

# BÖLÜM I

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Diabetes Mellitus sık görülen ve görülme sıklığı da giderek artan kronik bir sağlık problemidir. Avrupa ve Amerika'da toplam popülasyonun %8'i, 65 yaş üstü popülasyonun ise %20'si diyabetlidir. Gelişmekte olan ülkelerde gelecek yıllarda diabet prevelansının giderek artacağı tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; Hindistan'da bu gün 19 milyon olan diyabetik hasta sayısı, 2025 yılında 57 milyon olacağı, Çin'deki hasta sayısının ise 16 milyondan 38 milyona çıkacağı ve Pakistan, Endonezya ve Meksika'da da diyabet prevelansında önemli artışların görüleceği, toplam olarak dünyadaki yaklaşık 150 milyon olan diyabetik hasta sayısının 2025 yılında 300 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise Satman ve arkadaşları tarafından yapılan "Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP)" verilerine göre diyabet prevelansı %7,2 ve bozulmuş glikoz prevelansı ise %6,7 olarak bulunmuştur (11, 12, 21, 62, 67).

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, yaşam süresinin uzaması diyabetin pandemik yapısının daha da büyümesine yol açmaktadır. Hastalık seyrinde karbonhidrat metabolizmasının yanı sıra lipid ve protein metabolizmasında oluşan bozukluklar, diyabete özel olan ve/veya olmayan komplikasyonların varlığı, yaşam boyu tedavi ve tedaviye uyum zorluğu, özellikle de hastanın öz bakım gücü, öz etkililik düzeyi, aldığı eğitimi istendik davranışa dönüştürme becerisindeki aksamalar ile ilgili sorunlar nedeni ile Diabetes Mellitus en önemli kronik dahili hastalıklardan biridir (21, 22).

Diabetes Mellitus, mikrovasküler-makrovasküler düzeyde neden olduğu akut ve kronik komplikasyonları, bu komplikasyonların diyabetli bireyde kalıcı hasarlar yaptığı ve bu nedenle hastalığın maliyetinin artması, iş gücü kaybı, yaşam kalitesinin bozulması, bütün bu olumsuz durumların diyabetli hastanın yakınlarını da etkilemesi göz önünde bulundurulduğunda ekonomik ve toplumsal düzeyde etkileri olan çok boyutlu toplumsal bir hastalık olarak da gündemde kalmaktadır (12, 21, 23, 38, 77).

Diyabet yönetiminde başarının en önemli kriteri bireyin etkili eğitimi dolayısı ile tedaviye aktif ve istendik düzeyde katılımı, özetle öz bakım gücü ve tedavideki öz etkililiğidir (4, 17, 22).

Günümüzde gerek dünyada gerek ülkemizde diyabet ile ilgili tıp ve hemşirelik literatürü iyi gelişmiş, buna paralel olarak da diyabet ekibin çok iyi yetişmiş olmasına karşın diyabet yönetiminde henüz her hasta için istenilen düzeye ulaşmada zorluklar yaşanmakta başka deyişle bütün hastalar için hedeflenen metabolik düzeye ulaşamamaktadır. Diyabet yönetimi ile ilgili bütün bilimsel ve gayretli çabalara karşın, bu başarısızlığın en somut göstergesi; diyabetik hastalarda, diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar non ketotik koma gibi ciddi akut komplikasyonların hala azımsanmayacak oranda gündemde olması, amputasyona kadar giden ayak problemleri başta olmak üzere mikro-makrovasküler kronik komplikasyonlar ve diyabete bağlı organ kayıplarıdır (12, 21, 22, 62).

Bir başka deyişle; ülkemizde American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD) gibi büyük diyabet merkezleri ile eşdeğer bilgi birikiminde çalışan iyi yetişmiş diyabet uzmanları ve Federation of European Nurses in Diabetes (FEND)'e üye düzeyde görev yapan ADA, FEND kriterleri doğrultusunda sertifikalı eğitim alan ve bu doğrultuda hastaya eğitim-bakım veren donanımlı diyabet hemşireleri olmasına rağmen diyabete bağlı, son dönem

böbrek hastalığı (%30), diyabetik retinopati sonrası körlük (Amerika Birleşik Devletleri, yılda 8000 yeni körlük vakası), aterosklerotik-iskemik kalp hastalığı (%77), iskemik kalp hastalığı ölümleri (%60) bunların yanı sıra diyabetik nöropati, diyabetik ayak lezyonları gibi diyabetik bireyin yaşam kalitesini bozan ve yaşam süresini etkileyen komplikasyonlar görülmektedir (21, 22, 54).

Sonuç olarak; başta tıp ve hemşirelik olmak üzere diyabet ekibini oluşturan bütün meslek üyelerinde çağdaş bilim ve teknolojiye ulaşan bilgi ve buna paralel olarak da tedavi-eğitim-bakım davranışı olmasına rağmen diyabet yönetiminde her bireyde aynı başarıya ulaşılamamaktadır. Bu boyuttan bakıldığında; diyabet yönetimi başarısı formüle edilirse, başarılı diyabet yönetiminin girdisi doğru tedavi ve etkin eğitim ilkeleri, çıktısı ise metabolik kontrol hedeflerine ulaşılmasıdır. Diğer bir deyişle; bir diyabet merkezinde “50” hastanın tedavi ve eğitimi sürdürülüyor ise yine “50” hastanın tedaviye uyumu tam, komplikasyon oranı da “0” olmalıdır. Oysa sonucun böyle olmadığı gözlenmekte ve bütün iyi niyetli tedavi ve eğitim çabalarına rağmen, yukarıda da ayrıntılı sözü edildiği gibi, hastanın tedaviye tam uyumu bir yerlerde aksaklığa uğramakta ve her hasta için başarıya ulaşılamamaktadır. Diyabet ekibi için üzerinde düşünülmesi gereken bu durum, muhtemelen her diyabetli bireyin fenomenolojik olarak öznel gerçeği içinde değerlendirilmesi ve öznel sorunlarının saptanıp bireye uygun tedavi ve eğitim yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı; diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus’lu hastaların yaşadıkları deneyimleri niteliksel araştırma metodu olan fenomenolojik yaklaşım kullanılarak öznel ve çok yönlü olarak tanımlamak ve belirlenen bireysel

sorunlarına öznel çözüm getirmeye yönelik mentor/koçluk yöntemi ile danışmanlık yaparak diyabet yönetiminde bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmektir.

Bu temel amaç doğrultusunda araştırmanın iki alt amacı vardır;

- Diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerini, yönetim problemlerini, yardıma gereksinim duydukları konuları özetle diyabet yönetiminde deneyimledikleri bireysel güçlükleri **fenomenolojik olarak belirlemek**,
- Bireysel-fenomenolojik olarak belirlenen sorunlara yönelik, ilgili literatür ışığında hazırlanan rehber önderliğinde ve danışmanlık ilkeleri doğrultusunda bireylere bire bir **mentorluk** yaparak diyabet yönetiminde başarı kriterlerini belirlemektir.

Özetle; diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarda fenomenolojik yaklaşım ve mentor/danışmanlık yapılarak bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmektir.

### **1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler**

#### **1.3.1. Fenomenolojik İnceleme İçin Araştırma Soruları (Ek III)**

Araştırmanın fenomenolojik inceleme aşamasında, araştırma örneklemine giren bireylerin araştırmaya başlamadan önce;

- Hedeflenen metabolik sonuçlara ulaşmadaki başarısızlıklarını
- Aldıkları eğitimin davranışa dönüşme sürecindeki engellerini
- Bu engellerin nedenlerini

ortaya çıkarmaya yönelik yarı yapılandırılmış araştırma soruları sorulacaktır (Ek III)

### 1.3.2. Hipotezler

**H<sub>1</sub>:** Diyabet yönetimi bozuk olan hastalara fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk modeli kullanılarak yapılandırılan bireysel diyabet hemşireliği **diyabet yönetim başarısında etkilidir.**

**H<sub>2</sub>:** Diyabet yönetimi bozuk olan hastalara fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk modeli kullanılarak yapılandırılan bireysel diyabet hemşireliği **diyabet yönetim başarısında etkili değildir.**

### 1.4. Araştırmanın Önemi

Diabetes Mellitus'lu hastaları klinik, poliklinik ve evde izleyen sağlık çalışanlarının, hastaların metabolik hedeflere ulaşmalarını dolayısı ile hastalık yönetimlerini sağlamaları için gerekli olan destek ve rehberlik hizmetlerini etkili şekilde sunabilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda, her türlü çabaya rağmen diyabet yönetiminde başarıya ulaşamayan hastalarda; ekip üyelerinin diyabet yönetimi bozuk olan hastaya yaklaşımda öncelikle hastanın deneyimlerini anlamaları, tanımlayabilmeleri ve sorunlarına yönelik bire bir danışmanlık yapabilmeleri önem kazanmaktadır.

Diabetes Mellitus kişinin yaşamını çok yönlü değiştiren ve multidisipliner ekip çalışması gerektiren bir hastalıktır. Hastalık yönetiminde tıptaki ilerlemeler ile paralel olarak ekipte diyabet hemşiresinin etkin rolü artarken, Diabetes Mellitus'lu hastanın bakımında ve hastalık yönetiminde yeterliliği sağlamak için hemşirelerin profesyonel gelişmelerini takip etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle diyabetli bireylerin hastalıklarına uyum süreçlerinde nasıl sorunlar yaşadıklarını anlamaya çalışmak, önerilen tedavi ve bakım ilkelerine uymada hangi güçlükler ile karşılaştıklarının saptanması ve saptanılan sorunlara bireye özgü çözümler

üretmesinde hastanın doktoru ve diyet uzmanı ile koordineli çalışarak hastaya bireysel danışmanlık yapmak diyabet yönetiminin başarılı olması için önemli bir adımdır.

Bu düşünceler ile geliştirilen ve planlanan bu araştırmanın;

- Diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşadıkları deneyimler, öz bakımlarında karşılaştıkları güçlükler ve hastalıklarını algılama durumları tanımlanacağı için diyabet hemşirelerine hastaların gereksinimlerini belirlemede, hastalar ile ilgili tam ve ayrıntılı veri toplamada önemli ölçüde katkıda bulunacağı,
- Hastadan elde edilecek başarısızlık nedenlerine yönelik veriler ile hastalık yönetiminde hastanın sorunlarına ve bu sorunların nedenlerine yönelik olarak diyabet ekibi ile koordineli olarak planlanacak mentorluk sürecinin özelden diyabet hastalarına genelde de diyabet hemşirelerine yeni bir bakım girişimi olarak yol göstereceği düşünülmektedir.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmada bireyin diyabet yönetim bozukluğu nedenlerinin eğitimsizlikten kaynaklanmaması için diyabet eğitimi almış olan bireyler araştırma örneğine alınmıştır.
- Niteliksel araştırmalarda veri toplama süreci sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerine dayanılarak sürdürüldüğü için iletişim kurulabilen ve mini mental test yeterliliği olan diyabetli bireyler örneğe alınmıştır.
- Araştırmanın mentorluk aşaması sürekli iletişim gerektirdiği için ev telefonu ve cep telefonu olan bireyler örneğe alınmıştır.

- Niteliksel araştırma sonuçları araştırma yöntemi gereği sadece görüşme yapılan bireylere genellenebilir.

## 1.6. Tanımlar

**Diyabet Yönetimi:** Diabetes Mellitus'ta; tedavi, eğitim ve hasta uyumunun tam olarak gerçekleştiği durumlarda; tedavi ve bakımdan beklenen metabolik hedeflere (açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, BMI, arteriyel kan basıncı, kan lipid düzeylerine yönelik) ulaşılması, komplikasyon sayısının az ya da hiç olmaması (12, 17, 21, 22, 52, 53, 54, 79, 80).

**Diyabet Yönetimi Bozukluğu:** Diabetes Mellitus'lu bireyde sürdürülen tedavi ve bakım adımlarına rağmen amaçlanan metabolik hedeflere ulaşamaması (12, 17, 21, 22, 78, 79).

**Fenomenoloji:** Olaybilim, olgubilim, görüngubilim (13, 18, 20, 28, 36,43, 68).

**Mentor:** Akıl hocası, danışman, koç, rehber (9, 26, 27, 37, 65, 96, 102, 103).

Bu araştırma için bireysel diyabet hemşireliği-mentorluk yapan ve araştırmayı yürüten araştırmacı.

**Menteé:** Mentora baş vuran kişi (9, 26, 27, 37, 65, 85, 96, 102, 103).

Bu araştırma için diyabet yönetimi bozuk olan ve mentorluk sürecine devam eden birey.

## 1.7. Genel Bilgiler

### 1.7.1. Diabetes Mellitus Yönetimi

Diabetes Mellitus yönetimi, Diabetes Mellitus'lu bireyde uygun tedavi ve bakım kriterleri ve hastanın uyumu ile amaçlanan metabolik hedeflere (açlık kan

şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, BMI, arteriyel kan basıncı, kan lipid düzeylerine yönelik) ulaşılması olarak tanımlanmaktadır (12, 17, 21, 22, 52, 53, 79, 80).

Diyabet yönetiminde başarılı olmak, etkin tedavinin belirlenmesi, etkin eğitim ve hastanın tedaviye tam uyumu ve katılımı ile gerçekleşir. Bu bağlamda diyabet yönetimi tedavi, eğitim, öz bakım-öz etkililiği içermektedir (12, 21, 52, 53, 80).

#### **1.7.1.1. Diyabet Tedavisi**

Diabetes Mellitus çoklu sistem ve çoklu semptom içeren bir hastalık olduğu için tedavisi de, çoklu uzman ve ekip anlayışı gerektirir. Bu bağlamda; tıbbi beslenme tedavisi, ilaç tedavisi, diyabet eğitimi, diyabetli bireyin tedaviye uyum süreci, öz bakım- öz etkililik ve bireysel yönetim becerileri, diyabet tedavisi içinde olmazsa olmaz temel ilkelerdir (21, 22).

##### **1.7.1.1.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi**

Beslenme ve öğün planlaması ile ilgili prensipler, diyabet tedavisinin en çok tartışılan konusu olmakla birlikte, beslenme tedavisi başarılı diyabet yönetiminin en önemli komponentinden biridir. Başka deyişle; sağlıklı ve diyabete uygun bir beslenme diyabet tedavisin başarıya ulaşmasındaki en önemli faktördür (6, 72, 80).

Diyabete özgü beslenme programının hazırlanmasında ADA ve EASD tarafından oluşturulan standartlar dikkate alınmaktadır. ADA, 1994 yılından itibaren beslenme tedavisinin terminolojisini değiştirerek diyet tedavisi yerine tıbbi beslenme tedavisi terimini kullanmaya başlamıştır. ADA'ya göre; beslenme ile ilgili diyabetli bireyin kendi kendinin idare edebilme eğitiminin etkili olabilmesi için, bireyin bireysel diyet tedavi hedeflerine ve kişisel yaşam tarzına uygun bir yaklaşım gerekmektedir. Bunun yanı sıra beslenme ile ilgili sonuçları değerlendirebilmek için, glisemi, glikolize hemoglobin, lipidler, kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarının takip edilmesi esas alınmıştır (6, 52, 72).



Beslenme tedavisi bireye özeldir. Bireyin tipine, yaşına, boyuna, ağırlığına, fiziksel aktivitesine, çalışma koşullarına, özel durumuna (çocukluk, gençlik, gebelik,...), eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik ve kültürel durumuna, diğer hastalıkların varlığına ve tedavi şekillerine, biyokimyasal bulgularına ve beslenme alışkanlığına yönelik hazırlanan beslenme programının kişiden kişiye değişiklik göstermesi gerekmektedir (72, 80).

Medikal tedavinin yanı sıra, diyabetli bireyin tedavisinde önemli yeri olan beslenme ile ilgili hedeflere ulaşabilmesi, ancak bir diyabet ekibinin kontrolü ve bu ekibin vereceği eğitim ile mümkün olmaktadır. Beslenme konularının kompleksliği nedeniyle, diyabetin beslenme tedavisi hakkında bilgili ve deneyimli, konusunda uzmanlaşmış bir diyetisyen diyabet tedavi ekibinin önemli bir üyesidir. Diyetisyenin bulunmadığı durumlarda diyabet hemşireleri bu sorumluluğu üstlenmektedir. Bu yüzden diyabet hemşireleri bu konuda yeterli eğitim almış ve yeterli bilgi donanımına sahip olmalıdır ve hastanın periyodik değerlendirilmesinde diyet uyumunu, beslenme alışkanlıklarını ve beslenme davranışlarını değerlendirme kapsamına almalıdır (6, 72, 77).

#### **1.7.1.1.1.1. Tıbbi Beslenme Tedavisinin Amaçları**

Diyabette beslenme tedavisinin amaçları;

- Optimal metabolik sonuçları sağlamak ve sürdürmek,
  - Komplikasyon riskini önlemek veya azaltmak için normal veya normale yakın kan glikoz düzeyi,
  - Makrovasküler komplikasyon riskini azaltacak lipid ve lipoprotein profili
  - Vasküler hastalık riskini azaltacak kan basıncı,

- Diyabetin komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek; obezite, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, nefropatinin tedavisi ve önlenmesi için beslenme ve yaşam şeklinin uygun modifikasyonu,
  - Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile yaşam kalitesini iyileştirmek,
  - Bireysel ve kültürel tercihler, yaşam şekli göz önüne alınarak bireysel beslenme gereksinimlerini karşılamak,
    - Genç Tip 1 diyabetliler için, normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak yeterli enerji ve insülin uygulamalarını beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına entegre etmek,
    - Genç Tip 2 diyabetliler için, metabolik durumu iyileştirecek ve insülin direncini azaltacak beslenme ve fiziksel aktivite değişikliklerini kolaylaştırmak,
    - Gebe ve emzicklilerin optimal gereksinimleri için enerji ve besin ögesi gereksinimlerini sağlamak,
    - Yaşlı bireyler için beslenme ve psikososyal gereksinimleri sağlamak,
- İnsülin ve insülin sekretogogları kullanan bireyler için hipoglisemi, akut hastalık, egzersizle ilişkili problemleri önlemek ve tedavi etmede bireysel eğitimi sağlamaktır (6, 72).

#### **1.7.1.1.1.2. Tıbbi Beslenme Tedavisinin İlkeleri**

Diyabetik diyetin temel ilkeleri bireye ve bireysel özelliklere özgü tedavi prensipleri dikkate alınmak kaydı dahilinde temelde aşağıdaki önerileri içermektedir (6, 72).

- Enerji gereksiniminin belirlenmesi
- Protein alımı
- Karbonhidrat alımı

- Yağ alımı
- Posa Alımı
- Vitamin ve mineral alımı
- Öğün sayısı ve öğünlerin düzenlenmesi
- Alkol tüketimi

#### **1.7.1.1.1.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi Uygulama Modelleri**

Tıbbi beslenme tedavisi dört temel modeli kapsamaktadır.

1. Durum Değerlendirmesi: Bireyin yaşına, boyuna, ağırlığına, fiziksel aktivitesine, çalışma koşullarına, özel durumuna (çocukluk, gençlik, gebelik,...), eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik ve kültürel durumuna, diğer hastalıkların varlığına ve tedavi şekillerine, biyokimyasal bulgularına ve beslenme alışkanlığına, aktivite düzeyin yönellik tanımlanması girişimlerini kapsar.
2. Hedef Saptama: Bireyin beslenme planı ile ilgili öncelikle ne öğrenmek istediği, kan şekeri kontrolünü sağlamak için en önemli hedefinin ne olduğu, beslenme alışkanlıkları ile ilgili karar verilen hedefe yönelik yapılacak istenilen değişiklikler ve bu değişikliklerin nasıl yapılacağını gösteren bir form aracılığı ile uygulanabilir ve ulaşılabilir hedeflerin hasta ile birlikte konması gereklidir. Bu aşamada birey ile birlikte diyet düzenlenmesine yönelik hedefler ortaya konmaktadır.
3. Uygulama ve Eğitim: Diyabetik bireye özgü bireysel temel beslenme tedavisi ilkeleri göz önünde bulundurularak basit bir yemek planının hazırlanması, kalori hesaplaması, değişim listelerinin kullanılması gibi konularda iyi bir eğitim ve uygulama sağlanmalıdır.

4. İzlem: Bireyin beslenme tedavisine uyumunu kontrol etmek ve oluşabilecek sorunların çözümüne hasta ile birlikte karar vermek için yetişkinlerin 6 ay, çocukların 3 ay aralıklarla takibi uygun olmaktadır (6, 72).

#### **1.7.1.1.2. Diyabet ve Egzersiz**

Egzersizin yaşam kalitesi, kardiyovasküler sistem ve metabolik kontrol üzerine etkileri uzun yıllardır bilinmektedir. Joslin diyabet tedavisinde üç temel prensipten biri olarak egzersizi belirtmiştir. Efor ve egzersiz uygulamasını yapmak diyabetik bireylerin tedavi programlarında insülin, oral antidiyabetik ve diyet ile birlikte önemli bir yer almaktadır. Yapılan bir çok çalışmada sedanter yaşamın ve düşük kardiy-respiratuar dayanıklılığın özellikle Tip 2 diyabetli bireyler için risk olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, egzersiz özellikle risk grubu kişilerde önleyici bir uygulama olarak göz önüne alınmalıdır (58, 73, 79, 80).

##### **1.7.1.1.2.1. Egzersizin Yararları**

Diyabet gibi kronik hastalıklarda egzersiz programları dayanıklılığı ve kas gücünü artırarak hastanın kendini iyi hissetmesini ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bununla birlikte egzersize fiziksel cevaplar diyabetin tipine, egzersizin süresine, şiddetine ve sıklığına göre değişmektedir (58, 73, 80).

Tip 1 diyabetiklerde yapılan çalışmalarda egzersizin glisemik kontrol üzerine faydalı bir etkisi bulunmamakla birlikte , insülin hassasiyetinde azalma ve azalmış insülin gerekliliği gösterilmiştir. Çocuklarda ve adölesanlarda yapılan bazı çalışmalarda dinamik egzersiz sonrasında HbA1c seviyelerinde azalmalar kaydedilmiş ve sonuçların yetişkinlere göre daha iyi olduğu görülmüştür (58, 73).

Tip 2 diyabetli hastalarda egzersizin glisemik kontrolü düzelttiği, insülin hassasiyetini düzelttiği, açlık ve yokluk hiperglisemisini azalttığı belirtilmiştir. Tip 2 diyabetli hastalarda yapılan çalışmaların çoğunda bu etkiler görülmüş ve son egzersiz

uygulamasından 48 saat sonrasına kadar bu etkilerin devam ettiği gözlemlenmiştir (58, 73).

Egzersizın diğer yararlarına bakılacak olursa; özellikle yaşlılarda kas gücü, esneklik ve kardiyovasküler dayanıklılığı arttırdığı, kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığı, uzun dönemde kan basıncını düşürdüğü, kilonun kaybı ve korunmasında yardımcı olduğu, stres, gerginlik ve depresyonu azalttığı bilinmektedir. Bu bağlamda özelden diyabetik bireyin genelde ise tüm bireylerin yaşam kalitesi ve süresini arttıran önemli bir komponenttir (58, 73, 80).

#### **1.7.1.1.2.2. Egzersizin Riskleri**

Tip 1 diyabette en sık karşılaşılan komplikasyon hipoglisemi özellikle yüzme, dalma ve çarpışmanın olduğu sert sporlarda, uzun süre hiç ara vermeden ya da yalnız yapılan sporlarda konsantrasyon ve kas kontrolünün kaybı sonucu istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir. Diyabet yönetimi bozuk olan olgularda egzersize başlamadan önce hiperglisemi ve ketozis söz konusudur. Mevcut insülin, glukagon ve diğer karşıt hormonların etkisini yenemez ise kan şekeri daha fazla yükselir ve lipoliz ve ketozisin artması sonucunda da ağır ketoasidoz hızla gelişebilmektedir. Ayrıca ilerleyici retinopatisi olan olgularda kan basıncını arttıran sporlar intraoküler kanamaya neden olabilir (58).

Tip 2 diyabette egzersiz kronik vasküler, nörolojik ve kas iskelet komplikasyonları üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu olumsuz etkiler, uzun sürede; oral hipoglisemik ajan veya insülin alanlarda hipoglisemi, hipergliseminin ağırlaşması,, dejeneratif eklem hastalıkları nedeni ile ortaya çıkan ortopedik yaralanmalar olarak ortaya çıkabilir. Retinopati ve retinal kanamalar egzersiz nedeniyle gelişebilir. Nöropatisi veya periferik vasküler hastalığı olan diyabetik

bireylerde ekstremitelere yetersiz kan akımı, ortostatik hipotansiyon, dehidratasyona bozulmuş yanıt ve kalp hızında uyumsuz değişikliklere yol açabilir (58, 73).

#### **1.7.1.1.2.3. Egzersiz Çeşitleri**

Egzersiz programına alınan diyabetik bireylerde iyi bir medikal inceleme yapılmalıdır. Bu inceleme; bireysel özellikler, glisemik kontrol düzeyi, kardiyovasküler değerlendirme, nörolojik değerlendirme ve göz muayenesini içerir. Egzersiz tipine hastanın fiziksel kapasitesi ve ilgilerine göre özetle bireye özgü uygulamaları içerecek şekilde karar verilmelidir. Tam bir egzersiz programı, aerobik egzersizlerin yanı sıra kas kuvvetlendirme ve fleksibilite ve endurans egzersizlerini de içine almalıdır (58, 73, 80).

- Kas Gücünü Arttıran Egzersizler: Kasa yük bindirme esasına dayanır.
- İzokinetik Egzersizler: kasın kasılma hızının sabit olduğu egzersizlerdir.
- Kas Dayanıklılık (endurans) Egzersizleri: kasın bir hareketi tekrar edebilme yeteneğini artırır.
- Kardiyovasküler Dayanıklılığı Arttıran Aerobik Egzersizler: Aerobik kapasiteyi arttırmak için büyük kas kitlesi içerecek şekilde, submaksimal şiddetteki eforlar ile bitkin hale gelinmeyecek şekilde yapılan egzersizlerdir.
- Fleksibilite Egzersizleri: Eklem hareket açıklığı egzersizlerini ve germe egzersizlerini içerir.

#### **1.7.1.1.3. İlaç Tedavisi**

Diyabet tedavisinin temel amacı; kan şekerinin kontrol altına alınması dolayısı ile metabolik kontrolün sağlanmasıdır. Tip 1 diyabet insülin, egzersiz ve diyet tedavisi ile, tip 2 diyabet öncelikle diyet tedavisi, egzersiz ile tedavi edilmekte ve

metabolik kontrol sağlanamadığı takdirde oral antidiyabetik ilaçlar kullanılarak bu da yeter siz ise insülin kullanılarak tedavi edilmektedir (7, 66, 77, 78, 79).

Diabetes Mellitus'ta ilaç tedavisi oral antidiyabetik ilaçlar ve insülin tedavisi olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (66, 78).

#### **1.7.1.1.3.1. Oral Antidiyabetik Tedavi**

Oral antidiyabetik ilaçlar başlıca etki mekanizmalarına göre;

- İnsülin Salgılatıcı İlaçlar (Sekretogoglar):
  - Sülfanilüreler
  - Benzoik asit türevleri
- İnsüline Duyarlılığı Arttıran (İnsülin direncini azaltmaya yönelik) İlaçlar (Sensitizerlar):
  - Biguanidler
  - Thiazolidinedion türevleri
- Glikoz Emilimini Yavaşlatan İlaçlar:
  - Alfa glikoz inhibitörleri
- Tip 2 Diyabet Tedavisinde Kullanılmaya Aday Diğer Ajanlar:
  - İnsülin direncinin azaltılması: Thiazolidinedion türevleri
  - Serbest yağ asidi metabolizmasının değiştirilmesi: NEFA serbestlemesini inhibe eden ilaçlar, yağ asidi oksidasyon inhibitörleri
  - İnsülin sekresyonunun uyarılması: Alfa adrenerjik reseptör antagonistleri, inkretinler, non-sülfanilüre sekretogoglar, yeni sülfanilüre grubu ilaçlar
  - Postprandişyal glisemi artışının önlenmesi: Solubl posa, guar gum, yeni alfa glukozidaz inhibitörleri

- Kilo kaybının sağlanması: Anorektikler, deksfenfluramin, sibutramin, orlistat, beta agonistler, yağ emilimini engelleyen ilaçlar (66, 78)

#### **1.7.1.1.3.2. İnsülin Tedavisi**

İnsülinin keşfi ve insülin tedavisinin uygulamaya geçmesi diyabet tedavisinin önemli bir dönüm noktasıdır. Diyabeti hastalarda insülin tedavisinde son yıllardaki gelişmelerle yeni geliştirilen insan insülinleri ve gliseminin taşınabilir araçlarla saniyede ölçülebilen kısa sürelerde saptanmasının önemli rolü bulunmaktadır. Bunların sonucunda ise, diyabetli hastanın günlük insülin gereksinimleri kan glikoz düzeylerine göre kolaylıkla ayarlanmakta ve özellikle yoğun insülin tedavisinde bu yöntemle başarılı sonuçlar alınmaktadır (7, 53, 79, 80).

Diyabet tedavisinde kullanılan insülinler elde edildikleri yöntemlere göre;

- Domuz kökenli insülinler
- Sığır kökenli insülinler
- İnsan insülinleri
  - Biyosentetik insülinler (rekombinan DNA tekniği ile)
  - Semisentetik insülinler (domuz insülininde alaninin threonin ile değiştirilmesi) olarak sınıflandırılmaktadır.

İnsülinler etkilerinin başlangıç zamanına ve etki sürelerine göre sınıflanmaktadır. Günümüzde genellikle biyosentetik %100'e yakın saflıkta kısa, orta etkili ve bunların karışımı şeklinde insan insülini kullanılmaktadır (71, 78).

Diyabet tedavisinde kullanılan insülin tipleri ve özellikleri (71, 78):

- Çok Kısa Etkili İnsülin (Lispro insülin): 5-15 dk etkinin başlaması, 45- 90 dk pik zamanı, 3-4 saat etki süresi
- Kısa Etkili İnsülin: 30 dk etkinin başlaması, 2-5 saat pik zamanı, 5-8 saat etki süresi



- Orta Etkili İnsülin: 1-3 saat etkinin başlaması, 6-12 saat pik zamanı, 16-24 saat etki süresi
- Uzun Etkili İnsülinler: 4-6 saat etkinin başlaması, 8-20 saat pik zamanı, 24-28 saat etki süresi
- Hazır Karışım İnsülinler: 20/80, 30/70, 40/60, 50/50, oranlarında kısa/orta etkili insülin içeren hazır karışım insülin preparatlarıdır.

### **1.7.1.2. Diyabet Eğitimi**

Diyabet yönetiminin en önemli parçası, diyabetlinin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve hastalığı ile baş etmesi konusunda bilgilendirilmesidir. Bu bağlamda; diyabetlinin eğitimi tedavinin vazgeçilmez temel taşlarından biridir. Joslin'e göre "eğitim, diyabet tedavisinin bir parçası değil, tam tersine ta kendisidir". Dünya Sağlık Örgütü'nde hasta eğitimini, diyabet yönetiminin temel taşı ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal önemi olan bir unsur olarak tanımlamaktadır (4, 17, 21, 22, 52, 55, 80).

Diyabet eğitiminde amaç; diyabetik hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığın daha iyi kontrolü ile ulaşılabilecek yan etkilerden korumak, tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir olmasını sağlamak amacı ile bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktarımı ile ilgili tüm çalışmaları içermektedir (4, 17, 21, 22, 52, 55, 80).

#### **1.7.1.2.1. Diyabet Eğitiminin Gelişimsel Süreci**

Diyabetli hasta ve ailesinin bilgilendirilmesinin yararlı ve önemli olduğu 1920'li yıllarda fark edilmiştir. Diyabet eğitimine olan bu ilgi özellikle tedavide insülin üretimindeki teknolojik gelişmelerin paralelinde farklılıklar göstermiş ve ve 1970'li yıllarda yeniden gündeme gelmiştir. Bu yıllarda eğitim alan diyabetik

hastalarda hastane yatış süresinde, organ kayıplarında, komplikasyon gelişiminde ve amputasyonlarda azalma görülmesinin saptanması yani kanıta dayalı uygulama sonuçları ile diyabet eğitiminin diyabet yönetimine katkısının belirlenmesi eğitimin önemini göstermiştir. 1970'li yıllarda eğitim otoriter, tek taraflı, ders-emir verir nitelikte yöntemler içerirken, 1980'li yıllarda diyabet eğitiminde sadece hastaya hastalıkla ilgili sorunların aktarılması ve bunların tanımlanması bireysel eğitimler verilerek ve grup tartışmaları yapılarak beceri kazandırma çalışmaları gündeme gelmiştir. 1990'lü yıllara gelindiğinde ise diyabet eğitimi genel eğitimin çağdaş yenilenmesinden etkilenmiş olup aktif öğrenme, bireysel deneyimlerden yararlanılma hedeflenmiş ve sağlık ekibinin otoriter öğreticilik rolünden çok eğitmen ve gelişimci rolü öne çıkartılarak eğitimde iletişimin önemi arttırılmıştır. Günümüzde benimsenen diyabet eğitimi anlayışında ise temel yöntem, hastanın bireysel özellikleri göz önüne alınarak planlanan eğitim programının çoğu kez bire bir zaman zaman ise grup eğitimi desteği ile ve anlayabileceği iletişim becerileri kullanılarak bilginin aktarılması, hastanın aktarılan bilgiyi benimsemesi, kavraması, anlayıp özümsemesi ve istedik davranışa dönüştürerek yaşama geçirilmesi yani bireyin hastalık yönetiminde öz etkililiğinin sağlanması ilkesine dayanmaktadır (17, 22, 52, 80).

#### **1.7.1.2.2. Diyabet Eğitiminin Yararları**

Diabetes Mellitus'da hasta eğitimi, diğer hastalıklardan farklı olarak sadece hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirme gibi yalın bir anlam içermemektedir. Diyabet eğitimi tedavi amaçlıdır, bu nedenle de çok boyutlu özellikleri ve yararları vardır (17, 22, 80).

Diabetes Mellitusta hasta eğitimi; hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlar, hastalığın daha iyi kontrol edilmesini kolaylaştırır, hastayı oluşabilecek akut-kronik komplikasyon, amputasyon gibi ciddi hasarlardan korur, tedavi maliyetini

düşürür, olabilecek tedavi hatalarını azaltır; özetle hastanın öz-etkililik düzeyini artırır, öz bakım gücünü artırır ve dolayısı ile tedaviye tam uyumunu sağlar. Sonuç olarak, diyabet eğitimi hastanın bilgilenmesi, bilinçlendirilmesi, motive edilmesi, istendik davranış kazanması ve sürdürmesine yönelik kapsamlı olarak eğitilmesi olup hastanın yaşam süresini artırır, yaşam kalitesini yükseltir (17, 22, 52, 80).

### **1.7.1.2.3. Diyabet Eğitim Programı**

Diyabet eğitim programı; hastalık, tedavi, bakım, izlem, komplikasyonlar ve korunmaya yönelik çok ayrıntılı eğitim adımları gerektiren çok boyutlu bir programdır. Bu nedenle; diyabet eğitimini yürütecek ekip üyesinin, aşağıda ayrıntılı olarak verilen eğitim adımları konusunda, kapsamlı bilgi birikiminde olması gerekmektedir (22, 51, 80).

#### **Diyabet Eğitimi Programı İçeriği:**

##### **1. Diyabet Konusundaki Genel Bilgiler**

- a. Pankreas-İnsülin-Kan şekeri-Diyabet gelişimi-Türleri
- b. Normal açlık-tokluk kan şekeri düzeyi
- c. Diyabet semptomları-klinik bulgular
- d. Diyabet tedavisi
- e. Diyabetin akut-kronik komplikasyonları

##### **2. Diyabette Laboratuar İzlemi-Önemi ve Yöntemleri ile İlgili Bilgiler**

- a. Kan şekeri ölçümü-glikometre ve önemi
- b. Kan şekeri ölçümlerini yapma zamanı
- c. Ölçüm sonuçlarının takip defterine kaydedilmesi
- d. HbA1c nedir? Nasıl ölçülür? Ne kadar olmalıdır?
- e. İdrarda keton ve mikroalbüminüri nedir? Nasıl kontrol edilir? Ne kadar olmalıdır?

### 3. Tıbbi Beslenme Tedavisi ile İlgili Bilgiler

- a. İdeal kilo nedir? Nasıl hesaplanır? Hastasının ideal kilosunu ne olmalıdır?
- b. Alınması gereken kalori nedir? Nasıl hesaplanır?
- c. Ana ve ara öğünler-öğün zamanları
- d. Alınması gereken besinler ve doğru besin seçimleri
- d. Özel durumlarda (resmi-özel toplantı-hastalık vb.) beslenme

### 4. Egzersiz ile İlgili Bilgiler

- a. Egzersizin yararları
- b. Egzersizin süresi, tipi ve zamanı
- c. Egzersiz sırasında alınması gereken önlemler
- d. Egzersizin sakıncalı olduğu durumlar

### 5. Oral Antidiyabetik İlaçlar İle İlgili Bilgiler

- a. Oral antidiyabetik ilaçların isimleri (Sulfonilürea-Nonsulfonilüre insülin sekretegogları-Biguanidler-Alfa glikozit inhibitörleri-Thiazolidinedione türevleri (glitazonlar)) ve grupları
- b. Oral antidiyabetik ilaçların yararsız olduğu durumlar

### 6. İnsülin İle İlgili Bilgiler

- a. İnsülin kullanımının nedenleri-özellikleri
- b. İnsülin çeşitleri, etki zamanı ve süresi
- c. İnsülinin bozulmadan saklanması, korunması
- d. İnsülin türlerine göre uygulama zamanları
- e. İnsülin uygulama yerleri ve yöntemleri
- f. İnsülin dozunda değişiklik, değişikliğin nedeni
- g. Kullanılan insülinin isminin öğretilmesi-önemi
- h. İnsülin kalemi ile ilgili bilgiler ve kullanım eğitimi

## 7. Tedavi Hedefleri İle İlgili Genel Bilgiler

- a. Açlık kan şekeri hedefleri
- b. Tokluk kan şekeri hedefleri
- c. Glikometre kullanımı, ölçüm zamanları ve laboratuvar incelemeleri
- d. HbA1c hedefleri
- e. Arteriyel kan basıncı hedefleri
- f. Kolesterol ve trigliserit hedefleri

## 8. Akut Komplikasyonlarla İlgili Genel Bilgiler

- a. Hipoglisemi; nedenleri, belirti ve bulguları
- b. Hipoglisemi durumunda yapılması gerekenler
- c. Hiperglisemi; nedenleri, belirti ve bulguları
- d. Hiperglisemi durumunda yapılması gerekenler
- e. Akut hastalık durumunun önemi ve yapılması gerekenler

## 9. Kronik Komplikasyonlarla İlgili Genel Bilgiler

- a. Göz komplikasyonları ve göz kontrollerinin önemi
- b. Böbrek komplikasyonları, belirti, izlem ve yapılması gerekenler
- c. Sinir sistemi ile ilgili komplikasyonlar, belirti, izlem ve yapılması gerekenler
- d. Kardiyak komplikasyonlar, kontrollerin önemi

## 10. Diyabetik Ayak İle İlgili Bilgiler

- a. Diyabetes Mellitusta ayakların önemi ve günlük kontrolün gerekliliği
- b. Ayakların günlük hijyenik bakımı
- c. Tırnak kesmede dikkat edilmesi gerekenler
- d. Ayakkabı, çorap seçimi ve kullanımı ile ilgili bilgiler
- e. Nasırlara yönelik uygulamalar ile ilgili bilgiler

## 11. Diyabet Yönetiminde Kimlik Bildirimi İle İlgili Bilgiler

a. Diyabetik kimlik- kart edinme, taşımanın önemi ve yararı

b. Başka sağlık sorunlarında, diyabetli olduğunu bildirmenin önemi ve yararı

Araştırma süresince görüşmelerde ve danışmanlık sürecinde bireylerin sorularından ve ifadelerinde diyabetlinin diyabetli bireyin yasal hakları, hastalık ile baş etme yöntemleri ve alternatif tedavi kullanımları durumunda ekibin yaklaşımı konularının da yer alması gerekli görüldüğünden dolayı diyabet eğitim programı içeriğine ilgili bilgiler eklenmiştir.

### 1.7.1.2.3.1. Diyabetli Hakları

Ülkemizde sağlık kurumlarının yasal boyutta çeşitliliği ve bu çeşitliliğin getirdiği farklılıkların olduğu bilinmektedir . Bu bağlamda her birey bağlı olduğu sağlık kurumuna göre farklı prosedürler ve düzeylerde sağlık hizmeti almaktadır. Bunların yanı sıra, ülkemizdeki sağlık sistemi yeni yasal düzenlemeler dahilinde değişmekte ve her ne kadar daha iyi olacağı konusu öne sürülse de gelecekte sağlık sisteminin yeni düzenlemelerin nasıl olacağı ve hasta/sağlıklı bireyler için ne getireceği konuları hasta/sağlıklı bireyleri ve beklenen üzere sağlık hizmeti veren kurumları ve sağlık çalışanlarını bir bilinmezlik halinde beklemektedir (93).

Kronik hastalıklar normal süreçlerinde bile sağlık harcamalarını yükseltirken, komplikasyonları dahilinde kurumsal ve bireysel düzeyde sağlık giderleri daha da yükselmektedir. Bu bağlamda, kronik hastalıkların içerisinde, Diabetes Mellitus mikrovasküler-makrovasküler düzeyde neden olduğu akut ve kronik komplikasyonları, bu komplikasyonların diyabetli bireyde kalıcı hasarları ile hastalığın maliyetinin artması, iş gücü kaybı, yaşam kalitesinin bozulması, bütün bu olumsuz durumların diyabetli hastanın yakınlarını da etkilemesi göz önünde bulundurulduğunda ekonomik ve toplumsal düzeyde etkileri olan bir hastalıktır (22).

Bu nedenle, araştırma süresince diyabetli bireylerin çoğunun sahip oldukları yasal haklarını ve yasal prosedürleri bilmedikleri gözlenmiş olup, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, devlet memurları, emekli sandığı, Bağ-Kur'un ilgili yasalarında geçen Diyabetli Hakları'na ilişkin bilgiler eğitim içeriğine eklenmiştir (Ek X) (91, 92, 93).

#### **1.7.1.2.3.2. Baş Etme Yöntemleri**

Sağlık ile ilgili herhangi ciddi bir durum, bireyin homeostatik dengesini sarsar ve bireyde emosyonel ve psikolojik tepkiler oluşmasına neden olabilir, çünkü her fiziksel hastalık birey için krizdir. Basit (doğal) sıkıntıdan, kayıp yas tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygulanımına kadar değişik tepkiler uyandırır. Ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel duygusal otonomisini, vücut imajını, sosyal alanını etkiler. Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen davranışsal, emosyonel tepkiler hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber, hastayı değerlendirirken bir bütün olarak anlamak ve bu etkenleri göz önüne almak gerekmektedir (56, 90).

Bu durum, özellikle bireyin bir uyum sağlama sürecine gereksinim duyduğu uzun süreli veya ömür boyu sürecek hastalıklarda ortaya çıkar. Hastalığın ve tedavisinin yarattığı gerginlik, bireyin uyum kapasitesini tüketir. Ancak bu tepkileri her birey yaşamak zorunda olmadığı gibi tepkilerin şekli veya şiddeti bireyden bireye değişim gösterebilmektedir. Yaşam boyu süren bir hastalık olan diyabet tanısı konduktan sonra, yaşam tarzı değişiklikleri zaman zaman bireyi oldukça zorlayabilmektedir. Bu değişiklikler sadece bireyin değil, aynı zamanda ailenin de yaşamını etkileyen bir boyutta olabilir (56, 90).

Diyabet gibi kronik hastalıklarda hastalığı değerlendirirken şu üç bileşen arasındaki etkileşim dikkate alınmalıdır. Bu çerçevede hastalık dinamikleri şöyle tanımlanabilir (56):

## **A.Hastalık Dinamikleri:**

### **I. Biyolojik**

- Kalıtsal yapısal etkenler
- Temel fizyolojik süreçler
- İşlev kaybı
- Etkilenen organ (amputasyon, mastektomi gibi)
- Hastalığın nitelik ve şiddeti
- Hastanın yaşı, cinsiyeti, yaşam evresi

### **II. Psikik**

- Hastalığı algılama şekli
- Kişilik yapısı
- Ego savunma düzenekleri
- Streslerle baş etme gücü ve stili
- Obje ilişkilerinin olgunluğu
- Yaşam dönemi
- Daha önceki psikiyatrik ve psikososyal uyum yetenek ve öyküsü
- Daha önceki hastalık yaşantılaması ve ilişkisi (deneyim ve tutumlar)
- Yaşam idealleri

### **III: (Psiko) Sosyal**

- Medeni durumu
- Aile ilişkilerinin dinamiği
- Kişisel-kültürel tutumlar



- Değer yargıları
- Aile ve toplumdaki yeri ve statüsü
- Ailenin ve toplumun mevcut hastalığa ilişkin tutumları
- İnsanlar arası, profesyonel ve mesleki uyum ve işlevleri

#### **B. Hastalık ile ilgili zorlanmalar:**

- Narsistik bütünlüğünü tehdit altında hissetme
- Akut hastalık, hastaneye yatış, ölüm tehdidi, kişiliğin derinliklerindeki tepkilerin gündeme gelmesi. Temel güven duygusunun zedelenmesi.
- Yabancılar korkusu
- Ayrılık kaygısı, hastalık ve hastane ortamı, kişinin yaşantısındaki önemli sevilen kişi ve ortamlardan uzaklaşması. Kendisine destek ve doyum veren çevrenin terk edilmesi, yeni ortama uyum sağlanmasındaki zorluklar (Özellikle yaşlı hastalarda tanıdık çevrelerden uzak kalmak ciddi kaygı ve depresyona, katastrofik tepkiye neden olabilir).
- İlgi, onay ve sevginin kaybedileceği korkusu. Akut olarak kişiyi immobil yapan, pasif bağımlılığa neden olan, iş ve üretkenliği engelleyen hastalıklar, hastada yakınlarının sevgi ve onayını kaybedeceği endişesi
- Vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği endişesi. Hastaneye yatış, bir dizi incelemelere pasif olarak tabi olma ve özellikle cerrahi girişimler kişide değişik biçimlerde kastrasyon kaygısına yol açması

Akut-kronik hastalar ile ilgili zorlanmalara ilişkin bu genel dinamik süreçler yaşam boyu süren bir kronik hastalık olan DM'de daha karmaşık zorlanmalara ve psikolojik tepkilere yol açar. Diyabet tanısı alan bir birey kendisi ve ailesinin,

hastalık uyum sürecinde yaşayabilecekleri psikolojik tepkiler ve kendisine ve ailesine yardımcı olabilecek baş etme stratejileri şöyle sıralanabilir (56, 90):

***İnkâr ve baş etme:***

- Birey diyabet tanısı almadığını ya da bu hastalığın bir süre sonra geçeceğini düşünebilir. İlaçlarını almayı ya da kan şekeri düzeyini ölçmeyi ihmal edebilir, sağlıksız yiyeceklere yönelebilir. Aile üyeleri de mümkün olduğunca diyabet hastalığı hakkında hiç bir şey düşünmemeye çalışabilir (56, 90).
- Bireye öncelikle hastalık hakkında bilgi edinmesi, birlikte yaşadığı destekleyici aile üyeleri ve arkadaşları ile diyabet hakkında konuşması yakın çevreden bir diyabetik birey ile paylaşımlarda bulunması önerilmeli ve bu uygulamaların hastalığın kabul sürecinde yararı olacağı söylenmelidir (56, 90).

***Öfke ve öfke ile baş etme:***

- Birey "Neden ben?" şeklinde düşünüp ailesine ya da arkadaşlarına karşı öfke duyabilir. Özellikle çocuk ve ergen hastaların aileleri kendilerine, eşlerine ya da doktorlara karşı kızgınlık hissedebilirler. Aslında kızgınlık duyulan, diyabetin kendisidir (56, 90).
- Bireye, fiziksel bir aktivite, duyguların yazıya dökülmesi, derin nefes alıp 10'a kadar sayma gibi gevşeme egzersizleri gibi yöntemler öfkeyi yatıştırmak için önerilmelidir (56, 90).

***Depresyon, korku, kaygı ve baş etme:***

- Birey kendini üzgün, yorgun ya da ümitsiz hissedebilir, diyabetin hayatı mahvettiğini düşünebilir. Aynı zamanda, aile üyeleri de depresyon yaşayabilirler.

Sık sık ağlayarak, diyabetle ilgili en olumsuz olasılıklara yoğunlaşabilirler (56, 90).

- Birey diyabeti ve yaşamındaki diğer şeyler hakkında endişe duyabilir. Tip 1 diyabet tanısı almışsa, insülin iğnelerinden ürkebilir. Hipoglisemik reaksiyonlar (kan şekerinin ani düşmesi) bireyi korkutabilir. Yaşam boyu kendisi ile beraber olacak bir hastalığa sahip olma düşüncesi bireyde panik duygusu yaratabilir. Ayrıca aile de tedavide yanlış ya da eksik bir şey yapabilecekleri endişesini taşıyabilirler (56, 90).
- Duyguların bir aile üyesi ya da bir arkadaş ile paylaşılması, düşünce ve duyguların yazılması, yürüyüş ya da egzersiz yapılması, tüm ailenin birlikte yapabileceği bir aktivite planlanması depresyon, korku ve kaygılar ile baş etme yöntemi olarak bireye önerilmelidir (56, 90).

***Suçluluk ve suçluluk duygusu ile başetme:***

- Birey diyabetli olmanın kendisinin hatası olduğunu düşünebilir. Ailesinin diğer üyelerinin yaşamlarını kısıtladığını ve bir şekilde yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda bıraktığı düşüncesiyle suçluluk hissedebilir. Çocuk ve ergen diyabetlilerin aileleri ise, hastalığı kendi hatalarımış gibi hissedebilirler ya da daha erken fark etmedikleri için kendilerini suçlayabilirler (56, 90).
- Neden bazı insanların diyabeti olduğunu kimse bilmemektedir. Hiç kimse diyabete neden olabilecek bir şey yapamaz. Diyabetin bireyin kendisinin yaptığı bir hatanın sonucunda ortaya çıkmadığı konusunda rahat olması konusunda açıklamalar yapılmalı ve diyabet tanısına verilen duygusal tepkilerle baş etmede önceliğin duyguların paylaşılması olduğu göz önünde tutularak, diyabetli bireyin duygularını ifade edebileceği ortam yaratılmalıdır (56, 90).

Diyabetli hasta ve ailesindeki zorlanmaların çözümüne karşı önerilen bu yöntemler ile bireyin kendi çabalarına rağmen hala kendisini sıkıntıda hissetmesi, hastalığa uyum süreci uzamışsa ya da bireyin duygularının şiddetinde zaman içerisinde bir azalma olmadıysa, hem birey, hem de ailesinin bu konuda profesyonel yardım alması önerilmeli ve birey uygun bir uzmana yönlendirilmelidir (56, 90).

Bilindiği gibi, diyabet hayat boyunca bireyle birlikte olacak bir durumdur. Dolayısıyla, diyabet ile ilk tanışmada verilen psikolojik tepkiler ortadan kalksa bile, zaman içerisinde diyabetin gerekliliklerini (düzenli olarak ilaç kullanmak ve yemek yemek zorunda olmak, yiyeceklere dikkat etmek, insülin iğnesi kullanmak, zamanı geldiğinde her işi bırakıp ya da tatil günü bile erken kalkıp iğne yapmak gibi) yerine getirmekten dolayı diyabetli bireyde bir bıkkınlık ortaya çıkabilir veya hastalık ile ilgili herhangi bir sorun bireyin moralini bozabilir. Örneğin hastaya ağızdan alınan ilacın yerine bundan böyle her gün insülin iğnesi kullanmak gerektiğinin söylenmesi ya da diyabete bağlı başka bir rahatsızlığın (göz, böbrek veya kalp rahatsızlıkları gibi) ortaya çıkması, bireyde çaresizlik, mutsuzluk, korku ya da hüznün gibi duygusal tepkiler oluşmasına neden olabilir. Ayrıca, zaman zaman kan şekerinin ani düşmesi de diyabetli bireyde korku yaratabilir (56, 90).

Diyabetli bireylerin bir çoğunun yaşadığı bir başka korku ise, kendilerine diğer insanlardan farklı davranılmasıdır. Bazı bireyler diyabeti olduğunu açıkça söylerken, bazıları ise karşısındakini iyi tanıyana dek gizlemeyi tercih edebilir. Bu da, bireye doğal davranmadığı ve bir şeyleri gizlemeye çalıştığı için sıkıntı verebilir (56, 90).

Bütün bunlar, diyabetin getirdiği zorluklarla mücadele ederken çoğu diyabetli bireyin karşısına çıkabilecek ve dönem dönem yaşadığı psikolojik sorunlardır. Aslında sağlıklı bir yaşam için her insanın diyabetli birey gibi düzenli ve sağlıklı

yiyeceklerle beslenmesi, egzersiz yapması ve düzenli yaşaması önerilir. Diyabetli bireyler diğer insanlardan çok farklı bir yaşam sürüyor gibi görünürken, aslında sağlık için her insanın yapması gereken sağlıklı yaşam davranışlarını yaptıklarının farkında olmaları gerekmektedir. Dolayısıyla, diyabetli bireyler yapmak zorunda olduklarını bir zorunlulukmuş gibi değil de, sağlıklı bir yaşam için yapılması gerekenler olarak düşünür ve bireyin eğitimi bu yönde verilir ise diyabetli bireyin kendisini daha iyi hissedebileceği unutulmamalıdır (56, 90).

#### **1.7.1.2.3.3. Alternatif Tedaviler**

Diabetes Mellitus, hastaları ve yanı sıra sağlık sistemini etkileyen çok boyutlu önemli kronik metabolik bir hastalıktır. Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi diyabette de hastalar bazı alternatif uygulamaları kullanmaktadır. Ancak ülkemizde yapılan araştırmalar ve gözlemlenen alternatif tedaviler daha çok bitkisel uygulamaları içermektedir. Tezer (2007) tarafından yapılan çalışmada diyabetli bireylerin %50'sinin alternatif yöntem kullandığı ve kullanılan alternatif yöntemlerin bitkisel ürünler (fitoterapi) olduğu saptanmıştır (69).

Literatürde, bitkileri kullanarak hastaları tedavi etmek yaklaşımı şeklinde açıklanabilen “fitoterapi” teriminin ilk kez, 1870-1953 yılları arasında yaşamış Fransız hekimi Henri Leclerc tarafından La Presse Medical adlı dergide kullanıldığı iddia edilmiş olsa bile çok önceleri, bitkilerin sağlığı korumak veya geri kazanmak için tarihin her döneminde, her toplum tarafından kullanıldığını bilinmektedir (24, 69).

Diğer bir deyişle, bir tarafta kanıta dayalı bilimsel çalışmalar, diğer tarafta bilimsellikten/kaliteden uzak kaynaklara dayanılarak, çoğu kez uzman kontrolü olmadan aktardan bilinçsizce alınarak başlanan, standartları belirlenmemiş ilaçlarla

yapılan tedavileri bünyesinde bulunduran fitoterapi uygulamaları arasında arasında çizilmiş hassas bir sınır vardır (24).

Son yıllarda bu durumu değiştirmek için, uluslararası kabul görmüş hakemli dergilerde de yayınlanan, bitkilerin etkinliğini kesin olarak ortaya koyan bazı bilimsel çalışmalara rastlanmakla beraber bu çalışmalara rağmen fitoterapi hala güvenliği ve etkinliği tam olarak kanıtlanamamış bir tedavi yöntemidir. Bu nedenle, bir bitkisel ilacı reçete ederken veya bireyleri bu konuda bilgilendirirken ya da bireyin sağlık ekibine danışmadan kendi kendine fitoterapi uyguladığı fark edildiğinde basit ancak önemli birkaç kural yerine getirilmelidir (24):

- Bitkisel tedavi ciddi hastalıklarda kullanılmamalıdır
- Kişi gebe ise veya gebe kalmayı düşünüyor ise bitkilerden uzak durmalıdır
- Bebek emziriliyor ise bitkisel ilaç alınmamalıdır
- Bebeğe bu tür ilaçlar kesinlikle verilmemelidir
- Kişi alkol alıyorsa veya geçirilmiş bir hepatit öyküsü varsa, doktora danışmadan bitkisel tedavi kullanılmamalıdır.
- Kullanılan bitkiler güvenilir yerlerden alınmalıdır
- Etiketsiz veya etiketinde içerdiği maddeler belirtilmemiş bitkiler kullanılmamalıdır
- Hiçbir bitki uzun süre ve düzenli bir şekilde kullanılmamalıdır
- Doktorun önerdiği ilaç tedavisi var ise doktora başvurmadan bitkisel ilaca başlanmamalıdır.

#### 1.7.1.2.4. Diyabet Eğitim Hemşireliği

Günümüz diyabet tedavisindeki anlayış; diyabet yönetiminin birden çok bilim dalının katılımı ile gerçekleşmesine ve bütüncül yaklaşımla oluşturulmasına dayanır. Bu modelde, hasta merkezdedir, tedavinin hedefleri ve liderlik ekibin bütün üyeleri tarafından paylaşılmaktadır. Başka deyişle diyabet ekibi, ekip üyeleri arasında açık, sürekli iletişim ve bağlılık olan liderlik ve sorumluluğun paylaşıldığı bir sistemdir. Bu bağlamda diyabet ekibindeki her sağlık çalışanı hastanın eğitmeni ve danışmanı gibi çalışır. Bununla birlikte diyabet eğitimi, ekibin vazgeçilmez önemdeki üyelerinden birisi olan diyabet hemşiresinin temel görevlerindedir. AADE (American Association of Diabetes Educator) ve ANA (American Nurses Association) tanımına göre diyabet hemşiresi; diyabetli birey ve ailenin diyabet bakım ve eğitim gereksinimlerini belirler, hemşirelik tanılarını geliştirir, hemşirelik bakım ve eğitimini uygular ve değerlendirir. FEND (Federation of European Nurses in Diabetes)'e göre ise diyabet hemşiresi; diyabet yönetiminde ileri düzeyde bilgi ve beceriye sahip ve diyabet alanında çalışan, eğitmen, danışman, yönetici, araştırmacı, iletişim ve değişim sorumlulukları olan klinisyen hemşiredir. Saint Vincent Bildirgesine göre de diyabet hemşiresi; diyabet yönetimi, hasta eğitimi ve danışmanlığı, iletişim-yönetim ve araştırma konularında bilgi ve beceriye sahip hemşire olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda diyabet eğitimi, diyabet ekip üyelerinin tümünü ilgilendirmekle beraber diyabet hemşiresinin olmazsa olmaz görevidir (4, 17, 21, 22, 52, 55, 77, 80).

Saint Vincent Deklarasyon kararlarında diyabet hemşiresinin multidisipliner ekip içerisindeki rol ve sorumlulukları;

- Ekibin hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde görev alma,
- Hastaları ve aileleri eğitme,

- Ekip ve diyabetli bireylerin eğitimin ve hastalık yönetimlerinde görev alan diğer merkez/kurumlar ve sağlık çalışanları arasında işbirliğini sağlamak olarak açıklanmıştır (80).

#### **1.7.1.2.5. Diyabet Eğitim Süreci**

Diyabet yönetiminde en önemli tedavi ögesi olan eğitim sadece bilgilendirici değil, tedavi edici de olduğu için terapötik hasta eğitimi adını alır. Bu nedenle; içeriği kadar uygulanması da önemlidir. Diyabet eğitimi öncelikle bireysel (hastaya özgü) olmalı ve bilimsel problem çözmenin temel ilkeleri olan dört adımda gerçekleştirilmelidir (4, 21, 55, 61, 77).

##### **1. Veri Toplanması:**

Bu aşamada hastanın yaşı, cinsiyeti, diyabetin türü, hastanın sosyo-demografik özellikleri, özellikle de eğitim düzeyi ve hastalığa yönelik bilgi birikimi, anlama, öğrenme, kavrama yetenekleri, öz-yeterliliği ve öz-bakım gücü ile ilgili ayrıntılı veri toplanmalı ve değerlendirilmelidir.

##### **2. Eğitimin Planlanması:**

Veri değerlendirilme sonuçlarına göre planlanan tedavi-eğitim hedefleri doğrultusunda eğitim bireye özgü planlanmalıdır.

##### **3. Eğitimin Uygulanması:**

Planlanan eğitim hastanın yaşına ve bireysel özelliklerine uygun eğitim yöntemleri kullanılarak ve hastanın aktif katılımı sağlanarak yürütülmelidir. Eğitim verilirken yeterli zaman ayrılmalı, başlangıçta 5 dakika gibi sınırlı zaman kullanılarak hastayı sıkmadan eğitim yapılırken daha sonraki süreçlerde süre giderek arttırılmalıdır. Hastaya özel bireysel eğitim sürdürülürken zaman zaman hasta diğer diyabetlilerle birlikte grup eğitimine alınarak grup desteği de sağlanmalıdır. Diyabet



eğitimi, bireysel veya grup eğitimi olarak nasıl verirse verilsin mutlaka interaktif eğitim yöntemleri kullanılarak verilmelidir.

#### **4. Eğitimin Değerlendirilmesi:**

Diyabet eğitiminde eğitimin doğru planlanıp uygulanması kadar değerlendirilmesi de önem taşıır. Çünkü; eğitim programında her yeni adıma geçiş bir önceki adımın değerlendirilmesi sonucunda gerçekleştirilirse eğitim hedefine ulaşıır. Bu bağlamda; her eğitim sürecinde önce bir önceki eğitim değerlendirilmeli, hastanın önceki eğitim ile ilgili bilgileri öğrenmemiş en önemlisi de davranışa dönüştürmemiş olduğu saptanırsa aynı eğitim adımı interaktif biçimde tekrar edilmeli ve yeni eğitim adımına sonra geçilmelidir. Değerlendirme aşamasında “bilginin denetlenmesi hastanın yargılanması değildir” ilkesi temel ilke olmalıdır (22).

##### **1.7.1.2.6. Diyabette Bireysel Yönetim Eğitimi**

Diyabetli bireyler için diyabette bireysel yönetim eğitimi başka bir deyişle, diyabette öz yönetim eğitimi metabolik hedeflere ulaşmayı amaçlar ve diyabetli bireyler için bakımın temel taşıını oluşturur. Diyabette bireysel yönetim eğitiminin kalitesini saptamak ve sağlık bakımının çıktılarını değerlendirmek için amacı ile yenilenmesi ve düzenlenmesi ön koşulu getirilen standartlar belirlenmiştir (44).

##### **➤ Yapı Standartları**

**Standart 1.** Diyabette bireysel yönetim eğitiminin belirlenmiş bir yapısı, misyon ve amaçları olmalıdır ve diyabet bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.

**Standart 2.** Diyabette bireysel yönetim eğitiminde hedef kitle belirlenmeli, eğitim gereksinimleri değerlendirilmeli ve belirlenmeli, hedef kitlenin bireysel yönetim ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli kaynaklar sağlanmalıdır.

**Standart 3.** Uzman ekip ve diğer bireylerden oluşan kurulu bir sistem veri analizleri ve sonuçların ölçümlerini içeren sürecin yıllık olarak yenilenmesi ve planlanmasında yer almalı ve toplumun endişe ve kaygıları bildirilmelidir.

**Standart 4.** Diyabette bireysel yönetim eğitimi program yönetiminde ve kronik hastalıklı bireylerin bakımlarında akademik veya klinik deneyimli bir koordinatör gereklidir.

**Standart 5.** Diyabette bireysel yönetim eğitimi diyabetli bireyin eğitim ekibi ile iletişim ve etkileşimini sağlar. diyabet ekibi, davranış bilimci, fizyoterapist, oftalmolojist, optometrist, eczacı, diyetisyen, uzman hemşire, diğer sağlık bakım uzmanlarından oluşur. Ekip en az uzman bir hemşire ve uzman bir diyetisyenden oluşmalıdır.

**Standart 6.** Diyabette bireysel yönetim eğitimini sağlayan ekip yeleri, düzenli bir şekilde davranışsal müdahaleler, öğretme ve öğrenme becerileri konularında eğitimli olmalıdır.

**Standart 7.** Başarılı ğrenme sonuçlarının değerlendirilmesiyle birlikte yazılı bir eğitim programı oluşturulmalıdır.

➤ **Süreç Standartları**

**Standart 8.** Bireye özgü değerlendirmeler ve geliştirilen eğitim planı, katılımcı ve eğitimciler arasındaki tekrarlanan değerlendirmeler bireye özgü eğitim materyalleri ve uygulamaların seçilmesini sağlayacaktır.

**Standart 9.** Bireylerin, eğitim planının ve uygulamalarının değerlendirmelerinin belgelendirilmesi ve sürekli eğitim kayıtlarında bulundurulması gereklidir.

➤ **Sonuç Standartları**

- **Standart 10.** Diyabette bireysel yönetim eğitimini verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek ve gelişim fırsatlarını tanımlamak için kalite gelişim sürecinin devamlılığını sağlayacaktır.

**1.7.1.2.7. Diyabet Eğitiminde Başarı Kriterleri**

Diyabet eğitimi uzmanlık gerektirir, bu bağlamda; eğitimi yürütecek ekip üyesi mutlaka “eğitimcinin eğitimi” programına katılmış, mümkünse konu ile ilgili sertifika programını tamamlamış olmalıdır (4, 17, 21, 39, 55).

- Eğiticiler bilgili, saygın, anlayışlı, hoş görülü, güler yüzlü ve sabırlı olmalıdır.
- Eğitimde en önemli ilke iletişimdir. Bu nedenle; eğiticiler iletişim teknikleri konusunda yeterli bilgi birikiminde olmalıdır.
- Diyabet eğitim programı; hastanın yaşına, cinsiyetine, diyabetin türüne, komplikasyon varlığına, diyabetle ilgili bilgi düzeyine, öğrenme ve kavrama becerilerine, öz-etkililik düzeyine, öz bakım gücüne ve eğitim için hazır oluşluluk durumuna göre bireye özel hazırlanmalıdır.
- Eğitim bireyi ailesi ve çevresi ile ele alan bütüncül bir yaklaşım ile programlanmalıdır.
- Eğitim hastanın bilgilerini davranışa dönüştürme sürecine yönelik olarak cesaretlendirme ve motivasyon adımlarını da içermelidir.
- Eğitim konuları objektif, kısa, açık, net ve benimsenebilir olmalıdır.
- Eğitim konuları yeterince yinelenmeli hasta benimseyinceye kadar tekrarlanmalıdır.
- Eğitim; planlanan alt başlıklara ayrılarak uygulanmalı ve her başlık için amaç ve hedefler belirlenmelidir.

- Eğitimin uygulanmasında beden dili iletişim teknikleri de kullanılmalı, göz iletişimi, anladığını, onayladığını hissettirme gibi mimik ve davranışlardan yararlanılmalıdır.
- Diyabet eğitiminde akademik dil kullanılmamalı, hastanın anlayabileceği terimler seçilmelidir.
- Eğitim hastanın katılımı ile gerçekleştirilmeli ve hasta eğitim sürecine interaktif olarak katılmalıdır.
- Eğitim sürecinde hastanın deneyimlerinden ve geribildirimlerinden yararlanılmalıdır.
- Eğitimin veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme süreçleri ile ilgili her türlü veri kaydedilmeli ve eğitimin hastadaki gelişimsel süreci bu veriler doğrultusunda izlenmelidir.
- Eğitim öncelikle bireysel olmak üzere zaman zaman diğer diyabetik hastalarla grup eğitimi, olabildiğince de hastayı kendi ortamında görmek ve bilgilendirmek için ev ziyaretleri süreçleri ile sürdürülmelidir.
- Eğitim sürecinde bütün çabalara rağmen hastanın bilgilenmesinde ya da bilgiyi davranışa dönüştürmede hatalar saptanırsa hasta ile birlikte hatanın kaynağı araştırılmalı, sorunun nedeni birlikte düzeltilmelidir.
- Diyabet eğitimi mutlaka uygulama-demonstrasyon ile entegre edilmelidir.
- Diyabet eğitiminin değerlendirilmesinde temel kriter olarak hedeflenen laboratuvar sonuçları kullanılmalı bunun yanı sıra görüşme-gözlem ve ölçeklerden de yararlanılmalıdır.
- Diyabet eğitimi hasta ile ortak hedefler belirlenerek planlanmalı, hasta ile tedavi sözleşmeleri yapılmalı ve eğitimin sonuçları bunlara göre değerlendirilmelidir.

- Eğitim sürekli olmalıdır, kazandırılan bilgi ve beceriler sürekli güncelleştirilmelidir.
- Eğitimi başarı ile tamamlayan ve tedaviye uyumu tam sağlanan hastada bile diyabet eğitimi kesintisiz sürdürülmelidir.

### **1.7.1.3. Diyabet Yönetiminde Hastanın Etkinliği**

#### **1.7.1.3.1. Diyabetin Bireysel Yönetimi**

##### **1.7.1.3.1.1. Tedaviye Uyum**

Diyabet yaşam boyu süren bir hastalıktır ve bu bağlamda hasta bireyin tedaviye uyumu çok önemlidir. Hasta bireylerin, hastalıklarının farkında olmaları ve yaşam boyu bazı katı kurallara bağlı kalmaları ki bu kuralların çoğunluğu sadece hasta birey için değil genel olarak sağlıklı yaşam davranışları olsa bile hastalıklarını kabul etmeleri gereklidir. Ömür boyu kullanılması gereken ilaçlar, hatta bazen, her gün defalarca yapılması gereken enjeksiyonlar ve ömür boyu diyetle yaşamak, sürekli egzersiz programı ve bunlar dolayısı ile diyabetli bireyin yaşam standartlarını değiştirmesi çok kolay değildir. Bu noktada, hastalar hem bunu kolay kabul edemez hem de herhangi bir şikayeti olmadığında hastalıklarını da hastalıklarının getirdiği komplikasyonları da çok önemsemezler (1, 4, 41, 42, 94, 95).

Hastanın tedaviye uyumunu etkileyen majör faktörler, bireyin hastalığı ile baş etmek için kendisinin başlattığı etkinlikler ve bu etkinlikleri sürdürme gücüdür. Başka bir deyişle, öz bakım ve öz etkilik davranış değişikliğinin sağlanmasında çok önemlidir (3, 22, 76).

##### **1.7.1.3.1.1.1. Diyabette Öz Bakım**

Öz bakım yaşamı, sağlığı, ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Öz bakım bireylerin gönüllü katılımları ile bireysel sorumluluklarını alabilmeleridir.

Orem, öz bakım kavramında bireysel kontrolün önemli olduğunu, öz bakımın bireyin gereksinimlerini sürekli olarak tanınması ve karşılaması anlamına geldiğini belirtmektedir. Öz bakım kavramının üç temel ögesi vardır ve bu ögeler, faaliyet için güç ya da yetenek, öz bakım için karar vermeye yönelik eylemler, öz bakım için uygulamaya yönelik eylemlerdir (47, 55, 76, 77).

Diyabet davranışsal uyumla büyük oranda yönetilebilen kronik bir durumdur. Diyabette öz bakım diyabetli bireyin kan glikozunu kontrol etmeleri ve diyabet komplikasyonlarını önlemek için yaptığı uygulamalardır. Diyabette öz bakım; kendi kendine kan şekerini izleme, egzersiz, beslenme tedavisi ve insülin doz ayarlamasını ve insülin uygulamalarını içerir. Öz bakım yalnızca bu aktiviteleri uygulamayı değil bu aktiviteler arasındaki ilişkiye dikkat etmeyi, gerektiğinde günlük planda uygun değişiklikleri yapmayı da içermektedir (47, 55, 76, 77, 80).

Sonuç olarak; diyabet bakımının ana hedefleri doğrultusunda ve bu hedefler ulaşmada bireylerin diyabet yönetimine uyumları ile öz bakımlarını karşılamaları ve diyabet yönetiminde bireysel sorumluluklarını yerine getirmeleri metabolik kontrolün sağlanması dolayısı ile diyabet yönetiminde başarının sağlanması açısından önemlidir (45, 55, 76).

#### **1.7.1.3.1.1.2. Diyabette Öz Etkililik**

Öz etkililik, bireyin yönetim ve öz bakım davranışlarını sürdürmede etkin olma gücüdür. Magil (1993) öz etkiliği “bireyin bir eylemi başarı ile yapma kabiliyeti veya olayı kontrol edebilme algısı/yargısı” olarak tanımlamıştır. Öz etkililiğin bir başka tanımı ise “bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak Bandura (1982) tarafından yapılmıştır (3, 76).

Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini, motivasyonunu zayıflatan engellerle mücadele etme

gücünü etkileyen en önemli faktördür. Öz etkililik algısı yüksek ve güçlü olan bireyler, daha zorlu işlere girmeye eğilimlidirler ve kendileri için büyük amaçlar belirleyerek amaçlarına ulaşmaya çalışırlar. Hasta bireyin öz etkililiği ise bireyin kendi bakım sorumluluklarını yerine getirebileceğine inanma durumudur. Sonuç olarak bireyler için önemli bir kavram olan öz etkililiğin bilinmesi sağlık/hastalık yönetiminde çıkış noktasını oluşturmaktadır (39, 77, 81).

Diyabetli bireylerin öz etkililiklerinin belirlenmesi; başta metabolik hedeflere ulaşmak açısından yararlı olacaktır. Öz etkililik, öz bakım gücünü belirleyecek ve öz etkililiğin yüksek olması öz bakımın yüksek olduğunu dolayısı ile de metabolik kontrolde yardımcı destek, ek bakım ihtiyacı ve maliyetin azalmasını sağlayacaktır (39, 77).

## **1.7.2. Bireysel Yönetim Problemlerine Yeni Çözüm Arayışları:**

### **Fenomenolojik Yaklaşım ve Mentorluk**

#### **1.7.2.1. Fenomenolojik Yaklaşım**

Fenomenoloji, sosyal ve sağlık bilimlerinde kullanımı giderek artan bir yöntemdir. İnsana ait fenomenler üzerinde odaklanan, tümevarımlı tanımlayıcı bu yöntem hemşirelik gibi hümanistik disiplin çalışmaları için uygun bir yöntemdir. Fenomenolojik çalışmaların odağı, çalışmaya dahil olan katılımcıların bakış açıları ile ortaya çıkan yaşam deneyimlerini anlamaktır (18).

Olayların ideal varlığını inceleme ve betimleme yöntemi olarak tanımlanmış olan Fenomenoloji; olay (Fr. Phénoméne) ve bilim (Fr. Logie) sözcüklerinden yapılmış olan olaybilim (Fenomenoloji) deyiimi Lambert, Kant, Hegel, Hamilton, Hartmann taraflarından çeşitli anlamlarda kullanılmış ve Alman düşünürü Edmund Husserl (1859-1938) tarafından öznel idealist felsefe yönteminin adı olarak ileri

sürülmüştür. Deyimin günümüzdeki kabul edilen yaygın anlamı, ona Husserl'in verdiği anlamdır (13, 86, 87).

Fenomen kişinin kendini ve dış dünyayı kendine özgü bir biçimde algılayan kişinin öznel yaşantısına verilen isimdir. Bireyin davranışını biçimlendiren en önemli etken, onun kendini ve çevreyi o andaki anlamlandırış biçimi başka bir deyişle bireyin o andaki fenomenidir (86).

Fenomenolojik yaklaşım, olayları, bize görüldüğü şekliyle, temel özelliklerinde gözleme ve betimlemeyi amaçlayan sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, insan davranışlarında, özel koşullardan bağımsız olarak genel olanı ortaya koymak ve global terimlerle betimlemek ister. Bunun için öncelikle, davranışları birer olgu olarak, yani belirli bir bağlamda, belirgin bir durumda bulunmasından geçici olarak bağımsız öğeler gibi soyutlamaya ve nitelemeye çalışır (13, 86, 87).

Fenomenolojik anlayış, esas olana indirgemektir, burada esas olanda anlam geçici olarak dışta bırakılır ve daha sonra dahil edilir. Bir başka deyişle davranış veya eylemlerin özellikleri, anlamları, niyetlilikleri paranteze alınarak tanımlanmaktadır. Fenomenoloji içerikten ziyade içerenle, anlamlardan ziyade biçimlerle ilgilenen niteliksel bir araştırma yöntemidir (13, 36, 86, 87).

Fenomenolojik soru basittir: "Bu, nedir?". Bu sorgulama nasıl veya niçin ile ilgilenmez. Olayın anlamı, sürecin başında değil sonunda dikkate alınır ve anlam, insanların özel davranışlarını (yemek, içmek, uyumak, gezmek) betimsel kriterlerinden hareketle bütünleştirici bir öge gibi en sonda devreye girer. Bu şekilde ayırt edilen özellikler, olguları, esasa indirgeyerek oluşturmayı sağlarlar (87).

Özetle; fenomenolojik yaklaşımda, başlangıçta, gerçeklik hakkında bir yargıda bulunmaktan kaçınılır, zira gerçeklik çoğu kez, anlamaya değil, görülmeye açıktır; olgular açık değildir ve bu nedenle onları değerlendirmek mümkün değildir. Olgular



soyutlanıp ayırt edildiğinde, aslında, kendi görüşlerimizden ve içinde bulunduğumuz özel gerçeklikten uzaklaşmamız söz konusudur. Bu sayededir ki olgu, gözlemimizden ve ona yüklediğimiz özel yargılardan bağımsız olarak kendini gösterebilir (87, 88, 89).

Niteliksel bir araştırma metodu olan fenomenolojik yaklaşım; hemşireliğe uygulama, eğitim ve araştırma için önemli bir olayı/olguyu tanımlama ve açıklama fırsatı sağlamaktadır (20).

Fenomenolojinin amacı, dünyayla ilişkimizi yapılandıran özleri açığa çıkarmak, aydınlatmaktır. Bu bağlamda; fenomenolojik yaklaşım kullanılarak diyabetli bireylerin önyargılar olmaksızın bireylerin hastalık algılamalarını, yaşam deneyimlerini, diyabet yönetim bozukluklarının nedenlerini anlamak, tanımlamak ve bu doğrultuda diyabet yönetiminde başarıya ulaştırabilecek bir yöntem olarak düşünülmektedir (20, 43, 82)

#### **1.7.2.1.1. Niteliksel Araştırmalar ve Fenomenolojik Yaklaşım**

Niteliksel araştırma, belli özellikleri paylaşan çeşitli araştırma stratejilerini belirtmek için kullanılan bir terimdir. Nitel araştırma, bireylerin yaşam öykülerine, davranışlarına, ilişkilerine, sosyal hareketler ve olaylara ait bilgilerin video, bant kaydı, metinler, kelimeler ya da semboller yardımı ile kaydedilerek toplanması yolu ile yapılan bir araştırma türü olarak tanımlanmaktadır (20, 75).

Niteliksel araştırmalar temel olarak anlamı kavrama, uygulamanın içeriğini anlama, beklenmeyen yönleri ile olayları tanımlama, süreçleri anlama, nedensel açıklama geliştirme doğrultusunda yararlı olmaktadır (20, 75).

Niteliksel yaklaşımlar fikir üretmek, niceliksel çalışma metodolojisi geliştirmeye hazırlık yapmak, niceliksel araştırma sonuçlarını anlamak ve veri toplamak amacı ile kullanılmaktadır (75).

Tüm niteliksel araştırmanın en temel bazı özellikleri;

- İnsanlara yöneliktir
- Araştırmacıların durumu subjektif değerlendirmeleri için konuya yakın olmalarını sağlar
- Araştırmaya alınan kişilerin gerçek yaşamlarına ait detayların saptanmasına yardımcı olur
- Tek bir yöntem yerine birkaç yöntem bir arada kullanılır.

Niteliksel araştırmaların bazı genel özelliklerinin belirlenmesine karşın niteliksel araştırma tasarımında genel benimsenmiş bir tasarımdan söz edilmemektedir. Bazen çözümlene yöntemi, bazen odaklandığı alan doğrultusunda, kimi zaman ise çalışmanın hangi disiplin kapsamında olduğuna göre değişen sınıflama biçimleri ile karşılaşmaktadır. Bu değişik sınıflamalar, ortak noktada birleşme gösterenler yönünden ele alınarak niteliksel araştırma türleri sıralandığında;

- Etnografi (halk betimleme)
- Makroetnografi
- Mikroetnografi
- Etnobilim (halkbilim)
- **Fenomenoloji (olgubilim)**
- Grounded Teori (dayandırılmış, temellendirilmiş kuram) yer almaktadır

(20, 75).

Bazı bilim adamlarına göre bilimsellik çok dar kapsamlıdır. Onlara göre sadece tümenden gelişimsel ve denenceleri test etme araştırmaları bilimsel değere sahiptir. Fakat bazı bilimsel tutumlar yöntem ve deliller hakkında daha geniş görüşlüdürler. Bogdan ve Biklen, bilimselliğin özenli ve sistematik deneyime dayalı sorgulama olduğunu belirtip, veri tabanlılığın önemini vurgulamışlardır. Mc Millan ve

Shumacher, bilimsel araştırmayı “Bilimsel araştırma belli bir amaca yönelik olarak sistematik veri toplama ve analiz etme sürecidir” olarak tanımlamışlardır. Bu yaklaşımların gereksinimlerini niteliksel araştırma yöntemleri karşılamaktadır (20).

Özetle, niteliksel araştırma yöntemleri her ne Şekilde adlandırılırsa adlandırılırsın bilimseldir. Bilimsel araştırma özenli ve sistematik sorgulamayı içerir; veri tabanlıdır; bu anlamda niteliksel araştırmalar bilimseldir. Günümüzde, bu araştırma yaklaşımının bilimselliği çeşitli meslek grupları tarafından kabul edilmekte ve halen kullanılmaya devam edilmektedir. Niceliksel araştırmaların eleştirilen yönlerine karşı alternatif oluşturması nedeniyle her geçen gün daha yaygın olarak kullanılmakta ve kabul görmektedir (20, 75).

#### **1.7.2.1.1. Literatürde Fenomenolojik alışmalar**

Morse (1994), literatürde fenomenolojik yaklaşım ile ilgili çalışmaların giderek artmakta olduğunu ve artacağını ifade etmektedir (18). Bu başlık altında son yıllarda hemşirelik ve tıp alanında yapılmış olan fenomenolojik yöntem ile ilgili çalışmalardan örneklere yer verilmiştir.

- “Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler: Hemşirelerin Yaşam Deneyimleri” (18)
- “Akut Bakım Hemşirelerinin Ahlaki Deneyimleri” (84)
- “ğrenme evresi Olarak Klinik evre: Öğrenci Hemşirelerin Klinik ğrenme Deneyimleri ve Algıları” (59)
- “Romatoid Artritli Kadınların Yaşadıkları Deneyimler: Fenomenolojik Bir Yaklaşım” (35)
- “Kayıpta Yaşam Deneyimleri: Fenomenolojik alışma” (19)
- “Cilt Kanserinin Teşhis ve Tedavisinde Hastaların Deneyimleri” (83)
- “Kronik Hastalığı Olan Kadınların Semptom Deneyimleri” (49)

- “Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalık ve Tedavi İle İlgili Yanlış Anlamaları” (32)
- “Diyabet Bakımında Hasta Doyumu” (34)
- “Tip 2 Diyabetli Yaşlı Hastaların Bireysel Amaçları” (42)
- “Diyabetle Yaşamak: Hemşirelik Uygulamaları İçin Sonuçlar” (15)
- “Diyabet Hastaları İçin Şampiyon Olmak: Diğerlerinin Diyabet Yönetimine Yardım” (16)
- “İnsanların Tip 2 Diyabet ile İlgili Anlayışları” (33)
- “Önceden Gestasyonel Diyabet Deneyimi Olan Kadınlarda Tip 2 Diyabetin Anlamı” (40)
- “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Metabolik Kontrol ve Yaşam Kalitesine İlişkin Cesaretlendirme Tabanlı Psikososyal Uygulamaların Etkinliği” (50)

### **1.7.2.2. Mentorluk**

#### **1.7.2.2.1. Tarihçe ve Tanımlar**

Mentor kelimesinin kökeni mitolojiden gelmektedir. Odyssey’de belirtildiğine göre; Ithaca Kralı Ulysses savaşa gitmeden önce oğlu Telemachus’u en yakın arkadaşı Mentor’a emanet eder. Kralın savaştan dönmesi yirmi yıl alır, bu süreç içerisinde Mentor, Prensi kralın yokluğunda en iyi şekilde eğitmiş ve yetiştirmiştir (101, 102, 103).

Mitolojiden bu yana toplumlar karmaşık hale geldikçe Mentor’luğun önemi artmıştır. Günümüzde mentorluk şirketlerde, okullarda ve çeşitli kurumlarda uygulanmaktadır. Bugün mentorluk sisteminin kullanılmasındaki amaç; insan potansiyelini geliştirmek, kurum kültürünü aktarmak, akademik yönden veya kariyer yönünden hedef kitleye destek vermek bunun sonucu olarak da daha etkili bir insan

kaynağı yaratmaktır. Kişiler bu karmaşık ve sürekli değişken iş yaşantısına ayak uydurabilmek için özelliklerini geliştirmek zorundadırlar (96, 100, 101, 102, 103).

Mentorluk; Benjamin Disraelli'nin tanımladığı gibi sadece bireyde var olan özellikleri paylaşmak değil bireye kendi içindeki özelliklerini geliştirmede yardımcı olmak, bireyin bu özelliklere nasıl ulaşacağını göstermektir (9, 26, 96, 85).

İlgili literatürde rastlanılan başka bir tanıma göre mentor, herhangi bir kurumda destekleyici, pozitif düşünebilen, öğreten ve dinleyen gibi rolleri üstlenerek bireyin kuruma kazandırılması ve kariyer gelişimine yardımcı olunması konusunda danışmanlık yapan, ona rehber olan kişidir (9, 10, 26, 85).

#### **1.7.3.2.2.2. Mentorluk Çeşitleri**

##### **➤ Yönetmel Mentorluk:**

Tüm iyi yöneticiler çalışanlarına bir dereceye kadar mentorluk yapar, fakat bu süreç yöneticinin sadece o anki görev tanımlarıyla sınırlıdır. Çünkü, yöneticilerin tüm çalışanlarına eşit zaman ayırmaları zordur. Ayrılan zamanın eşit olmaması çalışanlarda demotivasyona yol açabilir. Ayrıca çalışanlar için kendi yöneticileri karşısında konuşmak ve dürüst olmak da kolay olmayabilir. Bu bağlamda, yöneticinin mentor olarak çalışanlarıyla ilişki kurması, her zaman kendi başına yeterli ve etkin olmayabilir (9, 10, 64).

##### **➤ Durumsal Mentorluk:**

Rehberliğe ihtiyacı olan bireye doğru zamanda yapılan genellikle kısa süreli ve acil yardımdır. Örneğin; bir çalışanın ofis içinde kullanılmaya başlanan yeni bir bilgisayar sistemini çalışma arkadaşına anlatması durumsal mentorluktur. Bu tür mentorluk kısa zamanda ve belirli bir amaç doğrultusunda gerçekleşse de daha da uzun süren ve daha geniş kapsamlı bir mentorluk haline dönüştürülebilir (9, 10, 64).

➤ **Formal Mentorluk:**

Formal mentorluk kurum ihtiyaçları doğrultusunda oluşan, akıl hocası ve akıl öğrencisinin sistematik olarak eşleştiği, her iki tarafın da kurum tarafından belirlendiği, üretkenliği ölçülebilir ve geleneksel yapıya sahip, başlangıcı ve bitişi belirli olan bir süreçtir. Bu süreç içinde akıl hocası ve öğrencisi birkaç kez bir araya gelip programın hedefleri ve süreci ile ilgili görüşüp, ulaşılması beklenen kurumsal ve kişisel hedeflere odaklanırlar (9, 10, 64).

➤ **İnformal Mentorluk:**

Mentorluk sürecinin en sık gerçekleşen çeşidi olan informal mentorluk, çalışanın kariyeri ile ilgili bir konuda kendisine danışabileceği ya da deneyimlerinden faydalanabileceği birini aramasıyla ortaya çıkar, akıl hocasının yönlendirmesi ile devam eder ve genellikle uzun sürer, gelişmeye açık ve çok etkilidir, ancak formal bir sistemin parçası değildir (9, 10, 64).

### **1.7.2.2.3. Mentorluk İlkeleri**

Mentorluk sürecinde dikkat edilmesi gereken bazı noktaları “Mentorluğun 15 İlkesi” başlığı altında irdelenmektedir (9, 10, 64).

#### **Mentorluğun 15 ilkesi:**

##### **1. Pozitif Ortam:**

Seçeneklerin tartışıldığı, potansiyelin ve motivasyonun ortaya konduğu pozitif bir ortam yaratılmalıdır.

##### **2. Karakter Geliştirme:**

Sadece yetenekleri değil, zihinsel ve etik özellikleri de geliştirerek pozitif bir kişilik yaratılmalıdır.

### **3. Bağımsızlık:**

Öğrenen kişinin size bağımlı olması değil, kendi iradesini kullanması desteklenmelidir.

### **4. Sınırlı Sorumluluk:**

Onlara karşı sorumlu olunmalıdır, onlar için değil. Bir başka deyişle mentor çalışanın kendine düşen sorumluluğunu üstlenmemelidir.

### **5. Paylaşılan Hatalar:**

Hatalar da başarılar gibi paylaşılmalıdır.

### **6. Planlanmış Amaçlar:**

İlişki ve etkileşim için belirgin hedefler oluşturulmalıdır.

### **7. Araştırma:**

Potansiyel olaylar tartışılmalı, eleştirilmeli ve incelenmelidir, araştırma yapmadan performans beklenmemelidir.

### **8. Küçük Başarılar:**

Büyük başarılarla ulaşmada küçük basamaklar kullanılmalıdır.

### **9. Talimat:**

Öğrenirken seçenekleri sunmak talimat vermek kadar önemlidir.

### **10. Risk:**

Mentor, öğrencinin hatasının yine kendine yansiyacağını bilmeli ve buna engel olmalıdır, öğrenci mentorundan öğütlerinin her zaman işe yaramayacağını da bilmelidir.

### **11. Karşılıklı Koruma:**

Her iki taraf da akıl hocalığı ilişkisi sürecinde paylaştıkları her şeyin gizlilik prensibi içinde olmasına dikkat etmeli ve birbirlerinin menfaatlerini korumalıdır.

## **12. İletişim:**

Mentor ve öğrenci, dinlemeyi ve bilgi alışverişini dengelemelidir.

## **13. Bağlılık:**

Mentorluk ilişkisi 60 dakikalık tipik görüşmelerin ve geleneksel eğitimin ötesinde bir ilişkidir. Öğrenciye rehberlik etme, kariyer planlamasında ve belirlenen hedeflere ulaşmasında yardımcı olma sürecidir.

## **14. Geçiş:**

Mentor, öğrencisinin kariyerinde ilerlemesine yardımcı olurken aynı zamanda kendi yaşamında da farklı bir döneme geçmektedir.

## **15. Eğlence:**

Mentorluk eğlenceli bir süreç haline getirilmelidir. Mentorluk çalışanların kariyer gelişimine katkıda bulunan belirgin bir strateji ve kariyer hedeflerine ulaşmak için gerekli yeteneklerin oluşturulmasında seçenekler sunan; ayrıca profesyonel, teknik ve yönetsel becerilerin transferinde etkili bir yöntemdir.

### **1.7.2.2.4. Mentorun Nitelikleri**

#### **1.7.2.2.4.1. Eğitim Alanında Mentor Nitelikleri**

Eğitim alanında mentorun başlıca nitelikleri şunlardır (9, 10):

- Bilgi ve tecrübesini öğrencisi ile paylaşan,
- Moral aşılaman motive eden ve bir psikolog gibi destekleyen,
- Öğrencisinin kişisel performansını bir öğretmen gibi değerlendiren,
- Öğrencisini usta gibi yetiştiren bir uzman,
- Öğrencisinin her zaman başvurabileceği bir bilgi kaynağı ve yönlendirici olan danışmandır.



#### **1.7.2.2.4.2. Sağlık Alanında Mentor Nitelikleri**

Mentor sağlık eğitimi ve sağlık danışmanlığına uyarlandığında genel olarak hastanın tedaviye uyum ve öz bakım sürecinde pozitif düşünebilme, dinleme, öğrenme ve öğrendiğini istendik davranışa dönüştürme sürecinde rehberlik veya danışmanlık aldığı kişi olarak tanımlanabilir.

Diğer alanlardaki mentorluk ve mentor nitelikleri ile ilgili literatür ışığında sağlık alanında mentorun nitelikleri düşünüldüğünde;

- Bilgi ve tecrübesini hastasıyla paylaşan,
- Hasta bireye moral ve cesaret vererek gerektiğinde bir psikolog gibi destekleyen,
- Hastasının tedaviye uyumunda onu bir usta gibi yetiştiren,
- Hastasının her zaman başvurabileceği bir bilgi kaynağı ve yönlendirici olan,
- Danışmanlık/eğitim sürecinde; saygılı, sabırlı, hoşgörülü, hümanistik, empati ve verbal- non verbal iletişim tekniklerini bilen ve holistik düşünebilen özelliklere sahip olması gereken danışman'dır.
  - Hastasının tedaviye uyumu konusunda bireysel performansını değerlendiren bir öğretmen,
  - Hastasının sonuçlarını ekip doktoru ve diyetisyeni ile sürekli görüşen bir koordinatördür.

#### **1.7.2.2.5. Mentee Tanımı ve Nitelikleri**

Mentora baş vuran kişiye ise Mentee adı verilmektedir ve iş ve yönetsel alandaki mentee'ler ekibe yeni katılan elemanlardan, ya da potansiyel taşıyan yönetici adaylarından oluşur. Bu alandaki mentee'ler başarılı olmayı amaçlayan, kurum aidiyetini, kurum kültür ve politikasını kazanması gereken, kariyer hedeflerine ulaşmak için profesyonel yardım bekleyen kişilerdir (9, 10, 97, 99, 103).

Bu bağlamda menteé eğitim alanında danışmanın hizmet verdiği öğrenci, sağlık alanında ise sağlık ekibinden danışmanlık alan hasta veya sağlıklı bireydir.

Menteé’de olması gereken niteliklere incelenecek olur ise (9, 10, 102, 103, 104);

- İstek ve beklentileri açık bir şekilde ortaya koyabilmesi
- Eleştiriye açık olması ve hedefleri gerektiğinde revize edebilmesi
- Gönüllülük
- Mentorluk programının önemini ve ciddiyetini kavraması

Mentorluk sürecinden yararlanmak isteyen menteé’nin süreçten optimal yarar sağlayabilmesi için kendisi ya da mentoru tarafından mevcut durumu ile ilgili SWOT analizi yapılması gerekir.

#### **1.7.2.2.5.1. SWOT Analizi**

SWOT analizi yakın zamanlarda literatüre girmiş olan önemli bir kavramdır. Özellikle, kişisel ve kurumsal gelişim süreçlerinde ve ileriye dönük hedeflerin planların belirlenmesinde, kişisel ve kurumsal misyon ve vizyon belirlemede özetle; başarıya ulaşmada, konunun uzmanları tarafından önerilen bir inceleme yöntemidir. SWOT analizi yapan kişi ya da kurum mevcut durumu ile ilgili bilgi ve farkındalık kazanıp adeta öz eleştiri yaparken gelecekteki başarı planları için atacağı adımları ve strateji basamaklarını belirler. Diğer deyişle; SWOT; incelenen kuruluşun, tekniğin, sürecin, durumun ve bireyin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemekte ve dış çevreden kaynaklanan fırsat ve tehditleri saptamakta kullanılan bir tekniktir (2, 25, 30, 70).

SWOT açılımına bakıldığında harfler;

**S: STRENGHT, Güçlü Yönler** (Kumun, bireyin, güçlü/üstün olduğu yönlerin tespit edilmesi)

**W: WEAKNESS, Zayıf Yönler**, (Kumun, bireyin, güçsüz/zayıf olduğu yönlerin tespit edilmesi)

**O: OPPORTUNITY, Fırsatlar,** (Kurumun, bireyin sahip olduğu fırsatların ifadesi)

**T: THREAT, Tehditler,** (Kurumun, bireyin karşı karşıya bulunduğu tehdit ve tehlikelerin ifadesi)

anlamlarını ifade etmektedir (2, 25, 70).

Literatürde SWOT analizinin; stratejik bir plan geliştirilmesi aşamasında, sorun tanımlama ve çözüm oluşturulması aşamalarında, nicel verilerin yetersiz, bilgilerin kişilerin belleklerinde olduğu durumların niteliksel analizinde kullanıldığı görülmekte ve kullanılması önerilmektedir (2, 25, 70).

Kurumsal alanda, multidisipliner ve interdisipliner ekip yaklaşımı içerisinde, içsel özelliklere ve çevresel değişimlere karşılık var olan yeteneklerinin haritasının çıkarılması, deneyimler ve farklı gözlemlere dayalı öznel bilgilerin anlamlı bir halde düzenlenmesidir (2, 25, 30, 70).

<b>SWOT</b>	<b>Pozitif Yönler</b>	<b>Negatif Yönler</b>
<b>İçsel Faktörler</b>	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
<b>Dışsal Faktörler</b>	Fırsatlar	Tehditler

#### **İç analiz:**

- Kuruluşun, sistemin, tekniğin, bireyin kaynak ve yeteneklerinin incelenerek güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesi
- Genellikle kontrol altında olabilen
- Kıyaslama

#### **Dış analiz:**

- Çevre etkenlerinin belirlenerek fırsat ve tehditlerin saptanması

- Genellikle kontrol dışında olan
- Dış etkenler : Politik, ekonomik, sosyo-kültürel, teknolojik

### **Güçlü Yönlerin Saptanması:**

- Bireyin ya da kurumun üstünlükleri nelerdir?
- Bireyin ya da kurumun neleri iyi yapar?
- Başkaları, Bireyin ya da kurumun güçlü yanları olarak neleri görmektedir?

### **Zayıf Yönlerin Saptanması**

- Birey ya da kurum neleri kötü yapmaktadır?
- Bireyin ya da kurumun neleri iyileştirmeye gereksinimi vardır?
- Başkaları hangi konularda bireyden ya da kurumdan daha iyidir?
- Başkalarının gözüyle bireyin ya da kurumun ne gibi zayıflıkları ortaya çıkmaktadır?
- Bireyin ya da kurumun önünde duran fırsatlar nelerdir?

### **Fırsatların Saptanması:**

Bireyin ya da kurum için fırsat yaratan kaynaklar nelerdir?

- Teknolojik değişimler
- Yasal değişiklikler
- Beklenmedik ekonomik (yardım, sponsor) olanaklar
- Sosyo-kültürel yapıdaki değişimler

### **Tehditlerin Saptanması:**

- Bireyin ya da kurum ne gibi engellerle karşılaşmaktadır?
- Bireyin ya da kurumun rakipleri var mı? ve ne yapmaktalar?
- Beklenen iş, ürün veya hizmet standartları değişmekte mi?
- Değişen teknoloji bireyin ya da kurumun konumunu tehdit ediyor mu?
- Bireyin ya da kurumun finansal sorunları var mı?

Bütün bu inceleme ve saptmaların sonucunda; iç-dış etkenleri ve pozitif-negatif yönleri dikkate alarak, bireyin ya da kurumun SWOT analizi yapılmış olur. SWOT analizi tamamlandığında, varolan güçlü yönler ve fırsatlardan en üst düzeyde yararlanacak, tehditlerin ve zayıf yanların etkisini en aza indirecek plan ve stratejiler geliştirilmesi, güçlü yönler ile fırsatların uyumlaştırılması, güçlü yönlerden ve fırsatlardan yararlanılacak şekilde kullanılması, tehditlerin, risklerin güçlü yanlar ile bütünleştirilebilecek fırsatlara dönüştürülmesi sağlayacak bir durum değerlendirmesi ve çözümlere yönelik strateji planı yapılmış olur (2, 25, 30, 70).

#### **1.7.2.2.6. Menté'nin Mentorluktan Sonra Bireye Kazandırdıkları**

- Hedef belirleme ve bu doğrultuda eylem planı yapma sistematığı kazanma, kendi kendine SWOT incelemesini yapabilme becerisi edinmiş olma
- Kişinin bulunduğu ya da hedeflediği konumda etkin ve başarılı olmasını kolaylaştırma
- İş ve özel yaşamdaki engelleri ve kör noktaları açığa çıkarma, aşılmasını sağlama
- Kişiler arasındaki algı farkları, değer çatışması gibi engelleri ortadan kaldırma
- İnsanlarla ilişkileri ve iletişim becerilerini geliştirme olarak tanımlanmaktadır (9, 10, 102, 103)

#### **1.7.2.2.7. Güncel Mentorluk Yaklaşımları**

Mentorluk literatüre yeni girmiş bir kavram olmakla birlikte başta eğitim alanı olmak üzere bir çok alanda kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalara göre;

- Akademisyen mentorluk
- Koç mentorluk
- Grup mentorluğu

- Araştırma mentorluğu
- Sanat mentorluğu
- Sponsor mentorluğu
- İnsan kaynakları
- Kurumsal mentorluk
- Sağlık alanında mentorluk

gibi değişik alanlarda mentorluk çalışmalarından söz edilmektedir (5, 14, 27, 31, 37, 97, 100, 101, 102, 103, 104).

#### **1.7.2.2.8. Diyabet ve Mentorluk**

Sağlık alanında, özellikle sağlık yönetimi ve sağlık eğitiminde yapılan mentorluk çalışmaları ve deneyimleri incelendiğinde, kronik bir hastalık olan ve kişinin yaşam boyu öz yönetim ve öz bakım becerisini gerektiren diyabet için de mentorluk kullanılabilir hatta gerekli bir yöntem gibi görülmektedir.

Diyabet ve mentorluk süreçleri yan yana düşünüldüğünde iki ayrı boyutlu mentorluk söz konusu olmaktadır. Birincisi Uluslararası Diyabet Federasyonunun (International Diabetes Federation-IDF) Diyabet Eğitimi Danışma Birimi (Diabetes Educators Counseling Service) öncelikli olarak diyabet eğitimcisinin yetiştirilmesinde başka deyişle diyabet eğitimcisinin eğitiminde mentorluktur. İkincisi ise; diyabet eğitimcisinin (diyabet hemşiresinin) veya bireysel diyabet yönetimini başaran ve yeterli düzeyde öz bakım-öz etkililik becerilerine sahip olan diyabetli hastanın diğer hastalara yaptığı mentorluktur (74).

#### **1.7.2.2.8.1. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nun Diyabette Mentorluk (Danışman/Rehberlik) Önerileri**

IDF'e göre diyabet eğitimcisinin eğitiminde mümkün olduğu oranda her katılımcı bir mentor ile eşleştirilir ve eğitim izleyen aylarda bir irtibat elemanı

sağlanır. Mentor, katılımcının iş yerindeki kıdemli biri ya da irtibatın sürdürülebileceği programa dahil bir öğretmen olabilir (74).

Webster'ın sözlüğüne göre; mentor “güvenilir bir danışman veya rehberdir”. Mentorlar rol model olabilirler ya da kişinin istek ve amaçları ile uyum içinde kalarak, kişiye ne yapması gerektiğini göstererek yardım edebilirler. Mentor dinleyicidir ve gerektiğinde yapıcı eleştirilerde bulunur. Literatürde kaynak mentoru-sponsor, koç ya da eğitim mentoru, rehberlik mentoru, grup mentoru, kültür mentoru, destek mentoru gibi pek çok mentor tipi tanımlanmaktadır (74).

IDF Diyabet Eğitim Mentorluğuna (74);

- **Kaynak Mentorluğu:** Eğitim katılımcılarına kendi deneyimlerinden öğrenecekleri biçimde yardım sunar. Bu yardımı paneller düzenleyerek ya da sunumlar yaparak ve sürekli ilişkiler sayesinde gerçekleştirir.
- **Sponsor Mentorluğu:** Doğru kişilere pozitif yorumlarda bulunarak ya da uygun kurumlara destek ihtiyacı olan kişileri önererek, yönlendirerek en geniş anlamda kurumsal destek sağlar. Bu desteği önerdiği kişileri mesleki döngü içine dahil ederek ve grup içinde kabul edilmelerini teşvik ederek yapar.
- **Koç Mentorluk:** Becerilerin ve performansın iyileştirilmesi yönünde günlük rehberlik yapmaktır. Bu görev, performansı değerlendirerek ve ele alınan projenin olumlu ilerletilmesi yönünde rehberlik sağlayarak yapılır.
- **Rehberlik Mentorluğu:** Destek ihtiyacı olan kişiye amaçlar belirlemede ve planlar yapmasında yardım etmektir. Rehberlik mentorluğu, kişinin beklentilerini inceleyerek, ilgili hedefleri belirleyerek, zorluklara ve seçeneklere dikkat çekerek yapılır.
- **Grup Mentorluğu:** Grup içinde grup üyelerinin, bilgiyi, önerileri ve yapıcı geri bildirimleri paylaşmalarını sağlamaktır. Bu tür mentorluk, bilgi alışverişi, yeni

görevleri öğretmek ve performansı iyileştirmek için resmi olmayan bir mentorluk grubu oluşturularak yapılabilir .

#### **1.7.2.2.8.2. Diyabetli Bireye Mentorluk**

Literatürde mentorluk sadece bireyde var olan özellikleri paylaşmak değil bireye kendi içindeki özelliklerini geliştirmede yardımcı olmak, bireyin bu özelliklere nasıl ulaşacağını göstermek olarak tanımlanmıştır. Bu boyuttan bakıldığında, diyabetli bireye mentorluk ise; yukarıda verilen IDF'in diyabet eğitimcisi için mentorluk ile ilgili görüşlerine paralel olarak diyabetli bireyin öz bakım ve öz etkililiğini geliştirmek, ona rehberlik ve danışmanlık yapmak hatta düzenli izlemler ve geri bildirimler ile diyabetin bireysel yönetimi için gerekli olan yardımı sağlamak ona bireysel öğretmenlik, yönlendiricilik yapmaktır (74).

Diyabetli bireye mentorluk söz konusu olduğunda ise; mentorluk yapabilecek en olası ekip üyesi diyabet hemşiresidir. Çünkü, diyabet yönetiminde aktif rolü olan hastanın ekibe kazandırılması, ekibin hedefleri ile örtüşen hedefler paralelinde uyum sağlaması dolayısı ile diyabet yönetiminde hastanın doğru ve aktif katılımını kolaylaştıran, bu konuda da bireysel danışmanlık yapan kaynak kişi diyabet hemşiresidir. IDF'in önerileri doğrultusunda diyabet hemşiresi, bireysel danışman ve mentor gibi çalıştığında; bazen diyabetli bireyi ilgili doktor, doktor kontrolü ve sağlık kuruluşuna yönlendirerek ilaç tedavisinin teminini sağlayarak kaynak ve sponsor mentor, günlük iletişim ve uyarılarla tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz programına uyumunu ve varsa OAD ve insülinin doğru doz ve zamanda kullanımını sağlayarak koç mentorluk zaman zaman da metabolik hedefler doğrultusunda birlikte plan yaparak bireyin plana katılımını sağlamak yolu ile rehberlik mentorluğu yapar.



Genel anlamda mentorluğun menteé'ye kazandırdıkları doğrultusunda (9, 10, 96, 98, 103) bireysel diyabet yönetimi için yapılan mentorluğun diyabetli bireye kazandırdıkları incelenecek olur ise;

- Mentorluk, kişiye hedef belirleme ve bu doğrultuda eylem planı yapma sistematığı kazandırır.
  - **Diyabetli birey için; bu noktada diyabet yönetimine ilişkin hedef belirleme ve hedeflere ulaşma eylem planı yapma sistematığı kazanmasını sağlayabilir.**
- Mentorluk, kişinin bulunduğu ya da hedeflediği konumda etkin ve başarılı olmasını kolaylaştırır.
  - **Bu durum diyabetli bireyin bulunduğu konumdan (metabolik hedeflere ulaşma, iş, aile, sosyal yaşam....) daha etkili ve başarılı bir konuma geçişini kolaylaştırır ve motivasyon kazandırabilir.**
- Mentorluk, kişinin iş ve özel yaşamındaki engelleri ve kör noktaları açığa çıkarmasını ve bunların aşılmasını sağlar.
  - **Bu durum diyabetli bireyin kendisinin bile farkında olmadığı ve yüzleşmediği kör noktaları açığa çıkarmasını sağlayabilir.**
- Mentorluk, kişiler arasındaki algı farkları, değer çatışması gibi engelleri ortadan kaldırır.
  - **Bu adım diyabet ekibi ve hastanın aynı kavramları paylaşmasını kolaylaştırır, ekip üyeleri ve hasta arasındaki kavram karmaşasını ortadan kaldırır ve sonuç olarak terminolojideki bu birliktelik metabolik hedeflere ulaşılmasını kolaylaştırabilir.**
- Mentorluk, kişilerarası ilişkileri ve iletişim becerilerini geliştirir.

- **Danışmanlık süreci tamamlandıktan sonra, cesaretli, özgüvenli, öz etkili, öz bakım ilkelerini, diyabet ekip üyeleri ile sorunlarını konuşabilmesi, tartışabilmesi hedeflenir.**

Özetle; bireysel diyabet yönetiminde mentorluk programı sayesinde; diyabetli birey; yaşamına sağlıklı yaşam davranışları doğrultusunda daha iyi yön verebilecek, sağlık/hastalık ile ilgili her alanda bilgi kaynağı arayışlarına profesyonel bir destek bulabilecek, eksik olduğu noktaları önceden belirleme şansını yakalayacak, ve yaşamı ile ilgili strateji ve hedeflerini değişik perspektiften analiz edebilecek, Mentor'un profesyonel ve akademik deneyimlerini değerlendirme ve özümseme olanağını bulacak ve sonuç olarak mentorluk programı diyabetli bireyin potansiyelinin zenginleşmesi, özgüveninin ve yaşam kalitesinin artması ile sonuçlanacaktır.

## BÖLÜM II

### 2. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarda fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk yapılarak bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmek amacı ile planlanmış olup niteliksel-fenomenolojik ve deneysel olarak yapılmıştır (20).

#### 2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile ;

1. Mini Mental Test (Ek I)
2. Bireysel Tanıtım Formu (Ek II)
3. Fenomenolojik veri toplama için yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek III)
4. Mentor Rehberi (Ek IV)

kullanılmıştır.

##### 2.2.1. Mini Mental Test (Ek I)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT), standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir ve Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Türk toplumu için geçerlik güvenirliği yapılmıştır (29, 57).

Mini Mental Test, klinik pratikte bilişsel bozuklukların saptanması, demansiyel sendromların seyri ve tedaviye alınan yanıtların izlenmesinde kullanılmaktadır. Test kısa bir eğitim almış hekim, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi kısa bir süre

içerisinde poliklinik koşullarında yada hasta başında uygulanabilir bir testtir. Uygulama esnasında hasta ve sağlık personeli açısından rahatsız edici ve güçlük verici bir yanı bulunmamaktadır (29, 57).

Bu araştırmada; hastanın Mini Mental Test puanı araştırmaya dahil olma kriterlerinden biri olarak belirlenmiş ve bireyin araştırma örnekleme alınabilmesi için en geniş eşik değeri “26” sınır olarak kabul edilmiş olup, araştırmacının örneklem oluşturma aşamasında ilk adım olarak kullanılmıştır (Ek I).

### **2.2.2. Bireysel Tanıtım Formu (Ek II)**

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, medeni durum, gibi) ilişkin 7 soru, diyabete ilişkin (hastalığın süresi, tedavi şekli, komplikasyonların varlığı vb.) 4 soru, diyabet eğitime ilişkin 11 soru ve diyabet yönetimi ve metabolik sonuçlarına ilişkin (glisemik düzeyi, HbA1c, lipid düzeyleri, kan basıncı ve beden kitle indeksini içeren) 5 soru, yaşam kalitesi alt bileşenlerini (fiziksel iyilik, sosyal fonksiyon, ekonomik, emosyonel, psikolojik, fiziksel ve emosyonel kısıtlılıklara bağlı rol kaybı, yaşam enerjisi, sağlığın genel algılanması ve aile ile ilgili sorular ile hastanın deneyimleri ve yaşam engelleri) içeren 7 soru olmak üzere toplam 34 sorunun yer aldığı bireysel tanıtım formu kullanılmıştır (Ek II).

### **2.2.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek III)**

Diyabetli bireylerin aldıkları diyabet eğitimini istedik davranışa dönüştürmeme, öz bakım ve öz etkilikte yeterli olamama nedenlerini derinlemesine araştırıp saptayabilmek için eğitim alt başlıklarına uygun yarı yapılandırılmış sorular sorulmuştur. Sorular açık uçlu yanıtlanabilmesi ve alınan yanıtlar ile yeniden yapılandırılarak yeni sorulara yol açması için yarı yapılandırılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, Diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri,

zorlukları ve nedenleri, diyabet algısı, diyabet ile tanışma, diyabetle yaşam içerikleri doğrultusunda; diyabetli bireyin öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenleri evde glikoz takibi, tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi tedavi, egzersiz, semptom yönetimi, periyodik kontroller, alternatif tedavi yöntemleri içerikleri doğrultusunda; bireysel diyabet yönetim bozukluğunun nedenleri, bireysel nedenler, sağlık ekibinden beklentiler içerikleri doğrultusunda hazırlanmış olup toplam 45 yönlendirici sorudan oluşmuştur (Ek III)

Yarı yapılandırılmış görüşme formunun oluşturulması amacı ile araştırmacı Mart-Nisan-Mayıs 2006 tarihlerinde Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Bölümü Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Nilay BAŞOK YURDAKUL sorumluluğunda yürütülen **Bilimsel Araştırma Yöntemleri** dersine katılmış olup, yine Yard. Doç. Dr. Nilay BAŞOK YURDAKUL danışmanlığında Yarı **Yapılandırılmış Görüşme Formu**'nun oluşturulması ile ilgili çalışmalarını yürütmüştür.

Diyabet algılaması ve diyabet ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenleri ile eğitim alt başlıklarına ilişkin soruların yanı sıra hastanın yaşam kalitesinin diyabetten ne kadar etkilendiğini anlatması da sağlayan toplam 3 alan üzerine yapılandırılmıştır.

Görüşme soruları hakkında Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Oya SOMER'den Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile ilgili yorumları ve kişisel uzman görüşü alınmıştır.

#### **2.2.4. Mentor Rehberi (Ek IV)**

Araştırma örneklemine alınan diyabetik bireyler diyabet yönetimi ile ilgili hedef davranış adımlarını; bireylerin öz bakım güçleri ve öz etkililik düzeyleri

doğrultusunda kendi kendilerine hatırlamalarını sağlamak, hatırlatmak ve tekrar değerlendirmek amacı ile hazırlanmış bir mentor rehberidir (Ek IV).

### **2.3. Araştırmada Kullanılan Yöntemler**

Araştırma diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların deneyimlerinin tanımlanması amacı ile niteliksel araştırma tiplerinden **fenomenolojik yaklaşım** kullanılarak ve bireysel diyabet hemşireliği bağlamında **mentorluk modelinin denemesi yapılmıştır.**

#### **2.3.1. Fenomenolojik Yaklaşım**

Bu çalışmada fenomenoloji yönteminin kullanımının amacı araştırmaya katılan ve diyabet yönetimi bozuk olan bireylerin yaşam deneyimlerini ve hastalık yönetim bozukluğu nedenlerini derinlemesine incelemek ve elde edilen bilgiler ışığında mentorluk sürecini planlamak ve yürütmektir.

Araştırmanın fenomenoloji aşaması 1.7.2.1.'de anlatılan teorik bilgiler ışığında ve Ek III'te verilen yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılmıştır. Bu aşamada araştırmanın ilk örnekleme olan 20 birey sakin bir ortamda katılımcıların istediği şekilde uygun, sessiz mekanlarda yapılmıştır. Görüşme sırasında katılımcılar duyguları ifade edebilmeleri için cesaretlendirilmişlerdir. Fenomenolojik verilerin toplanmasında uygulanan derinlemesine görüşme tekniğine katılan bireylere, Diabetes Mellitus ile ilgili yaşam deneyimlerini ve hastalık sürecinde diyabet yönetim bozukluklarının nedenlerini sözel olarak özgürce ifade edebilmeleri için yarı yapılandırılmış, açık uçlu sorular sorulmuştur.

Görüşme sırasında bireyden izin alınarak görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşmeler en az 45 dk (bazen daha uzun) sürmüştür. Görüşme sonrası araştırmacı hemen aynı gün ses kayıt cihazındaki görüşmeleri dikkatle dinleyerek yazıya aktarmış ve ifadelerin doğru anlaşılıp anlaşılmadığının sağlamak

başka deyişle görüşmelerden elde edilen fenomenolojik bilgilerin bireyin kendisi tarafından da geçerliliğini sınamak için görüşülen bireye geri dönülerek ikinci bir görüşme ile görüşme ile ilgili verilere son şekli verilmiştir.

### **2.3.2. Mentorluk Süreci**

Araştırmanın mentorluk aşamasında, araştırmanın fenomenolojik örneklemeden seçilen menteé olmaya uygun olan diyabetli bireylerin SWOT analizleri yapılmış ve mentorluk kapsamında aldıkları eğitimi davranışa dönüştürme, tedaviye uyum ve diyabet yönetimine uygun davranabilmek için diyabet eğitimi alt başlıkları doğrultusunda hazırlanan objektif rehberler hastanın subjektif yapısına uygun olarak yönlendirilerek danışmanlık yapılmıştır ve programın etkinliği diyabetli bireylerin hedeflenen metabolik kriterleri ile değerlendirilmiştir.

Mentorluk sürecinde; araştırma kapsamına alınan diyabetli bireyler ile birlikte planlanan sıklık ve sürelerde telefon ve yüz yüze görüşülerek danışmanlık yapılmıştır.

### **0. Ay (Tanışma)**

- Diyabetli birey (menteé) ile tanışma ve bireyin Endokrinolog ile birlikte laboratuvar bulgularının ve hastalık sürecinin değerlendirilmesi
- Fenomenolojik yaklaşım ile bireyin diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerinin değerlendirilmesi ve SWOT analizi ile durum farkındalığının sağlanması
- SWOT analizi doğrultusunda gereken biçimde yönlendirme yapılması

### **3. Ay**

- Diyabetli bireyin hedeflenen metabolik kontrol sonuçlarının birey ve Endokrinolog ile birlikte değerlendirilmesi
- Metabolik kontrol sonuçları ışığında mentorluk sürecinin değerlendirilmesi

- Mentorluk ilişkisinin devamının şekillendirilmesi ve sürecin birlikte planlanması

## **6. Ay**

- Diyabetli bireyin hedeflenen metabolik kontrol sonuçlarının birey ve Endokrinolog ile birlikte değerlendirilmesi
- Metabolik kontrol sonuçları ışığında mentorluk sürecinin değerlendirilmesi
- Diyabetli bireyin sonraki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekli yönlendirmelerin yapılması
- Diyabetli bireyin ihtiyaçları kapsamında mentorluk sürecinin devamı ve sürecin birlikte planlanması

### **2.3.2.1. SWOT İncelemeleri**

Araştırmanın bu bölümünde, mentorluk sürecine katılan diyabet yönetimi bozuk bireylerin mentorluk sürecinden hedeflenen düzeyde yarar sağlayabilmesi için fenomenolojik incelemelerden elde edilen verilerin sistemik analizi yapılarak, 1.7.2.2.5.1.'de ayrıntılı olarak verilen SWOT ile ilgili literatür ışığında her bireyin bireysel SWOT analizi yapılmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Diyabet polikliniği ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'nde Eylül 2006- Mayıs 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür.



## 2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

### 2.5.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma evreni araştırmanın iki süreci doğrultusunda kendi içerisinde iki popülasyonu içermektedir. Bu bağlamda;

- Araştırmanın fenomenolojik aşamasının evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Diyabet polikliniğine ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Deneği'ne baş vuran ve diyabet yönetimi bozuk olan tüm hastalar oluşturmuştur ( $N_1$ =araştırmanın sınırlandırıldığı kurumlarda diyabet yönetimi bozuk bireyler için kesin bir sayıya ulaşamamıştır).
- Araştırmanın Mentorluk aşaması evrenini, ise fenomenolojik aşamaya alınan diyabet yönetimi bozuk bireyler oluşturmuştur ( $N_2=20$ ).

### 2.5.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve örneklem seçimi de araştırma evreni gibi iki aşamalı olarak oluşturulmuştur.

#### ➤ *Fenomenolojik Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi:*

Literatürde niteliksel araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir (8, 20, 46). Genellikle niteliksel çalışmalarda örneklem sayısı araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmekte olup, literatürde bire bir görüşmeler ile yapılan fenomenolojik araştırmaların tek bir fenomenin tanımlanmasında en az 4 en çokta 20 katılımcı ile yapıldığı görülmektedir (32, 33, 35, 49, 60, 83, 84) Bu bağlamda araştırmanın fenomenolojik aşamasının örneklemine 20 diyabet yönetimi bozuk birey oluşturmuştur ( $n_1=20$ ).

➤ ***Mentorluk Aşaması Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi:***

Araştırmanın mentorluk aşaması örnekleme, fenomenolojik aşama örnekleme evren kabul edilerek evreni oluşturan 20 birey arasından seçilen ve menteé özellikleri ile uyumlu olan 9 diyabet yönetimi bozuk birey alınmıştır fakat mentorluk süreci aşamalarında menteélerden gelen engeller nedeni ile mentorluk sürecinin yürütülemediği görülmüş olup, 3 birey araştırmanın mentorluk kapsamı dışına alınmıştır.

Araştırmanın mentorluk aşamasında kapsam dışına alınan 3 diyabetli bireyin kapsam dışına alınma nedenleri:

- **1-DC:** Telefonlara yanıt vermemiş ve planlanan görüşmelere gelmemiştir.
- **4-CA:** Süreçte devam etmek istemediğini ifade etmiştir.
- **17-AA:** Telefonlara yanıt vermemiş ve planlanan görüşmelere gelmemiştir.

Sonuç olarak mentorluk aşamasının örneklemini 6 diyabetli birey oluşturmuştur ( $n_2=6$ ).

## **2.6.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırma modeli iki aşamalı sürdürüldüğünden bağımlı ve bağımsız değişkenler iki ayrı boyutta ele alınmıştır.

### **2.6.1. Araştırmanın Fenomenolojik Aşaması İle İlgili Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın fenomenolojik aşaması ile ilgili **bağımlı değişkenleri** yarı yapılandırılmış görüşme formu ile görüşmelere katılan diyabet yönetimi bozuk bireylerin gerekli menteélik özelliklerini göstererek mentorluk sürecine başlamaları ve mentorluk sürecini kesintisiz sürdürebilmeleidir.

Araştırmanın fenomenolojik aşaması ile ilgili **bağımsız değişkenleri** ise fenomenolojik aşamada görüşmelere katılan diyabet yönetimi bozuk olan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, meslekleri, ekonomik koşulları, iletişim olanakları gibi tanıtıcı özellikleri olarak belirlenmiştir.

### **2.6.2. Araştırmanın Mentorluk Aşaması İle İlgili Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın mentorluk aşaması ile ilgili **bağımlı değişkenleri** diyabet yönetiminde; tedavi, eğitim ve hasta uyumunun tam olarak gerçekleştiği durumlarda; tedavi ve bakımdan beklenen metabolik hedefler (**açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, BMI, kan lipid düzeylerine yönelik**) olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın mentorluk aşaması, aynı zamanda araştırmanın temel bağımsız değişkenidir, diyabet yönetiminde farklı bir model olarak düşünülüp bu çalışma ile test edilmiş olan **“Mentorluk Süreci”** dolayısı ile **“Bireysel Diyabet Hemşireliği”**dir. Ama bu sürecin alt bileşenleri olarak mentorun özellikleri ile mentee'nin özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

### **2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi**

Araştırmanın veri toplama yöntemi fenomenoloji, mentorluk ve laboratuvar incelemeleri olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

**1. Birinci aşamada;** fenomenolojik yaklaşımla hastaların deneyimlerinin ve diyabet yönetim bozukluğu nedenlerinin tanımlanması sağlanmıştır. Bu aşamada verilerin toplanmasında derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme dahil edilen bireylere, Diabetes Mellitus ile ilgili yaşam deneyimlerini ve hastalık sürecinde diyabet yönetim bozukluklarının nedenlerini sözel olarak özgürce ifade edebilmeleri için yarı yapılandırılmış,

açık uçlu sorular sorulmuştur. Görüşme sırasında bireyden izin alınarak görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Bu görüşmeler katılımcıların istediği şekilde uygun, sessiz mekanlarda yapılmıştır ve görüşme sırasında katılımcılar duyguları ifade edebilmeleri için cesaretlendirilmişlerdir. Görüşmeler 30-45 dk sürmüştür. Görüşme sonrası araştırmacı hemen teyp kaydındaki görüşmeler yazıya dökülmüş ve ifadelerin sağlanması için görüşülen bireye geri dönülmüştür.

- 2. İkinci aşamada;** mentorluk hizmetini 6 aylık bir süreçte sürdürülmüştür. Diyabet yönetimi bozuk olan bireyler mentorluk kapsamında aldıkları eğitimi davranışa dönüştürme ve tedaviye uyum ve diyabet yönetimine uygun davranabilmek için diyabet eğitimi alt başlıkları doğrultusunda hazırlanan objektif rehberler ve hastanın subjektif yapısına uygun olarak yönlendirilerek telefon görüşmeleri ve yüz yüze iletişimlerle mentorluk yapılmıştır. Bu aşamada, rehber form temel alınarak bireyin subjektif verileri doğrultusunda bireye özgü ve bireyin yönetim problemlerine yönelik uygulamaların planlanması ve yürütülmesi amacı ile mentorluk başka deyişle bireysel diyabet hemşireliği uygulaması yapılmıştır. Bu süreçte bireye, birey ile planlanan koşullarda (bazı birey ile her gün, bazı bireyle günde iki defa, bazı birey ile iki günde bir, bazı birey ile de birey her istediği zama) telefon ile mentorluk hatırlatmaları yapılmıştır. Bunun yanı sıra birey ile planlanan koşullarda (bazen haftada bir, bazen ayda bir olmak üzere) yüz yüze görüşülüp karşılıklı iletişim kurularak mentorluk yapılmıştır, bu arada birey kendi gereksinimi olduğunda da mentoruna ulaşmış olup danışmanlık hatta görüşmek istemiştir, örneğin; 6 menteé'den 4'ü ile onlardan gelen istek ve zaman doğrultusunda birlikte sosyal etkinlik ve yemeklere katılarak uygulamalı danışmanlık yapılmıştır.

**3. Üçüncü aşamada,** 6 aylık mentorluk süreci devam ederken, süreç içerisinde 0, 3, ve 6. aylarda toplam 3 kez metabolik hedef kriterleri için laboratuvar incelemeleri yapılmış, Endokrinolog ve hasta ile birlikte değerlendirilmiştir. mentorluk hizmeti 6 aylık bir süreçte sürdürülmüştür. Bu süre içinde 2 ayda bir toplam 3 kez metabolik hedef kriterleri için laboratuvar incelemeleri yapılmış ve laboratuvar incelemeleri istek ve sonuçları değerlendirme açısından ilgili endokrinoloğa iletilerek birlikte değerlendirilmiştir.

## **2.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

### **2.8.1. Fenomenolojik incelemeye Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi**

Fenomenolojik verinin analiz edilmesi için çok çeşitli metotlar bulunmaktadır. Van Kaam, Giorgi ve Colaizzi'nin metodları fenomenolojik verilerin analizinde en çok kullanılan yöntemlerdir. Araştırmada verilerin analizinde Colaizzi'nin (1978) adımları ile birleştirilen fenomenolojik bir metodoloji kullanılmıştır (18, 35, 68, 82). Literatürde Colaizzi'nin fenomenoloji ile ilgili 9 adımından söz edilmektedir (35).

#### **Colaizzi'nin 9 Adımı:**

1. Araştırmacı tarafından ilgilenilen fenomenin tanımı
2. Fenomenin konusunun, tanımlarının derlenmesi
3. Fenomen konusunun tanımlarının hepsinin okunması
4. Önemli ifadelerin orijinal kopyalarına dönülmesi ve elde edilmesi
5. Her bir önemli ifadenin anlamının ayrıntılarıyla açıklanmaya çalışılması
6. Temaları gruplar içinde biçimlendirilmiş anlamlarını bir araya getirmek için düzenleme yapma
7. Ayrıntılı bir tanımlama yapmak için yazma
8. Tanımların geçerliliği için araştırma katılımcılarına geri dönme

9. Geçerlilik işlemleri esnasında yeni veriler ortaya çıkarılırsa bunları ayrıntılı tanım içine dahil etme

### **2.8.2. Mentorluk Hizmetlerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi**

Mentorluk süreci içerisinde metabolik hedef kriterlerini gösteren laboratuvar incelemeleri Endokrinolog ile değerlendirilip sonuçlar her diyabetli birey için tablolara dökülmüştür.

## **2.9. Araştırmanın Süresi ve Olanaklar**

### **2.9.1. Araştırmanın Süresi**

**Eylül- Aralık 2005:** Tez probleminin belirlenmesi için, klinik gözlem, inceleme ve literatür taramalarını içeren ön hazırlık aşaması

**Ocak- Şubat 2006:** Tez önerisinin hazırlanması

**6 Mart 2006:** Tez önerisinin sunumu ve tezin yapılabilirlik onayının kabulü

**13 Mart 2006:** Tez çalışması için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğüne proje başvurusu

**20 Mart 2006:** Tez çalışmasının Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenerek onay alınması için başvuru

**3 Nisan 2006:** Tez çalışmasının Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu tarafından etik onayın alınması

**11 Mayıs 2006:** Tez çalışmasının Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından proje kabulü (Ek V)

**24 Nisan 2006:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları AD ve Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD Başkanlığından tezin yürütülmesi için izin istemi

**26 Nisan 2006:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları AD ve Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD Başkanlığından izin yazısı ile tez çalışmasının kabulü

**Mart-Nisan-Mayıs 2006:** Tez ile ilgili gerekli bilgi donanımı için araştırmacının Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Bölümü Bilimsel Araştırma Yöntemleri Dersine Katılımı

Sorumlu Öğretim Üyesi: Yard. Doç. Dr. Nilay BAŞOK YURDAKUL

**Mayıs-Haziran 2006:** Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler Bölümü Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Nilay BAŞOK YURDAKUL danışmanlığında tezde kullanılacak materyal olan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nun oluşturulması ile ilgili çalışmalar

**Haziran 2006:** Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Oya SOMER'den tezin veri toplama aracı olan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile ilgili kişisel görüş alınması, kaynak taranması ve formun oluşturulması

**Eylül2006-Mayıs2007:** Veri toplama aşaması

**20 Aralık 2006:** Tez ara değerlendirmesi

**Mayıs 2007:** Tez verilerinin değerlendirilmesi ve tez yazımı

**26 Haziran 2007:** Tez savunma sınavı

### **2.9.2. Olanaklar**

Araştırmanın proje olarak yürütülebilmesi için 13 Mart 2006 tarihinde Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğüne proje başvurusu yapılmış olup, araştırma 11 Mayıs 2006 tarihinde proje olarak kabul edilmiştir.

Proje kapsamında;

- Araştırma sürecini yürütebilmek için 1 adet bilgisayar

- Fenomenolojik verilerin ses kaydı için 1 adet ses kayıt cihazı
- Mentorluk sürecini yürütebilmek için 84 adet 250'lik Avea kontür
- Araştırmanın tez yazımı için cilt basım giderleri

Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü Proje bütçesinden karşılanmıştır.

## **2.10. Araştırmanın Etiği**

Araştırmanın etik olarak yapılabilmesi için;

- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu (Ek VI)
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (VII)
- Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'nden (VII) yazılı izin alınarak yapılmıştır.
- Araştırma örnekleme alınan hastalara ise araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya gönüllü katılmaları, görüşmelerin ses kayıt cihazına kaydedilmesi, telefon numaralarının araştırmacı tarafından kayıt edilmesi ve araştırmacının mentorluk sürecinde kendisini ve istediği zaman arayabilmesi konularında yazılı izin alınmış ve elde edilen bütün verilerin isim verilmeden kullanılacağı konusunda kendilerine güvence ve teminat verilmiştir (Ek VIII).



## BÖLÜM III

### 3. BULGULAR

**Bu bölümde araştırmanın fenomenolojik boyutundan elde edilen sonuçlar ile mentorluk sürecinden elde edilen veriler tablolar halinde ve mentorluk süreci ile ilgili ayrıntılı dosya içerikleri olarak verilmiştir.**

Araştırmada bireylere uygulanan Mini Mental Test (MMT) sonuçları, araştırmanın temel amacına hizmet etmediği ve sadece araştırmaya katılım için ön şart kabul edildiğinden, bulgular bölümünde MMT sonuçlarına yer verilmemiş, bu sonuçlar ekte sunulmuştur (IX).

#### 3.1. Fenomenolojik Yaklaşım Sonuçlarına Yönelik Bulgular

Araştırmanın fenomenolojik yaklaşım sonuçlarına yönelik bulguları başlığı altında; araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler ve fenomenolojik yöntem niteliksel verileri yer almıştır.

##### 3.1.1. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özellikleri, diyabet özellikleri, diyabetin yaşam kalitelerine etkisine ilişkin verileri ve ilk görüşmedeki metabolik sonuçları tablolar halinde verilmiştir.

**Tablo 1a. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verileri**

No	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Yaşanılan Yer	Meslek	Sosyal Güvence	Gelir Durumu
1 (DÇ)	K	60	İlköğretim	İl	Ev Hanımı	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
2 (HT)	K	49	Ortaöğretim	İl	Ev Hanımı	Yok	<b>Gelir Gideren Az</b>
3 (NÖ)	K	57	Üniversite	İlçe	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
4 (CA)	K	50	Üniversite	İl	Emekli	SSK	Gelir Gidere Denk
5 (GP)	K	55	Ortaöğretim	İl	Emekli	SSK	Gelir Gidere Denk
6 (SÇ)	K	57	Ortaöğretim	İl	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
7 (HsT)	K	70	Okur Yazar	İl	Emekli	Emekli Sandığı	<b>Gelir Gideren Az</b>
8 (NS)	K	75	İlköğretim	İl	Ev Hanımı	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
9 (AÖ)	K	54	İlköğretim	İl	Ev Hanımı	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
10 (CE)	K	59	İlköğretim	İlçe	Ev Hanımı	Emekli Sandığı	<b>Gelir Giderden Az</b>
11 (HE)	K	49	İlköğretim	İl	Memur	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
12 (FG)	K	55	Ortaöğretim	İl	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
13 (AÇ)	K	54	Üniversite	İl	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
14 (İÖ)	E	61	Üniversite	İlçe	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
15 (SŞ)	E	59	Ortaöğretim	İl	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
16 (NU)	E	59	Üniversite	İl	Emekli	SSK	Gelir Giderden Fazla
17 (AA)	E	61	Üniversite	İl	Emekli	Özel	Gelir Gidere Denk
18 (BT)	E	55	Ortaöğretim	İl	Emekli	Emekli Sandığı	Gelir Gidere Denk
19 (ET)	E	58	Üniversite	İl	Emekli	Özel	Gelir Gidere Denk
20 (ST)	E	57	Ortaöğretim	İl	Emekli	Emekli Sandığı	<b>Gelir Giderden Az</b>

(K: Kadın, E: Erkek)

**Tablo 1b. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları**

<b>Değişken</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cinsiyet</b>		
➤ Kadın	13	65
➤ Erkek	7	35
<b>Yaş</b>		
➤ 41-50	3	15
➤ 51-60	13	65
➤ 61-70	3	15
➤ 71 ve üzeri	1	5
<b>Eğitim Durumu</b>		
➤ Okur-yazar	1	5
➤ İlköğretim	5	25
➤ Ortaöğretim	7	35
➤ Üniversite	7	35
<b>Yaşanılan Yer</b>		
➤ İl	17	85
➤ İlçe	3	15
<b>Meslek</b>		
➤ Memur	1	5
➤ Emekli	14	70
➤ Ev Hanımı	5	25
<b>Sosyal Güvence</b>		
➤ Emekli Sandığı	14	70
➤ SSK	3	15
➤ Özel	2	10
➤ Yok	1	5
<b>Gelir Durumu</b>		
➤ Gelir giderden az	15	75
➤ Gelir gidere denk	4	20
➤ Gelir giderden fazla	1	5

Tablo 1a'da araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin sosyo- demografik özelliklerine ilişkin ham verileri gösterilmektedir. Verilerin anlaşılabilirliği için sayı ve yüzde dağılımları da tablo 1b'de verilmiştir. Tablolar incelendiğinde görüleceği gibi sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireyler den 13'ünün kadın (%65), 7'sinin erkek (%35); 3'ünün 41-50 yaş grubunda (%15), 13'ünün 51-60 yaş grubunda (%65) ve 3'ünün 61-70 yaş grubunda (%15), 1'inin 71 yaş ve üzeri (%5) olduğu; 1'inin okur yazar (%5), 5'inin ilköğretim (%25), 7'sinin ortaöğretim (%35) ve 7'sinin üniversite mezunu (%35) olduğu, 17'sinin ilde (%85), 3'ünün ilçede (%15) yaşadığı, 1'inin memur, 14'ünün emekli, 5'inin ev hanımı olduğu; 14'ünün sosyal güvencesinin Emekli Sandığı (%70), 3'ünün SSK (%15), 2'sinin Özel (%10), ve 1'inin sosyal güvencesinin olmadığı (%5); 4'ünün gelir durumunun giderden az olduğu (%20), 15'inin gelirinin giderine denk (%75)ve 1'inin fazla (%5) olduğu görülmektedir.

**Tablo 2. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabet Özelliklerine İlişkin Verileri**

No	Diyabet Tam Süresi (yıl)	Tedavi Şekli	Başka Kronik Hastalık Varlığı	Komplikasyon Varlığı
1 (DÇ)	15	OAD+Diyet	Yok	Hipoglisemi+Retinopati
2 (HT)	14	İnsülin+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Retinopati
3 (NÖ)	21	İnsülin+Diyet+Egzersiz	Hashimato Tiroidit	Hiperglisemi+Retinopati+Nöropati
4 (CA)	2	OAD+Diyet+Egzersiz	Yok	Retinopati
5 (GP)	12	OAD+Diyet+Egzersiz	Yok	Yok
6 (SÇ)	13	OAD+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Yok
7 (HsT)	16	İnsülin+Diyet	Hipertansiyon	Hiperglisemi
8 (NS)	10	OAD+Diyet	Astım	Yok
9 (CE)	10	OAD+İnsülin	HT+ Koroner Arter Hastalığı	Hiperglisemi+Retinopati+Nefropati
10 (HE)	10	OAD+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Hiperglisemi+Retinopati+Nefropati
11 (AAk)	19	OAD+Diyet	Hipertansiyon	Yok
12 (FG)	7	OAD+Diyet+Egzersiz	Yok	Yok
13 (AÇ)	6	OAD+Diyet+Egzersiz	Yok	Yok
14 (İÖ)	21	İnsülin+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Yok
15 (SŞ)	12	İnsülin+OAD+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Retinopati
16 (NU)	10	İnsülin+OAD+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon+Koroner Arter Hastalığı	Yok
17 (AA)	5	OAD+Diyet+Egzersiz	Hipertansiyon	Yok
18 (BT)	10	OAD+Diyet	Hipertansiyon	Yok
19 (ET)	8	OAD+Diyet+Egzersiz	Koroner Arter Hastalığı	Yok
20 (ST)	12	OAD+Diyet	Yok	Hiperglisemi

(OAD: Oral Anti Diyabetik)

Tablo 2’de araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabete özelliklerine ilişkin ham verileri verilmektedir. Tablodaki sonuçlara göre, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 5’inin diyabet tanı süresi 10 yıl ve altı, 8’inin 10-19 yıl arası, 2’sinin 20 yıl ve üzeri olduğu; 13’ünün tedavi şeklinin OAD tedavi, 3’ünün İnsülin+OAD tedavi ve 4’ünün İnsülin tedavisi olduğu; 11’inin Hipertansiyonu, 3’nn Koroner Arter Hastalığı, 12’inn Hashimoto Tirodit’i olduğu; 2’sini hipoglisemi, 5’inin hiperglisemi deneyimlediği; 7’sinin Retinopatisi, 2’sinin Nefropatisi ve 1’inin Nöropatisinin olduğu görülmektedir.

**Tablo 3. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabetin Yaşam Kalitelerine Etkisine İlişkin Verileri**

No.	Genel Sağlık	Fiziksel	Sosyal	Ekonomik	Ruhsal	Ailesel
1 (DÇ)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi
2 (HT)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi
3 (NÖ)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi
4 (CA)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
5 (GP)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Olumsuz
6 (SÇ)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi
7 (HsT)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi
8 (NS)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
9 (CE)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz
10 (HE)	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz
11 (AAk)	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
12 (FG)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
13 (AÇ)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
14 (İÖ)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi
15 (SŞ)	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz
16 (NU)	Olumsuz	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi
17 (AA)	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Olumlu	Olumlu
18 (BT)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
19 (ET)	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi
20 (ST)	Olumsuz	Olumsuz	Değişmedi	Değişmedi	Olumsuz	Değişmedi

Tablo 3'te araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabetin yaşam kalitelerine etkisine ilişkin ham verileri verilmektedir. Tablo 4'te araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabetin yaşam kalitelerine etkisine ilişkin dağılımları verilmiştir. Tablodaki sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %25'i diyabet sonrası genel sağlık durumlarının değişmediğini, %75'i olumsuz değiştiğini; %15'i fiziksel durumlarının değişmediğini, %85'i olumsuz değiştiğini; %95'i sosyal ilişkilerinin değişmediğini, %5'i olumsuz değiştiğini; %85'i ekonomik durumlarının değişmediğini, %15'i

olumsuz değiştiğini; %30'u ruhsal durumlarının değişmediğini, %5'i olumlu değiştiğini, %65'i olumsuz değiştiğini ve %80'inin aile içi ilişkilerinin değişmediğini, %5'i olumlu değiştiğini, %15'inin ise olumsuz değiştiğini ifade etmişlerdir.



**Tablo 4. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Metabolik Sonuçları**

No	HbA1c	AKŞ	TKŞ	T kol.	LDL	HDL	Trigl.	KB	BKİ	M.albümin
1 (DÇ)	6,9	145	174	114	42	51	105	120/80	20,7	<5
2 (HT)	7,5	170	130	132	72	50	52	140/80	39,3	21
3 (NÖ)	10,6	272	156	272	156	63	263	120/80	26,5	14
4 (CA)	8	200	180	224	128	51	159	120/85	30,4	<5
5 (GP)	8,4	133	268	182	106	50	130	100/60	24,4	<5
6 (SÇ)	6,7	136	187	230	135	76	96	130/80	26	<5
7 (HsT)	7,3	281	190	230	150	57	114	150/80	28,2	<5
8 (NS)	6,9	150	201	250	125	48	317	130/80	32,2	<5
9 (CE)	8,3	231	183	195	95	43	558	130/100	22,8	61
10 (HE)	7,4	114	311	244	124	44	381	140/100	30,2	643
11 (AAk)	7,2	159	251	155	63	41	257	150/110	30,4	17
12 (FG)	6,9	132	155	154	83	52	96	120/80	26,2	<5
13 (AÇ)	7,8	215	192	163	84	48	157	110/90	29,4	<5
14 (İÖ)	6,7	118	190	165	93	54	88	130/80	32,5	<5
15 (SŞ)	7,5	169	329	189	93	55	203	110/70	30	<5
16 (NU)	8,48	118	94	248	Ölçülemedi	48	944	130/80	37,4	<5
17 (AA)	6	105	164	193	102	67	120	100/60	25,6	<5
18 (BT)	7,9	210	174	159	89	46	120	120/70	29,8	<5
19 (ET)	7,4	118	185	228	149	44	176	140/90	31,2	<5
20 (ST)	6,8	112	147	133	72	55	58	120/80	25,5	<5

### 3.1.2. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçları

Bu bölümde, araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin genel gruplarına ilişkin veriler ile diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin, öz bakım ve öz etkililikleri ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin, bireysel diyabet yönetim bozukluğunun nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları ile ilgili veriler tablolar halinde verilmiştir.

**Tablo 5. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin İfadelerinin Grupları**

Gruplar	İçerikler
Diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenleri	Diyabet ile Tanışma Diyabet Algısı Diyabetle Yaşam
Diyabetli bireyin öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenleri	Evde Glikoz Takibi Tıbbi Beslenme Tedavisi Tıbbi Tedavi Egzersiz Semptom Yönetimi Periyodik Kontroller Alternatif Tedavi Yöntemleri
Bireysel diyabet yönetim bozukluğunun nedenleri	Bireysel Nedenler Sağlık Ekibinden Beklentiler

Tablo 5'te literatür ışığında araştırmacılar tarafından belirlenmiş olan araştırmanın amacı doğrultusunda bireysel diyabet yönetim bozukluğuna ilişkin gruplar ve içerikleri verilmiştir. Diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenleri, diyabet algısı, diyabet ile tanışma, diyabetle yaşam içerikleri doğrultusunda; diyabetli bireyin öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenleri evde glikoz takibi, tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi tedavi, egzersiz, semptom yönetimi, periyodik kontroller, alternatif tedavi yöntemleri içerikleri doğrultusunda; bireysel diyabet yönetim bozukluğunun nedenleri, bireysel nedenler, sağlık ekibinden beklentiler içerikleri doğrultusunda tanımlanmıştır.

**Tablo 6. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabetin Algılanması İle İlgili Yaşam Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
<p>“İlk doktora geldiğim zaman duydum, daha önceden hiç duymamıştım.”</p> <p>“Çok kiloluydum doktorum bana işte bir ölçüm yapıp şekerin yüksek dedi, Şey yazdı sağlık karneme DM, sonra açıkladı Diabetes Mellitus. İlk defa orada öğrendim. Kendi hastalığım dolayısı ile öğrendim.”</p> <p>“Benim annem ve babamda da vardı, onlardan da biraz tecrübemiz vardı. Bende olmayacağını düşünerek bu arada dikkat ederek geçiştirmeye çalışıyorduk”</p> <p>“Evet hamileyken ilk kez duydum. Yakınlarım da da yoktu. 10 sene önce hamile kaldım. Kesin olarak 2,5-3 sene oldu.”</p> <p>“İlk defa komaya girmişim Uşak’ta orada duydum.”</p> <p>“Oğlan kardeşim şeker hastasıydı, fakat yurt dışında şeker hastasıydı onun için şekerle ilgili fazla bir bilgim yoktu”</p> <p>“Annemde vardı ben o zaman pek üzerinde durmadım. Annemde vardı fakat pek ciddiye almıyordum.”</p> <p>“Ameliyat oldum, işte ondan sonra iki ay sonra şeker çıktı bende. Doktor dedi ki çok serum vermişler ondan sonra çıkmış bende.”</p>	<p><b>Diyabetle Tanışma</b></p>	<p><b>Bilgi Eksikliği</b></p> <p><b>Bilinçsizlik</b></p>

**Tablo 6. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabetin Algılanması İle İlgili Yaşam Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<u>Önemli İfadeler</u>	<u>Anlam Grupları</u>	<u>Temalar</u>
<p>“Şeker hastası olduktan sonra bu hastalığın önemli bir hastalık olduğunu anladım”</p> <p>“İlk duyduğumda çok panikledim. Gerçekten çok korktum. Zamanla alıştım ama gerçekten ilk iki sene ruhsal bunalıma girdim, hem ruhsal hem fiziksel çok çok problemler yaşadım.”</p> <p>“Şeker hastalığı kötü bir şey”</p> <p>“Şimdi şimdi düşünüyorum, gerekli önlemimizi alsaydık belki bu şeker hastalığı bu yaşta etkilemezdi, sağlığımız yerindeyken bize bir şey olmaz diye düşünüyoruz, ailede olduğu halde bile bile, yani bile bile lades gibi bir şey bizimki.”</p>	<p>Diyabet Algısı</p>	<p>Korku</p> <p>Üzüntü</p> <p>İnkâr</p> <p>Kabullenememe</p>

**Tablo 6. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabetin Algılanması İle İlgili Yaşam Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
<p>“İşimi engellemez olur mu, elim ayağım titriyor, bayılacak gibi oluyorum.”</p> <p>“Her şeyi yiyemediğin için üzülüyorsun.”</p> <p>“Annem tabi gezerken hipoglisemi olmuş, sonra babam bunu bize o kadar kötü anlatıyor ki şey diyor, kaçırdı keçileri yolun ortasında diyor, aptal aptal yürümeye başladı diyor.”</p> <p>“Fazla kilo aldım, erken menopoza girdim”</p> <p>“Her tarafımdan bir ağrı başlıyor, bilhassa ayaklarımdan.”</p> <p>“İlk iki sene bu rahatsızlığa alışmaya kadar, kabul edesiye kadar bayağı zorluklarım oldu yani, sonra kabul ettim, diyabetle barıştım yani.”</p> <p>“Ailemden annemden kardeşlerimden yiyorsun da çıkıyor, aslında yemiyorum rejim yapıyorum fakat bunlara sıkıntı ile de şekerimin yükselebileceğini bir türlü kabul ettiremiyorum.”</p> <p>“Ya stres bilmiyorum, doktora söyledim bana dedi ki insülin direncini ölçtürelim sizde ama bir daha ölçtürme zamanım olmadı, imkanım olmadı. O da şaşırdı öyle yani.”</p>	<p><b>Diyabetle Yaşam</b></p>	<p><b>Konforda Değişiklik: Ağrı</b></p> <p><b>Sosyal Zorluklar</b></p> <p><b>Mesleki Zorluklar</b></p> <p><b>Ekonomik problemler</b></p>

**Tablo 6. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Diyabetin Algılanması İle İlgili Yaşam Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Şeker hastası olduktan sonra bir kere hayatımda hareketsizleştim, hantallaşmaya başladım, yani ben çok aktif bir insandım.”</p> <p>“Fazla kilo almamla ilgili belki de psikolojik olarak etkilendim”</p> <p>“Bacak ağrılarım oluyor bazen rahatsız ediyor.”</p> <p>“Vücuduna da her yerine ağrılar giriyor, bacaklarım falan çok ağrıyor, sırtım çok ağrıyor.”</p> <p>“Sanki yürüyünce her tarafım ağrıyor”</p> <p>“Bak dişlerim yapılmadı o zamandan bu zamana altımda var üstümde yok, hangi dişçi özel dişçiye de gittim onlar da korkusundan yapamadılar, bu çok üzdü beni.”</p> <p>“Mantar gibi kaşıntı oldu sürekli kaşıntı oldu. Gidiyorum kadın doğumculara ilaç veriyor geçmiyor, mantar beni mahvetti o zaman”</p>	<p><b>Diyabetle Yaşam</b></p>	<p><b>Psikolojik problemler</b></p> <p><b>Diğer sağlık problemlerinin çözümünde zorluklar</b></p>

Tablo 6’da araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, bireylerin yarı yapılandırılmış soru formundaki diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin sorulara yanıt olarak verdikleri ve araştırmacı tarafından ses kayıt cihazında kümelenererek kaydedilen **27 öznel ifade** ham veri olarak verilmiş, ikinci aşamada bu verilerin birleştiği **3 ortak grup** saptanmış ve bunlar **diyabet ile tanışma, diyabet algısı ve diyabetle yaşam** olarak anlamlandırılmıştır. Tabloda görüleceği gibi; üçüncü aşamada da bireyler ile ilgili bu anlamlara ilişkin temalar geliştirilmiştir. Sonuç olarak; fenomenolojik olarak bireylerden elde edilen ham verilerden **bilgi eksikliği, bilinçsizlik, korku, üzüntü , inkar, kabullenememe, konforda değişiklik: ağrı, sosyal zorluklar, mesleki zorluklar, ekonomik problemler, psikolojik problemler, diğer sağlık problemlerinin çözümünde zorluklar** olmak üzere toplam 12 tema çıkarılmıştır.



**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Evde ara sıra makine ile şekerimi ölçüyorum.”</p> <p>“Şeker takibi yaparken parmaklarımız çok deliniyor. Keşke onun tansiyon ölçer aleti gibi olsa da o daha kolay olacaktı.”</p> <p>“Ben kanı görünce yemekte iticiliğim oluyor. Bu beni biraz şey yapıyor. Ölçmek istemiyorum açıkçası.”</p> <p>“Sabah tokluğunu ölçüyorum ondan sonra mecbur kalıyorum dışarıya çıkmaya, giderken aleti yanıma almamış oluyorum, öğlen tokluğumu ya da akşam tokluğumu alamadığım zamanlar oluyor.”</p> <p>“Evde aletim var fakat biliyorsunuz onun çubukları çok pahalı, biz SSK’lıyız, Onu bize devlet vermediği için ben de kısıtlamışım, yani kısıtlı bir şekilde kullanıyorum belki elimde olsa daha farklı bir şekilde olacak.”</p> <p>“Şekerimi sadece sabahları ölçüyorum, öyle uygun geliyor, sonrakileri ölçecek zamanım yok”</p> <p>“Şeker takibini kendimi rahatsız hissettiğim zamanlarda yapıyorum.”</p> <p>“Ben kendi kendime beceremem ki. Aleti kızım kullanıyor.”</p> <p>“Devletin ödediğinin ücreti az olduğu için stripi parayla alıyoruz”</p>	<p><b>Evde Glikoz Takibi</b></p>	<p><b>Ekonomik problemler</b></p> <p><b>Sosyal kısıtlılıklar</b></p> <p><b>Önemsememe</b></p> <p><b>Bilinçsizlik</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Kanım az geliyor, sık sık ölçüldüğünden olabilir.”</p> <p>“Sonra kızım bana dedi ki anne vücudunda kan yok dedi 15 günde bir gidiyordum, yaptırıyordum. O öyle dedi o yüzden 6 aydır ölçemedim.”</p> <p>“Uşak’taki doktorum dedi ki niye sık ölçüyorsun şekerini stres yapıyorsun kendine, ama kendimi kötü hissettiğim zaman ölçüyorum.”</p> <p>“Stripleri hep kendim alıyorum. Geçenler de dedi ki medikalci sigorta artık bunları veriyor dedi. Sağlık raporu çıkaracaksın dedi. Gittim çıkarttım sonra evrakları tamamlayacaksın dedi, konak’ta bir yer var dedi bir kere gittim bir daha gitmedim, o kadar yani engel çıkartıyorlar ki bir dosya neredeyse evrak hazırlıyorsun, bir de 2 ay sonra verecekler, aman eksik olmasın dedim. Benim maddi problemim yok kendim alırım dedim.”</p> <p>“Çok fazla öğütüğüm zaman, yetmiyor striplerim, mesela kendimi kötü hissediyorum, ölçüyorum mecburen ek almak zorunda kalıyorum, kendimiz”</p>	<p><b>Evde Glikoz Takibi</b></p>	<p><b>Yanlış sağlık inanışları</b></p> <p><b>Kurumsal zorluklar</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Ama maalesef ben fabrikada çalışırken haftanın 3 günü bulgur pilavı, 3 gün fasulye yiyorduk, nohut yiyorduk, 1 günde melemen yiyorduk.”</p> <p>“Ama bazen diyeti de kaçırdığım oluyor.”</p> <p>“Diyeti uygulamak çok kolay olmuyor. Alışmadığımız bir şey tabi yemek düzeni o açıdan zorluk veriyor, ama çok da zor değil, olmamalı.”</p> <p>“Valla rejim olayım oldu, eşim tarafından evde devamlı yeme, içme yani rejim olayının daha fazla olması için ondan baskı görüyorum.”</p> <p>“Diyabetle yaşamak zor çocuklarım olduğu için yalnız olsam diyet tutmam problem olmaz o zaman.”</p> <p>“Eşim doğulu olduğu için biraz da damak tadına daha düşkün. Pişiriyorum, ediyorum , baktıkça yiyorsun, yani aynı zamanda özel bir şey pişirmiyorum. Yani pişirdiğimden, onlara yaptığımdan kendim de yiyorum. Yani diyet tutmam biraz problem oluyor.”</p>	<p><b>Tıbbi Beslenme Tedavisi</b></p>	<p><b>TBT'nin önemini kavrayamama</b></p> <p><b>Aile ilişkileri</b></p> <p><b>İzolasyon korkusu</b></p> <p><b>Çevresel problemler</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Acıkırsam bir şeyler yiyorum.”</p> <p>“Fakat misafirlğe gittiğimiz zaman fakat en yakın anneme gittiğim zaman ben, babam bunu da yiyiyin, bunu da yiyiyin. Hayır diyorsunuz, kırılıyorsunuz. Çevreyle ilişkinizi koparıyor.”</p> <p>“Bir de alınıyor yani yemedik diye. En son baba ölmemi istiyorsun, öleyim mi dedim. Diyor tamam tamam ısrar etmeyeceğim diyor.”</p> <p>“Ya bakın ben çok yemek yiyim demeyeyim de iki üç dilim yiyorum ama ben mesela yanında salatalık da yerim domates de yerim yani bilmiyorum ne derece doğru ne derece yanlış. Pek şey değil nasıl diyeyim size tek bir şekilde yemem yani yanımda her olanı yiyebilirim. Onu bilmiyorum yani çeşit yiyorum.”</p> <p>“Hep ot hep ot peki tamam ot yiyoruz biz de.”</p> <p>“Beslenme düzenine uyamıyorum. Eşim çalıştı mı boğazına çok düşkün. Her şeyinden kısıtlar, boğazından kesmez. Şimdi bir de doğruluk da var ete şeye daha düşkün ama işte”</p>	<p><b>Tıbbi Beslenme Tedavisi</b></p>	<p><b>Bilgi yetersizliği</b></p> <p><b>Aile üyelerinin ve yakınların bilinçsizliği</b></p> <p><b>Beslenmede lezzet önceliği kavramı</b></p> <p><b>Edinilmiş yanlış beslenme alışkanlıklarında aile ısrarı</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Aksaklığımız da var. Mesela ben buraya tahlile geleceğimiz akşamdır. Çok büyük bir hata yaptık. Kaymaklım kaymaklım dediler bize, ikram ettiler, biz de yedik onu. Buraya gelecektik kararlıydık o gün yoksa benim öyle 300’lerde gezmiyor. Bir de insülini yapmadım bakalım ne çıkacak diye.”</p> <p>“İş koliğim, yemeğimi yemeyi unutuyorum, işler yoğun ama belki de ben öyle istiyorum.”</p> <p>“Bazen unutuyorum, bazen canım istiyor reçeldir falan yiyorum, bazı yemeği fazla istiyorum yiyorum.”</p> <p>“Ne kadar yemesem yükseliyor şekerim”</p>	<p><b>Tıbbi Beslenme Tedavisi</b></p>	<p><b>Öğün atlama</b></p> <p><b>Çevresel faktörler</b></p> <p><b>Unutkanlık</b></p> <p><b>Bilinçsiz tutum</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
<p>“Yükseldiğinde insülin dahi verildi, iğneden korktuğum için almadım.”</p> <p>“Sağlık raporu almak için 1,5 yıl önce Alsancak Devlet Hastanesinde 10 gün yattım hasta olarak, raporumu aldım. Şimdi ikinci kez buraya geldim, takibimi yapıyorum ki raporumu tekrar alabileyim diye. Şimdiki raporumla insülin alma hakkım yarım sene daha vardı fakat aynı rapor içinde strip süresi 1 yıl, dolduğu için hatta geçti 1 yılı. Onu yenilemek için geldim. Bu sefer öbürünün başlangıç tarihi değişmiş oldu.”</p> <p>“Biz insülin partisi veriyoruz. Eşim alıyor insülinleri.....(gülüyor)”</p> <p>“Çok acil durumlarda insülini vurup çıktığımda şekerimiz düşüyor. O daha tehlikeli biliyorsunuz.”</p> <p>“Mesela insülini yanımızda taşımak başlı başına sorun, sıcaklarda özellikle, teknoloji gelişir de onu taşıma kolaylığı olursa daha kolay olacak.”</p> <p>“İlaçlarımı bir öğlende alamıyorum, işten dolayı.”</p> <p>“Ben genellikle bacağıma yapıyorum, bazen koluma bazen bacağa, göbeğe yapmıyorum hiç, bana ters geliyor, hiç yapmadım.”</p>	<p>Tıbbi Tedavi</p>	<p>Enjeksiyon korkusu</p> <p>İnsülin hakkında yanlış bilgi</p> <p>İnsülin korkusu</p> <p>İnsülin uygulamasını çevreden saklama</p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Evde misafirim çok olduğu zaman unutuyorum insülinleri bazen”</p> <p>“İnsülin uygulamasını kendim yapıyorum. Direkt göbeğime vuruyorum daha rahat oluyor. Kolumu mesela bir tutan olmazsa kendim vuramıyorum.”</p> <p>“Vuruyorum yani bazen acıyor yerleri, kanıyor çürüyor. Çok sık herhalde üst üste denk geliyor, uzun süredir vuruyorum çünkü.”</p>	<p>Tıbbi Tedavi</p>	<p>Unutkanlık</p> <p>Uygulama zorluğu</p> <p>Beceri yetersizliği</p> <p>Uygulama komplikasyonları</p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Egzersiz bilmiyorum ama ben kendimi iyi hissettiğim zaman zaten yaparım, torunlarla birlikte yatar kalkarım saatlerce.”</p> <p>“Sanki yürüyünce her tarafım ağrıyor, yürümem gerektiğini biliyorum ama yürüyemiyorum yani.”</p> <p>“Egzersiz önerilirken, herkese göre, mesela yüzmekte bir spordur, yürüyüşte, koşmakta bir spordur, siz hangisini rahat yaparsanız onu yaparsınız, ha süresini doktorunuz belirler, egzersize bu şekilde yaklaşılmalı.”</p> <p>“Evde durmayız zaten, ondan egzersiz yapmıyorum.”</p> <p>“Ama öyle çok koşmuyorum. Tempolu yürüdüğüm vakit çok öğürüyorum.”</p>	<p><b>Egzersiz</b></p>	<p><b>Bilgisizlik</b></p> <p><b>Bilinçsizlik</b></p> <p><b>Fiziksel zorluklar</b></p> <p><b>Aile sorumlulukları</b></p>



**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Biz buradan öğrendik onların yaptığı gibi acilen şeker şerbeti yapın hemen çabuk reçel getirin.”</p> <p>“Şekerin çok düştüğü zaman bir şeker alınabilir diyorlar tatlı olarak veya bilmiyorum hastaneye mi doktora mı başvurmak lazım.”</p> <p>“Uyuyorum çıktı mı. Biraz 1 saat kadar, kendime geliyorum ondan sonra toparlıyorum kendimi. Ondan sonra kalkıp bir işimi yapabiliyorum yani. Bayağı düzensiz gidiyor.”</p> <p>“Acil durum olabilir diyorum, hani gece acaba uykumda falan olsa hani eşim kalkıp fazla bir müdahale edebilir mi?”</p> <p>“Düşüklüğünde 1 kesme şeker taşıyorum çantamda. Yükseldiğinde de bir uzanıp sıvı alıp, öyle dinlenme gibi.”</p> <p>“Düştüğü zamanlar ne yapacağımızı biliyoruz. Ama çok yükseldiği zaman ne yapabiliriz?”</p>	<p><b>Semptom Yönetimi</b></p>	<p><b>Bilgi Eksikliği</b> (özellikle hiperglisemide)</p> <p><b>Bilinçsizlik</b></p> <p><b>Yanlış çözüm arayışları-uygulamaları</b></p> <p><b>Hipoglisemi korkusu</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grubu</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Oranın güzel bir devlet hastanesi vardır, iyidir de orada da dahiliyeci yok. Tahlilleri yaptırmak kolay da, çok da doğru güzel tahliller yapıyorlar ama dahiliyeci yok şu anda.”</p> <p>“Sadece ben hastaneye gittiğim zaman ne oluyorsa stresten, nasıl bir şey oluyorsa, ya bekleye bekleye sıra falan, yükseliyor.”</p> <p>“En büyük zorluk sabahın köründe buraya gelmek, sabahın 3’ünde 4’ünde, yani sabah gelmesi problem.”</p> <p>“Bir yere gittim şeker hastaları için önce tahliller yapıyor önce doktora görünmeden, işimiz daha çabuk bitiyor, saat 11 olmadan önce her şey birmiş oluyor.”</p> <p>“Laboratuar kontrolü çok önemli 3 ayda bir ne o HbA1c’yi falan onları bile yaptırıyorum.”</p> <p>“Sürekli kontrolde değilim bilemiyorum, 1,5 sene olmuştur tahliller olalı en son.”</p> <p>“Hastanede çok zorlu, yani doktora rica ediyorsun. İşte ben kendimi iyi hissettiğim veya iyi hissetmediğim takdirde kendim gidip doktor bey şunu şöyle yapmam gerekiyor veya şu şöyle ve yaptıklarımı topluyorum sonuçlarını.”</p>	<p>Periyodik Kontroller</p>	<p>Kurumsal problemler</p> <p>Ekonomik problemler</p> <p>Hastane korkusu</p> <p>Ulaşmada Stres</p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grubu</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Maalesef düzenli kontrol önemli 3 ayda bir ilaçlarımı yazdırmaya gidiyorum (gülüyor).”</p> <p>“Mesela kontrole gelmek diyorsunuz. Bizim muhakkak bir şey yememiz gerekiyor. Yani düzenimiz bu. Sabahleyin aç karnına 4’te oradan kalkıp geliyorsun burada doktora tahlil için ama tahlil vermek 12’yi buluyor, 11 buçuğu buluyor.”</p> <p>“Şeker hastasının 11 buçuğa kadar burada kalması, ayakta kalması çok zor oluyor.”</p> <p>“İki sene önce geldim, ha bu gün ha yarın gelemedim, ya da doktordan duyacağımız olumsuz şeyleri duymak istemiyoruz, kötü çıkacak diye. Bunun için giderim de ya başka hastalık, bir şey çıkar mı diye”</p> <p>“Sıra çok, çok zor oluyor bizim için, bir de şehir dışından gelince.”</p>	<p><b>Periyodik Kontroller</b></p>	<p><b>Kurumsal problemler</b></p> <p><b>Ekonomik problemler</b></p> <p><b>Hastane korkusu</b></p> <p><b>Ulaşmada Stres</b></p> <p><b>Kontrolün sadece ilaç almak gibi algılanması</b></p>

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
“Soğan suyu önerdiler bir ara....”		
“Başka öyle limon türlerini içiyorum, ondan sonra kekik, bitkisel otlarımız vardır bizim doğal dağlardan, ayvadanayla papatya kaynatıyorum, şekerimi düşürüyor.”		
“Greyfurt çok yiyordum ilk zamanlar.”		
“Sabahları nar ekşisi içiyorum, fırsat buldum mu yapıyorum. Doktoruma sormadım.”		Uzman görüşü almadan yanlış fitoterapi uygulamaları
“İnternette, selvi kozalakları, melisa, alkol bir şişe içinde karanlık bir yerde 1 ay beklettik biz, onu içelim dedik. Ama şu kadar içiyorsunuz, kafayı buluyordum ben.”	Alternatif Tedavi Yöntemleri	Doğruluğunu bilmeden fitoterapiye alışma
“Ben kekiği bir ara devamlı içtim. Devamlı bayağı kekik kolik oldum, yani içmeyi arzu eder oldum içmeyi arzu eder hale geldim.”		
“Genellikle acı badem 5 tane yiyin şekeri düşürüyor diyorlar. Fazlası öldürüyor onun.”		
“Yahudi baklası diye değişik, aktarlarda oluyor, ıslatıyorsunuz, yiyorsunuz, ama acıdır.”		
“Çok tatlı yediğim vakit, kendimi kötü hissettiğim, kekik suyu içiyorum onun da ne derece doğru ne derece yanlış”		

**Tablo 7. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Öz Bakım ve Öz Etkililikleri İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Yenidünya yaprağı, bir tane, kullanıyorum. Sabahları kahvaltıda onunla yapıyorum.”</p> <p>“Evde hanıma kaynattırıp getirttim. Doktordan habersiz. İçtim o da içti. İkimizin de şekeri 147’ye düştü. 200’den aşağı düşmeyen şeker.”</p> <p>“Zeytinyağı dediler, kekik dediler, ondan sonra şimdi de acı badem söylediler.”</p> <p>“O arada bir de gittim okundum yavrum ben öyle şeylere de inanırım.”</p> <p>“Mesela duyuyorum tarçın şekeri düşürüyormuş, kekik düşürüyormuş”</p> <p>“Tarçını zaten yiyorsak biraz daha fazla serpiştiriyorum.”</p> <p>“Tarçın, kabuk tarçın kaynatıyorum avuçlan, karanfil atıyorum bir tane, bazen kuru kekik atıyorum. Çay gibi içiyorum. Yani keyfi şekilde içiyorum ama rahatlatıyor beni. Yan etkilerini hiç bilmiyorum, doğru söylüyorsunuz aslında. Ben eskiden greyfurt suyu da çok içiyordum. Etkiliyormuş. Ben etkilerini hiç düşünmemiştim, çok güzel sordunuz.”</p>	<p>Alternatif Tedavi Yöntemleri</p>	<p>Doğruluğunu bilmeden fitoterapiye alışma</p> <p>Uzman görüşü almadan sürdürülen fitoterapi nedeni ile ilaç tedavisinin aksatılma riski</p> <p>Fitoterapiye karşı korkusuz endişesiz teslimiyet</p> <p>Mistik yaklaşımlardan yardım arayışı</p>

Tablo 7’de araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin öz bakım ve öz etkililikleri ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, bireylerin yarı yapılandırılmış soru formundaki diyabetli bireyin öz bakım ve öz etkililikleri ile ilgili deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin sorulara yanıt olarak verdikleri ve araştırmacı tarafından ses kayıt cihazında kümelenerik kaydedilen **79 öznel ifade** ham veri olarak verilmiş, ikinci aşamada bu verilerin birleştiği **7 ortak grup** saptanmış ve bunlar **evde glikoz takibi, tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi tedavi, egzersiz, semptom yönetimi, periyodik kontroller, alternatif tedavi yöntemleri** olarak anlamlandırılmıştır. Tabloda görüleceği gibi; üçüncü aşamada da bireyler ile ilgili bu anlamlara ilişkin temalar geliştirilmiştir. Sonuç olarak; fenomenolojik olarak bireylerden elde edilen ham verilerden elde edilen temalar oluşturulmuş ve bu temalar **ekonomik problemler, sosyal kısıtlılıklar, tedaviyi önemsememe, bilgisizlik, bilinçsizlik, yanlış sağlık inanışları, kurumsal zorluklar, TBT’nin önemini kavrayamama, beslenmede lezzet önceliği kavramı, edinilmiş yanlış beslenme alışkanlıklarında aile ısrarı, öğün atlama, aile ilişkileri, aile üyelerinin ve yakınların bilinçsizliği, aile sorumlulukları, izolasyon korkusu, çevresel problemler, bilgi yetersizliği, çevresel faktörler, unutkanlık, enjeksiyon korkusu, insülin hakkında yanlış bilgi, insülin korkusu, insülin uygulamasını çevreden saklama, uygulama zorluğu, beceri yetersizliği, uygulama komplikasyonları, unutkanlık, fiziksel zorluklar, bilgi eksikliği, (özellikle hiperglisemide), yanlış çözüm arayışları-uygulamaları, hipoglisemi korkusu, periyodik kontroller, kurumsal problemler, ekonomik problemler, hastane korkusu, kuruma ulaşmada stres, kurumsal problemler, kontrolün sadece ilaç almak gibi algılanması, uzman görüşü**

**almadan yanlış fitoterapi uygulamaları, doğruluğunu bilmeden fitoterapiye alışma, uzman görüşü almadan sürdürülen fitoterapi nedeni ile ilaç tedavisinin aksatılma riski fitoterapiye karşı korkusuz endişesiz teslimiyet, mistik yaklaşımlardan yardım arayışı olmak üzere gruplandırılmıştır.**

**Tablo 8. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Bireysel Diyabet Yönetim Bozukluğunun Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Stres çok etkiliyor insanı, ama ne yapacağımızı bilemiyoruz.”</p> <p>“Strese girmemeye çalışıyorum. Elimden geldiğince görmemeye çalışıyorum. Strese girmemek için aldığım bir ilaç bir şey yok.”</p> <p>“Stres de çok etkiliyor. Takmayacaksın diyorlar da takmamak mümkün olmuyor”</p> <p>“Toplum yapımız çok önemli, mesela elmamı alıyorum, şimdi yerken arkadaşım orada oturuyor, bölüyorum al sana al sana diyorum, bana kalmıyor, diyorum ya biz paylaşmayı seven insanlarız.”</p> <p>“Nasıl olsa bir ucu kaçtı, nasıl olsa gitti diye temelli kaçıyor gibi oluyor yani. Onu yapmıyorum onu da yapmıyorum gibilerinden boş veriyorum.”</p> <p>“Bilinçliyim ama beynamaz gibi bilip de yapmamak gibi ama durumumun da daha kötüye gideceğinin bilincindeyim.”</p> <p>“Egzersiz çok az kısıtlı, şimdi her gün yürüyorduk komşularla, bu ayağım böyle olduğundan beri 15 aydan...”</p>	<p><b>Bireysel Nedenler</b></p>	<p><b>Birey ve aileden kaynaklan stres</b></p> <p><b>Diyabetin kısıtlamalarından kaynaklanan stres</b></p> <p><b>Sorunlar ile baş etmede yetersizlik</b></p> <p><b>Bilgiye rağmen bilinçsizlik ve ihmal</b></p> <p><b>Sedanter yaşam</b></p> <p><b>Egzersiz ile ilgili yetersiz alışkanlıklar</b></p>



**Tablo 8. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Bireysel Diyabet Yönetim Bozukluğunun Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

<b>Önemli İfadeler</b>	<b>Anlam Grupları</b>	<b>Temalar</b>
<p>“Düzenli ilaçlarımı şeyimi yapmam lazım, yürüyüşlerimi şey yapmam lazım, sporumu yapmam lazım. Bunları biliyorum, bilinçliyim ama beynamaz gibi bilip de yapmamak gibi ama durumumun da daha kötüye gideceğinin bilincindeyim.”</p> <p>“Bütün gün böyle oturursanız böyle televizyonun karşısında yine o da hata oluyor, ama yaptığımızda her şey yolunda gidiyor ama aksatmak, ilacı, sporu, yemek düzenini bozdunuz mu.....”</p> <p>“Yapıyorum desem yalan olur. Yani aklıma geldikçe yapmaya çalışıyorum. Aslında yapmam gerektiğini biliyorum. Evde çok aşırı yiyorum, onun için dışarıya atıyorum kendimi.”</p> <p>“Komşularım falan aman yeme aman yeme diye bayağı şey yapıyor komşularım. Evdekiler de ikaz ediyor yeme diye ama işte yiyorum., biliyorum da hatalı olduğumu.”</p>	<p><b>Bireysel Nedenler</b></p>	<p><b>Bilgiyi davranışa dönüştürmeme</b></p> <p><b>Tedavi bilincinin gelişmemesi</b></p> <p><b>Plansız düzensiz yaşam alışkanlığı</b></p> <p><b>İhmalkarlık</b></p>

**Tablo 8. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Bireysel Diyabet Yönetim Bozukluğunun Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
<p>“Duyduğumuza göre bir yeni insülin geliştirmişler, uzun süre tedavi 24 saat, 1hafta, 1 ay gibi, işte böyle çalışmalar yapılmalı, daha rahat bir yaşama kavuşmamız lazım.”</p> <p>“Ben şimdi tam bir kontrol altına alındım mı, size gidilecek görülecek daha bir şey olabilirim yani o korku da olur. Artık daha bir kendime çeki düzen verebilirim herhalde.”</p> <p>“Sizlerin bizi devamlı takip etmeniz devamlı kontrol etmeniz lazım.”</p> <p>“Tek sorun burada ulaşamamak. Bir sorunla karşılaştık tak hemen ulaşabilmeli insan. Ama telefonla olur, ama bizzat görüşülerek olur. Ama şimdi bu zor olunca korkuyoruz biz.”</p> <p>“Candeğer hanımın 1 yıl önceki halk kongresine de katılmıştık, Sinevizyonda diyet yemekleri veriliyordu. Vatandaşlardan güzel sorular geliyor, onlara cevap veriliyor. Bu arada siz sorularınızı çözümlemiş oluyorsunuz. Benden başkası da var diyorsunuz. İletişimimiz artıyor.”</p> <p>“Buraya geldiğim zaman hiçbir şey alamadım yani, buraya geldiğim zaman hiçbir şey alamadım yani.”</p>	<p>Sağlık Ekibinden Beklentiler</p> <p>Medikal endüstriden beklentiler</p>	<p>Tedavinin zorluklarını kolaylaştıran teknoloji beklentisi</p> <p>Ekipten sürekli takip (mentorluk) talebi</p> <p>Ekip üyelerine kolay ulaşılabilirlik</p> <p>Daha iyi eğitim programları</p> <p>Grup eğitimi ve uzman eğitiminden sağlanan yararlar nedeni ile benzer eğitim beklentileri</p> <p>Beceri geliştirmeye yönelik eğitim uygulamaları</p>

**Tablo 8. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Bireysel Diyabet Yönetim Bozukluğunun Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları**

Önemli İfadeler	Anlam Grupları	Temalar
<p>“Kurumsal olarak yani bu diyabetlileri eğitmeleri gerekiyor. Biz çok cahiliz, nasıl diyeyim sağlık olarak çok cahiliz. Benim başıma gelesiye kadar bunların hiç birisinden haberim yoktu. Yani bu obez olasıya kadar...”</p>		<p><b>Toplumun yeterli sağlık bilgisi için yaygın eğitim</b></p>
<p>“Hepimiz cahiliz emin olun ki okumuş ve ya okumamış önemli değil kişiler sağlık olarak bilmiyorum.”</p>		
<p>“Tamam diyeceksin ki herkes hayatı kendinden sorumlu ama öyle hastalıklar vardır ki ilk anda önlenebilen anlatmıyorlar, çok şey çözüleceğine inanıyorum.”</p>	<p><b>Sağlık Ekibinden Beklentiler</b></p>	<p><b>Topluma sağlıklı yaşam davranışlarının öğretilmesi ve geliştirilmesi</b></p>
<p>“Günler gezmeler şeyler onlar biraz daha arttı, yiyeceklerim konusunda fazla bir bilgim yok, yani var da bana yiyeceklerim konusunda bana bir bilgi verilirse daha iyi olacak, diyetisyen arkadaş anlattı ama yazılı olarak yok elimizde bir liste olsa iyi olacak.”</p>		<p><b>TBT konusunda daha ayrıntılı bilgilendirme</b></p>
<p>“Belki diyabette ilaç veriliyor, işte ilaç vermekle iş bitmiyor. Ashnda diyabetle de eğitim şart.”</p>		
<p>“Diyetisyenin yaptığı tek şey şu; kitapçık veriyor, şunları şunları yapacaksın, bir ay sonra gel diyorlar, daha farklı olmalı”</p>		<p><b>TBT ile ilgili bilgilendirici broşür ve formlar yerine interaktif eğitim</b></p>

Tablo 8’de araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde görüleceği gibi, bireylerin yarı yapılandırılmış soru formundaki diyabetin algılanması ile ilgili yaşam deneyimleri, zorlukları ve nedenlerine ilişkin sorulara yanıt olarak verdikleri ve araştırmacı tarafından ses kayıt cihazında kümelenererek kaydedilen **24 öznel ifade** ham veri olarak verilmiş, ikinci aşamada bu verilerin birleştiği **3 ortak grup** saptanmış ve bunlar **bireysel nedenler, sağlık ekibinden beklentiler, medikal endüstriden beklentiler** olarak anlaşılmıştır. Tabloda görüleceği gibi; üçüncü aşamada da bireyler ile ilgili bu anlamlara ilişkin temalar geliştirilmiştir. Sonuç olarak; fenomenolojik olarak bireylerden elde edilen ham verilerden temalar geliştirilmiş ve bu temalar **birey ve aileden kaynaklan stres, diyabetin kısıtlamalarından kaynaklanan stres, sorunlar ile baş etmede yetersizlik, bilgiye rağmen bilinçsizlik ve ihmal, sedanter yaşam, egzersiz ile ilgili yetersiz alışkanlıklar, bilgiyi davranışa dönüştürmeme, tedavi bilincinin gelişmemesi, plansız-düzensiz yaşam alışkanlığı, tedavinin zorluklarını kolaylaştıran teknoloji beklentisi, ekipten sürekli bireysel takip (danışmanlık/mentorluk) talebi, ekip üyelerine kolay ulaşılabilirlik, daha iyi eğitim programları, grup eğitimi ve uzman eğitiminden sağlanan yararlar nedeni ile benzer aktif eğitim beklentileri, beceri geliştirmeye yönelik eğitim uygulamaları, toplumun yeterli sağlık bilgisi için yaygın eğitim, topluma sağlıklı yaşam davranışlarının öğretilmesi ve geliştirilmesi, TBT konusunda daha ayrıntılı bilgilendirme, TBT ile ilgili bilgilendirici broşür ve formlar yerine interaktif ve uygulamalı eğitim** olarak gruplandırılmıştır.

### 3.2. Mentorluk Süreci Bulguları

Araştırmanın mentorluk süreci bulguları başlığı altında; mentorluk kapsamına alınan bireylerin mentorluk dosyalarında, **fenomenolojik görüşme ham verileri**, fenomenolojik veriler doğrultusunda yapılan **SWOT analizleri** ve program sürecindeki **metabolik sonuçlar** verilecektir.

Araştırmanın fenomenolojik sürecinden menteé özellikleri ile uyumlu olan 9 diyabet yönetimi bozuk birey mentorluk sürecine alınmıştır fakat mentorluk süreci aşamalarında menteélerden gelen engeller nedeni ile mentorluk sürecinin yürütülemediği görülmüş olup, 3 birey araştırmanın mentorluk kapsamı dışına alınmıştır. Araştırmanın mentorluk aşamasında kapsam dışına alınan; **1-DC**, telefonlara yanıt vermemiş ve planlanan görüşmelere gelmemiştir; **4-CA**, süreçte devam etmek istemediğini ifade etmiştir; **17-AA**, telefonlara yanıt vermemiş ve planlanan görüşmelere gelmemiştir. Sonuç olarak mentorluk aşamasının örneklemini 6 diyabetli birey oluşturmuştur ( $n_2=6$ ).

Araştırmanın mentorluk sürecine devam eden 6 diyabetli bireyin, 3'ü kadın 3'ü erkek olup, 3'ü üniversite, 2'si orta öğretim, 1'i ilköğretim mezunudur. 1'inin geliri giderinden fazla, 1'inin az, 3'ünün geliri giderine denktir. 6 bireyden 2'si 21, 2'si 12, 1'i 14, 1'i de 10 yıllık Diabetes Mellitus hastasıdır.

Araştırmanın fenomenolojik sürecinden mentorluk sürecine devam eden 6 bireyin mentorluk süreci verileri ayrıntılı olarak, 2- HT mentorluk dosya no 1, 3-NÖ mentorluk dosya no 2, 5-GP mentorluk dosya no 3, 14-İÖ mentorluk dosya no 4, 15-SŞ mentorluk dosya no 5, 16-NU mentorluk dosya no 6 olarak verilmiştir

*(\*Mentorluk kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özellikleri için bakınız Tablo1a-Tablo 1b)*

**3.2.1. Araştırmanın Mentorluk Sürecine Devam Eden Bireylerin Mentorluk Dosyaları**

**3.2.1.1. Dosya No: 1 –HT**

**3.2.1.1.1. HT'nin Mentorluk Tanılama Formu**

**I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:**

1. Yaş: **49**
2. Cinsiyet: **Kadın**
3. Eğitim Durumu: **Ortaöğretim**
4. Yaşanılan Yer: **İl**
5. Meslek: **Ev Hanımı**
6. Sosyal Güvence: **Yok**
7. Gelir Durumu: **1. Gelir giderden az**

**II. Diyabete İlişkin Tanılama:**

8. Diyabet tanılanma süresi? **14 yıl**
9. Tedavi şekli? **İnsülin+Diyet + Egzersiz**

(Novomix 24 Ü sabah, Mixtart 16 Ü akşam +Glikofen 2X1)

10. Başka kronik hastalık var mı? **Var**.....**Hipertansiyon** .....

11. Akut Komplikasyon Öyküsü: **Yok**

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

**12. Kronik Komplikasyon Öyküsü: 1. Var**

Retinopati **X**

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### **III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama**

**13. Diyabet eğitimi nereden aldınız?**

**1. Hastane      2. Dernek**

**14. Diyabet eğitimi kimden aldınız? .....Diyabet Ekibi.....**

**15. Eğitimin Süresi: .....1 gün..... Kaç Kez:.....Her Hafta .....**

**16. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?**

**.....Diyabet nedir?, İlaç Kullanımı, Komplikasyonlar, Beslenme.....**

**17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? Evet**

**18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? Hayır**

**19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? Evet**

**20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? Evet**

**21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? Hayır**

**22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?**

1. Kendime 2. Eğitimcilere 3.Süreye 5. Diğer.....

**23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?**

1. Verilmekte olduğu gibi

2. Önerileriniz:.....**Genel bilinçlendirme gerekli**.....

#### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
29. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**

#### 3.2.1.1.2. HT'nin Görüşme Ham Verileri

Valla şeker hastalığı babamda vardı, bünyenin bir şeyi diye.

14 yıldır, 14 sene önceydi ramazandı öğrendim. Çocukluğumda da babam şeker hastasıydı.

Bakış açım çok farklı şimdi. Babam hiç diyet tutmuyordu. Bir tencere koy yiyordu, 1 tane büyük 3 kiloluk şaşal şişesi ile suyu içiyordu. Çok erken fitik ameliyatı oldu, karnında iki delik kapanmadı, direkt hemen o arada hastanede öldü. Yani 52 yaşındaydı o zaman genç öldü.

Yani ben şimdi korkuyorum kendimden ama bazen diyeti de kaçırdığım oluyor. Çok küçüktüm, okula gittiğim zamanlar normaldi, yiyordu, içiyordu çok kiloluydu. O zamanlar çok bilgimiz yoktu şeker hakkında sonra bende çıkınca şimdi tabi daha bilinçli... Kayınvalidem şeker hastası, kayınlarım şeker hastası, çocuklarımın riski daha yüksek onlardan korkuyorum, biraz oğlum falan biraz iri yapılı, kilolu. Ay diyorum hani çıkarsa benim çocuklarımda.

Diyabetle yaşamak zor çocuklarım olduğu için yalnız olsam diyet tutmam problem olmaz o zaman. Evde bekar çocuk var. Eşim doğulu olduğu için biraz da damak tadına daha düşkün. Pişiriyorum, ediyorum , baktıkça yiyorsun, yani aynı



zamanda özel bir şey pişirmiyorum. Yani pişirdiğimden, onlara yaptığımdan kendim de yiyorum. Yani diyet tutmam biraz problem oluyor.

Esas benim yaşam tarzı değiştirmem gerekiyor.

Esas ben direkt hani kendimle ilgilenmem lazım ama çocuklarıma adadım kendimi. Fazla şey yapamıyorum, mecbur kalıyorum bir yerde.

Şeker bayağı beni zorluyor. Fazla kilo aldım, erken menopoza girdim, rahim yumurtalık alındı. Menapoz şeyiyle aşırı kilo aldım. Fazla basınç oldu ayaklarımda dizimde lif koptu, yürümem zor, zorlanıyorum yani bayağı beni zorluyor.

Komşularım falan aman yeme aman yeme diye bayağı şey yapıyor komşularım. Evdekiler de ikaz ediyor yeme diye ama işte yiyorum., biliyorum da hatalı olduğumu.

Takip zor olmuyor. Çünkü ben 14 yıldır sürekli direkt insülin... çok az süre hap kullandım, sonra insüline geçildi. 375'ti ilk çıktığında sonra bana hemen komaya gireceksin, ramazandı işte o sırada oruç yasak, birden böyle fenalık gibi geldi, gittim sabah, bir de bende devamlı kadın hastalıkları mantar gibi kaşıntı oldu sürekli kaşıntı oldu. Gidiyorum kadın doğumculara ilaç veriyor geçmiyor.

Sonrasında bir kadın doktor vardı, ona gittik bir şekerini ölçtürsene sen dedi, ilk ölçtürdük 375 çıktı.

Mantar beni mahvetti o zaman, şimdi yok bir şikayetim, ameliyat sonrası iyiyim ama bir baktıramıyorum, mamaografi çektiremiyorum, bir göz dibi baktıramıyorum, kontrolleri yaptıramıyorum. 2-3 senedir yapılmadı hiç.

Eşim dükkanı kapattı, daha önce biz bağ-kur'luyduk. Bağ-kur'umuz var, 7yıldır falan bağ-kur'umuz vardı, bakılıyorduk. Bağ-kurdan raporum da vardı. Eşimin işleri bozuk gidince dükkanı kapattı.

Bu sefer tabi hep zorluk, yani şey kendi ayakta durmaya çalışıyor. Şimdi bir evimiz var, oturduğumuz ev. Yeşil kart çıkartmakta problem oluyor, ev olunca vermiyorlarmış onu da yapamıyoruz. Evi satıp sokakta sürünmek te olmaz. Yani bir şey için. Hadi diyorum çocuk okudu onun şeylerinden belki bakılırız artık. Kızlar evlendi ama herkes kendi evinde.

Beslenme düzenine uyamıyorum.Eşim çalıştı mı boğazına çok düşkün. Her şeyinden kısıtlar, boğazından kesmez. Şimdi bir de doğruluk da var ete şeye daha düşkün ama işte.

Ağızdan hapım da var glukofen, sabah akşam içiyorum tok karnına, onu içiyorum. Yüksek diye sağlık ocağı üç iç dedi yüksek çıktı o 189'du., hadi onu 3 başladım. İnsülin uygulamasını kendim yapıyorum. Direkt göbeğime vuruyorum daha rahat oluyor. Kolumu mesela bir tutan olmazsa kendim vuramıyorum. Vuruyorum yani bazen acıyor yerleri, kaniyor çürüyor. Çok sık herhalde üst üste denk geliyor, uzun süredir vuruyorum çünkü.

Bacakta macakta çok da denemiyorum. Bacaklarım biraz daha sert acıyor, tabi ki göbeğim daha yumuşak yağlı olduğundan her halde onu değiştirerekten vurmaya çalışıyorum.

24'e 16 vuruyorduk, yüksek diye 26'ya 18'e çıktık, 28'e 20 çıktık en son şimdi vurduğum halde bu ara yüksek 28'e 20 vuruyorum. Şimdi ben sabah vuruyorum hadi öğlen bazen yiyorum, geçiştiriyorum hadi bir ara öğünle falan akşama da yeniyor, bu sefer birden çıkıyor sofrayı bile bazen toparlayamadığım oluyor uyuyorum. Hani birden anlıyorum şekerimin çıktığını. Uyuyorum çıktı mı. Biraz 1 saat kadar, kendime geliyorum ondan sonra toparlıyorum kendimi. Ondan sonra kalkıp bir işimi yapabiliyorum yani. Bayağı düzensiz gidiyor.

İnsülini yanımda, çantamda getiriyorum, götürüyorum bozulma şeyi yok yani insülinin. Gidersem de uzun süre başka yere o zaman da bir buz kalıbında götürebiliyorum.

Bazen şunlar bunlar dediler yani insülin vurduğum için korktum. Hep dediler, şu iyi geliyor, bu iyi geliyor. Ama dedim birden komaya girerim, gece uykumda ondan problem olur. Korktum şey yapmadım. Hiç denemedim.

Egzersiz çok az kısıtlı, şimdi her gün yürüyorduk komşularla, bu ayağım böyle olduğundan beri 15 aydan hatta bana kızıyorlar komşular, senin yüzünden biz de yürüyemiyoruz diye. Hani ben engellemiyorum ama senle çıkıyorduk diyorlar.

Ayağım geçen yıldan beri işte 1,5 sene oldu, lif koştur dediler, bir filimler falan çektiler o ara ondan sonra bıraktım, ama hala ağrıyor. Doktora fazla geldiğim gittiğim yok, bir o sıra gittim işte.

Ayağımı kıvrıramıyorum, uzatıp oturuyorum oturduğum zaman, ağrı var, acı çekiyorum.

Kendimin bilincindeyim daha öyle hiç komaya girmedim. 14 yıldır. Normal yükseldiği zaman çocuklara da tembih ediyorum. Mesela kartlarım var küçük, sokağa çıktığım zaman yanımda taşıyorum, seker hastasıyım.

Ama hani hiç öyle bir durum olmadı. Düşüklüğünde 1 kesme şeker taşıyorum çantamda. Yükseldiğinde de bir uzanıp sıvı alıp, öyle dinlenme gibi.

Acil durum olabilir diyorum, hani gece acaba uykumda falan olsa hani eşim kalkıp fazla bir müdahale edebilir mi?

4 kere, 4 kere ölçmeyi tavsiye ettiler.

Laboratuvar kontrolü çok önemli 3 ayda bir ne o HbA1c'yi falan onları bile yaptırabiliyorum. Normal sağlık ocağına gidiyorum, normal parmaktan şeker şeker ölçülüyor. Öyle idare ediyorum.

Ciğerlere vuruyor, göze vuruyor. Yani onlar ayağı kesilenler mesela beyimin dayısı mesela ayağı kesikti. Akrabalardan hep öyle ileri derecede olanlar....

Sürekli kontrolde değilim bilemiyorum, 1,5 sene olmuştur tahliller olalı en son.

Stres, yemek, biraz diyet tutamıyorum. O zaman diyetisyenin şeyi vardı çok sıkı bir diyetle girdim, 7 kilo verdim. Ama gen bıraktım, gene aynı hala aynı kilom geri geldi.

Stres de çok etkiliyor. Takmayacaksın diyorlar da takmamak mümkün olmuyor.

Nasıl olsa bir ucu kaçtı, nasıl olsa gitti diye temelli kaçıyor gibi oluyor yani. Onu yapmıyorum onu da yapmıyorum gibilerinden boş veriyorum.

Ben kendim için esas en başta diyetime çok dikkat etmem lazım. Düzenli ilaçlarımı şeyimi yapmam lazım, yürüyüşlerimi şey yapmam lazım, sporumu yapmam lazım. Bunları biliyorum, bilinçliyim ama beynamaz gibi bilip de yapmamak gibi ama durumumun da daha kötüye gideceğinin bilincindeyim.

Ben şimdi tam bir kontrol altına alındım mı, size gidilecek görülecek daha bir şey olabilirim yani o korku da olur. Artık daha bir kendime çeki düzen verebilirim herhalde.

### **3.2.1.1.3 HT'nin SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strength: Güçlü yönleri**

- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin farkında
- Diyabet derneği ile ilişki içerisinde ve toplantılara katılmaya çalışıyor
- Diyabet eğitimi var ve ne yapması gerektiğini teorikte biliyor
- Sorumluluk sahibi, eleştiriye açık
- Diyabetini yönetme isteği var ve bu konuda kararlı
- Ailesel desteği var

**W:Weakness: Zayıf yönleri**

- Obez
- Evde yeme düzenleri sağlıklı değil
  - Eşi ve çocuklarının damak tadında ve tercihinde yemek yapıyor, ailenin yeme düzeni sağlıklı değil
  - Kendi için özel yemek hazırlayamıyor
- Sosyal güvencesi yok
  - Sağlık hizmetine ulaşmada,
  - İlaç temininde,
  - Metabolik kontrollerini yaptırmada problem yaşıyor
- Ekonomik problemleri var
- Sosyal yaşamında stresli durumu çok fazla
  - Kızları doğum yaptı, bebekler ile ilgilenmek zorunda dolayısı ile günlük yaşamı bozulmuş halde ve tedaviye uyumu yok (özellikle diyet ve egzersiz)

**O: Oppottunity: Fırsatları**

- Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneğine üye
- Mentorluk programına istekli katılıyor

**T: Threat: Tehditleri**

- Stres getiren yaşam olayları
- Yaşam değişiklikleri (ailesel)
- Obezite'ye zemin beslenme bozukluğu
- Ekonomik problemler

#### 3.2.1.1.4. HT'nin Mentorluk Süreci

##### 1. Ay

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme
- Hastanın ekonomik kısıtlılıkları ile ilgili çözümler üretildi;
  - İlaçların temini (sağlık ocağından 6 aylık insülin temin edildi)
  - Yeni insülinler ile tedavi planlaması yapıldı.

(Actrapid 8 – 8 – 8 Ünite, İnsultard 8 Ünite, Glukofen 2X1)

- Laboratuvar incelemeleri ve doktor muayenesi yapıldı. (araştırma kapsamına alındığı için giderler araştırma bütçesinden karşılandı)
- Telefon görüşmeleri başladı.

##### 2. Ay

- Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği aracılığı ile diyetisyen görüşmeleri düzenlendi.
- Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği aracılığı ile Diyabet okuluna kaydı yapıldı.
- Birey ile birlikte egzersiz programı hazırlandı.
- TBT uyumu başladı, izlemleri alındı sürdürüyor.
- Düzenli egzersizini yapması için gerekli yönlendirme ve destek sağlandı.
- Dizindeki problemin çözümü için Ortopedist'ten randevu alındı, muayene sonucunda osteoartroz tanısı aldı, antienflamatuar tedavi başlandı ve kilo vermesi önerildi.

- Kilo verme mentorluk programı hedeflerine daha önceden alınmıştı ve bu konuda hasta ile tekrar bir değerlendirme yapıldı.

### 3. Ay

- Kilo vermeye başladı, yürüme zorluğunda azalma gözleniyor.
- Antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde seyrediyor.
- HbA1c normal değerlere indi (7,5'ten 5,5'ğa düştü)
- BKİ 39,93'ten 37,4'e düştü.

### 4. Ay

- TBT'ye uyumu devam etti
- Egzersiz programını sürdürdü.
- Telefon görüşmelerinde istekli yanıt verdi ve ihtiyacı olduğunda mentoruna ulaştı.
- Bu ay içinde 2 kez yüz yüze görüşüldü.

### 5. Ay

- Stresli yaşam olayları var (oğlu askerden gelecek), stres ile baş etme stratejileri öğretildi, fakat son dönem
- Kendini gergin hissettikçe telefon ediyor.
- Egzersiz programına devam ediyor.
- TBT'ye oldukça iyi uyum gösteriyor.

### 6. Ay

- Kilo verdi (10 kilo), BKİ 37,4'ten 35,3'e düştü, bunun sonucunda yürüme zorluğu azaldı, yardımcı araç kullanmaktan (baston) kurtuldu.
- HbA1c normal değerlere inmişti, hafif yükselme görüldü (5,5'ten 6,5'a çıktı)

(bu yükselmenin oğlu ile ilgili streslere bağlı olarak ve bu süreçte tedavi uyumsuzluğundan kaynaklandığı düşünülüyor)

- Mikroalbümin düzeyi düştü (21'den 14'e)
- TBT uyumunu olumlu sürdürüyor.
- Düzenli egzersiz programına uyuyor.
- Antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde seyrediyor.

### 3.2.1.1.5. HT'nin Mentorluk Sürecinde İzlenen Metabolik Sonuçları

**Tablo 9a. Örneklem 1-HT'nin Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları**

<b>Aylar</b>	<b>0. Ay</b>	<b>1. Ay</b>	<b>2. Ay</b>	<b>3. Ay</b>	<b>4. Ay</b>	<b>5. Ay</b>	<b>6. Ay</b>
<b>Hb<sub>1</sub>Ac</b>	6,5			5,5			6,3
<b>T. Kolesterol</b>	132			133			133
<b>LDL</b>	72			72			72
<b>HDL</b>	50			50			50
<b>Trigliserid</b>	52			54			54
<b>Mikroalbümin</b>	21						14
<b>BKİ</b>	39,3	38,35	38,1	37,4	36,6	35,3	35,3



**Tablo 9b. Örneklem 1-HT'nin Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	147	320	121	148
2	174	287	188	291
3	140	170	186	100
4	193	239	93	70
5	165	176	111	113
6	168	185	131	122
7	145	150	130	115
8	153	180	-	-
9	126	135	115	120
10	161	189	105	170
11	133	156	140	149
12	147	150	135	125
13	140	145	130	132-
14	145	185	131	122
15	165	176	111	113
16	164	261	178	139
17	129	192	154	152
18	153	185	95	110
19	158	168	199	139
20	154	195	176	110
21	145	168	146	98
22	153	185	129	133
23	164	189	135	128
24	101	154	126	110

### 3.2.1.2. Dosya No: 2-NÖ Mentorluk Dosyası

#### 3.2.1.2.1. NÖ'nün Mentorluk Tanılama Formu

##### I. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

1. Yaş: 57
2. Cinsiyet: Kadın
3. Eğitim Durumu: Üniversite
4. Yaşanılan Yer: İlçe
5. Meslek: Emekli
6. Sosyal Güvence: 1. Emekli Sandığı
7. Gelir Durumu: 2. Gelir gidere denk

##### II. Diyabete İlişkin Tanılama:

8. Diyabet tanılanma süresi? 21 yıl
9. Tedavi şekli? İnsülin+Diyet + Egzersiz  
(Novorapid 8 – 8 – 8 Ünite, Lantus 14 Ünite)
10. Başka kronik hastalık var mı? ....Hashimato tiroidit.....

11. Akut Komplikasyon Öyküsü: **Var**

Hipoglisemi

Hiperglisemi **X**

DKA

HHNK

12. Kronik Komplikasyon Öyküsü: **Var**

Retinopati **X**

Nefropati

Nöropati **X**

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama

13. Diyabet eğitimi nereden aldınız?.....**Kongre, Broşür, İnternet**.....
14. Diyabet eğitimi kimden aldınız? .....**Diyabet ekibi**.....
15. Eğitimin Süresi: .....**1 gün**..... Kaç Kez:..**1 Kez** ...(1 kez de kalem eğitimi) + Halk kongrelerine katılım (2 kez)
16. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?  
.....**Diyet, İnsülin, Komplikasyonlar, Ayak Bakımı**.....
17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? **Evet**
18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? **Evet**
19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? **Evet**
20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? **Evet**
21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? **Hayır**
22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?  
1. Kendime 2. Eğitimcilere 3.Süreye 5. Diğer.....
23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?  
3. Verilmekte olduğu gibi  
4. Önerileriniz:...Halk kongresinde olduğu gibi (Candeğer hoca gibi)...

### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
29. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti? **Değişmedi**

### 3.2.1.2.2. NÖ'nün Görüşme Ham Verileri

N.Ö.'nün eşi İ.Ö. diyabetli olduğu için fenomenolojik görüşmelere (tüm ısrarlarıma ve ikazlarıma rağmen) birlikte katılmışlar ve görüşmelerdeki yarı yapılandırılmış araştırma sorularına birlikte yanıt vermişler, çoğu kez birbirlerinin yarım kalan sözlerini tamamlamışlardır. Bu nedenle N.Ö.'nün aşağıda sadece kendi yanıtları yer almamaktadır, çünkü; bu bölümde N.Ö.'nün sadece kendi yanıtlarına yer verildiğinde anlam bütünlüğü bozulmakta hatta ifadeler anlamsız kalmaktadır. Bu olası yanlış anlaşılmayı önlemek için bu bölümde, eş olan bu iki diyabetli bireyin diyalogları kesintisiz olarak verilmiş yani, N.Ö.'nün eşi, İ.Ö.'nün de yanıtları yer almış fakat farkedilmesi için italik olarak yazılmıştır. Benzer şekilde, eşlerden diğeri olan İ.Ö.'nün mentorluk dosyası içindeki anlam bütünlüğünü korumak için; italik karakterde N.Ö.'nün diyalogları da yer almıştır.

N.Ö. Diyabetin karşılığını şeker hastalığı olarak biliyorum. Şeker hastalığını da vücuttaki pankreasın yeterince insülin salgılamayıp yediğimiz karbonhidrat ve diğer şekerli yiyeceklerin kanda birikmesi, şekerin birikmesi.

*İ.Ö. İşte insülin salgısının yenilen yiyecekleri dengeleyememesi, insülin azlığı ve dolayısı ile kanda şekerin yükselmesi.*

N.Ö. İki çeşit olduğunu biliyoruz diyabetin 1,2. çocuklukta olan diyabet 1, erişkin diyabet 2.

*İ.Ö. Genetikten kaynaklanıyor.*

N.Ö. 85 yılıydı diyabeti duydum. Çok kiloluydum doktorum bana işte bir ölçüm yapıp şekerin yüksek dedi. Bunun ne demek olduğunu sorunca da şeker hastalığı olarak öğrendim. Daha sonra da Alsancak'taki sağlık merkezinde bir doktor

bunun diyabet, şey yazdı sağlık karneme DM, sonra açıkladı Diabetes Mellitus. İlk defa orada öğrendim. Kendi hastalığım dolayısı ile öğrendim.

*İ.Ö. Benim annem ve babamda da vardı, onlardan da biraz tecrübemiz vardı. Bende olmayacağını düşünerek bu arada dikkat ederek geçiştirmeye çalışıyorduk. Ama baktık ki rejimle olmayacak bu iş onun için diyabete başvurarak insüline geçtik.*

N.Ö. Ben 85'ten beri diyabetliyim. 85'ten beri 21 yıllık diyabetliyim. Annem benimle şeker hastası, benimle çıktı. Dayım yine bizimle, hem gözleri hem ayağı gitti.

*İ.Ö. Beslenme alışkanlıkları değişik olduğu için ona dikkat etmeyerek ayağını kaybetti, gözünü kaybetti.*

N.Ö. Hatta benim zaman zaman aklıma takılıyor. 78 yılında ikinci çocuğuma doğumunda erken doğum yaptım, burada yaptım o zamanlar. Onun neden erken olduğunu o zamanlar araştırmadık. Ama belki de şeker yaptı mı bilmiyorum. Kardeşim kilolu yaptı benimki erken oldu. O da şeker mi dayalı bilmiyorum.

*İ.Ö. Şekerin, diyabetin etkisi.*

N.Ö. İşte o zaman ben burada kontrollere geliyordum. Benim kaydım var burada kadın doğumda ama nasıl oldu 7 aylıkken oldu, doğdu. Benim hep kafama takılıyor acaba şekerden mi? 29 yaşında gebeydim.

Şimdi tamamen gıdaya dayalı bir hastalık olduğunu biliyorum. Hatta bana doktor ilk dedi ki, hatta ilaç da vermedi. Sadece düzenli bir yemek alışkanlığıyla bunu yapacaksın dedi. Şimdi ben bunu böyle düşündüm fakat daha sonra kendimde uygulayamadım ya çok düzenli yiyemedim. Yemek alışkanlığını kuramadım. Diyet yapmayanlara onlar hiç yapmıyorlar diyordum. Hala ben diyetin burada (boğazını göstererek) bittiğini düşünüyorum.

N.Ö. Düzenli ilaç düzenli beslenme...

*İ.Ö. Düzenli yedikten sonra sizinle uzun bir hayat arkadaşı olacağı kanısındayım. Bu konuda örnekler de var. Damak tadı iyi olan kişi için zor. İkram edileni yememek. Hele beğendiğin bir şey oldu mu, yememek olmuyor. Ama yaşam için dikkat etmek gerekiyor.*

N.Ö. Ben kendimi zorluyorum evde bir şey yapmamak için. Diyabetin bir yaşam tarzı olması gerekiyor. Şimdi biz evde olduğumuz sürece çok düzenli olabiliyoruz. Yürüyüş yapabiliyoruz, spor yapabiliyoruz. Yemeğimiz düzenli olabiliyor. Fakat misafirlğe gittiğimiz zaman fakat en yakın anneme gittiğim zaman ben, babam bunu da yiyiyin, bunu da yiyiyin. Hayır diyorsunuz, kırılıyorsunuz. Bu bir başka yakınınız da olabiliyor. Çevreyle ilişkinizi koparıyor.

Şimdi benim oğlum eczacı onlar bilinçli yaklaşıyor haklı olarak. Dikkat etmemizi öneriyor. Sofrada daha dikkatli olun diyor, doğrudur.

Bizden büyükler veya bu hastalığı bilmeyen dostlarımız arkadaşlarımızla bu zorluğu yaşıyoruz.

N.Ö. şeker takibi yaparken parmaklarımız çok deliniyor. Keşke onun tansiyon ölçer aleti gibi olsa da o daha kolay olacaktı.

*İ.Ö. takibi bir alışkanlık haline getirebilsek esasında, olmuyor bizim fakat kanla ilgili oldu mu..*

N.Ö. ben kanı görünce yemekte iticiliğim oluyor. Bu beni biraz şey yapıyor. Ölçmek istemiyorum açıkçası, ama yapacak bir şey olmayınca ölçüyorum.

*İ.Ö. makineyi kullanmada bir problem yaşamıyoruz. Eğitimi zaten aldık yalnız devletin ödediğinin ücreti az olduğu için stripi parayla alıyoruz, sonra devletten alıyoruz.*

N.Ö. Bundan üç ay önce tam almıştık sonra yarım yarım aldık.

*İ.Ö. Raporu 1 yıl veriyor, bu bizim sürekli kullanmamız lazım, ilaçları da iki yıl veriyor. Tetkiklerim düşük çıkınca raporu alamayacağım ben, o olmayınca da ilaç alamayacağım.*

N.Ö. sağlık raporu almak için 1,5 yıl önce Alsancak Devlet Hastanesinde 10 gün yattım hasta olarak, raporumu aldım. Şimdi ikinci kez buraya geldim, takibimi yapıyorum ki raporumu tekrar alabileyim diye. Şimdiki raporumla insülin alma hakkım yarım sene daha vardı fakat aynı rapor içinde strip süresi 1 yıl, dolduğu için hatta geçti 1 yılı. Onu yenilemek için geldim. Bu sefer öbürünün başlangıç tarihi değişmiş oldu.

N.Ö. Öğün atlamamak lazım. Biz yanımızda beslenme çantamızı taşıyoruz.

*İ.Ö. Beraber olduğumuz sürece bizim beslenme kurallarımız da vardı, hastalığımıza göre ama dışarılarda olduğumuz zaman biraz zor oluyor.*

*Mesela insülini yanımızda taşımak başlı başına sorun, sıcaklarda özellikle, teknoloji gelişir de onu taşıma kolaylığı olursa daha kolay olacak.*

N.Ö. Günde 6 öğün yiyoruz. Daha önce Atatürk Devlet Hastanesinde eğitim aldım ve biz Candeğer hanımın 1 yıl önceki halk kongresine de katılmıştık. Geçen yıl İstanbul'daydım katılamadım ama bu yıl yine varsa katılmak isterim. Bir de Kabalak hoca vardı. Sinevizyonda diyet yemekleri veriliyordu. Vatandaşlardan güzel sorular geliyor, onlara cevap veriliyor. Bu arada siz sorularınızı çözümlemiş oluyorsunuz. Benden başkası da var diyorsunuz. İletişimimiz artıyor.

N.Ö. Oral kullanmıyorum. Ama bazen duyuyorum, mesela kardeşim hem iğne hem de Avandia kullanıyor. İnsülini gece tek vuruyor.

*İ.Ö. İnsülinlerin hepsini ben yapıyorum.*

N.Ö. Biz insülin partisi veriyoruz. Eşim alıyor insülinleri.....(gülüyor)

*İ.Ö. Saati gelince çıkarıp vuruyorum insülinleri.*

N.Ö. Bir gece Urla'da, nikahtan dönüyorduk, insülinlerimizi orada yaptık, oradan dönerken, giderken gece eve, biz Urla'da yaşıyoruz, orada bir polis muhakkak olur, durdurdu bizi, insülinlerimiz orada duruyor,

*İ.Ö. İçki var mı diye soruyor yok dedik insülin partisi verdik dedik.*

*İ.Ö. Çok acil durumlarda insülini vurup çıktığımda şekerimiz düşüyor. O daha tehlikeli biliyorsunuz. Yükseklik uzun vadede zarar veriyor ama ani düşmesi anında zarar veriyor.*

N.Ö. Mesela yemeğe gideceğiz, yanımızda taşımayalım diyoruz, ayıp olmasın iğneyi vurup gidelim. Yolda biraz geç gidiyoruz zorlanıyoruz. Yiyip biraz, alıp gitmek daha iyi olacak.

N.Ö. İnternette, selvi kozalakları, melisa, alkol bir şişe içinde karanlık bir yerde 1 ay beklettik biz, onu içelim dedik. Ama şu kadar içiyorsunuz, kafayı buluyordum ben.

Ben kekiği bir ara devamlı içtim. Devamlı bayağı kekik kolik oldum, yani içmeyi arzu eder oldum içmeyi arzu eder hale geldim. Ama ölçtüğüm zaman da hiçbir fark göremedim.

*İ.Ö. Ben içmedim hiç.*

N.Ö. Genellikle acı badem 5 tane yiyin şekeri düşürüyor diyorlar. Fazlası öldürüyor onun.

*İ.Ö. Yahudi baklası diye değişik, aktarlarda oluyor, ıslatıyorsunuz, yiyorsunuz, ama acıdır.*

*Denedik bunları.*

*Hipoglisemide çok kötü oluyorsunuz. Konu bitkilerin yararı olsa bile dozajı ayarlayamazsan zararı olur.*



N.Ö. Ama ben bol su içmenin, rahatladığımı düşünüyorum, yani. Mesela çok yemek yediğiniz zaman ben kendimi deniyorum, hakikaten çok rahatsız oluyorum, ölçmeseniz bile siz bunu hissediyorsunuz.

N.Ö. Ondan sonra bol bol böyle ölçü bardaklarım var benim evde. Birkaç bardak su içtikten sonra rahatladığımı düşünüyorum. Rahatladığımı hissediyorum.

*İ.Ö. Ağız kuruluğu çok oluyor.*

N.Ö. Ben zorla birazcık fazla içiyorum.

Yürüyüş yapıyoruz.

Biz iki oğlumuzu birden evlendirdik 3 ay ara ile nişanlarıydı... şu marttan bu yana koşturuyorduk. Marttan önce bir kere Urla'da yaşıyoruz biz kimsecikler yok kışın. Yaklaşık 4-5 km yürüyüp geliyoruz.

Ama bu dediğimiz gibi bu düğünler bizi biraz aksattı. Yordu biraz.

*İ.Ö. Biz acil durum yaşadık.*

N.Ö. Annem yaşadı. Ben o kadar olmadım. Bir kere işte o Yeşilyurt'taki hastaneye yüksek şeker ile gitmişim orada hemen 6 ünitelik bir insülinle beni yolladılar. Ama annem komaya girdi. 9 Eylülde acile kaldırdılar bir 10 gün yattı. Bilinç kaybı oldu.

*İ.Ö. Köy delerdi telefon geldi, biz gittik aldık onu 9 Eylül acile kaldırdık. Böyle konuşamıyormuş.*

N.Ö. Sesini çıkarmak istediği için.

*İ.Ö. Düştüğü zamanlar ne yapacağımızı biliyoruz. Ama çok yükseldiği zaman ne yapabiliriz?*

N.Ö. İnsülini doktorun verdiği miktarda yapıyoruz. Diyelim ki o gün kaçırdım. Bana dendi ki 1-2 yani çok değil. 1-2 yemeğe göre arttırabiliyorsun demişti. Ama bazen yapıyoruz. Başka işte su içiyorum ben.

*İ.Ö. Ben yapmıyorum.*

N.Ö. Mesela ben kendimde gördüğüm etkileri söyleyeyim. Ailem dışında, ciltte kuruluk fevkalade var. Ayaklarımda aşırı derecede hissizlik var. Ben bu ayağıma devamlı (dizini gösteriyor), hissizlik var. Duyu hiç yok, mesela duşa girdiğim zaman hissetmem yani yavaş yavaş şeyi yukarı çıkardığımızda anlıyorsunuz sıcaklığı. Ayaklarım çok kötü benim tırnaklarım çok kötü, hep mantar tahlili yaptırdım, ama mantar çıkmıyor. Kan dolaşım bozukluğu çıkıyor, diyabetten şekerden.

Ayaklarımda yaralar oluşuyor geçiyor. Dermatolojideki B hanım bir krem verdi ayaklarım için terbiye diyorum.

*İ.Ö. Terbisit*

N.Ö. Gayet güzel, o da söndürdü. Sabah sprey akşam onu sürüyorum, sabah sprey sıkıyorum.

Her akşam ayak bakımı yapıyorum. Tırnaklarımı düz kesiyorum. Eğitimi aldım zaten. Bir de başarılı olamıyorum diye düşünüyorum, çok kuru.

*İ.Ö. Ayak masaj aleti bile aldık. Benim her şeyim iyi ama ileride ne olur bilmiyorum.*

N.Ö. Ben hissizlik ile ilgili nörolojiye gitmiştim bir raporum da var. Şimdi yeniliyoruz onu ilaç kullanıyorum faydasını anlayamadım ama nörolojideki hanım devam dedi. Şeyi dozajını artırma faydalıdır dedi. Ben de içiyorum, ben hiç aksatmadan.

*İ.Ö. Bir de katarakt oldu, annemde vardı aldırдық.*

N.Ö. Çok az bende gözümde nokta kadar kanama vardı, 2 ay önce.

*İ.Ö. annesinde de olmuştu. Biraz yakıldı, ama sağlam görüyor.*

Taaa bir kuruluşa ulaşmak zor oluyor tahliller için. Taaa Urla'dan geldik.

N.Ö. 4:45'te Urla'dan çıkıyoruz.

*İ.Ö. 5'i çeyrek geçe buradayız. Anca sıra alabildik. Normal zamanda gelsem sıra bulamayacağım.*

N.Ö. 9 Eylül Endokrin için ayrı, haftalık sıra veriyor. Bir gün gidiyorsunuz42te 52te erkenden , hangi güne düşeceğiniz de belli değil. Bu beni uzaklaştırıyor. Ama yine de biz mesela ben Yeşilyurt'taki endokrine bir gittim yaptırdım, 9 Eylül'e gittim yaptırdım, dahiliyede yaptırdım. Fırsat buldukça yaptırıyoruz. Takip önemli.

N.Ö. Zorluklar kurumsal oluyor.

*İ.Ö. Yoksa ben her gün isteyin gelirim.*

N.Ö. Mesela benim esasen sol kolumda bir ağrı hissettim ki çok önemli, tendon yırtığı MR'da çıktı. Yine bizim sağlık merkezinde Ş. Hanım vardı, fizik tedavici. Bana ısrarla Ege Üniversitesi'ne gelip buradan sonuç almamı istedi. E.Ü.'ye gittim düzenli. Yani bireysel olarak, durumunuza ciddi çözümü E.Ü.'de bulabilirsiniz. Biz onun için Urla'dan buraya geldik.

*İ.Ö. Düzenim bozulmuş yani.*

N.Ö. Aksaklığımız da var. Mesela ben buraya tahlile geleceğimiz akşamdır. Çok büyük bir hata yaptık. Kaymaklım kaymaklım dediler bize, ikram ettiler, biz de yedik onu. Buraya gelecektik kararlıydık o gün yoksa benim öyle 300'lerde gezmiyor. Bir de insülini yapmadım bakalım ne çıkacak diye.

*İ.Ö. Aç karnına geldik açlık kan şekerini görmek için.*

N.Ö. Haaa doğru doğru.

N.Ö. Bütün gün böyle otursanız böyle televizyonun karşısında yine o da hata oluyor, ama yaptığımızda her şey yolunda gidiyor ama aksatmak, ilacı, sporu, yemek düzenini bozdunuz mu.....

*İ.Ö. Bizim kayınpeder.*

N.Ö. Bir de alınıyor yani yemedik die. En son baba ölmemi istiyorsun, öleyim mi dedim. Diyor tamam tamam ısrar etmeyeceğim diyor. Beni kırmasın diye. Kırılmak değil yani durum bu biz babam, babam da öğretmendir. Annem de şeker hastası, onun kontrolü altında. Daha biz bu hastalığı babama yeni yeni anlatmaya çalışıyoruz. Babam kabul etmiyor.

*İ.Ö. Konduramıyor yani.*

N.Ö. Mesela annemle pazara çıkmışlar. Tam o ara öğün sıralarında. Annem tabi gezerken hipoglisemi olmuş. Biliyorsunuz orada bir sersemlik oluyor. Annem demiş ki, ben şey oldum, kötü oldum. Başlamış yan yan yürümeye. Hemen bir bakkala gireyim demiş bir şey içmek için. Sonra babam bunu bize o kadar kötü anlatıyor ki şey diyor, kaçırdı keçileri yolun ortasında diyor, aptal aptal yürümeye başladı diyor. Adamlar dediler ki ya bu teyze kaçırdı keçileri doktora hastaneye atın bunu. Halbuki öyle değil ki. Adam demiş, bakkal, bu teyzeye bir şey verelim.

*İ.Ö. Meyve suyu.*

N.Ö. Meyve suyu verelim. Yani babam kabul etmiyor. Gereğini yapıyorsunuz aslında da biz hala bilinçli bir toplum haline gelmediğimizden sonuç ta böyle hep negatif oluyor. Mesela ben Yeşilyurt'taki hastanedeki diyabette gittiğim bir İ. Bey vardı orada ay o adamın yaptığı şey mükemmeldi. Ben sırf ona utanmamak için, yani bırakın kendi sağlığınıza ona ayıp olmasın diye düzenli yapıyordum, kontrol gününe gidiyordum. Her şey yolunda gidiyordu.

*İ.Ö. Ama çok iyi biriydi.*

N.Ö. Çoook.

*İ.Ö. tek sorun burada ulaşamamak. Bir sorunla karşılaştık tak hemen ulaşabilmeli insan. Ama telefonla olur, ama bizzat görüşülerek olur. Ama şimdi bu zor olunca korkuyoruz biz.*

*İ.Ö. 4'te geldiğimiz zaman biz listede 6, 7. sırada oluyoruz.*

N.Ö. Şimdi ben bir şey daha söylemek istiyorum. Mesela kontrole gelmek diyorsunuz. Bizim muhakkak bir şey yememiz gerekiyor. Yani düzenimiz bu. Sabahleyin aç karnına 4'te oradan kalkıp geliyorsun burada doktora tahlil için ama tahlil vermek 12'yi buluyor, 11 buçuğu buluyor.

*İ.Ö. Akşam yemeği ile yani. Bir de şeker hastasıyınız.*

N.Ö. Şeker hastasının 11 buçuğa kadar burada kalması, ayakta kalması çok zor oluyor.

*İ.Ö. Zaten tahliller de normal çıkmaz yani.*

### **3.2.1.2.3. NÖ'nün SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strenght: Güçlü yönleri**

- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin farkında
- Diyabet eğitimi var ve ne bu konuda araştırmalar yapıyor
- Hastalığı ile ilgili bilgilendirici kaynaklara ulaşabiliyor (özellikle internet)
- Eleştiriye açık
- Diyabetini yönetme isteği var
- Ailesel desteği var, eşi de diyabet hastası, kardeşi diyabet hastası

#### **W:Weakness: Zayıf yönleri**

- Diyete uyum zorluğu var
- Egzersize uyum zorluğu var
- Kan şekeri ölçme problemi (kan korkusu)
- Tahlillerden önce bilerek çok yeme yanlışlığı

#### **O: Oppottunity: Fırsatları**

- Mentorluk programına istekli katılım

- Eşi diyabet hastası olduğu için birlikte tedaviye uyum şansı

#### **T: Threat: Tehditleri**

- Stres getiren yaşam olayları (çocuklarının düğünleri)
- Alternatif tedavi özellikle uzmana danışmadan fitoterapi arayışları
- Diyabeti olan diğer aile üyeleri ile kendisini ve kendi tedavisini karşılaştırma
- Tıbbi tedavisini sürekli sorgulama (adeta herhangi bir olayı kıskanma düzeyinde kıskanma düzeyinde), eşinin insülininden yapma isteği gibi yanlış ve yersiz davranışlar

#### **3.2.1.2.4. NÖ'nün Mentorluk Süreci**

##### **1. Ay**

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme

##### **2. Ay**

- Telefon görüşmeleri ile öz bakım- öz etkililik ile ilgili öneri ve uyarılar ile yönlendirme başlatıldı
- NÖ bu ay içerisinde planlanan bir görüşme öncesi düşerek travma geçirdi, bacağı alçıya alındı, akut sorun ile ilgili tedavi süreci başlatıldı
- Hastanın immobil olması nedeni ile diyet uzmanı ve ilgili doktor ile görüşülerek TBT'si yeniden düzenlendi.
- İmmobilizasyon ve hareket kısıtlılığı nedeni ile laboratuvar incelemelerinin yapılamaması ve yüz yüze toplantılarına katılamaması dikkate alınarak,

mentorluk sürecinden çıkarılmasına karar verildi. Fakat N.Ö. büyük bir motivasyon ile başladığı mentorluk sürecinden yine kendi isteği ile çıkmamakta ısrar etti hatta bu süreçte daha çok telefon görüşmesi yapmaya başladı. Dolayısı ile N.Ö.'nün mentorluk süreci 6. aya kadar günde iki kez telefon görüşmeleri ile sürdürülmeye çalışıldı.

### **3. Ay**

- Travmaya ve görüşmemeye rağmen TBT'ye uyumu başladı, telefonla uyarılar sürdürüldü.
- Fraktür nedeni ile egzersiz programı durdu
- Görüşmeler kısıtlama nedeni ile sınırlandı, laboratuvar ölçümleri yapılamadı.
- Telefon görüşmeleri aralıksız sürdürüldü.

### **4. Ay**

- Hastanın immobil durumu devam etti.
- Telefon görüşmeleri aralıksız sürdürüldü.
- Kendisinden ve eşinden geribildirim alındı.
- Kendisi de diyabetli olan eşine, kendisi ile ilgili mentorluk yapılırken N.Ö. için de öneriler ve uyarılarda bulunuldu.

### **5. Ay**

- Hastanın ay sonuna kadar immobil durumu devam etti.
- Telefon görüşmeleri aralıksız sürdürüldü.
- Kendisinden ve eşinden geribildirim alındı.
- Kendisi de diyabetli olan eşine, kendisi ile ilgili mentorluk yapılırken N.Ö. için de öneriler ve uyarılar sürdürüldü.

## 6. Ay

- Araya giren sorun nedeni ile egzersiz programını sürdürmedi.
- TBT uyumu gerçekleşemedi.
- HbA1c’de istenilen hedefe ulaşamadı (10,5’tan 9’a düştü)
- Kolesterol değerleri yüksek kaldı.
- Bu süreçte ilgili doktor tarafından insülin dozu yükseltildi..

**Genel Sonuç: 2-NÖ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar göremedi.**

### 3.2.1.2.5. NÖ’nün Mentorluk Sürecindeki Metabolik Sonuçları

**Tablo 10a. Örneklem 2-NÖ’nün Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları**

Ay	0. Ay	1. Ay	2. Ay	3	4	5	6
Hb <sub>1</sub> Ac	10,5			-			9
T. Kolesterol	272			-			230
LDL	156			-			140
HDL	63			-			59
Trigliserid	263			-			264
Mikroalbümin	14			-			12
BKİ	26,5	26,5	-	-		27,34	26,9



**Tablo 10b. Örneklem 2-NÖ'nün Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	193	182	129	180
2	176	192	207	186
3	156	159	165	165
4	168	182	270	147
5	128	142	168	180
6	146	146	173	160
7	138	209	180	190
8	176	200	311	220
9	176	250	291	246
10	164	200	158	166
11	162	170	173	185
12	180	142	160	220
13	150	160	171	180
14	162	208	198	224
15	163	206	161	158
16	176	185	180	194
17	132	168	180	175
18	180	168	182	195
19	168	200	154	178
20	145	190	178	180
21	185	177	165	180
22	177	158	178	185
23	145	170	168	172
24	154	168	165	178

### 3.2.1.3. Dosya No: 3- GP- Mentorluk Dosyası

#### 3.2.1.3.1. GP'nin Mentorluk Tanılama Formu

#### I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

1. Yaş: 55
2. Cinsiyet: Kadın
3. Eğitim Durumu: Ortaöğretim
4. Yaşanılan Yer: İİ
5. Meslek: Emekli
6. Sosyal Güvence: SSK
7. Gelir Durumu: Gelir gidere denk

#### II. Diyabete İlişkin Tanılama:

8. Diyabet tanılanma süresi? 12 yıl
9. Tedavi şekli? OAD+Diyet+Egzersiz  
(Avandia1X1, Diamicron 2X1, Glifor 2X1)
10. Başka kronik hastalık var mı? Yok
11. Akut Komplikasyon Öyküsü: Yok

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

12. Kronik Komplikasyon Öyküsü: Yok

Retinopati

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama

13. Diyabet eğitiminizi nereden aldınız? **Hastane** ve **Diyabet Okulu**
14. Diyabet eğitiminizi kimden aldınız?.....**Diyabet ekibi**.....
15. Eğitimin Süresi: .....**8 Hafta**..... Kaç Kez:.....**2 Kez** ...
16. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?  
...**Diyabetik ayak, Organ Hasarları, Egzersiz, Diyet, Diyabet Tanımlaması**...
17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? **Evet**
18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? **Hayır**
19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? **Evet**
20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? **Evet**
21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? **Hayır**
22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?  
1. Kendime 2. Eğitimcilere 3.Süreye 5. Diğer.....
23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?  
1. **Verilmekte olduğu gibi**  
2. Önerileriniz:.....

### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
29. Diyabet sonrası ruh haliniz nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**

### 3.2.1.3.2. GP'nin Görüşme Ham Verileri

Diyabet bu vücuttaki glikoz oranının yüksek olması, fakat şey yapıyor pankreasta şey yapıyor, rahatsızlık yapıyor onla ilgili pankreasla ilgili bir olay.

12 senedir falan diyabet hastalığım var.

Oğlan kardeşim şeker hastasıydı, fakat yurt dışında şeker hastasıydı onun için şekerle ilgili fazla bir bilgim yoktu yani sadece isim olarak biliyordum., perhiz yaptığını biliyordum ama rahatsızlık ile ilgili bir bilgim yoktu onu kendim rahatsızlandığım zaman öğrendim.

Bir rejim hastalığı benim 2. tip diyabet olayı oluyor. Annede, babada, ailede başka kimsede yoktu, diğer yani kardeşlerimde yok, ondan sonra kilo fazla almamam gerekiyor. Böbreklerde rahatsızlık olayı olabiliyor. Şekerle ilgili bunları biliyorum.

Valla rejim olayım oldu, eşim tarafından evde devamlı yeme, içme yani rejim olayının daha fazla olması için ondan baskı görüyorum. Ailemden annemden kardeşlerimden yiyorsun da çıkıyor, aslında yemiyorum rejim yapıyorum fakat bunlara sıkıntı ile de şekerimin yükselebileceğini bir türlü kabul ettiremiyorum.

Diyetim var, yürüyüş yapıyorum. Strese girmemeye çalışıyorum. Elimden geldiğince görmemeye çalışıyorum. Strese girmemek için aldığım bir ilaç bir şey yok.

İlk iki sene bu rahatsızlığa alışasıya kadar, kabul edesiye kadar bayağı zorluklarım oldu yani, sonra kabul ettim, diyabetle barıştım yani.

Evde şeker takibi yapıyorum. Defterim de var zaten. Haftada bir kez yapmaya çalışıyorum ama bazı haftalar atlayabiliyor yani. Çünkü 4 kere yapmak, ya sabahkini, sabah tokluğunu ölçüyorum ondan sonra mecbur kalıyorum dışarıya çıkmaya, giderken aleti yanıma almamış oluyorum, öğlen tokluğumu ya da akşam tokluğumu alamadığım zamanlar oluyor.

Kendim ölçüyorum. Aleti kullanmakta hiçbir zorluğum yok.

Strip konusunda, ben insülin kullanmıyorum, ilaçla şey yapıyorum. Onun için insülin kullanmayanlara da SSK bunu vermiyormuş, bir tek insülin kullananlara veriyormuş, onu alıyorum o şekilde yani.

6 öğünü yapamadığım 2 veya 3'e indiği zamanlar oluyor. Dışarıda olduğum zaman.

İlaçlarımı ne şekilde kullanacağımı biliyorum. Onları çantaya atıyorum. Yalnız benim şu yazdan beri hatta geçen seneden beri yavaş yavaş yükselmeler başladı, yani 130-140 çıkıyordu şimdi 160-177 çıkmaya başladı. Ş Bey bakıyor bana , doktorum kendisi yıl geçtikçe bunun daha da fazlalaşabileceğini söylüyor kendisi. Hatta HbA1c yaptırдық, insülin kullanma durumu olabilir mi diye baktık. Şu anda gerek yok dedi, o şekilde ilaçlara devam ediyoruz.

Sabahları nar ekşisi içiyorum. Onu da yani fırsat buldum mu yapıyorum. Doktoruma sormadım. Kursta arkadaşlar sordu düşürmez, ilaçlarımızla dediler. Ondan sonra ben de sormadım. İctikten sonra hiçbir değişiklik hissetmedim. Aslında şeyler de aynı çıkıyor değerler de bir değişme görmüyorum.

Yürüyüş yapıyorum. Sabahları Yeşilyurt'ta oturuyorum Üçyol metroya kadar yürüyorum spor olarak onu yapıyorum. Dönerken arabayla dönüyorum., çünkü yokuş olduğu için. 20-25 dk sürüyor. Daha fazla yapmam lazım yapmaya çalışıyorum ama her gün o şeyi muhakkak yapıyorum yani.

Hiç acil durum yaşamadım. Şekerin çok düştüğü zaman bir şeker alınabilir diyorlar tatlı olarak veya bilmiyorum hastaneye mi doktora mı başvurmak lazım.

Kontrollerimi yaptım. Bundan 6 ay önce böbrek şeyleri yapıldı hiç bir şey olmadığını, şu anda bir etki yok 6 ay sonra tekrar kontrole gel diyorlar 2 ay falan oldu.

Ben Alsancak Devlet Hastanesine gidiyorum orada yazdırıyorum, yaptırıyorum tahlillerimi. Burada da Ş. bey şu kontrolleri yap diyor ona göre yaptırıyorum. Hıfzısıhhada yaptırıyorum bazen. Buraya pazartesi günleri geliyorum. Şu anda tahlil sonuçlarını yaptırıp şubatta geleceğim yani.

Şimdi şöyle diyorum daha önceden çalışıyordum. Mayıs ayında emekli oldum. Emekli olduktan sonra hareket olayı biraz daha azaldı. Bir de bu demin de dediğim gibi günler gezmeler şeyler onlar biraz daha arttı. Yani kısıtlı gitmeye çalışıyorum. Arada gidiyorum, biraz ondan bilmiyorum ama biraz artma oldu şekerimde.

Şimdi şöyle şey konusunda, yiyeceklerim konusunda fazla bir bilgim yok, yani var da bana yiyeceklerim konusunda bana bir bilgi verilirse daha iyi olacak.

Diyetisyen arkadaş anlattı ama yazılı olarak yok elimizde bir liste olsa iyi olacak

### **3.2.1.3.3. GP'nin SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strenght: Güçlü yönleri**

- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin farkında
- Diyabet eğitimi var
- Eleştiriye açık, iletişimi iyi
- Diyabetini yönetme isteği var
- Ailesel desteği var
- Sağlık güvencesi var
- Ekonomik problemi yok

#### **W:Weakness: Zayıf yönleri**

- Hastalığı ile ilgili teorik bilgilerini uygulamaya dönüştüremiyor
- Diyete uyum zorluğu var (yemek seçiyor, sadece etli yemekleri yiyor)
- Egzersiz yapmıyor

- Kendi ifadesi ile tanı konmamış panik atağı var, ama telaşlı gergin kişiliği gözleniyor.
- Hasta olmak onu ailede ilgi merkezi yaptığı için hasta olmayı seviyor, çok fazla doktora gidiyor
- Eşi görme özürlü evin bütün sorumluluğu onun üzerinde

#### **O: Opportunity: Fırsatları**

- Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneğine aktif üyeliği<devam ediyor.
- Mentorluk programına çok istekli katılıyor, her gün (hatta bazen günde iki üç kez) düzenli telefon ediyor, haftada bir en geç iki haftada bir mutlaka yüz yüze görüşmeye geliyor.

#### **T: Threat: Tehditleri**

- Hastalığı konusunda, özellikle diyet konusunda ailesi çok baskıcı (tersine bu baskı onu aşırı yemek yemeye yöneltiyor)
- Sosyal yaşamı çok hareketli (yemekler, davetler, günler diyet düzenini bozuyor)

### **3.2.1.3.4. GP'nin Mentorluk Süreci**

#### **1. Ay**

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma.
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme.
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme.
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme.

- İlk aydaki öncelikli sorun hastanın HbA1c'sinin yüksek gelmesi ve bu yüksekliğe karşı hastanın verdiği tepkiler ile baş etmek ve hastanın kendisinin baş etmesini sağlamak oldu.
- Bu ay içerisinde hasta her hafta laboratuvar tahlilleri yaptırıp farklı doktorlara yöneldi, HbA1c değerleri farklı laboratuvarlarda olmak üzere 8-9-10 arasında değişen hastaya her gittiği doktor İnsülin tedavisi önerdi ve hasta bunu kabul etmekte zorlandığı için devamlı farklı arayışlar içine girdi.
- Bu süreç içerisinde hasta her gün arandı, hasta ve yakını (eşi) da en az günde 4 defa mentorunu arayarak destek istedi ve görüşme planlandı.
- Hasta ile görüşüldü ve hastayı takip edecek bir endokrinoloğa yönlendirildi.
- Takip eden endokrinolog ile hasta görüşmeden önce görüşüldü ve bilgi verildi.
- Endokrinolog kontrolü sonunda hasta ile tekrar görüşme planlandı.
- Endokrinolog önerisi ve kararı sonucunda diyetine, egzersizine ve ilaç tedavisine tam uyumu sağlandığı takdirde insüline başlanmayabileceği ve her hafta tahlil yaptırmasının anlamsız olduğu konusunda hasta ikna edildi.

## 2. Ay

- Hasta ile sürekli görüşmeler her gün ve hasta tarafından günde iki kez aranmak sureti ile devam etti.
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirmeleri ve hatırlatmaları yapıldı
- 2. ay içerisinde öneriler doğrultusunda hasta spor salonuna yönlendirildi.
- Hasta spor salonu seçiminde ve yapacağı egzersiz konusunda sürekli mentoruna danıştı ve öneriler aldı.



- Spor salonuna kaydını yaptıran hasta, “şu anda koşu bandının üzerindeyim” diyerek aktif spora başladığının haberini telefon aracılığı ile mentoruna verdi.
- TBT’ni uyum içerisinde yürüttü, diyetle sebze tercih etmeyen hastaya bu ay için daha önceden hiç yemediği 5 sebzeler önerildi ve 3 sebze yi salata halinde diyetine soktuğu izlendi.
- Gittiği davet ve yemeklerde mentorunu arayarak yemek seçimi konusunda öneriler isteyen hastaya, seçenekleri içerisinde uygun olan yiyecek seçimi konusunda yönlendirme yapıldı.

### 3. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT’ye uyumu devam etti.
- TBT’ye uyum sağlayabilmek için sosyal yaşantısını (özellikle günler, yemekli aile toplantıları) kısıtlayan hastaya önerilerde bulunuldu.
- HbA1c 8,4’ten 7,5’e düştü.
- BKİ 24,4’ten 24,1’e düştü.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

### 4. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT’ye uyumu devam etti.
- Emeklilik yaşantısına alışamayan hasta öneriler doğrultusunda bilgisayar kursuna kayıt yaptırdı.
- Hastanın eşi ile de görüşülerek aile içi desteğin olumlu yönde olması sağlandı ve hastanın takibinde eşinden destek alındı.

- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

#### **5. Ay**

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu devam etti.
- Bilgisayar kursuna devam eden hasta farklı ve yeni bir ortam içerisinde daha mutlu olduğunu ifade etti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

#### **6. Ay**

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu devam etti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.
- HbA1c 7,5'ten 6,4'e düştü.
- BKI 24,1'den 23,6'ya düştü.

**Genel Sonuç: 3-GP diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**

### 3.2.1.3.5. GP'nin Mentorluk Sürecindeki Metabolik Sonuçları

Tablo 11a. Örneklem 3-GP'nin Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları

Aylar Bulgular	0. Ay	1. Ay	2. Ay	3. Ay	4. Ay	5. Ay	6. Ay
Hb <sub>1</sub> Ac	8,4			7,5			6,4
T. Kolesterol	182			210			177
LDL	106			129			118
HDL	50			56			59
Trigliserid	130			78			74
Mikroalbümin	<5						<5
BKİ	24,4	24	24,1	24,1	23,6	23,6	23,6

**Tablo 11b. Örneklem 3-GP'nin Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	180	168	145	198
2	168	178	182	195
3	168	200	154	178
4	132	145	168	172
5	170	185	173	191
6	165	196	200	190
7	182	175	180	-
8	175	168	185	-
9	185	177	165	180
10	175	230	173	183
11	177	158	179	185
12	145	170	168	172
13	168	178	198	178
14	186	188	176	182
15	154	168	165	178
16	141	93	168	180
17	142	132	152	135
18	138	151	120	151
19	143	151	120	135
20	138	127	130	145
21	128	132	140	148
22	148	160	138	132
23	145	138	161	145
24	138	152	145	140

### 3.2.1.4. Dosya No: 4-İÖ

#### 3.2.1.4.1. İÖ'nün Mentorluk Tanılama Formu

#### I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

1. Yaş: 61
2. Cinsiyet: Erkek
3. Eğitim Durumu: Üniversite
4. Yaşanılan Yer: İlçe
5. Meslek: Emekli
6. Sosyal Güvence: Emekli Sandığı
7. Gelir Durumu: Gelir gidere denk

#### II. Diyabete İlişkin Tanılama:

8. Diyabet tanılanma süresi? 21 yıl
9. Tedavi şekli? İnsülin+Diyet + Egzersiz (Novorapid 8–8–8 Ü., Miks 10 Ü.)
10. Başka kronik hastalık var mı? Var.....Hipertansiyon .....
11. Akut Komplikasyon Öyküsü: Yok

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

12. Kronik Komplikasyon Öyküsü: Yok

Retinopati

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama

13. Diyabet eğitimi nereden aldınız? **Hastane** ... **Kongre, Broşür, İnternet...**
14. Diyabet eğitimi kimden aldınız? **Diyabet ekibi**
15. Eğitimin Süresi: ...**1 gün**... Kaç Kez:.....**1 Kez** ...(1 kez de kalem eğitimi)  
+kongre süresi
16. Aldığımız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?  
.....**Diyet, İnsülin, Komplikasyonlar, Ayak Bakımı**.....
17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? **Evet**
18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? **Evet**
19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? **Evet**
20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? **Evet**
21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? **Hayır**
22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?  
1. Kendime 2. Eğitimcilere 3.Süreye 5. Diğer.....
23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?  
1. Verilmekte olduğu gibi  
2. Önerileriniz:.....Halk kongresinde olduğu gibi (Candeğer hoca gibi)....

### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
29. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti? **Değişmedi**

### 3.2.1.4.2. İ.Ö.'nün Görüşme Ham Verileri

İ.Ö.'nün eşi N.Ö.'de diyabetli olduğu için fenomenolojik görüşmelere (tüm ısrarlarıma ve ikazlarıma rağmen) birlikte katılmışlar ve görüşmelerdeki yarı yapılandırılmış araştırma sorularına birlikte yanıt vermişler, çoğu kez birbirlerinin yarım kalan sözlerini tamamlamışlardır. Bu nedenle İ.Ö.'nün aşağıda sadece kendi yanıtları yer almamaktadır, çünkü; bu bölümde İ.Ö.'nün sadece kendi yanıtlarına yer verildiğinde anlam bütünlüğü bozulmakta hatta ifadeler anlamsız kalmaktadır. Bu olası yanlış anlaşılmayı önlemek için bu bölümde, eş olan bu iki diyabetli bireyin diyalogları kesintisiz olarak verilmiş yani, İ.Ö.'nün eşi, N.Ö.'nün yanıtları kendi dosyasında daha önce verilmesine karşın burada eşinin dosyasında da yer almış fakat farkedilmesi için italik karakterde yazılmıştır.

*N.Ö. Diyabetin karşılığını şeker hastalığı olarak biliyorum. Şeker hastalığını da vücuttaki pankreasın yeterince insülin salgılamayıp yediğimiz karbonhidrat ve diğer şekerli yiyeceklerin kanda birikmesi, şekerin birikmesi.*

İ.Ö. İşte insülin salgısının yenilen yiyecekleri dengeleyememesi, insülin azlığı ve dolayısı ile kanda şekerin yükselmesi.

*N.Ö. İki çeşit olduğunu biliyoruz diyabetin 1,2. çocuklukta olan diyabet 1, erişkin diyabet 2.*

İ.Ö. genetikten kaynaklanıyor.

*N.Ö. 85 yılıydı diyabeti duydum. Çok kiloluydum doktorum bana işte bir ölçüm yapıp şekerin yüksek dedi. Bunun ne demek olduğunu sorunca da şeker hastalığı olarak öğrendim. Daha sonra da Alsancak'taki sağlık merkezinde bir doktor bunun diyabet, şey yazdı sağlık karneme DM, sonra açıkladı Diabetes Mellitus. İlk defa orada öğrendim. Kendi hastalığım dolayısı ile öğrendim.*

İ.Ö. Benim annem ve babamda da vardı, onlardan da biraz tecrübemiz vardı. Bende olmayacağını düşünerek bu arada dikkat ederek geçiştirmeye çalışıyorduk. Ama baktık ki rejimle olmayacak bu iş onun için diyabete başvurarak insüline geçtik.

*N.Ö. Ben 85'ten beri diyabetliyim. 85'ten beri 21 yıllık diyabetliyim. Annem benimle şeker hastası, benimle çıktı. Dayım yine bizimle, hem gözleri hem ayağı gitti.*

İ.Ö. Beslenme alışkanlıkları değişik olduğu için ona dikkat etmeyerek ayağını kaybetti, gözünü kaybetti.

*N.Ö. Hatta benim zaman zaman aklıma takılıyor. 78 yılında ikinci çocuğuma doğumunda erken doğum yaptım, burada yaptım o zamanlar. Onun neden erken olduğunu o zamanlar araştırmadık. Ama belki de şeker yaptı mı bilmiyorum. Kardeşim kilolu yaptı benimki erken oldu. O da şekere mi dayalı bilmiyorum.*

İ.Ö. Şekerin, diyabetin etkisi.

*N.Ö. İşte o zaman ben burada kontrollere geliyordum. Benim kaydım var burada kadın doğumda ama nasıl oldu 7 aylıkken oldu, doğdu. Benim hep kafama takılıyor acaba şekerden mi? 29 yaşında gebeydim.*

*Şimdi tamamen gıdaya dayalı bir hastalık olduğunu biliyorum. Hatta bana doktor ilk dedi ki, hatta ilaç da vermedi. Sadece düzenli bir yemek alışkanlığıyla bunu yapacaksın dedi. Şimdi ben bunu böyle düşündüm fakat daha sonra kendimde uygulayamadım ya çok düzenli yiyemedim. Yemek alışkanlığını kuramadım. Diyet yapmayanlara onlar hiç yapmıyorlar diyordum. Hala ben diyetin burada (boğazını göstererek) bittiğini düşünüyorum.*

*N.Ö. Düzenli ilaç düzenli beslenme...*

İ.Ö. Düzenli yedikten sonra sizinle uzun bir hayat arkadaşı olacağı kanısındayım. Bu konuda örnekler de var. Damak tadı iyi olan kişi için zor. İkram



edileni yememek. Hele beğendiğin bir şey oldu mu, yememek olmuyor. Ama yaşam için dikkat etmek gerekiyor.

*N.Ö. Ben kendimi zorluyorum evde bir şey yapmamak için. Diyabetin bir yaşam tarzı olması gerekiyor. Şimdi biz evde olduğumuz sürece çok düzenli olabiliyoruz. Yürüyüş yapabiliyoruz, spor yapabiliyoruz. Yemeğimiz düzenli olabiliyor. Fakat misafirlğe gittiğimiz zaman fakat en yakın anneme gittiğim zaman ben, babam bunu da yiyiyin, bunu da yiyiyin. Hayır diyorsunuz, kırıyorsunuz. Bu bir başka yakınınız da olabiliyor. Çevreyle ilişkinizi koparıyor.*

*Şimdi benim oğlum eczacı onlar bilinçli yaklaşıyor haklı olarak. Dikkat etmemizi öneriyor. Sofrada daha dikkatli olun diyor, doğrudur.*

*Bizden büyükler veya bu hastalığı bilmeyen dostlarımız arkadaşlarımızla bu zorluğu yaşıyoruz.*

*N.Ö. şeker takibi yaparken parmaklarımız çok deliniyor. Keşke onun tansiyon ölçer aleti gibi olsa da o daha kolay olacaktı.*

*İ.Ö. takibi bir alışkanlık haline getirebilsek esasında, olmuyor bizim fakat kanla ilgili oldu mu..*

*N.Ö. ben kanı görünce yemekte iticiliğim oluyor. Bu beni biraz şey yapıyor. Ölçmek istemiyorum açıkçası, ama yapacak bir şey olmayınca ölçüyorum.*

*İ.Ö. makineyi kullanmada bir problem yaşamıyoruz. Eğitimini zaten aldık yalnız devletin ödediğinin ücreti az olduğu için stripi parayla alıyoruz, sonra devletten alıyoruz.*

*N.Ö. Bundan üç ay önce tam almıştık sonra yarım yarım aldık.*

*İ.Ö. Rapora 1 yıl veriyor, bu bizim sürekli kullanmamız lazım, ilaçları da iki yıl veriyor. Tetkiklerim düşük çıkınca raporu alamayacağım ben, o olmayınca da ilaç alamayacağım.*

*N.Ö. Sağlık raporu almak için 1,5 yıl önce Alsancak Devlet Hastanesinde 10 gün yattım hasta olarak, raporumu aldım. Şimdi ikinci kez buraya geldim, takibimi yapıyorum ki raporumu tekrar alabileyim diye. Şimdiki raporumla insülin alma hakkım yarım sene daha vardı fakat aynı rapor içinde strip süresi 1 yıl, dolduğu için hatta geçti 1 yılı. Onu yenilemek için geldim. Bu sefer öbürünün başlangıç tarihi değişmiş oldu.*

*N.Ö. Öğün atlamamak lazım. Biz yanımızda beslenme çantamızı taşıyoruz.*

*İ.Ö. Beraber olduğumuz sürece bizim beslenme kurallarımız da vardı, hastalığımıza göre ama dışarılarda olduğumuz zaman biraz zor oluyor.*

*Mesela insülini yanımızda taşımak başlı başına sorun, sıcaklarda özellikle, teknoloji gelişir de onu taşıma kolaylığı olursa daha kolay olacak.*

*N.Ö. Günde 6 öğün yiyoruz. Daha önce Atatürk Devlet Hastanesinde eğitim aldım ve biz Candeğer hanımın 1 yıl önceki halk kongresine de katılmıştık. Geçen yıl İstanbul'daydım katılamadım ama bu yıl yine varsa katılmak isterim. Bir de Kabalak hoca vardı. Sinevizyonda diyet yemekleri veriliyordu. Vatandaşlardan güzel sorular geliyor, onlara cevap veriliyor. Bu arada siz sorularınızı çözümlemiş oluyorsunuz. Benden başkası da var diyorsunuz. İletişimimiz artıyor.*

*N.Ö. Oral kullanmıyorum. Ama bazen duyuyorum, mesela kardeşim hem iğne hem de Avandia kullanıyor. İnsülini gece tek vuruyor.*

*İ.Ö. İnsülinlerin hepsini ben yapıyorum.*

*N.Ö. Biz insülin partisi veriyoruz. Eşim alıyor insülinleri.....(gülüyor)*

*İ.Ö. Saati gelince çıkarıp vuruyorum insülinleri.*

*N.Ö. Bir gece Urla'da, nikahtan dönüyorduk, insülinlerimizi orada yaptık, oradan dönerken, giderken gece eve, biz Urla'da yaşıyoruz, orada bir polis muhakkak olur, durdurdu bizi, insülinlerimiz orada duruyor,*

İ.Ö. İçki var mı diye soruyor yok dedik insülin partisi verdik dedik.

İ.Ö. Çok acil durumlarda insülini vurup çıktığımda şekerimiz düşüyor. O daha tehlikeli biliyorsunuz. Yükseklik uzun vadede zarar veriyor ama ani düşmesi anında zarar veriyor.

N.Ö. *Mesela yemeğe gideceğiz, yanımızda taşımayalım diyoruz, ayıp olmasın iğneyi vurup gidelim. Yolda biraz geç gidiyoruz zorlanıyoruz. Yiyip biraz, alıp gitmek daha iyi olacak.*

N.Ö. *İnternette, selvi kozalakları, melisa, alkol bir şişe içinde karanlık bir yerde 1 ay beklettik biz, onu içelim dedik. Ama şu kadar içiyorsunuz, kafayı buluyordum ben.*

*Ben kekiği bir ara devamlı içtim. Devamlı bayağı kekik kolik oldum, yani içmeyi arzu eder oldum içmeyi arzu eder hale geldim. Ama ölçtüğüm zaman da hiçbir fark göremedim.*

İ.Ö. Ben içmedim hiç.

N.Ö. *Genellikle acı badem 5 tane yiyin şekeri düşürüyor diyorlar. Fazlası öldürüyor onun.*

İ.Ö. Yahudi baklası diye değişik, aktarlarda oluyor, ıslatıyorsunuz, yiyorsunuz, ama acıdır. Denedik bunları.

Hipoglisemide çok kötü oluyorsunuz. Konu bitkilerin yararı olsa bile dozajı ayarlayamazsan zararı olur.

N.Ö. *Ama ben bol su içmenin, rahatladığımı düşünüyorum, yani. Mesela çok yemek yediğiniz zaman ben kendimi deniyorum, hakikaten çok rahatsız oluyorum, ölçmeseniz bile siz bunu hissediyorsunuz.*

N.Ö. *Ondan sonra bol bol böyle ölçü bardaklarım var benim evde. Birkaç bardak su içtikten sonra rahatladığımı düşünüyorum. Rahatladığımı hissediyorum.*

İ.Ö. Ağız kuruluğu çok oluyor.

*N.Ö. Ben zorla birazcık fazla içiyorum.*

*Yürüyüş yapıyoruz.*

*Biz iki oğlumuzu birden evlendirdik 3 ay ara ile nişanlarıydı... şu marttan bu yana koşturuyorduk. Marttan önce bir kere Urla'da yaşıyoruz biz kimsecikler yok kışın.*

*Yaklaşık 4-5 km yürüyüp geliyoruz.*

*Ama bu dediğimiz gibi bu düğünler bizi biraz aksattı. Yordu biraz.*

*İ.Ö. Biz acil durum yaşadık.*

*N.Ö. Annem yaşadı. Ben o kadar olmadım. Bir kere işte o Yeşilyurt'taki hastaneye yüksek şeker ile gitmişim orada hemen 6 ünitelik bir insülinle beni yolladılar. Ama annem komaya girdi. 9 Eylülde acile kaldırdılar bir 10 gün yattı. Bilinç kaybı oldu.*

*İ.Ö. Köy delerdi telefon geldi, biz gittik aldık onu 9 Eylül acile kaldırdık.*

*Böyle konuşamıyormuş.*

*N.Ö. Sesini çıkarmak istediği için.*

*İ.Ö. Düştüğü zamanlar ne yapacağımızı biliyoruz. Ama çok yükseldiği zaman ne yapabiliriz?*

*N.Ö. İnsülini doktorun verdiği miktarda yapıyoruz. Diyelim ki o gün kaçırdım. Bana dendi ki 1-2 yani çok değil. 1-2 yemeğe göre arttırabiliyorsun demişti. Ama bazen yapıyoruz. Başka işte su içiyorum ben.*

*İ.Ö. Ben yapmıyorum.*

*N.Ö. Mesela ben kendimde gördüğüm etkileri söyleyeyim. Ailem dışında, ciltte kuruluk fevkalade var. Ayaklarımda aşırı derecede hissizlik var. Ben bu ayağıma devamlı (dizini gösteriyor), hissizlik var. Duyu hiç yok, mesela duşa girdiğim zaman hissetmem yani yavaş yavaş şeyi yukarı çıkardığımızda anlıyorsunuz sıcaklığı. Ayaklarım çok kötü benim tırnaklarım çok kötü, hep mantar tahlili yaptırdım, ama mantar çıkmıyor. Kan dolaşım bozukluğu çıkıyor, diyabetten şekerden.*

*Ayaklarımda yaralar oluşuyor geçiyor. Dermatolojideki B hanım bir krem verdi ayaklarım için terbiye diyor.*

*İ.Ö. Terbisit*

*N.Ö. Gayet güzel, o da söndürdü. Sabah sprey akşam onu sürüyorum, sabah sprey sıkıyorum.*

*Her akşam ayak bakımı yapıyorum. Tırnaklarımı düz kesiyorum. Eğitimi aldım zaten. Bir de başarılı olamıyorum diye düşünüyorum, çok kuru.*

*İ.Ö. Ayak masaj aleti bile aldık. Benim her şeyim iyi ama ileride ne olur bilmiyorum.*

*N.Ö. Ben hissizlik ile ilgili nörolojiye gitmişim bir raporum da var. Şimdi yeniliyoruz onu ilaç kullanıyorum faydasını anlayamadım ama nörolojideki hanım devam dedi. Şeyi dozajını arttırma faydalıdır dedi. Ben de içiyorum, ben hiç aksatmadan.*

*İ.Ö. Bir de katarakt oldu, annemde vardı aldırдық.*

*N.Ö. Çok az bende gözümde nokta kadar kanama vardı, 2 ay önce.*

*İ.Ö. Annesinde de olmuştu. Biraz yakıldı, ama sağlam görüyor.*

*Taaa bir kuruluşa ulaşmak zor oluyor tahliller için. Taaa Urla'dan geldik.*

*N.Ö. 4:45'te Urla'dan çıkıyoruz.*

*İ.Ö. 5'i çeyrek geçe buradayız. Anca sıra alabildik. Normal zamanda gelsem sıra bulamayacağım.*

*N.Ö. 9 Eylül Endokrin için ayrı, haftalık sıra veriyor. Bir gün gidiyorsunuz 42te 52te erkenden , hangi güne düşeceğiniz de belli değil. Bu beni uzaklaştırıyor. Ama yine de biz mesela ben Yeşilyurt'taki endokrine bir gittim yaptırdım, 9 Eylülle gittim yaptırdım, dahiliyede yaptırdım. Fırsat buldukça yaptırıyoruz. Takip önemli.*

*N.Ö. zorluklar kurumsal oluyor.*

İ.Ö. Yoksa ben her gün isteyin gelirim.

N.Ö. *Mesela benim esasen sol kolumda bir ağrı hissettim ki çok önemli, tendon yırtığı MR'da çıktı. Yine bizim sağlık merkezinde Ş. Hanım vardı, fizik tedavici. Bana ısrarla Ege Üniversitesi'ne gelip buradan sonuç almamı istedi. E.Ü.'ye gittim düzenli. Yani bireysel olarak, durumunuza ciddi çözümü E.Ü.'de bulabilirsiniz. Biz onun için Urla'dan buraya geldik.*

İ.Ö. Düzenim bozulmuş yani.

N.Ö. *aksaklığımız da var. Mesela ben buraya tahlile geleceğimiz akşamdır. Çok büyük bir hata yaptık. Kaymaklım kaymaklım dediler bize, ikram ettiler, biz de yedik onu. Buraya gelecektik kararlıydık o gün yoksa benim öyle 300'lerde gezmiyor. Bir de insülini yapmadım bakalım ne çıkacak diye.*

İ.Ö. Aç karnına geldik açlık kan şekerini görmek için.

N.Ö. *Haaa doğru doğru.*

N.Ö. *Bütün gün böyle otursanız böyle televizyonun karşısında yine o da hata oluyor, ama yaptığımızda her şey yolunda gidiyor ama aksatmak, ilacı, sporu, yemek düzenini bozdunuz mu.....*

İ.Ö. Bizim kayınpeder.

N.Ö. *Bir de alınıyor yani yemedik die. En son baba ölmemi istiyorsun, öleyim mi dedim. Diyor tamam tamam ısrar etmeyeceğim diyor. Beni kırmasın diye. Kırılmak değil yani durum bu biz babam, babam da öğretmendir. Annem de şeker hastası, onun kontrolü altında. Daha biz bu hastalığı babama yeni yeni anlatmaya çalışıyoruz.*

*Babam kabul etmiyor.*

İ.Ö. Konduramıyor yani.

*N.Ö. Mesela annemle pazara çıkmışlar. Tam o ara öğün sıralarında. Annem tabii gezerken hipoglisemi olmuş. Biliyorsunuz orada bir sersemlik oluyor. Annem demiş ki, ben şey oldum, kötü oldum. Başlamış yan yan yürümeye. Hemen bir bakkala gireyim demiş bir şey içmek için. Sonra babam bunu bize o kadar kötü anlatıyor ki şey diyor, kaçırıldı keçileri yolun ortasında diyor, aptal aptal yürümeye başladı diyor. Adamlar dediler ki ya bu teyze kaçırıldı keçileri doktora hastaneye atın bunu. Halbuki öyle değil ki. Adam demiş, bakkal, bu teyzeye bir şey verelim.*

*İ.Ö. Meyve suyu.*

*N.Ö. Meyve suyu verelim. Yani babam kabul etmiyor.*

*Gereğini yapıyorsunuz aslında da biz hala bilinçli bir toplum haline gelmediğimizden sonuç ta böyle hep negatif oluyor. Mesela ben Yeşilyurt'taki hastanedeki diyabette gittiğim bir İ. Bey vardı orada ay o adamın yaptığı şey mükemmeldi. Ben sırf ona utanmamak için, yani bırakın kendi sağlığını ona ayıp olmasın diye düzenli yapıyordum, kontrol gününe gidiyordum. Her şey yolunda gidiyordu.*

*İ.Ö. Ama çok iyi biriydi.*

*N.Ö. Çoook.*

*İ.Ö. Tek sorun burada ulaşamamak. Bir sorunla karşılaştık tak hemen ulaşabilmeli insan. Ama telefonla olur, ama bizzat görüşülerek olur. Ama şimdi bu zor olunca korkuyoruz biz.*

*İ.Ö. 4'te geldiğimiz zaman biz listede 6, 7. sırada oluyoruz.*

*N.Ö. şimdi ben bir şey daha söylemek istiyorum. Mesela kontrole gelmek diyorsunuz. Bizim muhakkak bir şey yememiz gerekiyor. Yani düzenimiz bu. Sabahleyin aç karnına 4'te oradan kalkıp geliyorsun burada doktora tahlil için ama tahlil vermek 12'yi buluyor, 11 buçuğu buluyor.*

İ.Ö. Akşam yemeği ile yani. Bir de şeker hastasıyınız.

N.Ö. Şeker hastasının 11 buçuğa kadar burada kalması, ayakta kalması çok zor oluyor.

İ.Ö. Zaten tahliller de normal çıkmaz yani.

### **3.2.1.4.3. İÖ'nün SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strength: Güçlü yönleri**

- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin farkında
- Diyabet eğitimi var, fakat bu konuda öğrenmeye hevesli kendi kendine (kütüphane, internet) araştırmalar yapıyor
- Hastalığı ile ilgili bilgilendirici kaynaklara ulaşabiliyor, her yıl düzenli yapılan diyabet halk kongrelerine katılıyor
- Eleştiriye açık ve sorumluluk sahibi
- Diyabetini bireysel yönetme isteği yüksek
- Ailesel desteği var, eşi de diyabet hastası olduğu için tedavi ilkelerine birlikte uyma kolaylığına sahip
- Ekonomik sorunu yok, sağlık güvencesi var

#### **W:Weakness: Zayıf yönleri**

- Edinilmiş beslenme ve lezzet alışkanlıkları nedeni ile TBT'ye uyum zorluğu
- Sağlık kuruluşuna uzaklıkları nedeni ile kontrollere gelmekte zorluk

#### **O: Oppottunity: Fırsatları**

- Mentorluk programı istekli, hatta eşi ile birlikte katıldı
- Eşi diyabet hastası olduğu için hastalığı ve tedavi sürecini kabullenmede birliktelik ve eş desteği söz konusu



## **T: Threat: Tehditleri**

- Ailede stres getiren yaşam olayları (çocuklarının düğünleri)
- Ailedeki sosyal olayların sağlıklı yaşam düzeni ve tedavi sürecini olumsuz etkileme riski

### **3.2.1.4.4. İÖ'nün Mentorluk Süreci**

#### **1. Ay**

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma.
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme.
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme.
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme.

#### **2. Ay**

- Telefon görüşmeleri ile öz bakım- öz etkililik ile ilgili öneri ve uyarılar ile yönlendirme başlatıldı.
- Eşi NÖ bu ay içerisinde planlanan bir görüşme öncesi düşerek travma geçirdi, bacağı alçıya alındı, akut sorun ile ilgili tedavi süreci başlatıldı, eşinin sorumluluğu hastaya kaldı.
- Hem kendini bireysel diyabet yönetimi hem de eşinin diyabet yönetimi için telefon görüşmeleri aralıksız sürdürüldü.
- Bu ay içerisinde planlanan görüşme eşinin sağlık sorunu nedeni ile ertelendi.
- İÖ için eşinin sağlık sorunu nedeni ile bir çok sorumluluğun kendinde olması diyabet yönetimi açısından şans oldu ve günlük yaşamı daha da hareketlendi.

- Hastalık yönetiminde eşine göre daha sorumluluk sahibi ve bilinçli olan İÖ özellikle TBT’te daha hem kendisi hem de eşi için daha uyumlu bir gelişme gösterdi.

### **3. Ay**

- Eşinin durumu nedeni ile egzersiz programını tam bir uyum içerisinde sürdürdüremedi fakat günlük rutininden daha fazla hareket etmek zorunda kaldı.
- TBT’ye uyumu devam etti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.
- Metabolik kontrolleri yapıldı, endokrinolog ile görüşüldü ve tedavisi aynı şekilde devam etti.
- HbA1c 6,7’den 6,2’ye düştü.
- BKİ’de bir değişiklik olmadı.
- Kolesterol değerlerinde bir farklılık gözlenmedi.

### **4. Ay**

- TBT’ye uyumu devam etti.
- Egzersize tam uyum sağlanamadı.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi.

### **5. Ay**

- TBT’ye uyumu devam etti.
- Egzersize tam uyum sağlanamadı.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi.

## 6. Ay

- TBT'ye uyumu devam etti.
- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.
- HbA1c 6,2'den 6,3 dyükseldi fakat normal sınırlarda olduğu gözlendi.
- BKİ'de bir değişiklik olmadı.
- Kolesterol değerlerinde bir farklılık gözlenmedi.

**Genel Sonuç:** 4-İÖ diyabet hemşireliği yönetimide bireysel danışmanlık modeli-  
**mentorluk sürecinden yarar gördü.**

### 3.2.1.4.5. İÖ'nün Mentorluk Sürecindeki Metabolik Sonuçları

**Tablo 12a. Örneklem 4-İÖ'nün Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları**

Aylar Bulgular	0. Ay	1. Ay	2. Ay	3. Ay	4. Ay	5. Ay	6. Ay
Hb <sub>1</sub> Ac	6,7			6,2			6,3
T. Kolesterol	165			162			165
LDL	193			184			187
HDL	54			56			59
Trigliserid	88			88			87
Mikroalbümin	<5						<5
BKİ	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5

**Tablo 12b. Örneklem 4-İÖ'nün Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	156	189	185	173
2	135	190	176	196
3	164	184	171	186
4	162	198	154	163
5	164	176	151	113
6	155	192	171	186
7	168	187	149	169
8	162	198	154	178
9	164	176	151	113
10	168	185	131	122
11	154	192	167	186
12	142	170	165	172
13	162	178	198	178
14	171	188	174	132
15	154	168	165	178
16	148	154	168	154
17	142	132	152	135
18	138	151	120	151
19	142	152	120	135
20	138	127	130	145
21	128	136	140	148
22	121	151	138	132
23	149	138	161	145
24	138	152	147	187

**3.2.1.5. Dosya No: 5-SŞ**

**3.2.1.5.1. SŞ'nin Mentorluk Tanılama Formu**

**I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:**

2. Yaş: 59
3. Cinsiyet: 1. Kadın Erkek
4. Eğitim Durumu: Ortaöğretim
5. Yaşanılan Yer: İl
6. Meslek: Emekli
7. Sosyal Güvence: Emekli Sandığı
8. Gelir Durumu: Gelir gidere denk

**II. Diyabete İlişkin Tanılama:**

9. Diyabet tanılanma süresi? 12 yıl
10. Tedavi şekli? İnsülin+OAD+ Diyet + Egzersiz

(Novonorm 3x1, Glukofen 1x1, Lantus 1 x1 10 ünite saat: 00:00)

11. Başka kronik hastalık var mı? Var.....Hipertansiyon...

12. Akut Komplikasyon Öyküsü: Yok

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

13. Kronik Komplikasyon Öyküsü: Var

Retinopati X

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama

14. Diyabet eğitimi nereden aldınız? **Hastane**
15. Diyabet eğitimi kimden aldınız? **Endokrinolog** **Diyabet**
16. Eğitimin Süresi:...**20 dk.** Kaç Kez:.....**1 Kez** kalem eğitimi...
17. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?...**Hayır**...
18. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? **Kısmen**
19. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? **Kısmen**
20. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? **Evet**
21. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? **Evet**
22. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? **Hayır**
23. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?
1. Kendime 2. Eğitimcilere 3.Süreye 5. Diğer.....
24. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?
1. **Verilmekte olduğu gibi**
2. Önerileriniz:.....

### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

25. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
26. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
27. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
28. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
29. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
30. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**

### 3.2.1.5.2. SŞ'nin Görüşme Ham Verileri

Şekerin yükseldiğini biliyoruz. Şeker bir hastalıktır. İstedığımızı yiyemiyoruz. Perhiz yapmak zorunda kalıyoruz. Hastalığımı düzeltmek için yemek düzenli yiyorum, spor yapıyorum, ilaçlarımı düzenli alıyorum.

İlk kez kendim hasta olduğumda duydum.

Evde hanım etkilendi çeşitli yemekler yapıyor. Benim için ayrı yapıyor. Yeşillik bol yiyoruz, salata yiyoruz. Ailecek kabullendik hastalığı.

Evde ara sıra makine ile şekerimi ölçüyorum. Takip etmek önemli ama düzeltemiyoruz şekerimizi. İhmalcilik, boş veriyoruz, önemsemiyoruz.

Şekerim düştüğünde ben fark ediyorum. Halsizlik yapıyor, bakıyorum düşük anlıyorum, bir şeker aldım mı dengeyi sağlıyor, yarım saat içinde.

Aleti kullanmakta zorluk yaşamıyorum, çubukları kendimiz alıyoruz. Makineyi bedava verdiler iğneyi kendimiz alıyoruz. Maddi açıdan beni pek zorlamıyor, ekonomik durumumuz iyi.

İlaçlarımı düzenli kullanıyorum. Lantusu gece diğerlerini yemeklerden önce vuruyorum, hapımı da tok karnına içiyorum. İlaçları düzenli kullanmak önemli. İnsülin kullanmak günlük yaşamımı etkilemiyor. İlaçlarımı yanımda taşıyorum. İğnemi kendim yapıyorum, kalemimi kendim ayarlıyorum.

Yenidünya yaprağı, bir tane, kullanıyorum. Sabahları kahvaltıyı onunla yapıyorum. Hatta bir ara hastane de yattım, şekerimi düşüremediler. Muhtar vardı karşımda o da şeker hastasıydı onun da şekeri düşmüyor. Evde hanıma kaynattırıp getirttim. Doktordan habersiz. İçtim o da içti. İkimizin de şekeri 147'ye düştü. 200'den aşağı düşmeyen şeker.

İlaçlarıma bir etkisi yok yapsaydı hissedirdim, hissetmiyorum öyle bir şey. Gece yemeği kuvvetli yedim ondan şekerim bu gün yüksek geldi. Perhiz yapsaydım düşük gelirdi. Bakalım dedim kaçta çıkacak. Doktora geliyorum diye.

Egzersiz, sabahları yürüyorum 10-15 dk. Bir sıkıntı yaşamıyorum.

Damar tıkanıklığım oldu şekerden dolayı dediler, biraz uyuşukluk yaptı onu hissettim, doktora çıktım.

Şeker göze vuruyor, kalbe, böbreklere vuruyor, bütün organları harap ediyor. Bacak ağrılarım oluyor bazen rahatsız ediyor.

Hastaneden çıktığımdan beri 3 aydan 3 aya doktora geliyorum. En son doktor 4 ay dedi öyle geldim. Sabah erkenden gelmek zor oluyor. Dolmuş bekliyoruz. İki aydan beri iyi hissediyorum kendimi. Yurt dışındaydım gelince dengem bozuldu, orada rahattım, iklim değişikliği oldu gelince.

Şekerimi düzeltmek için, perhiz, ilaç düzenli kullanımı, yaprak içiyorum, doktorun dediklerini yapıyoruz.

Sizlerin bizi devamlı takip etmeniz devamlı kontrol etmeniz lazım.

### **3.2.1.5.3. SŞ'nin SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strenght: Güçlü yönleri**

- Eleştiriye açık ve sorumluluk sahibi
- Diyabetini yönetme isteği var
- Ailesel desteği var
- Sağlık güvencesi var

#### **W:Weakness: Zayıf yönleri**

- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin tam farkında değil
- Diyete uyum zorluğu var
- Egzersize uyum zorluğu var ve hastalığı için etkinliğinin farkında değil
- Obez
- Ekonomik sıkıntılar yaşıyor



### **O: Oppottunity: Fırsatları**

- Mentorluk programına katılımda isteklilik.
- Aile desteği var (eşi onun için ayrı yemek hazırlıyor).

### **T: Threat: Tehditleri**

- Stres getiren yaşam olayları (kızı boşanmış, kızı ve torunu yanında kalıyor).

### **3.2.1.5.4. SŞ'nin Mentorluk Süreci**

#### **1. Ay**

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma.
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme.
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme.
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme.

#### **2. Ay**

- Bu ay içerisinde hasta rahat iletişim kurabilmek için kendisine cep telefonu aldı.
- Diyabet okuluna kayıtlı.
- Belirlenen egzersiz programına uyum içerisinde devam etti (hergün 30 dk'lık yürüyüşlere başladı)
- TBT konusunda eşi ile de görüşüldü eşine de gerekli yönlendirmeler yapıldı, TBT'si eşi ile birlikte gözlemlendi ve yürütüldü.
- Telefon görüşmeleri günlük olarak devam etti ve eşi ile de görüşüldü.
- Hasta ile 1 kez yüz yüze görüşüldü ve tedaviye uyumu gözlemlendi.

### 3. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- HbA1c 7,5'ten 6,4'e düştü.
- BKI 30'dan 29,4'e düştü.
- Endokrinolog kontrolü sonunda 10 ünite olan Lantus'u 8 üniteye düşürüldü.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

### 4. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi.

### 5. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve gerekli yönlendirmeler yapıldı.

### 6. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- HbA1c 6,4'ten 5,8'e düştü.
- BKI 29,4'ten son iki ay içerisinde sabit kaldı.
- Endokrinolog kontrolü sonunda insülin tedavisi sonlandırıldı ve OAD tedavi ile ilaç tedavisi devam ediyor.

- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

**Genel Sonuç:** 5-SŞ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-  
**mentorluk sürecinden yarar gördü.**

### 3.2.1.5.5. SŞ'nin Mentorluk Sürecinde İzlenen Metabolik Sonuçları

**Tablo 13a. Örneklem 5-SŞ'nin Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları**

Aylar Bulgular	0. Ay	1. Ay	2. Ay	3. Ay	4. Ay	5. Ay	6. Ay
Hb <sub>1</sub> Ac	7,5			6,4			5,8
T. Kolesterol	189			163			159
LDL	193			84			89
HDL	55			48			46
Trigliserid	203			157			120
Mikroalbümin	<5						<5
BKİ	30	30	29,7	29,4	29,4	23,6	29,4

**Tablo 13b. Örneklem 5-SŞ'nin Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	155	192	171	186
2	160	197	152	188
3	165	176	111	113
4	168	185	131	122
5	145	150	130	115
6	138	127	130	145
7	128	132	140	148
8	148	160	138	132
9	145	138	161	145
10	138	152	145	140
11	133	127	163	161
12	112	174	190	183
13	130	165	157	185
14	100	142	180	180
15	112	174	190	183
16	94	145	160	140
17	117	165	171	95
18	130	135	157	185
19	97	143	155	155
20	113	160	145	165
21	105	133	148	175
22	74	167	127	156
23	94	145	168	155
24	122	156	167	148

### 3.2.1.6. Dosya No: 6-NU

#### 3.2.1.6.1. NU'nun Mentorluk Tanılama Formu

#### I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

1. Yaş: 59
2. Cinsiyet: 1. Kadın Erkek
3. Eğitim Durumu: Üniversite
4. Yaşanılan Yer: İl
5. Meslek: Emekli
6. Sosyal Güvence: SSK
7. Gelir Durumu: Gelir giderden fazla

#### II. Diyabete İlişkin Tanılama:

8. Diyabet tanılanma süresi? 10 yıl
9. Tedavi şekli? İnsülin+OAD+Diyet + Egzersiz

(Novorapid 16 Ünite, Lantus s8-a9 Ünite, Avandia 3X0,5, Diamicon 3X1)

10. Başka kronik hastalık var mı? Var Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı

11. Akut Komplikasyon Öyküsü: Yok

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

12. Kronik Komplikasyon Öyküsü: Yok

Retinopati

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama

13. Diyabet eğitimi nereden aldınız? **Hastane**
14. Diyabet eğitimi kimden aldınız? **İç Hastalıkları Uzmanı, Hemşire...**
15. Eğitimin Süresi: Sağlık kontrolleri sırasında (1 kez de kalem eğitimi)
16. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?  
.....**Diyet, ilaç kullanımı**.....
17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz? **Evet**
18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi? **Evet**
19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi? **Evet**
20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi? **Evet**
21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı? **Hayır**
22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?  
1. Kendime 2. Eğitimcilere 3. Süreye 5. Diğer.....
23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?  
1. Verilmekte olduğu gibi  
2. Önerileriniz:.....**Uygulamaya daha dönük olmalı**.....

### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti? **Olumsuz Değişti**
27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti? **Değişmedi**
28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti? **Değişmedi**
29. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti? **Değişmedi**

### 3.2.1.6.2. NU'nun Görüşme Ham Verileri

10 sene önce ilk şeker çıktı Foça'da devlet hastanesinde çıktı, yatmışım hastanede o zamanlar. Daha düşüktü seviye o zamanlar hap kullandım 2000'e kadar, 200 yılında tekrar yattım Foça'ya, o zaman insülin kullanmaya başladım. Hemen hemen 2000 yılından beri de düzenli insülin kullanıyorum.

Diyabet pankreasın çalışmaması olarak, yani hormonların çalışmaması, yeterli insülin üretilmiyor.

Biliyordum babam hastaydı. Şeker hastalığı. O zamanlar da bütün organları bozduğunu, bir çok hastalığa sebebiyet verdiğini biliyordum. Babam hiçbir şeye uymayan bir şeker hastasıydı ve bu yüzden de rahmetli oldu.

Valla diyabet hastalığı benim benim bildiği kadarı ile kurallara uyuyorsan dikkat edersen hiç riskli bir hastalık değildir.

Şu anda uymaya çalışıyorum. Ama uzun zamandır uyamadım, ciddiye almadım. Şu birkaç senedir ancak ciddi olarak kurallara uymaya çalışıyorum yani. İşte bir kere insülinleri muntazam yapmak, ilk yani aksatmadan öğünleri muntazam yemek, aynı zamanda da şeker hastasının yememesi gereken şeyleri yememek.

Diyabetten dolayı yaşamın hiçbir şekilde etkilenmedi.

Hiç aksatmadan insülinlerimi yapıyorum, o da bana zor gelmiyor. Eşim de çok önemsiyor, yardımcı, çok yardımcı.

Takip zor gelmiyor. Zaten emekliyim, emekli olunca problem olmuyor hep evdeyim.

Stripleri hep kendim alıyorum. Geçenler de dedi ki medikalci sigorta artık bunları veriyor dedi. Sağlık raporu çıkaracaksın dedi. Gittim çıkarttım sonra evrakları tamamlayacaksın dedi, konak'ta bir yer var dedi bir kere gittim bir daha gitmedim, o kadar yani engel çıkartıyorlar ki bir dosya neredeyse evrak hazırlıyorsun, bir de 2 ay

sonra verecekler, aman eksik olmasın dedim. Benim maddi problemim yok kendim alırım dedim.

Diyeti uygulamak çok kolay olmuyor. Alışmadığımız bir şey tabi yemek düzeni o açıdan zorluk veriyor, ama çok da zor değil, olmamalı.

Ağızdan Avandia alıyorum, Diamicron her gün yemekten sonra yarım alıyorum. Novorapid yemeklerden birkaç dk. önce 20 yapıyorum. Lantus sabah 8 akşam 9 ünite.

Ama başka kullandığım ilaçlar var benim bu aort damarımda tıkanma oldu, aort damarım sentetik damar takıldı, bacaklarıma da damar transferi oldu. Tansiyonum da var.

Ben genellikle bacağıma yapıyorum, bazen koluma bazen bacağa, göbeğe yapmıyorum hiç, bana ters geliyor, hiç yapmadım. Ok ama bazen bacağımda yani mesela morluklar oluyor, alkollü pamuk koyuyorum geçiyor.

Soğan suyu önerdiler bir ara ama ben doktorun dediğinin dışında pek yapmam başka bir şey. Ben doktor ne derse onu yapıyorum.

Egzersiz çok önemli olduğunu şimdi yeni öğrendim diyebiliriz. Yürüyüş bandı aldım ben şu bir ay içerisinde benim şekerde bayağı düşme oldu, bu yürüyüş bandının da etkisi. Günde 1,5 saat yürüyüş bandında egzersiz yapıyorum. 1 ay olmadı daha.

Acil durum hiç yaşamadım. Şeker hastasının yanında şeker taşınması gerektiğini biliyorum ama hiç öyle hipoglisemi olmadı.

İşte benim bu kalpteki damarlar %65 değerinde 3 büyük damarda tıkanıklık vardı. Bunun şeker hastalığından dolayı olduğunu biliyorum.

Şekerle ilgili ben senelerdir şekerimi kendim ölçüyorum. Ben yılın büyük kısmını Foça'da geçiriyorum. Oranın güzel bir devlet hastanesi vardır, iyidir de orada



da dahiliyeci yok. Tahlilleri yaptırmak kolay da, çok da doğru güzel tahliller yapıyorlar ama dahiliyeci yok şu anda.

### **3.2.1.6.3. NU'nun SWOT Analizi Sonuçları**

#### **S: Strenght: Güçlü yönleri**

- Eleştiriye açık ve sorumluluk sahibi
- Hastalığının ve hastalığının etkilerinin
- Diyabetini yönetme isteği var
- Ailesel desteği var
- Sağlık güvencesi var

#### **W:Weakness: Zayıf yönleri**

- İletişimde zorlanma
- Çok çabuk motivasyon düşüklüğü
- Obez
- Diğer sağlık problemleri

#### **O: Oppottunity: Fırsatları**

- Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği üyeliği
- Obezite derneğine üyeliği ve obezite programına katılma
- Mentorluk programına katılımda isteklilik.
- Aile desteği

#### **T: Threat: Tehditleri**

- Stres getiren yaşam olayları (diyabet ile ilişkili diğer hastalıklar)

### 3.2.1.6.4. NU'nun Mentorluk Süreci

#### 1. Ay

- İlk tanışma ve özellikleri tanıma (Obezite derneği, obezite programına üye olmuş).
- Telefon görüşmelerinin ve yüz yüze görüşmelerin periyotlarını birlikte belirleme.
- Başlangıç laboratuvar sonuçlarına göre hedefleri belirleme.
- TBT, ilaç tedavisi, kontrol ve egzersizler konusunda ilk yönlendirme.

#### 2. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneğine üye oldu.
- Diyabet okuluna kaydını yaptırdı ve tam katılım ile devam etti.

#### 3. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.
- HbA1c 8,48'den 6,8'e düştü.
- BKİ 37,4'ten 37,4'e düştü.
- Devam ettiği obezite programı doğrultusunda insülin tedavisi, Novorapid 8 Ünite, Lantus sabah 8- akşam 5 Ünite olarak değişti.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

#### 4. Ay

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin de desteği ile devam etti.

- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi.

#### **5. Ay**

- Kilo vermesinin yavaşlamasından dolayı tedaviye uyumda isteksizlik ve motivasyon eksikliği gözlemlendi.
- Son zamanlarda alkol kullanımı ve birlikte yenilen gıdalardan dolayı TBT'ye uyumunu bozduğu gözlemlendi, bu konuda yönlendirildi ve desteklendi.
- Egzersiz programını aksattığı gözlemlendi, bu konuda yönlendirildi ve desteklendi.

#### **6. Ay**

- Egzersiz programını uyum içerisinde sürdürdü.
- TBT'ye uyumu eşinin desteği ile devam etti.
- HbA1c 6,8'den 6,5'e düştü.
- BKİ 35,4'ten 35,15'e düştü.
- Hasta ile her gün telefon görüşmelerine devam edildi ve bu ay içerisinde 1 kez yüz yüze görüşüldü.

**Genel Sonuç: 6-NU diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**

### 3.2.1.6.5. NU'nun Mentorluk Sürecindeki Metabolik Sonuçları

Tablo 14a. Örneklem 6-NU'nun Mentorluk Sürecindeki Laboratuvar Sonuçları

Aylar Bulgular	0. Ay	1. Ay	2. Ay	3. Ay	4. Ay	5. Ay	6. Ay
Hb <sub>1</sub> Ac	8,48			6,8			6,5
T. Kolesterol	248			210			190
LDL	Ölçülemedi			129			118
HDL	48			50			54
Trigliserid	944			880			839
Mikroalbümin	<5						<5
BKİ	37,4	35,4	35,4	35,4	35,15	35,15	35,15

**Tablo 14b. Örneklem 6-NU'nun Mentorluk Sürecindeki Glisemi Düzeyleri**

<b>Hafta</b>	<b>Sabah Açlık</b>	<b>Sabah Tokluk</b>	<b>Öğlen Tokluk</b>	<b>Akşam Tokluk</b>
1	159	180	146	182
2	165	175	135	194
3	192	162	164	167
4	164	129	154	173
5	148	149	171	162
6	157	176	162	154
7	135	164	148	176
8	151	173	175	185
9	142	185	150	192
10	145	196	142	199
11	186	167	133	184
12	132	159	135	162
13	146	168	145	142
14	158	154	147	174
15	118	167	132	156
16	151	153	161	129
17	143	195	164	162
18	135	110	143	165
19	147	125	165	150
20	162	143	159	143
21	135	135	161	138
22	154	118	142	185
23	152	125	138	173
24	136	132	154	142

## BÖLÜM IV

### 4. TARTIŞMA

#### 4.1. Fenomenolojik Yaklaşım Sonuçlarına Yönelik Bulgularının Tartışması

##### 4.1.1. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırma sonuçlarına göre; araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin sosyo- demografik özelliklerine ilişkin verileri sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireyler den 13'ünün kadın, 7'sinin erkek; 12'sinin 49-58 yaş grubunda, 6'sının 59-68 yaş grubunda ve 2'sinin 69 yaş ve üzeri olduğu; 1'inin okur yazar, 5'inin ilköğretim, 7'sinin ortaöğretim ve 7'sinin üniversite mezunu olduğu, 17'sinin ilde, 3'ünün ilçede yaşadığı, 1'inin memur, 14'ünün emekli, 5'inin ev hanımı olduğu; 14'ünün sosyal güvencesinin Emekli Sandığı, 3'ünün SSK, 2'sinin Özel, ve 1'inin sosyal güvencesinin olmadığı; 4'ünün gelir durumunun giderden az olduğu, 15'inin gelirinin giderine denk ve 1'inin fazla olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu sonuçlar bağlamında; araştırmacının cinsiyeti ve diyabet yönetim bozukluğunun toplumsal faktörler nedeni ile kadınlarda daha fazla görülmesi kadın katılımcıların sayısının fazlalığına neden olarak gösterilebilir (17, 77). Tip 2 diyabet görülme sıklığının ortalama 45 yaş ve üzeri olması araştırmanın fenomenolojik örneklemini, ortaöğrenim ve üniversite mezunlarının çalışmaya katılım istekleri de yeni bir tedavi yaklaşımına karşı bilinçli ve olumlu yaklaşımının eğitim düzeyi yüksek bireylerde daha fazla olmasını açıklamaktadır. Araştırma örneklemini Ege Üniversitesi Hastanesi ve Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneğine başvuran bireyler oluşturduğundan katılımcıların sosyal güvenceleri

çoğunlukla Emekli Sandığıdır. Özetle; genel olarak araştırma örnekleme ülkemizin genel sosyodemografik özelliklerine uyumluluk göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 5'inin diyabet tanı süresi 10 yıl ve altı, 8'inin 10-19 yıl arası, 2'sinin 20 yıl ve üzeri olduğu; 13'ünün tedavi şeklinin OAD tedavi, 3'ünün İnsülin+OAD tedavi ve 4'ünün İnsülin tedavisi olduğu; 11'inin Hipertansiyonu, 3'ünün Koroner Arter Hastalığı, 1'inin Hashimoto Tirodit'i olduğu; 2'sini hipoglisemi, 5'inin hiperglisemi deneyimlediği; 7'sinin Retinopatisi, 2'sinin Nefropatisi ve 1'inin Nöropatisinin olduğu görülmektedir (Tablo 2). Diyabet yönetim bozukluğunun beraberinde getirdiği akut-kronik komplikasyonlar ve diğer kronik hastalıklar araştırma örneklemine katılan bireylerin hastalık ve komplikasyon varlıklarını açıklamaktadır.

Araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin diyabetin yaşam kalitelerine etkisine ilişkin dağılımları sonuçlarına göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %25'i diyabet sonrası genel sağlık durumlarının değişmediğini, %75'i olumsuz değiştiğini; %15'i fiziksel durumlarının değişmediğini, %85'i olumsuz değiştiğini; %95'i sosyal ilişkilerinin değişmediğini, %5'i olumsuz değiştiğini; %85'i ekonomik durumlarının değişmediğini, %15'i olumsuz değiştiğini; %30'u ruhsal durumlarının değişmediğini, %5'i olumlu değiştiğini, %65'i olumsuz değiştiğini ve %80'inin aile içi ilişkilerinin değişmediğini, %5'i olumlu değiştiğini, %15'inin ise olumsuz değiştiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4). Kronik hastalıkların çoğunun varlığında olduğu gibi diyabette de araştırma katılımcılarının hastalık sonrası genel sağlık durumlarında ve fiziksel durumlarında olumsuz değişikliklerin olması araştırmanın beklenen sonuçları arasındadır ve ilgili literatür ile paralel sonuçlardır (3, 63, 77).

#### **4.1.2. Araştırmanın Fenomenolojik Aşamasına Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçlarının Tartışması**

Araştırmanın fenomenolojik aşamasına katılan diyabetli bireylerin niteliksel sonuçları; araştırmada literatür ışığında araştırmacılar tarafından belirlenmiş olan araştırmanın amacına yönelik olarak belirlenen bireysel diyabet yönetim bozukluğuna ilişkin gruplar ve içerikleri doğrultusunda sunulacaktır.

#### **Diyabetin Algılanması İle İlgili Yaşam Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenleri:**

Bu grup kendi içerisinde diyabet algısı, diyabetle tanışma, diyabetle yaşam içerikleri olarak 3 alt gruba ayrılmıştır. Fenomenolojik verilerin analizi sonucunda bu alt gruplar doğrultusunda 27 önemli ifade kaydedilmiş ve bilgi eksikliği, bilinçsizlik, korku, üzüntü, inkar, kabullenememe, konforda değişiklik: ağrı, sosyal zorluklar, mesleki zorluklar, ekonomik problemler, psikolojik problemler, diğer sağlık problemlerinin çözümünde zorluklar olmak üzere toplam 12 tema çıkarılmıştır (Tablo 6).

Literatürde aynı yöntemle yapılan, daha önce gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada diyabetin anlamı incelenmiş ve kilo almak ile ilgili sıkıntılar, yaşam düzensizliği, kendini kandırma, kendisi ve diğer kişiler için üzülme temaları elde edilmiştir (60). Diyabet ile yaşamın tanımlandığı bir çalışmada ise; diyabeti yönetememe, yönetimde motivasyon eksikliği, yaşamda düzen değişikliği ve belirsizliklerin ve hastalığın getirdiği sınırlılıkların olumsuz etkilerinin olduğu sonuçlarına varılmıştır (15). Konu ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada ise; tip 2 diyabetli bireylerin bireysel hastalık algısı incelenmiş ve hastalığın imajı, diyabet tanısının anlamı, diyabet ile ilişkili diğer hastalıklar, hdiyabetin yaşamdaki yeri,



bakım sorumlulukları ve geleceğe bakış olarak 6 kategori başlığı altında toplanıp umutlar, planlar, görüşler, güç, meşguliyet, öncelikler, değerler, barışma, kendine dahil etme, kimlik üzerine etkiler, avantajlar, talepler, tahammül, ciddilik, doğallık ve kabul etme temaları ile eşleştirilmiştir (33).

Fenomenolojik araştırma sonuçları, öznel oldukları için bireysel algılar ve kimlik özelliklerinin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel yapıdan etkilendiği dolayısı ile bireyden bireye değiştiği için fenomenolojik yöntem ile yapılan her araştırma araştırmanın yapıldığı gruba özgüdür. Bu bağlamda literatürdeki çalışmaların bu araştırma ile paralellik göstermesi beklenmemektedir. Bunlara ek olarak diyabette yönetim bozukluğunun nedenlerine yönelik bir araştırma literatürde bulunmamaktadır.

Bu çalışma sonuçları incelendiğinde ise; diyabet ile bilgi eksikliği ve bilinçsizlik temaları hastalık yönetim bozukluğunun başında gelmektedir. Araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan bireylerin çoğu hastalığını kendi tanı süresince duyduğunu, daha öncesinde duyanlar ise önemsemediklerini ifade etmişlerdir. Bu bağlamda bilgi eksikliği ve bilinçsizlik başka bir deyişle farkındalığın olmayışı diyabet yönetim problemlerinin başında gelmektedir. Korku, üzüntü, inkar ve kabullenememe temaları ise hemen hemen tüm kronik hastalıkların ilk teşhisinde karşılaşılan ve baş etme stratejilerinin geliştirilmesini gerektiren psikolojik problem temalarıdır (56). Deneyimlenen sosyal, mesleki, ekonomik ve diğer sağlık problemlerinin çözümündeki zorluklar ise ülkemiz sağlık sisteminin getirdiği sorunlar olarak araştırmacı tarafından tanımlanmıştır.

## **Diyabetli Bireyin Öz Bakım Gücü ve Öz Etkililik Düzeyi İle İlgili Deneyimleri, Zorlukları ve Nedenleri:**

Bu grup kendi içerisinde; evde glikoz takibi, tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi tedavi, egzersiz, semptom yönetimi, periyodik kontroller, alternatif tedavi yöntemleri içerikleri doğrultusunda; bireysel diyabet yönetim bozukluğunun nedenleri, bireysel nedenler ve sağlık ekibinden beklentiler içerikleri doğrultusunda 7 grupta tanımlanmıştır. Fenomenolojik verilerin analizi sonucunda bu alt gruplar doğrultusunda 79 önemli ifade kaydedilmiş ve ekonomik problemler, sosyal kısıtlılıklar, tedaviyi önemsememe, bilgisizlik, bilinçsizlik, yanlış sağlık inanışları, kurumsal zorluklar, TBT'nin önemini kavrayamama, beslenmede lezzet önceliği kavramı, edinilmiş yanlış beslenme alışkanlıklarında aile ısrarı, öğün atlama, aile ilişkileri, aile üyelerinin ve yakınların bilinçsizliği, aile sorumlulukları, izolasyon korkusu, çevresel problemler, bilgi yetersizliği, çevresel faktörler, unutkanlık, enjeksiyon korkusu, insülin hakkında yanlış bilgi, insülin korkusu, insülin uygulamasını çevreden saklama, uygulama zorluğu, beceri yetersizliği, uygulama komplikasyonları, unutkanlık, fiziksel zorluklar, bilgi eksikliği, (özellikle hiperglisemide), yanlış çözüm arayışları- uygulamaları, hipoglisemi korkusu, periyodik kontroller, kurumsal problemler, ekonomik problemler, hastane korkusu, kuruma ulaşmada stres, kurumsal problemler, kontrolün sadece ilaç almak gibi algılanması, uzman görüşü almadan yanlış fitoterapi uygulamaları, doğruluğunu bilmeden fitoterapiye alışma, uzman görüşü almadan sürdürülen fitoterapi nedeni ile ilaç tedavisinin aksatılma riski fitoterapiye karşı korkusuz endişesiz teslimiyet, mistik yaklaşımlardan yardım arayışı olmak üzere temalandırılmıştır (Tablo 7).

Bireysel diyabet yönetimi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda diyabetli bireylerin bilgi düzeyleri, öz bakım güçleri ve öz etkililiklerinin tam yeterli olmadığı

saptanmıştır (3, 77). Diyabette yönetim bozukluğunun tanımlanmasını amaçlayan bu çalışmada

Diyabetin bireysel yönetiminin başarısı bilindiği gibi öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi ile paralel gitmektedir. Bireyin öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi hastalık hakkında bilgi düzeyi, farkındalığı, bireysel özellikleri, sağlık alışkanlıkları, sağlık ile ilgili yanlış inançları, çevresel özellikleri, iş koşulları gibi bir çok faktörden etkilenmektedir ve bu faktörlerin çoğu araştırma sonuçlarında çıkan temalar ile eşleşebilmektedir (3, 77). Bu bağlamda, diyabette yönetim bozukluğunun tanımlanmasını amaçlayan bu çalışmanın sonuçları, her ne kadar yöntem olarak niceliksel olsa da literatür ile benzerlik göstermektedir.

### **Bireysel Diyabet Yönetim Bozukluğunun Nedenleri:**

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan bireylere kendi diyabet yönetim bozukluklarının nedenleri sorulmuş ve tanımlamaları istenmiştir. Elde edilen veriler ışığında 24 öznel ifade ham veri olarak verilmiştir (Tablo 8).

Fenomenolojik olarak bireylerden elde edilen ham verilerden geliştirilen temalar birey ve aileden kaynaklan stres, diyabetin kısıtlamalarından kaynaklanan stres, sorunlar ile baş etmede yetersizlik, bilgiye rağmen bilinçsizlik ve ihmal, sedanter yaşam, egzersiz ile ilgili yetersiz alışkanlıklar, bilgiyi davranışa dönüştürmeme, tedavi bilincinin gelişmemesi, plansız-düzensiz yaşam alışkanlığı kapsamında bireysel algılama ve tedavinin zorluklarını kolaylaştıran teknoloji beklentisi, ekipten sürekli bireysel takip (danışmanlık/mentorluk) talebi, ekip üyelerine kolay ulaşılabilirlik, daha iyi eğitim programları, grup eğitimi ve uzman eğitiminden sağlanan yararlar nedeni ile benzer aktif eğitim beklentileri, beceri geliştirmeye yönelik eğitim uygulamaları, toplumun yeterli sağlık bilgisi için yaygın

eğitim, topluma sağlıklı yaşam davranışlarının oğretilmesi ve geliştirilmesi, TBT konusunda daha ayrıntılı bilgilendirme, TBT ile ilgili bilgilendirici broşur ve formlar yerine interaktif ve uygulamalı eğitim kapsamında diyabet ekibinden beklentiler ve medikal endüstriden beklentiler olarak 3 grupta toplanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında; diyabetli bireylerin sağlık ekibi ve medikal endüstriden beklentileri oldukça fazladır ve sağlık sistemindeki aksaklıklar, yasal dzensizlikler ve yetersizlikler, sağlık eğitimindeki yetersizlikler, teknolojinin ülkeye geç ve/veya pahalı ulaşması gibi bir çok faktör nedeni ile tam ve etkin bir sağlık hizmeti alamayan hastalardan böyle ifadelerin çıkması beklenen bir sonuğtur.

#### **4.2. Mentorluk Süreci Bulgularının Tartışması**

Araştırmanın mentorluk süreci bulgularının tartışması diyabette bu konuda yapılmış benzer başka bir çalışmaya rastlanmadığı için ancak diyabet ve diyabet eğitimi ile ilgili literatür bilgileri ve araştırmacının yorumları ile sunulmuştur.

##### **Örnekleme 1. HT Mentorluk Programı Sonucu:**

TBT uyumu başladı- sürdürüyor, kilo verdi (10 kilo), BKİ 39,3'ten 35,3'e düştü, bunun sonucunda yürüme zorluğu azaldı, yardımcı araç kullanmaktan (baston) kurtuldu, düzenli egzersizini yapıyor, antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde seyrediyor, mikroalbumin düzeyi düştü (21'den 14'e), HbA1c normal değerlere indi (7,5'ten 6,5'a düştü) (Tablo 9). Bu sonuçlar doğrultusunda; HT diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.

##### **Örnekleme 2. NÖ Mentorluk Programı Sonucu:**

Mentorluk sürecinde düşme, travma ve bacakta fraktür, alçı tedavisi olumsuz faktörü altında; egzersiz programını sürdüremedi, TBT uyumu gerçekleşemedi,

HbA1c'de istenilen hedefe ulaşamadı (10,5'tan 9'a düştü), kolesterol değerleri yüksek kaldı (Tablo 10), bu süreçte ilgili doktor tarafından insülin dozu yükseltildi, Bu sonuçlar doğrultusunda; NÖ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar göremedi.

### **Örneklem 3. GP Mentorluk Programı Sonucu:**

Spor salonuna yazıldı, düzenli egzersizlere başladı, TBT uyumu gerçekleşti, diyetine sebzeleri de ekledi, HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı (8,4'ten 6,4'e düştü), kolesterol değerlerinde düşme başladı (Tablo 11), mentorluk süreci başlangıcında OAD'lere ilaveten insülin eklenmişti, mentorluk süreci işlerken insüline gereksinim kalmadı. Bu sonuçlar doğrultusunda; GP diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.

### **Örneklem 4. İÖ Mentorluk Programı Sonucu:**

Tıbbi tedavi uyumu gerçekleşti artık insülin uygulaması ile ilgili yakınlarından çekinmeleri yok, doğru zamanda insülin uygulamaya başladı, sosyal yaşamda kendini ifade etmeye başladı, misafirlik ve seyahatlerde (özellikle gittikleri yerlerden telefonla arayarak hem danışmanlık istedi hem de hastalıkları için doğru beslenmenin önemini yakınlarına fark ettirdi) yakınlarının baskısı ile baş etmeyi öğrendi. Artık ikramlarda gereksiz yemek yemiyor, evde ki yemek alışkanlıklarında da TBT uyumu başladı, kendi mentorluk sürecinin yanı sıra eşinin mentorluk sürecine de aktif katıldı, kolesterol değerleri normal düzeylerde devam etti, HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı (6,7'den 6,4'e düştü) (Tablo 12). Bu sonuçlar doğrultusunda; İÖ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.

### **Örneklem 5. SŞ Mentorluk Programı Sonucu:**

Sigarayı azalttı ve sürecin sonunda bıraktı, TBT uyumu gerçekleşti, fakat hala uyum zorlukları var, kolesterol değerlerinde düşme başladı. (LDL, Trgl., T. Kol. normal düzeyde, sadece HDL düşük), program süresince planlanan egzersize (Yürüyüş) devam etti, antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde, HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı ( 7,5'ten 5,8'e düştü) (Tablo 13), mentorluk süreci başlangıcında OAD ve insülin kullanıyordu, mentorluk süresince öncelikle insülin dozu azaltıldı, devamında insüline gereksinim kalmadı sadece OAD ile tedavisi devam ediyor, TBT, egzersiz, OAD'lere uyumu ve insülini bırakması sonucunda fiziksel ve ruhsal sıkıntılarının azaldığını farketti, bu durum tedaviye uyumunu daha da güçlendirdi. Bu sonuçlar doğrultusunda; SŞ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.

### **Örneklem 6. NU Mentorluk Programı Sonucu:**

Diyabetle barışık yaşamayı öğrenmeye başladı, sosyal etkinliklerde kendini ve beslenme sınırlılıklarını ifade edebiliyor, TBT uyumu başladı hatta gerçekleşti denilebilir, egzersiz programına (koşu bandı ve yürüyüşler) devam ediyor, HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı (8,48'ten 6,5'e düştü), süreç boyunca kilo verdi. Beklenen biçimde diğer kan yağları düşerken, HDL'de yükselme gözlemlendi. (Tablo 14) kullandığı insülin dozları azaltıldı. Bu sonuçlar doğrultusunda; NU diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak incelendiğinde; bireysel diyabet yönetimi bozuk bireylerde diyabet yönetimini başarmak ve metabolik hedeflere ulaşabilmek için, bireylerin yönetim bozukluğuna yol açan bireysel problemleri ile ilgili gerçek ve tam verileri toplayabilmek için bireylere

fenomenolojik yaklaşım ile iletişim kurma gerekliliği ve elde edilen veriler doğrultusunda yapılan diyabet hemşireliği bireysel diyabet danışmanlık-mentorluk modelinin %80 (6 bireyde/5 başarı) başarıya ulaştığı saptanmıştır.

## BÖLÜM V

### 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. Sonuç

Diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşadıkları deneyimleri niteliksel araştırma metodu olan fenomenolojik yaklaşım kullanılarak öznel ve çok yönlü olarak tanımlamak ve belirlenen bireysel sorunlarına öznel çözüm getirmeye yönelik mentor/koçluk yöntemi ile danışmanlık yaparak diyabet yönetiminde bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmek temel amacı ve diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerini, yönetim problemlerini, yardıma gereksinim duydukları konuları özetle diyabet yönetiminde deneyimledikleri bireysel güçlükleri **fenomenoljik olarak belirlemek**, bireysel-fenomenolojik olarak belirlenen sorunlara yönelik, ilgili literatür ışığında hazırlanan rehber önderliğinde ve danışmanlık ilkeleri doğrultusunda bireylere bire bir **mentorluk** yaparak diyabet yönetiminde başarı kriterlerini belirlemek amacı ile yapılmış bu araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak incelendiğinde; bireysel diyabet yönetimi bozuk bireylerde diyabet yönetimini başarmak ve metabolik hedeflere ulaşabilmek için, **bireylerin yönetim bozukluğuna yol açan bireysel problemleri ile ilgili gerçek ve tam verileri toplayabilmek için bireylere fenomenolojik yaklaşım ile iletişim kurma gerekliliği ve elde edilen veriler doğrultusunda yapılan diyabet hemşireliği bireysel diyabet danışmanlık-mentorluk modelinin %80 (6 bireyde/5 başarı) başarıya ulaştığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre araştırmanın “Diyabet yönetimi bozuk olan hastalara fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk modeli kullanılarak yapılandırılan bireysel diyabet hemşireliği **diyabet yönetim başarısında etkilidir” H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.****



Araştırmanın sonuçları tek tek incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlar (araştırma sonuçları mentorluk sürecini tamamlayan 6 birey üzerinden irdelenmiştir) elde edilmiştir;



### **Örneklem 1. HT:**

#### **Fenomenolojik Sonuç:**

- 14 yıllık diyabet tanısı ve hastalık ile ilgili bilgisine rağmen bilginin davranışa dönüşmemesi, bilinçsizlik
- Ekonomik sıkıntılar nedeni ile kontrol ve tedavi eksikliği
- Yanlış beslenme alışkanlıklarını sürdürme
- Kronik komplikasyon (retinopati varlığı)
- Kendi ifadesine göre diyabetin fiziksel ruhsal hatta ekonomik olmak üzere genel sağlık durumunu olumsuz etkilemesi
- Tıbbi Beslenme Tedavisine uyumda eşi ile iletişim zorluğu
- Aile içinde sorumluluk ve iş yükü fazlalığı nedeni ile kendine zaman ayıramama
- Benlik kavramının ve davranışın oturmaması, aile ve çocuklara karşı fedakar yaklaşım
- Obezite, osteoartroz ve diğer sosyal problemler nedeni ile egzersiz yapamama

#### **Mentorluk Programı Sonucu:**

- TBT uyumu başladı- sürdürüyor.
- Kilo verdi (10 kilo), BKİ 39,3'ten 35,3'e düştü, bunun sonucunda yürüme zorluğu azaldı, yardımcı araç kullanmaktan (baston) kurtuldu.
- Düzenli egzersizini yapıyor.
- Antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde seyrediyor.
- Mikroalbümin düzeyi düştü (21'den 14'e)
- HbA1c normal değerlere indi (7,5'ten 6,5'a düştü)

**Genel Sonuç: 1-HT diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**



**Örneklem 2. NÖ:**

**Fenomenolojik Sonuç:**

- 21 yıllık öyküsüne rağmen, hastalık ile ilgili bilginin davranışa dönüşmemesi-bilinçsizlik
- İkinci kronik hastalık (Hashimoto tiroiditi) varlığı
- İki hastalığın tedavisini sürdürmede güçlük,
- Kendi ifadesine göre diyabetin genel sağlık ve fiziksel durumu üzerine yaptığı olumsuz değişiklikler
- Sık sık hiperglisemi öyküsü tanınıyor
- Kronik komplikasyon (retinopati, nöropati) gelişmiş
- Yanlış beslenme alışkanlıklarını sürdürme, özellikle tatlıya düşkünlük
- Diyabetli olmanın getirdiği sosyal izolasyon duygusunu gidermek için misafirlik ve ziyaretlerde ikram edilen besinleri geri çevirmeme,
- Diyabetli olmanın getirdiği sosyal izolasyon duygusundan kaynaklanan insülini gizli yapmak ya da misafirlikte insülin uygulaması ile programını engellemek düşüncesi ile yanlış zamanlarda insülin uygulaması
- Uzmana danışmadan alternatif tedavi özellikle fitoterapi arayışları

**Mentorluk Programı Sonucu:**

Mentorluk sürecinde düşme, travma ve bacakta fraktür, alçı tedavisi.

- Egzersiz programını sürdüremedi.
- TBT uyumu gerçekleşemedi.

- HbA1c'de istenilen hedefe ulaşılamadı (10,5'tan 9'a düştü)
- Kolesterol değerleri yüksek kaldı.
- Bu süreçte ilgili doktor tarafından insülin dozu yükseltildi.

**Genel Sonuç: 2-NÖ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar göremedi.**



### **Örneklem 3. GP:**

#### **Fenomenolojik Sonuç:**

- 12 yıllık hastalık deneyimi ve hastalık ile ilgili bilgiye rağmen bilginin davranışa dönüşmemesi- bilinçsizlik
- Kendi ifadesine göre, diyabetin genel sağlığı ve fiziksel durumu, aile içi ilişkileri ve ruh hali üzerine yaptığı olumsuz etkiler
- Eşinin ve diğer aile üyelerinin kendisini sağlıklı görmek adına tedaviye uyumda aşırı baskısı ve bu baskının hastada oluşturduğu reaksiyoner davranış
- Yanlış beslenme alışkanlıklarını sürdürme, özellikle içerikli kahvaltıda akşam yemek yeme alışkanlığı, et ağırlıklı (hatta sebzesiz) beslenme
- Gençlikte yüksek öğrenimin yarım bırakılması, hedeflenen meslekten farklı işte çalışma, kişisel iç çatışmalar, eşin kör olmaası nedeni ile erken emekli olma gibi psikososyal nedenler ile öz bakımına (düzenli beslenme, egzersiz, dinlenme) zaman ayırmak yerine sürekli dışarıya çıkma, gezme, günlere katılma
- Diyabetli olmanın getirdiği sosyal izolasyon duygusunu gidermek için , günler ve sosyal etkinliklerde TBT'yi bozma, ikram edilen besinleri geri çevirmeme
- Bireysel diyabet yönetiminin öz bakım, öz etkilik ve tedaviye uyum davranışları yerine sık kontrol ve laboratuvar incelemeleri zannederek, doğru yaptığı

konusunda yanlış inanışlar ve böylece farklı doktor ve farklı sağlık kuruluşlarında incelemeler ve tedavi arayışları ile tedavi programının kesintiye uğraması-düzensiz tedavi

#### **Mentorluk Programı Sonucu:**

- Spor salonuna yazıldı, düzenli egzersizlere başladı.
  - TBT uyumu gerçekleşti, diyetine sebzeleri de ekledi.
  - HbA1c’de istenilen hedefe ulaşıldı (8,4’ten 6,4’e düştü)
  - Kolesterol değerlerinde düşme başladı.
  - Mentorluk süreci başlangıcında OAD’lere ilaveten insülin eklenmişti, mentorluk süreci işlerken insüline gereksinim kalmadı.

**Genel Sonuç: 3-GP diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**



#### **Örneklem 4. İÖ:**

#### **Fenomenolojik Sonuç:**

- 21 yıllık hastalık süreci ve hastalık ile ilgili bilgisine rağmen bilginin davranışa dönüşmemesi- bilinçsizlik
- Yanlış beslenme alışkanlıklarını sürdürme, özellikle tatlıya düşkünlük.
- Diyabetli olmanın getirdiği sosyal izolasyon duygusunu gidermek için misafirlik ve ziyaretlerde ikram edilen besinleri geri çevirmeme,
- Diyabetli olmanın getirdiği sosyal izolasyon duygusundan kaynaklanan insülini gizli yapmak ya da misafirlikte insülin uygulaması ile programını engellemek düşüncesi ile yanlış zamanlarda insülin uygulaması
- Uzmana danışmadan alternatif tedavi özellikle fitoterapi arayışları

### **Mentorluk Programı Sonucu:**

- Tıbbi tedavi uyumu gerçekleşti artık insülin uygulaması ile ilgili yakınlarından çekinmeleri yok, doğru zamanda insülin uygulamaya başladı.
- Sosyal yaşamda kendini ifade etmeye başladı, misafirlik ve seyahatlerde (özellikle gittikleri yerlerden telefonla arayarak hem danışmanlık istedi hem de hastalıkları için doğru beslenmenin önemini yakınlarına fark ettirdi) yakınlarının baskısı ile baş etmeyi öğrendi. Artık ikramlarda gereksiz yemek yemiyor.
- Evde ki yemek alışkanlıklarında da TBT uyumu başladı.
- Kendi mentorluk sürecinin yanı sıra eşinin mentorluk sürecine de aktif katıldı.
- Kolesterol değerleri normal düzeylerde devam etti.
- HbA1c’de istenilen hedefe ulaşıldı (6,7’den 6,4’e düştü)

**Genel Sonuç: 4-İÖ diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**



### **Örneklem 5. SŞ:**

#### **Fenomenolojik Sonuç:**

- 12 yıldır diyabetli olmasına ve hastalık ile ilgili bilgisine rağmen bilginin davranışa dönüşmemesi- bilinçsizlik
- Diyabetin yanı sıra hipertansiyon varlığı
- Kronik komplikasyon-Retinopati
- Kendi ifadesine göre diyabetin oluşturduğu fiziksel ve ruhsal durumunda olumsuz değişiklikler

- Hastalığını ve kendini önemsememe.
- Uzun yıllardır sigara kullanımı.
- Ailede stres veren yaşam olayları
- Yemek yemeye aşırı düşkünlük
- TBT'ni yanlış algılama
- Egzersizin önemini kavramama ve uygulayamama

**Mentorluk Programı Sonucu:**

- Sigarayı azalttı ve sürecin sonunda bıraktı.
  - TBT uyumu gerçekleşti, fakat hala uyum zorlukları var.
  - Kolesterol değerlerinde düşme başladı. (LDL, Trgl., T. Kol. normal düzeyde, sadece HDL düşük)
  - Program süresince planlanan egzersize (Yürüyüş) devam etti.
  - Antihipertansif tedavisine uyumu iyi TA normal düzeylerde.
  - HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı ( 7,5'ten 5,8'e düştü)
  - Mentorluk süreci başlangıcında OAD ve insülin kullanıyordu, mentorluk süresince öncelikle insülin dozu azaltıldı, devamında insüline gereksinim kalmadı sadece OAD ile tedavisi devam ediyor.
  - TBT, egzersiz, OAD'lere uyumu ve insülini bırakması sonucunda fiziksel ve ruhsal sıkıntılarının azaldığını farketti, bu durum tedaviye uyumunu daha da güçlendirdi.

**Genel Sonuç: 5-SS diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**



## Örneklem 6. NU:

### Fenomenolojik Sonuç:

- 10 yıllık diyabet öyküsü hastalık ile ilgili bilgisine rağmen bilginin davranışa dönüşmemesi- bilinçsizlik
- Kendi ifadesine göre diyabetin fiziksel durum ve sosyal ilişkilerinde yaptığı olumsuz değişiklikler
- Fiziksel durum ve ağrıları nedeni ile egzersiz yapamama
- Sosyal ilişkilerini sürdürmek uğruna tıbbi beslenme tedavisini uygulamama
- Yanlış beslenme nedeni ile laboratuvar sonuçlarında bozukluk ve obezite

### Mentorluk Programı Sonucu:

- Diyabetle barışık yaşamayı öğrenmeye başladı, sosyal etkinliklerde kendini ve beslenme sınırlılıklarını ifade edebiliyor
- TBT uyumu başladı hatta gerçekleşti denilebilir.
- Egzersiz programına (koşu bandı ve yürüyüşler) devam ediyor
- HbA1c'de istenilen hedefe ulaşıldı (8,48'ten 6,5'e düştü)
- Süreç boyunca kilo verdi.
- Beklenen biçimde diğer kan yağları düşerken, HDL'de yükselme gözlemlendi.
- Kullandığı insülin dozları azaltıldı.

**Genel Sonuç: 6\_NU diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli-mentorluk sürecinden yarar gördü.**

## 5.2. Öneriler

Diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarda fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk yapılarak bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmek amacı ile yapılmış ve diyabet yönetimi bozuk bireylerin yönetim bozukluğuna yol açan bireysel problemleri ile ilgili gerçek ve tam verileri toplayabilmek için bireylere fenomenolojik yaklaşım ile iletişim kurma gerekliliği ve elde edilen veriler doğrultusunda yapılan diyabet hemşireliği bireysel diyabet danışmanlık-mentorluk modelinin %80 (6 bireyde 5 başarı) başarıya ulaştığı saptanmış olan bu araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Diyabet yönetiminde diyabetli bireyin bireysel yönetim başarısını sağlamak için, genel olarak hazırlanmış grup diyabet eğitimleri yerine, bireysel diyabet hemşireliği ve danışmanlık yani mentorluk yapılmalıdır.
- Diyabet mentorluğu yapabilmek için, diyabetli bireyin bireysel özelliklerinin ve yönetim bozukluk nedenlerinin derinliklerine inebilmek ve gerçek soruna gerekli çözümü bulabilmek ve rehberlik yapabilmek için diyabetli birey ile fenomenolojik iletişim kurulmalıdır.
- Diyabet mentorluğu, günlük telefon iletişimleri olası ise haftalık en azından aylık yüz yüze görüşmeler bazen de bireyin günlük sosyal yaşamına (yemeği birlikte yemek, bir gezi programı planlamak, düğün-ziyafet gibi yemekli etkinliklerden önce ve sonra özellikle görüşmek gibi) aktif katılımlar ile sürdürülmelidir.
- Diyabet mentorluğu ile sürdürülecek eğitimde diyabetli birey biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak ele alınmalı, diyabet eğitim içeriğine kronik hastalık ile baş etme yöntemleri, stres çözümü stratejileri, diyabetli bireyin yasal hakları ve bireyin



olası alternatif tedavi özellikle de fitoterapi arayışları için gerekli bilgi ve danışmanlık da eklenmelidir.

- Diyabet mentorluğunu sürdürecekt diyabet hemşiresi fenomenolojik iletişim için eğitim almalı ve mentorluk deneyimi kazanmalıdır.
- Diyabet mentorluğunda verilen eğitimler salt eğitim içermemeli, verilen bilginin ve yapılan rehberliğin bireyde bilinç ve farkındalığa dönüşüp dönüşmediği, bireyin istendik davranış geliştirip geliştirmedeği gözlenmeli ve diyabet eğitiminin adımları bu gözlemlere dayandırılmalıdır.
- Diyabet hemşiresinin diyabet mentorluk sürecine katılan ve bireysel diyabet yönetiminde başarıya ulaşarak mentorluk sürecini başarıyla bitiren diyabetli bireyler (menté'ler) mentorluk özellikleri ile donatılarak akran eğitiminde lider rolü üstlenmeli ve diyabetin bireysel yönetiminde diyabet yönetimi bozuk diğerk diyabetli bireylere mentorluk yapmaları sağlanmalıdır.
- Diyabette fenomenolojik yaklaşım ile mentorluk modelinin denenmesi üzerine kurulan bu araştırmanın; elde edilen sonuçlarının kanıt geçerliliği için; değişik özellikler taşıyan (gestasyonel, Tip 1, Tip 2, yaşlı, sadece kadın, sadece erkek) diyabetli bireylerde de yapılması önerilmektedir.

## ÖZET

Bu araştırma; diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşadıkları deneyimleri niteliksel araştırma metodu olan fenomenolojik yaklaşım kullanılarak öznel ve çok yönlü olarak tanımlamak ve belirlenen bireysel sorunlarına öznel çözüm getirmeye yönelik mentor/koçluk yöntemi ile danışmanlık yaparak diyabet yönetiminde bireysel diyabet hemşireliği modelini test etmek temel amacı ve diyabet yönetimi bozuk olan Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerini, yönetim problemlerini, yardıma gereksinim duydukları konuları özetle diyabet yönetiminde deneyimledikleri bireysel güçlükleri fenomenolojik olarak belirlemek, bireysel-fenomenolojik olarak belirlenen sorunlara yönelik, ilgili literatür ışığında hazırlanan rehber önderliğinde ve danışmanlık ilkeleri doğrultusunda bireylere bire bir mentorluk yaparak diyabet yönetiminde başarı kriterlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Diyabet polikliniği ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'nde Eylül 2006- Mayıs 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma evreni araştırmanın iki süreci doğrultusunda kendi içerisinde iki popülasyonu içermektedir. Bu bağlamda; araştırmanın fenomenolojik aşamasının evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı, Diyabet polikliniğine ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'ne baş vuran ve diyabet yönetimi bozuk olan tüm hastalar oluşturmuştur (N<sub>1</sub>=araştırmanın sınırlandırıldığı kurumlarda diyabet yönetimi bozuk bireyler için kesin bir sayıya ulaşamamıştır). araştırmanın

Mentorluk aşaması evrenini, ise fenomenolojik aşamaya alınan diyabet yönetimi bozuk bireyler oluşturmuştur ( $N_2=20$ ).

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve örneklem seçimi de araştırma evreni gibi iki aşamalı olarak oluşturulmuştur. Fenomenolojik örneklem büyüklüğü ve seçimi; literatürde niteliksel araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Genellikle niteliksel çalışmalarda örneklem sayısı araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmekte olup genellikle literatürde bire bir görüşmeler ile yapılan fenomenolojik araştırmaların en az 4 en çokta 10 katılımcı ile yapıldığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın fenomenolojik aşamasının örneklemine 20 diyabet yönetimi bozuk birey oluşturmuştur ( $n_1=20$ ). Mentorluk aşaması örneklem büyüklüğü ve seçimi ise fenomenolojik aşama örneklemini evren kabul edilerek evreni oluşturan 20 birey arasından seçilen ve menteé özellikleri ile uyumlu olan 9 diyabet yönetimi bozuk birey alınmıştır fakat mentorluk süreci aşamalarında menteélerden gelen engeller nedeni ile mentorluk sürecinin yürütülemediği görülmüş olup, 3 birey araştırma kriterlerine uyumsuzluk gösterdiğinden dolayı araştırmanın mentorluk kapsamı dışına alınmıştır.

Araştırmanın veri toplama yöntemi fenomenoloji, mentorluk ve laboratuvar incelemeleri olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir ve veri toplama sürecinde mini mental test (Ek I), ilgili literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan bireysel tanıtım formu (Ek II), fenomenolojik veri toplama için yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek III), mentor rehberi (Ek IV) kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastaların diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerini, yönetim problemlerini, yardıma gereksinim duydukları konuları özetle diyabet yönetiminde deneyimledikleri bireysel güçlükleri fenomenolojik olarak belirlemek, bireysel-fenomenolojik olarak belirlenen sorunlara

yönelik, ilgili literatür ışığında hazırlanan rehber önderliğinde ve danışmanlık ilkeleri doğrultusunda bireylere bire bir mentorluk yaparak diyabet yönetiminde başarı kriterlerini belirlemek amacı ile yapılmış bu araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak incelendiğinde; bireysel diyabet yönetimi bozuk bireylerde diyabet yönetimini başarmak ve metabolik hedeflere ulaşabilmek için, bireylerin yönetim bozukluğuna yol açan bireysel problemleri ile ilgili gerçek ve tam verileri toplayabilmek için bireylere fenomenolojik yaklaşım ile iletişim kurma gerekliliği ve elde edilen veriler doğrultusunda yapılan diyabet hemşireliği bireysel diyabet danışmanlık-mentorluk modelinin %80 (6 bireyde/5 başarı) başarıya ulaştığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçları bağlamında;

- Diyabet yönetiminde diyabetli bireyin bireysel yönetim başarısını sağlamak için, genel olarak hazırlanmış grup diyabet eğitimleri yerine, bireysel diyabet hemşireliği ve danışmanlık yani mentorluk yapılmalıdır.
- Diyabet mentorluğu yapabilmek için, diyabetli bireyin bireysel özelliklerinin ve yönetim bozukluk nedenlerinin derinliklerine inebilmek ve gerçek soruna gerekli çözümü bulabilmek ve rehberlik yapabilmek için diyabetli birey ile fenomenolojik iletişim kurulmalıdır.
- Diyabet mentorluğu, günlük telefon iletişimleri olası ise haftalık en azından aylık yüz yüze görüşmeler bazen de bireyin günlük sosyal yaşamına (yemeği birlikte yemek, bir gezi programı planlamak, düğün-ziyafet gibi yemekli etkinliklerden önce ve sonra özellikle görüşmek gibi) aktif katılımlar ile sürdürülmelidir.
- Diyabet mentorluğu ile sürdürülecek eğitimde diyabetli birey biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak ele alınmalı, diyabet eğitim içeriğine kronik hastalık ile baş etme yöntemleri, stres çözümü stratejileri, diyabetli bireyin yasal hakları ve bireyin

olası alternatif tedavi özellikle de fitoterapi arayışları için gerekli bilgi ve danışmanlık da eklenmelidir.

- Diyabet mentorluğunu sürdürecekt diyabet hemşiresi fenomenolojik iletişim için eğitim almalı ve mentorluk deneyimi kazanmalıdır.
- Diyabet mentorluğunda verilen eğitimler salt eğitim içermemeli, verilen bilginin ve yapılan rehberliğin bireyde bilinç ve farkındalığa dönüşüp dönüşmediği, bireyin istendik davranış geliştirip geliştirmedeği gözlenmeli ve diyabet eğitiminin adımları bu gözlemlere dayandırılmalıdır.
- Diyabet hemşiresinin diyabet mentorluk sürecine katılan ve bireysel diyabet yönetiminde başarıya ulaşarak mentorluk sürecini başarıyla bitiren diyabetli bireyler (menté'ler) mentorluk özellikleri ile donatılarak akran eğitiminde lider rolü üstlenmeli ve diyabetin bireysel yönetiminde diyabet yönetimi bozuk diğerk diyabetli bireylere mentorluk yapmaları sağlanmalıdır.
- Diyabette fenomenolojik yaklaşım ile mentorluk modelinin denenmesi üzerine kurulan bu araştırmanın; elde edilen sonuçlarının kanıt geçerliliği için; değişik özellikler taşıyan (gestasyonel, Tip 1, Tip 2, yaşlı, sadece kadın, sadece erkek) diyabetli bireylerde de yapılması önerilmektedir.

## ABSTRACT

The purposes of this research are to describe subjectively and versatile the lived experiences of patients with Type 2 Diabetes Mellitus who have disorder of diabetes management using phenomenologic approach which is a quantitative research method and to test model of individual diabetes nursing under diabetes management by consultancy using mentor/coaching method towards providing individual solution for determined individual difficulties, and to explore life experiences of patients with Type 2 Diabetes Mellitus about diabetes, management problems and issues that they need assistance for in summary to explore individual difficulties that were experienced under diabetes management, phenomenologically and to determine success criteria in diabetes management for the issues addressed by individual-phenomenologic approach by individual mentoring with the help of guidelines prepared under lights of related literature and consultancy principles.

Research has been carried out between September 2006 and May 2007, Ege University, Faculty of Medicine, Medical Disease Endocrinology and Metabolism Department, Diabetes Polyclinic and Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği.

Research universe included two populations based on two processes of the research. Within this context, phenomenologic stage of the research involved all patients who have disorders of diabetes management and applied to Ege University, Faculty of Medicine, Medical Disease Endocrinology and Metabolism Department, Diabetes Polyclinic and Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği ( $N_1$ = definite number could not be given for individuals with disorder of diabetes management in involved institutions ), and mentoring stage of the research included individuals with disorder of diabetes management who were involved in phenomenologic stage ( $N_2=20$ ).

Sampling size and sampling choice of the research was again of two stages. Regarding phenomenologic sampling size and choice, no definite rule has been mentioned in literature for the number of persons to be taken under qualitative research context. The number of samples has been mostly determined based on question and purpose of research. In literature, it has been seen that the minimum number of participants to phenomenologic research is 4 and maximum number is 10. Within this context, sample for the phenomenologic stage of this research was 20 individuals with disorder of diabetes management ( $n_1=20$ ). Regarding mentorship sampling size, it has been chosen from phenomenologic sampling size and it is 9 patients who have disorders of diabetes management and compatible with mentee characteristics. However it has been found that mentoring process could not be carried out due to difficulties arisen from mentees and 3 patients were taken out of mentoring scope since they did not comply with research criteria ( $n_2=6$ ).

Data collecting for the research has been performed in three steps; phenomenologic, mentoring and laboratory examinations and followings have been used in data collecting process: mini mental test (Appendix I), individual introduction form prepared under lights of literature and experts views (Appendix II), semi-constructed interview form for phenomenologic data collecting (Appendix III), and mentoring guide (Appendix IV).

Assesing the results of the research which has been carried out with purposes of exploring life experiences of patients with Type 2 Diabetes Mellitus about diabetes, management problems and issues that they need assistance for in summary to explore individual difficulties that were experienced under diabetes management, phenomenologically and to determine success criteria in diabetes management for the issues addressed by individual-phenomenologic approach by individual mentoring

with the help of guidelines prepared under lights of related literature and consultancy principles, it has been established that communication with individuals using phenomenologic approach is of necessity in order to collect actual and complete data related to individual problems leading to management disorder and that based on obtained data consultancy-mentoring model of diabetes nursing has reached success with rate of 80% (success: 5 out of 6 individuals)

Following conclusions have been drawn from the results of this research;

- Under diabetes management in order to provide individual success to diabetic patient, individual diabetic nursing and consultancy, namely mentorship should be served instead of group diabetic trainings that are prepared in general.
- In order to keep diabetes mentorship, it is of importance to deepen characteristics of individual with diabetes and causes of management disorder, and to find solution for the issue behind it and phenomenological communication should be bridged to diabetic individual for guiding.
- Diabetes mentorship should be maintained with face to face interviews at least once a month or once a week, if daily phone conversations are possible, and sometimes active participations to individual's daily social life (to have dinner, to plan a trip, to make interview before and after wedding-feast).
- Diabetic individual should be considered as a whole of bio-psico-social in the training to be led by diabetes mentorship, and knowledge and methods of coping with chronic disease, stress overcoming strategies, legal rights of individual and possible alternative treatment and consultancy required for specially fitotherapy seeking should be added to context of diabetes training.
- Diabetes nurse to carry out diabetes mentorship should be given training for phenomenologic communication and should gain mentoring experience.



- Trainings given under diabetes mentorship should not cover only training. Whether provided knowledge and guideness turns to consciousness and awareness on individual and whether individual develops requested behaviours or not should be observed and steps of diabetes training should be based on these observations.
- For clinical evidences of the results of the research which is based on trial of phenomenologic approach and mentoring model in diabetes, it has been suggested that study should be carried out on diabetic individuals with different characteristics (gestational, Tupe 1, Type 2, only women, only men).

## KAYNAKLAR

1. Akın, S, Durna Z (2006); “Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu”, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (2), s: 1-8.
2. Aktan, CC. (Erişim Tarihi: 2007); “Stratejik Yönetim ve SWOT Analizi”, <http://canaktan.org/yönetim/Stratejikyönetim>
3. Akkuş, S. (2004); “Tip1 ve Tip 2 Diyabetli Hastalarda Öz Etkililik ile Metabolik Sonuçlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Danışman Esen, A., Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
4. Akyol, D., A. (2004); “Diyabet Eğitimi”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadiloğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 201-228.
5. Aldo, A., Rossini, L, (et al); (2007); “Diabetes Research in Jeopardy The Extinction of Clinical Diabetes Researchers”, Annals of New york academy of Science, 1103, p: 33-44.
6. Alphan, E. (2001); “Diabetes Mellitus’ta Beslenme Tedavisi”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 895-920.
7. Andreoli, C.; Bennet, P. (2000); “Diabetes Mellitus”; Cecil Essentials of Medicine; Çeviri Editörleri: Çalangu, S.; Sıva, A.; Tuzcu, M.; Çevik Matbaası; İstanbul; s: 553-545.
8. Aydın, A.; Conk, Z. (2003); “Çocuğu Kansere Olan Annelerin Aile Yükünün Belirlenmesi”; Doktora Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
9. Baltas, A. (Erişim tarihi: 2006); “Mentorluk”; <http://www.baltas-baltas.com>
10. Baltas, A. (Erişim tarihi: 2007); “Usta’dan Mentor’a”, <http://www.baltas-baltas.com>

11. Bayraktar, F.(2003); “Diabetes Mellitus’un Önemi ve Tanı Kriterleri”; I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 9-12.
12. Bayraktar, F.(2005); “Diabetes Mellitus’ta Tarama, Tanı ve TKŞ Önemi”; I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 1-13.
13. Beech, I. (1999); “Bracketing in phenomenological research”, Nurse Researcher;; 6, 3; Health & Medical Complete, p: 35.
14. Briggs, CA. (2006); “Research Mentorship in Counselor Education”, Doctorate Thesis, Oregon State University, USA.
15. Callagan, D., Williams, A. (1993), “Living With Diabetes: Issues for Nursing Practice”, Journal of Advanced Nursing, 20, p: 132-139.
16. Diabetes Health (Erişim Tarihi: 2007); “Become a Champion for Diabetes Patients: Help Others Manage Their Diabetes”, <http://www.diabeteshealth.com>
17. Dinççağ, N. (2001); “Diabetes Mellitus’lu Hastanın Eğitimi”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 997-1002.
18. Drury, J. (2001), “Impeded Nursing Care: Nurses’ Lived Experiences”, Degree of Master of Science (Nursing) Thesis, Curtin University of Technology, USA. p: 12-28.
19. Douglas, DH (2004); “The Lived Experience of Loss: A Phenomenological Study”, Journal of American Psychiatric Nurses Assosiation”, Vol:10, No:1, p:24.
20. Emiroğlu, N., O. (2002); “Niteliksel Araştırma Tasarımları”; Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri; Editör: Erefe, İ.; HEMAR-GE Yayınları; Yayın No:1; İstanbul; s: 103-111.

21. Esen, A. (2004); “Diyabetin Tanımı, Sınıflandırılması ve Risk Faktörleri”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadiloğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 21-34.
22. Esen, A. (2005); “Diabetes Mellitus’ta Eğitimin Önemi”, III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 16-19.
23. Fadiloğlu, Ç. (2003); “Diyabet Hemşireliği”; Diyabet Hemşiresinin El Kitabı; 2. Baskı, Asya Tıp Kitabevi, İzmir.
24. Gün, K., Karagülle Z. (Erişim Tarihi: 2007); “Bitkilerle Tedavi (Fitoterapi)”, [http://saglik.tr.net/genel\\_saglik\\_bitkilerle\\_tedavi.shtml](http://saglik.tr.net/genel_saglik_bitkilerle_tedavi.shtml)
25. Gürlek, TB. (2002), “SWOT Analizi”, TÜSSİDE, Gebze, <http://vizyon2023.tubitak.gov.tr>
26. Ezerler, U., D. (Erişim tarihi: 2007); “Bir Gelişme Modeli Olarak Koçluk”; <http://www.peryon.org.tr>
27. Fain, J. (2004); “Author Menthorship Programme”, The Diabetes Educator, Vol: 30, p:1000.
28. Giorgi, A. (2006); “Difficulties Encountered In The Application Of The Phenomenological Method In The Social Sciences”, Análise Psicológica, 3 (XXIV), p: 353-361.
29. Güngen, C., Ertan. T., Eker, E. ve ark. (2002); “Standardize Mini Mental Test’in Türk toplumunda Hafdif demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği”, Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4), s: 273-251.
30. Hatipoğlu, S. (2004); “Acil Servis Dünyası”, 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu, 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu 24-27 Kaasım 2004, Gaziantep, s: 81-82.

31. Hoffman, RP. (2005); "Virtual Mentor: Clinical Case: Controlling Diabetes", Ethics Journal of the American Medical Association, Vol: 7, No: 11.
32. Holström, IM, Rosenvigst, U. (2004); "Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes", Journal of Advanced Nursing, 49 (2), p: 146-154.
33. Hörnstern, A., Sandström, H.; Lundman, B. (2004); "Personal Understandings of Illness Among People with Type 2 Diabetes" , Journal of Advanced Nursing, 47 (2), p: 174-182.
34. Hörnstern, A., Sandström, H.; Lundman, B., Selstam, KE. (2005); "Patients Satisfaction with Diabetes Care", Journal of Advanced Nursing, 51 (6), p: 609-617.
35. Hwang; E., J.; Kim, Y., H.; Jun, S., S. (2004); "Lived Experience of korean Women Suffering From Rheumatoid Arthritis: A Phenomenological Approach"; International Journal of Nursing Studies; 41; s:239-246.
36. Koch T. (1999); "An interpretive research process: Revisiting phenomenological and hermeneutical approaches", Nurse Researche; 6, 3; Health & Medical Complete, p: 20
37. Koskinen, L, Tossavainen, K. (2003); "Characteristics of intercultural mentoring – a mentor perspective", Nursing Education Today, 23, 278-285.
38. Kuşuoğlu, S., Eti Aslan, F., Olgun, N. (2001); "Acil Bakım: Dahiliye, Cerrahi, Çocuk,". (Ed): Şelimen D., 2. Baskı., Yüce Yayım İstanbul.
39. Küçükgüçlü, Ö. (2003); "Diyabetik Hasta Eğitimi ve Erişkin Eğitim İlkeleri"; I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 55-57.

40. MacMaster, PLJ. (2005); “The Meaning of type 2 Diabetes for Women With Previous Gestational Diabetes”, Doctorate Thesis, <http://www.lib.umi.com/dissertations>
41. MacPherson, S., Dayle, J, (et al), (2004); “The Benefits of Peer Support with Diabetes”, Nursing Forum, Vol:39, No: 4, p: 5-12.
42. Martines, NC., Reimer TT. (2005); “Diabetes Nurse Educator’s Prioritized Elder Foot Care Behaviors”, Diabetes Educator, Vol: 31, No: 6, p: 858-868.
43. Mayox, L. (Erişim Tarihi: 2007); “Qualitatif Methods”, <http://ww.enterprise-impact.org.uk/word-files/qualmethods.doc>.
44. Mensing, C., Boucher, J. (et al), (2002); “National Standarts for Diabetes Self-Management Education”, Diabetes Care, Vol:25, Supplement: 1, p: 40-47.
45. Mert, H. (2003); “Diyabetik Hastalarda Öz Bakım”, I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 65.
46. Mert, H. (2004); “ICD’li Hastaların Yaşam Deneyimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”; Danışman: Argon, G., Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
47. Mert, H. (2005); “Diyabette Öz Bakım Yetersizliği”, III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; s: 75.
48. Monch, A. U., Foldi, N. S., Ermini, F. D., E. (1995); “Improving the Diagnostik Accuracy of the Mini Mental State Examination”; Acta Neurologica scandinavia, 92, s: 145-150.
49. Morrow, LL. (2000); “The Symptom Experience of Woman With Chronic Illness”, Journal of Advanced Nursing, 33 (2), p: 257-268.

50. Okanovic, MP, Prasek, M, (et al), (2004); “Effects of an Empowerment-based Psycosocial İntervention on Quality of Life and Metabolic Control in Type 2 Diabetic Patients”, Patient Education and Counseling, 52, p: 193-199.
51. Oktay, S., Olgun N., Erdoğan, S., Pek, H. Cosansu, G., Gedik S., Çelik SG. (2005); “Diyabet Ajandası 2006”, Diyabet Hemşireliği Derneği, EOS Ajans Ege Matbaa, İstanbul.
52. Olgun, N. (2003); “Diyabetik Hasta Eğitimi”, Ed: M T Yılmaz, M Bahçeci, M A Büyükbeşe, “Diabetes Mellitus’un Modern Tedavisi”, Özlem Grafik Matbaacılık İstanbul.
53. Olgun, N. (2003); “Diyabette Kendi Kendine Takip İlkeleri”, Ed: M T Yılmaz, M Bahçeci, M A Büyükbeşe, “Diabetes Mellitus’un Modern Tedavisi”, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul.
54. Olgun N. (2003); “Diyabet Hemşiresinin Diyabette Akut Komplikasyonlara Yaklaşımı”, Ed: M T Yılmaz, M Bahçeci, M A Büyükbeşe, “Diabetes Mellitus’un Modern Tedavisi” Özlem Grafik Matbaacılık.İstanbul.
55. Özcan, Ş. (2001); “Diabetes Mellitus’tu Hastanın Yönetimi ve Hemşirelik”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 963-996.
56. Özkan, S. (Erişim Tarihi: 2007); “Psikiyatrik Açıdan Diyabet”, <http://www.psikiyatriktip.com/index.asp?id=34>
57. Öner, N. (1997); “Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler”; Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 3. Basım; İstanbul; s:10-19.
58. Özer, S. (2004); “Diabetes Mellitus ve Egzersiz”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadıloğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 55-68.

59. Papp, I, Markanken, M, Von Bonsdorff , M. (2003) “Clinical environment as a learning environment: student nurses’ perceptions concerning clinical learning experiences”, *Nursing Education Today*, 23, 262-268.
60. Paterson, B. (2001); “Myth of Empowerment in Chronic Illness”, *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), p: 574-581.
61. Peyrot, M. (1999); “Behavior Change in Diabetes Educator”, *Diabetes Educator*, Supplement November/December, p: 6273.
62. Pınar, R. (1998); “Diyabet ve Yönetimi”, Merve Matbaacılık, İstanbul.
63. Pınar, R. (1995); “Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, İstanbul.
64. Polater, S. (Erişim tarihi: 2007); “Mentorluk”; <http://www.polater.com.tr>
65. Reh FJ. (Erişim Tarihi: 2007); “Mentors and Mentoring: What is a mentor?”, <http://www.managementhelp.org/guiding/mentrng/mentrng.htm>
66. Satman, İ.; Salman, S. (2001); “Oral Antidiyabetik İlaçlarla Tedavi”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 933-950.
67. Satman, İ., Yılmaz, MT., Şengül, A. (et al), (2002); “Population Based Study and Risks Characteristics of Diabetes in Turkey”, *Diabetes Care*, 25,p: 1551-6.
68. Sounders, C. (2003), “Application of Colaizzi’s Method: Interpretation of an Auditable Decision Trail”, *Journal of Contemporary Nursing*, Vol: 14, Issue:3, p:294.
69. Tezer E., Şişman FN. (2007); “Diabetes Mellitus’tu Hastaların Kullandıkları Alternatif Tedavi Yöntemleri”, 6. Ulusal Öğrenci Hemşireleri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, İstanbul.



70. Tezer E, Esen A. (2006); “Tedavi ve Bakım Yönetiminde İlk Adım: SWOT Analizi”, 5. Ege Dahili Tıp Günleri Kongre Özet Kitabı, 19- 22 Nisan İzmir.
71. Tuncel, E.; İmamoğlu, Ş. (2001); “İnsülin Tedavi Prensipleri”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 951-962.
72. Tokem, Y. (2004); “Diyabet Yönetiminde Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımları”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadıoğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 39-54.
73. Topuz, O. (2001); “Diabetes Mellitus ve Egzersiz”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s: 921-932.
74. Uluslararası Diyabet Federasyonu, Diyabet Eğitimi Danışma Birimi, Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği (2005); “Diyabet Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi İçin Uluslararası Rehber”; EOS Ajans Yayıncılık; 1. Baskı, İstanbul.
75. Uzuner, Y. (1999); “Niteliksel Araştırma Yaklaşımı”; Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri; Editör: Bir, A. A.; Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1081, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No: 601, Ankara; s:175-190.
76. Yeşilbalkan, U., Ö. (2004); “Bireysel İzlem ve Öz Bakım”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadıoğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 91-106.
77. Yeşilbalkan, U., Ö. (2001); “Tip II Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz yeterlilikleri ve Öz etkililiklerini Etkileyen etmenlerin İncelenmesi”; Danışman karadakovan A.; Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
78. Yıldırım, K., Y. (2004); “Diabetes Mellitus’ta İlaç Tedavisi”; Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadıoğlu, Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; s: 69-90.

79. Yılmaz, C.; Yılmaz, M. T.; İmamoğlu, Ş. (2000); Diabetes Mellitus 2000, Gri Tasarım, İstanbul.
80. Yılmaz, C.; Fadiloğlu, Ç. ve ark. (2003); “Diyabet Hemşiresinin El Kitabı”; 2. Baskı, Asya Tıp Kitabevi, İzmir.
81. Walkwer, ML. (2004); “Relationship Between Illness Representation And Self-Efficacy”, Journal of Advanced Nursing, 48 (3), p: 216-225.
82. Whiting, L. (2001); “Analysis of phenomenological data: Personal reflections on Giorgi's method”, Nurse Researcher; 9, 2; Health & Medical Complete, p: 60
83. Winterbottom, A., Harcourt D. (2004); “Patients’ experience of the diagnosis and treatment of skin cancer”, Journal of Advanced Nursing, 48 (3), p: 226-233.
84. Wurzbach, WE. (1999); “Acute Care Nurses’ Experiences of Moral Certainty”, Journal of Advanced Nursing, 30 (2), p: 287-293.
85. ....(Erişim tarihi: 2007); “Mentorluk”; <http://www.maltepe.edu.tr>
86. ....(Erişim tarihi: 2007); “Fenomenolojik Yaklaşım”; <http://www.geocities.com>
87. .... (Erişim tarihi: 2007); “Fenomenolojik Alan”; <http://psikoloji.gen.tr>
88. .... (Erişim tarihi: 2007); “Fenomenolojik Yaklaşım”; <http://www.bilgilik.com>
89. ....(Erişim tarihi: 2006); “Olaybilim: Fenomenoloji”;  
<http://www.turkyasam.com>
90. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Diyabetle Baş Etme”,  
<http://www.ankaradiyabet.org.tr/d5.aspx>
91. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Diyabetli Hakları”,  
<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-22.pdf>
92. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Diyabetli Hakları”, [www.hm.saglik.gov.tr](http://www.hm.saglik.gov.tr)

93. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Diyabetli Hakları”,  
[http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tbmm\\_basin\\_aciklamalari\\_sd.aciklama?p1=28471](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tbmm_basin_aciklamalari_sd.aciklama?p1=28471)
94. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Danışman Hemşirelik Hizmetleri”,  
<http://egekansermerkezi.org/sweep/danisman.htm>
95. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Diyabette Hasta Uyumu”,  
<http://www.eip.com.tr/saglikKosesi/saglikKosesi.aspx?var=4>
96. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Mentorluk Sistemi”, [http://www.mentor-tr.com/altsayfa.asp?b\\_ID=7&altb\\_ID=3](http://www.mentor-tr.com/altsayfa.asp?b_ID=7&altb_ID=3)
97. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Strengthening School-Based Mentoring: Congress Takes the Lead”,  
[www.mentoring.org/take\\_action/other/no\\_child\\_left\\_behind.php](http://www.mentoring.org/take_action/other/no_child_left_behind.php).
98. ....(Erişim Tarihi: 2007); “MENTOR to Spearhead National Discussion on Accreditation” [www.mentoring.org](http://www.mentoring.org).
99. ....(Erişim Tarihi: 2007); “mentoring”, <http://en.wikipedia.org/wiki/Mentoring>
100. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Mentor”,  
<http://www.managementhelp.org/guiding/mentrng/mentrng.htm>
101. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Mentorluk Grubu”  
[http://civilacademy.fatih.edu.tr/mentorluk\\_grubu.html](http://civilacademy.fatih.edu.tr/mentorluk_grubu.html)
102. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Mentorluk Programı”  
[www.bilmed.org.tr/bilmed/resim/downloads/Mentorluk.pdf](http://www.bilmed.org.tr/bilmed/resim/downloads/Mentorluk.pdf)
103. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Mentorluk Nedir?”  
<http://www.bogazicigonulluleri.org/default.aspx?p=mentorluk>

104. ....(Erişim Tarihi: 2007); “Aday Girişimci alışması, Mentorluk Programı?”  
[kagider.org/?intPageStructureNo=17&sintLanguageID=0&bytContentType=2&intPageNo=36&strHitC](http://kagider.org/?intPageStructureNo=17&sintLanguageID=0&bytContentType=2&intPageNo=36&strHitC)

## **EK I. MİNİ MENTAL TEST**

### **YÖNELİM (Toplam puan 10)**

- Hangi yıl içindeyiz .....( )
- Hangi mevsimdeyiz .....( )
- Hangi aydayız.....( )
- Bu gün ayın kaçı.....( )
- Hangi gündeyiz.....( )
- Hangi ülkede yaşıyoruz.....( )
- Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....( )
- Şuan bulunduğunuz semt neresidir.....( )
- Şu an bulunduğunuz bina neresidir.....( )
- Şu an bulunduğunuz binada kaçınıcı kattasınız.....( )

### **KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 puan)**

- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan .....( )

### **DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)**

- 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 93, 86, 79, 72, 65)..... ( )

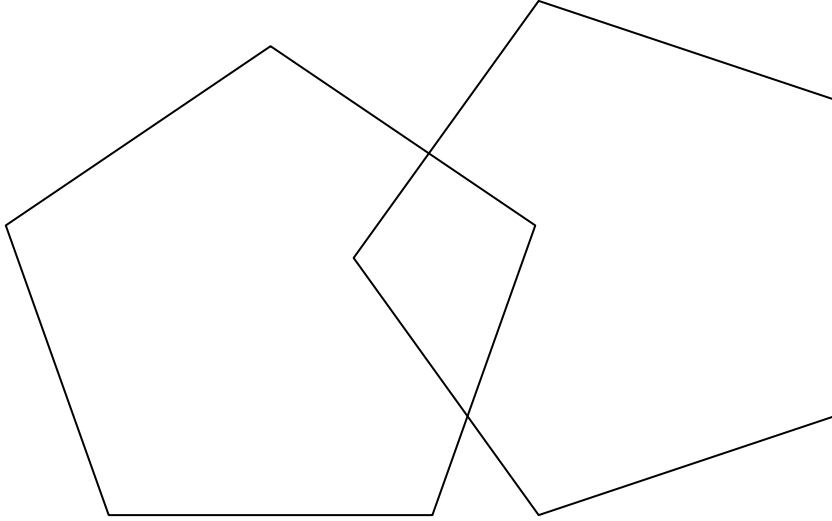
### **HATIRLAMA (Toplam puan 3)**

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin?

(Masa, bayrak, elbise)..... ( )

## LİSAN (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nelerdir? (saat, kalem) (2 puan) (20 sn)..... ( )
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. “Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tut) (1 puan) .....( )
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. “Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen” (3 puan) (30 sn) (Her bir doğru işlem 1 puan) ..... ( )
- Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) “GÖZLERİNİZİ KAPATIN”..... ( )
- Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..( )
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin (1 puan) .....( )



## EK II. Bireysel Tanıtım Formu

### Görüşme Tarihi:

### I.Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

Denek No:

Tel No: Ev:

GSM:

E-Mail:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar/İlköğretim 3. Ortaöğretim 4. Üniversite

4. Yaşanılan Yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy

5. Meslek: 1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest Meslek

5. Emekli 6. Diğer.....

6. Sosyal Güvence: 1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ-kur 4. Yeşil Kart 5. Yok

7. Gelir Durumu: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

## II. Diyabete İlişkin Tanılama Formu

8. Diyabet tanılanma süresi?.....

9. Tedavi şekli?.....

10. Başka kronik hastalık var mı? 1. Var..... 2. Yok

11. Akut Komplikasyon Öyküsü: 1. Var 2. Yok Kaç Kez

Hipoglisemi

Hiperglisemi

DKA

HHNK

**12. Kronik Komplikasyon Öyküsü:**      1. Var      2. Yok

Retinopati

Nefropati

Nöropati

Diyabetik Ayak/Amputasyon

### **III. Diyabet Eğitimi Ve Eğitim Sürecine İlişkin Tanılama**

**13. Diyabet eğitimi nereden aldınız?**

a. Hastane      2. Dernek      3. Diğer.....

**14. Diyabet eğitimi kimden aldınız?**

a. Endokrinolog      2. Diyabet Hemşiresi      3. Diyetisyen      4. Diğer.....

**15. Eğitimin Süresi:** .....      **Kaç Kez:**.....

**16. Aldığınız eğitimin aşamalarını maddeleyebilir misiniz?**

.....  
.....

**17. Diyabet eğitiminin size tedavi ve bakım konusunda yeterli bilgiyi kazandırdığına inanıyor musunuz?**

a. Evet      2. Hayır      3. Kısmen

**18. Diyabet eğitiminin süresi yeterli miydi?**

a. Evet      2. Hayır      3. Kısmen

**19. Diyabet eğitiminde eğitimciler yeterli miydi?**

a. Evet      2. Hayır      3. Kısmen

**20. Diyabet eğitiminin içeriği yeterli miydi?**

a. Evet      2. Hayır      3. Kısmen

**21. Diyabet eğitimi sürecinde zorluklar yaşadınız mı?**

a. Evet      2. Hayır      3. Kısmen



22. Eğitim sürecinde yaşadığınız zorlukları nelere bağlıyorsunuz?

- a. Kendime 2. Eğitimcilerle 3. Süreye 5. Diğer.....

23. Sizce diyabet eğitim süreci nasıl olmalı?

- a. Verilmekte olduğu gibi

- b. Önerileriniz:.....

.....

#### IV. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

24. Diyabet sonrası **genel sağlık durumunuz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

25. Diyabet sonrası **fiziksel durumunuz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

26. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

27. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

28. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

29. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti?

- a. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

**V. Diyabet Yönetiminde Hedeflenen Metabolik Sonuç Çizelgesi:**

29. Glisemi Düzeyleri: Açlık: ..... mg/dl

Tokluk:..... mg/dl

30. HbA1c: %.....

31. Lipid Düzeyleri:

Total kolesterol: ..... mg/dl

LDL kolesterol: ..... mg/dl

HDL kolesterol: .....mg/dl

Trigliserid: .....mg/dl

32. Kan Basıncı : ...../..... mm/Hg

33. Beden Kitle İndeksi (BMI): .....kg/m<sup>2</sup>

34. Mikroalbüminüri:.....

### **EK III. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

#### **I. Diyabetin algılanmasına, deneyimlenen zorluklar ve nedenlerine yönelik sorular**

1. Diyabet nedir? Bildiğiniz gibi/anlatınız
2. Sizce diyabet bir hastalık mıdır? (Nedir, Siz nasıl tanımlıyorsunuz?)
3. Diyabet kavramını ilk kez ne zaman, nereden duydunuz?
4. Kaç yıldır diyabetlisiniz?
5. Diyabet tanısı aldıktan bu yana diyabet ile ilgili fikir ve görüşleriniz ne doğrultuda değişti?
6. “Diyabetle Yaşam” kavramı sizin için ne ifade ediyor?
7. Sizce diyabet bir yaşam tarzı mıdır? (Evet ise neden?)
8. Bu konuda üzerinize düşen görevler nelerdir? (maddeler halinde sıralar mısınız?)
9. Diyabetli bir kişi olarak yaşadığınız zorluklar nelerdir?
10. Ailenizin/çevrenizin diyabete bakış açıları ve size yansıtma biçimleri nasıl ve nelerdir?

#### **II. Diyabetli bireyin öz bakım gücü ve öz etkililik düzeyi ile ilgili deneyimleri, bu konuda yaşadığı zorluklar ve nedenlerine ilişkin sorular**

##### **➤ Evde glikoz takibi ile ilgili sorular**

1. Evde şeker takibi yapıyor musunuz?
2. Sizce sürekli şeker takibi hastalık yönetiminiz için önemli mi, neden?
3. Şeker takibi ile ilgili yaşadığınız zorluklar/engeller neler?
  - Şeker takibini kendiniz mi yapıyorsunuz?
  - Sürekli takip zor oluyor mu?
  - Şeker takibi günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?

- Glikometreyi kullanmada zorluk yaşıyor musunuz?
- Ekonomik açıdan kısıtlılıklarınız var mı?

➤ **Tıbbi beslenme tedavisi ile ilgili sorular**

1. Diyabette düzenli beslenmenin gerekli olduğu konusunda düşünceleriniz nelerdir? (Diyabette düzenli beslenmenin önemi nedir?)
2. Düzenli beslenme zorunluluğu günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?
3. Düzenli beslenme ile ilgili yaşadığınız zorluklar neler?
4. Düzenli beslenme size maddi yük getiriyor mu?

➤ **Tıbbi tedavi ile ilgili sorular**

**OAD:**

1. İlaçlarınızı ne zaman alacağınızı biliyor musunuz?
2. Sizce ilaçlarınızı düzenli kullanmak hastalık yönetiminiz için önemli mi?
3. Sürekli ilaç kullanmak günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?

**İnsülin Uygulaması:**

1. İnsülin uygulamasını kendiniz mi yapıyorsunuz?
2. Uygulamadaki zorluklarınız neler?
3. Doz ayarlamasını biliyor musunuz?
4. İnsülin kullanımı ile ilgili yaşadığınız zorluklar neler? (ağrı, acı, şişlik, sertlik...)
5. İnsülin kullanımı günlük yaşamınızı, iş, sosyal yaşamınızı nasıl etkiliyor?

### **Alternatif tedavi yöntemleri:**

1. Tıbbi tedavinin yanı sıra hastalığınız için kullandığınız alternatif bir tedavi yöntemi var mı ya da yöntemleri neler?
2. Kullandığınız bu yöntemlerin sizin tıbbi tedavinize etkilerini biliyor musunuz? (ilaç etkileşimleri)

### **➤ Egzersiz ile ilgili sorular**

1. Sizce diyabet yönetiminizde egzersiz önemi konusunda ne düşünüyor sunuz?
2. Egzersiz yapıyor musunuz?
3. Egzersiz sıklığınız ve uygulama süreniz ne?
4. **Egzersiz sırasında yaşadığınız zorluklar neler?**

### **➤ Semptom yönetimi ile ilgili sorular**

1. Hastalık sürecinizde hiperglisemi, hipoglisemi gibi acil durum (şeker koması) deneyimlediniz mi?
2. Acil durumlarda ne yapacağınızı biliyor musunuz?
3. Bu acil durumu tekrar yaşama korkunuz var mı?
4. Diyabetin sağlığınız üzerindeki uzun süreli etkilerini biliyor musunuz?
5. Diyabetin kronik komplikasyonları ile ilgili yaşadığınız zorluklar neler?

### **➤ Periyodik laboratuvar kontrolleri ile ilgili sorular**

1. Sizce diyabette düzenli kontrol önemli mi, neden?
2. Siz ne sıklıkta kontrollerinizi yaptırıyorsunuz?
3. Periyodik kontrol sürecinde yaşadığınız zorluklar var mı, neler?

4. Periyodik kontrol sürecinde yaşadığınız zorluklar neler? (kurumsal, Diyabet ekibi, zaman...)

### **III. Diyabet yönetim bozukluğuna ilişkin sorular**

1. Size göre diyabetinizi neden kontrol altına alamıyorsunuz?
2. Size göre diyabetinizi kontrol altına almanız için neler gerekli?
3. Bu konuda siz neler yapmalısınız?
4. Bunları neden yapmıyor yada yapamıyorsunuz?
5. Bu konuda diyabet ekibi sizin için neler yapmalı, ne bekliyorsunuz?

## **EK IV. Mentorluk Rehberi**

### **Görüşme Tarihi:**

### **Diyabet Yönetimi**

#### **Öz Bakım İle İlgili Bilgilendirme ve Uyarılar**

- Evde Glikoz Takibi İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar
- Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar
- Tıbbi Tedavi İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar
- Egzersiz İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar
- Semptom Yönetimi İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar
- Periyodik Kontrol İle İlgili Bilgilendirme ve Hatırlatmalar

#### **Öz Etkililik İle İlgili Bilgilendirme ve Uyarılar**

- Fiziksel İyilik Hali Değerlendirilmesi
- Emosyonel/ Sosyal İlişkilerin Değerlendirilmesi
- Ekonomik Durumun Değerlendirilmesi
- Aile İçi İletişim ve İlişkilerin Değerlendirilmesi
- Yaşam Enerjisinin Değerlendirilmesi
- Genel Sağlık Algılamasının Değerlendirilmesi

**Ek V. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Kabul Yazısı**



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı

SAYI : B.30.2.EGE.0.70.73.06/324-4685

Bornova/İZMİR


24.5.2006

KONU : Komisyon Karar Örnekleri

ÖDEMİŞ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunun 11.05.2006 tarih ve 2 sayılı toplantısında alınan kararlardan birer suret ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. H. Haluk BAYLAS  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Eki: sf. Karar ör.

**DAĞITIM:**

Fakülte Dekanlıklarına,  
Yüksekokul Müdürlüklerine,  
Enstitü Müdürlüklerine,  
Bilim Tek. Mrk. Müdürlüğüne.

*İlgilere duyurulması.*

Tarih: 29.5.2006

Say: 490

Konu:



PROJELER

Baskı Tarihi : 25.05.2006

BÖLÜMÜ	PROJE NO	TÜRÜ	KONU	DANIŞMAN / YONETİCİ - YÜRÜTÜCÜ ARAŞTIRICI / ARAŞTIRMACI	SÜRESİ BAŞ. / BIT. TARİHİ	T.BÜTÇE	DURUM
Hemşirelik	06-ÖSYO-001	Araştırma	ODEMiŞ İLÇESİ MERKEZ HALK SAĞLIĞI LAVAROUYUVARINDA EVLİLİK TESTİ İÇİN BAŞVURAN EVLENECEK ÇİFTLERE EVLİLİK ÖNCESİ ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI KAPSAMINDA VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ	Yar.Doç.Dr.GÜL ERTEM Öğretim GörevlisiZEYNEP DAŞIKAN Öğretim GörevlisiZUHAL EMLEK SERT	1 yıl 11.05.2006 / - 6 ay	3.594	Devam eden
Hemşirelik	06-ÖSYO-002	Araştırma	ODEMiŞ SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA BAĞLI OLARAK ÇALISAN EBE VE HEMŞİRELERE YONELİK DOĞUM SONRASI DEPRESYONU TANILAMA VE ÖNLEME EĞİTİMİ	Doç.Dr.OLCAY ÇAM Öğretim GörevlisiAYSUN ÇELEBİOĞLU Öğretim GörevlisiSATI BÖZKURT	1 yıl 11.05.2006 /	3.111	Devam eden
Hemşirelik	06-ÖSYO-003	Doktora	DIYABET HEMŞİRELİĞİ YONETİMİNDE BİREYSEL DANIŞMANLIK MODELİ: FENOMENOLOJİK YAKLAŞIM VE MENTORLUK	Prof.Dr.AYNUR ESEN Öğretim GörevlisiESRA TEZER	1 yıl 11.05.2006 /	3.720	Devam eden

TOPLAM BÜTÇE : 10425

## Ek VI. Etik Kurul Onayı

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2006-38  
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR  
03.04.2006

### HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Aynur ESEN'in sorumluluğunda 10 Nisan 2006 – 31 Eylül 2006 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Diyabet Hemşireliği Yönetiminde Bireysel Danışmanlık Modeli: Fenomenolojik Yaklaşım ve Mentorluk**” konulu araştırması 03.04.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

## Ek VII. Kurum İzinleri

T.C.  
E.Ü. TIP FAKÜLTESİ  
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Bornova – İzmir

SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.02.08. 205

26.1.5./2006


Konu:

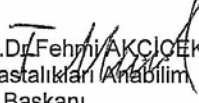
E.Ü.HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU İÇ HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 158 sayı ve 24 Nisan 2006 tarihli yazıya cevap.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Aynur ESEN danışmanlığında yürüteceğiniz doktora tezleriniz ile ilgili verileri Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalımızdan temin etmeniz tarafımızdan uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

  
Prof.Dr.Mehmet TÜZÜN  
Endokrinoloji ve Metabolizma  
Hastalıkları Bilim Dalı  
Başkanı

  
Prof.Dr.Fehmi AKCIOEK  
İç Hastalıkları Anabilim  
Dalı Başkanı

## Ek VIII. Bilgilendirilmiş Onam

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Ben ....., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

..... isimli çalışmanın sorularının yanıtlanması sırasında verdiğim yanıtların ve konuşmaların görüşmeci tarafından ses kayıt cihazına kaydedilmesini kabul ediyorum.

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

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

### Ek IX. Mini Mental Test Sonuçları

No:	Mini Mental Test Sonuçları
1 (DÇ)	28
2 (HT)	30
3 (NÖ)	30
4 (CA)	30
5 (GP)	29
6 (SÇ)	30
7 (HsT)	27
8 (NS)	28
9 (CE)	30
10 (HE)	30
11 (AAk)	29
12 (FG)	30
13 (AÇ)	30
14 (İÖ)	30
15 (SŞ)	30
16 (NU)	30
17 (AA)	30
18 (BT)	30
19 (ET)	30
20 (ST)	30

#### Toplam Puan Değerlendirme:

0-12 puan (Şiddetli)

13-22 puan (Orta)

23-24 puan (Hafif)

**25-30 puan (Sorun yok)**

## Ek X. Diyabetli Hakları

### *GENELGE 1 Konu: Tip I Diyabetli Hastalar (26.11.1997)*

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SAĞLIK DAİRESİ BAŞKANLIĞI - ANKARA

SAYI: 904272

KONU: TİP I DİYABETLİ HASTALAR (26.11.1997)

GENELGE

İlgi:

a) 27.06.1991 günlü, 479005 sayılı

b) 3.09.1991 günlü, 693974 sayılı Genel yazılarımız.

Sigortalılar ile kurumuz sağlık yardımlarından yararlanan diğer kimselerin tedavilerinde kullanılacak şeker ölçüm aletleri ile bunların sarf malzemesinin kurumuzca temin edilemeyeceği ilgede kayıtlı genel yazılarımız ile bildirilmişti.

Bunun üzerine gerek genel müdürlüğe olan yoğun başvurular gerekse bazı sosyal güvenlik kuruluşlarının söz konusu alet ve malzeme bedellerini karşıladıkları göz önünde bulundurularak, diyabetli hastalara şeker ölçüm aleti ve bunun sarf malzemesinin kurumuzca verilip verilemeyeceği konusu, kurumun Endokronoloji, dahiliye ve çocuk hastalıkları danışma kurulu üyelerinin katıldığı toplantıda tıp teknolojisindeki son gelişmeler ışığında değerlendirilmiştir.

Toplantıda alınan kararlar kurumumuz yönetim kurulunun onayına sunulmuş olup ilgililerin şeker ölçüm aletlerini kendileri almaları ön koşuyla sadece sarf

malzemesinin kurumuzca verilmesi 21.03.1997 gün ve IV/1369 sayılı yönetim kurulu kararı ile uygun görülmüştür.

Söz konusu karar doğrultusunda kurumumuz sağlık yardımlarından yararlandırılan tıp I diyabetli hastalara şeker ölçüm aleti ve bunun sarf malzemesinin verilmesi sırasında uyulması gereken esaslar aşağıda belirtilmiştir.

#### UYGULAMA ESASLARI

I Diyabet Komisyonu Oluşturulması:

- 1) Kurum eğitim hastanelerinde endokronoloji yan dalında ihtisas yapmış öncelikli olmak koşulu ile dahiliye, çocuk hastalıkları veya baştabipliklerce uygun görülecek konuyla ilgili branşlardan 3 uzman tabibin katılımı ile bir komisyon oluşturulacaktır.
- 2) Ünitenin endokronoloji yan dalında ihtisas yapmış uzmanı var ise bu komisyona tabi üye olarak katılacaktır.
- 3) Bu komisyonu oluşturacak asil ve yedek üyeler ile bunlarda olacak değişiklikler genel müdürlüğe (sağlık dairesi bakanlığı) bildirilecektir.
- 4) Komisyonun çalışması için uygun bir fiziki ortam, gerekli donanım alt yapı ve personel verilecektir.
- 5) Komisyon toplantıları bir aydan fazla olmamak şartıyla unite koşullarına göre belli aralıklarla yapılacaktır.
- 6) Toplantı tarihleri baştabipliklerce kendilerine hasta gönderen sağlık tesislerine duyurulacaktır.
- 7) Hastalar bu merkezlere randevu alarak başvuracaklardır.

8) Bu komisyonun işlemlerinin yürütümü için bir baştabip yardımcısı görevlendirilecektir.

9) Komisyonun 31.12.1997 gününe kadar yürüttüğü çalışmalara ait bilgi (hasta adı, sicil numarası, gönderildiği hastane, verilen karar) 15.01.1998 gününe kadar genel müdürlüğe (sağlık dairesi başkanlığı) gönderilecektir.

Bu tarihten sonra komisyon çalışmaları altı aylık aralıklarla düzenli olarak bildirilecektir.

## II Diyabet Komisyonuna Hasta Gönderilmesi:

1) Şeker ölçüm aletleri ve bunların sarf malzemesi Tip I diyabetli çocuklara ve dikkatli seçilmiş erişkin hastalara verilecektir.

Gerek kurum gerekse kurum dışı sağlık tesislerinde yukarıda belirtilen hastalara şeker ölçüm aleti verilmesi uygun görülüş ise hasta, hastalığının teşhisi ve tedavisi ile ilgili tüm belgeleriyle birlikte bölgeye en yakın ildeki eğitim hastanesinde bulunan komisyona randevu alınarak gönderilecektir.

2) Bu Komisyonda yapılan değerlendirme sonunda Tip I diyabetli hastanın şeker ölçüm aleti kullanması uygun ise bu durumu belgeleyen bir rapor düzenlenecek ve bu raporda “kan şekeri ölçüm aleti” verilmesinin yanısıra verilecek çubukların cinsi ve aylık miktarı açık olarak belirtilecektir.

Ayrıca hastalara resimli birer “diyabet kimlik kartı” ve “izlem karnesi” verilecektir. Gerek diyabet kimlik kartı ve gerekse diyabet izlem karnesindeki resimler baştabiplik mührü ile mühürlenerek imzalanacaktır. Diyabet izlem karnesinin ilk sayfasına kaç sayfadan oluştuğu yazılacak, sayfalardaki baştabiplik onayı her sayfa kullanılmaya başlandığında yapılacaktır. Bu belgelerdeki tüm bilgiler eksiksiz ve



okunaklı bir yazıyla yazılacak, özellikle hastanın kullanacağı sarf malzemesi miktarı dikkatli olarak belirlenecektir.

### III Sarf Malzemesi Temini

1) Hasta bu belgelerle yaşadığı ildeki bağlı bulunduğu sigorta müdürlüğüne başvuracaklardır.

Bilindiği üzere sigorta müdürlüklerimiz ile sağlık tesislerimiz arasında gereken bağlantının sağlanması ve uygulamaya işlerlik kazandırılması yönünden 03.03.1996 tarihli 3 sayılı genelgenin VII. bölümünün (g) fıkrasının hastanelerce sigorta vakalarının sigorta müdürlüklerine bildirilmesi başlıklı kısmında yer alan esaslar 27.03.1995 günlü 3-84 ek genelge ile bir kez daha bildirilmiş bulunmaktadır.

13.03.1993 günlü 207416 sayılı genel yazımızda da belirtildiği üzere hak sahiplerinin gerçek sigortalı olup olmadıklarının sigorta müfettişlerince incelenmesinden sonra hastalara şeker ölçüm aletlerini kendilerinin temin etmesi koşuluyla sadece sarf malzemesi verilecektir.

Sigortalılar ile geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireylerinin İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus'un (İBDM) teşhisiyle kurumumuz sağlık tesislerince tedavi altına alınarak uzun süre tedavi göreceklere tesbiti halinde söz konusu hastalıkları nedeniyle kurumumuzca tedavi altına alınan sigortalıların çocuklarının durumunun, 506 sayılı yasanın 106. maddesinin (b) fıkrası hükmüne göre takibi yapılacaktır.

2) Hastalara ihtiyaçları olan sarf malzemesi,

Kanda şeker ölçmek için şeker stripi ortalama 2 ayda 50'lik bir kutu

İdrarla şeker ve keton ölçmek için şeker+keton stripi ortalama yılda 50'lik bir kutu,hesabıyla bu miktarları aşmamasına özen gösterilerek mahalli kurum sağlık tesisinden reçeteye yazılarak verilecektir.

#### IV Diyabet İzlem Karnesi ve Kimlik Kartı Düzenlenmesi:

- 1) Diyabet izlem karnesi ve kimlik kartı yalnızca kurum eğitim hastanelerine gönderilmektedir.
- 2) Bu hastanelerde söz konusu belgeler hastalık servisinde görevli ve hastanede diyabet komisyonunun işlemlerinin yürütümünden sorumlu baştabip yardımcısı tarafından görevlendirilecek bir personelin zimmetinde bulunacak ve komisyonlara ihtiyaç halinde imza karşılığı kısa sürede kullanılacak miktarda verilecektir.
- 3) Bu belgelerin hasta tarafından kaybedilmesi veya zayi olması halinde durum sigortalı tarafından baştabipliğe yazılı olarak bildirilecek ve ancak bundan sonra yenisi verilecektir.

#### V Hastalara Eğitim Verilmesi:

Hastalara şeker ölçüm aleti kullanmasının uygun görüldüğü kurum eğitim hastanesinde söz konusu aletin ve sarf malzemesinin kullanımına ilişkin eğitim de verilecektir.

Bilginizi ve işlemlerin yukarıda belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülmesi için gereğini rica ederiz.

Dr. Doğan İstanbulluoğlu Kemal Kılıçdaroğlu

Genel Müdür Yardımcısı Genel Müdür

GENELGE 2 Konu: Diyabetli Hastalar (24.03.1999)

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIK DAİRESİ BAŞKANLIĞI - ANKARA

SAYI:214066

KONU: DİYABETLİ HASTALAR (24.03.1999)

GENELGE

İlgi: 26.11.1997 tarih ve 13-274 sayılı ek genelge

Sigortalılar ile kurumumuz sağlık yardımlarından yaralanan diğer kimselerin tedavilerinde kullanılacak şeker ölçüm aletleri ile bunların sarf malzemelerinin verilme esasları ilgede kayıtlı ek genelge ile uygulamaya konulmuştur.

Söz konusu ek genelgenin III.sarf malzemesi temini başlıklı bölümün (b) maddesinde kanda şeker ölçmek için şeker striplerinin ortalama iki ayda 50'lik bir kutu olarak verileceği hükmü bulunmaktadır.

Uygulama genel müdürlüğümüz yetkilileri ile kurumun endokrinoloji, Çocuk ve İç Hastalıkları Danışma Kurulu üyelerinin katılımı ile yeniden değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmede alınan kararlar SSK yönetim kuruluna sunulmuş olup Tip I diyabetli çocuk hastalara verilecek atrip miktarının heyet raporu ile gerekli görüldüğü takdirde en fazla ayda 100 adet olmasına 28.01.1999 tarih IV/177 sayı ile karar verilmiştir.

Tip I diyabetli dikkatli seçilmiş erişkin hastalara ise ilgide kayıtlı genelgede belirtildiği üzere ortalama iki ayda 50'lik bir kutu strip verilebilecektir.

Fazlı Bulut

M. Kemal Oktar

Genel Müdür Yardımcısı

Genel Müdür

***GENELGE 1 (Diyabetli Çocuklarla İlgili)***

***Konu: Devlet Memurları İçin Düzenleme (11.03.1998)***

( 11.3.1998 Tarihli Resmi Gazete, Sayfa:18)

**I Şeker ölçüm çubukları**

Memurun bakmakla yükümlü olduğu ve Tip I diyabetli çocukların kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedeller aşağıda belirtilen esas ve şartlarda ödenecektir.

- 1) Memurun bakmakla yükümlü olduğu çocuğunun Tip I diyabetli olduğuna dair tıp fakültelerinin Pediatrik Endokrinoloji ve Metabolizma ve varsa Diyabet Bilim Dalları ile bu dalların uzmanları bulunan sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinin ilgili kliniklerden sağlık kurulu raporu alınacaktır.
- 2) Sağlık kurulu raporunda hastalığın tipi varsa özelliği ve komplikasyonları ile kendi kendine veya yakınlarınca kontrol yeteneğini kazanmış oldukları belirtilecektir.
- 3) Hastalar şeker ölçüm cihazlarını kendileri temin edeceklerdir.
- 4) Şeker ölçüm çubukları hastanın satın almış olduğu cihaza uygun olarak bir ayda en fazla 30 adet hesabıyla yazılacak reçetelere göre verilecektir.
- 5) Sağlık kurulu raporuna istinaden verilen ölçüm çubuğu miktarları reçeteyi yazan doktorlar tarafından ilgililerin sağlık karnelerine işlenecek ve ölçüm çubuğunun

verildiği tarihler, miktarı, reçeteyi yazan doktorun isim imza ve diploma numarası karnede yer alacaktır.

6) Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait fatura usulüne uygun doldurulmuş sevk kağıdı ve reğetenin asılları ile sağlık kurulu raporu ve sağlık karnesinin ilgili sayfasının fotokopisi ödeme evrakına eklenecektir.

7) Ödemeler doğrudan ilgili kişilere yapılacak yukarıda belirtildiği şekilde düzenlenmeyen fatura bedelleri kurumlar ve saymanlar tarafından ilgililere ödenmeyecektir.

8) Sağlık kurulu raporları en fazla iki yıl geçerli olacaktır.

### ***GENELGE 2 (Devlet Memurları İçin Düzenleme)***

#### ***Konu: Şeker Ölçüm Çubukları (18.03.2003)***

(18.03.2003 tarihli, B.07.0. BMK. 0.18.100 sayılı T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü yazısı)

### **EMEKLİ SANDIğI**

#### **Şeker Ölçüm Çubukları**

1/2/2003 tarih ve 25011 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan tedavi yardımına ilişkin 2003 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (3 seri nolu) ile getirilen düzenlemelerle ilgili olarak aşağıdaki açıklamaların yapılması gerekli görülmüştür.

Anılan Talimatın 21.7 inci maddesinde günde birer adet olarak ödenmesi öngörülen şeker ölçüm çubukları 1.4.2003 tarihinden başlamak üzere;

TİP I Diyabetes Mellituslu hastalar için günde üç adet

TİP II Diyabetes Mellituslu insülin kullanan hastalar için günde bir adet,

Münhasıran oral antidiyabetik ilaç kullanan Diyabetes Mellituslu hastalara iki günde bir adet, olarak verilecektir.

Bilgilerini ve gereğinin buna göre yapılmasını arz ve rica ederim.

Kemal UNAKITAN

Maliye Bakanı

**GENELGE 1 (Diyabetli Çocuklarla İlgili)**

**Konu: Kan Şekeri Ölçüm Çubukları (01.12.1998)**

**BAĞ-KUR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

SAYI:1831 01.12.1998-301770

KONU: Kan Şekeri Ölçüm Çubukları

İnsülin kalem enjektörü ve uçları

**BAĞ-KUR İL MÜDÜRLÜĞÜNE**

Kurumumuz sigortalı ve hak sahiplerinin tedavileri için kullanılması gerekli olan ilaç ve iyileştirme vasıtalarının bedelleri, Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği hükümlerine göre kurumumuzca belirlenen esaslar doğrultusunda karşılanmaktadır.

Ancak Diabetes Mellitus (şeker hastalığı) tanısı ile insülin tedavisi görmekte olan sigortalı ve hak sahiplerimize, son yıllarda insülin tedavisinde kullanımı yaygınlaşan insülin kalem enjektörler ve uçları ile kan şekeri ölçüm çubuklarının bedelleri karşılanmadığından konu ile ilgili olarak sigortalılarımızın gerek genel müdürlüğümüze gerekse bağlı buldukları il müdürlüklerine yapmış oldukları başvurularda T.C Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ile SSK Genel Müdürlüğünün uygulamaları emsal gösterilerek kurumumuzca da adı geçen malzemelerin karşılanmasını talep etmişlerdir.

Bu sebeple kurumumuz ile diğer sosyal güvenlik kurumları arasındaki birlikteliğin sağlanması ve sigortalılarımızın bu konudaki mağduriyetlerinin giderilmesi için kan şekeri ölçüm çubukları insülin kalem enjektör ve uçlarının aşağıda açıklanan şartlar dahilinde ödenmesi yönetim kurulumuzun 15.10.1998 tarih

ve 1998/397 karar No'lu onayı ile kabul edilmiş olup uygulama yönetim kurulu karar tarihi itibariyle başlatılacaktır.

Söz konusu karar gereğince;

1) On sekiz yaşında küçük Tip I diyabetli çocuklarda kan şekeri ölçüm cihazlarını sigortalıların kendilerinin temin etmesi koşulu ile kan şekeri ölçüm çubuklarının bedellerinin karşılanması için;

- Tıp fakültelerinin Pediatrik Endokrinoloji ve Metabolizma ve varsa Diyabet Bilim Dalları ile bu dalların uzmanları bulunan sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinin ilgili kliniklerinden sağlık kurulu raporu alınması.
- İki yılda bir yenilenmesi gereken sağlık kurulu raporunda hastalığın tipi varsa özelliği ve komplikasyonları ile kendi kendine veya yakınlarınca kontrol yeteneği kazanmış olduklarının belirtilmesi,
- Anılan malzemelerin fiyatlarının dövizde endeksli olması nedeniyle diyaliz sarf malzemelerin fiyat tespiti gibi sağlık işleri dairesi başkanlığınca 3 ayda bir belirlenecek bedel üzerinden ödenmesi,
- Şeker ölçüm çubuklarının günde bir adetten bir ayda en fazla otuz adet olarak reçete edilmesi,

2) İnsülin kalem enjektörlerinin sağlık kurulu raporuna istinaden bir defaya mahsus olarak kupür fiyatı üzerinden sigortalıya ödenmesi,

3) İnsülin kalem enjektör uçlarının da sağlık kurulu raporunda belirtilen günlük kullanılan insülin dozuna göre en fazla iki aylık ihtiyaç kadar kupür fiyatı üzerinden ödenmesi gerekmektedir.



Ayrıca 25 adetlik şeker ölçüm çubuklarının 5.250.000 TL, 50 adetlik şeker ölçüm çubuklarının ise 9.140.000 TL üzerinden ödenmesi ve bundan sonraki üçer aylık dönemlerde ise yeniden fiyat belirlenmesi yönetim kurulumuzun 05.11.1998 tarih ve 1998/415 sayılı kararı ile uygun görülmüştür

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Nizamettin Temel

Genel Müdür

**GENELGE 2 (Bağ-Kur'lu Sigortalılarla İçin Düzenleme)**

**Konu: Kan Şekeri Ölçüm Çubukları (14.05.2003)**

BAG-KUR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIK İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI

SAYI : B.13.1.BKG.0.12.00.00/02

TARİH : 14.05.2003

KONU : Kan şekeri ölçüm çubukları

Kurumumuz sigortalılarının daha önce sadece 18 yaşından küçük çocuklarının diyabetes mellitus (şeker hastalığı-Tip I diyabet) tanısı ile yapılan tedavileri sırasında sürekli kullanılması sağlık kurulu raporu ile gerekli görülen kan şekeri ölçüm çubukları bedelleri Kurumca belirlenen şartlar dahilinde ödenmekte iken,

02/01/2003 tarih ve 25011 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2003 Mali Yılı Bütçe Uygulama talimatındaki “Kan şekeri ölçüm çubuklarının sadece çocuklara ödeneceği ibaresinin kaldırılmış olması” ile ilgili değişiklik doğrultusunda Yönetim Kurulunun 05/03/2003 tarih ve 2003/31 sayılı kararı ile yaş sınırı olmaksızın TİP I DİYABETLİ ve İNSÜLİNE BAĞIMLI Tip II diyabetlilerin kullanmakta olduğu kan şekeri ölçüm çubuklarına ait bedellerin Kurumca belirlenen şartlar dahilinde günde bir adet olmak üzere ve daha önce de uygulandığı gibi üçer aylık dönemlerde Başbakanlığımızca belirlenen bedel üzerinden ödenmesi uygun görülmüş ve İl Müdürlüklerimize bildirilmiştir.

Bu itibarla;

- Yaş sınırlaması olmaksızın kişinin, TİP I DİYABETLİ veya İNSÜLİNE BAĞIMLI TİP II diyabetli olduğuna dair Tıp Fakültelerinin endokrinoloji ve metabolizma, var ise diyabet bilim dalları ile bu dalların uzmanları bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim Hastanelerinin ilgili kliniklerinden sağlık kurulu raporu alınması,
- Sağlık Kurulu raporunda hastalığın tipi, varsa özelliği ve komplikasyonları ile kendi kendine veya yakınlarınca kontrol yeteneği kazanmış olduklarının belirtilmesi,
- Hastaların şeker ölçüm cihazlarını kendilerinin temin etmeleri,
- Şeker ölçüm çubuklarının; hastanın satın almış olduğu cihaza uygun olarak, günde bir çubuk hesabıyla ve birer aylık dozlar halinde yazılacak reçetelere göre verilmesi,
- Sağlık Kurulu raporuna istinaden verilen ölçüm çubuğu miktarlarının reçeteyi yazan doktor tarafından ilgililerin sağlık sağlık karnelerine işlenmesi ve ölçüm çubuğunun verildiği tarihlerin, miktarının, reçeteyi yazan doktorun isim, imza ve diploma numarasının karnede yer alması,
- Sağlık Kurulu raporlarının geçerlilik süresinin en fazla 1yıl olarak değerlendirilmesi,
- Ödemelerin doğrudan kişilere yapılması, gerekmektedir.

Bununla birlikte T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğünden alınan 18/03/2003 tarih ve 4572 sayılı yazı ile 2003 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatında günde bir adet olarak ödenmesi öngörülen şeker ölçüm çubuklarının 01/04/2003 tarihinden başlamak üzere;

- Tip I Diyabetes mellituslu hastalar için günde üç adet
- Tip II Diyabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için günde 1 adet,
- Münhasıran oral antidiyabetik ilaç kullanan Diyabetes mellituslu hastalara iki günde bir adet olarak verileceği bildirilmiş olduğundan, Yönetim Kurulumuzun 08/04/2003 tarih ve 2003/74 sayılı kararı ile kan şekeri ölçüm çubuklarının 01/04/2003 tarihinden başlamak üzere bedellerinin yukarıda belirtildiği şekilde ödenmesi uygun görülmüştür.

Kurumumuz sigortalı ve hak sahiplerinin kullanmakta oldukları kan şekeri ölçüm çubukları ile ilgili olarak yukarıda belirtilen şartları sağlayan sağlık kurulu raporu, fatura aslı ve sağlık karnesine işlenmiş reçete ile bağlı buldukları İl Müdürlüğüne başvurmaları halinde gerekli işlemler yapılabilmektedir.

Bilginizi rica ederiz.

Ecz. Merih DİZİCİ      A. Memduh YORULMAZ

Sağ.Sig.Şb. Müd. V.      Sağ. İşl. Dai. Bşk. T.

## **Danıştayın Kararı**

### **DANIŞTAY ŞEKER ÖLÇÜM CİHAZI VE ÇUBUKLARI BEDELİNİN TAMAMININ ÖDENMESİNE KARAR VERDİ**

Bilindiği gibi diyabetli çocukların insülin tedavilerinin ayarlanması ve sağlıklarının korunması için kan şekerlerinin günde 3-4 kez ölçülmesi gerekiyor. Bir çok ülkede devlet insülin kullanan diyabet hastalarının başta insülin ve kan şekeri ölçüm çubukları olmak üzere bütün ihtiyaçlarını ücretsiz karşılıyor. Buna karşın ülkemizde Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kapsamındaki diyabetli çocuklara günde bir adet kan şekeri ölçüm çubuğu, SSK kapsamındakilere ise günde 3 adet ölçüm çubuğu sağlanıyor. Sağlık güvencesi olmayan diyabetli çocuklar ise kan şekerlerini düzenli ölçemedikleri ve dolayısıyla durumlarının farkında olmadıkları için sık sık diyabet koması ile hastaneye yatıyor. Sosyal güvenlik kurumları diyabetlilere yeterli tedavi desteği sağlamadığı gibi, 18 yaşını dolduran diyabetlilerin kan şekeri ölçüm çubuklarının bedelini ödemiyor. Bu konudaki en son gelişme Ankara'da diyabetli bir çocuk babasının 2001 Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili hükmü aleyhine açtığı davayı kazanmış olması. Aşağıdaki tam metnini sunduğumuz ve 9 Ekim 2002'de verilen Danıştay kararına göre devletin diyabetli çocuklar için Şeker ölçüm cihazı ve çubukları bedelinin tamamının ödemesi gerekiyor. Dileğimiz Maliye Bakanlığının mahkeme kararına uygulamak üzere acilen bir genelge yayınlaması ve diğer Sosyal güvenlik kuruluşlarının da benzer bir uygulama başlatması.

27.11.2002

Prof.Dr.Şükrü Hatun

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Diyabet Merkezi

T.C.  
DANIŞTAY  
Beşinci Daire

Esas No:2002/2493

Davacı ve Yürütmenin Durdurulmasını İsteyen: Akın Bozkurt (Beril Buse Bozkurt a velayeten) Genelkurmay MEBS EH. D. Başkanlığı-ANKARA

Davalılar : 1. Milli Savunma Bakanlığı-ANKARA

2. Maliye Bakanlığı-ANKARA

İstemın Özetı : Davacı, bakmakla yükümlü olduğu çocuğunun tedavi giderlerine ait şeker ölçüm cihazları fatura bedelinin kısmen ödenmemesine ilişkin 9.5.2001 günlü, 124811 sayılı işlem ile bu işlemin dayanağı olan 22.3.2001 günlü 24350 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatının 22.5 maddesinin c ve d bentlerinin iptalini ve yürütülmesinin durdurulmasını istemektedir.

D.Tetkik Hakimi: M.Emin Kaçar Düşüncesi : Dava konusu Bütçe Uygulama Talimatı hükmü yönünden yürütmenin durdurulması istemi hakkında karar verilmesine yer olmadığı; 9.5.2001 tarihli işlemin ise yürütülmesinin durdurulması gerektiği düşünölmektedir.

Danıştay Savcısı: Ayfer Özdemir Düşüncesi: 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 27.maddesinde öngörölen koşulların gerçekleşmiş olduğu anlaşıldığından yürütmenin durdurulması isteminin kabulü gerekeceği düşünölmektedir.

## TÜRK MİLLETİ ADINA

Hüküm veren Danıştay Beşinci Dairesince davalı idarelerin birinci savunmalarının geldiği görülerek işin gereği yeniden düşünüldü:

Dairemizin 21.8.2001 gün ve E: 2001/1831 sayılı kararıyla, 22.3.2001 günlü, 24350 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama talimatının 22.5 maddesinin (c) ve (d) fıkralarının yürütülmesinin durdurulmasına karar verildiğinden, davacının bu istemi hakkında ayrıca karar verilmesine yer olmadığı; davacının bakmakla yükümlü olduğu çocuğunun tedavi giderlerine ait şeker ölçüm cihazı ve çubukları bedelinin tamamının ödenmemesi yolundaki 9.5.2001 tarihli işlemin ise yürütülmesinin durdurulmasına, 9.10.2002 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

Başkan	Üye	Üye	Üye	Üye
Ender	Mehmet	Esen	Aslan	Erden
Sıtkı	Günay	Çetinkaya	Ünlüçay	Erol

## Striplerin Geri Ödenmesi

SAĞLIK BAKANLIĞI

ÖZEL

Sayın Prof.Dr. Şükrü Hatun

Kocaeli Üniversite

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sayın Hatun,

10.12.2002 tarihli bazı gazetelerde yer alan diyabetli çocukların tedavilerindeki sıkıntılardan bahseden açık mektubunuzu okudum.

Ülkemizde 10 bin dolayında diyabetli çocuk hastanın bulunduğunu ve tedavilerinde kullanılan kan şekeri ölçüm çubuğunu sosyal güvenlik kuruluşlarınca yeterli ölçüde karşılanmadığını bilmekteyim. Ayrıca bu hastaların 18 yaş sonrası tedavilerinde kullanılan tıbbi sarf malzemeleri karşılanmamaktadır. Hekimlik yaptığım süre içinde ödeme güçlüğü çeken hastaların tedavilerini yarıda bırakma riski ile bir çok kez karşı karşıya kaldım. Bu durum hem hekim hem hasta hem de hasta yakını için çok zordur. “Sağlıkta Dönüşüm” projesi çerçevesinde sağlıkta yaşanan tüm sorunların giderilmesi çabası içerisindeyim.

Anayasamızın 56.maddesi sağlık hizmetlerini tek elden yürütme yetkilisini sağlık Bakanlığını vermiştir. Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarını tek çatı altında toplayan ve herkesin faydalanacağı Genel Sağlık Sigortasını oluşturma çalışmalarımız devam etmektedir. Bunun yanı sıra mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarında bir takım aksaklıklar yaşanmaktadır. Kayıt sisteminin yetersiz olması



nedeniyle istasiktiki veriler vatandaşlarımızın birden fazla hem de vatandaşların memnuniyetsizliğine yol açmaktadır.

Kronik bir hastalık olan diyabet hastalığının tanı,tedavi ve kontrolü için Sağlık Bakanlığı “ Ulusal Diyabet Kontrol Programı” başlatmış ve çalışmaları halen devam etmektedir. Tip 1 ve Tip II diyabetlilerin tedavilerinin ayarlanması ve sağlıklarının korunması için kan şekerlerinin belirlenen sıklıkla ölçülmesi gerekmektedir. Özellikle Tip I diyabeti olan çocukların kan şekerlerinin regüle edilebilmesi için kan ölçümlerinin günde 3-4 kez yapılması gerekmektedir. Maliye Bakanlığınca yayınlanan Bütçe Uygulamaları Talimatının 22.5 maddesinde şeker ölçüm çubuklarının miktarı günde 1 adetle sınırlandırılmıştır. Konu ile ilgili aksaklıkların giderilmesi ve Bütçe Uygulama Talimatına girebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın görüşleri 2002 yılında Maliye Bakanlığına sunulmuştur. Ancak Maliye Bakanlığınca kabul edilmemiş ve Bütçe Uygulama Talimatına yansıtılmamıştır. 2003 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile konunun çözüme kavuşturulması için maliye Bakanlığımızla gerekli görüşmeler yapılacaktır.

Bilgilerinize sunar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof.Dr. Recep Akdağ

Sağlık Bakanı

## ÖZGEÇMİŞ

- Öğr. Gör. Esra TEZER 23.12.1977 tarihinde İzmit'te doğdu.
- İlk ve orta öğrenimini İzmit'te tamamladı.
- 1995 yılında girdiği Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun oldu.
- Mezun olduğu yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açtığı sınavla Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.
- Temmuz 2000'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine atanarak Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda göreve başladı ve buradaki görevine 5 yıl devam etti.
- 2003 yılında **“Hipertiroid-Hipotiroit Tanılamasında Ekip Çalışması Yaklaşımı ve Hemşirenin Etkinliğinin İncelenmesi”** konulu yüksek lisans tezini tamamlayarak Yüksek Lisans programını bitirdi.
- 2003 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora programına başladı.
- 2005 yılında Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu'na Öğretim Görevlisi olarak atanan Esra TEZER halen aynı görevde çalışmakta olup İç Hastalıkları Hemşireliği teorik ve uygulama dersinin yürütülmesinden sorumludur.
- Öğr. Gör. Esra TEZER İngilizce bilmekte ve görevli olduğu Sağlık Yüksekokulu'nda 2 yıldan bu yana Mesleki İngilizce dersini yürütmektedir.