

Neslihan İSTEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2016



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Neslihan İSTEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN
2016

**T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİNİN ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Neslihan İSTEK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Papatya KARAKURT**

**Erzincan
2016**

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
TABLolar DİZİNİ	V
ÖZGEÇMİŞ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Diyabetin Tanımı	5
2.2. Diyabetin Sınıflandırılması.....	6
2.2.1. Tip 2 Diyabet	6
2.2.2. Tip 2 Diyabetin Belirtileri.....	8
2.2.3. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları	9
2.2.4. Tip 2 Diyabetin Bakım ve Tedavisi.....	9
2.2.4.1. Beslenme.....	10
2.2.4.2. Fiziksel Aktivite.....	11
2.2.4.3. Eğitim.....	12
2.2.4.4. İlaç Tedavisi.....	13
2.2.4.5. Hastanın Kendini İzlemesi.....	14
2.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Hemşirenin Rolü.....	15
2.4. Diyabet ve Öz-Bakım	23

2.5. Diyabetli Bireyin Öz-Bakımında Hemşirenin Rolü.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları	28
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	70

EK I : Kişisel Bilgi Formu

EK II : KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Lawton-Brody Enstrümantal
Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

EK III : Öz-Bakım Gücü Ölçeği

EK IV : Resmi İzin Yazısı

EK V : Etik Kurul Onayı

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca tez konusunun seçilmesinden araştırmanın sonuna kadar tüm aşamalarında bana destek olan ve tezin yürütülmesinde kıymetli bilgi ve deneyimleri ile bana yön veren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a, tez çalışmamda değerli görüşleri ve özellikle istatistiksel aşamadaki yardımlarıyla önemli katkılarda bulunan Sayın Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN'a, değerli önerileriyle katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a, Sayın Öğr. Gör. Mehmet Enes SAĞAR'a, Sayın Öğr. Kamuran MUŞLU'ya, her zaman yanımda olan arkadaşlarıma, tezim süresince veri topladığım Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği çalışanlarına ve veri toplama araçlarını gönüllülükle cevaplayan tüm bireylere, beni bugünlere kadar yetiştiren ve hayatımın tüm aşamasında olduğu gibi bu çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen aileme, tez çalışmam boyunca beni sabırla dinleyip, motive eden ve destek olan eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neslihan İSTEK

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYAÖ	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KGYAÖ	: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
MI	: Miyokard İnfarktüsü
OAD	: Oral Anti Diyabetikler
ÖBGÖ	: Öz-Bakım Gücü Ölçeği
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TURDEP-I	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (1998)
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (2010)

TABLolar DİZİNİ

Tablo No.

Tablo 1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeyleri ve Puan Ortalamaları	33
Tablo 4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 6. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 7. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 8. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeğinin Korelasyonu	43

ARAŐTIRMACININ ÖZ GEÇMİŐİ

Araştırmacı, 1985 yılında Sivas'ta doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Sivas'ta tamamladı. Lisans eğitimini de Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 2003-2007 yılları arasında tamamladıktan sonra 2007 yılında özel bir hastanede hemşire olarak göreve başlayan araştırmacı, 2009 yılında Erzincan Devlet Hastanesi'nde hemşirelik görevine devam etti. Lisansüstü eğitimine 2013 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda başladı. Kastamonu Üniversitesi'ne 2014 yılında öğretim görevlisi olarak göreve başlayan araştırmacı Őuan GaziosmanpaŐa Üniversitesi Pazar Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakımı Bölümü'nde öğretim görevlisi olarak görevine devam etmektedir. Evli ve çocuğu yoktur.

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi

Amaç: Diyabet görülme sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, öz-bakım güçlerini etkileyen, tüm dünyada önemi her geçen gün artan küresel bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu araştırma tip 2 diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, Temmuz 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında bir ilin devlet hastanesinin dahiliye kliniğinde tedavi gören tip 2 diyabetli bireyler, örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan, iletişime açık 150 diyabetli birey oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) ve Öz-bakım Gücü Ölçekleri kullanılmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, sıra ortalaması, frekans), Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi, cronbach alfa katsayısı ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Tip 2 diyabetli bireylerin %97.3'ü GYA'nde, %75.3'ünde EGYA'nde bağımsız olduklarını ifade etmişler. Bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının 83.85 ± 17.87 olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin yaşının, medeni, eğitim durumunun, hastalık süresinin, daha fazla eğitim almayı isteme durumunun, diyabet dışında başka hastalığın varlığının GYA ve EGYA'ni etkilediği saptanmıştır. Medeni, eğitim durumu, hastalık süresi, daha fazla eğitim almayı isteme durumu, diyabet dışında başka hastalığın varlığı, kan şekerini düzenli kontrol ettirme, diyeteye uyma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücünü etkilediği belirlenmiştir. Hastaların bireysel özellikleri ve hastalığa özgü özellikleri saptanarak öz-bakım davranışlarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü, hemşirelik

ABSTRACT

Effect of Type 2 Diabetic Patients' Activities of Daily Living on Their Self-Care Agency

Purpose: Diabetes mellitus continues to be a global health problem with increasing importance across the world by affecting the activities of daily living and self-care ability of patients due to its incidence and troubles caused by it. The present study aims at determining the effect of activities of daily living of patients with type 2 diabetes mellitus on their self-care agency.

Material and Method: The population of this descriptive study consisted of patients with type 2 diabetes mellitus who were being treated at the internal medicine clinic of a provincial state hospital between July 2014 and November 2015 and its sample consisted of 150 diabetic patients who volunteered to take part in the study and who were open to communication. A personal information form, the Activities of Daily Living (ADL) Scale, the Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale and the Self-Care Ability Scale (CAS) were used as data collecting tools. The data were analyzed using descriptive statistics (numbers, percentages, mean, standard deviation, mean rank and frequencies), the Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis Variance Analysis, Mann-Whitney U test and Cronbach's alpha formula and correlation analysis.

Results: Approximately 97.3% of the patients with type 2 diabetes stated that they were independent in ADL and 75.3% of them in IADL. The patients' mean self-care ability score was found to be 83.85 ± 17.87 ADL and IADL were found to be affected by age, marital status, education, duration of disease, willingness to receive further education, and presence of another disease besides diabetes. There was a significant correlation between the self-care agency score and marital status, education, duration of disease, willingness to receive further education, presence of another disease besides diabetes, regular checking of blood sugar and compliance with diet. A significant positive correlation was found between the patients' activities of daily living and their self-care agency.

Conclusion: The patients' activities of daily living was found to affect their self-care agency. The personal and disease-related characteristics of patients should be identified so that their self-care behaviors can be increased.

Keywords: diabetes mellitus, activities of daily living, self-care agency, nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, hem ülkemizde hem de tüm dünyada sıklığı giderek artan ciddi bir sağlık sorunu olup önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya çapında 346 milyondan fazla insanın diyabetli olduğunu tahmin etmektedir (3, 4). Bu sayının giderek artış gösterdiği ve 2013 yılı itibari ile dünyadaki diyabetli birey sayısının 382 milyon olduğu bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı belirtilmektedir (1). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-II) verilerine göre de Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının 20 yaş ve üzeri grupta %13.7 olduğu belirlenmiştir (1, 5, 6). Türkiye’de 10 milyon civarında diyabetli olduğu tahmin edilmektedir (7).

Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişiklikler ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmekte olup, yapılan çalışmalar tip 2 diyabetin çocukluk çağında da görülme sıklığının hızla arttığını göstermektedir. Diyabet hastalarının yaklaşık %90’ını tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Bu artışın başlıca nedenleri arasında nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artması yer almaktadır (1,5, 8).

Günlük yaşam aktiviteleri bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmek için gün içerisinde yaptıkları tüm yaşamsal faaliyetlerdir ve oniki temel bileşenden meydana gelmektedir (9). Diyabet birey ve ailelerin yaşamını birçok yönden etkilemekte ve buna bağlı olarak kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu nedenle diyabetli bireyler günlük yaşam aktivitelerini karşılarken aynı zamanda bu aktiviteleri öz-bakımlarıyla ilişkilendirmek durumundadır (10). Yaşlı tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşadıkları, yardımcı

alet kullanarak fiziksel yetersizliklerini tamamlamaya çalıştıkları belirlenmiştir (11). Farklı kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda da (12, 13, 14), bireylerin çoğunluğunun hem günlük yaşam aktivitelerini sürdürürken hem de enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız oldukları, bazı çalışmalarda ise yarı bağımlı ya da bağımlı oldukları belirlenmiştir (15, 16, 17).

Diyabet; akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle sürekli tıbbi bakımı ve öz-bakımı gerektiren kronik bir hastalıktır (8, 18). Öz-bakım kişinin sağlığını koruması ve yükseltmesi için kendisine düşen sorumluluğu üstlenmesi ve yerine getirmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Diyabetli hastalarda, kan glikoz seviyesinin kontrol altına alınmasında bireyin öz-bakım aktiviteleri önemli role sahiptir (19). Orem'e göre bir bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekir. Öz-bakım gücü; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama becerisidir (20, 21, 22). Yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak açıklanan öz-bakım; insanlarda kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır (20, 22). Diyabetli bireyin insülin ya da oral antidiyabetik ilaç tedavisini bilme, başlatma, sürdürme ve yönetme becerisi, beslenme tedavisine uyumu, fiziksel aktivitesi, ayak bakımını düzenli yapması, kan şekeri ölçmesi ve sağlık kontrollerine gitmesi öz-bakım davranışlarıdır. Kan şekeri, kan lipit düzeyleri, komplikasyonların görülmemesi gibi sonuçlar da öz-bakımın göstergeleridir (22, 23, 24, 25, 26). Diyabetli hastalarla yapılan çalışmalarda hastanın davranışları öz-bakımı etkilemekte ve hastalar diyabetin yönetiminde öz-bakımın farkında olmalarına rağmen öz-bakımı anlamakta ve uygulamakta zorlandıkları gözlenmektedir (27, 28, 29, 30). Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan çalışmalarda da hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının düşük veya orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (11, 31, 32, 33).

Diyabet ömür boyu bakım ve takip gerektiren bir hastalık olması nedeniyle tedavisinde öz-bakım çok önemlidir. Hastanın öz-bakımının tedavideki önemini bilen hemşire öz-bakım için gerekli bilgi, beceri ve davranış değişikliği oluşturma sürecinde hastayla işbirliği halinde çalışmakta ve kişilerin yaşam kalitesini artırmada,

ilaca bağımlılığını azaltmada etkin rol oynamaktadır (34, 35). Diyabetli hastanın bakımının yaklaşık %90'ından fazlası bireyin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Bireyin öz-bakım sorumluluğunu yerine getirerek, hastalığı ile ilgili yeterli bilgi, beceri kazanarak hastalığının yönetimini üstlenmesi gerekmektedir (36). Aynı zamanda insan sağlığını tehdit eden kronik bir hastalık olması yanında, diyabetin hem bireye hem de ülkelerin sağlık sistemlerine maliyeti oldukça yüksektir (1). Bu nedenle diyabetli birey hastalığının yönetim becerisini kazandığında sağlık düzeyi olumlu etkilenmekte ve hastalığın maliyeti düşmektedir (36). Çünkü yapılan çalışmalar prediyabetli bireylerde tip 2 diyabetin yalnızca sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile %40-58 oranında önlenebileceğini göstermiştir (1, 37, 38, 39). Yaşam tarzı değişiklikleri de bireyin günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili bir durumdur. Diyabet tanısı konan bir hastada hastalığın kontrolü ve tedavinin başarısı için hastaya diyabet nedenleri, tedavi seçenekleri, beslenme ve egzersizin önemi, öz-bakım, kan glukoz düzeylerinin takibi, tedavi uyumu, beklenmeyen durumlarla başa çıkma, komplikasyonları tanıma ve önleme gibi konularda eğitim verilmesi önemlidir (1). Diyabetli bireyin bakımının yürütülmesinde hemşire en önemli meslek üyesidir. Bireyin öz-bakım sorumluluğunu üstlenmesi ve sürdürmesinde hemşire; danışmanlık, eğitici, karar verici, yönetici, araştırmacı ve bakım verici rollerini kullanarak etkin rol almaktadır (40, 41).

Tip 2 diyabetin hem ülkemizde hem de dünyada yaygınlığının giderek artmasına rağmen ülkemizde bu grup hastalardan sadece 60 yaş ve üzeri hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve öz-bakım gücünün bir arada bakıldığı tek bir çalışmaya rastlanılmıştır (11).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma tip 2 diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olup ayrıca aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

Araştırma soruları;

1-Günlük yaşam aktiviteleri tip 2 diyabetli bireylerin öz-bakım gücünü etkiler mi?

2- Tip 2 diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri günlük yaşam aktivitelerini etkiler mi?

3- Tip 2 diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri öz-bakım gücünü etkiler mi?

4- Günlük yaşam aktiviteleri ile öz-bakım gücü arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetin Tanımı

Diyabetes Mellitus (DM), kan glikoz düzeyinde yükselme, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozulma, insülin salınımında veya insülinin etkisinde ya da her ikisinde meydana gelen yetersizlikler sonucu akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle bireyleri birçok yönden olumsuz etkileyen, bu komplikasyonların önlenmesi için tıbbi bakım, sürekli destek ve diyabetli bireyin öz-bakım eğitimlerinin yapılmasının gerekli olduğu kronik seyreden metabolik bir hastalıktır (23, 42-46).

Diyabetin dünyadaki mevcut durumuna bakıldığında; 2013 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yayınlanan 'Altıncı Diyabet Atlası' dünyada diyabetin mevcut durumu ve geleceği ile ilgili önemli veriler içermektedir. Bu atlasla dünyada global olarak ve yedi ayrı bölgede diyabet ve komplikasyonlarının prevalans, insidans, mortalite ve ekonomik yükü sunulmaktadır. Bu verilere göre 2013 yılı itibari ile dünyada 382 milyon diyabetli yaşamakta ve 2035 yılında bu sayının 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Buna göre dünya nüfusunun %8.3'ünde diyabet, %6.9'unda Bozulmuş Glikoz Toleransı (BGT) mevcuttur (1).

Ülkemizde 1998 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) sonuçlarına göre 20-80 yaş grubunda diyabet prevalansı %7.2, BGT oranı ise %6.7 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; ülkemizde diyabetin kadınlarda ve kentsel yerleşim bölgelerinde yaşayanlarda daha sık görüldüğü belirlenmiştir. TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde planmış olup aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde 2010 yılında gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığı, kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmadığı görülmüştür (42). Ayrıca Altıncı Diyabet Atlası'ndaki 2035 yılı tahminlerine göre Türkiye'nin, diyabetli nüfus itibari ile diyabetin dünyada en yüksek olacağı ilk 10 ülke arasına gireceği tahmin edilmektedir (1).

2.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet görülme sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi her geçen gün artmaktadır (47, 48).

“American Diabetes Association (ADA) Ekspertler Grubu” ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘nün kabul ettiği diyabet sınıflamasına göre diyabet;

1. Tip 1 Diyabet

- İmmün nedenli
- Nedeni bilinmeyen

2. Tip 2 Diyabet

- Periferik insülin direnci ön planda
- İnsülin sekresyon yetmezliği ön planda

3. Diğer tipler

- Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar
- İnsülin fonksiyonunda genetik bozukluklar
- Pankreas hastalıkları
- Endokrin hastalıkları
- İlaç ve kimyasal maddeler
- İnfeksiyonlar

4. Gebelik Diyabeti olarak sınıflandırılmıştır ve bu sınıflama sistemi hem klinik tanımlayıcı kriterlere dayanan diyabet evrelerini hem de etiyolojik tiplerini içermektedir (49).

2.2.1. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet insülin direnci ve pankreasın beta hücrelerinin insülin sekresyonunda bozulmalara neden olan ve diyabetli bireylerin yaklaşık % 80- 90’ını oluşturan en sık görülen bir metabolizma hastalığıdır. Genellikle 40 yaş ve üzeri bireylerde görülen tip 2 diyabet son yıllarda çocuk ve adölesanları da önemli ölçüde etkilemektedir (8,

50, 51, 52). Genellikle orta-ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte son yıllarda çok genç yaşlarda da tip 2 diyabet görülmektedir. Tip 2 diyabet genellikle obezite ve fiziksel inaktiviteye bağlı olarak görülmektedir. Olguların %85'i kilolu ve obezdir (8, 43, 53). Çünkü obezitenin insülin direncinin artmasına neden olduğu belirtilmektedir (54). Hastalığın temelinde genetik olarak yatkın kişilerde yaşam tarzı ile tetiklenen insülin direnci ve zamanla azalan insülin sekresyonu söz konusudur. Tip 2 diyabette de insülin etkisi veya sekresyonu azalmıştır (42).

Gelişmiş ülkelerde diyabetlilerin yaklaşık %90'ını tip 2 diyabetliler oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın, hızlı toplumsal ve kültürel değişiklikler, yaşlı nüfusun artışı, kentleşme, beslenme değişiklikleri ve yetersiz fiziksel aktivite gibi faktörler nedeniyle daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Tip 2 diyabet gelişme riskinin obezite prevalansındaki artış ile doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Günümüzde artık çocuklarda da tip 2 diyabetin görülüyor olması, durumun ciddiyetini ortaya koymakta ve tüm dünyayı etkileyen global bir sağlık sorunuyla karşı karşıya bulunduğumuzu göstermektedir (42). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışması sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7.2 olarak bulunmuştur. TURDEP-II çalışmasında ise ülke genelinde 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %13.7'ye vardığı görülmüştür (1).

Ailede diyabet öyküsü, fiziksel aktivitede azalma, beslenmede değişiklikler, çevresel faktörler, insüline karşı geliştirilen direnç ve pankreas beta hücrelerinin fonksiyonlarında yetersizlik, bozulmuş glikoz toleransı gibi birçok faktörün tip 2 diyabet için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (50, 55). Beslenme ve yaşam tarzındaki yanlışlıklara bağlı olarak son yıllarda çocuklarda ve gençlerde de tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır. Tip 2 diyabet risk faktörleri:

40 yaş üzerinde olup aşağıdaki risk faktörlerinden bir ya da birkaçı bulunan kişiler diyabet açısından risklidir.

- ✓ Ailede diyabet hikayesi
- ✓ Yüksek riskli etnik grup mensubu

- ✓ Prediyabet
- ✓ Hipertansiyon
- ✓ HDL kolesterol <35 mg/dL ve trigliserid >250 mg/dL
- ✓ Kardiyovasküler hastalık
- ✓ Fazla kilolu veya obez
- ✓ Polikistik over sendromu (PCOS)
- ✓ Gestasyonel diyabet hikayesi
- ✓ 4 kilonun üzerinde bebek doğurma öyküsü
- ✓ İnsülin direnci ile ilişkili durumlar (akantozis nigrikans, non-alkolik steatohepatit)
- ✓ Şizofreni
- ✓ Bazı atip antipsikotik ve antidepresan ilaçların kullanımı
- ✓ Fiziksel inaktivite
- ✓ Solid organ (özellikle böbrek) transplantasyonu yapılmış olan kişiler (1).

2.2.2. Tip 2 Diyabetin Belirtileri

Tip 2 diyabette belirtiler erken dönemde görülmediği için hastalık tanı konulmadan yaklaşık 4-7 yıl önce başlamaktadır (8, 51). Genellikle sinsi başlangıçlı olan tip 2 diyabette en sık rastlanan belirtiler sık idrara çıkma, aşırı susama, açlık hissinde artma, kilo alma veya kilo kaybı, yorgunluk hissi, dikkat dağınıklığı, tekrarlayan enfeksiyonlar, el ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma hissi ve yara iyileşmesinde gecikmedir (18, 50, 56).

Daha seyrek görülen belirtileri bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır (42).

2.2.3. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Akut komplikasyonlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz, non ketotik hiperosmolar koma ve laktik asidozudur. Kronik komplikasyonları ise mikrovasküler komplikasyonlar ve makrovasküler komplikasyonlar olarak iki gruba ayrılmaktadır (57).

Mikrovasküler komplikasyonları; nefropati, retinopati, nöropati ve nöropatinin devamında diyabetik ayak gelişmesidir (58). Makrovasküler komplikasyonlar ise; koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik vasküler hastalıklar ve enfeksiyon olarak sıralanabilir (59).

2.2.4. Tip 2 Diyabetin Bakım ve Tedavisi

Diyabet bakım ve tedavisinin temel amacı insülin aktivitesini ve glisemik kontrolü sağlayarak vasküler ve nöropatik komplikasyonları azaltmaktır (42,43). Diyabet tedavisinde kabul edilen genel yaklaşım, hastada sık ve ciddi hipoglisemi ataklarını önlemek ve aynı zamanda HbA1c 'yi en düşük seviyede tutmaya çalışmaktır (60). Bunun yanı sıra kilo kontrolü ve kan basıncı, lipid düzeyleri gibi diğer bilinen risk faktörlerinin de kontrol edilmesi gereklidir (42). Yapılan çalışmalar tedavi altındaki diyabetli bireylerde glisemik kontrolün istenilen düzeyde olmadığını desteklemektedir (61, 62). Diyabette zaman içerisinde hiperglisemi yaşamsal organlarda harabiyete, disfonksiyona ve yetmezliklere yol açmaktadır ve tanı konulduktan sonra kan şekerinin optimum kontrolü büyük önem taşımaktadır (63). Aynı zamanda protein, yağ ve karbonhidrat metabolizmasının düzenlenmesi, böbrek ve kardiyovasküler hastalıkların, nöropati, hipertansiyon ve kronik komplikasyonların önlenmesi, hastalığın neden olduğu psikolojik ve sosyal sorunların varlığının araştırılarak tedavi edilmesi, akut olarak gelişebilecek tüm komplikasyonların önlenerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi diyabet tedavisinin temel amaçlarıdır (60).

Diyabet yönetiminin beş unsuru mevcuttur.

Bunlar; 1-Diyet 2-Fiziksel aktivite, 3-Hastanın kendini izlemesi, 4-İlaç tedavisi, 5-Eğitim.

Bu unsurları kapsayan tedavi planı hastalığın seyrine, yaşam biçimindeki fiziksel ve emosyonel durumundaki değişikliklere göre şekillendirilir. Bu nedenle diyabet yönetimi sağlık personeli tarafından çok yakın izlemi ve devamlı değerlendirmeyi kapsar (59).

2.2.4.1. Beslenme

Diyabetin yönetiminde diyet ve kilo kontrolü çok önemlidir (43). Tip 2 Diyabette obezite risk faktörüdür ve diyabetlilerin yaklaşık % 80'den fazlasını kilolu bireyler oluşturmaktadır (51). Çünkü alınan enerjinin harcanandan fazla olması obezite riskini ve beraberinde tip 2 diyabet riskini artırmaktadır. Diyetle alınan doymuş yağlar insülin duyarlılığını azaltmaktadır. Bu nedenle ideal kiloya ulaşmak ve bu kilonun korunması diyabet riskini azaltmaktadır (64).

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) diyabetin oluşmasının önlenmesinde, diyabetin kontrol altına alınmasında, diyabetle ilgili oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi veya gelişim hızının yavaşlatılmasında çok büyük öneme sahiptir (8). Günümüzde TBT kişinin kalori gereksinimlerine göre düzenlenmiş kompleks karbonhidrat içeriği yüksek, buna karşın protein ve yağ içeriği düşük beslenme programı olarak adlandırılmaktadır. TBT planlanırken tip 1 ve tip 2 diyabette insülin salgılama kapasitesinde farklılıklar olduğu için, temel ilkeler aynı olmasına karşın önerilerde öncelik sırası farklılık göstermektedir. Tip 2 diyabette öncelikli yaklaşım, kalori kısıtlaması ile az ve sık beslenmedir (8). Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışma diyetle uyum sağlayan hastalarda glisemik kontrolün daha başarılı olduğunu destekler niteliktedir (65).

Beslenme düzeni oluşturulurken diyabetli bireyin yaşam biçimi, yeme alışkanlıkları, öğün saatleri, beslenme kültürü ve egzersiz durumu göz önünde bulundurulmalıdır (43, 51). Ayrıca hastanın kilo vermesi gerekip gerekmediği değerlendirilmelidir (43). Çünkü vücut ağırlığı yüksek bireylerde ve insüline karşı direnci olan bireylerde yaklaşık % 5 oranında kilo kaybı diyabet riskini azaltmakta, insülin direncinin azalmasında etkili olmaktadır (8).

2.2.4.2. Fiziksel Aktivite

Diyabet görülme sıklığı giderek artan, zemin hazırlayan faktörler arasında obeziteyi barındıran bir hastalıktır ve bu nedenle tedavisinde egzersiz vazgeçilmez bir unsur olarak yer almaktadır (66). Diyabet tedavisinde; kan şekerinin kontrol altına alınmasında, insülin duyarlılığının artırılmasında, kilo kontrolünde ve tüm bunları sağlarken beraberinde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde egzersizin rolü çok önemlidir (67).

Diyabet yönetiminde en ideal egzersiz programının bireye özgü hazırlanan egzersiz programları olduğu belirtilmektedir. Düzenlenen egzersiz planının hastanın fiziksel özellikleri, diyabet öyküsü, sağlık durumu, diğer hastalıklarının öyküsü, bireyin kilo verme ve glisemik kontrol hedefleri, daha önce egzersiz yapma durumu ve kişisel özellikleri dikkate alınarak birey ile işbirliği halinde hazırlanması çok önemlidir ve hem eğlenceli hem de bireysel olması kişinin egzersize uyumunda olumlu etki sağlamaktadır (68). Planlanmış egzersiz programı diyabetli hastanın tedavi planının önemli bir kısmını oluşturur (43). Diyabetik hastalara haftada yaklaşık 150 dakikalık orta dereceli aerobik egzersizler önerilirken, komplikasyonu olmayan tip 2 diyabetli bireylere daha dirençli egzersizler önerilmektedir (68). Diyabetli bireylerde fiziksel aktivitenin artırılması kan glikoz, lipid düzeyini ve kan basıncı kontrolünün sağlanmasını kolaylaştırır. Düzenli fiziksel aktivite, insülin direncini azaltır ve yüksek riskli kişilerde tip 2 diyabet gelişimini önler (42). Egzersiz programının başlatılması kadar kişilerin egzersizi tedavinin önemli bir parçası olduğunu bilerek yaşam boyu sürekliliğini sağlaması da hedeflenmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerde düzenli egzersiz yapmanın diyabette en önemli mortalite nedenlerinden olan Miyokard Enfarktüsü (MI) ve periferik damar hastalıklarından da korunmada önemli etkisi bulunmaktadır (69).

Diyabetin tedavisinde önemli yere sahip olan egzersiz dikkatli yapılmadığında bir çok risk taşımaktadır. Hastalar insülin tedavisi alıyorsa aktivite ile hipoglisemi ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca periferik nöropati diyabette artacağı için ayaklarda yaralanma olabileceği, kardiyovasküler sistemde etkilenmelerden dolayı

kardiyovasküler olay gelişme riski göz önünde tutulmalıdır (70). Egzersizin olası komplikasyonlarının önlenmesi için egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında bireyin kan glikoz seviyesinin ölçülmesi, her yönüyle hemşire ve diğer sağlık ekibi tarafından değerlendirilmesi ve izlemi önemlidir. Aynı zamanda hipoglisemi belirtileri, çarpıntı, baş dönmesi, nefes darlığı gibi belirtiler konusunda hasta bilgilendirilmeli, egzersizin sonlandırılması gereken durumlarda hastanın da bilinçlenmesi sağlanmalıdır. Egzersiz hakkında verilen eğitim hastanın özgüvenini ve motivasyonunu artırmada önemli rol oynamaktadır (71).

2.2.4.3. Eğitim

Eğitim, hem tip 1 hem de tip 2 diyabet tedavisinin bel kemiğini oluşturmaktadır. DSÖ diyabet eğitiminin diyabet tedavisinin temel taşı olduğunu, diyabetli bireyin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal öneme sahip olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte diyabetli bireylerin yaklaşık %50-80'inde bilgi veya beceri eksikliği bulunmaktadır (72, 73).

Diyabetli bireyin hastalığını kontrol altında tutabilmesi ve gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde önlenmesi, tedavi maliyetinin düşürülmesi, teknolojik gelişimle uyum içinde olması, bunların sonucunda hastaların hastalığa ve tedaviye daha iyi uyum gösterebilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için diyabetik hasta eğitimi diyabetin temel taşı olarak yer almaktadır (74, 72).

Diyabet tanısını takiben hastalar bir diyabet merkezine sevk edilmeli ve glisemik kontrolleri sağlandıktan sonra hekim, hemşire ve beslenme uzmanının vereceği eğitim programlarına dahil edilmelidir (42).

Diyabet tedavisinde kullanılan ilaçların ve glikoz izlem yöntemlerinin sürekli geliştirilmesine rağmen hastalık ciddiyetini korumaktadır. Diyabetin kontrol altına alınmasında, komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi, kişilerin kendi yaşam sorumluluğunu alarak yaşam tarzı değişikliği için adım atması gerekmektedir. Diyabet hastalarının yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirebilmeleri tedavilerine uyum sağlamaları, kendi bakımlarında sorumluluk alabilmeleri için hasta eğitimi çok büyük öneme sahiptir (75). Diyabet eğitiminin glisemik kontrolde hayati öneme sahip olmasına rağmen bireylere verilen eğitimler yetersiz kalmaktadır. Acemoğlu ve

arkadaşlarının yaptığı (2006) çalışmada diyabetli hastaların büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı, yeterli eğitim verilmediği ve buna bağlı olarak komplikasyonlarında daha fazla görüldüğü sonucu elde edilmiştir (76). Ersoy ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da hastalara verilen eğitim sonrasında HbA1c, açlık ve tokluk kan şekeri ve sistolik kan basıncı değerlerinde düşme, HDL kolesterol düzeylerinde yükselme olduğu tespit edilmiş ve diyabetin kontrolünde eğitimin etkisi vurgulanmıştır (77). Özçakar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise diyabet ve komplikasyonları hakkında bilgi eksikliği olan bireylerin öz-bakımlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (78).

Diyabetli bireyin eğitiminde diyabet bakım ekibinin temel üyesi hemşireler etkin rol oynamaktadır. Hemşireler diyabet tedavisinin yönetimi ve diyabetlinin eğitimi konularında yeterli bilgi donanımına sahip olmalı ve bilgisini uygulamada yansıtabilecek beceri düzeyinde olmalıdır (60). Diyabet hemşiresi bireyin durumu, bakım gereksinimleri hakkında ayrıntılı veri toplarken aynı zamanda tedaviyi, bakımı, eğitimin verimini etkileyebilecek; kişisel, kültürel, psikososyal ve çevresel unsurları değerlendirmelidir (18).

2.2.4.4. İlaç Tedavisi

Diyabetin tedavisinde amaç hastaların kan glikoz düzeyinin kontrol altında tutulmasıdır ve bu amaç için uzun vadede hastaların çoğunluğu ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır. Teknolojik gelişmeler ve yapılan çalışmaların artmasıyla tedavi seçenekleri de artmaktadır (69).

Tip 2 diyabette hastaların tanı konulduğu andan itibaren egzersiz yapma, ideal kilo kontrolünü sağlama, diyetle uyum sağlama gibi yaşam tarzı değişikliklerini hayata geçirmesi gerekmektedir. Ancak tüm bu uygulamalar uzun dönemde glisemik kontrolün sağlanmasında yetersiz kalmakta ve hastaların çoğunluğu medikal tedaviye ihtiyaç duymaktadır (71, 79). Medikal tedaviyi içeren ajanlar oral antidiyabetikler (OAD) ve insülidir (80). Oral antidiyabetik ilaçlar, sadece diyet ve egzersiz ile tedavi edilemeyen tip 2 diyabetli hastalarda kullanılmaktadır (43). Tip 2 diyabetlilerde insülin direnci, bozulmuş insülin sekresyonu, ve/veya hepatik glikoz üretiminde artış bulunmaktadır. Oral antidiyabetik ilaçlarla bu defektlerin bir ya da

bir kaçının giderilmesi hedeflenmektedir. Tek ilaç kullanılarak glisemik düzey için belirlenen hedeflere ulaşılamıyorsa kombine tedavilere geçilir. Kombine tedavi ile de istenen glisemik hedeflere ulaşılamıyorsa insülin tedavisine başlanması gerekir (42). Tip 2 diyabetli bireylerin yaklaşık %58'i dışarıdan insülin almak durumunda kalmaktadır (51). Ergin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada glisemik kontrolde başarılı olan bireylerin büyük çoğunluğunun oral antidiyabetik kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (81).

İnsülin kullanan diyabetli bireyin tedavisinde amaç; fizyolojik insülin salınımını taklit ederek hiperglisemik semptomları ortadan kaldırmak, uzun dönemde diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarını önlemek veya geciktirmek, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Sürekli olarak geliştirilen insülin tipleri ve insülin enjeksiyon sistemleri ile bu hedeflere daha kolay, güvenli ve etkili şekilde ulaşılmaya çalışılmaktadır (42). İnsülin kullanma sürecinde de hemşire hastayı kapsamlı bir şekilde bütüncül olarak değerlendirmeli, medikal tedavinin doğru yapılması, doğru enjeksiyon uygulama, doğru dozun uygulanması, insülinin doğru koşullarda saklanması, insülin etkisini değiştiren faktörler ve gelişebilecek akut komplikasyonlar, hipo-hiperglisemi belirtileri ve belirtiler fark edildiğinde yapılması gerekenler hakkında yeterli bilgi vermelidir. Hemşirenin sürekli danışmanlığında olan ve hastalık hakkında bilgilendirilen birey bakımına aktif katılmada istekli olmakta ve tedavide istenilen sonuca ulaşabilmektedir (51). İnsülin kullanan hastaların eğitiminde hemşirelerin rolünün çok büyük olduğu çalışmalarla desteklenmektedir. Okuyan ve arkadaşlarının yaptığı (2014) çalışmada diyabetli hastaların yaklaşık yarısından fazlasının diyabet eğitimini hemşirelerden aldığı sonucuna ulaşılmıştır (82).

2.2.4.5. Hastanın Kendini İzlemesi

Diyabet tanısı alan hasta tedavisine evinde devam etmekte ve normal yaşamını sürdürmektedir. Hastanın diyabetine rağmen normal yaşamını sürdürebilmesi ve komplikasyonların gelişmemesi için diyabet ile yaşamasını öğrenmesi gerekir. Yalnız hastanın değil, aile bireylerinin de bu konuda bilgilencmeleri ve gerekli desteği vermeleri çok önemlidir (43). Kendi kendine izlem (self-monitoring) kavramı, diyabetlinin bakım sorumluluğunu üstlenerek bireysel diyabet bakım uygulamalarını

sürdürmesini ifade eder. Diyabet bakım ve tedavisinin temel taşı olarak da nitelendirilebilir. Bireysel izlem 1970’li yıllardan itibaren önem kazanmaya başlamıştır. Diyabet tedavisinde sağlanan teknolojik gelişmelerle birlikte laboratuvar testlerine ilave olarak diyabetlilerin de kendi kendilerine kanda ve idrarda glikoz, idrarda keton arama testlerini kolaylıkla, kısa sürede ve güvenilir biçimde yapabilmeleri sağlanmıştır (42).

Diyabet tedavisi bireyin kendi kendine bakım ve izlemini gerektiren, kronik hastalık olması sebebiyle bireylerde öz-bakım da isteksizlik ve tükenmişliğe yol açabilen ve büyük oranda hastanın hastalığa bakış açısına göre seyri değişen bir hastalıktır. Kişinin hastalığa bakış açısı bakım sorumluluğunu ne derecede üstleneceğini etkilemektedir. Diyabetli bireyin tedaviye uyumu ve bakım sorumluluğunu alması; tedaviye yanıt alma, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, glisemik kontrolün sağlanması ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde en önemli etkenlerdendir (83). Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada diyabetin hastaların hastalık algısını etkilediği gözlenmiş, ayrıca fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerine hastalığın etkisinin olduğunu düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır (84). Başka bir çalışmada da hastaların tedaviye uyumu ve pozitif tutumlarının glisemik kontrolün sağlanmasında olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (85). Ayalp’in yaptığı (2008) çalışmada da düzenli kan şekeri ölçümünün HbA1c seviyesinin kontrol altına alınmasında olumlu etkisinin olduğunu destekler nitelikte sonuçlar vermiştir (86). Bu nedenle diyabetli bireylerin kendi kan şekeri takiplerini öğrenmeleri ve uygulamaları hem komplikasyonların önlenmesinde hem de kişinin diyet, egzersiz, stresle baş edebilme gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum için motivasyonunu artırmada etkili olmaktadır (83).

2.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Hemşirenin Rolü

Günlük yaşam aktiviteleri bireylerin gün içerisinde bazılarını farkında olmadan, bazılarını ise farkında olarak, yaşam kalitesini yükseltmek için yaptığı, yaşam modelinde odak noktasını oluşturan aktivitelerin tümüdür (87). Roper ve arkadaşları, insanın günlük yaşamını sürdürürken gerekli yaşam aktivitelerini gözlemleyerek günlük yaşam aktivitelerini saptamışlardır. Yaşam modelinin bir bileşeni olan günlük yaşam aktiviteleri on iki bileşenden oluşmaktadır (19).

Bunlar;

Güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme

Günlük yaşam aktivitelerinden biri bireyin yaşamsal faaliyetlerini devam ettirebilmesi için gerekli güvenli çevrenin oluşturulması ve sürdürülmesidir ve bu bağlamda da yangından korunma, düşme ve kazalardan korunma, yasal bazı önlemlerin alınması gibi faaliyetlerin sürdürülmesini kapsar. Hemşirenin hastayı değerlendirirken çevresi ile birlikte ele alacağına bilincinde olması gerekmektedir (9, 88).

Hayatta kalmak ve diğer yaşam aktivitelerini sürdürmek için, güvenli çevreyi sürdüreceği faaliyetlerin olması zorunludur. Gerçekten her gün bu maksatla birçok faaliyet yapılırsa da; günlük yaşamın rutin bir parçası oldukları için, bilinçli enerji sarf edilmeden yapılmaktadırlar (89). Güvenli bir çevreyi sürdürmeyi hasta açısından bakarsak hastanın görme, işitme gibi sorunlarının olup olmadığı araştırılmalıdır. Hasta, hastane enfeksiyonları vb. zararlardan korunmalıdır (90). Bireyler için ev ve hastanede gerekli çevre düzenlemesi yapılarak uygun ortam hazırlanmalı, diyabetli bireylerin görmede azalma, enfeksiyona yatkınlık, yorgunluk durumları açısından risk altında olduğu ve travmalara açık olduğu unutulmamalıdır. (9, 88).

İletişim

İnsan aslında sosyal bir varlıktır ve hayatın büyük bir kısmı insanlarla herhangi bir yolda iletişim kurmayı içermektedir. Hastayla iletişimde hastanın iletişim kurmada herhangi bir güçlüğü olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, hasta ile ilk ilişkiye girildiği andan itibaren yapılmalıdır. Hastanın görme, işitme, konuşma ve algılama fonksiyonları gözlenmelidir. Bu fonksiyonlarda herhangi bir yetersizlik olduğunda hasta çevresi ile yeterli iletişim kuramayacağından hem tedavi hem de ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir. Doğası itibarıyla iletişim aktivitesi yaşamın önemli bir boyutu ve esası olan insan ilişkileri ve kişilerarası ilişkilerin tüm alanlarında geçerli olmaktadır (89,91). Ayrıca her insanın en temel gereksinimlerinden biri olan ve sosyal bir varlık olmanın ürünü olan iletişim hem bireyin tüm yaşamı boyunca ihtiyaçlarını ifade etmesinde hem de duygu paylaşımında önemli bir araç olarak yer almaktadır. Hemşire hastasıyla iletişime

geçerken iletişimin tüm boyutlarını, iletişimin sadece sözlerle değil, beden hareketleri, mimikler ve dokunma ile de kurulacağını bilmeli, hastanın beden dilini de kapsamlı bir şekilde gözlemlemelidir. Aynı zamanda hemşire diyabetli bireylerin duyuşsal organ fonksiyonlarını değerlendirmeli, görme, işitme fonksiyonlarında azalma olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmalıdır (9).

Solunum

İnsanın yaşamı ile başlayan ve ölümü ile son bulan bir aktivitedir. Vücudun en küçük birimine kadar gerekli olan yaşamsal önem taşıyan oksijenin diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için de varlığı zorunludur. Netice olarak; diğer bütün yaşam aktiviteleri ve yaşamın kendisi tamamen solunuma bağlıdır (19, 89). Hastanın solunum aktivitesinin değerlendirilmesi için hemşire, hastanın solunum sıkıntısının nedenini saptamalı ve gerekli girişim için planını yapmalıdır. Yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesinde en temel işlevlerden solunum diyabetli hastalarda olumsuz etkilenebilmekte akciğer elastikiyetinde ve kapasitesinde azalmalar meydana gelebilmektedir. Ayrıca akciğer enfeksiyonlarına yatkınlık artmakta ve kişinin yeterli oksijenlenememesi bireyin günlük yaşam aktivitelerini, öz-bakımını ve beraberinde yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (92). Bu nedenle hemşire hastayı halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı gibi belirtiler yönünden gözlemlemeli, solunumun günlük yaşam aktivitelerini ve öz-bakımını karşılamada yeterli olup olmadığını değerlendirmelidir (9, 88).

Beslenme (Yeme-İçme) Aktivitesi

Her insanın yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmesi, sağlığını koruması, geliştirmesi ve enerji ihtiyacının karşılanabilmesi için beslenme aktivitesini yerine getirmesi gerekmektedir (93). Hastanın hastaneye kabulünde yeme-içmenin değerlendirmesi yapılır. Hasta, hastalığı nedeniyle özel bir diyet kullanıyor mu? Örneğin; tuz ya da protein kısıtlaması var mı? Allerjik olduğu besin maddeleri var mı? Sevdiği ve sevmediği yiyecekler nelerdir? vb. veriler ışığında hemşire, hastanın beslenmesine ilişkin sorunları saptar (89, 91).

Kişinin beslenme alışkanlıklarını etkileyen birçok faktör olmakla birlikte kişilerin beslenme şekilleri ve alışkanlıkları öz-bakım düzeyleri hakkında fikir elde etmemize

yardımcı olmaktadır (93). Sadece hastalıklardan korunmak için değil gelişen hastalıkların iyileşme sürecinde de çok önemli olan beslenme diyabet hastalığının kontrolünde de çok önemli bir yere sahiptir. Etkin glisemik kontrolün sağlanabilmesi için bireyin diyetine uyum göstermesi öz-bakımına önem verdiğinin göstergesidir. Bireylerin beslenme alışkanlıkları, kültürel özellikleri farklılık gösterdiği için diyetle uyum ve sağlıklı beslenme aktivitesini yerine getirme alışkanlığı kazanması için eğitim, bireyin var olan beslenme alışkanlığı, kültürü, var olan diğer hastalıkları ve kullandığı ilaçlar ve ekonomik durumu hakkında veri toplama ve sonra birey ile işbirliği yaparak diyetinin oluşturulması gerekmektedir. Aynı zamanda beslenmenin vücudumuz için önemi, beslenme ve glisemik kontrolün ilişkisi gibi konularda kapsamlı eğitim verme yapılması gereken önemli hemşirelik uygulamalarıdır (9, 94).

Boşaltım Aktivitesi

İnsan sağlığı için son derece önemli olan boşaltım aktivitesi aynı zamanda kişinin beslenmesi hakkında da fikir vermektedir. Bireyler normalde boşaltım aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirir ve öz-bakım düzeyi yüksek olan bireyler perine bakımlarını önemserler. Diyabetli bireylerde boşaltım alışkanlığı ve perine bakımı çok önemlidir. Diyabetli bireyler idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlığın artması kişisel hijyeni ve hijyen eğitimlerinin önemini arttırmaktadır. Hasta kişide, boşaltım alışkanlığını etkileyebilen ve değiştiren durumlar hemşire tarafından saptanmalı ve sorun yaratabilecek durumlar için gerekli önlemler alınmalıdır (9). Gizli ve özel (mahrem) bir alışkanlık olması nedeniyle boşaltımda, hemşirenin hastaya yaklaşımı gizliliğe saygılı biçimde olmalıdır (95, 89). Hastaların boşaltım alışkanlıkları ve hijyen uygulamaları değerlendirilmeli ve eğitimler verilmelidir. Aynı zamanda dışkıının özellikleri boşaltım sistemi disfonksiyonu olup olmadığı bireylerin mahremiyetlerine özen gösterilerek değerlendirilmelidir (9).

Hareket (Mobilizasyon)

Bireyin bağımsız yaşayabildiğinin en büyük göstergelerinden olan hareket aktivitesi günlük yaşamda vücut sağlığı ve bireyin var olan ihtiyaçlarını karşılayabilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Sağlıklı birey hareket aktivitesini yerine getirebilirken hastalık durumlarında bireylerin hareket fonksiyonlarında azalma ve

kayıplar meydana gelebilmektedir. Hareket yeteneğinin azalmasıyla birlikte hastaların solunum, beslenme, boşaltım gibi diğer aktiviteleri de olumsuz etkilenebilmektedir (88, 9). Hasta bireyde hareket, fiziksel, ruhsal ve sosyal etkenlerle kısıtlanabilir. Hemşire, hastada hareket sınırlılığının nedenini ve gereksinim türünü saptadıktan sonra uygun bakım işlevlerini planlar ve uygular (95, 89).

Diyabetli hastalar halsizlik, yorgunluk, görme duyma gibi duyuşal fonksiyonlarda azalma, ayak deformiteleri, ampütasyon gibi birçok nedenden dolayı hareket yeteneğinde azalmalar yaşayabilmektedir. Hareket yeteneği azalan bireyler öz-bakımlarını kendileri karşılayamadıkları için bağımlı ya da yarı bağımlı hale gelebilmektedir (9, 60, 88). Aynı zamanda hareket yeteneğinin azalması glisemik kontrolü olumsuz etkilemesi ve obezitenin insülin duyarlılığını azaltması diyabetli bireyler için hareket aktivitesinin önemini açıklamaktadır (60, 96).

Hemşirelerin ve sağlık ekibinin hastayı fiziksel aktivitenin diyabet kontrolü ve sağlık açısından önemi hakkında eğiterek yaşam tarzı değişikliği sağlanmalı, kişi için uygun kilo belirlenmeli, hareket kısıtlılığının olup olmadığı değerlendirilerek bakım planlanmalıdır (9, 96).

Çalışma ve Eğlenme

Birçok insan için, bir işe ve dinlenme gruplarına ait olma hissi, mücadele ve başarıdan memnuniyet ve can sıkıntısının giderilmesi bu yaşam aktivitesinin önemli yönleridir. Kişinin sağlığı ve refahı üzerinde hem çalışmanın hem eğlenmenin pozitif ve negatif etkileri vardır. Çünkü ikisi de fiziksel ve zihinsel aktivite içerir, her biri fiziksel ve zihinsel sağlığa pozitif katkıda bulunabilir. Tersine zorlanmış çalışma eksikliği (işsizlik veya emeklilik gibi) veya yetersiz eğlenme fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasına katkıda bulunabilir. Hasta kişide bu aktiviteyle ilgili bilgileri elde eden hemşire, gerekli yardımcı girişimleri uygulamaya koymalıdır (89, 95).

İnsanlar kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yaşamlarını devam ettirebilecek geliri elde edebilmek için çalışmakta ve beslenme giyinme barınma gibi ihtiyaçların yanı sıra eğlence ve boş zamanlarını değerlendirme aktivitelerine de zaman ayırmakta ve harcama yapmaktadırlar. Diğer günlük yaşam aktivitelerinde

olduğu gibi çalışma hayatı ve sosyal hayatta fiziksel ve ruhsal aktivitelerden oluşmakta, bireylerin sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etki yapabilmektedir. Hastalık sakatlık gibi kişiye iç ve sosyal yaşamından uzaklaştıracak veya yetersizliğe sebep olacak durumlar hastalarda rol kaybı ve yetersizlik hissine yol açmakta, eğlence ve sosyal aktivitelerden uzaklaşma çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olabilmektedir (88).

Kişisel Temizlik ve Giyinme

Bireyin zgüveni, sosyal sorumluluğu ve öz-bakımının en büyük göstergelerinden biri bireysel temizlik aktivitesini yerine getirme ve temiz görünümlü olmadır. Sa, tırnak, cilt ve perine temizliğini kapsayan bireysel temizlik aynı zamanda kişilerin sağlığı hakkında da bilgi vermektedir. Bireylerin hijyen uygulamaları sağlığı koruma, geliştirme, kendine güven ve rahat hissetmek için yapılan önemli aktivitelerdir. Kişilerin hijyen ve giyim uygulamaları kültür, sosyo-ekonomik durum, ailesi, arkadaşları, inançları, bilgi düzeyi, bireyin beden algısı ve sağlık durumundan etkilenerak şekillenmektedir. Bu nedenle bireylerin hijyen uygulamaları birbirinden farklıdır ve bireysel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlıktan sapma durumunda hasta tarafından yeterli yapılamayan hijyen ve giyim aktivitesi bağımlı ya da yarı bağımlı olarak karşılanmaktadır (9).

Diyabetli bireylerde kişisel hijyenin yanı sıra ayak bakımı ve hijyeni de çok büyük öneme sahiptir. Ayakların her gün yıkanıp kurulanması, yaralanmalardan korunması için uygun çorap ve ayakkabı seçimi, tırnakların düz olarak kesilmesi ayak sağlığı açısından önemli hijyen uygulamalarıdır (97). Sağlık ekibi bireyin hijyen değerlendirmesi için gerekli verileri toplamalı, bireyin hijyen alışkanlıkları, hangi sıklıkta yaptığı, hijyenini karşılamada herhangi bir engelinin olup olmadığı, deri bütünlüğu, yara olup olmadığı değerlendirilmeli, herhangi bir yetersizlik varsa belirlenerek hastayla işbirliği halinde hijyen gereksinimleri karşılanmalıdır (9, 60).

Beden Isısının Kontrolü

Beden ısısının normal sınırdaki tutulması birçok biyolojik olayın gerçekleşmesi ile mümkündür. Bu, canlı organizma için önemlidir. İnsan dokuları aşırı sıcak ve soğuk ısıda işlev ve yaşamlarını sürdüremezler, sonuçta her iki durumda da sıcak çarpması

ya da hipotermi, bazen de ölüm olabilir. Bu nedenle birey kendini aşırı sıcak ve soğuktan korumalıdır.

Hemşire, hastanın beden ısısının yükselip yükselmediğini anlamak için, hastanın rengi, terleyip terlemediği, solunum sayısının artıp artmadığı ya da titreme olup olmadığı, ellerin sıcak ya da soğuk oluşunu gözler. Hastanın beden ısısını normal sınırlarda tutmaya çalışır (89, 91). Vücut sıcaklığını artıracak ya da azaltacak faktörlerden kişiler kendilerini bazı aktivitelerde bulunarak korumaktadır. Sıcaklığı uygun ortamlarda bulunarak ve giyim aktivitesi ile bireyler vücut ısısının normal değerlerde olmasını sağlamaktadır. Bireylerin hastalık durumunda ısı kontrol mekanizmaları etkilenebilmekte ve beden ısısını korumak için yapacakları bilinçli aktivite eğilimleri azalabilmektedir. Diyabet hastalarında bakım veren hemşire tarafından vücut ısısı değerlendirilmeli ve kişinin vücut ısısını koruma eğilimi incelenmelidir (9).

Cinselliği İfade Etme

İnsanın varoluşundan bu yana var olan cinsellik doğum öncesinden başlayıp ömür boyu devam eden bir konudur. Genel olarak cinsiyet; bir kişiyi erkek ya da dişi olarak belirleyici olan cinsel organlar, üretilen hormonlar, emzirebilme ve doğum yapabilme özelliği gibi fizyolojik özelliklerin taşınmasına göre belirlenen durumdur.

Kadın cinsinin beden bilinci, bazı organların (meme, saç, uterus) kaybı ile olumsuz yönde etkilenirken, beden bilincinde cinsel simgeyi oluşturan organ kayıpları erkekte de aynı olumsuz deneyimi yaşatır (89, 91).

Diyabet hastalığı bireyleri birçok komplikasyonuyla etkilediği gibi cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açarak da etkileyen bir hastalıktır. Diyabetli bireylerde erkeklerin yaklaşık %50'si, kadınların ise yaklaşık %30'unda cinsel fonksiyon bozukluğuna rastlanmaktadır (98). Diyabet neden olduğu vajinal ve üriner enfeksiyonlarla da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (52).

Kronik hastalıkların bakımında önemli role sahip olan hemşire hasta ile etkin iletişime geçerek kapsamlı veri toplamalı, aile ve bireyleri ile birlikte değerlendirmelidir. Diyabetin ve diyabet tedavisinde kullanılan ilaçların cinsellik

üzerine etkileri, diyabet hastalarının karşılaştığı cinsel sorunlar hakkında bakım ekibinin ve hemşirenin yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gerekmektedir. Ayrıca hemşire hasta ve ailenin yaşam tarzı değişimine uyumunu sağlama, baş etme becerilerini değerlendirme ve geliştirme, güven ilişkisi içinde bireylerin cinsel yaşam ve cinsel uyumlarını değerlendirerek gerekli danışmanlığı sağlama becerisine sahip olmalıdır (99).

Uyku

Tüm canlı organizmaların birbirini takip eden aktivite ve uyku periyotları vardır. Yetersiz uyuyan insanlar rahatsızlık ve stresten yakınır ve bazı hastalık etkenleri fazla azalmış uykudan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, kişinin uyku alışkanlığı; uyku ortamı, yaşamdaki değişimleri gibi uykuyu etkileyen faktörler göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Hastanede yatma, gürültülü ve yabancı bir ortamda bulunma bireylerin uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bireylerin normal uyku alışkanlıkları, uykuyu azaltan ya da artıran faktörler, uyku öncesi yapılan uygulamalar değerlendirilmeli, elde edilen veriler ışığında nedene yönelik girişimler planlanmalıdır (9). Hemşire hastanın normal alışkanlıklarını, uyuyamadığı zaman genellikle hangi yollara başvurduğunu (örneğin; kitap, okuma, bir bardak sıcak süt ya da ıhlamur gibi içecekler içme gibi) araştırmalıdır (89, 90).

Uyku bireyin en önemli gereksinimlerinden biridir ve bireyi stresten koruyan ve rahatlatan nefes almak, yemek, içmek kadar gerekli olan bir aktivitedir. Sağlıklı kalabilmek için vazgeçilmez olan uyku birçok iç ve dış etkenden etkilenmektedir. Dağcı ve Yalın'ın (2013) yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerin diyabet yaşı ve beden kitle indeksi arttıkça gündüz uyuma artarken gece uyku kalitesinde azalma olduğu tespit edilmiştir (100). Diyabet tanısı hasta ve ailede hem travmaya neden olmakta hem de stresi artırmakta ve bireylerde depresif hastalıklara ve kaygı bozukluklarına sebep olabilmektedir (98).

Ölüm

Ölüm bilinmeyi temsil eden, çoğu insan için anksiyete, korku ve belirsizliğe neden olan er ya da geç yaşanacak bir kayıptır (101). Ölüm süreci tüm yaşam aktivitelerini etkileyen, giderek yaşamı sonlandıran noktayı oluşturmaktadır. Kimi görüşe göre doğumla başlayan ölüm olayı bazılarının yaşamını gölgelerken bazılarında da özel bir anlam kazandırmaktadır. Farklı kültür ve toplumlar ölümü farklı algılamaktadır. Ölmek üzere olan hastanın ve yakınlarının, hemşirenin destekleyici yaklaşımına gereksinimleri vardır. Bu aşamada hemşire hastanın fiziksel ve ruhsal gereksinimlerini karşılamaya özen gösterilmelidir. Hasta ve ailesi korkularını ve ölümle ilgili düşüncelerini ifade etmek istediklerinde, gerekli zaman ayırmalı, onlarla yakından ilgilenmelidir (91, 95).

2.4.Diyabet ve Öz-Bakım

Öz-bakım bireyin kendi bakım aktivitelerine etkin katılarak sağlığını koruma ve geliştirme çabasıdır (91, 102). Kasıtlı eylemlerle kendi kendini yönetme davranışı olan öz-bakım sadece bilgi değil bilgi ve becerinin bir arada bulunmasını gerektirir. Diyabetli bireylerin diyabet yönetiminde insülin, diyet ve aktivite gibi faktörler arasındaki ilişkiyi görebilmesi gerekmektedir (103). Bu durum onların öz-bakım becerilerini göstermektedir. Orem'e göre bir bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekir. Öz-bakım gücü; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama becerisidir (20, 21, 22). Diyabetli bireyin insülin ya da oral antidiyabetik ilaç tedavisini bilme, başlatma, sürdürme yönetme becerisi öz-bakım gücünün bir göstergesidir (22, 24, 25, 26).

Orem öz-bakım gücünün bireysel özelliklerle ilgili olduğunu belirtmektedir. Bu özellikler öz-bakım gücü güç bileşenleri olarak ifade edilmektedir. Öz-bakım gücü güç bileşenleri; kendine güven ve saygı, fiziksel enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi, anlama yeterliliği, motivasyon, öz-bakımı hakkında karar verebilme, teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi, algısal, bilişsel durumu ve iletişim becerisi, hedeflerine ulaşmak için öz-bakım davranışlarını düzenleme ve öz-bakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamına entegre etme becerisi olmak üzere on

başlıktan oluşmaktadır (22, 24, 104, 111,112). Diyabet durumunda yeni ortaya çıkan gereksinimlerin karşılanmasında bireyin bu özellikleri etkilidir (22). Diyabet tanısı alındığı andan itibaren bireyler öz-bakım sorumluluğunu alarak kilo kontrolü, metabolik kontrol, bireysel hijyen ve ayak bakımı uygulamalarını yerine getirebilir ve kendi sağlıklarını denetleyebilirler (60).

Diyabetli bireyin hastalıkla etkin bir şekilde başa çıkabilmesi için öz-bakım becerilerine, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenmesine ihtiyaç vardır. Diyabet bakımının %98'inin bireyin öz-bakımından oluşması hastanın kendi bakım sorumluluğunu almasının önemini ortaya koymaktadır (113). Hastalığın sorumluluğunu üstlenmesi için bireylerin hastalığın kontrolünün hastanın kendi elinde olduğunu, hayati önemini ve komplikasyonlarını bilmesi ve tedavinin başarısına inancının olması gerekmektedir.

Orem'in kuramının merkezinde hasta bireyin gereksinimleri ve bu gereksinimlerin karşılanmasında rol alan hemşirenin aktiviteleri vardır. Orem'e göre biyolojik sosyal, fizyolojik ve gelişimsel ihtiyaçlarından herhangi birini karşılamakta güçlük yaşayan bireyin tamamen ya da kısmen desteklenerek bakımlarının karşılanması öz-bakımdır. Orem öz-bakımlarını yerine getiremeyen bireylerin bu ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılama seviyesine ulaşana kadar desteklenmesinin hemşireliğin özel ilgi alanı olduğunu belirtmiştir (9).

2.5. Diyabetli Bireyin Öz-Bakımında Hemşirenin Rolü

Bireylerin öz-bakım yeteneği öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduğu durumlarda bakımın odağında bulunan hemşirelerin öz-bakım ihtiyaçlarını bireyinde katılımını sağlayarak karşılaması gerekmektedir (103).

Orem bireylerin biyolojik, fizyolojik, sosyal ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığında bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiş, hemşirelerin en temel görevleri arasında hastanın karşılanması gereken bakım gereksiniminin belirlenmesi ve karşılanması olduğunu vurgulamıştır (9). Hemşirelik; bireylerle kurduğu kişiler arası ilişkiler aracılığıyla insanlarla doğrudan iletişime geçen, hasta ve sağlıklı bireyle çalışırken yüz yüze etkileşim halinde olan ve doğrudan hizmet sunan bir meslek üyesidir. Bu yönüyle hastayı en kapsamlı tanıyan ve bütüncül olarak

değerlendirebilen hemşire bakım ve tedaviyi etkileyebilecek ve yönetebilecek odak meslek üyelerinden biridir (105). Öz-bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinin sağlanmasında hemşirenin tamamlayıcı, kısmen tamamlayıcı ve destekleyici eğitsel rolleri mevcuttur. Bu rolleri ile hemşire hastanın öz bakımını yeniden üstlenmesine kademeli olarak katkı sağlamaktadır (19).

Orem'e göre hemşirenin amacı bireyin ihtiyacı olan bakım gereksinimini birey kendine yetecek duruma gelene kadar karşılamak ve en kısa zamanda bağımsızlığını kazanmasına yardım etmektir. Diyabet tanısı alan veya hastalık oluşma riski yüksek olan bireylerin çeşitli tarama programlarına alınarak hastalığın yükü azaltılmakta veya diyabet hastalığının gelişimi önlenmektedir (106, 107). Hemşireler, hastaların tedavi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında ve bilgi gereksiniminin belirlenerek gerekli eğitimlerin verilmesinde, hastalarında bakıma dahil edilerek öz-bakımlarının güçlendirilmesine katkı sağlayarak sekonder koruma rollerini yerine getirirler. Aynı zamanda hemşire ekip işbirliği halinde çalışarak diyabetli bireylerin öz-bakımlarında bağımsızlık kazanmalarını ve rehabilite edilmelerini hedefleyen bakımları planlayıp uygulayarak, akut ve kronik komplikasyonların oluşumunu önleyerek tersiyer korumada da büyük rol almaktadırlar (60, 106). Diyabet Hemşireliği Derneği 2011 yılında diyabet hemşiresinin beş anahtar rolünden bahsetmiştir. Bunlar;

1. Profesyonel yükümlülük
2. Eğitim
3. Klinik uygulama
4. Yönetim
5. Mesleki sorumluluktur.

Hemşire diyabetli bireyin tedavi sürecinin başladığı andan itibaren bakımın verilmesi, yönetimi, diğer meslek üyeleri ve hasta/ailesine danışmanlık yaparak profesyonel yükümlülüğünü yerine getirmektedir. Diyabet hastası için en gerçekçi ve ulaşılabilir hedefleri belirledikten sonra hastanın hastalığın yönetimini kazanabilmesi

için bireysel veya grup eğitimleri yaparak hasta ve ailenin öğrenme düzeyine uygun eğitim aktivitesini sürdürmesi sağlanmaktadır (8, 60, 108).

Diyabet hemşiresi bireyin bakım planının yürütülmesinden direk sorumlu ekip üyesidir ve bireyi tedaviye başlamadan anamnez alarak kullandığı ilaçları, insülin uygulaması, tedavinin yan etkileri, gelişebilecek komplikasyonlardan korunma ve komplikasyonların erken belirtileri, ilaçların saklanması, doğru ve eksiksiz hasta kayıtlarının tutulması görevlerini yerine getirerek ve bakım standartlarını yükselterek diğer ekip üyeleri ile işbirliği halinde çalışarak kişilerin sağlık ve yaşam kalitelerini yükseltecek bakımı yürütmekle sorumludur (109, 110). Ayrıca birey ve aile ile iletişime geçen hemşire bireyden kapsamlı veri toplayarak bakım gereksinimlerini belirlemektedir. Bireyin diyabet hastalığı, tedavisi, komplikasyonları, beslenme ve diyetle uyumun önemi, diyabette egzersizin önemi, kan şekeri ölçümü ve diyabetik ayak bakımı konularında bilgi düzeyini değerlendirmek ve bilgi düzeyine göre gerekli eğitimleri vermek diyabet yönetiminde hemşirenin önemli sorumlulukları arasındadır. Aynı zamanda bireyin verilen eğitimleri yaşam tarzı haline getirmesi sağlanmalı, hastalık ve tedavisine uyumu değerlendirilmelidir (8).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde tedavi alan tip 2 diyabetli hastalarla yürütülmüştür. İlgili hastane toplam 400 yatak kapasiteli olup, dahiliye kliniğinde 17 yatak bulunmaktadır. Hastanede çalışan hemşire sayısı 299 olup bunların 6 tanesi dahiliye kliniğinde çalışmaktadır. Serviste toplam 3 dahiliye ve 1 endokrinoloji uzmanı çalışmakta ve 2 adet poliklinik hizmet vermektedir. Araştırma Temmuz 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında yürütülmüş olup Şubat 2016 tarihinde tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde yatarak tedavi gören 170 tip 2 diyabetli hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup 8 hasta ile yeterli iletişim kurulmadığından ve 12 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden dolayı araştırma 150 diyabetli birey ile tamamlanmıştır. Araştırma grubunda örnek genişliği 150 olarak alındığından, I. Tip hata miktarı 0.05 olarak alınarak testlerde puanlar arasında anlamlı bir fark hesaplanacağından Power Analizi sonucu güç 0.9912 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri;

-En az 6 ay ve üzeri diyabet tanısı alan,

-Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar.

Dışlama ölçütleri olarak; ölçekleri anlayabilecek ve doldurabilecek kooperasyona sahip olmama, işitme veya görme sorunu olması, çalışmaya katılmayı kabul etmeme olarak alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri, sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni, eğitim ve gelir durumları ve mesleği vb.) ve hastalıkları ile ilgili sorular (hastalık süresi, tedavi şekli, kontrol sıklığı, diyabet dışında başka hastalık varlığı, eğitim alma durumu, komplikasyonları bilme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve diyetine uyma durumu) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişken: Öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Araştırma verileri, kişisel bilgi formu (EK-I), KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK-II) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (EK-III) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-I): Araştırmacı tarafından literatür (11-15,28,-33) taraması ile oluşturulan kişisel bilgi formu; Tip 2 diyabetli hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni, çalışma ve gelir durumu) içeren 6 soru ve tip 2 diyabet hastalığına yönelik (hastalık süresi, düzenli ilaç kullanma durumu, diyetine uyma durumu, vb. oluşan 10 soru) içeren toplam 16 sorudan oluşmuştur.

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KGYAÖ) (EK-II): Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beslenme, giyinme, banyo yapma, mobilite, kontinans ve tuvalete gitme gibi öz-bakım aktivitelerindeki bağımlılık derecesini ölçmektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilir. GYA ölçeğine göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (114). Bu araştırmada alpha değeri 0.79 olarak bulunmuştur.

Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYAÖ) (EK-II): Lawton ve Brody'nin enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri indeksi;

telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Lawton-Brody enstrümantal günlük aktivite indeksine göre; 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (115). Bu araştırmada alpha değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-III): Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979) geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, Nahçıvan tarafından Türk toplumunda adölesanlara 1993 yılında uyarlanmış ve 35 maddeye indirgenmiştir. Ölçekte herbir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "Beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilmektedir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3,6,9,13,19,22,26 ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Bu ölçek, öz-bakım gücü kavramı ortaya atıldıktan sonra bu konuda geliştirilen ölçeklerin en sık kullanılanıdır. 35 maddeden oluşan bu ölçek, bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını ve kendilerini değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Ölçekte maksimum puan 140'dır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden (ÖBGÖ) alınan puanın yüksek olması bireyin öz-bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir (116,117). Bireyin "0"ya yakın puan alması öz-bakım gücü puanının düştüğünü, "140"ya yakın puan alması durumunda ise öz-bakım gücü puanının yükseldiğini göstermektedir. Nahçıvan ölçeğin alpha değerinin 0.89 olarak bulunduğunu belirtmiştir (118). Bu araştırmada da alpha değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, kişisel bilgi formu, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri, Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından, Dahiliye Kliniğinde tip 2 diyabet tanısıyla yatan ve örneklem kriterlerini karşılayan hastalar

ile bire bir görüşülerek doldurulmuş ve hastalara gerekli açıklamalar yapılmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde ve ortalama olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını anlamak amacıyla Shapiro – Wilk analizi yapılmış ve verilerin normal dağılıma uymadığı görüldüğünden nonparametrik analizlerin uygulanmasına karar verilmiştir. Bu analizler; Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Korelasyon Analizi testleri olarak belirlenmiştir. Anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı alındıktan sonra (EK-IV), Kastamonu 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 alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik

Bu araştırma Kastamonu ili Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde tip 2 diyabet tanısıyla tedavi alan bireylerle sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 1 incelendiğinde, araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin %35.3'ünün 60-69 yaş grubunda, % 64.7'sinin kadın, % 76'sının evli olduğu, % 40'ının okur-yazar olmadığı, % 86.7'sinin çalışmadığı, % 66'sının gelirinin giderine eşit olduğu ve yaş ortalamalarının 61.73 ± 11.50 olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
Yaş		
39 ve ↓	4	2.7
40-49	18	12.0
50-59	32	21.3
60-69	53	35.3
70 ve ↑	43	28.7
Cinsiyet		
Kadın	97	64.7
Erkek	53	35.3
Medeni Durum		
Evli	114	76.0
Bekar	2	1.3
Boşanmış/Dul	34	22.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	60	40.0
Okur-yazar/ilkokul	60	40.0
Ortaokul	17	11.3
Lise-üniversite	13	8.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	13.3
Çalışmıyor	130	86.7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	30	20.0
Gelir gidere eşit	99	66.0
Gelir giderden fazla	21	14.0
Yaş (Ort. ±SS)	61.73±11.50	
TOPLAM	150	100.0

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin %40.7'sinin hastalık süresinin 11 yıl ve üzeri, %28.7'sinin diyabeti önce oral antidiyabetiklerle şimdi ise insülinle tedavi ettiği, %63.3'ünün rahatsızlandıkça diyabet kontrolü yaptırdığı belirlenmiştir. Hastaların %76.7'sinin daha önce diyabete ilişkin eğitim aldığı, %54'ünün diyabete ilişkin daha fazla eğitim almak istediği, %52.7'sinin hastalığın komplikasyonlarını bildiği, %82.7'sinin diyabet dışında başka hastalığı olduğu, %85.3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %34.7'sinin kan şekerini düzenli kontrol ettirdiği, %40.7'sinin diyetine uyduğu görülmektedir.

Tablo 2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Hastalığa Ait Özellikler	S	%
Hastalık Süresi		
1 yıldan az	8	5.3
1-5 yıl	35	23.3
6-10 yıl	46	30.7
11 yıl ve üzeri	61	40.7
Diyabeti Tedavi Şekli		
Oral Antidiyabetikler	26	17.3
İnsülin	30	20.0
Daha önce Oral Antidiyabetikler şimdi İnsülin	43	28.7
Fizik Egzersiz, Diyet ve Oral Antidiyabetikler	16	10.7
Oral Antidiyabetikler + İnsülin	35	23.3
Diyabet Kontrol Sıklığı		
Rahatsızlandıkça	95	63.3
Ayda bir kez	17	11.3
2 ayda bir kez	9	6.0
3 ayda bir kez	16	10.7
6 ayda bir kez	8	5.3
Yılda bir kez	5	3.4
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Alan	115	76.7
Almayan	35	23.3
Daha Fazla Eğitim Almayı İsteme Durumu		
İsteyen	81	54.0
İstemeyen	69	46.0
Hastalığın Komplikasyonlarını Bilme Durumu		
Bilen	79	52.7
Bilmeyen	71	47.3
Diyabet Dışında Başka Hastalığın Olma Durumu		
Olan	124	82.7

Tablo 2'nin devamı

Olmayan	26	17.3
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	128	85.3
Hayır	22	14.7
Kan Şekerini Düzenli Kontrol Ettirme Durumu		
Evet	52	34.7
Hayır	60	40.0
Bazen	38	25.3
Diyete Uyma Durumu		
Evet	61	40.7
Hayır	89	59.3

Tablo 3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeyleri ve Puan Ortalamaları (n=150)

Katz Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeyleri (GYA)	Sayı	%	Ort±SS
Bağımlı (0-6 puan)	-	-	-
Yarı bağımlı (7-12 puan)	4	2.7	11.50±0.58
Bağımsız (13-18 puan)	146	97.3	16.84±1.63
Toplam	150	100.0	16.93±1.82
Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Düzeyleri (EGYA)	Sayı	%	Ort±SS
Bağımlı (0-8 puan)	-	-	-
Yarı bağımlı (9-16 puan)	37	24.7	13.00±2.095
Bağımsız (17-24 puan)	113	75.3	21.53±2.402
Toplam	150	100.0	19.43±4.360

GYA açısından araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin %97.3'ünün bağımsız, EGYA açısından ise % 24.7'sinin yarı bağımlı, % 75.3'ünün bağımsız düzeyde olduğu belirlenmiştir. GYA puan ortalamasının 16.93±1.82 ve EGYA puan ortalamasının ise 19.43±4.360 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%	GYA Sıra Ortalaması	EGYA Sıra Ortalaması
Yaş				
39 ve ↓	4	2.7	110.50	121.00
40-49	18	12.0	98.94	115.58
50-59	32	21.3	98.59	89.41
60-69	53	35.3	76.58	78.25
70 ve ↑	43	28.7	43.92	40.74
Test ve anlamlılık			KW=47.024 p=.000**	KW=51.940 p=.000**
Cinsiyet				
Kadın	97	64.7	74.38	75.05
Erkek	53	35.3	77.56	76.32
Test ve anlamlılık			z=-.467 p=.641	z=-.173 p=.863
Medeni Durumu				
Evli	114	76.0	81.68	81.58
Bekar	2	1.3	110.50	117.75
Boşanmış/Dul	34	22.7	52.71	52.62
Test ve anlamlılık			KW=15.385 p=.000**	KW=13.884 p=.001**
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	60	40.0	70.22	56.71
Okuryazar/ilkokul	60	40.0	71.58	81.87
Ortaokul	17	11.3	84.26	95.47
Lise-Üniversite	13	8.7	106.50	106.73
Test ve anlamlılık			KW=10,305 p=.016*	KW=23,373 p=.000**
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	20	13.3	78.65	79.65
Çalışmıyor	130	86.7	75.02	74.86
Test ve anlamlılık			U=1237.000 p=.704	U=1217.000 p=.642
Gelir Durumu				
Geliri giderinden az	30	20.0	60.93	58.73
Geliri giderine eşit	99	66.0	79.19	79.63
Geliri giderden fazla	21	14.0	78.93	80.00
Test ve anlamlılık			KW=5.002 p=.082	KW=5.721 p=.057

*p<0.05 **p<0.01

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin yaşlarına göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, 39 yaş ve altı ve 40-49 yaşındakilerin 60-69 yaş ve 70 yaş ve üzerinelere göre, 60-69 yaşındakilerin 70 yaş ve üzerinelere göre GYA puanlarının daha yüksek olduğu, 39 yaş ve altındakilerin 60-69 yaşındakilerin 70 yaş ve üzerinelere göre, 40-49 yaşındakilerin 50-59 yaş, 60-69 yaş ve 70 yaş ve üzerinelere göre, 50-59 yaş ve 60-69 yaşındakilerin 70 yaş ve üzerinelere göre EGYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. 70 yaş ve üzeri olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı oldukları görülmektedir.

Tip 2 diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu evli olanların boşanmış-dul olanlara göre, bekar olanların evli olanlara ve boşanmış-dul olanlara göre GYA puanlarının daha yüksek olduğu, evli ve bekar olanların boşanmış-dul olanlara göre EGYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Boşanmış-dul olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin eğitim durumlarının GYA ve EGYA ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu lise-üniversite mezunu olanların okuryazar olmayanlara ve okuryazar-ilkokul mezunu olanlara göre GYA puanlarının daha yüksek olduğu, okuryazar-ilkokul, ortaokul ve lise-üniversite mezunu olanların okuryazar olmayanlara göre EGYA puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lise-üniversite mezunlarının günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli hastaların cinsiyetlerine, çalışma ve gelir durumlarına göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Entrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)

Hastalığa ait özellikler	Sayı	%	GYA Sıra Ortalaması	EGYA Sıra Ortalaması
Hastalık Süresi				
1 yıldan az	8	5.3	86.50	114.38
1-5 yıl	35	23.3	76.59	85.53
6-10 yıl	46	30.7	89.22	93.93
11 yıl ve üzeri	61	40.7	63.09	50.75
Test ve anlamlılık			KW=11.981 p=.007*	KW=37.230 p=.000**
Diyabeti Tedavi Şekli				
Oral Antidiyabetik	26	17.3	71.69	72.23
İnsülin	30	20.0	67.80	68.07
Daha önce Oral Antidi-yabetikler şimdi insülin	43	28.7	88.43	84.67
Fizik egzersiz, diyet ve Oral Anti Diyabetik	16	10.7	61.17	71.87
Oral Anti diyabetikler+insülin	35	23.3	74.19	73.03
Test ve anlamlılık			KW=8.619 p=.125	KW=4.849 p=.435
Diyabet Kontrol Sıklığı				
Rahatsızlandıkça	95	63.3	72.51	72.83
Ayda bir kez	17	11.3	62.97	67.32
2 ayda bir kez	9	6.0	74.72	71.61
3 ayda bir kez	16	10.7	91.56	89.25
6 ayda bir kez	8	5.3	91.00	99.69
Yılda bir kez	5	3.3	100.10	78.30
Test ve anlamlılık			KW=7.920 p=.161	KW=5.259 p=.385
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu				
Alan	115	76.7	73.53	73.70
Almayan	35	23.3	81.99	81.41
Test ve anlamlılık			z=-1.099 p=.272	z=-.931 p=.352
Daha Fazla Eğitim Almayı İsteme Durumu				
İsteyen	81	54.0	83.46	88.77
İstemeyen	69	46.0	66.15	59.92
Test ve anlamlılık			z=-2.649 p=.008*	z=-4.102 p=.000**

Tablo 5'in devamı				
Hastalığın Komplikasyonlarını Bilme Durumu				
Bilen	79	52.7	84.94	82.39
Bilmeyen	71	47.3	64.99	67.84
Test ve anlamlılık			$z=-3.059$ $p=.002^{**}$	$z=-2.072$ $p=.038^*$
Diyabet Dışında Başka Hastalığın Olma Durumu				
Olan	124	82.7	69.54	71.98
Olmayan	26	17.3	103.92	92.31
Test ve anlamlılık			$U=873.000$ $p=.000^{**}$	$U=1175.000$ $p=.028^*$
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu				
Evet	128	85.3	74.71	74.12
Hayır	22	14.7	80.09	83.52
Test ve anlamlılık			$U=1307.000$ $p=.559$	$U=1231.500$ $p=.343$
Kan Şekerini Düzenli Kontrol Ettirme Durumu				
Evet	52	34.7	90.88	81.72
Hayır	60	40.0	63.30	69.81
Bazen	38	25.3	73.71	75.97
Test ve anlamlılık			$KW=13.427$ $p=.001^{**}$	$KW=2.151$ $p=.341$
Diyete Uyuma Durumu				
Evet	61	40.7	81.04	79.22
Hayır	89	59.3	71.70	72.95
Test ve anlamlılık			$z=-1.409$ $p=.159$	$z=-.879$ $p=.379$

* $p<0.05$. ** $p<0.01$

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık süresi ile GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, 6-10 yıldır hasta olanların 11 yıl ve üzerinden beri hasta olanlara göre GYA puanlarının daha yüksek olduğu, 1 yıldan daha az, 1-5 yıl, 6-10 yıldır hasta olanların 11 yıl ve üzerinden beri hasta olanlara göre EGYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalık süresi 6-10 yıl olan bireylerin GYA, hastalık süresi 1 yıldan daha az olan bireylerin ise EGYA'nde daha bağımsız olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet konusunda daha fazla eğitim alma isteğine göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Daha fazla eğitim almak isteyenlerin istemeyenlere göre GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin hastalığın komplikasyonlarını bilme durumu ile GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastalığın komplikasyonlarını bilenlerin bilmeyenlere göre GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bireylerin diyabet dışında başka hastalığın olma durumuna göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Diyabet dışında başka hastalığı olmayanların olanlara göre GYA ve EGYA puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin kan şekerini düzenli kontrol ettirme durumuna göre GYA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, kan şekerini düzenli kontrol ettirenlerin ettirmeyenlere göre GYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabeti tedavi şekli, diyabet kontrol sıklığı, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma, ilaçlarını düzenli kullanma, diyete uyma durumlarına göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca bireylerin kan şekerini düzenli kontrol ettirme durumu ile EGYA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)

Sosyo-Demografik özellikler	Sayı	%	Öz-Bakım Gücü Sıra Ortalaması
Yaş			
39 ve ↓	4	2.7	115.38
40-49	18	12.0	77.47
50-59	32	21.3	76.17
60-69	53	35.3	77.81
70 ve ↑	43	28.7	67.62
Test ve anlamlılık			KW=4.984 p=.289
Cinsiyet			
Kadın	97	64.7	70.43
Erkek	53	35.3	84.77
Test ve anlamlılık			z=-1.933 p=.053
Medeni Durum			
Evli	114	76.0	81.17
Bekar	2	1.3	116.25
Boşanmış/Dul	34	22.7	54.09
Test ve anlamlılık			KW=11.968 p=.003**
Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	60	40.0	62.88
Okuryazar/ilkokul	60	40.0	75.09
Ortaokul	17	11.3	93.76
Lise-Üniversite	13	8.7	111.77
Test ve anlamlılık			KW=17.148 p=.001**
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	20	13.3	86.05
Çalışmıyor	130	86.7	73.88
Test ve anlamlılık			U=1089.00 p=.243
Gelir Durumu			
Geliri giderinden az	30	20.0	66.90
Geliri giderine eşit	99	66.0	78.58
Geliri giderden fazla	21	14.0	73.29
Test ve anlamlılık			KW=1.727 P=.422

* p<0.05 . **p<0.01

Tablo 6 incelendiğinde; tip 2 diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu bulunmuştur. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu bekar olanların evli olanlara ve boşanmış-dul olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bekar bireylerin öz-bakım davranışlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli hastaların eğitim durumu ile öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu lise-üniversite mezunu olanların okuryazar olmayanlara ve okuryazar-ilkokul mezunu olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrenim durumunun seviyesi öz-bakım davranışlarını artırmada etkili olmuştur.

Bireylerin yaşlarına, cinsiyetlerine, çalışma ve gelir durumlarına göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 7. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)

Hastalığa ait özellikler	Sayı	%	Öz-Bakım Gücü Sıra Ortalaması
Hastalık süresi			
1 yıldan az	8	5.3	91.69
1-5 yıl	35	23.3	85.89
6-10 yıl	46	30.7	85.27
11 yıl ve üzeri	61	40.7	60.05
Test ve anlamlılık			KW=13.162 p=.004**
Diyabeti Tedavi Şekli			
Oral Antidiyabetik	26	17.3	62.83
İnsülin	30	20.0	84.45
Daha önce Oral Antidi-yabetikler şimdi insülin	43	28.7	82.50
Fizik egzersiz. diyet ve Oral Anti Diyabetik	16	10.7	77.47
Oral Anti diyabetikler+insülin	35	23.3	69.40
Test ve anlamlılık			KW=6.989 p=.221

Tablo 7'nin devamı			
Diyabet Kontrol Sıklığı			
Rahatsızlandıkça	95	63.3	72.79
Ayda bir kez	17	11.3	83.47
2 ayda bir kez	9	6.0	70.44
3 ayda bir kez	16	10.7	95.38
6 ayda bir kez	8	5.3	64.94
Yılda bir kez	5	3.3	62.30
Test ve anlamlılık			KW=5.350 p=.375
Daha Önce Diyabete İlişkin Eğitim Alma Durumu			
Alan	115	76.7	74.23
Almayan	35	23.3	79.69
Test ve anlamlılık			z=-.651 p=.515
Daha Fazla Eğitim Almayı İsteme Durumu			
İsteyen	81	54.0	83.70
İstemeyen	69	46.0	65.88
Test ve anlamlılık			z=2.505 p=.012*
Hastalığın Komplikasyonlarını Bilme Durumu			
Bilen	79	52.7	85.95
Bilmeyen	71	47.3	63.87
Test ve anlamlılık			z=3.108 p=.002**
Diyabet Dışında Başka Hastalığın Olma Durumu			
Olan	124	82.7	71.81
Olmayan	26	17.3	93.08
Test ve anlamlılık			U=1155.00 p=.023*
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu			
Evet	128	85.3	77.29
Hayır	22	14.7	65.07
Test ve anlamlılık			U=1178.500 p=.223
Kan Şekerini Düzenli Kontrol Ettirme Durumu			
Evet	52	34.7	89.37
Hayır	60	40.0	65.56
Bazen	38	25.3	72.22
Test ve anlamlılık			KW=8.660 p=.013*

Tablo 7'nin devamı			
Diyete Uyuma Durumu			
Evet	61	40.7	85.93
Hayır	89	59.3	68.35
Test ve anlamlılık			$z=-2.436$ $p=.015^*$

* $p<0.05$. ** $p<0.01$

Tablo 7'de bireylerin hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelenmiştir. Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık süresine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Farkın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Dunnett T3 Post Hoc testi sonucu hastalık süresi 1 yıldan daha az, 1-5 yıl, 6-10 yıldır hasta olanların 11 yıl ve üzeri hasta olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalık süresinin artması öz-bakım davranışlarında azalmaya yol açmıştır.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet konusunda daha fazla eğitim alma isteği ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Daha fazla eğitim almak isteyenlerin istemeyenlere göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diyabetli bireylerin hastalığın komplikasyonlarını bilme durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Hastalığın komplikasyonlarını bilenlerin bilmeyenlere göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet dışında başka hastalığın olma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu belirlenmiştir. Diyabet dışında başka hastalığı olmayanların olanlara göre öz-bakım gücü ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bireylerin kan şekerini düzenli kontrol ettirme durumu ile öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaynağını

anlamak amacıyla yapılan Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, kan şekerini düzenli kontrol ettirenlerin ettirmeyenlere göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyete uyma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Diyete uyanların uymayanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diyabetli bireylerin diyabeti tedavi şekline, kontrol sıklığına, daha önce diyabete ilişkin eğitim alma ve ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 8. Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeğinin Korelasyonu (n=150)

Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	Öz-Bakım Gücü Ölçeği	
	r	p
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	.237	.004*
Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	.673	.000*

*p<0.01

Günlük yaşam aktiviteleri ile öz-bakım gücü arasında doğru yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi arttıkça öz-bakım gücü davranışlarının da arttığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Diyabetin çok hızlı bir şekilde yayılması, bütün yaş gruplarında görülen bir hastalık olması, ilerleyen akut ve kronik komplikasyonlarına bağlı organ ve dokularda harabiyet oluşturması, tedavi maliyetinin yüksek olması ve ölüm nedenleri arasında ilk 5. sırada yer alıyor olması bu hastalığın küresel bir halk sağlığı sorunu olmasına neden olmaktadır (48, 119). Bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan tip 2 diyabetli bireylerin GYA açısından %97.3'ünün bağımsız düzeyde, EGYA'ne göre %24.7'sinin yarı bağımlı, %75.3'ünün bağımsız düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaşlı tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada da hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşadıkları, yardımcı alet kullanarak fiziksel yetersizliklerini tamamlamaya çalıştıkları belirlenmiştir (11). Wu ve ark. sağlıklı bireylerle diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını değerlendirdikleri çalışmada, diyabetli bireylerin %74'ünden fazlasında temel günlük yaşam aktivitelerinde, %50'den fazlasında ise yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik olduğunu bulmuşlardır (120). Yapılan birçok çalışmada da hastaların GYA ve EGYA'ndeki bağımlılık ve bağımsızlık durumunun değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir (13-17, 121-123). Farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi hastaların GYA'nde daha bağımsız, EGYA'nde ise daha bağımlı oldukları görülmektedir. Bu araştırma bulguları da yapılan çalışma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Tip 2 diyabetli bireylerin yaşlarına göre GYA ve EGYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 70 yaş ve üzeri bireylerin GYA ve EGYA'nde daha bağımlı oldukları belirlenmiştir. Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada da yaş arttıkça enstrümantal günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu görülmektedir (124). Diyabetli yaşlı bireylerin yaşla birlikte anlamlı düzeyde fonksiyonel düzeylerinde azalma saptanmıştır (125). Yaşın ilerlemesi ile vücut fonksiyonlarında birçok değişikliğin oluşmasına bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde de bağımlılık düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin cinsiyetlerine göre GYA ve EGYA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Doğan ve Ünsar'ın (2015) yaptığı çalışmada ise hastaların cinsiyeti ile GYA arasında anlamlı fark varken, EGYA arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (126). Gümüş ve Ünsal'ın (2014) yaptığı çalışmada ise cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında kadınların GYA ($p<0,05$) ve EGYA ($p>0,05$) ölçeği puan ortalamaları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (12). Yapılan diğer çalışmalarda da araştırma bulgumuza benzer şekilde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (127, 128). Günlük yaşam aktiviteleri tüm bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için hayati önem taşıdığından dolayı cinsiyetin günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği düşünülmektedir.

Tip 2 diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre GYA ve EGYA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da araştırma bulgumuza benzer şekilde medeni durum ile GYA ve EGYA puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (12). Başka bir çalışmada ise dul/bekâr yaşlıların, evlilere göre GYA'nde ve EGYA'nde daha bağımlı oldukları belirlenmiştir (14).

Bireylerin eğitim durumlarına göre GYA ve EGYA puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu belirlenmiştir. Lise-üniversite mezunlarının GYA ve EGYA puanının diğer gruplara göre daha yüksek, okur-yazar olmayanların ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan bir çalışmada da eğitim almayan bireylerin GYA ve EGYA ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (12). Özkes (2014)'in yaptığı çalışmada ise büyükşehirde yaşamak, yüksek eğitilmiş olmak ve evde yaşamının günlük yaşam aktivite puanlarını arttırdığı belirlenmiştir (129). Bireylerin eğitim düzeyinin onların günlük yaşam aktivitelerini bağımsızca gerçekleştirilmede önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin çalışma durumlarına göre GYA ve EGYA puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da yapılan işin GYA'ni etkilediği fakat EGYA'ni etkilemediği

belirlenmiştir (12). Bireylerin çalışma durumu bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bazen bağımsızlığa bazen de bağımlılığa neden olacağı düşünülmektedir.

Gelir durumunun GYA ve EGYA puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. Gümüş ve Ünsal'ın (2014) yaptığı çalışmada da gelir durumunun GYA'ni etkilediği fakat EGYA'ni etkilemediği belirlenmiştir (12). Gelir durumu da bireyler arasında değişkenlik gösterdiğinden dolayı günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir.

Hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olan bireylerin GYA ve EGYA puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık süresine göre GYA ve EGYA puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Meksikalı Amerikalılarda diyabetin fonksiyonel durumu üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada da diyabet süresindeki artışın günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan zorlukta artışa neden olduğu belirtilmiştir (120). Hastalık süresi arttıkça hastalığa yönelik komplikasyonlarda artışa yol açacağından dolayı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsızca gerçekleştirmelerine engel olacağı düşünülmektedir.

Diyabetin tedavi şeklinin GYA ve EGYA puanını etkilemediği belirlenmiştir. Diyabetin tedavisinde amaç hastaların kan glikoz düzeyinin kontrol altında tutulmasıdır ve bu amaç için uzun vadede hastaların çoğunluğu ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır (69). Hastaların çoğunluğunun daha önce oral antidiyabetikler şimdi ise insülin kullanmaları bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet kontrol sıklığı durumuna göre GYA ve EGYA puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Hastaların çoğunluğu rahatsızlandıkça kontrollere gittikleri için bu durumun günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği düşünülmektedir.

Diyabet bakım ve tedavisi ekip yaklaşımını gerektirir. Diyabetli birey, hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve gerektiğinde alanında uzmanlaşmış diğer sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmeli ve izlenmelidir (42). Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumuna göre GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Günlük yaşam aktiviteleri gereksinimleri bütün bireyler için aynı olduğu için bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerden diyabete yönelik daha fazla eğitim almak isteyenlerin GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim almanın bireylerde farkındalığı artırması ve davranış değişikliği oluşturması bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Diyabet tüm insanlığı tehdit eden bir sağlık sorunudur ve aynı zamanda kronik bir hastalıktır. Kontrol altına alınamadığında hastalar uzun vadede ortaya çıkan komplikasyonlar ve bunların yol açtığı sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar (130). Hastalığın komplikasyonlarını bilenlerin bilmeyenlere göre günlük yaşam aktiviteleri puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyabetin komplikasyonlarını bilen hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız oldukları bilinmektedir. Ayrıca diyabetin ve komplikasyonlarının önemli bir kısmının alınacak önlemler ve uygun müdahalelerle önlenebileceği veya geciktirilebileceği bilinmektedir (1).

Bireylerin diyabet dışında başka bir kronik hastalığının olma durumunun GYA ve EGYA puanını etkilediği belirlenmiştir. Diyabet dışında başka kronik hastalığı olmayanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Osteoartritli hastalarla yapılan bir çalışmada da osteoartrite eşlik eden en az bir kronik hastalığı olan bireylerin GYA ölçek puanı kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (12). Yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalık sahibi olmanın, GYA ve EGYA’nde bağımlılığı arttırdığı belirlenmiştir (14).

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile GYA ve EGYA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin ilaç kullanması günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı arttırdığı belirlenmiştir (14). Diyabetli bireylerin çoğunluğu ilaçlarını düzenli kullansa bile kan şekerini düzenli kontrol ettirmeme durumunun bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kan şekeri ölçümü tip 2 diyabetli bireylerin kan glikoz değerlerine ve aldıkları tedaviye göre değişiklik göstermekle birlikte başlangıçta hastalar çoğunlukla açlık ve yemek öncesi ölçüm yapmaktadır (83). Diyabetli bireylerin kan şekerini düzenli

kontrol ettirme durumlarının günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği belirlenmiştir. Ayalp'in yaptığı (2008) bir çalışmada da düzenli kan şekeri ölçümünün HbA1c seviyesinin kontrol altına alınmasında olumlu etkisinin olduğunu destekler nitelikte sonuçlar vermiştir (86). Hastaların çoğunluğunun kan şekerini düzenli ölçmemeleri bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Bireylerin diyetle uyuma durumunun GYA ve EGYA puanını etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da diyet yapmayan bireylerin GYA ölçeği puanı diyet yapanlara göre daha düşük bulunmuştur (12). Beslenme eğitimi diyabetin yönetiminin önemli bir parçasıdır. Uygun bir beslenme eğitimi HbA1c'de %1 oranında azaltma oluşturabilir (131). Ayrıca bu eğitimle iyi ve sağlıklı büyümeyi sağlayacak ve şişmanlığı engelleyecek enerji alımı da sağlanmalıdır (131). Diyabetli bireylerin yarıdan fazlasının diyetle uyum göstermemesi durumunun bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Diyabetli bireylerin yaşı ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Diyabetli bireylerle yapılan birçok çalışma sonucu da bu araştırmanın bulgularına benzerlik göstermektedir (32, 33, 132, 133). Ayrıca Aksel'in (2010) kronik hastalığı olan bireylerle, Altay ve Avcı'nın (2009) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmalarda da yaşla öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31, 134). Özkan ve Durna'nın (2006) diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada ise hastaların yaşı ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (135). Diyabetin yönetiminde hastalar öz-bakımın önemini farkında olmalarına rağmen çoğunun öz-bakım uygulamalarında zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Bunların nedenlerinden biri olarak yaşın ilerlemesi gösterilmiştir (28). Bu çalışmada bireysel özelliklerin yanı sıra hastalıkla ilgili özelliklerin öz-bakım gücünü etkilemede önemli olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin cinsiyeti ile öz-bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Gül ve arkadaşları (2010), Düzöz ve arkadaşları (2009), Yurtsever ve Kuyurtay (2005), Akyol ve Karadakovan' da (2002) çalışmalarında bu araştırmanın sonuçlarına benzer olarak cinsiyetin öz-bakımı etkilemediğini saptamışlardır (32, 133, 136, 137).

Orem'e göre, bir toplum büyük ölçüde yalnızca ortak coğrafi alanı ve çevreyi değil, yaşam biçimini düzenleyen ve yöneten kurumlarda ortak bir etkiyi ve ilgiyi paylaşan bir grup, birey ve aileden oluşur (138). Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu bulunmuştur. Bekar olan hastaların evli ve boşanmış-dul olanlara göre öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aksel'in (2010) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada da medeni durum ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (31). Yapılan birçok çalışmada ise öz-bakım gücü puanını medeni durumun etkilemediği belirlenmiştir (33, 133, 139, 140).

Tip 2 diyabetli bireylerin eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Lise-üniversite mezunu olan hastaların okuryazar olmayanlara ve okuryazar-ilkokul mezunu olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda da eğitim durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenirken (134, 141, 142), çoğu çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmediği belirlenmiştir (31-33, 124, 133, 137, 140). Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada olguların eğitim düzeyi arttıkça diyabete yönelik öz-yeterlilik düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir (139). Bir başka çalışmada da daha eğitilmiş olan hastaların öz-bakıma yönelik engellerinin daha az ve öz -bakımlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (30). Eğitim düzeyinin yüksek olması bireylerin diyabete yönelik öz-bakım davranışlarına olumlu etki yapmaktadır.

Bireylerin çalışma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan çalışmalarda da çalışma durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (31, 133, 136, 137, 139).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin gelir durumu ile öz-bakım gücü puanı arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada da gelir durumunun öz-bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir (31, 139, 140). Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada orta gelirli olan hastaların öz- bakımları yüksek olarak belirlenmiştir (30). Yapılan başka bir çalışmada da gelir durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (33).

Araştırmaya alınan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık süresine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi 1 yıldan daha az, 1-5 yıl, 6-10 yıl olanların 11 yıl ve daha fazla süre hasta olanlara göre öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada hastalık süresi ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31-33, 140). Özkan ve Durna'nın (2006) diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada da tanı süresi 0-5 yıl olan hastaların öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (135).

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabeti tedavi şeklinin öz-bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun daha önce oral antidiyabetikler şimdi ise insülin kullandığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan bir çalışmada da diyabeti tedavi şeklinin öz-bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir (33). Başka bir çalışmada da diyabetin yönetiminde öz-bakımın öneminin farkında olmalarına rağmen hastaların çoğu öz-bakım uygulamalarında zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir (28). Tip 2 diyabette oral antidiyabetik ilaçlar insülin tedavisinden daha sık kullanılmaktadır (143, 144). Diyabetli bireylerin, diyabetini başarılı bir şekilde yönetebilmesi için, hedeflerini belirlemesi ve günlük kararlar alması gerekir. Diyabet eğitimcilerinin girişim stratejileri; diyabetli bireylerin hedefleri, terapötik seçenekleri ve öz-bakım davranışları ile ilgili kararları alması ve kendi bakımlarında etkili olabilmesi için günlük diyabet bakım sorumluluğunu üstlenmeleri için geliştirilmelidir (35). Diyabetli bireyin diyabeti yönetmede hastalığına yönelik diğer özelliklerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Diyabet kontrol sıklığı ile öz-bakım gücü puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da araştırma bulgumuza benzer şekilde kontrol sıklığı ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31). Düzenli izlem diyabet gibi kronik bir hastalığı hafife almayıp uzun dönem yönetimin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Diyabetli hastaların bakımında sağlık personelinin özellikle de hemşirenin rolü çok önemlidir (4).

Daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Aksel'in (2010) yaptığı çalışmada da hastalıkla ilgili eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir

fark görülmemiştir (31). Düzöz ve arkadaşlarının (2009) tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmediği belirlenmiştir (32). Başka bir çalışmada ise diyabete yönelik daha az bilgisi olan hastaların öz-bakım davranışlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (30). Diğer bir çalışmada da öz-bakım davranışlarına yönelik bakım alan hastaların öz-bakım davranışlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (145). Tip 2 diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada ise hastalara verilen web tabanlı eğitim sonrasında öz-bakımlarında iyileşme olduğu belirlenmiştir (146). Diyabetin güçlendirilmesinde etkin öz-bakım davranışlarının, artan bilginin ilişkili olduğu gösterilmesine (147, 148) rağmen bu araştırmada daha önce diyabete yönelik eğitim alma durumunun öz-bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet konusunda daha fazla eğitim alma isteğine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Daha fazla eğitim almak isteyenlerin istemeyenlere göre öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada diyabetin yönetiminde öz-bakımın farkında olmalarına rağmen hastaların çoğu öz-bakım uygulamalarında zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir. Bunun nedenlerinden biri diyabete yönelik bilgi eksikliği olarak belirlenmiştir (28). Diyabetli bireyin öz-bakımını yapabilmesi için eğitici destekleyici ve geliştirici hemşirelik uygulamalarına gereksinimi vardır. Bu uygulamalar; destek olma, rehberlik etme, çevresel düzenleme yapma ve hastalık tedavisinin öğretimini içermektedir (22).

Diyabet ve komplikasyonlarının hastalara, ailelerine, sağlık sistemine ve ülkelere ekonomik yükü çok yüksektir (5). Diyabetli bireylerin hastalığın komplikasyonlarını bilme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Hastalığın komplikasyonlarını bilenlerin bilmeyenlere göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada komplikasyonun olup olmama durumu ile öz-bakım arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (140).

Diyabet dışında başka bir kronik hastalığın olma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu belirlenmiştir. Diyabet dışında başka hastalığı olmayanların olanlara göre öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu

görülmektedir. Yapılan bir çok çalışmada da başka hastalık varlığı ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31, 33, 134). Periton diyalizli hastalarla yapılan bir çalışmada ise herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (149).

İlaçlarını düzenli kullanma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan bir çalışmada da düzenli ilaç kullanma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31). Diyabetli bireyin glisemik kontrolünü sağlayabilmesi için düzenli sağlık kontrolüne gitmesi, kan glikoz düzeyini izlemesi, insülin ve ilaç tedavisine uyması, beslenme ve egzersizini düzenlemesi gerekir (22).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin kan şekerini düzenli kontrol ettirme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamaları açısından aralarında fark olduğu saptanmıştır. Kan şekerini düzenli kontrol ettiren bireylerin ettirmeyenlere göre öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan bir çalışmada da öz-bakımın glisemik kontrolü etkilediği belirlenmiştir (140). Başka bir çalışmada ise kan şekerini ölçme/takip etme ve diyet gibi öz-bakım davranışları ile ilaca uyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (148). Diyabetli hastalarla yapılan başka bir çalışmada da hastaların son bir hafta içinde diyabet öz-bakım aktiviteleri arasında en çok ayak bakımı ve kan şekeri ölçümü yaptıkları en az olarak fiziksel aktivitede buldukları belirtilmiştir (150). Diyabetli bireyin glisemik kontrolünü sağlayabilmesi için düzenli sağlık kontrolüne gitmesi, kan glikoz düzeyini izlemesi, insülin ve ilaç tedavisine uyması, beslenme ve egzersizini düzenlemesi gerekir (22). Bireylerin kan glikoz düzeyi izleminin daha güvenilir ve bilgi verici olmasının yanı sıra kendilerine diyabetlerinin tedavisinde aktif rol aldıklarını hissettirmesi, motivasyonlarını yükseltmesi ve glisemik kontrolün sürekliliğini sağlaması nedeniyle tercih ettikleri belirlenmiştir (42). Bu sonuca göre bireylerin öz-bakım davranışlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Tip 2 diyabetli bireylerin diyetle uyuma durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diyetle uyan diyabetlilerin uymayanlara göre öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada tip 2 diyabetli hastaların diyetlerine uyumlarının

daha iyi olduğu belirlenmiştir. Diyete uyum öz-bakım davranışları arasında yer almaktadır (151). Başka bir çalışmada ise diyete uyma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (31). Kan şekerini kontrol etme, diyetine uyma öz-bakım aktiviteleri arasında yer almaktadır (4).

Diyabette öz-bakım, toplumsal bağlamda diyabeti karmaşık doğasıyla hayatta öğrenerek bilgi ve farkındalık oluşturma sürecini geliştiren evrimsel bir süreçtir. Diyabet öz-bakım aktiviteleri başarılı bir şekilde diyabeti yönetmede diyabet riski altındaki insanların yaptıkları davranışlardır (4). Bu çalışmada diyabetli hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının 83.85 ± 17.87 olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada da bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (134, 141, 152). Başka bir çalışmada ise tip 2 diyabetli hastaların %28.2'sinde öz-bakıma yönelik problem yaşandığı belirlenmiştir (153). Diyabetin güçlendirilmesinde etkin öz-bakım davranışlarının, artan bilginin ve artan ilaca bağlılığının ilişkili olduğu gösterilmektedir (148).

Bu çalışmada günlük yaşam aktiviteleri ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde öz-bakımın önemli bir faktör olduğu ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerektiği (154), başka bir çalışmada ise tip 2 diyabetli yetişkinlerin öz-bakım davranışları için enstrümental yardımın önemini vurguladıkları saptanmıştır (155). Yine araştırma bulgumuza benzer şekilde yapılan çalışmalarda da kronik hastalığı olan hastalarda öz-bakım gücü, yaşam kaliteleri ve günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişkinin anlamlı olduğu bildirilmektedir (156, 157). Bu çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için yeterli öz-bakım gücüne sahip oldukları belirlenmiştir.

Tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bu çalışmada 70 yaş ve üzerinde olmanın, boşanmış-dul olmanın, okur-yazar olmamanın, hastalık süresinin 11 yıl ve üzeri olanların, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi almak istemeyenlerin, hastalığın komplikasyonlarını bilmeyenlerin, diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olanların ve kan şekerini düzenli kontrol ettirmeyenlerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerden bekar olanların,

lise-üniversite mezunu olanların, hastalık süresi 1 yıldan az olanların, hastalıkları hakkında daha fazla eğitim almak isteyenlerin, hastalığın komplikasyonlarını bilenlerin, diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olmayanların, kan şekerini düzenli kontrol ettirenlerin, diyetine uyanların öz-bakım gücünü etkilediği belirlenmiştir. Bu tanımlayıcı özellikler bu araştırmanın 2. ve 3. sorularının cevabını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

-Diyabetli bireylerin tamamına yakının GYA'nde, yarısından fazlasının ise EGYA'nde bağımsız oldukları,

-Bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının 83.85 ± 17.87 olduğu,

-Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden yaşın, medeni ve eğitim durumunun GYA ve EGYA'ni etkilediği,

-Hastalıkla ilgili özelliklerden hastalık süresinin, diyabetle ilgili daha fazla eğitim almayı isteme durumunun, hastalığın komplikasyonlarını bilme durumunun, kronik hastalık varlığı ile GYA ve EGYA arasında anlamlı bir fark olduğu, ayrıca kan şekerini düzenli kontrol ettirme durumunun sadece GYA'ni etkilediği,

-Medeni ve eğitim durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı bir fark olduğu,

-Bireylerin hastalığa ait özelliklerinden hastalık süresinin, diyabetle ilgili daha fazla eğitim almayı isteme ve hastalığın komplikasyonlarını bilme, kronik hastalık varlığı, kan şekerini düzenli kontrol ettirme ve diyetle uyuma durumunun öz-bakım gücünü etkilediği,

-Günlük yaşam aktiviteleri ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsızca sürdürebilmeleri için öz-bakım gücü aktivitelerinin desteklenmesi, hastaların yaşı, medeni ve eğitim durumu gibi bireysel ve hastalık süresi, hastalığın komplikasyonları, diyabet dışında başka hastalığın olma durumu gibi hastalıklarına özgü özellikleri göz önünde bulundurularak öz-bakıma yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, hemşirelerin diyabetli bireyleri daima desteklemesi ve düzenli izlemesi önerilebilir. Ayrıca diyabetin toplumda sık rastlanan bir hastalık olması nedeniyle hemşirelerin hasta ve risk altındaki bireyleri tespit edip, planlı eğitim programları düzenlemeleri önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Yayın No: 816.
2. Gulanick, M, Klopp, A, Galanes, S, Myers, J. L, Gradihar, D, Puzas, M. K. (2003). Nursing care plans. Nursing diagnosis and intervention. Fifty ed. Elsevier, *United States of America*, 993-1002.
3. World Health Organization: Diabetes- Factsheet. 2012.
4. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12-14.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı. (2011). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Anıl Matbaası, Yayın No:816.
6. Karadakovan, A., Eti Aslan F. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara: Akademi Kitabevi.
7. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler. Erişim: 15 Nisan 2015, http://www.tsn.org.tr/folders/file/Diyabet_2020_Sonuc_Dokumani.pdf
8. Olgun, N. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Hadımköy-İstanbul: Nobel Matbaacılık.
9. Ay, F. A. (2011). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler*. Hadımköy-İstanbul: Nobel Matbaacılık.
10. Uluslararası Diyabet Federasyonu. (2008). *Diyabet Sağlık Profesyonelleri İçin Uluslararası Eğitim Rehberi*. B-1000 Brussels, 30-45.
11. Şahin, Z. A., Şahin, M. (2014). Yaşlı diyabet hastalarının günlük yaşam aktivitelerine uyumu ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(3), 278-284.
12. Gümüş, K., Ünsal, A. (2014). Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20, 117-124.

13. Yıldırım, Y. K., Karadakovan, A. (2004). Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Türk Geriatri Dergisi*; 7(2), 78-83.
14. Bulucu, G. D., Ünsal, A. (2014). Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 577-587.
15. Tel, H., Tel, H. ve Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(1), 34-40.
16. Mollaoğlu, M. (2011). Diyaliz hastalarında yeti yitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz yeterlilik durumu. *TAF Prev Med Bull*, 10(2), 181-186.
17. Akça, A. S. D., Saraçlı, Ö., Emre, U., Atasoy, N., Güdül, S., Banu, B.Ö. ve ark. (2014). Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*, 51, 267-274.
18. Enç, N. (2014). Diyabetes Mellitus. İçinde: Enç, N., Alkan, H. Ö. (Editörler). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
19. Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., ve Atabek, T. (1996). *Hemşirelik Esasları*. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:225.
20. Orem, D. E., (2001). *Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications* (7 ed.), USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, 99-135.
21. Taylor, S. G., Geden, E., Isaramalai, S., ve Wongvatunya, S. (2000). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory:Its Philosophic Foundation and The State of The Science. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 103–110.
22. Avdal, E.Ü., Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve öz-bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *DEUHYO ED*, 3(3), 164-168.
23. American Diabetes Associaton (2009). Diagnosis and Classification of Diabetes. *Care Diabetes Journals*, 33(1), 62-69.

24. Dalton, J., Garvey, J., ve Samia, L.W. (2006). Evaluation of a diabetes disease management home care program. *Home Health Care Management Practice*, 18, 272.
25. Kumar, C. P. (2007). Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case of a women with diabetes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1-10.
26. Sousa, D.V., ve Zauszniewski, A. J. (2005). Toward a theory of diabetes self-care management. *The Journal Of Theory Construction &Testing*, 9(2), 61-67.
27. Gao, J, Wang, J., Zhu, Y, Yu, J. (2013). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health* 2013, 13:100. doi: 10.1186/1471-2458-13-100.
28. Zhou, Y., Liao, L., Sun, M. ve He, G. (2013). Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Experimental And Therapeutic Medicine* 5, 1137-1142.
29. Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Walker, R. J., Smalls, B.L., Davis, K.S. ve Egede, L.E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634.
30. Ayele, K., Tesfa, B., Abebe, L., Tilahun, T. ve Girma, E. (2012). Self care behavior among patients with diabetes in harari, eastern ethiopia: The health belief model perspective. *PLoS ONE*, 7(4), e35515. doi:10.1371/journal.pone.0035515.
31. Aksel, Ş. (2010). Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
32. Düzöz, G. T., Çatalkaya, D., ve Uysal, D. D. (2009). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 210-213.
33. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşilar, R. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1 - 9.

34. American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 36(1), 11-66.
35. Sürücü, H. A. (2014). Diyabet özyönetim eğitimi grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 46-51.
36. *2010-2020 Ulusal Diyabet Stratejisi Sonuç Dökümanı*. (01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2010).
37. Pan X. R., Li G. W., Hu Y.H., Wang J. X., Yang W. Y., An Z. X. ve ark.(1997). Bozulmuş glukoz toleransı olan kişilerde NIDDM önlenmesinde diyet ve egzersiz Etkileri. Da Qing IGT ve Diyabet Çalışması. *Diabetes Care*. Nisan; 20 (4), 537-544.
38. Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J. G., Valle T. T., Hämäläinen H. et al. Bozulmuş glukoz toleransı olan konular arasında yaşam tarzı değişiklikleri ile tip 2 diyabet önlenmesi. *N Engl J Med.*, 344 (18), 1343-1350.
39. Diabetes Prevention Program (2002). *Diabetes Care* 25, 2165-2171.
40. Taylan, S., Alan S., ve Kadioğlu S. (2011). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 66-74.
41. Emiroğlu, N. O. (2005). Bilim Etiği ve Sorumluluklar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 5-25.
42. Erol, Ö. (2013). Endokrin Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z. (Editör) İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
43. Birol, L. (2005). Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N., Birol, L. (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset. Ankara: 671-725.
44. Tosun, N., Satman İ., Erkoç, Y., Buzgan, T., Çom S., Keskinliç, B., et al. (2011-2014). *T.C Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı*. Ankara: Anıl Matbaası.
45. American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus diabetes care, 33(1). Erişim: 17 Ağustos 2015,

http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S62.full.pdf+html.

46. Birol, L. (2003). Pankreas Hastalıkları. İçinde: Akdemir N., Birol L., (Editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, İstanbul: Perspektif Baskı.
47. *IDF Diyabet Atlas Sixth Edition Güncelleme, 2014 Uluslararası Diyabet Federasyonu*. Erişim: 10.09.2015. https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
48. IDF Diabetes Atlas Seventh Edition International Diabetes Federation. Erişim: 19 Eylül 2015. <http://www.idf.org>.
49. Durna, Z. (2005). Diyabetin sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı. Erişim: 20 Eylül 2015, http://www.tdhd.org/dhd_kitap/02blm.pdf.
50. 2011 IDF Faliyet Raporu. Erişim: 25.09.2015, <http://www.idf.org/publications/idf-annual-report-2011>
51. Kaptan, G., Dedeli, Ö. (2012). Diyabetes Mellitus. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
52. Sağlam, H. (2004). Diyabet ve Enfeksiyonlar. *Güncel Pediatri*, 2, 44-52.
53. Yılmaz, C. (2002). Diyabetin komplikasyonları ve hemşirelik yaklaşımları. İçinde: Yılmaz C., Fadiloğlu Ç. (Editörler). *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, İzmir: Asya Tıp Yayıncılık.
54. Suhel Ashraff, M. A. (2013). Obesity and Insulin Resistance: Management in Diabetes. *Turk Jem*, 17, 57-62.
55. Aksoy, D. Y., ve Gürlek, A. (2004). Tip 2 Diyabetin tedavisinde yeni umut: Thiazolidinedionlar. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(3), 123-126.
56. Signs and Symptoms Of Diabetes. (2015).International Diabetes Federation. Erişim: 16.09.2015, <http://www.idf.org/signs-and-symptoms-diabetes>.
57. Avcı, E. ve Çakır, E. (2014). Diyabetes mellitusun mikrovasküler komplikasyonu: diyabetik nefropati. *Selçuk Tıp Dergisi*, 30(Ek Sayı-1), 15-18.
58. Parmaksız, İ. (2011). Diyabet komplikasyonlarında ileri glikasyon son ürünleri. *Marmara Medical Journal* , 24, 141-148.

59. Birol, L., (2011). Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N., Birol L. (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara. 707-725.
60. Yılmaz, C., Fadıloğlu, Ç. ve Çetinkalp, Ş. (2002). *Diyabet Hemşiresi El kitabı*. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık.
61. Oğuz, A., Gedik, O., Hatemi, H., Yılmaz, T., İmamoğlu, Ş., Kamel, N.ve ark. (2008). Glycemic control of turkish adult diabetic patients. *Turk Jem*, 12: 50-54.
62. Uysal, Y. ve Akpınar, E. (2013). Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fköltesi Dergisi*, 31-40.
63. Tanrıverdi, M. H., Çelepkolu, T., ve Aslanhan H. (2013). Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4(4), 562-567.
64. Coşansu, G., ve Erdoğan, S. (2009). 21. Yüzyılın sağlık krizi: diyabet. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 115-122.
65. Tekin, O., Erarslan, E., Işık, B., ve Özkara, A. (2002). Diyabetik hastalarda tedavi bariyerleri ve bunların glisemik kontroldeki önemleri. *Yeni Tıp Dergisi*, 24(2), 105-109.
66. Kurdak, S. S., ve Kurdak, H. (2015). Diyabet ve egzersiz. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*, 6(1), 68-75.
67. Çelik, S., ve Pınar, R. (2014). Diyabetli bireylerde insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 104-108.
68. Bahadır, Ç. T., ve Atmaca, H. (2012). Diyabet ve egzersiz. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* , 29, 16-22.
69. Hsueh, W. A., ve Moore, L. (2004). Glikoz kontrolü. *Tip 2 Diyabet Güncel Tanı ve Tedavi*, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık.
70. Ronal, A. Codario. (2005). Tip 2 Diyabet, Prediyabet ve Metabolik Sendrom.(Karşıdağ K., Sağlam H., çev.), İzmir: Zeugma kitabevi.

71. Dinçdağ, N. (2011). Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*,18: 181-223.
72. Durmaz, Akyol, A. (2004). Diyabet eğitimi. İçinde: Fadıloğlu, Ç. (Editör). III. Ege Dahili Tıp Günleri. Diyabet Hemşireliği. İzmir. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. 201-228.
73. Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weigger, K., Mulcahy, K., Barta, P. et al. (2003). National stvearts for diyabetes self management education. *Diabetes Care*, 26 (1), 149-156.
74. Akalın, S., Arslan M., Başkal, N., Çorakçı, A., Dinçdağ, N., Erbaş, T. et al. (2000). Diabetes mellitusta kardiyovasküler sistem komplikasyonları. İçinde: Yılmaz, C., Yılmaz. M. T. ve İmamoğlu, Ş. (Editörler). *Diabetes Mellitus 2000*.İstanbul: Baskı Gri Tasarım
75. Yaman, H., Akdeniz, M., ve Katırcı, E. (2010). Birinci basamakta diyabet eğitimi ve 5 dakikalık yaşamsal set. *Nobel Medicus*, 6(1), 5-9.
76. Acemoğlu, H., Ertem, M., Bahçeci, M., ve Tuzcu A. (2006). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. *The Eurasian Journal of Medicine*, 89-95.
77. Ersoy, C., Tuncel, E., Özdemir, B., Ertürk, E., ve İmamoğlu, Ş. (2006). İnsülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fkültesi Dergisi*, 32(2), 43-47.
78. Özçakar, N., Kartal, M., ve Kuruoğlu, E. (2009). Diyabet hastalarının öz-bakım bilinci. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 13(1), 17-22.
79. Çubuk, G., İnce, S. (2015). Oral antidiyabetik ilaçlar. *Kocatepe Veteriner Dergisi*, 8(1), 95-102.
80. Ayvaz, G., ve Kan, E. (2010). Tip 2 Diabetes mellitus tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar tip 2 diabetes mellitus tedavisi. *Mised*, sayı 23 – 24, 8-13.

81. Ergin, E., Akın S., Efetürk, E., Erdem, M. E., Tekçe, M., ve Aliustaoğlu, M. (2014). Tip 2 diyabetik hastalarda hangi tedavi ile glisemik hedeflere ulaştık ? *J Kartal TR*, 25(1), 13-18.
82. Okuyan, B., Sağlam, B., Emre, E., Demirtunç, R., İzzettin, F. V., ve Sancar, M. (2014). Tip 2 diyabet hastalarının tek kullanımlık insülin kalemi kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 18: 159-163.
83. O'Keefe, J. H., Bell, D. S., ve Wyne, K. L. (2006). *Diyabet Esasları*, (Gündoğdu, A. S. Çev.). İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık.
84. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., ve Soylu, G. (2013). Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2, 367-387.
85. Kara, K., ve Çınar, S. (2011). Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2), 57-63.
86. Ayalp, P. (2008). Tip 2 Diabetes mellitus'lu hastalarda kendi kendine kan glukozu ölçüm sıklığı ile hemoglobinA1c arasındaki ilişki. Uzmanlık tezi. İstanbul.
87. Allgood, M. R., ve Tomey A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. printed in United States of America.
88. Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 84-93.
89. Roper, N., Logan, W., Tierney, R. (1990). *The Elements of Nursing. Third Edition*, Churchill Livingstone, Edin burgh london Mel bourne and New York.
90. Birol, L. (2002). *Hemşirelik Süreci*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd., Şti.
91. Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.
92. Tarım, Ö. (2004). Solunum ve Endokrinoloji . *Güncel Pediatri Dergisi*, 2, 137-141.
93. Ulusoy, M., Görgülü, R. (2001). *Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler*. Ankara: 72 TDFO Ltd.Şti.

94. Gümüş, E., Çelik, H., Özkan, S., Keskinçilic B., Satman İ., Yetkin İ. ve ark. (2015). *Türkiye Diyabet Programı 2015-2020*.
95. Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. ve Atabek, T. (1993). *Hemşirelik Esasları*. Seçim H. (Editörler). Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, No: 225, Etam A.Ş.
96. Terkeş, N., ve Bektaş, H. (2014). Prediyabetli bireylerin diyabete geçişini engellemede yaşam tarzı değişiminin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 261-267.
97. Demir, T., Akıncı, B., ve Yeşil, S. (2007). Diyabetik ayak ülserlerinin tanı ve tedavisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1), 63-70.
98. Yağız, O. (1995). Diyabetes Mellitus ve Sinir Sistemi İlişkileri. İçinde: Yenigün, M. (Editör). *Her Yönü İle Diyabetes Mellitus*. İstanbul: Haseki Hastanesi Vakfı Yayını II, Dizgi: Nobel Tıp, Baskı Tayf Ofset. 587-642.
99. Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
100. Dağcı, S. ve Yalın, H. (2013). Diyabetli bireylerde nöropatik ağrı ve uyku . *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 5(1), 55-63
101. Karakurt, P. (2012). Kayıp ve ölüm süreci. İçinde: Atabek Aştı, T., Karadağ A. (Editör). *Hemşirelik Esasları*, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 1155-1172.
102. Hacıhasanoğlu Aşlar, R. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 151-159.
103. *Self-Care Theory in Nursing Selected Papers of Dorothea Orem* (2003). M. S. Katherine Mclaughlin Renpenning içinde New York, NY 10012-3955: United States of America by Maple-Vail Book Manufacturing Group. Springer Publishing Company, Inc. , 63-64-112-113-114.
104. Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2th ed), USA: FA Davis Comp., 223–319.

105. Özcan, A. (2006). Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler.İçinde: A. Özcan, *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*, Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay.San.Tic.Ltd.Şti.
106. Aykut, M., Çetinkaya, F., Günay, O., Öztürk, Y., ve Öztürk, A. (Cenevre 1996- Kayseri 1999). *Diyabetes Mellitus*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları No:111.
107. Olgun, N., Özkan S., Satman İ., Yetkin İ., Çalışkan D., Özcan Ş., Özer E. (2014). *Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitim Rehberi*. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Koza Basım Yayın, Ltd. Şti.
108. Yenigün, M. (1995). *Her Yönü İle Diyabetes Mellitus*. İstanbul: Haseki Hastanesi Vakfı Yayını II, Dizgi: Nobel Tıp, Baskı Tayf Ofset.
109. Oktay, S., Olgun, N., Erdoğan, S., Özcan, Ş., Coşansu, G., Çelik, S., et al. (2011). *2011 Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası*. İstanbul: Eos Ajans Yayıncılık.
110. Özcan, Ş. (2005). İnsülin Tedavisinin Yönetimi. İçinde, *Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı* (s. 39-54). Erişim:10.13.2015. http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php
111. Converse, M. (2006). Nursing theory as practice guide: a totallity paradigm perspective of Orem's self- care deficit nursing theory. *Nursing Science*, 431,1–13.
112. Sousa, D. V. (2003). Testing a conceptual framework for diabetes self- care management. Dissertation The Degree of Doctor of Science in Nursing. Case Western Reserve University.
113. Usta Yeşilbalkan, Ö. (2004). Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri, öz-bakım güçleri ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2), 11-29.
114. Katz, S. Downs, T. D., Cash, H. R. ve C.Grotz, R. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Oxford Journal*, 10, 20-30.
115. Lawton, M. P. ve M. B. E. (1969). assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3 -1), 179-186.
116. Kearney, B. Y. ve Fleischer, B. J. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-care Agency. *Research in Nursing & Health* , 2(1), 25-34.
117. Nahcivan, N. Ö. (1993). Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
118. Nahcivan, N. Ö. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *A Turkish language equivalence of the Western Journal of Nursing Research* , 26(7), 813-824.

119. Tanrıverdi, M., H., Çelepkolu T. ve Aslanhan H. (2013). Diyabet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4(4), 562-567.
120. Wu, J. H., Haan, M. N., Liang, J., Ghosh, D., Gonzales, H. M., Herman, W. H. (2003). Diabetes as a predictor of change in functional status among older Mexican Americans. *Diabetes Care*. 26(2), 314– 319.
121. Bruce, D. G., Davis, W. A., Davis, T. M. E. (2005). Longitudinal predictors of reduced mobility and physical disability in patients with type 2 diabetes the fremantle diabetes study. *Diabetes care*, 28(10), 2441–2447
122. Şahbaz, M., Tel, H. (2006). Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(2), 85-93.
123. Volpato, S, Blaum, C, Resnick, H, et al.(2002). Comorbidities and impairments explaining the association between diabetes and lower extremity disability. *Diabetes care*, 25(4), 678–683.
124. Tel, H., Güler, N. ve Tel, H. (2011). Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 59-67.
125. Günal, A., Başkurt, F., Başkurt, Z., Parpucu, T. İ. ve Yücekaya T. (2012). Tip 11 diyabetli yaşlı hastalarda engel algısı ve fonksiyonel yetersizlik ilişkisinin incelenmesi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 31-36.
126. Doğan, M. D. ve Ünsar, S. (2015). Hastanede tedavi gören 65 yaş üstü bireylerin günlük yaşam aktiviteleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(2), 204-214.
127. Demir, M. ve Ünsar, S. (2011). Assessment Of Quality Of Life And Activities Of Daily Living in Turkish Patients With Heart Failure. *International Journal of Nursing Practice*, 17,607–614.
128. Cingil, D. ve Bodur, S. (2008). Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (3), 33-39.

129. Özekes, N. B. Ç. (2014). Yaşanılan kentin büyüklüğü, yaşanılan mekânın özellikleri, eğitim ve cinsiyet faktörleri açısından yaşlıların yaşam doyumları ve günlük yaşam aktiviteleri. *Ege Eğitim Dergisi*, 15(2), 476-496.
130. Bayrak, G. ve Çolak, R. (2012). Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *J. Exp. Clin. Med.*, 29, 7-11.
131. Bundak, R. (2011). Ergenlik çağında diyabet yönetimi. *Türk Ped Arş.*, 46 (Özel Sayı), 79-81.
132. Toljama, M. ve Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insülin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing.*, 34(6), 780-786.
133. Gül, A., Üstündağ, H. ve Zengin, N. (2010). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg.*, 20(1), 7-11.
134. Altay, G. ve Avcı, İ. A. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz-bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Derg.*, 36(4), 275-282.
135. Özkan, S. ve Durna, Z. (2006). İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(2), 121-35.
136. Yurtsever, S. ve Kuyurtay, F. (2005). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *Nef Hem Derg*, 2, 26-32.
137. Akyol, A. D. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Derg* 2, 97-106.
138. Velioglu, P. (2012). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset.
139. Yanık, Y. T. (2011). Tıp 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
140. Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfe, R., Kegler, M.C., Zhu, Y. ve Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemc control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice* 2013 14:66. doi:10.1186/1471-2296-14-66.

141. Uğurlu, N., Bolat, M. ve Erdem S. (2010). Yaşlılarda öz-bakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 56-62.
142. – Hacıhasanoğlu, R. ve Yıldırım, A. (2009). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25(1), 87-100.
143. Cengiz, M. ve Yavuzer, S. (2015). Diyabette oral antidiyabetik tedavisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*, 6(1), 10-3.
144. Işık, S., Delibaşı, T., Berker, D., Aydın, D ve Güler, S. (2009). Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 9, 238-47.
145. Dunbar, S. B, Butts, B, Reilly, C. M, Gary, R. A, Higgins M. K, Ferranti E. P. et al. (2014). A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. *Nurs Outlook*. 62(2) 97-111.doi:10.1016/j.outlook.2013.09.003.
146. Yu, C. H, Parsons, J. A, Mamdani, M, Lebovic, G, Hall, S, Newton, D. et al. (2014). A web-based intervention to support selfmanagement of patients with type 2 diabetes mellitus: effect on selfefficacy, self-care and diabetes distress. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14-117.
147. Avdal E. Ü. ve Kızılcı S. (2010). Diyabet ve öz-bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *DEUHYO ED*, 3(3), 164-168.
148. Hernandez-Tejada, M. A, Campbell, J. A, Walker, R. J, Smalls, B. L, Davis, K. S. ve Egede, L. E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634.
149. Bakoğlu, E., Şekerci, K., Yaman, S. ve Çevik, M. (2009). Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 65-78.
150. Watkins, Y. J, Quinn, L. T, Ruggiero, L, Quinn, M. T ve Choi, Y. K. (2013). Spiritual and religious beliefs and practices, and social support's relationship to diabetes self-

- care activities in African Americans. *Diabetes Educ.*, 39(2), 231–239. doi:10.1177/0145721713475843.
- 151.** Johnson, M. D., Anderson, J. R., Walker, A., Wilcox, A., Lewis, V. L. ve Robbins, DC. (2013). Common dyadic coping is indirectly related to dietary and exercise adherence via patient and partner diabetes efficacy. *J Fam Psychol.*, 27(5), 722–730.
- 152.** Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K. ve Tuncay, F. Ö. (2006). Multiple sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 1-7.
- 153.** Saleh, F., Mumu, S. J., Ara, F., Hafez, M. A. ve 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, 431.
- 154.** Flensner, G., Lindergrona, C. (1999). The Cooling-suit: a Study of ten multiple sclerosis patients' experience in daily life. *Journal of Advanced Nursing* 29(6), 1444-1453.
- 155.** Mayberry, L. S., Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 35:1239–1245.
- 156.** Mc Laughlin, J., Zeeberg, I. B. (1993). Self care and multiple sclerosis: A view from two cultures. *Social Science and Medicine* 37(3), 315–329.
- 157.** Evans, E. ve Wickstrom, B. (1999). Subjective fatigue and self care in individuals with chronic illness. *Medsurg Nursing* 8(6), 363-372.

EK I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1-Cinsiyetiniz 1)Kadın 2)Erkek

2-Yaşınız:.....

3-Medeni durumunuz ?

1)Evli 2) Bekar 3)Boşanmış/Dul

4-Eğitim durumunuz?

1) Okur-yazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise

5)Üniversite

5-Çalışma durumunuz?

1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor

6- Gelir durumunuz?

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

7-Ne zamandan beri diyabet hastasıınız?

1) 1 yıldan az 2)1 – 5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri

8-Diyabetinizin tedavi şekli:

1) Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap)

2) İnsülin

3) Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin

4) Fizik egzersiz ve Diyet

5) Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik (şeker düşürücü hap)

6) Sadece diyet

7) Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap) + İnsülin

9-Hangi sıklıkta Diyabet Kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?

1)Rahatsızlandığımda 2)Ayda 1 kez 3)2 ayda 1 kez 4)3 ayda 1 kez

5)6 ayda 1 kez 6)Yılda 1 kez

10-Daha önce diyabete ilişkin bakım/eğitim aldınız mı?

1)Aldım

2) Almadım

11-Daha fazla diyabet bakımı/eğitimi almak ister misiniz?

1)Evet 2) Hayır

12-Hastalığınızın komplikasyonlarını biliyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

13-Diyabet dışında başka bir hastalığınız var mı?

1) Var

2) Yok

14- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

15- Kan şekerinizi düzenli kontrol ettiriyor musunuz?

1)Evet

2) Hayır

3)Bazen

16-Hastalığınız nedeniyle uymak zorunda olduğunuz diyetinize uyuyor musunuz ?

1) Evet

2) Hayır

EK II

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1- Banyo

- A- Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme 3pn
- B- Hiç yardıma ihtiyacı yok 3pn
- C- Sadece vücudunun bir kısmını temizlerken yardım gerekli 2pn
- D- Vücudun birden fazla alanını yıkamada yardım gerekli 2pn
- E- Hiç banyo yapamıyor 1pn

2- Giyinme

- A- Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak 3pn
- B- Kıyafetlerini alıp yardımsız giyinebiliyor 3pn
- C- Kıyafetlerini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli 2pn
- D- Kıyafetlerini alıp giymede yardım veya kısmen ya da tamamen giyinmemiş kalıyor 1pn

3-Tuvalet

- A- Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor 3pn
- B- Destek için baston, sandalye kullanıyor 2pn
- C- Tuvalete gitmekte, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor 2pn
- D- Tuvalete gidemiyor ya da tuvalet ihtiyacının farkına varamıyor 1pn

4- Hareket

- A- Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor 3pn
- B- Destek için baston, yürüme aracı kullanıyor 2pn
- C- Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor 2pn
- D- Yataktan çıkamıyor 1pn

5-Kontinans

- A- İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor 3pn
- B- Ara sıra kaçırma oluyor 2pn
- C- Gözetim gerekiyor, kateter kullanıyor ya da hiç kontrol edemiyor 1pn

6- Beslenme

- A- Yardımsız kendisi beslenebiliyor 3pn
- B- Kendisi besleniyor, etleri kesme veya ekmek yağlamada yardım alıyor 2pn
- C- Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor 1pn

Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1- Telefon edebiliyor musunuz?

- A- Numaralar bakıp telefonu çevirebilirim 3pn
- B- Numarayı biliyorsam telefonu çevirebilirim 3pn
- C- Telefonu çeviremem ama cevap verebilirim 2pn
- D- Telefonu hiç kullanmıyorum 1pn

2- Tek başınıza alışveriş yapabiliyor musunuz ?

- A- Yardımsız her türlü ihtiyacımı alabilirim 3pn
- B- Ancak çok küçük alışverişleri yapabiliyorum 3pn
- C- Herhangi bir alışveriş için yanımda biri gerekli 2pn
- D- Hiç alışveriş yapmam 1pn

3- Tek başınıza yemek hazırlayabilir misiniz?

- A-Tek başına uygun ve yeterli miktarda yemeği planlar, hazırlar ve servis yaparım
3pn
- B- Malzeme hazır ise yemeği hazırlarım 3pn
- C- Isıtıp servis yapabilirim 2pn
- D- Yemeği yardımsız hazırlayıp servis yapamam 1pn

4- Ev işlerini yapabiliyor musunuz?

- A- Yardımsız veya ara sıra yardımla evin bütün işlerini yapabilirim 3pn
- B- Tabak yıkamak, yatak yapmak gibi hafif ev işlerini yapabilirim 2pn
- C-Hafif ev işlerini yapabilirim ama ancak kabul edilebilir
bir temizlik derecesini sağlayamıyorum 2pn
- D- Bütün ev işlerini en çok yardımla yapabilirim 2pn
- E- Hiç ev işine bakmam 1pn

5- Çamaşır yıkıya bilir misiniz?

- A- Kendi çamaşırplarımın tamamını yıkayabilirim 3pn
- B- Çorap gibi küçük çamaşırpları yıkayabilirim 2pn
- C- Bütün çamaşırpları başkasının yıkaması gerekiyor 1pn

6- Ulaşım araçlarına bine biliyor musunuz?

- A- Tek başına toplu ulaşım araçlarına binebilirim 3pn
- B- Toplu ulaşım araçlarına binemem ,taksiye binebilirim 3pn
- C- Yanımda birisi olursa toplu ulaşım araçlarına bine bilirim 2pn
- D- Başka birinin yardımını olursa taksi veya otomobille kısıtlı bir süre gezebilirim 2pn
- E- Hiçbir yere gidemem 1pn

7- Kendi ilacınızı içebiliyor musunuz?

- A- Doğru dozda ve zamanda ilaçlarımı alabilirim 3pn
- B- Daha önceden dozları ayarlanıp hazırlanırsa alabilirim 2pn
- C- Kendi ilacımı alamam 1pn

8- Paranızı idare edebiliyor musunuz?

- A- Mali işlerimi tek başıma ayarlayabilir, tasarruf yapabilirim
(bütçe yapmak,çek yazma,bankaya gitmek gibi) 3pn
- B- Günlük küçük alışverişlerin hesaplarını yapabilirim ancak büyük
alışverişler banka hesapları için yardıma ihtiyacım var 2 pn
- C- Hiç para hesabı yapamıyorum 1 pn

EK III

ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikirim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()

8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()

14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()

23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK IV

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

İlgi: 44495147/ -78 -3673
sayılı yazı

30/05/2014

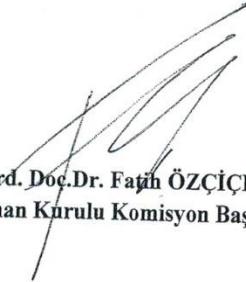
Konu: Tez Çalışması

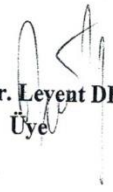
Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından oluşturulan Uzman Kurulu Yrd. Doç. Dr. Fatih ÖZÇİÇEK başkanlığında 30/05/2014 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.


Karar:

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Neslihan AKGÜN'ün "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi" adlı tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna kurulun oy birliği ile karar verildi.


Yrd. Doç. Dr. Fatih ÖZÇİÇEK
Uzman Kurulu Komisyon Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Leyent DEMİRTAŞ
Üye


Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE
Üye

EK V



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kastamonu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - KASTAMONU İLİ
KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
- HİZMET İÇİ EĞİTİM BİRLİĞİ -
27.06.2014 15:04 - 91379769 / 044 / 2014.1212533.3364
00003440837

Sayı : 91379769/044
Konu : Tez Çalışması

DR. MÜNİF İSLAMOĞLU DEVLET HASTANESİ HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 24/06/2014 tarih ve 2014.1214366.4866 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencileri Neslihan AKGÜN'ün Tez stajı hakkındaki başvurusu incelenmiş olup, hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek anketin hastanemizdeki hizmetlerin aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Genel Sekreterliğimize sunularak değerlendirilmesi suretiyle uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Salih Savaş ÇAKIR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

KASTAMONU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
A * İli Bilgi için: Hemşire H. İ. ÖZKAN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d410f1c5-0860-4b71-ab64-118cc8422a93 kodu ile erişebilirsiniz.