görülmesine ve hastanelere yapılan yatışların artmasına neden olmaktadır (5-7). Diyabette görülen bu komplikasyonlar aynı zamanda bireylere, sağlık çalışanlarına ve sağlık bakım sistemlerine sosyal ve finansal yük oluşturmaktadır (8, 9). Diyabet komplikasyonlarının patofizyolojik bozukluklar oluşturmaması ve hastalardaki bakım yükünün azaltılması için tip 2 diyabetin kontrol altında tutulması gerekmektedir (10). Hastalığın kontrol altında tutulması ve hastaların tedaviye uyumlarının sağlanabilmesi hastalığı kabullenme ve öz-bakım davranışlarına uymalarıyla sağlanabilir.

Tip 2 diyabet, hastaların yaşamında fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana getirdiği için, hastaların değişen durumlarına uyum sağlayabilmeleri yeni baş etme stratejileri kullanmalarını gerektirmektedir (11). Hastalık ile baş etme stratejilerinden biri olan kabullenme, kronik hastalık ve bozuklukların psikolojik adaptasyonundaki temel yapılarından biri olarak görülmektedir (12). Kabullenme zihinsel olarak iç ve dış deneyimlere karşı yargısız, açık ve dürüst bir şekilde kabul etme olarak tanımlanmaktadır (13). Hastalığı kabullenme bir kişinin tıbbi durumuna uyum derecesini ve duygusal olarak hastalığı benimseyip benimsenmediğinin belirleyicisi olarak görülmektedir. Hastalığı yüksek oranda kabullenen hastalar hastalığını tanıyıp daha iyi tepki veren, hastalığın getirdiği kısıtlamaların farkında olan, hastalığın varlığı ile ilgili daha az olumsuz duygular yaşayan, sağlık ekibi ile iş birliği yapıp tedaviye aktif olarak katılım göstermektedirler (14, 15).

Diyabet bakımının % 98' ini öz-bakım oluşturmaktadır (16). Diyabete uyum sağlayan hastaların öz-bakım davranışları olumlu yönde etkilenmektedir (17). Orem öz-bakımı bireylerin ihtiyaçlarını sürekli tanınması ve o ihtiyaçlarını karşılaması anlamına geldiğini ifade etmektedir (16). Öz-bakım davranışları yaşam tarzından, kişisel alışkanlıklardan ve günlük kararlara dayanan birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin önlenmesinde hemşirelerin, eğitim ile hastaların öz-bakım davranışlarında ve yaşam tarzlarında değişiklikler yaptırarak diyabetin komplikasyonlarını önleyebildikleri görülmektedir (18). Diyabetin komplikasyonlarının önlenmesi hem hastalığa uyumu hem de öz-bakım davranışlarına uyumu artıracaktır. Diyabetli hastaların hastalığa uyum göstermeleri öz-bakım davranışlarına uyum göstermelerini de sağlayacaktır.

Hastaların öz-bakım davranışlarının geliştirilmesi tip 2 diyabetin yönetimini olumlu yönde etkileyip, hastaların yaşam kalitesini artırarak, hastalığı kabullenmelerine olumlu yönde katkı sağlayacaktır (19, 20). Tip 2 diyabetli hastaların öz-bakım davranışlarını geliştirmede önemli sorumlulukları bulunan hemşirelerin, öz-bakım davranışlarında bağımsızlık kazandırarak tedaviye uyum sağlamalarında etkin rolleri bulunmaktadır (21). Hemşireler diyabetin komplikasyonlarını izlemeli, hastalara ve ailelerine hastalık ve süreci hakkında eğitim vermeli (22), ayrıca sağlıklı beslenme, düzenli kontrole gitme, ilaç tedavisine uyma, problem çözme, sağlıklı baş etme ve risk azaltma gibi öz-bakım davranışları ile davranış değişikliği oluşturarak hastalığı kabullenmelerini sağlamalıdır (23). Bu süreçte hastaların öz-bakım davranışlarını uygulamalarını sağlamalı, öz-bakım yeteneklerini değerlendirmeli ve öz bakım güçlerini geliştirmelidir (24). Hemşireler tıbbi tedavinin yanında hasta ve ailesine psikolojik bakım hizmetleri de sağlamalıdır. Hastalar için psikolojik destek, hastalığın kabullenmesini, tedavisi ve seyrini olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda tip 2 diyabetli hastalarda hastalığı kabullenme ve öz-bakımın belirlenmesi ve artırılmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (25).

Diyabet dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı ve hasta sayısında hızla artış göstermesine rağmen, ülkemizde ve çalışmanın yapıldığı ilde tip 2 diyabetli hastalarda hastalığı kabullenme ve öz-bakımın bir arada bakıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmış olup, ayrıca aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

Araştırma soruları;

1. Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım düzeyleri nedir?
2. Tip 2 diyabetli hastaların tanıtıcı özellikleri hastalığı kabullenme durumunu etkiler mi?
3. Tip 2 diyabetli hastaların tanıtıcı özellikleri öz-bakımı etkiler mi?
4. Hastalığı kabullenme ile öz-bakım arasında bir ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetin Tanımı

Diabetes Mellitus (DM) insülin hormonunun yokluğu, azlığı veya etkisizliği sonucu; karbonhidrat, protein ve yağ metabolizma bozukluğu yapan, birçok organı etkileyen, yaşam süresini 5 ile 10 yıl kısaltan hiperglisemi ve glikozüri ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır(26, 27). Önemli bir sağlık problemi haline gelen diyabetli hasta sayısı her geçen gün sayısı hızla artmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı bir değişim ile birlikte tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir (27). Diyabetin yaygınlığı 1980' den beri yetişkinlerde %4.7' den %8.5'e kadar artarak neredeyse ikiye katlanmış durumdadır (3). Dünyadaki diyabetli birey sayısı 2013 yılı itibari ile 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (28). Ülkemizde 1998 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) sonuçlarına göre 20-80 yaş gurubunda tip 2 diyabet prevalansı %7.2, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) oranı ise %6.7 olarak bulunmuştur (29). TURDEP-II çalışmasının2010 verilerine göre de ülke genelinde 20 yaş ve üzeri tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllara göre önemli derecede arttığı ve %13.7'ye ulaştığı görülmektedir. Bu artışın başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel aktivitenin azalması olarak belirlenmektedir. Beslenme ve yaşam tarzındaki yanlışlıklara bağlı olarak son yıllarda çocuklarda ve gençlerde de tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır (28). Ayrıca ölüm nedenleri arasında 8. sırada yer alan diyabet ve komplikasyonları nedeniyle 2013 yılında tüm dünyada 5.1 milyon insanın hayatını kaybettiği rapor edilmiştir(28).

2.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet görüldüğü yaşa, nedenlerine, klinik belirti ve bulgulara, tedavi şekline göre farklı tiplerde sınıflandırılmaktadır (30, 31). Ayrıca diyabetin etiyojisi ve

patogenezisinin giderek daha iyi anlaşılması ile hastalığın sınıflaması sürekli değişmektedir (32). Diyabetin sınıflaması aşağıda belirtilmiştir.

Diabetes Mellitüs'un Etiyolojik Sınıflaması

Tip 1 diyabet: İnsülin hormonunun üretiminin yetersiz ya da hiç olmaması sonucunda meydana gelen diyabettir (33).

Tip 2 diyabet: İnsülin hormonunun eksikliği ve insülin direnci sonucu meydana gelen diyabet tipidir (34).

Gestasyonel diyabet: Gebelik döneminde meydana gelen diyabet tipidir. Doğum sonrasında, gebelik diyabetine sahip bayanların %5-10'unda tip 2 diyabet gelişmektedir(34).

Diğer tipleri: Beta hücre ya da insülin hormonu fonksiyonunda genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar, ilaçlar ve diğer kimyasal maddelerin neden olduğu diyabet tiplerini içermektedir (34).

2.2.1. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet; nüfus artışına, toplumların yaşlanmasına, obezite ve sedanter yaşam tarzının artmasına bağlı olarak prevalansı hızla artan, uygun şekilde tedavi edilmediğinde morbidite ve mortalite artışına neden olan bir diyabet tipidir (34). Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle de tip 2 diyabet prevalansı hızla artmakta ve tip 2 diyabetin tüm diyabetik vakaların %90'ını oluşturduğu bilinmektedir (28, 35). Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte son yıllarda genç yaşta da tip 2 diyabet görülmektedir (29). Tip 2 diyabet büyük oranda kalıtsal olup etnik köken, diyabet öyküsü, ileri yaş, gestasyonel diyabet tanısı konulmuş olma, obezite, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, doymuş yağların aşırı tüketilmesi, sigara içme gibi faktörler de tip 2 diyabet riskini artırabilmektedir (3, 35, 36).

2.2.2. Tip 2 Diyabetin Belirtileri

Tip 2 diyabetli hastalarda başlangıçta belirti ve bulgu görülmemekte ya da çok hafif düzeyde görülmektedir (28). Tip 2 diyabetteki bu belirtiler yorgunluk, güç eksikliği, yaraların geç ve güç iyileşmesi, cildin kuruması ve kaşıntılar, sık gelişen bakteriyel fronkül ve deri enfeksiyonları, ağız kuruluğu ve çok su içme, sık idrara çıkma, geceleri 2-3 defadan fazla idrar için uyanma, açlık hissi, çok yemek yeme, bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma, cinsellik gibi sorunlar olarak sıralanabilir (33). Diyabetli hastalarda ayrıca hipertansiyon da görülebilir (32).

2.2.3. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Akut komplikasyonlar oldukça hızlı gelişmekte, hızlı ve ciddi prognozla da devam etmektedir(32). Bu akut komplikasyonlar:

- Diyabetik ketoasidoz
- Hiperglisemik koma
- Hipoglisemi
- Laktik asit koması
- Üremi komasıdır(37).

Diyabet tanısı alan ve uzun yıllar diyabetik olarak yaşayan bireylerde kronik komplikasyonların gelişme ihtimali yüksektir. Bu komplikasyonlar morbidite ve mortalitenin artmasına neden olan en önemli faktörleri oluşturmaktadır (30).Diyabette yaygın geriatrik sendrom, bilişsel bozukluk, depresyon, düşme, inatçı ağrı ve üriner inkontinans gibi komplikasyonların gelişme riski bulunmaktadır (38). Bu mikro ve makrovasküler komplikasyonlar sakatlık ve ölümlere yol açabilmektedir (36). Kronik komplikasyonlar:

Mikrovasküler komplikasyonlar

- Retinopati
- Nefropati
- Nöropati

- Diyabetik ayak

Makrovasküler komplikasyonlar

- Kardiyovasküler hastalıklar
- Serebrovasküler hastalıklar
- Periferik arter hastalığı (37).

Diyabet önlenebilen ve kontrol edilebilen bir hastalıktır. Diyabet ile ilgili doğru algının yaratılması, düzenli kontrol ve tetkiklerin yapılması, bilincin artırılması ile hastalığa bağlı tüm komplikasyonların önüne geçilmesi mümkün görünmektedir (27, 30).

2.2.4. Tip 2 Diyabetin Tedavisi ve Bakım

Tip 2 diyabet tedavisinde amaç gün içerisinde glisemik kontrolü sağlamak, diyabetin akut komplikasyon gelişim riskini azaltmak, mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplikasyonlarını önleyip yaşam kalitesini yükseltmektir (39,40). Bu komplikasyonların önlenmesi glisemik ve metabolik kontrolün sağlanmasını gerektirir. Bunun için diyet, egzersiz, ilaç tedavisinin uygulanması ve bu konulara yönelik eğitimlerin yapılması gerekmektedir (41). Birçok tip 2 diyabetli hasta oral antidiyabetik ilaç olarak, kilo vererek, egzersiz ve beslenme planı gibi öz-bakım davranışlarının yapılması ile kandaki glikoz oranını kontrol altına alabilmektedir (39).

Başarılı bir diyabet yönetimi aşağıdaki temel öğelerin dikkatli koordinasyonu ve sentezi ile gerçekleştirilir.

- Tıbbi Beslenme Tedavisi
- Fiziksel aktivite
- İlaç tedavisi
- Hastanın kendini izlemesi
- Eğitim (31).

2.2.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tip 2 diyabet tedavisi ve kontrolünde tıbbi beslenme tedavisinin(TBT) çok önemli bir rolü bulunmaktadır (42). Tıbbi Beslenme Tedavisi diyabetin kontrol ve yönetiminin temel taşlarından birisi olarak kabul edilmektedir (29, 30).İdeal bir tıbbi beslenme tedavisi ile diyabette meydana gelen metabolik bozuklukların düzelmesi ve glisemik kontrolün sağlanması hedeflenmektedir (43).

Beslenme programındaki temel hedef komplikasyonları önlemek veya geciktirmek, yeterli enerji alınmasını sağlamak, az ve sık beslenmenin önemini anlatmak ve kandaki glikoz oranını istenilen seviyede tutmaktır (29, 44).Tedavide kişinin istek ve alışkanlıkları göz önünde bulundurularak eğitim verilmelidir. Diyabetli birey tüm yönleri ile değerlendirildikten sonra, bireyin istek ve alışkanlıkları göz önünde bulundurularak beslenme programı hazırlanmalıdır (26, 29). Beslenme programı kan şekeri ve lipitlerin istenilen seviyeye getirilmesine, hipoglisemi riskinin en az seviyeye düşürülmesine ve kilo kontrolüne yönelik olmalıdır (45). Çünkü obezite diyabetli hasta sayısının artmasına neden olmakta ve tip 2 diyabetli hastaların % 85-90'ına yakını obez ya da obezite riski taşıyan bireyler oluşturmaktadır(43). Tip 2 diyabetli hastaların obez olması, öz-bakım davranışlarına uyumunu zorlaştıran bir faktördür (46). Morbidite ve mortalitede önemli bir risk faktörü olan obezite her yıl kronik hastalığı olan 300.000 kişinin ölümüne sebep olmaktadır(47). Yapılan çalışmalarda da vücut ağırlığını % 7 oranında azaltma ile tip 2 diyabet riskinin % 58'e kadar düşürülebildiği belirtilmiştir (42).

2.2.4.2.Fiziksel Aktivite

Tip 2 diyabetli hastalar için önemli olan aktivite ve egzersiz, bakım planının, beslenme programının ve ilaç tedavisinin de önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Aktivite ve egzersiz; glikozun ve insülinin daha etkili kullanılmasını sağlamakta, ayrıca egzersiz miyokardın oksijen ihtiyacını azaltmakta, egzersize toleransını artırmakta, yağlanmayı engellemekte ve kan basıncını düşürücü etki göstermektedir (30, 48).

Aktivitelerin düzenli yapılması psikolojik olarak hastaları rahatlattığı ve emosyonel olarak katkı sağladığı da bilinmektedir(48). Egzersiz sırasında karaciğerdeki

glikozun kana geçişi artmakta, kaslar daha çok insüline duyarlı hale gelmekte ve glikoz kullanımı 20 kat artırmaktadır. Sonuç olarak az insülin ile daha fazla glikoz hücre içine girmektedir (45). Bunların yanı sıra egzersizin kan şekeri düşürmede kuvvetli bir etkisi olduğu uzun senelerden beri bilinmesine rağmen, egzersizin bütün diyabetli hastalar için güvenli olmadığı da bilinmektedir. Diyabetin tipi, fiziksel aktivitenin derecesi, mikro ve makrovasküler komplikasyonların varlığı veya yokluğu hastalar açısından önemli faktörlerdir (49).

Fiziksel aktivite planının yapılması diyabet tedavisinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır(31). Egzersiz programı yapılırken hastanın yaşı, egzersizin tipi ve şiddeti, hastalığın metabolik kontrolü ve hastanın kas iskelet sistemine uygunluğu değerlendirilmelidir. Egzersiz haftada en az 3 gün olmalı ve egzersizler arasında 2 günden fazla ara verilmemelidir (48). Egzersiz sırasında hastada hipoglisemi gelişebileceğinden yalnız bırakılmamalıdır (48).

2.2.4.3. İlaç Tedavisi

Tip 2 diyabetli hastalarda insülin sekresyonunda bozukluk, periferik dokularda insülin direnci ve karaciğerden glikoz çıkışının artışı ile ortaya çıkan hipergliseminin ve metabolik bozukluğun diyet ve egzersiz tedavileri ile kontrol altına alınmadığı durumlarda, karbonhidrat metabolizmasını düzeltebilmek amacı ile birçok oral antidiyabetik tedavide kullanılmaktadır (32, 50). Tedavideki amaç fizyolojik insülini taklit ederek kanda artmış glikozu istenilen seviyeye düşürüp glisemik kontrolü sağlamak, diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek veya geciktirmek ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (29, 50). Uygun olan oral anti diyabetik ilaç seçimi ile kişinin açlık kan şekeri ve HbA1c değerinin istenilen düzeye getirilmesi sağlanmaktadır (29).

Kandaki glikoz seviyesi oral antidiyabetik ilaçlar ile kontrol altına alınmaz ise, yüksek glikoz seviyesinin kişiye zarar vermemesi için insülin tedavisine başlanmaktadır (45). Tip 2 diyabetli hastalar için insülin tedavisi önemli bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir. İnsülin uygun bir şekilde kullanıldığında en etkili tedavi edici glikoz seviyesine ulaşabilmektedir. İnsülinin sınırlılıkları olmasına rağmen özellikle insülinin analogları tedavide birçok fayda sağlamaktadır (51).

2.2.4.4. Diyabet ve Kendi Kendini İzlem

Kendi kendini izleme kavramı (self-monitoring) diyabetlinin bakım sorumluluğunu üstlenerek bireysel bakım uygulamalarını sürdürme anlamına gelmektedir (29). Kendi kendine kan şekeri ölçümü glikoz değerinin doğru bir şekilde ölçümünü sağlar, böylece uygun besin tüketimine yardımcı olur (35). Hastanın kan şekerini izlemesi diyabet tedavisine oldukça yarar sağlar ve tedavinin başarısını yükseltir. İnsülin ile tedavi edilen bütün diyabet hastalarına kendi kendine kan şekeri ölçmesi ve izleyebilmesi tavsiye edilmektedir (32). Ev ortamında kan glikozunun ölçümü bireysel olarak ölçülen diğer yöntemlere göre daha sık kullanılmaktadır. Kan glikozunu izlemek hem hastalara bilgi vermekte hem de onların tedavide aktif rol almalarına yardım etmektedir. Böylece motivasyonları yükselmekte ve kan glikoz takibinin sürekliliği sağlanmaktadır (29). Hastalar kendi kendine izlem yaparak hipergliseminin komplikasyonlarını en aza indirebilmektedir (35).

Türkiye’de 2008 yılında erişkin hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların % 64’ünde glisemik kontrolün sağlanmadığı görülmüştür(52). Glisemik kontrol sağlanamadığı durumlarda ise hastanın yaşam kalitesinde azalma, sağlık harcamalarında artma ve kronik komplikasyonların ortaya çıkmasına sebebiyet vermektedir. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalar ile yapılan çalışmada glisemik kontrolü iyi olanlarda daha az mikrovasküler komplikasyon görüldüğü belirlenmiştir (53).

2.2.4.5.Eğitim

Dünya Sağlık Örgütüne göre eğitim, diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde hayati öneme sahiptir(54). Diyabet eğitimi diyabet yönetiminin en önemli bileşenlerinden biridir ve diyabetle ilişkili komplikasyonları önlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Eğitim glisemik kontrolü geliştirerek hastanın ve ailesinin öz-bakım bilgisini, sağlık becerilerini, hastanın öz güvenini artırmaktadır. Böylece yaşamları üzerindeki otonomisini artırma imkanı sağlamaktadır. Eğitim hastanın yaşam tarzını değiştirerek diyabet ile ilişkili komplikasyonlarını azaltmakta ve diyabeti yönetmek için terapötik kararlar almada hastanın yeteneğini geliştirmektedir (55).

Hasta eğitimi hastalığı iyileştirmek için ve yaşam kalitesini yükseltmek için ömür boyu devam eden bir süreçtir (49). Tanı konulduktan sonra hasta diyabet merkezine gönderilmeli, glisemik kontroller yapıldıktan sonra hasta hekim, hemşire ve diyetisyenin vereceği eğitim programına dahil edilmelidir. Kısa sürelerle eğitim tekrarlanmalıdır (29). Diyabet eğitimi hastaya özel olmalı, hastanın anlayabileceği şekilde öğretilmelidir (49). Eğitim ile hastaya diyabetin ne olduğu, hastalığın belirti ve bulguları, tıbbi tedavi ve alternatif tedavisi hakkında bilgi vererek diyabet ile nasıl baş edebileceği öğretilmelidir(40). Diyabetli ve diyabet riski bulunan hastanın eğitimi; hastalık sürecini, tedavi seçeneğini, beslenme planını, egzersiz planını, diyabet ilaç alımının kabulünü, kandaki glikoz değerinin takibini, akut ve kronik komplikasyonların kabulünü, psikososyal sorunları, sağlığı geliştirmek için bireysel stratejileri içermelidir(56).

2.2.5. Diyabet Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Tip 2 diyabetin uzun vadeli yönetimi giderek karmaşık hale gelmektedir (57). Diyabetli birçok birey, diyabet yönetimi için önerilen standartlara ulaşmada güçlük çekmektedir. Tip 2 diyabetin başarılı bir şekilde yönetilmesi uzun süreli ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliğini zorunlu kılmaktadır (58). Hastaların ilaçlarını düzenli kullanması, kan glikoz takibini kendisinin izlemesi, diyet ve fiziksel aktivite de değişiklik yapması, ayak bakımını yapabilmesi gibi davranış değişikliklerinin yapılması gerekmektedir (59). Diyabetin disiplinler arası bir ekip tarafından koordineli bir şekilde yönetilmesi, hastalarda davranış değişikliği oluşturulmasına yardım ederek, nitelikli hizmet alma olanağını sunmaktadır (60). Hemşireler diyabetin daha iyi yönetilmesi ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hasta ve ailelerine gerekli bilgi ve danışmanlık sağlayarak hastaların güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (61).

Tip 2 diyabet yönetiminde önemli bir rolü olan hemşirelerin, diyabet tanınması için hastaları taraması, yetersiz tedavi rejimleri için düzeltici önlemleri tanınması, bu önlemleri başlatması, terapötik hedefler belirlemesi ve komplikasyonlar meydana geldiğinde onları değerlendirmesi sorumlulukları arasında yer almaktadır (62). Hemşireler hastaların kendi bakım sorumluluğunu üstlenmelerine yardımcı olmalı,

günlük faaliyetleri yönetmek için hastalarda beceriler geliştirmeli, diyabetin yönetimi ve hastanın kendi bağımsızlığını kazanması için uzun vadeli hedefler seçmelidirler (21, 60). Hastaların diyabet yönetimine katılımlarının sağlanması, güçlenmelerini sağlayıp hastalıkların maliyetinin azalmasında da etkili olacaktır (63).

Diyabet eğitimi, diyabet yönetimi için kişinin becerileri aracılığı ile bilgi edinmesini, becerilerini geliştirmesini, güven kazanmasını, öz-bakım davranışlarına uyum sağlamasını ve herhangi bir sorun karşısında nasıl baş edebileceğini öğrenmesini sağlar (21). Hemşireler hastaların gereksinim duyduğu eğitim konularını birlikte belirlemelidir (64). Hastaların kendi bakımlarında aktif olarak dahil olmaları hemşireler ile aralarında iyi bir uyum ve etkileşim kurulmasına yardım edecektir (65). Hemşire hasta ile iletişim kurarken, hastayı dikkatle dinledikten sonra onu ikna etmeye çalışmaksızın söylediğini tekrar etmelidir. Hastanın davranış değişikliğine hazır olup olmadığını anlamaya çalışarak, hastalığı kabullenmesi için önerilerde bulunmalıdır (62).

Diyabetli bireylerin psikososyal açıdan tanılanması için, hastanın hastalıkla ilgili geçmiş deneyimleri, ailenin hastalığa olan tepkisi, hastalığın birey için anlamı ve önemi belirlenmelidir. Girişim planları hastaların kişiliğine ve yaşam tarzına göre yapılandırılmalıdır (64). Hastanın yaşam tarzı, metabolik, psikolojik ve sosyal durumu gibi faktörlerin dikkate alınması hastanın güçlenmesini sağlayıp, diyabetin iyi yönetilmesine katkı sağlayacaktır (61).

2.3.Hastalığı Kabullenme

Kabul kavramı; bir olaya, duruma, olguya itiraz etmeden bütünüyle ayırt etmeksizin gönüllü olarak kabul etmek olarak tanımlanıp, kronik hastalık ve engelliliğin psikolojik adaptasyonundaki temel yapılarından biridir(12, 66, 67).

Kabul, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek, bireyin sağlığını tüm engellilik ve sınırlamalara rağmen üst düzeyde tutabilmek için gayret etmektir. Hastalığın kabulünde temel olan, bireyin hastalık ile yaşamayı öğrenip, kendi anlayışına göre hedeflerini belirlemesidir (68-70). Bostros'a göre olayın kabul edilebilmesi için,

bireyin kontrolü dışında meydana gelmesi, kaçınılmaz ve geriye dönüşümünün olmaması ve bireyin çaba ve gayret etmesi gerekmektedir (70).

Kabullenme iç ve dış uyaranlara karşı ön yargısız dürüst bir şekilde kabul etmek olarak tanımlanmaktadır (13). Boyun eğme ya da vazgeçme olarak düşünülmemelidir. Kronik hastalıkları kabullenme uzun vadeli, genellikle öngörülmeleyen seyri ve bu durumun zamanla kötüye gitmesinin muhtemel olduğunun farkına varılmasını içermektedir. Kabullenme kişinin yaşam kalitesini iyileştirme çabalarını engellemez ve kronik hastalık komplikasyonlarının göz ardı edilmesine neden olmaz, aksine bireyin sağlığının en üst düzeye çıkarmasını sağlamaktadır (67).

Kronik hastalıklar ömür boyu süren, kendiliğinden düzelmeyen, kişinin gelecekteki planlarını ve günlük yaşamın akışını bozan, bireylerin fonksiyonlarını tam olarak yerine getirmesinde kısıtlamalar oluşturabilmektedir. Ömür boyu süren bir hastalık olduğu için bireyin bu yeni karşılaşılan durum ile baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir (71-73). Kabullenme, kronik hastalıklar ile baş etme stratejisi olarak görülmektedir. Baş etme stratejileri bilgi aramak, problem çözme, planlamak ve sosyal destek aramak gibi aktif, doğrudan, hedef odaklı etkinlikler aracılığı ile stresli durumun üstesinden gelebilmektedir. Hastalar kabullenme ile baş etme stratejilerini kullanarak kronik hastalıkların ve hastalıkların dayattığı sınırlamaların üstesinden gelebilmektedirler. Bireylerin hastalık kabulünün yüksek olması, hastalığın dayattığı sınırlamalara daha kolay uyum sağlayabildiğinden dolayı sağlığı destekleyen bir faktör olarak da kabul edilmektedir(12, 74, 75). Kronik bir hastalığı kabullenme hastalıkla ilişkili olumsuz duygu ve durumları azaltıp, hastalıkların kontrol altında tutulması için gerekli olan bir faktör olarak görülmektedir(76).

Hastaların hastalığı kabullenmeleri ile sağlık bakım profesyonellerinin önerilerine ve tedavi süreçlerine daha çok uydukları görülmekte aynı zamanda komplikasyonların sayısını da azalttığı görülmektedir. Kabullenme hastanın rolünü daha kolay kabul etmesini sağlamaktadır (77). Demirtaş ve ark.nın (2009) yaptıkları bir çalışmada hastaların, hastalıklarını kabullenip uyum sağlayıncaya kadar Kubler-Ross ve Lacroix-Assal'ın ölüm ve kronik hastalığı kabullenme sürecindeki şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme ve sahte kabul evrelerinden geçtikleri ortaya konulmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve hastalığın süresine göre farklı

evrelerde buldukları görülmüş ve bu dönemlere yönelik duygu ve düşünceleri saptanmıştır (78). Hastaların kronik hastalığı kabullenme sürecindeki kabul evreleri aşağıda belirtilmiştir.

İnkâr ve izolasyon: İnkâr hastaların gerçekçi bir şekilde yaklaşım sergileyemediği durumlarda geçici olarak kullanıldığı ve en sonda da gerçekliğin kısmen kabul edildiği bir savunma şeklidir. Zihinsel olarak hastalar yaşanan olayların farkında olsalar da duygusal olarak kabullenmek istemezler. Hastalar başlangıçta şok ve şaşkınlık yaşayıp ve yanlışlık olduğunu ümit ederler. Yapılan tetkiklere iyi bakılmadığını karıştırdığını yada yanlış değerlendirildiğini düşünüp, konulan tanıya inanmak istemezler. İnkârı yaşayan hasta durumlarını öğrendiklerinde gösterilen ilk tepki genellikle “hayır bu bana olamaz, bu doğru değil” şeklinde olur. Bu hastalar kendilerine yapılan önerilere uymaz, kontrol için hastanelere gitmez ve ilaç tedavilerine uymazlar. Kendi hastalıkları ile ilgili konuşmak istemezler, kesin tanı konulmamış ise görmezden gelinir ya da istedikleri gibi algılama eğilimindedirler. Beklenmeyen şok edici bir olaydan sonra inkâr koruyucu gibi hizmet edip, hastanın kendisini yeniden toparlamasına ve başka savunma mekanizmalarını devreye sokmasına neden olmaktadır. Böylece hastada inkâr yavaş yavaş azalmakta ve yerini kabullenmeye bırakmaktadır (67, 71, 79-81).

Öfke: Bu dönemde enerji problem çözümünden duygulara yöneldiğinden karar vermek oldukça zordur. Hasta birey kendisine haksızlık yapıldığını düşünür ve tedirgin olarak “neden ben” sorusu sorularak yadsıma yerini öfke, kıskanma, kırgınlık ve kızgınlık duygusuna bırakır. Hastalığın kendisine verilen bir ceza olduğunu düşünerek yakınmaya ve başkalarını suçlamaya başlayıp öfke duygusunu kendisine yöneltir. Çevresindeki mutlu kişilere karşı öfke hisseder. Pek çok istekte bulunup, yüksek sesle konuşarak dikkatleri üzerine çekmeye çalışır. Böylece hasta “daha ölmediğini, hayatta olduğunu” belli etmeye çabalar. Bu dönemdeki hastalara kendi yaşamlarını kontrol etme fırsatı verilmeli, öfkelenmesinin altındaki nedenler anlaşılmalı ve hastada güven duygusu geliştirilmelidir (79-82).

Pazarlık: Bu evrede hastada yaşanan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına karşı çocukça bir güçlülük duygusu vardır ve pazarlık yapılarak birey kaybettiklerini geri kazanmaya ya da durumu tamamen değiştirebileceğini düşünür. Bu dönemde neden

ben? neden o? ne yaptım da hak ettim? Yaşananların kendi yüzünden meydana geldiği düşüncesi hakimdir. Bu evrede hasta yitimin olduğunun farkındadır ve artık kaçınılmaz olan olayı geciktirmek için anlaşma yapmaya çalışır ve iş birliği yapmaya çabalanır. Bu durumda sağlık bakım profesyonelleri hastada suçluluk duygularının oluşmasına sebebiyet verecek tavırlar sergilememeli, hastanın davranış ve tutumları eleştirilmemeli, yargılanmamalıdır(79-82).

Depresyon: Kişinin fiziksel durumu kötüleştikçe inkar, öfke, pazarlık etme artık anlamsız hale gelir, kayıp duygusu oluşur ve depresyon görülür. Hasta bu evrede “evet ben” diyebilmektedir. Hastanın kendisi, ailesi ve arkadaşları için karar vermek oldukça güç bir hal almış olmakta ve yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu evrede hastalığın bireyler ve aileleri üzerinde oluşturduğu maddi zorluklar ve hastalığın getirdiği kısıtlamalar depresyona neden olmaktadır. Kişi bu aşamada bulunduğu yerden çıkma çabası içerisindedir. Yalnız kalma isteği olup, duygu yoğunluğunun fazla olduğu görülmektedir. Depresyon kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir. Bu evrede hasta etkili bir şekilde dinlenmeli, duygularını ifade etmesine izin verilmelidir (79-82).

Kabullenme: Bu evrede karar vermek kolaylaşmış olup, yeni bir anlam ve amaç bulunmuştur. Kubler-Ross bu evreyi “ne mutlu, ne mutsuz” olarak tanımlamaktadır. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemelidir, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bu evrede “umut” önemli ve sürekli bir etken olarak düşünülmelidir. Kubler-Ross, kabullenme aşamasının duygulardan yoksun olduğunu ve bunun gerçek bir zafer olduğunu belirtmektedir(79-83). Hastalığın kabullenilmesine engel teşkil eden çok sayıda faktörler vardır. Bunlar duygusal, davranışsal, bilişsel, kültürel, ruhsal ve dini faktörlerdir.

Duygusal faktörler: Hastalar utanç duyma, korku, suçluluk hissetme, hayal kırıklığı ve umutsuzluğa kapılabilirler. Duygusal olarak hastaların böyle olumsuz duyguları hissetmeleri hastalığı kabullenmelerine engel teşkil etmektedir (84).

Davranışsal faktörler: Hastalığı kabullenmeyi sağlamak için bireyin herhangi bir eylem ya da davranış sergilememesidir. Bireyin herhangi bir davranış sergilememesi ya da durumu istismar etmesi hastalığı kabullenmemesine sebebiyet vermektedir.

Hastanın “daha yeni uyudum” ya da hastanın tedavi sayısının çok olmasını bahane etmesi hastalığı kabullenmesine engel olmaktadır(84).

Bilişsel faktörler: Bireylerde negatif düşüncelerin olması, sağlıklı düşünememesi, sağlığına tekrar kavuşamayacağı inancı hastalığın kabullenilmesindeki bilişsel engellerdir. Hastaların bilinç durumlarındaki değişimlerin, kendilerini rahatsız ettiklerini ifade etmeleri, herhangi bir şeye konsantre olamadıklarında saldırgan davranışlar sergileyebileceğini ya da öldükten sonra cehennem korkusu olduğunu ifade etmektedirler. Hastalarda böyle olumsuz duygu ve düşüncelerin olması hastalığı kabullenmelerine engel teşkil etmektedir (84).

Ruhsal ve dini faktörler: Hastalığın tanrı tarafından kendisine bir ceza olarak verildiğine ve kendisinin bunu hak etmediğine inanması hastalığı kabullenmesine engel olmaktadır(84).

Kültürel faktörler: Bireylerin sahip olduğu değerler, inançlar ve sahip olduğu kültür hastalık hakkındaki düşünce ve davranışlarını etkileyebilir. Bu engeller bireylerin herhangi bir gruptan izole olmasına neden olmakta ve hastalığı kabullenmesine engel olabilmektedir(84).

2.4. Diyabet ve Hastalığı Kabullenme

Diyabet, endokrin sisteme ait süregelen bir hastalık olmakla birlikte yaşamın her alanını etkileyen, psikososyal boyutları olan bir hastalıktır (85). Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi düşerken ruh hali de olumsuz etkilenmektedir(11). Kronik hastalığı olan kişiler aynı zamanda psikolojik problemler yaşayabilmektedirler(86). Ayrıca psikolojik faktörler kronik hastalıklara uyum sağlamada gerçek bir engel olarak görülmektedir(11). Engellilik seviyesinin artması, bireyin fiziksel durumu hakkındaki şikâyetler ya da bireyin depresif ruhsal durumu hastalığı kabullenmesini engelleyebilmektedir. Diğer yandan problem çözme becerilerini kullanabilmesi, öz güvenin olması, pozitif ruh hali ve iyimser davranışları hastalığın kabullenmesini artırabilmektedir(87). Bunların yanı sıra hastaların psikolojik sorunları ile yüzleşmesi hastaların hastalığa uyumunu kolaylaştıracaktır(11).

Hastalar için diyabet yeni bir yaşam deneyimidir ve uyum sağlanabilmesi için çaba gerektirmektedir (88). Psikolojik ve davranışsal açıdan zorlayıcı bir hastalık olan diyabet, bireyin tüm yaşamını etkileyerek diyabetli kişinin ruhsal denge ve uyumunda da birtakım farklılaşmaların oluşmasına neden olmaktadır. Böylece diyabetli birey fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir takım çatışmayla karşı karşıya kalmaktadır (88, 89). Hastanın hem iyilik hali hem de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte, hastanın yaşamında önemli değişikliklere sebep olmaktadır. Tanı konulduktan sonra yeni durumla karşı karşıya gelinmekte ve hastanın baş etme stratejilerini kullanması gerekmektedir (11). Tip 2 diyabetli hastalar bu tür durumlarda nasıl başa çıkılacağını bilmelidir (90). Hastalığı kabullenme, kronik hastalık ile baş etmenin aktif sürecini oluşturmaktadır (91). Hastalığın kabullenilmesi ile birey karşılaştığı engellere, zorluklara ve sınırlılıklara rağmen bu yeni durumun üstesinden gelebilecek ve yaşam kalitesini yükseltecektir(92, 93). Kabullenme uyum sağlayıcı aşama olarak kabul edilir ve kişi bu aşamada huzurlu olur, kişinin hayatı daha düzene girer. Hastalık kabullenilmez ise patolojik bir durum olduğu kabul edilir (94). Kabul edilmeyen bir hastalığın da üstesinden gelinmesi mümkün değildir (92, 93).

Diyabet hastalarının bir bütün olarak ele alınması hastaların hastalıklarıyla baş etmelerini, tedaviye uyumlarını ve tedaviye yanıtlarını etkileyecektir (85). Adaptasyon sürecindeki hastalığı kabullenme: bireylerin hastalığın varlığını, kalıcılığını kabullenip işbirliği yapmaya istekli oldukları zaman önemli hale gelir. Böylece hastalar daha uygun uyum sağlayıcı davranışlar sergiler (12). Kartal ve arkadaşları (2008) tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumları %44 olarak bulunmuştur (95). Baykal ve Kapucu'nun (2015)tip 2 diyabetli hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların iki yılda bir doktor kontrolüne gittikleri ve yarısından fazlası ise kendi ifadeleri ile diyabet tedavisine iyi uyum gösterdiklerini belirtmiş olmaları hastalıkları konusunda yeterince bilinçli olmadıklarını göstermektedir (96). Acemoğlu ve arkadaşları (2006)tip 2 diyabetli hastalar ile yaptığı çalışmada da hastaların düzenli kontrole gitme oranını %54.8 olarak bulmuştur (97). Diyabetli hastalarda istenilen davranışların oluşması istenilmeyen davranışların değiştirilebilmesi için eğitimlerin yapılması zorunludur (98).

2.5. Hastalığı Kabullemeye Hemşirenin Rolü

Diyabet bir hastanın hayatının neredeyse tüm yönlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabet, hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarında bozulmaya, yaşam biçiminde değişikliğe ve hastalığa uyumunu olumsuz etkileyip hastanın yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (99). Hastanın yaşamında herhangi bir değişiklik meydana geldiğinde hemşire hastaya bilgi verir, hastayı cesaretlendirir ve hasta rahatlar kendini güvende hisseder (100). Sağlık bakım profesyonelleri tarafından sağlanan bakım toplum yapısının bilgisine, hastalıklarının daha ileri düzeyde yönetilmesine ve hastalara yönelik verilen eğitimlere ortak karar vermelerine dayanmalıdır (101).

Hemşire tıbbi tedavinin yanında bireysel ve aile düzeyinde hastalık süreci için gerekli psikolojik bakım hizmetleri sağlamalıdır. Hastalar için psikolojik destek, hastalığa uyumunu, kabullenmesini, tedavinin seyrini olumlu yönde etkileyip, hastanın yaşam kalitesini yükseltecektir (102, 103). Lewko ve ark. nın (2012) yaptığı çalışmada diyabeti kabullenmiş hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyabetli hastalarda yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile hastalık kabullenilecek, kızgınlık ve korkunun üstesinden gelinebilecektir (104).

Hastalığı kabullenmede öz-bakım davranışlarının gerçekleştirilmesi büyük bir önem arz etmektedir. Çünkü diyabet öz-bakımın devam ettiği bir hastalıktır. Hastalar öz-bakım davranışlarını gerçekleştirirken hemşirenin yardımına ihtiyaç duyabilmektedir (105). Hemşireler hastalara vakit ayırmalı hastaların hislerini ve beklentilerini anlamalıdır. Hastanın söylediğini dinlemeli, aynı zamanda sesinin farklı tonlarını, yoğunluğunu ve sözlü olmayan çeşitli yüz ve göz ifadelerini anlamalıdır. Hastaya kendi durumuyla ilgili düşüncelerini, korkularını ve endişelerini ifade etmek için zaman vermelidir. Hemşire görüşme esnasında bireye, diyabetik hasta gruplarına ve ailelerine verilen eğitim esnasında çeşitli formlar, broşürler, resim ve detaylı açıklamalar ile hastanın eğitim seviyesi ve sosyal sınıfları ne olursa olsun anlaşılabilir bir dilde sağlanmalıdır (100). Hastalığı kabullenmenin önemli bir unsur olduğu anlatılmalı, kendi hastalığı hakkında karar vermede özgür olduğunun vurgusu yapılmalı ve bu hastaların kararlarına saygı duyulmalıdır (106). Hemşirenin yaptığı tüm bu girişimler diyabetli bireylerin hastalığı kabullenmelerini sağlayacaktır.

2.6. Öz-Bakım

Öz-bakım, bireylerin kendi sağlıklarını koruyup geliştirmeleri için sorumlu oldukları davranışları yerine getirmeleridir (107, 108). Orem öz-bakımı, bireylerin yaşamı, sağlığı, gelişimi ve iyilik halini sürdürmek için, bireyin kendine yöneltilen öğrenilmiş, hedef odaklı bir aktivite olarak tanımlamaktadır(16, 109, 110).Bireyin yaşı, sağlık durumu, yaşam deneyimi, sosyo-kültürel yapısı, mevcut kaynakları, bireylerin öz-bakım becerilerini belirleyen faktörlerdir. Orem'e göre öz-bakımını karşılayan birey, öz-bakım davranışını gerçekleştiren kişi olduğunu ifade etmektedir (111). Öz-bakımda kişisel kontrolün önemli olduğunu, bireyin ihtiyacını sürekli karşılaması anlamına geldiğini ifade eden Orem, bireyin kendi bakımında aktif karar verip yapan kişi olarak sorumlu hale getirmenin; yani bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesinin öz-bakımda temel hedef olduğunu belirtmektedir (16, 110).

Bireyler sürekli olarak öz-bakımı başarmak için yetenekleri ile çeşitli öz-bakım gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdürmeye çalışırlar. Orem' in kuramına göre öz-bakımı başarmak için bireyin eylem yapma yeteneği ile çeşitli gereksinimleri arasındaki dengenin sürdürülmesi gerektiği, sürdüremediği durumda da hemşirenin, bireyin biyolojik, fizyolojik, gelişimsel ya da sosyal gereksinimlerini karşılaması gerektiğini ifade etmektedir. Orem bireyin öz-bakım gereksinimlerini üç grupta toplamaktadır (16, 109-111).

- Evrensel öz-bakım gereksinimleri
- Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri
- Sağlıktan sapma durumunda öz-bakım gereksinimleri (16, 110, 112).

1.Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri

Evrensel öz-bakım gereksinimleri, insanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel insan gereksinimleridir. Kişinin yaşamında sürekli var olan temel gereksinimlerdir ve sağlık durumunun korunması için bu gereksinimler karşılanmalıdır. Sağlıklı birey için gerekli olan bu gereksinimler;

Hava, Su, Besin: Yaşamın devam edebilmesi için hayati önem taşımaktadırlar. Bu gereksinimlere yönelik kendi bakım aktivitesinde gereksinimleri artıran durumların bilinmesi, belirtilerin gözlenmesi ve gereksinimlerin uygun bir şekilde karşılanması önem taşımaktadır.

Boşaltım ve Dışkılama: Atıklar beden tarafından işlenmiş, üretilmiş olan, beden için hiçbir değeri olmayan maddelerdir ve beden açıklıklarından atılırlar. Öz-bakım “atıklarda toplumsal ve kişisel sorumluluklar” olduğu kadar “bunların bedende atılması süreci”nin anlaşılmasını da içermelidir

Aktivite ve Dinlenme: insanların çalışabilmesi için aktivite ve dinlenme arasında uygun bir dengenin olmasını gerektirmektedir. Aktivite fiziksel, mental ve toplumsal eylemlere, dinlenme ise aktivitelere ara verilmesini ifade eder. Kendine bakımda uygun aktivitelerin tercih edilmesi ve dinlenme gereksinimlerin bilinmesi önemlidir.

Sosyal Etkileşim: Kendine bakım aktivitesinde dengeli biçimde ilişkilerin sürdürülmesi için seçim yapma sürecini içerir.

Tehlikelerin Önlenmesi: Sağlığın korunmasında hastalık, sakatlık, zedelenme gibi tehlikelerden uzak bir çevrenin seçilmesi önemlidir.

Normal Olma: Bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olmasıdır (16, 110, 111, 113).

2.Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri

Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel düzeyde yer alan özel bakım davranışlarıdır. Özellikle bireyin büyüme ve gelişmesi için önemlidir. Orem bireyin biofizik, kognitif, affektif ve sosyal gelişim içinde olduğunu, kendine bakım aktivitesini kazanmasında aile, okul, akranlar, toplumun sosyo-kültürel yapısının etkili olduğunu belirtmektedir(16, 110, 111, 114).

Biofizik Gelişim; Fiziksel olarak gelişimin yanında motor becerilerinin gelişimini de kapsar. Bireylerin büyüme ve gelişimini değerlendirmede bireyler için aktivite planlaması önemlidir.

Kognitif Gelişim; Bireyler çevresinden kazandığı bilgiler sayesinde öğrenir ve bilgisini artırır. Yeterince uyarılması, kişinin gelişimi açısından önemlidir.

Affektif Gelişim; Bireye ebeveynleri tarafından destek sağlanıp, kişinin kendi görüşü geliştirilirse daha iyi ilişkiler kurup girişken kişilik özellikleri sergileyebilir.

Sosyal Gelişim; Bireyin kendi sosyal çevresi ile ilişkilerinin devamını içerir (16, 110).

3.Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri

Bireyin sağlık durumundaki bozulmalar meydana geldiğinde, kendi evrensel bakım ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumda öz-bakıma gereksinim duyulacaktır. Orem sağlıktan sapma durumunda öz-bakımı “yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen” olarak tanımlar ve birey öz-bakım ihtiyacını karşılayamadığı durumlarda hemşirelik bakımına gereksinim duyduğunu ifade etmektedir (110-112).

Diyabeti olan bireylerden, kendi bakımlarına sürekli katılmaları, kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini sürdürmek için üstlerine düşen sorumlulukları yapmaları beklenmektedir. Sağlık durumlarında sapmaları olan bireylere uygulanan hemşirelik girişimleri bireylerin öz-bakım yetenekleri ile gereksinimleri arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı olacak şekilde planlanmalıdır (16). Hemşire öz-bakımın yetersiz olduğu durumda, bireyin öz-bakım ihtiyaçlarını karşılayabileceği düzeye indirgemeli, bireyin öz-bakım konusundaki becerileri geliştirilmeli, karşılanamadığı durumda da kendisi üstlenmelidir (111).

İnsanların sağlık bakım gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da onlara nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sistemlerinde aranmalıdır. Orem hastaların öz-bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında üç temel hemşirelik sistemi tanımlamaktadır. Bunlar tam destekleyici, kısmen destekleyici ve destekleyici-egitici hemşirelik sistemleridir (110-112).

Tam Destekleyici Sistem: Hastanın bakımı yapılırken hastanın aktif rol almadığı, hemşirenin “hasta yerine ve hasta için” yaparak ona yardım etmesidir. Bu sistemde üç çeşit davranış şekli vardır;

- Hasta akılsal ve bedensel olarak yetersizdir.
- Hasta çevresindekilerin farkında olup, bedenen yetersiz olması durumudur.
- Hasta psiko-motor yaşam, güvenlik ve etkin işlev görmek için gerekli ihtiyaçları karşılamada yetersizdir. Bu durumda hemşireler hastanın tüm gereksinimlerini karşılayıp güven altına almalıdır.

Kısmen Destekleyici Sistem: Hemşirenin ve hastanın birlikte bakım eylemine katıldığı, hastanın yapamadığı öz-bakım davranışlarının hemşire tarafından yapılmasıdır.

Destekleyici-Eğitici Hemşirelik Bakım Sistemi: Hastanın kendi öz-bakımını sağlayabilmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu, ancak bu aktiviteleri başarması sırasında yardımcının destekleyici, rehberlik edici ve eğitici bakımına ihtiyaç duyduğu bakım sistemidir (16, 110-112).

2.7. Diyabet ve Öz-Bakım

Diyabet hastalarında öz bakımı geliştirmede sağlık profesyonellerinin rolü çok önemlidir ve üzerinde durulması gerekir (2). Diyabet öz-bakım eğitimi ve desteği aile üyeleri, sağlık kuruluşları ya da hastanede ayakta bakım hizmetlerine katılımları yoluyla sağlanır (115). Diyabet eğitiminin kandaki glikozile hemoglobin düzeyini düşürmede önemli bir etkisi olduğundan dolayı, sağlık eğitimini verenler öz-bakım davranışları için algılanan hasta engellerini değerlendirmeli ve önerilerde bulunmalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri hastalarının algılarını değerlendirerek zaman ayırmalı, öz-bakım faaliyetleri için gerçekçi hedefler sunmalı, sistematik ve bütüncül bir yaklaşım sergileyerek hastaya yaklaşmalıdırlar (2). Sağlık bakım profesyonellerinin rehberliği ve yardımı ile bireylerin hastalığa uyumları sağlanabilir, böylece kendi sağlığı hakkında karar verebilen, diyabeti yönetebilen olgun bir insan gelişmiş olur (116).

Diyabet ile ilişkili morbidite ve mortalitenin önlenmesi için hastaların öz-bakım davranışlarına gereksinimi vardır (2).Diyabetli bireyin İnsülin tedavisini uygulaması, beslenme tedavisine uyumu, fiziksel aktivitesi, ayak bakımını düzenli yapması, kan şekerini ölçmesi, hizmetleri etkili bir şekilde kullanması ve sağlık kontrollerine gitmesi öz-bakım davranışlarını oluşturmaktadır (113, 117).Yaşam şeklini değiştirip öz-bakım ihtiyaçlarını karşılayan bireyler diyabetin komplikasyonlarından korunabilir(118). Özçakar ve ark.nın (2009) diyabetli hastalarının öz-bakım bilinci isimli çalışmasında hastaların öz-bakım bilincinin orta derecede olduğu belirtilmiştir (119). Hemşirelerin hastaların öz-bakım bilincini artırmaya yönelik önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

2.8. Diyabetli Hastanın Öz-Bakımında Hemşirenin Rolü

Diyabetli hasta bakımında hemşirenin önemli bir rolü vardır (120). Diyabetli bireyler kendi öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilecek durumdadır. Orem bireylerin öz-bakım gereksinimleri kendi öz-bakım yeteneklerini aştığı zaman hemşireliğin gerekli bir hizmet olduğunu ifade etmektedir (16).Hemşireler sağlık bakım hizmeti verenlerin en büyük kısmını oluşturmakta ve tedavi sonuçları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (61). Bireyin kendi bakım gereksinimleri ile kendi yetenekleri arasında dengenin kurulmasına hemşire yardım eder. Ayrıca hemşirenin hastanın öz-bakım ihtiyacını karşılariken hastanın sağlık durumunu, hastanın kendi sağlık durumuna bakış açısını, hastanın ulaşmak isteği sağlık sonuçlarını ve hastanın terapötik öz bakım ihtiyaçlarını dikkate alması önem taşımaktadır (16).

Diyabetli hastaların hedeflerine ulaşmasında öz-bakımın önemli bir rolü vardır (61). Diyabetli birey öz-bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için diyabet hakkında bilgiye, motivasyona, güç ve yeteneğe ihtiyacı vardır. Hemşire eğitim ve danışmanlık yaparak hastanın bilgi eksikliğini, öz bakımını uygulama yetersizliğini ve motivasyon eksikliğini giderebilir ve kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olabilir (16). Diyabet eğitim hemşireleri, hastalar ve aileleri ile iletişimde olmalı ve bakımda hasta merkezli düşünmelidir. Hastaların stresini değerlendirmeli, bilinçli bir şekilde tedavisinin artı ve eksilerine karar vererek problem çözme stratejilerini geliştirmelidir (61). Hemşire bireye hastalığı ile baş etmesini öğretmek yaşamını kontrol etmesini sağlayabilir. Hemşirenin bireyin öz-bakımını yapabilmesi için

gerekli olan mevcut durumuna dikkat etmesi ve bu yetenekleri kazanabilmesi için bireyi yönlendirerek yardımcı olması önem taşımaktadır. Hemşirenin bunu yaparken hastanın öğrenme ve değişiklik için hazır olduğundan emin olması gerekir (16).

Hemşireler eğitim ve danışmanlık yolu ile sağlığı geliştirmeye ve hastalıkları önlemeye yönelik faaliyetlere katılıp, bağımsız ve işbirlikçi rolleri ile sık sık kliniğin liderliğini üstlenirler (61, 121). Hastanın öz-bakım ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran hemşireler, bireyin hastalığın sınırlılıkları ile baş edebileceği mevcut yeteneklerini geliştirebileceği biçimde düzenlemeli ve bireyi kendi bakımına dahil etmelidir. Hemşireler bu bireylere sürekli eğitim ve rehberlik yaparak onları desteklemeli, öz bakım sorumluluklarını kazandırmalı, hastalara ve ailelerine gerekli bilgiyi sağlayıp danışmanlık yaparak yaşam kalitesini yükseltmelidir (16, 61).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Eylül 2016 ile Ocak 2017 tarihleri arasında yürütülmüş olup Mart 2017 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırma, Muş İli Kamu Hastaneler Birliği Muş Devlet Hastanesi Dahiliye, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde yatan tip 2 diyabetli hastalar ile yürütülmüştür. İlgili hastane toplam 434 yatak kapasitelidir. Hastanede 276 hemşire çalışmakta olup, Dahiliye, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde 24 hemşire çalışmaktadır. Dahiliye Polikliniklerinde 7, Genel Cerrahi Polikliniklerinde 4, Göğüs Hastalıkları Polikliniklerinde 2, ve Kardiyoloji Polikliniklerinde 5 uzman hekim poliklinik hizmeti vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Muş İli Kamu Hastaneler Birliği Muş Devlet Hastanesi'nde Eylül 2016 ve Ocak 2017 tarihleri arasında Dahiliye, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde yatan 1971 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmanın kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 201 tip 2 diyabetli hasta alınmıştır. Araştırmada Power Analizi sonucu güç 0.874 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri;

- Tip2 diyabet tanısı alan,
- İletişim ve iş birliğine açık olan,
- Bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olmayan,

-Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyen hastalar,

-Dışlama ölçütleri olarak; ölçekleri anlayabilecek ve doldurabilecek iş birliğine sahip olmama, işitme veya görme sorunu olması, çalışmaya katılmayı kabul etmeme olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hastaların tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu algısı) ve hastalıkları ile ilgili (hastalık süresi, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu, diyabet dışında kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanma durumu) sorular oluşturmaktadır.

Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ) ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeğinden (DÖBÖ) alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırma verileri, tanıtıcı özellikler formu (EK-I), Hastalığı Kabul Ölçeği (EK-II) ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (EK-III) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür (122-124) incelendikten sonra tanıtıcı özellikler formu (hastaların sosyo-demografik ve hastalıkları ile ilgili sorular) oluşturulmuştur. Tanıtıcı özellikleri ile ilgili (cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi algısı) ile ilgili 7 soru, hastalıkları ile ilgili 4 soru (hastalık süresi, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu, diyabet dışında kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanma durumu) toplamda 11 soru bulunmaktadır.

Hastalığı Kabul Ölçeği: Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ) Felton ve Revenson tarafından Amerika'da 1984 yılında geliştirilen ve Linkowski'nin Hastalık Etki Ölçeği'nden (Sickness Impact Scale) alıntı yapılarak oluşturulan likert tipi bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirliği, hipertansiyon, diyabet, romatoid artrit ve kanser hastalarında yapılmıştır. Ölçek, hasta bireyin hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Besen ve Esen

tarafından 2009 yılında Türk toplumuna uyarlanarak yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ölçeğin bütün alanları, hastalık nedeni ile olan özel zorlukları ve sınırlılıkları içermektedir. Hastalık nedeniyle yaşama dayatılan öz yeterlilik eksikliği, diğer kişilere bağımlılık duygusu ve öz saygıda azalma gibi sınırlılıkları, negatif duyguları ve bu duygulara rağmen değerlilik ve kabul edici duyguları değerlendirmektedir. Hastalığı Kabul Ölçeği sekiz maddeden ve her bir madde beş puandan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 8 puan ve en yüksek 40 puan alınmakta ve hastalığı kabul düzeyinin genel ölçümünü göstermektedir. Likert tipi olan ölçek 5 puanlı katılma-katılmama durumuna göre puanlanmaktadır. Ölçekte tanımlanan ifadeler katılma durumu (puan 1) düşük puan ile değerlendirilir, kabulün eksikliği anlamına gelir, hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade etmektedir. Tanımlanan ifadeler katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puanla değerlendirilir, yüksek puan alma hastalık durumunun kabullendiğinin kanıtıdır, hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını ve hastalığı kabulün varlığını ifade etmektedir. Ölçeğin 6. maddesi ters olarak puanlanmaktadır (124, 125). Besen ve Esen (2009) tarafından yapılan çalışmanın Cronbach α iç tutarlılık kat sayısının 0.79 olduğu belirtilmiştir. Bu Araştırmada da Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ): Tip 2 diyabetli hastaların öz-bakım aktivitelerini ölçmek amacıyla Lee ve Fisher tarafından 2005 yılında Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karakurt ve Kaşıkçı tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek likert tipi bir ölçek olup 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve ters ifadeleri bulunmamaktadır. Maddeler, yemek yeme zamanı ve durumu, egzersiz yapma durumu, kan şekerini ölçme ve kayıt etme durumu, oral antidiyabetikleri ve insülini önerildiği şekilde kullanma, kan şekeri için doktora gitme ve kan şekerini kontrol ettirme, ayak bakımı, kişisel hijyen uygulamaları diyabet ve komplikasyonları hakkında bilgi edinmeyi içermektedir (126). Ölçek maddelerinde bir kaç değişiklik dışında tamamen orijinal formundaki gibi 35 maddeden oluşmaktadır. Orijinalinde 6’lı likert tipi olan ölçeğin Türkçe formu uzmanların görüşü ve Lee ve Fisher’in önerileri doğrultusunda 4’lü likert

tipine dönüştürülmüştür. Ölçeğin seçenekleri “Hiç bir zaman (1)” “Bazen (2)” “Sık sık (3)” “Her zaman (4)” şeklinde değiştirilmiştir. Ölçeğin % 66’sından daha fazla puan alan hastaların öz-bakımları kabul edilebilir düzeyde olarak belirlenmiştir. 4’lük likert tipine göre ölçeğin kabul edilebilir minimum düzeyi 92 puan olarak saptanmıştır. Ölçeğin maksimum puanı 140 olup puan artıkça hastaların öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmeleri de olumlu yönde artmaktadır (127). Karakurt ve Kaşıkçı (2008) tarafından yapılan çalışmanın Cronbach α iç tutarlılık kat sayısının 0.81 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da Cronbach α değeri 0.81 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, Dahiliye, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde yatan tip 2 diyabetli hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmış olup, hastalara gerekli açıklamalar yapılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde en az ve en çok, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıma uyup uymadığını anlamak için Shapiro Wilk normallik testi kullanılmıştır. Shapiro Wilk testine göre hastalığı kabul puanının normal dağılmadığı ($p < 0.05$), diyabet öz-bakım puanının ise normal dağıldığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). İstatistiksel analizlerin anlamlılık seviyesi ($p < 0.05$) olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler tablo.1 de belirtilmiştir.

Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Yaş grupları, yaşanılan yer, eğitim durumu, gelir durumu algısı, hastalık süresi	Varyans analizi	Kruskall Wallis Analizi.
Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu, düzenli ilaç kullanma ve diyabet dışında kronik hastalık durumu	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U testi,
Hastalığı kabul puanı ve diyabet öz-bakım puanı arasındaki ilişki	Spearman korelasyon analizi.	
Verilerin normallik dağılımı	Shapiro Wilk Testi	
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
İleri analizler	LSD, χ^2 ve Mann Whitney – U analizleri	

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu onayı alındıktan sonra (EK-IV), Muş İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-V). Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı, süresi ve uygulama aşaması açıklanarak Aydınlatılmış Onam İlkesi' ne bağlı kalınmıştır. Araştırmaya katılacak bireylerin sözel onamları alınarak gönüllü olanlar çalışmaya kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırmanın evrenini Muş İli Kamu Hastaneleri Birliği Muş Devlet Hastanesi'nde, Dahiliye, Genel Cerrahi, Gögüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde yatan tip 2 diyabetli hastalar oluşturmuştur. Araştırma sadece bu kurumda yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.



4.BULGULAR

Tablo 2. incelendiğinde, araştırmaya alınan tip 2 diyabetli hastaların % 54.2'sinin kadın, % 93.5'inin evli olduğu, % 80.6'sının 50 ve üzeri yaş grubunda, % 49.8'inin köy-kasabada yaşadığı, % 64.7'sinin okur-yazar olmadığı, % 76.6'sının çalışmadığı, % 54.7'sinin gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=201)

Sosyo-demografik özellikler	n	%	
Cinsiyet	Kadın	109	54.2
	Erkek	92	45.8
Medeni Durum	Evli	188	93.5
	Bekâr/Boşanmış/Dul	13	6.5
Yaş	29-39 yaş	10	5.0
	40-49 yaş	29	14.4
	50 yaş ve üzeri	162	80.6
Yaşanılan Yer	İl	81	40.2
	İlçe	20	10.0
	Köy-kasaba	100	49.8
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	130	64.7
	Okur-yazar/İlkokul	52	25.8
	Ortaokul/lise	13	6.5
	Üniversite mezunu	6	3.0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	154	76.6
	Çalışıyor	47	23.4
Gelir Durumu Algısı	Gelir giderden fazla	12	6.0
	Gelir giderden az	110	54.7
	Gelir gidere denk	79	39.3

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli hastaların % 30.3'ünün hastalık süresinin 0-5 yıl arası olduğu, % 79.1'inin diyabet nedeniyle daha önce hastanede yattığı, % 86.1'inin diyabet ilaçlarını düzenli kullandığı, %83.6'sının diyabet dışında başka bir kronik hastalığının olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=201)

Hastalık özellikleri	n	%	
Hastalık Süresi	0-5 yıl	61	30.3
	6-10 yıl	50	24.9
	11-15 yıl	35	17.4
	16-20 yıl	37	18.4
	21 yıl ve üzeri	18	9.0
Diyabet Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Evet	159	79.1
	Hayır	42	20.9
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Evet	173	86.1
	Hayır	28	13.9
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Durumu	Evet	168	83.6
	Hayır	33	16.4

Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabul ve diyabet öz-bakım ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabul ve Diyabet Öz-Bakım Ölçekleri Puanlarının Dağılımı (n=201)

Ölçekler	n	Min-Max	Ort.	SS.
Hastalığı Kabul Puanı	201	8-39	19.52	7.47
Diyabet Öz Bakım Puanı	201	40-112	80.32	12.46

Hastaların, hastalığı kabullenme puan ortalamaları 19.52 ± 7.47 olup, diyabet öz-bakım puan ortalamalarının 80.32 ± 12.46 olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Sosyo-demografik Özellikler		n	Ort.	SS.	Test ve anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	109	18.47	7.87	U=4146.000 p=0.034
	Erkek	92	20.77	7.90	
Medeni Durum	Evli	188	19.19	7.86	U=774.000 p=0.027
	Bekâr/Boşanmış/Dul	13	24.31	8.02	
Yaş	29-39 yaş	10	22.50	8.24	$\chi^2_{KW}=4.755$ p=0.093
	40-49 yaş	29	22.34	9.51	
	50 yaş ve üzeri	162	18.83	7.52	
Yaşanılan Yer	İl	81	20.98	8.77	$\chi^2_{KW}=5.252$ p=0.072
	İlçe	20	20.90	8.17	
	Köy-kasaba	100	18.07	6.96	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	130	18.35	7.87	$\chi^2_{KW}=14.457$ p=0.002
	Okur-yazar/ilkokul	52	20.29	7.49	
	Ortaokul/lise	13	26.54	6.54	
	Üniversite mezunu	6	23.00	8.22	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	154	18.64	7.57	U=2676.500 p=0.007
	Çalışıyor	47	22.43	8.52	
Gelir Durumu Algısı	Gelir giderden fazla	12	22.58	8.62	$\chi^2_{KW}=15.492$ p=0.000
	Gelir giderden az	110	17.39	6.85	
	Gelir gidere denk	79	22.03	8.47	

Tablo 5'te görüldüğü gibi, hastaların cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumuna göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkek hastaların, bekar/boşanmış/dul olanların ve çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların eğitim durumuna göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); okur-yazar olmayanların ve okur-yazar/ilkokul mezunlarının puan ortalamaları, ortaokul/lise mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gelir durum algısına göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); geliri giderinden az olanların puan ortalamaları geliri giderine denk olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaların yaş ve yaşadığı yere göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Hastalık Özellikleri		n	Ort.	SS.	Test ve anlamlılık
Hastalık Süresi	0-5 yıl	61	22.34	8.07	$\chi^2_{kw}=12.007$ $p=0.017$
	6-10 yıl	50	18.44	7.88	
	11-15 yıl	35	19.11	7.64	
	16-20 yıl	37	17.49	8.07	
	21 yıl ve üzeri	18	17.94	5.95	
Diyabet Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Evet	159	18.59	7.55	U=2348.500 $p=0.003$
	Hayır	42	23.05	8.49	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Evet	173	19.40	7.80	U=2339.500 $p=0.772$
	Hayır	28	20.29	8.94	
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Durumu	Evet	168	18.79	7.60	U=1929.000 $p=0.006$
	Hayır	33	23.27	8.73	

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların hastalık süresine göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastalık süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U); 0-5 yıldır diyabet hastası olanların puan ortalamalarının 6-10 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma ve diyabet dışında kronik hastalığın olması durumuna göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatmayanların ve diyabet dışında başka hastalığı olmayanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumuna göre hastalığı kabul puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz-Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Sosyo-demografik Özellikler		n	Ort.	SS.	Test ve anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	109	80.27	11.95	$t=-0.065$
	Erkek	92	80.38	13.11	$p=0.949$
Medeni Durum	Evli	188	79.78	12.36	$t=-2.371$
	Bekâr/Boşanmış/Dul	13	88.15	11.68	$p=0.019$
Yaş	29-39 yaş	10	83.40	12.31	$F= 1.258$ $p=0.286$
	40-49 yaş	29	83.07	11.17	
	50 yaş ve üzeri	162	79.64	12.66	
Yaşanılan Yer	İl	81	81.27	13.25	$F= 1.203$ $p=0.302$
	İlçe	20	82.90	13.26	
	Köy-kasaba	100	79.03	11.59	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	130	79.25	12.49	$F=3.560$ $p=0.015$
	Okur-yazar/ilkokul	52	80.69	11.67	
	Ortaokul/lise	13	82.46	11.40	
	Üniversite mezunu	6	95.50	12.94	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	154	80.33	12.41	$t=0.026$
	Çalışıyor	47	80.28	12.78	$p= 0.979$
Gelir Durumu Algısı	Gelir giderden fazla	12	81.67	14.60	$F= 1.011$ $p=0.366$
	Gelir giderden az	110	79.18	12.76	
	Gelir gidere denk	79	81.70	11.68	

Tablo 7’de görüldüğü gibi tip 2 diyabetli hastaların medeni durumuna göre diyabet öz-bakım puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bekâr/boşanmış/dulların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre diyabet öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); Üniversite mezunlarının okur-yazar olmayan, okur-yazar/ilkokul ve ortaokul/lise mezunlarından yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, çalışma durumu ve gelir durumuna göre diyabet öz-bakım puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz-Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Hastalık Özellikleri		n	Ort.	SS.	Test ve anlamlılık
Hastalık Süresi (Yıl)	0-5	61	79.54	14.05	F=2.115 p=0.080
	6-10	50	78.60	12.04	
	11-15	35	84.97	12.25	
	16-20	37	78.08	10.08	
	21 ve üzeri	18	83.28	11.05	
Diyabet Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu	Evet	159	81.03	12.05	t=1.570
	Hayır	42	77.64	13.75	p= 0.118
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Evet	173	80.21	12.19	t=0.311
	Hayır	28	81.00	14.28	p=0.756
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Durumu	Evet	168	79.72	12.33	t=-1.541
	Hayır	33	83.36	12.86	p=0.125

Araştırmaya katılan tip 2 diyabetli hastaların, hastalık süresi, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma, düzenli ilaç kullanma durumu ve diyabet dışında başka hastalık olma durumuna göre diyabet öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastalığı Kabullenme Puanı ve Diyabet Öz- Bakım Puanı Arasındaki İlişki (n=201)

		Diyabet Öz- Bakım Puanı
Hastalığı Kabullenme Puanı	r	-0.043
	p	0.549

Tablo 9’da görüldüğü gibi, hastalığı kabullenme puanı ve diyabet öz-bakım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan kronik bir sağlık sorunudur. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Hastalığın kabullenilmemesi Yaşam kalitesini düşürmekte ve bireyin öz-bakım uygulamaları için bir engel teşkil etmektedir (11,28,104). Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarını belirlemek amacı ile yapılan bu araştırma ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların HKÖ puan ortalamasının 19.52 ± 7.47 olduğu saptanmıştır. Hastaların HKÖ puan ortalamasının orta düzeyin altında olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgularına benzer olarak yapılan birçok çalışmada da HKÖ puan ortalamalarının düşük olduğu belirtilmiştir (15, 128, 129). Bu araştırma bulgularından farklı olarak Şireci ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2012) tip 2 diyabetli hastalarda, Zalewska ve ark.nın (2007) kronik hastalarda yaptıkları çalışmalarda ise HKÖ puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirtilmiştir (123, 130). Yapılan başka bir çalışmada da hastaların % 38'inin hastalığı iyi düzeyde kabullendiği, %48'inin orta derecede kabullendiği, % 14'ünün kabullenmediği belirtilmiştir. Aynı zamanda hastalığı kabullenme düzeyi, hastanın hastalığa psikolojik olarak uyum sağladığını göstermektedir (131). Bu çalışmada hastalığı kabullenmenin düşük olması hastaların o anki psikolojik durumlarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hastaların diyabet dışında başka kronik hastalıkların bulunması da hastaların diyabeti kabullenmelerinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Öz-bakım uygulanabilir bir uğraş olarak kabul edilmektedir. İnsan fonksiyonlarının kuralları ile direkt ilişkilidir ve değişen çevre koşulları veya var olan eylem sonuçlarını kasıtlı bir şekilde geliştirmeyi sağlamaktadır. Eylem için kişinin gücü ve

kabiliyeti onun toplu gücü olarak adlandırılmaktadır(132). Tip 2 diyabetli hastaların DÖBÖ toplam puan ortalamasının 80.32 ± 12.46 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin kabul edilebilir minimum düzeyi 92 puan olarak saptandığından bu araştırmada öz-bakım puan ortalaması düşük olarak kabul edilmektedir. Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %28.2'sinde öz-bakıma yönelik problem yaşadığı belirlenmiştir (133). Yapılan birçok çalışmada da bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının orta ve orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (108, 134-137). Bu araştırmada hastaların diyetle uyuma durumları, düzenli kontrollere gitme ve kan şekerini ölçtürme durumlarının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Tip 2 diyabetli hastalarda bu değişkenlerin öz-bakım durumları üzerine etkilerini inceleyen çalışmaların yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tip 2 diyabetli hastaların cinsiyete göre HKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde Şireci ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2012) tip 2 diyabetli hastalarda yaptıkları çalışmada da cinsiyete göre HKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda ise (122, 128, 130)cinsiyet değişkeni ile hastalığı kabullenme puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu araştırmada erkeklerin HKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni kadınların finansal açıdan erkeklere kıyasla daha bağımlı olmaları, sorumluluklarının daha fazla olması, yaşadıkları yöreye yönelik kadına özgü kültürel özelliklerin olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların medeni duruma göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bekar/dul/boşanmış olanların evli olanlara göre HKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda ise medeni duruma göre hastalığı kabullenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (123, 131). Evli bireylerin sorumluluklarının daha fazla olması bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.

Tip 2 diyabetin yaşlı bireylerde meydana gelme riski daha yüksektir (138). Araştırma kapsamına alınan tip2 diyabetli hastaların yaşları ile HKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan birçok çalışmada bu

araştırma bulgularını destekler niteliktedir (122, 123, 131, 139). Bireylerin yaş dönemleri hastalığı kabullenme durumunu etkilemiş olabilir. Yaşın ilerlemesi ile birçok hastalık ortaya çıktığı için bireyin hastalığı kabullenmesini hem olumlu hem de olumsuz etkileyebilir.

Hastaların HKÖ puan ortalamaları yaşanılan yere göre karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. İl merkezinde yaşayan bireylerin HKÖ puan ortalamalarının yüksek olması, yaşanılan yere göre sağlık hizmetlerine erişimlerin zor ya da kolay olmasından kaynaklanmış olabilir. Köy/kasabada yaşayan bireylerin bilgiye erişimde potansiyel olarak kısıtlamalara sahip olma gibi durumların hastalığın dayattığı sınırlamaları etkilediği düşünülmektedir. Bireyin kendi hastalığı ile ilgili bilgiye ulaşması, sağlık kurumu hizmetlerine erişiminin kolay olması hastalığı kabullenmesini etkileyebilir.

Araştırmaya katılan tip 2 diyabetli hastaların eğitim durumlarına göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Ortaokul/lise mezunu olanların HKÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek, okur-yazar olmayanların HKÖ puan ortalamalarının ise en düşük olduğu tespit edilmiştir. Hastaların eğitim seviyesinin düşük olması tip 2 diyabet riskini % 41'e kadar artırmaktadır (138). Religioni ve ark.nın (2015) yaptıkları çalışmada da bu araştırma bulgularına benzer olarak ortaöğretim/lise mezunu olanların HKÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğu, Kurpas ve ark.nın (2016) yaptıkları çalışmada da ilköğretim mezunu olanların en düşük olduğu belirtilmiştir(129, 139). Yine yapılan bazı çalışmalarda bu araştırmanın bulgularından farklı olarak eğitim durumları ele alındığında HKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (130, 131). Araştırmamızdaki üniversite mezunu birey sayısının az olması bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.

Bireylerin herhangi bir işte çalışmaması tip 2 diyabet riskini % 31'e kadar artırmaktadır (138). Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların çalışma durumlarına göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bir çalışmada hastaların çalışma durumuna göre hastalığı kabullenme puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (123). Bireylerin herhangi bir işte çalışması hastalığı

kabullenmede hastaları olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Çalışan bireyin işini daha iyi yapabilmesi hastalığı kabullenmeyi gerektirmektedir. Hastalığı kabullenen bireylerin işteki verimliliğini de artırmış olacaktır.

Sosyo ekonomik durumu düşük olan bireylerde tip 2 diyabet gelişme riski daha yüksektir (138). Tip 2 diyabetli hastaların gelir durumu algısına göre HKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada gelir düzeyi düşük olan ve geliri giderine denk olan hastaların HKÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda gelir düzeyinin hastalığı kabullenme puan ortalamaları arasındaki farkı etkilediği belirtilirken (140), bazı çalışmalarda da etkilemediği belirtilmiştir (123, 131). Geliri giderinden fazla olan hastaların HKÖ puan ortalamalarının yüksek olması, hastaların yeterli maddi imkanlarının olması sağlıklı yaşamaya ve sağlıklı beslenmeye erişimi kolaylaştırıp tedavi sürecini rahatlatığı için hastalığı kabullenmeyi etkilemiş olabilir.

Hastaların hastalık süresine göre HKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresi 0-5 yıl olanların HKÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Şireci ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2012) yaptığı çalışmada da hastalık süresi 3-5 yıl olan hastaların HKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir(123). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak Korkmaz Binay ve Atabek Aştı' nın (2015) yaptığı çalışmada ise hastalık süresinin HKÖ puanını etkilemediği belirlenmiştir (122). Hastalık süresinin uzun olması ve diyabete bağlı olarak meydana gelen komplikasyonların hastada bıkınlık oluşturup hastalığı kabullenmeyi etkilediği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumlarına göre HKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Kurpas ve ark.nın (2013) yaptığı çalışmada da diyabet hastalığından dolayı hastanede yatma durumlarına göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir(139). Diyabet hastalığından dolayı daha önce hastaneye yatışı yapılmayanların daha çok hastalığı kabullendikleri görülmektedir. Hastaların diyabet nedeniyle hastanede yatmak zorunda kalması ve

hastalığın dayattığı sınırlamalara kendini uymak zorunda hissetmesi hastaları rahatsız edip hastalığı kabullenmelerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Demirtaş ve Akbayrak' ın (2005) yaptığı çalışmada da insülin tedavisi kullanma durumuna göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (141). Jankowska-Polańska ve ark.nın (2016) yaptıkları çalışmada ise hastalık kabulü yüksek olan hasta grubunda hastaların % 74.6'sının farmakolojik tedavilere yüksek düzeyde bağlılık sergilediği belirtilmiştir(128). Bireyin düzenli ilaç kullanımını, yaşam tarzı, diyetle uyumu, hastalığın komplikasyonlarının ortaya çıkması gibi durumları etkilediğinden dolayı hastalığa uyumunu etkilemediği düşünülebilir.

Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet dışında kronik hastalığın olma durumuna göre HKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Diyabet dışında kronik hastalığı olmayanların HKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer olarak İstek ve Karakurt'un (2016) yaptığı çalışmada hastaların diyabet hastalığı dışında başka hastalığın olma durumları açısından öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (134). Diyabet dışında kronik hastalığının olması hastaların bakım yükünü, komplikasyonları artırdığı ve bunlarında diyabete yönelik hastalığı kabullenmeyi etkilediği düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastalarda cinsiyete göre DÖBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilip cinsiyetin öz-bakım gücü puan ortalamalarını etkilemediği belirtilmiştir (134, 142-146). Farklı olarak Eraydın ve Sunal' ın (2016) yaptığı çalışmada ise cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (147). Bu sonucu hastaların yaşadığı bölge ve öz-bakım davranışlarına yönelik bölgesel ve kültürel farklılıklar etkilemiş olabilir.

Hastaların medeni durumları ile DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bekar/boşanmış/dul olanların evli

olanlara göre DÖBÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (134, 143). Farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda ise medeni duruma göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirtilmiştir (142, 146). Evli hastaların sorumluluklarının daha fazla olması, önceliklerini hastalıklarına değil de çocuklarına ayırmalarının, bekar/dul/boşanmışların önceliklerinin hastalıklarına uyum ve öz-bakım davranışlarını artırmaya yönelik olabileceği bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Tip 2 diyabetli hastalarda yaş gruplarına göre DÖBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Diyabetli bireylerde yapılan birçok çalışmaların sonucu da bu araştırmanın bulgusuna benzerlik göstermektedir (134, 142-144, 146, 148). Bu araştırmanın bulgularından farklı olarak Abraham (2011) yaptığı çalışmada ise yaş gruplarına göre öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (116). Yaşın ilerlemesi birçok kronik hastalığı ve hastalıkların komplikasyonlarını da beraberinde getirmektedir. Buna bağlı olarak yaş bireyin öz-bakım davranışlarına uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların yaşadıkları yere göre DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Eraydın ve Sunal'ın (2016) stomalı hastalarda, Aksel ve Yurtsever'ın (2010) kronik hastalarda yaptıkları çalışma sonuçları bu araştırma bulgularına benzerlik gösterirken, Uğurlu ve ark.nın (2010) yaşlılarda yaptıkları çalışmanın sonucunun benzerlik göstermediği saptanmıştır (136, 143, 147). Yaşadıkları yerin kültürel özellikleri ve yaşam tarzı öz-bakım davranışları üzerinde etkili olabilir.

Diyabetli hastalarda eğitim seviyesinin diyabet tedavisinde önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir (149). Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu olanların diğer gruplara göre diyabet öz-bakım puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu

belirtilmiştir (116, 134, 136, 147). Farklı olarak bazı çalışmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (123, 142-144, 146, 148). Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların diyabet yönetiminde öz-bakımın öneminin farkında olmalarına rağmen, öz-bakım aktivitelerini anlamada ve uygulamada zorluk çektikleri belirtilmiştir. Bunun sebebinin eğitimin eksikliği, nüfusun yaşlanması ve diyabet hastalığı hakkındaki bilgi ve becerilerinin eksikliği olarak ifade edilmiştir (149). Eğitim seviyesinin artması ile öz-bakım davranışlarının da artması beklenen bir durumdur. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların sağlık ile ilgili bilgi ve beklentilerinin yüksek olduğu, sağlığını korumak ve geliştirmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip oldukları söylenebilir.

Tip 2 diyabetli hastaların çalışma durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da bu araştırma bulgusuna benzer sonuçlar elde edilmiştir (123, 142, 143). Farklı olarak İstek ve Karakurt'un (2016) yaptığı çalışmada çalışma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir(134). Bireylerin çalışma durumları yaşanan yerin kültürel özelliklerinden ve yaşam tarzlarından etkilendiklerinden dolayı öz-bakım davranışlarını etkilememiş olabilir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli hastaların gelir durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da (123, 134, 143) gelir durumları ve öz-bakım arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Farklı olarak bazı çalışmalarda ise(116, 136, 146) gelir durumu ile öz-bakım arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. Gelir durumu algısı bireyden bireye farklılık gösterdiğinden dolayı öz-bakım davranışları üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların hastalık süreleri ile DÖBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda hastalık süresine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmaz iken(123, 146), bazı çalışmalarda ise hastalık süreleri ile öz-bakım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir(116, 134). Hastalık süresi arttıkça hastalığa yönelik komplikasyonların oranı da artmaktadır.

Komplikasyonların artması öz-bakım davranışlarına uyumu da olumsuz yönde etkilemektedir.

Tip 2 diyabetli hastalarda diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Aksel ve Yurtsever' in (2010) yaptığı çalışmanın sonuçları da bu araştırmanın bulgularına paralellik göstermektedir(143). Bu sonuç daha önce hastanede yatan hastaların öz-bakım davranışlarına uyumunun yetersiz olduğunun bir göstergesidir.

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da düzenli ilaç kullanma durumu ile öz-bakım arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (134, 143, 150). Hastaların sadece ilaç kullanmaları hastalığı kontrol altına alamamaktadır. Bunun yanı sıra diyet, egzersiz gibi sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliği bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli hastaların diyabet dışında kronik hastalık olma durumuna göre DÖBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Şireci ve Yılmaz Karabulutlu' nun (2012) yaptığı çalışmada, diyabet dışında kronik hastalık olma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (123). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak İstek ve Karakurt'un (2016) yaptığı çalışmada ise diyabet dışında başka hastalığı olmayanların olanlara göre öz-bakım gücü ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (134). Diyabet hastalığına dışında başka bir kronik hastalığın varlığı hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların birden çok ilaç kullanmaları, diyetle uyum sorunları yaşamaları, hastalıkların komplikasyonlarıyla baş edememe gibi nedenler bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Tip 2 diyabetli hastaların HKÖ aldıkları puan ortalamaları ile DÖBÖ aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Şireci ve Yılmaz Karabulutlu' nun (2012) tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada bu araştırma bulgusuna

benzer olarak hastaların hastalığı kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik arasındaki anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (123). Tip 2 diyabetli hastaların kan şekerini düzenli ölçtürme, düzenli kontrollere gelme, diyete uyma, komplikasyonların görülme ve diyabete yönelik eğitim alma durumları bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarını belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme puan ortalamalarının 19.52 ± 7.47 olduğu, buna bağlı olarak hastalığı kabullenme durumlarının yetersiz olduğu,
- Tip 2 diyabetli hastaların diyabet öz-bakım ölçeği puan ortalamalarının 80.50 ± 12.61 olduğu, buna bağlı olarak öz-bakım durumlarının yetersiz olduğu,
- Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu algısının hastalığı kabullenmeyi etkilediği,
- Hastaların hastalıkla ilgili tanıtıcı özelliklerinden hastalık süresi, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ve diyabet dışında kronik hastalık durumunun hastalığı kabullenmeyi etkilediği,
- Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden medeni durum ve eğitimin öz-bakımı etkilediği,
- Hastaların hastalıkla ilgili tanıtıcı özelliklerinin öz bakımı etkilemediği,
- Hastalığı kabullenme ve öz-bakım arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre;

- Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme düzeyini artırmak ve öz-bakımlarını geliştirmek için hastalık ve süreci hakkında bilgilendirmenin yapılması,
- Diyabetli hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili birçok faktörün hastalığı kabul ve öz-bakım üzerine etkisi olduğu için, tanıtıcı özelliklerin ve hastalıkla ilgili

değişkenlerin çok yönlü olarak değerlendirilmesi ve hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuya gereken önemi vermesi,

- Hastaların tedaviye yönelik bilgi ve beceri kazanabilmeleri, bakım ve tedavisine uyum sağlayabilmeleri, diyabeti daha iyi yönetebilmeleri ve kronik hastalıklar ile etkili baş etme stratejileri öğrenebilmeleri için hemşirelerin hastalara ve ailelerine eğitici ve danışmanlık rolünün kullanarak eğitim programlarının yapılması önerilir.



7.KAYNAKLAR

- 1.Tomlin, A., Sinclair, A.(2016). The Influence Of Cognition On Self-Management of Type 2 Diabetes in Older People. *Psychology Research And Behavior Management*, 9:7.
- 2.Shrivastava S.R., Shrivastava P.S., Ramasamy, J. (2013). Role of Self-Care İn Management of Diabetes Mellitus.*Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1):14.
- 3.Global Report On Diyabet. World Health Organization. Erişim: 05 Haziran 2017, <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
- 4.Zaccardi, F., Webb, D.R., Yates, T., Davies, M.J. (2016).Pathophysiology of Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus: A 90-Year Perspective. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1084):63-9.
- 5.Swartwout, E., El-Zein, A., Deyo, P., Sweenie, R., Streisand, R. (2016). Use of Gaming in Self-Management of Diabetes in Teens.*Current Diabetes Reports*, 16(7):1-13.
- 6.Ha, K.H., Kim, D.J. (2016). Current Status of Managing Diabetes Mellitus in Korea.*The Korean Journal of Internal Medicine*, 31(5):845.
- 7.Goyal, S., Morita, P., Lewis, G.F., Yu, C., Seto, E., Cafazzo, J.A. (2016). The Systematic Design of A Behavioural Mobile Health Application for The Self-Management of Type 2 Diabetes.*Canadian Journal of Diabetes*, 40(1):95-104.
- 8.American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. (2015).
- 9.Samuels, T.A., Cohen, D., Brancati, F.L., Coresh, J., Kao, W. (2006). Delayed Diagnosis of İncident Type 2 Diabetes Mellitus in The ARIC Study. *Am J Manag Care*, 12(12):717-24.
- 10.Lavernia, F., Adkins, S.E., Shubrook, J.H. (2015). Use of Oral Combination Therapy for Type 2 Diabetes in Primary Care: Meeting Individualized Patient Goals. *Postgraduate Medicine*, 127(8):808-17.

- 11.De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., Van Middendorp, H. (2008). Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Lancet*, 372(9634):246-55.
- 12.Chan, R. (2013). The Effect of Acceptance on Health Outcomes in Patients With Chronic Kidney Disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(1):11-4.
- 13.Lindsay, E.K., Creswell, J.D. (2017). Mechanisms of Mindfulness Training: Monitor and Acceptance Theory (MAT).*Clinical Psychology*, 51:48-59.
- 14.Adamska, M., Miniszewska, J. (2016). Determinants of Acceptance of an Illness in The Case of Patients Suffering From Psoriasis Treated in The Hospital and Outpatient Clinic Settings. *Health Psychology Report*, 4(1):54-64.
- 15.Van Damme-Ostapowicz, K., Krajewska-Kułak, E., Nwosu, P.J., Kułak, W., Sobolewski, M., Olszański, R. (2014). Acceptance of Illness and Satisfaction With Life Among Malaria Patients in Rivers State, Nigeria. *BMC Health Services Research*, 14(1):202.
- 16.Yeşilbalkan, Ö.U.(2004). Bireysel İzlem ve Öz Bakım. In: Fadiloğlu, Ç., editor. *III Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Yayıncılık; p. 95.
- 17.Tiktin, M., Celik, S., Berard, L. (2016). Understanding Adherence to Medications in Type 2 Diabetes Care and Clinical Trials to Overcome Barriers: A Narrative Review.*Current Medical Research And Opinion*, 32(2):277-87.
- 18.Akbar, H., Anderson, D., Gallegos, D. (2015). Predicting Intentions and Behaviours in Populations With Or At-Risk Of Diabetes: A Systematic Review.*Preventive Medicine Reports*,2:270-82.
- 19.Phillips, A. (2016). Optimising The Person-Centred Management of Type 2 Diabetes. *British Journal of Nursing*, 25(10).
- 20.Dennison, L., Moss-Morris, R., Chalder, T. (2009). A Review of Psychological Correlates of Adjustment in Patients With Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29(2):141-53.
- 21.Cavicchioli, M., Guerbali, C., Ochiai, C., Silva, R., Camara, G., Petry, T. (2016). The Contribution of Diabetes Education in the Treatment of People with Type 2 Diabetes and Risk of Cardiovascular Disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(7):1-5.

- 22.Mays, L. (2015). Diabetes Mellitus Standards of Care. *Nursing Clinics of North America*, 50(4):703-11.
- 23.Pillay, J., Armstrong, M.J., Butalia, S., Donovan, L.E., Sigal, R.J., Vandermeer, B., et al. (2015). Behavioral Programs for Type 2 Diabetes MellitusA Systematic Review and Network Meta-analysisBehavioral Programs for Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals Of Internal Medicine*, 163(11):848-60.
- 24.Aba, N., Tel, H. (2012). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Ve Özbakım Gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1):18-23.
- 25.Gerogianni, S. G.G. (2007). Diabetic Foot The Role of Nurse in Prevention and Effective Treatment. *Nursing*,46(1):493-500.
- 26.Fadıloğlu, Ç.(2004).Diyabetin Maliyeti ve Ekip Yaklaşımı.III Ege Dahili Tıp Günleri. *Diyabet Hemşireliği*. In: Fadıloğlu Ç, editor.İzmir: Meta Basım Matbaacılık;p. 1.
- 27.Bayram, R.(2015). Diyabet Hemşireliği. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, (22):53.
- 28.T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara.
- 29.Erol, Ö. (2013). Endokrin Sistem Hastalıkları ve Bakım. In: Durna Z, (Editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık.p. 239-252.
- 30.Özer, S. (2004). Diabetes Mellitus ve Egzersiz In: Fadıloğlu, Ç.(Editör).III Ege Dahili Tıp Günleri *Diyabet Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık. p. 56.
- 31.Birol L. (2011). *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. Akdemir, N., Birol, L. (Editörler). Ankara: Sistem Ofset.p.708-725
- 32.Yönem, A. (2011).*Diyabetes Mellitus*. İçinde: Özata, M. (Editör). *Endokrinoloji-Metabolizma ve Diyabet*.2. Baskı.İstanbul Tıp Kitapevi Yayıncılık.p. 544-568.
- 33.Bağrıaçık, N., İpbüker, A., Görpe, U., Hatemi, H., Altındaş, M., Karaağaoğlu, N., et al.(2003).*Diyabet Ve Obezite Eğitim Notları*. Bağrıaçık, N. (Editor). İstanbul.
- 34.Samancıoğlu, S. (2016).Endokrin Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Yönetimi. In: Ovayolu, N., Ovayolu, Ö.(Editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Adana: Kalkan Matbaası. p. 334.

- 35.Dadich, K.A. (2007).*Diabetes Mellitus, A Guide To Patient Care*. Lippincott, Williams & Wilkins.p.123.
- 36.Durna, Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Erişim: 05 Nisan 2017, https://scholar.google.com.tr/scholar?q=Diyabetin+S%C4%B1n%C4%B1flandırılması+C4%B1+ve+Tan%C4%B1+Kriterleri&btnG=&hl=tr&as_sdt=0%2C5
- 37.Fadıloğlu, Ç. (2002). Diyabetin Komplikasyonları ve Hemşirelik Yaklaşımları. In: Yılmaz C, (Editör). *Diyabet Hemşireliği El Kitabı*. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık.p. 124.
- 38.Munshi, M.N., Florez, H., Huang, E.S., Kalyani, R.R., Muppanomunda, M., Pandya, N., et al. (2016). Management of Diabetes in Long-Term Care and Skilled Nursing Facilities: A Position Statement of The American Diabetes Association.*Diabetes Care*, 39(2):308-318.
- 39.Colberg, S.R., Sigal, R.J., Fernhall, B., Regensteiner, J.G., Blissmer, B.J., Rubin, R.R., et al. (2010). Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care*, 33(12):e147-67.
- 40.Dinççağ, N. (2011). Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*,18(4):181-223.
- 41.Kaplan, R.M., Davis, W.K. (1986). Evaluating The Costs and Benefits of Outpatient Diabetes Education and Nutrition Counseling. *Diabetes Care*, 9(1):81-6.
- 42.Bulutlar, O.N.(2015). Diyabet Hastalarına Beslenme Açısından Yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*,(31):39-44.
- 43.Tümer, G., Çolak, R. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*,29(1):12-5.
- 44.İmamoğlu, Ş., Ersoy, C.Ö., Gürdal, B.Ş. (2006). Diabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi. In: İmamoğlu Ş, (Editör). *Diabetes Mellitus*. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık. p. 165.
- 45.Kaptan, G., Dedeli, Ö. (2012). Endokrin Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. In: Kaptan, G. (Editor). *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları*

Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.p.345-384

- 46.Mogre, V., Apala, P., Nsoh, J.A., Wanaba, P. (2016). Adiposity, Hypertension and Weight Management Behaviours in Ghanaian Type 2 Diabetes Mellitus Patients Aged 20–70 Years. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 10(1):S79-S85.
- 47.Thompson, D., Edelsberg, J., Colditz, G.A., Bird, A.P., Oster, G. (1999). Lifetime Health and Economic Consequences of Obesity.*Archives Of Internal Medicine*, 159(18):2177-83.
- 48.Polat, M.G. (2016). Tip II Diyabette Fiziksel Aktivite/Egzersiz. *Türkiye Klinikleri*, 2(1):57-62.
- 49.Akalın, S., Aslan, M., Başkal, N., Çorakçı, A., Dinççağ, N., Erbaş, T., et al. (2000). In: Yılmaz, C., Yılmaz, M.T., İmamoğlu, Ş. editors. *Diabetes Mellitus 2000*. İstanbul: Gri Tasarım. p. 47.
- 50.Yıldırım, Y.K. (2004). Diabetes Mellitus'ta İlaç Tedavisi. In: Fadiloğlu, Ç.(Editör). *III Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık. p. 69.
- 51.Neumiller, J.J. Odegard, P.S., Wysham, C.H. (2009). Update on İnsulin Management in Type 2 Diabetes.*Diabetes Spectrum*, 22(2):85-91.
- 52.Akbulut, G., Eşingen, S.Ü., Bingöl, F.N., Bayraktar, A. (2013). Diabetes Mellitus'un Tıbbi Beslenme Tedavisine Farklı Bir Bakış: Glisemik İndeks Mi, Glisemik Yük Mü Daha Etkindir.*Bozok Tıp Dergisi*, 3(2):42-9.
- 53.Ersoy, C., Tuncel, E., Özdemir, B., Ertürk, E., İmamoğlu, Ş. (2006). İnsülin Kullanan Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Eğitimi ve Metabolik Kontrol.*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,32(2):43-7.
- 54.Akyol, A.D.(2004). Diyabet Eğitimi. In: Fadiloğlu, Ç.(Editör).*III Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*. İzmir Meta Basım Yayıncılık. p. 201.
- 55.Rashed, O.A., Al Sabbah, H., Younis, M.Z., Kisa, A., Parkash, J. (2016).Diabetes Education Program for People With Type 2 Diabetes: An International Perspective. *Evaluation And Program Planning*,56:64-8.

56. Nyenwe, E.A., Jerkins, T.W., Umpierrez, G.E., Kitabchi, A.E. (2011). Management of Type 2 Diabetes: Evolving Strategies for The Treatment of Patients With Type 2 Diabetes. *Metabolism*, 60(1):1-23.
57. Chatterjee, S., Khunti, K., Davies, M.J. (2016). Optimizing Management of Glycaemia. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 30(3):397-411.
58. Gonzalez, J.S., Tanenbaum, M.L., Commissariat, P.V. (2016). Psychosocial Factors in Medication Adherence and Diabetes Self-Management: Implications for Research and Practice. *American Psychologist*, 71(7):539.
59. De Groot, M., Golden, S.H., Wagner, J. (2016). Psychological Conditions in Adults With Diabetes. *American Psychologist*, 71(7):552.
60. Nair, M. (2007). Nursing Management of The Person With Diabetes Mellitus. Part 2. *British Journal Of Nursing*, 16(4).
61. Peimani, M., Tabatabaei-Malazy, O., Pajouhi, M. (2010). Nurses' Role in Diabetes Care; A Review. *Journal Of Diabetes And Metabolic Disorders*, 9:4.
62. Levich, B.R. (2011). Diabetes Management: Optimizing Roles for Nurses in Insulin Initiation. *Multidiscip Healthc*, 4:15-24.
63. Azizi, A., Aboutorabi, R., Mazloum-Khorasani, Z., Hoseini, B., Tara, M. (2016). Diabetic Personal Health Record: A Systematic Review Article. *Iranian Journal of Public Health*, 45(11):1388.
64. Tokem, Y. (2004). Diyabetli Hastanın Hemşirelik Yönetimi. In: Fadiloğlu, Ç. (Editör). *III Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık. p. 174.
65. Wong, F.K.Y., Mok, M.P.H., Chan, T., Tsang, M.W. (2005). Nurse Follow-Up of Patients With Diabetes: Randomized Controlled Trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 50(4):391-402.
66. Hayes, S.C., Pistorello, J., Levin, M.E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7):976-1002.
67. Stuifbergen, A., Becker, H., Blozis, S., Beal, C. (2008). Conceptualization and Development of The Acceptance of Chronic Health Conditions Scale. *Issues In Mental Health Nursing*, 29(2):101-14.

- 68.Kralik, D., Brown, M., Koch, T. (2001).Women's Experiences of 'Being Diagnosed'with A Long-Term İllness. *Journal Of Advanced Nursing*,33(5):594-602.
- 69.Griva, K., Myers, L.B., Newman, S.(2000). Illness Perceptions and Self Efficacy Beliefs in Adolescents and Young Adults With İnsulin Dependent Diabetes Mellitus. *Psychology and Health*,15(6):733-50.
- 70.Rubin, R.R., Peyrot, M.(1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*,15(3):205-18.
- 71.Mete, H.E. (2008).Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*,11:3-18.
- 72.Hörnsten, Å., Sandström, H., Lundman, B.(2004).Personal Understandings of İllness Among People With Type 2 Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*,47(2):174-82.
- 73.Wright, S.J., Kirby, A. (1999).Deconstructing Conceptualizations of'adjustment'to Chronic İllness: A Proposed İntegrative Framework.*Journal of Health Psychology*, 4(2) 259–272
- 74.Juczynski, Z. (2015).Measurement instruments in promotion and psychology of health. Laboratory of Psychological Tests of the Polish Psychological Society, Warsaw (in Polish).
- 75.Livneh, H., Antonak, R.F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic İllness and Disability: A Primer For Counselors. *Journal of Counseling & Development*,83(1):12-20.
- 76.Nowicki, A., Ostrowska, Z. (2008). Disease Acceptance İn Patients After Surgery From Breast Cancer During Supplementary Treatment. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*,24(143):403-7.
- 77.Kurpas, D., Mroczek, B., Brodowski, J., Urban, M., Nitsch-Osuch, A. (2014). Does Health Status İnfluence Acceptance of İllness in Patients With Chronic Respiratory Diseases? Neurotransmitter Interactions and Cognitive Function: *Springer International Publishing*,6: 57-66.
- 78.Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum Ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. *AJCI*,3(1):10-8.

- 79.Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: Mattek Matbaacılık basın Yayıncılık.
- 80.Keskin, G. (2005). Ölmekte Olan Hastaya Kognitif Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,21(2):125-34.
- 81.Dikmen, Y.D. (2013). Ölüm Ve Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı. In: Akça Ay F, (Editör).*Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. p. 766-90.
- 82.Mete, H.E., Özen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygudurum Dizisi*,(4):184-91.
- 83.Okuyuz, U.(1995). Ölüm ve Ölümcül Hastalık. *Kriz Dergisi*,3 (1-2) 167-71.
- 84.Mizock, L., Russinova, Z., Millner, U.C. (2014). Barriers to and Facilitators of The Acceptance Process for Individuals With Serious Mental Illness.*Qualitative Health Research*,24(9):1265-1275.
- 85.Kırlı, S., Sarandöl, A. (2006). Diyabet Ve Psikiyatrik Sorunlar. In: İmamoğlu, Ş. (Editör).*Diabetes Mellitus*. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık; 2006. p. 559.
- 86.Chronic İllness, Psychosocial Coping With.Erişim:15 Nisan 2017,<https://pdfs.semanticscholar.org/f68c/d56589ebb3c9ce5c29fe8a665671a5ae208f.pdf>
- 87.Król, J., Szcześniak, M., Koziarska, D., Rzepa, T. (2014). Time Perception and İllness Acceptance Among Remitting-Relapsing Multiple Sclerosis Patients Under Treatment. *Psychiatria Polska*, 49(5):911-20.
- 88.Sevgi, H. (2015). Diyabetin Psikososyal Yönü. *Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 1(3):38-42.
- 89.Delamater, A.M., Jacobson, A.M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., et al.(2001). Psychosocial Therapies in Diabetes. *Diabetes Care*,24(7):1286-92.
- 90.Moonaghi, H.K., Areshtanab, H.N., Jouybari, L., Bostanabad, M.A., McDonald, H.(2014). Facilitators and Barriers of Adaptation to Diabetes: Experiences of Iranian Patients.*Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(1):17.

- 91.Büssing, A., Matthiessen, P.F., Mundle, G. (2008). Emotional and Rational Disease Acceptance in Patients With Depression and Alcohol Addiction.*Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1):4.
- 92.Telford, K., Kralik, D., Koch, T. (2006). Acceptance and Denial: İmplications for People Adapting to Chronic İllness: Literature Review.*Journal Of Advanced Nursing*, 55(4):457-64.
- 93.Moulton, P.J. (1984). Chronic İllness, Grief and The Family.*Journal of Community Health Nursing*,1(2):75-88.
- 94.Alvani, S.R., Hosseini, S.M.P., Alvani, S. (2012). Living With Chronic İllnesses and Disability.*International Journal of Business, Humanities and Technology*, 2:102-10.
- 95.Kartal, A., Çağırğan, G., Tığlı, H., Güngör, Y., Karakuş, N., Gelen, M. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *TAF Prev Med Bull*,7(3):223-30.
- 96.Baykal, A., Kapucu, S. (2015). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2(2).
- 97.Acemoğlu, H., Ertem, M., Bahçeci, M., Tuzcu, A. (2006). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri.*EAJM*, 38:89-95.
- 98.Kuzu, G.C., Erdoğan, S. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler*. Doktora Tezi,İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- 99.Fisher, E.B., Thorpe, C.T., Mcevoy, Devellis, B., Devellis, R.F. (2007). Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management. *The Diabetes Educator*, 33(6):1080-103.
- 100.Papaspurou, M., Laschou, V.C., Partsiopoulou, P., Fradelos, E.C., Kleisariis, C.F., Kalota, M.A., et al. (2015). Fears and Health Needs Of Patients With Diabetes: A Qualitative Research in Rural Population.*Medical Archives*, 69(3):190.
- 101.Wagner, E.H. (2000). The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management. *BMJ:British medical journal*, 320(7234):569.

- 102.Aalaa, M., Malazy, O.T., Sanjari, M., Peimani, M., Mohajeri-Tehrani, M. (2012).Nurses' Role in Diabetic Foot Prevention and Care; A Review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11(1):24.
- 103.Czerw, A.I., Bilińska, M., Deptała, A. (2016). The Assessment of The Impact of Socio-Economic Factors in Accepting Cancer Using The Acceptance of Illness Scale (AIS). *Contemp Oncol (Pozn)*, 20(3):261-5.
- 104.Lewko, J., Zarzycki, W., Krajewska-Kulak, E. (2012). Relationship Between The Occurrence of Symptoms of Anxiety And Depression, Quality of Life, and Level of Acceptance of Illness in Patients With Type 2 Diabetes. *Saudi Medical Journal*, 33(8):887-94.
- 105.Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfonsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J.W., et al. (2015). A Randomised Wait-List Controlled Clinical Trial of The Effects of Acceptance and Commitment Therapy in Patients With Type 1 Diabetes: A Study Protocol. *BMC nursing*, 14(1):61.
- 106.Wloszczak-Szubzda A, Jarosz M, Goniewicz M, Goniewicz K. (2016). Evaluation of Communication and Acceptance of The Patients By Medical Personnel. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 67(4).
- 107.Ergin, A., Hatipoğlu, C., Bozkurt, A.İ., Bostancı, M., Atak, B.M., Kısaoğlu, S., et al. (2011). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 4:144-151.
- 108.Altay, B., Avcı, İ.A. (2009). Huzurevinde Yasayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki.*Dicle Tıp Dergisi*, 36(4).
- 109.Kaya, H., Atar, N.Y., Eskimez, Z. (2013). Hemşirelik Model Ve Kuramları. In: Atabek Aşti T, Karadağ A, editors. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.p. 90.
- 110.Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.p.319-37.
- 111.Çelik, A., Yıldırım, Y. (2016). Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14):182-6.

- 112.Öztürk, C., Karataş, H. (2008). Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(2).
- 113.Ünsal Avdal, E., Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,3(3):164-8.
- 114.Özkan, F., Zincir, H., Seviğ, E.Ü. (2014). Birden Fazla Kronik Hastalığı Olan Bir Çocuğa Orem Öz Bakım Yetersizliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı Verilmesi: Bir Olgu Sunumu. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,2 (2):71-79
- 115.Powers, M.A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M.M., Fischl, A.H., et al.(2015). Diabetes Self-Management Education and Support In Type 2 Diabetes A Joint Position Statement of The American Diabetes Association, The American Association of Diabetes Educators, and The Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 41(4):417-30.
- 116.Abrahim, M. (2011). *Self-Care In Type 2 Diabetes*. Master's Theses,linnaeus university, Småland region of Sweden.
- 117.Omisakin, F.D., Ncama, B.P. (2011). Self, Self-Care and Self-Management Concepts: İmplications for Self-Management Education. *Educational Research*, 2(12):1733-7.
- 118.American Diabetes Association. (2011). Diabetes Management İn Correctional Institutions. *Diabetes Care*.32(1):75-81
- 119.Kuruoğlu, E., Kartal, M., Özçakar, N. (2009). Diyabet Hastalarının Özbakım Bilinci. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(1):17-22.
- 120.Diyabet Bakımı: Sınırlar Ötesi Stratejiler. Erişim: 05 Mayıs 2017, http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php
- 121.Naylor, M.D., Kurtzman, E.T. (2010). The Role of Nurse Practitioners İn Reinventing Primary Care. *Health Affairs*, 29(5):893-9.
- 122.Binay, Ş.K., Aştı, T.A. (2015). *Tip 2 Diyabetli Bireylerde, Hastalığı Kabullenme Durumu İle Etkin İnsülin Uygulama İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi , İstanbul.

- 123.Şireci, E., Karabulutlu, E.Y. (2012). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- 124.Besen, D.B., Esen, A.(2009). *Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- 125.Besen DB, Esen A. (2011). Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2):155-64.
- 126.Lee, N., Fisher Jr, W.P.(2004). Evaluation of the Diabetes Self-Care Scale. *Journal of applied measurement*, 6(4):366-81.
- 127.Karakurt, P., Kaşıkci, M. (2015). Validity and Reliability of The Turkish Version of The Diabetes Self-Care Scale. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35(2):148-56.
- 128.Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Motowidło, U., Uchmanowicz, B., Chabowski, M. (2016). Assessment of İllness Acceptance By Patients With COPD and The Prevalence of Depression and Anxiety İn COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(1):963—970
- 129.Religioni, U., Czerw, A., Deptala, A. (2015). Acceptance of Cancer İn Patients Diagnosed With Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iranian Journal of Public Health*, 44(8):1135.
- 130.Zalewska A, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Narbutt J. (2007). Acceptance of Chronic İllness in Psoriasis Vulgaris Patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(2):235-42.
- 131.Nowicki, A., Krzemkowska, E., Rhone, P. (2015). Acceptance of Illness after Surgery in Patients with Breast Cancer in the Early Postoperative Period. *Polish Journal of Surgery*, 87(11):539-50.
- 132.Denyes, M.J., Orem, D.E., Bekel, G. (2001). Self-Care: a Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1):48-54.
- 133.Saleh, F., Mumu, S.J., Ara, F., Hafez, M.A., Ali, L. (2014). Non-Adherence to Self-Care Practices & Medication and Health Related Quality of Life Among

- Patients With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 14(1):431.
134. İstek, N., Karakurt, P. (2016). Effect of Activities of Daily Living on Self-Care Agency in Individuals with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Mellitus*, 6(4):247.
135. Gharaibeh, B., Gajewski, B.J., Al-smadi, A., Boyle, D.K. (2016). The Relationships Among Depression, Self-Care Agency, Self-Efficacy and Diabetes Self-Care Management. *Journal of Research in Nursing*, 21(2):110-22.
136. Uğurlu, N., Bolat, M., Erdem, S. (2010). Yaşlılarda Özbakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2):56-62.
137. Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K., Tuncay, F.Ö. (2006). Multiple Sklerozlu Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3).
138. Skyler, J.S., Bakris, G.L., Bonifacio, E., Darsow, T., Eckel, R.H., Groop, L., et al. (2016). Differentiation of Diabetes By Pathophysiology, Natural History, And Prognosis. *Diabetes*, 66(2):241-255
139. Kurpas, D., Mroczek, B., Knap-Czechowska, H., Bielska, D., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., et al. (2013). Quality of Life and Acceptance of İllness Among Patients With Chronic Respiratory Diseases. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(1):114-117.
140. Czerw, A., Religioni, U., Deptała, A. (2016). Assessment of Pain, Acceptance of İllness, Adjustment to Life With Cancer and Coping Strategies in Breast Cancer Patients. *Breast Cancer*, 23(4):654-61.
141. Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2005). *Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
142. Gül, A., Üstündağ, H., Zengin, N. (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1):7-11.

- 143.Aksel, Ş., Yurtsever, S. (2010). *Kronik Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Gücü Ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*.Yüksek Lisans Tezi,Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- 144.Düzöz, G.T., Çatalkaya, D., Derya, D., Uysal, R. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(4):210.
- 145.Yanık, Y.T., Erol, Ö. (2011). *Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi,Trakya Üniversitesi, Edirne.
- 146.Karakurt, P., Aşlar, R.H., Yıldırım, A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi.*ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1):1-9.
- 147.Eraydın, C., Sunal, N. (2016). Stomalı Hastalarda Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- 148.Atasever, A.A., Sevil, Ü. (2015).*Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz-Bakım Gücünün Ve Sosyal Desteklerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi,Ege Üniversitesi, İzmir.
- 149.Zhou, Y., Liao, L., Sun, M., He, G. (2013). Self-Care Practices of Chinese Individuals With Diabetes. *Experimental And Therapeutic Medicine*, 5(4):1137-42.
- 150.Svartholm, S., Nylander E. (2010). Self Care Activities of Patients With DiabetesMellitus Type 2 in Ho Chi Minh City. Thesis, Uppsala Universitet, Ho Chi Minh City

8.EKLER**EK-I****TANITICI ÖZELLİKLER SORU FORMU**

Bu araştırma, tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde aşağıdaki soruları özenle cevaplandırmanız istenecektir. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, şahsınıza ve kurumunuza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiçbir kuruluşa verilmeyecektir. Ayrıca sizden gelecek istek doğrultusunda, sonuçlar sizlerle paylaşılacaktır. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı bildirmeniz için aşağıda belirtilen yeri imzalamanız gerekmektedir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Aşağıdaki sorulardan size uygun olan seçeneği (x) şeklinde işaretleyiniz.

1.Cinsiyetiniz

a)Kadın b)Erkek

2.Medeni durumunuz?

a)Evli b) Bekar/ dul/boşanmış

3.Yaşınız

a)29-39 yaş b) 40-49 yaş c) 50 yaş ve üzeri

4.Yaşadığınız Yer

a) İl b) ilçe c) köy/kasaba

5. Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar /İlkokul c) Ortaokul/lise d)üniversite mezunu

6.Çalışma durumunuz?

a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

7. Gelir durumunuz?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden az

8.Ne zamandan beri diyabet hastasıınız?

a) 0-5yıl b) 6-10yıl c) 11-15yıl d) 16-20yıl e) 21 yıl ve üzeri

9.Diyabet hastalığından dolayı daha önce hastanede yattınız mı?

a) Evet b) Hayır

10. Diyabet ilaçlarınızı düzgün kullanıyor musunuz?

a)Evet b) Hayır

11.Diyabet hastalığı dışında kronik bir hastalığınız varmı?

a) Evet b) Hayır



EK-II

HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ (ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın puan**, cümlenin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlış yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

3. Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
---------	---	---	---	---	---	-----

Katılıyorum Katılmıyorum

7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.

Tamamen 1 2 3 4 5 Hiç

Katılıyorum Katılmıyorum

8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.

Tamamen 1 2 3 4 5 Hiç

Katılıyorum Katılmıyorum



EK-III

DİYABET ÖZ-BAKIM ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler diyabetlilerin kendi bakımları için yaptıkları bazı davranışları tanımlamaktadır. Lütfen sizden de diyabet bakımınızla ilgili olarak neler yaptığınızı anlatmanız için birkaç dakikanızı ayırmanızı istiyoruz. Lütfen, düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği daire içine alın. Toplam 35 ifade yer almaktadır. **Size uymayan ifadeleri atlayabilirsiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur.**

İfadeler	Hiç bir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim.	()	()	()	()
2. Ara öğünlerimi her zaman yerim.	()	()	()	()
3. Lokantalarda yemek yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
4. Davetlere (misafirlğe, gezmeye, günlere vb.)gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
5. Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zaman da, diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
6. Aşırı yemem.	()	()	()	()
7. Düzenli olarak egzersiz yaparım.	()	()	()	()
8. Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım.	()	()	()	()
9. Yeterince egzersiz yaparım.	()	()	()	()
10. Kan şekerimi ölçerim.	()	()	()	()

11.Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını saklarım.	()	()	()	()
12. Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım.	()	()	()	()
13. İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım.	()	()	()	()
14. İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım.	()	()	()	()
15. Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum.	()	()	()	()
16. Kan şekeri düşüğü zaman kesme şeker alırım.	()	()	()	()
17. Düzenli olarak doktoruma giderim.	()	()	()	()
18. Kan şekeri çok yükseldiği zaman doktoruma danışırım.	()	()	()	()
19. Kan şekeri çok düşüğü zaman doktoruma danışırım.	()	()	()	()
20. Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim.	()	()	()	()
21. Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim.	()	()	()	()
22. Gün boyunca evde her zaman terlik/ev ayakkabısı giyerim.	()	()	()	()
23. Daima çorap giyerim.	()	()	()	()
24. Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım.	()	()	()	()
25.Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım.	()	()	()	()

26. Dişlerimi her gün fırçalarım.	()	()	()	()
27. Diyabet kartı taşıyorum.	()	()	()	()
28. Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum.	()	()	()	()
29. Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/ uzmanlarına danışırım.	()	()	()	()
30. Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum.	()	()	()	()
31. Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim.	()	()	()	()
32. Bir diyabet destek grubuna katılıyorum.	()	()	()	()
33. Bir diyabet dergisine aboneyim.	()	()	()	()
34. Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım.	()	()	()	()
35. Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım.	()	()	()	()

EK-IV



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 44495147-050.01.04-E.31572
Konu : Etik Kurul Kararı

12/08/2016

Sayın Abdullah GERÇEK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 10.08.2016 tarih ve 5 sayılı oturumunda alınan 5/04 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK
Etik Kurul Başkanı

Karar 05/04 Erzincan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Abdullah GERÇEK'e ait "*Tip 2 Diyabetik İnsülin Kullanan Hastalar ile Oral Antidiyabetik Kullanan Hastaların Hastalığı Kabullenme Durumu ve Öz-Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen Yüksek Lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden **E24BXC5D0XXC73** kodunu ileteceğimize ulaşabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 **Ayrıntılı Bilgi İçin:** S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60

EK –VI



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 18045924-302.01.08-E.21334
Konu : Abdullah GERÇEK

08/05/2017

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 30.03.2017 tarih ve 15742 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımızda Yüksek Lisans eğitimi yapan 147801011011 nolu Abdullah GERÇEK ile ilgili Enstitü Yönetim Kurulunun almış olduğu 31.03.2017 tarih ve 7/4 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.

Bilgilerinizi ve kararım öğrenciye ve danışmanma bildirilmesini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.İlyas SAYAR
Enstitü Müdürü

KARAR 7/4

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 30.03.2017 tarih ve 15742 sayılı yazısı ekinde gönderilen 147801011011 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Abdullah GERÇEK' in tez savunma sınavı ile ilgili sınav evraklarının görüşüldü;

Abdullah GERÇEK' in 27.06.2016 tarih ve 13/2 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile 25.12.2009 tarih ve 27443 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Erzincan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin 20. maddesinin ikinci fıkrası dikkate alınarak "Derslerini ve seminer çalışmalarını başarıyla tamamlayan öğrencinin tez konusu ve tez yazım kurallarına uygun şekilde hazırlanmış tez önerisi, en geç izleyen yarıyılın başına kadar danışmanı tarafından ana bilim/ana sanat dalı başkanlığına sunulur. Tez konusu ve önerisi ana bilim/ana sanat dalında onaylandıktan sonra Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kesinleşir. Tez konusunda değişiklik yapılması gereken durumlarda aynı işlem uygulanır." danışmanı Doç.Dr.Papatya KARAKURT tarafından "Tip 2 Diyabetik İnsülin Kullanan Hastalar ile Oral Antidiyabetik Kullanan Hastaların Hastalığı Kabullenme Durumu ve Öz-Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" tez konusu verildiği, 28.03.2017 tarihli yapılan tez savunma sınavında başarısız olduğu ve tez çalışma başlığının "Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabullenme ve Öz-Bakım Durumlarının Belirlenmesi" olarak kabul edildiği dosyanın incelenmesinden anlaşılmıştır.

Abdullah GERÇEK' in tez çalışma başlığının 28.03.2017 tarihli tez savunma sınavında alınan karar doğrultusunda "Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığı Kabullenme ve Öz-Bakım Durumlarının Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi ile ilgili teklifinin aynen kabul edilmesine oy birliği karar verildi.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre İlyas SAYAR tarafından 08.05.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.

Evrakınuzu <http://svr.kodogrulama-erzincan.edu.tr> linkinden DADC633DY21 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü -24030 ERZİNCAN

Tel : (446) 224 29 10 Faks : (446) 224 18 19