

# Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

## Developing Healthy Life Style Behaviors in Diabetic Patients: Pender's Health Promotion Model

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 62-75*

**Afra ÇALIK<sup>1</sup>, Sevgisun KAPUCU<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 19 Ağustos 2016

Kabul Tarihi: 27 Ocak 2017

### ÖZ

Diyabetli hastaların hastalığa uyumu bireyin diyetini, egzersizlerini ve ilaçlarına uyumu kapsamaktadır. Bireysel olarak bu uyumu artırmak mümkün olduğu gibi sağlık personelinin de özellikle hemşirelerin, bu uyum sürecinde önemli rolleri vardır. Pender'in geliştirmiş olduğu sağlığı geliştirme modeli ile hemşireler bireylerin geçmiş deneyimlerini, davranışa özgü yarar, engel algısı gibi faktörleri inceleyerek bireylere sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmak için davranışsal değişiklik yapmayı hedeflemektedir. Bu derlemenin amacı, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda diyabetli hastaların hastalığa uyumlarında olumlu etkisi olan sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde modelin kullanımı için rehber oluşturmaktır. Derlemede, diyabet hastalığı ve hastalığa uyumu etkileyen faktörler incelenmiş; bu faktörler Sağlığı Geliştirme Modeli ile ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Diyabet, hastalığa uyum, Pender, Sağlığı Geliştirme Modeli*

### ABSTRACT

Adaptation of diabetic patients to the disease includes individuals' diet, exercise and drug adherence. Besides it is possible to improve this adaptation individually, healthcare personnel especially nurses, have an important role in this process. With health promotion model developed by Pender, nurses aims to do behavioral changes to create a healthy lifestyle for individuals by exploring their past experiences, behavior-specific benefit and barrier perceptions. The purpose of this article, is to develop a guide for the use of Pender's Health Promotion Model in developing healthy life behaviors that have a positive effect on diabetic patients' adaptation to the disease. In the review, the diabetes disease and the factors that affect adaption to the disease were examined; these factors were discussed via Health Promotion Model.

**Key Words:** *Adaptation to disease, diabetes, Health Promotion Model, Pender*

## GİRİŞ

Diyabet, her yaş grubu için tehdit oluşturan kronik bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütünün 2014 verilerine göre tüm dünyada toplamda 422 milyon yetişkinin (%8.5) diyabet tanısı aldığı tahmin edilmektedir<sup>1</sup>. Bu oran Türkiye için %13.7 (TURDEP II) olarak belirtilmektedir<sup>2</sup>. Uluslararası Diyabet Federasyonu 2013 yılındaki Diyabet Atlası'na göre Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında diyabet prevalansının en yüksek olduğu ülkedir. Ayrıca Uluslararası diyabet federasyonu 2040 yılında yaklaşık 642 milyon diyabetli olacağını ön görmüştür<sup>3</sup>. Diyabetli hasta sayısındaki artışın temel nedenleri arasında; nüfusun yaşlanması, sağlıksız beslenme, obezite ve hareketsiz yaşam belirtilmektedir<sup>4</sup>. Belirtilen nedenlere ilişkin olarak da hastaların, diyabete bağlı yaşam tarzı değişikliğine gitmeleri önerilmektedir. Diyabete ilişkin sağlıklı yaşam tarzını değiştirmenin temelinde ise, hastalığa uyum süreci yer almaktadır. Hastalığa uyum hastanın diyet, egzersiz ve ilaca uyumunu kapsamaktadır<sup>5</sup>.

## Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyum

Literatürde<sup>6,7</sup> diyabetli hastaların uyumlarını inceleyen Kartal (2006) diyabetli hastalarda yaptığı çalışmasında<sup>6</sup> hastaların tedaviye uyumunu %44, 2008 yılında yaptığı çalışmasında ise, hastaların %50'sinin tedaviye uyum gösterdiğini belirtmiştir<sup>7</sup>. Daha sonraki yapılan çalışmalarda<sup>8,9-11</sup> ise, hastaların çoğunluğunun hastalıklarına uyumlu oldukları bulunmuştur. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010), diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların tedaviye uyumunu %71.7 ve doktora gitme sıklığının da %50 olarak saptamışlardır<sup>9</sup>. Acemoğlu ve diğerleri (2006), çalışmalarında düzenli doktor kontrolünü gitme oranını %54.8, Aktaş ise %55 olarak belirtmişlerdir<sup>10,11</sup>.

Uyumu etkileyen birçok etmen bulunmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş ana başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar<sup>12</sup>;

- Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler,
- Sosyal ve ekonomik faktörler,
- Tedavi ile ilgili faktörler,
- Hastalık ile ilgili faktörler,
- Hasta ile ilgili faktörler

### a. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personeli ile İlgili Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyuma etki eden sağlık sistemi ile ilgili faktörler; sağlık sigorta planının varlığı, ilaç dağıtım kanallarının etkin olarak işlemesi, geri ödeme yöntemleri için etkili bir sağlık finansman sisteminin olması olarak ifade etmiştir<sup>12</sup>. Sağlık personeli ile ilgili faktörler ise, sağlık personellerinin hastalık hakkındaki bilgisinin ve eğitimlerinin yeterli olması, hastalara davranışları ve hasta ile olan iletişimlerini içermektedir. Tiv ve diğ. (2012) Fransa'da Tip 2 diyabet hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, diyabet hastalarının reçetenin alınmasındaki zorluklar ile sağlık hizmetine yetersiz erişimin tedaviye uyumunu etkileyen sağlık sistemi ile ilgili faktörler olduğunu bulmuşlardır<sup>13</sup>. Ülkemizde de Taşkın (2006) tarafından

yapılan kalitatif bir araştırmada, hastaların devletin sağlık hizmetine ulaşma güçlükleri, hastaları özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yöneltmekte, ancak hastalar bunun maliyetini karşılayamamakta ve tedaviye uyum sağlayamamaktadırlar<sup>14</sup>. Hastaların mali zorluklar yaşaması hastalığı uyumda olumsuz etkiye neden olmaktadır.

## **b. Sosyal ve Ekonomik Faktörler**

Sosyal destek; hastanın ailesinden, çevresinden ve toplumdan destek görmesiyle ilişkili iken, ekonomik destek tedaviye ulaşmak için sarf ettiği maddi gücü kapsamaktadır. Gomes-Villas Boas ve diğ. (2012) tarafından Brezilya’da yapılan tip 2 diyabete sahip hastalarda, sosyal desteği güçlü olanların, olmayanlara oranla daha fazla tedaviye bağlılık davranışı gösterdiği belirtilmiştir<sup>15</sup>. Sosyal desteği olan hastaların uyuma motivasyonda ve stres düzeylerinin azalmasında pozitif etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

## **c. Tedavi İle İlgili Faktörler**

Tedavi planı içinde yer alan, birden fazla ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri ve bunlarla birlikte tedavi rejiminin karmaşıklığı hastanın tedaviye uyum sürecini zorlaştırmaktadır. Litaratürde<sup>16,17</sup>, ilaç sayısının fazla olması ve tedavi planı karmaşıklığı sebebiyle diyabet tedavisine uyum çok düşük seyretmektedir. Teklay ve diğ. (2013) tarafından Etiyopya’da yapılan çalışmada, diyabet tedavisinin karmaşıklığının, hastaların tedaviye uyumunun üç kat azalttığı bulgusu elde edilmiştir. Yine aynı çalışmada ilacın yan etkisinin, hastaların tedaviye uyumu üç kat azalttığını bulmuşlardır<sup>16</sup>. Tedaviye uyumda hastaların tedavisinin başarısına inanmaları ve kabullenmeleri bu tedaviyi doğru şekilde uygulamalarına yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Yukarıdaki çalışmalarda bu düşüncemizi desteklemektedir.

## **d. Hastalık ile İlgili Faktörler**

Hastalığın tipi, seyri, şiddeti, süresi ve başka bir hastalığın varlığı gibi durumlar diyabete uyumda hastalık ile ilgili faktörlerin içerisinde yer almaktadır. Örneğin; Gimenes ve diğ. (2009) tarafından yapılan araştırmada, glikoz seviyesi yüksek olan hastaların, düşük olanlara oranla tedaviye daha iyi uyum sağladığını belirtmiştir. Ayrıca hastalık süresi beş yıldan az olanlarda tedaviye uyum %80 iken, beş yıldan uzun süredir diyabet hastalığı olanlarda %77,4 şeklinde bulunmuştur<sup>18</sup>.

## **e. Hasta ile İlgili Faktörler**

Hastanın demografik özellikleri, sağlık personeli ile olan ilişkisi bireysel olan faktörler arasında yer almaktadır. Baykal & Kapucu (2015)’nin çalışmasında, hastaların %35.7’sinin diyetlerine tamamen uyduğu, %56.8’inin egzersiz yaptığı ve tedaviye uyumlarının ise %89.8 olduğu saptanmıştır<sup>8</sup>. Taşkın (2006) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının ara öğüne uyumda zorlandıkları görülmüştür. Yine aynı çalışmada, bireylerin tedaviye uyum sürecini özgürlüklerini kısıtlama olarak algıladıkları belirlenmiştir<sup>14</sup>. Hastalığa uyumda hasta ile ilgili faktörlerin çok önemli olduğunu düşünmekteyiz. Gözlemlerimize göre, hastalığına, tedavisine ve yaşam tarzı

değişikliğine inananların uyum sorunları yaşadığı, diyet ve egzersiz uyumunda zorluk yaşamaktadırlar. Özellikle ara öğün tüketme sorunları yaşadıkları ve bunu yaşamlarına adapte edemediklerini görmekteyiz.

## Hastalığa Uyumu Kolaylaştırmada Mevcut Uygulamalar

Diyabetli hastalarda hastalığa yönelik eğitim programları ile hastaların hastalıklarını kabullenmesine, diyetine ve egzersizine uyum sağlamasına yardımcı olunmalıdır<sup>19,20</sup>. Konuya ilişkin yapılan çalışmalara baktığımızda; Javanshir'in (2006) diyabet tutumuyla ilgili çalışmasında, egzersiz yapan hastaların hastalıklarına daha uyumlu oldukları gözlenmiştir<sup>21</sup>. Tessaro'nun (2005) çalışmasında, ailesinde diyabetli bulunmayan bireylerin diyabeti daha az ciddiye aldıkları bildirilmektedir<sup>22</sup>. Kim ve arkadaşları (2004), Tip II diyabet hastalarında eğitimin diyabet hastalarının öz-etkilik davranışı, diyabet bilgisi ve glisemik kontrolü üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varmışlardır<sup>23</sup>. Daniel ve Messer (2002) çalışmalarında hastalıkla ilgili engel algısı düşük, ciddiyet algısı yüksek olan hastaların metabolik kontrollerini sağlayabildiklerini ve tedaviye daha iyi uyum gösterdiklerini belirlemiştir<sup>24</sup>.

Tankova ve arkadaşları (2001), diyabetli bireylere verilen eğitim sonucunda, metabolik kontrolü sağlamada özellikle beslenme ile ilgili önerilerde hastaların uyum gösterdiğini ve metabolik kontrolü sağladıklarını saptamıştır<sup>25</sup>. Matthew ve arkadaşları (2004), Tip II diyabet hastası olan 9, olmayan 10 toplam 19 kişi üzerinde diyabet eğitiminin etkisini inceledikleri araştırmalarında, 8 haftalık bir uyum ve direnç eğitiminin Tip II diyabet hastası olan ve olmayanlarda, önemli ve güçlü yarar sağladığını belirlemişlerdir<sup>26</sup>. Gökdoğan'ın (2001) çalışmasında, diyabeti olan bireylerin birçoğunun ancak diyabet komplikasyonları ortaya çıktığında hastalığı ciddi olarak algılamaya başladıkları görülmüştür<sup>27</sup>.

Hemşire, diyabet hizmetlerinin sunumunda, diyabetli bireylerde sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesini artırma da önemli bir yere sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin uzun süreli ve yüksek standartlı bir hayat için sergilediği davranışları niteler. Bireye ve ailesine bütüncül bir yaklaşımla terapatik etkileşime giren hemşire, hem bireyde sağlıklı yaşam hissini uyandırarak kişinin enerjisini yükseltir hem de bireyi sosyal problemlerden uzaklaştırmış olur.

Hastalığa uyum ise, hastanın polifarmasisini önleyerek ülke ve hasta ekonomisine katkı verir. Aynı zamanda hastaneye yatış süresini kısaltarak daha az sağlık personeline ihtiyaç duyulmasını sağlar<sup>28,29</sup>. Bu nedenle sağlık ekip üyesi hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, diyabetli hastanın kendi tedavilerini yönetmede, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve oluşabilecek komplikasyonlar için önlem almaları konusunda destekleyici rolünü üstlenmelidir. Bu nedenle hemşire, diyabetli hastanın hastalığına ve uyumuna karşı sorunları belirleyip buna yönelik plan çerçevesinde bireyin yaşam tarzını düzenlemelidir<sup>19,20</sup>. Bu bağlamda hastaların hastalığa uyumunu değerlendirmek ve sağlamak amacıyla hemşirelik alanında birçok modelden faydalanılmaktadır. Bu alanda sağlık inanç modeli, sosyal bilişsel öğrenme kuramı, motivasyonel görüşme programları ve transteorik model gibi pek çok model kullanılmaktadır. Bu modellerin arasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, klinikte sık kullanılan ve sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri kapsamaktadır<sup>30,31</sup>.

## PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Pender, Sosyal Öğrenme Teorisinden geliştirdiği modelde, sağlık inanç modelinde bulunan yarar ve engel algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranışı tahmin etmede önemli olduğunu savunur<sup>32</sup>. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni geliştirmiştir. Anlaşıldığı üzere Pender birkaç modelin eksikliğini gidermek ve üzerine yeni bileşenler koyarak kapsamlı bir model oluşturmuştur<sup>32,33</sup>.

Sağlığı geliştirme modeli (SGM) Nola J. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikte olup sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı hedeflemektedir<sup>34</sup>. Modelin amacı; yaşam tarzına ilişkin sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin davranışların belirleyicilerinin anlaşılması için sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktır. Modele yönelik çalışmalar yaklaşık 27 yıldır devam etmektedir<sup>33,35</sup>.

**Modelin Teorik Kökeni:** Model iki temel teori üzerine şekillenmiştir<sup>34,35</sup>.

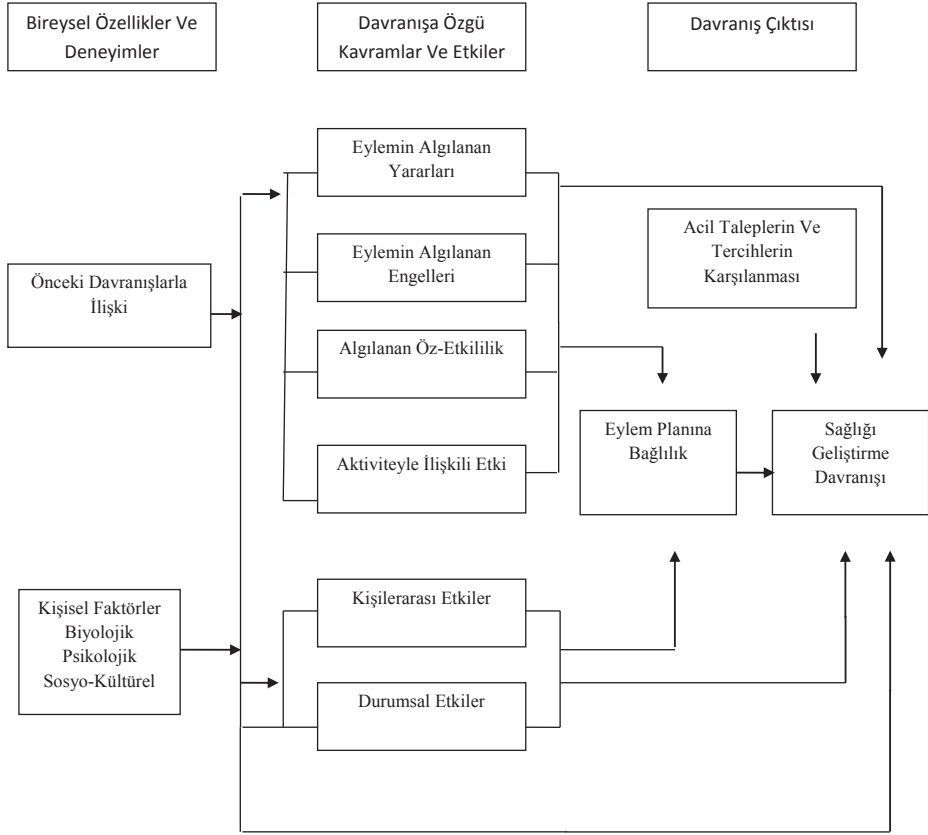
- **Beklenti Değer Teorisi-** Bireyler sonuçlarına değer verdikleri amaçları gerçekleştirmek için mümkün olduğunca istekli davranır.
- **Sosyal Bilişsel Teori-** Düşünceler, davranışlar ve çevre birbirini etkilemektedir. İnsanların düşünceleri davranışlarına yön verir.

Model, bireyin sağlık davranışının geçmiş deneyimlerden etkilendiğini belirtmektedir.

Modelin temel kavramları birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalıktır. 1982 yılında geliştirilen modelin bileşenleri: Bilişsel algısal değişkenler (Engel Algısı, Yarar Algısı, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Duyarlılık, Kontrol Algısı, Öz etkililik Algısı, Sağlığın Tanımı, Sağlık Algısı) iken, 1987 yılında revize edilen modeldeki Bilişsel Algısal Faktörlerde yer alan bileşenlerden bazılarının isimleri değişmiştir. Modifiye Edici Faktörler (Demografik özellikler, Biyolojik Özellikler, Kişilerarası Etkileşim, Duruma Özgü Faktörler, Davranışa Özgü Faktörler) ve Sağlığı Geliştirici Davranışa Katılma (Davranışı Uygulamaya Karar Verme, Davranışın Başlaması) durumu eklenmiştir. Daha sonra modele 1996 yılında, önceki davranışlarla ilişki, acil taleplerin ve tercihlerin karşılanması ve eylem planının sorumluluğu alanları eklenerek bu günkü halini almıştır<sup>35,36</sup> (Şekil 1). Hemşire, hasta ile işbirliği içinde çalışarak ve modeli kullanarak, sağlıklı bir yaşam elde etmek için hastanın davranışlarında değişiklik yapılmasını sağlar<sup>36</sup>.

## MODELİN BİLEŞENLERİ

Model, bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü alanlar ve davranış çıktılarını içeren bileşenlerden oluşur (Şekil 1);



Şekil 1. Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practise (4th ed). NJ: Pearson Education, Inc 2002)

## 1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyokültürel özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyimler ise doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olan davranışsal bir faktördür. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler<sup>34,35,37</sup>.

## 2. Davranışa Özgü Algılar

- **Eylemin Algılanan Yararları:** Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ise bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir. Örnek: Eğer birey fiziksel aktiviteyi

kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, egzersiz yapmaya ilişkin öz yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışında başarılı olabilecektir<sup>34,35,37</sup>.

Pinto'un çalışmasında (2006) diyabetik hastalarda algılanan yarar artıkça öz bakımlarında da artış görüldüğünü belirtilir<sup>38</sup>. Ayrıca Koch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların öz bakım davranışlarının yararlarını algılama ve bu davranışlara sadık kalma arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur<sup>39</sup>.

- **Eylemin Algılanan Engelleri:** Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranış geliştirilmeyi de olumsuz yönde etkiler<sup>34,35,37</sup>.

Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olarak algılanması, öz yönetim algısı, davranışın diğer bireyler ve aile tarafından desteklenmemesidir<sup>34,35,37</sup>.

Rothman ve arkadaşları (2008) tip 2 diyabetli adölesanların üzerinde yaptığı bir çalışmada, diyetine uymayan ve spor alışkanlığı olan hastalarda algılanan engeller ile arasında bir ilişki bulunmuştur<sup>40</sup>. Bu durum Krichbom ve arkadaşlarının çalışmasında benzerdir. Krichbom (2003) yapmış olduğu sistemik derleme çalışmasında öz bakım davranışlarının kötüleşmesinde, algılanan engellerin fazla olması neden olarak gösterilmiştir<sup>41</sup>. Koch (2002), algılanan engeller ve öz bakım davranışları arasında negatif bir uyum olduğunu belirtmiştir<sup>39</sup>. Wen ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında gruplar arasında algılanan engellerin artması, diyetle ve belirlenmiş fiziksel aktiviteye uyum azalttığı saptanmıştır<sup>42</sup>.

Bu bağlamda bireyin hastalığa uyumunda diyeti, fiziksel aktivitesi ve ilaçlarına uyumu konusunda algıladığı engeller bütüncül yaklaştığımızda hastalığa uyumu direk olarak etkilemektedir. Pender'in modeli ile bu sağlık davranışlarını yerine getirmedeki engeller ve yararlar belirlenirse bireyin hastalığa uyum süreci de bundan olumlu etkilenecek etkinliği artırmış oluruz.

- **Algılanan Öz Etkililik:** Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlıklı ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Öz-etkililik, bireyin belirli bir davranışını başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi öz yargısı, inancı olarak tanımlanır. Birey, bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanıyorsa daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir.

Bu "yapabilme-becerebilme" algısı, bireyin olayları kontrol edebilme duygusu olarak yansır. Düşük öz etkililik duygusunun ise depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile ilgili olduğu belirtilmektedir<sup>34,35,37</sup>.

Öz etkililik, motivasyon ve kişinin amacına ulaşmak için tekrarlayan davranışlara neden olan güçlü inançları üzerinde etkilidir. Düşük öz yeterliliğe sahip olan bireyler yeni sağlık davranışlarına ya da alışılmış davranışları değiştirmeye daha az yatkındırlar. Öz etkililiğin davranış ve fonksiyon üzerine etkisi konulu farklı çalışmaların dayanağı, bu kavramın, hastanın öz bakımında özellikle de beslenme davranışı üzerine başarısında etkili olduğu görüşüdür<sup>34,35,37</sup>.

- **Aktiviteye İlişkin Duygu Durumu:** Önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlığı sonraki davranışı etkiler. Davranışın performansını doğrudan, öz-etkililiği ise dolaylı etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, olumsuz ya da olumlu duygulardan oluşur. Davranışla ilgili bireyde oluşan duygular, bireyin davranışının devamlılığını etkiler<sup>34,35,37</sup>. Yapılan son çalışmalar, diyabetli bireylerin korkuları hakkında konuştukları, sıkıntı, keder ve suçluluk duygusu hissettikleri ve diyabetli yaşamlarının çok stresli bir deneyim olduğunu ifade ettiklerini göstermiştir<sup>38,43,44</sup>.
- **Kişilerarası Etkiler:** Çevredeki insanların bireyin davranışına ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Bireye, davranışa ilişkin verilen destektir. Sosyal normlar, sosyal destek ve model alma kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır. Bunun yanında diyabetli hastanın toplum içindeki statüsü ve rolü, sağlık profesyonelleriyle olan etkileşimleri de kişilerarası etkilerde birer faktördür<sup>34,35,37</sup>.
- **Durumsal Etkiler:** Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Durumsal etkiler doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir. Bireyin bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilerken bireyin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve memnun olması<sup>34,35,37</sup>.

### 3. Davranış Çıktısı

- **Davranışa İlişkin Plan Yapma:** Bu aşama bireyin istenilen/hedeflenen sağlık davranışını gösterdiği, eyleme geçtiği aşamadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık, önemli bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir<sup>34,35,37</sup>.
- **Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler:** Alternatif davranışlar içinde bireylerin kendi tercihlerini kullanmasıdır. Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir.

Bireyin kontrolü elden bırakmaması gerekir. Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu zaman hemen karşılamaktır (kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesi). Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak bu düşük kontroldür<sup>36,43,44</sup>. Buna karşın bu birey yemek tercihlerini düşük yağlı, kalorisi zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışı üzerinde yüksek kontrol sağlamış olur<sup>34,35,37</sup>.

- **Sağlığı Geliştirme Davranışı:** Bireyin istendik davranışı göstermesi ve yaşam biçimi haline getirilmesidir. İstendik davranışın gösterilmesi ile sağlık geliştirilmiş, işlevsel yetenek geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur<sup>34,35,37</sup>.



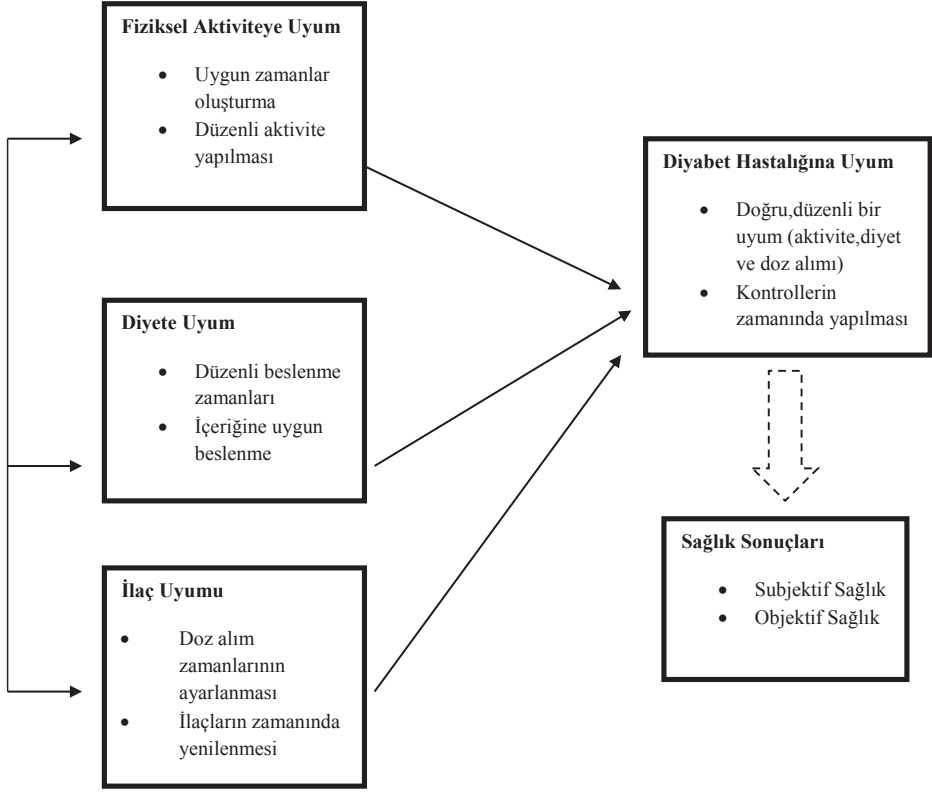
## Modelin Varsayımları

Model, hem hemşireliğe hem de davranış bilimi yaklaşımlarını yansıtan varsayımlara temellenmiştir<sup>35,36</sup>.

1. İnsanlar, kendilerine özgü sağlık potansiyellerini en iyi şekilde ifade edebilecekleri yaşam koşullarını oluşturmaya çalışırlar.
2. İnsanların, yeteneklerini/öz-yeterliliklerini değerlendirerek farkındalıklarını yansıtmaya kapasiteleri vardır.
3. İnsanlar, pozitif yönde gelişmeye değer verirler ve kişisel olarak kabul edilebilir düzeyde değişim ve duraganlık arasında denge kurabilirler.
4. Bireyler kendi davranışlarını aktif olarak geliştirmeye çalışırlar.
5. Bireyler, tüm biyopsikososyal karmaşalarında çevreleri ile etkileşim içerisinde olurlar ve çevreyi zaman içerisinde ve sürece yayarak değiştirirler.
6. Sağlık profesyonelleri, kişilerarası çevrenin bir parçası olup, bireyleri birbirleriyle etkileşim içerisinde olmaya yöneltir.
7. Çevre-insan etkileşimi insanların davranış değişikliğini etkileyen önemli unsurlardandır.

## Sağlığı Geliştirme Modellerinin Teorik Önermeleri<sup>35,36</sup>

- Modelden türeyen teorik önermeler sağlık davranışları üzerinde yapılan araştırmaların temelini oluşturmaktadır.
- Öncelikli davranışlar ile kalıtsal ve kazanılmış özellikler inançları etkiler ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların yapılmasını sağlar.
- İnsanlar, sonuçlarına değer verdikleri amaçlar edinmekten ve bunlara erişmekten haz duymaktadırlar.
- Algılanan engeller, sağlığı geliştirici bir davranışın eyleme dönüşmesini sınırlandırabilir
- Öz yeterlilik, bir eylemin ya da davranışın yerine getirilebilmesini sağlar.
- Algılanan engelin azalması olumlu sağlık davranışının yapılmasını sağlar.
- Davranışın sonucu pozitif ise öz yeterlilik artar.
- Pozitif duygular, davranışın eyleme dönüşme olasılığını artırmaktadır.
- İnsanlar, kendileri için önemli olan davranışları başkaları da benimsediğinde, sağlığı geliştirme davranışını gerçekleştirmeye daha yatkın olurlar, o davranışın meydana gelme olasılığına daha çok inanırlar ve bu noktada yardım almalı ve davranışın gerçekleşmesi için desteklenmelidirler.
- Aileler, akranlar ve sağlık profesyonelleri, kişiler arası etkileşim söz konusu olduğunda önemli birer kaynaktırlar ve bir sağlık davranışının eyleme dönüşme olasılığını artırabilen ya da azaltabilen değerlere sahiptirler.
- Dış çevrede meydana gelen duruma özgü etkiler, bir sağlık davranışının eyleme dönüşme olasılığını artıracak ya da azaltabilecek öneme sahiptirler.



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne Göre Diyabetli Hastaların Hastalıklarına Uyum Modeli

- Belirli bir eylem planının uygulanması çabası, sağlığı geliştirme davranışını yapmasına ve davranışı sürdürmesini sağlar.
- Beklenen davranışla sonuçlanması için sürdürülen eylem planına bağlılık, diğer aktiviteler daha dikkat çekici olduğunda yani hedeflenen davranışa tercih edildiğinde azalır.

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre diyabetli hastaların hastalıklarına uyum sağlamalarında yardımcı olabilecek model içeriği şekil 2'de verilmiştir.

Sağlığı Geliştirme Modeli rehber alınarak diyabetli hastaların diyetlerine uyumuna ilişkin örnek sorular aşağıda verilmiştir<sup>35,36</sup>;

**1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler:** Geçmişte diyet yapmayı hiç denediniz mi? Bu deneyimlerden ne öğrendiniz?

**2) Davranışa Özgü Algılar:**

- Eylemin Algılanan Yararları: Diyet yapmanın kişisel yararları nelerdir?
- Eylemin Algılanan Engelleri: Diyet yaparken karşılaşılabileceğiniz sorunlar (engeller) nelerdir?

- Algılanan Öz-Etkililik: Diyetinizin kontrolünü sağlamak için bu engelleri aşacağınızdan ne kadar eminsiniz?
- Aktivite İlişkin Duygu Durumu: Diyetinize uyduğunuzda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- Kişilerarası Etkiler
- Sosyal Normlar: Ailenizden veya arkadaşlarınızdan sizin diyetinize uymanızla ilgili beklenti içinde olan var mı?
- Sosyal Destek: Sizi diyetinize uymanız için kim destekler?
- Rol Modelleri: Ailenizde veya arkadaşlarınız arasında diyet yapan kimse var mı?
- Durumsal Etkiler: Çalışma ortamınız ve çevreniz diyet yapmanızı nasıl etkiliyor?

### 3) Davranış Çıktısı<sup>35,36</sup>

- Davranışa İlişkin Plan Yapma: Diyetinize uyabilmek için kendinize haftalık/aylık hedef belirlemeye ve bir plan geliştirmeye hazır mısınız?
- Acil, Birbirine Yarışan İstekler ve Tercihler: Diyetinize uyma sürecinde ne gibi problemlerle karşılaştınız? Gelecekte bu problemlerden nasıl uzak durabilirsiniz?
- Sağlığı Geliştirme Davranışı: Birey diyetine uyma ve glisemi kontrolünü sağlamada başarılı olmuştur ve bunu yaşam biçimi haline getirmiştir.

### Sonuç olarak;

Diyabet, yaşam boyu devam eden kronik bir hastalık olması sebebiyle, bireyin hastalığa uyumu için pek çok etkenle baş etmesi gerekmektedir. Bu etmenlerle baş etmede, hastanın diyabete uyum yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Diyabetli hastaların diyet, tedavi ve egzersiz uyumunu içeren sağlıklı yaşam stiline kavuşmasında, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne uygun geliştirilen rehber eşliğinde diyabetli hastalara bakım verilmesinin, olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir. Bunun içinde modele göre diyet, tedavi ve egzersiz alanlarının tek tek ele alınarak çalışılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca alana ilişkin randomize kontrollü çalışmaların yapılmasının da kanıt oluşturma açısından mesleğimize ve kanıt tabanlı bakım alanımıza katkı verecektir. Bu derleme çalışma konu hakkında farkındalık oluşturma ve meslektaşlarımızı bilgilendirmesi yönüyle literatürümüze katkı sağlayacaktır.

### KAYNAKLAR

1. World Health Day 2016: Beat Diabetes, URL: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/en/> . Mart 2,2016.
2. Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu, Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II 2011;28. URL: [http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel\\_arastirmalar/turdep\\_1\\_turdep\\_2.pdf](http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf). Ekim, 2016.
3. Idf Diabetes Atlas Seventh Edition 2015, International Diabetes Federation;13, URL: <http://www.diabetesatlas.org/> . Mart 2,2016.

4. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarının Kabullenme Ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009;3(1):10-18.
5. Leichter SB. Making Outpatient Care Of Diabetes More Efficient: Analyzing Noncompliance. *Clinic Diabetes* 2005; 23(4).
6. Kartal A. Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına Ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi 2006. İzmir.
7. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım Ve Tedaviye Yönelik Tutumları Ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(3):223-230.
8. Baykal A, Kapucu S, Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015:44-58
9. Molloağlu M, Fertel KT, Çelik Z. Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5 (13): 95-104.
10. Acemoğlu H, Ertem E, Bahçeci M, Tuzcu T. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri. *Eurasian J Med* 2006; 38 (3): 89-95.
11. Aktaş A. Tip 2 Diyabet Hastalarda Kapsamlı Diyabet Tedavisi Eğitimi Ve Uygulamalarının Glisemik Kontrolün Sağlanmasına Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi 2008. İstanbul.
12. World Health Organization 2003. Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. Geneva: WHO Press. URL:[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1) . Aralık 7,2016.
13. Tiv M, Viel JF, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. *PloS One* 2012;7 (3):1-6. URL:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0032412> Aralık 7,2016.
14. Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi 2006. İstanbul.
15. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss MC, Pace AE. Relationship Among Social Support, Treatment Adherence And Metabolic Control Of Diabetes Mellitus Patients. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(1):52-58.
16. Teklay G, Hussien J, Tesfaye D. Non-adherence and Associated Factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest, Ethiopia. *J Med Sci* 2013:1-7.
17. Voorman J, Haaijer-Ruskamp FM, Wolffenbuttel BH, Stolk RP, Dening P. Medication Adherence Affects Treatment Modifications İn Patients With Type 2 Diabetes. *Clin Ther* 2011;33:121-134.
18. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors Related To Patient Adherence To Antidiabetic Drug Therapy. *Rev Lat Am Enfermagem* 2009;17(1):46-51.
19. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006; 7 (1):18-26.
20. Bendik F, Keller V, Moriconi N, Gessler A, Schindler C, Zwiłewski H, Ruiz J, Puder J. Training İn Flexible İntensive İnsülin Therapy İmproves Quality Of Live, Decreases Poor Metabolic Control İn Patients With Type 1 Diyabetes. *Diyabetes Res Clin Pract* 2009; 83 (3): 327-333.
21. Javanshir M. Tip I Ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
22. Tessaro I, Smith SI, Rye S. Knowledge And Perceptions Of Diabetes İn An Appalachian Population. *Prev Chronic Dis* 2005; 2 (2):1-9.

23. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea, JA. Association Of Health Literacy With Self-Management Behavior In Patients With Diabetes: Diabetes Care 2004; 27 (12): 2980-2982.
24. Daniel M, Messer LC. Perception Of Disease Severity Ve Barriers To Self Care Predict Glysemic Control In Aboriginal Persons With Type 1 Diabetes Mellitus. Chronic Dis Can 2002;23 (4):130-128.
25. Tankova T, Dakovska G, Koev D. Education Of Diabetic Patients- A One Year Experience. Patient Educ Couns 2001; 43: 220-227.
26. Herriott TM, Colberg SR, Parson HK, Numold T, Vinik I. Effects Of 8 Weeks Of Flexibility and Resistance Training In Older Adults With Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004;27 (12): 2988-2990.
27. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık Ve Hastalıkların Algılamaları İle Uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 2001; 5 (1): 10-17.
28. McDonald PE, Tilley BC, Havstad SL. Nursing Perception: Issues That Arise In Caring For Patients With Diabetes, J Adv Nurs 1999; 30 (2):425-430.
29. Peters J, Hutchinson A, Mackinnon M, Macintosh A, Cooke J, Jones R. What Role Do Nurses Play In Type 2 Diabetes Care In The Community: A Delphi Study. J Adv Nurs 2001; 34 (2): 179-188.
30. Gungor I, Beji NK. Lifestyle Changes For The Prevention And Management Of Lower Urinary Tract Symptoms In Women. Int J Urol Nurs 2011; 5(1): 3-13.
31. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinansa Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 1-14.
32. Pender NJ. Health Promotion In Nursing Practice 1987 (2nd Ed.). Norwalk, Ct:Appleton&Lange.
33. Ersin F, Bahar Z. Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [online] 2012; 5(1): 28-38.
34. URL: [http://debis.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/ersin\\_28-38.pdf](http://debis.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/ersin_28-38.pdf) . Mart 5,2016
35. Pender NJ. Health Promotion Model Manuel 2011. URL:<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/?Sequence=1>. Mart 5,2016.
36. Bahar Z, Açıl D. Sağlık Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [online] 2014; 7(1): 59-67. URL: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/46>. Mart 5,2016.
37. Pender NJ. Health Promotion In Nursing Practice 1996 (3rd Ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
38. Tokat M, Okumuş H. Başarılı Emzirme İçin Kuram Ve Modeline Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi 2008; 10(3): 51-55.
39. Pinto Sl, Lively BT, Siganga W, Holiday-Goodman M, Kamm G. Using The Health Belief Model To Test Factors Affecting Patient Retention In Diabetes-Related Pharmaceutical Care Services. Res Social Adm Pharm 2006 Mar; 2(1):38-58.
40. Koch J. The Role Of Exercise In The African-American Woman With Type 2 Diabetes Mellitus: Application Of The Health Belief Model. J Am Acad Nurse Pract 2002 Mar; 14 (3):126-130.
41. Rothman RL, Mulvaney S, Elasy TA, Vanderwoude A, Gebretsadik T, Shintani A, et all. Self-Management Behaviors, Racial Disparities, And Glycemic Control Among Adolescents With Type 2 Diabetes. Pediatrics 2008;121(4):912-919.
42. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring The Connection Between Self-Efficacy And Effective Diabetes Self-Management. Diabetes Educ 2003 Jul-Aug; 29(4):653-662.

43. Wen LK, Shepherd MD, Parchman MI. Family Support, Diet, And Exercise Among Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30(6):980-993.
44. Corbin JM, Strauss AI. *Shaping A New Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass Publication September , 1988.
45. Başgöl Ş. Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, *HSP* 2016; 3(1): 57-65.