

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

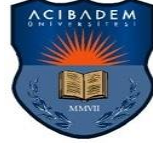
**TİP 2 ERİŞKİN DİYABETLİLERİN
HASTALIKLA İLİŞKİLİ DENEYİMLERİ**

Hanife AKMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DAHİLİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL – 2015



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 ERİŞKİN DİYABETLİLERİN
HASTALIKLA İLİŞKİLİ DENEYİMLERİ**

Hanife AKMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DAHİLİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL – 2015

TEZ ONAYI

Kurum : Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Dahili Hastalıklar Hemşireliği
Tez Sahibi : Hanife Akman
Tez Başlığı : Tip 2 Erişkin Diyabetlilerin Hastalıkla ilişkili Deneyimleri
Sınav Yeri : Acıbadem Üniversitesi
Sınav Tarihi : 28.08.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Kurumu	İmza
Danışman Prof. Dr. Nermin Olgun	Hasan Kalyoncu Ün.	
Yrd. Doç. Dr. Esra Tezer Öksel	EÜ HF İç Hast. AD	
Yrd. Doç. Dr. Bahire Ulus	ACU SBF Hemşirelik Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 01.09.2015 tarih ve 16 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mert ÜLGEN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28.08.2015

Hanife AKMAN



TEŞEKKÜR

Bu tezin her aşamasında birçok insanın manevi desteği bulunmaktadır. Bu anlamda ilk teşekkürüm, teze gönüllü olarak katılarak benimle diyabet deneyimlerini ve yaşam öykülerini içtenlikle paylaşan Bayındır Hastanesi Kavaklıdere diyabetlilerinin tümüne olacaktır.

Bu tezin hazırlanma sürecinde yoğun çalışma programı arasında bana zaman ayırarak bilgi, destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam *Prof. Dr. Nermin OLGUN*'a benimle birlikte niteliksel bir araştırmada yer almayı kabul ettiği için minnettarım.

Daha sonra, bu tezin hazırlanması aşamalarında büyük desteği bulunan Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Hemşirelik Bölümü Müdür Yardımcısı *Sn. Güler ÖZEL*'e ve İç Hastalıkları, Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı *Sn. Uzm. Dr. Şen ILGIN*'a, teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Aynı süreci paylaştığımız Ondokuzmayıs Üniversitesi Hastanesi Diyabet Eğitim Hemşiresi *Sn. Uzm. Hemş. Gülay GÜLŞEN*'e, aynı çalışma ortamını paylaştığım çalışma arkadaşlarıma, hemşirelik mesleğini büyük özveri, sabır ve sevgiyle icra etmeye çalışan tüm hemşire meslektaşlarıma, ayrıca desteklerinden dolayı *Sn. Cengiz UZUNAL* ve *Sn. Batuhan UZUNAL*'a, son olarak tüm çalışma ve özel hayatımda olduğu gibi çalışmalarım sürecinde de benden destek ve sevgilerini esirgemeyen aileme ve sabırlarımdan dolayı bütün sevdiklerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hanife AKMAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Giriş	3
1.2. Amaç.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi	6
2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus	7
2.3. Diyabet Tedavisi	8
2.3.1. Diyabet ve İlaç Tedavisi	9
2.3.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi	9
2.3.3. Diyabet ve Egzersiz.....	10
2.3.4. Diyabette Kendi Kendine İzlem	11
2.3.5. Diyabet Eğitimi	11
2.4. Diyabetin Bireysel Yönetimi	12
2.4.1. Diyabet Yönetimi	12
2.4.2. Diyabet Özyönetimi	12
2.4.3. Tedaviye Uyum	13
2.5. Hastalık Algısı	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırma Amacı	16
3.3. Evren ve Örneklem Seçim Kriterleri	17
3.4. Verilerin Toplanması.....	17
3.5. Verilerin Analiz Edilmesi ve Yorumlanması	20
3.6. Etik Hassasiyetler	21
4. BULGULAR	22
4.1. Demografik Verilerin Analizi.....	22
4.2. Nitel Verilerin Analizi	25
4.2.1. Diyabet Algısı:	28
4.2.2. Diyabetle Yaşam	33

5. TARTIŞMA	41
5.1. Diyabet ile Tanışma:.....	41
5.2. Diyabet Algısı:.....	44
5.3. Diyabetle Yaşam.....	50
5.3.1. Konforda Değişiklik (Olumlu):	50
5.3.2. Konforda Değişiklik (Olumsuz):	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuç	56
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	65
Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Soruları:.....	66
9. ÖZGEÇMİŞ	85

KISALTMALAR LİSTESİ

A1C	: Glukozillenmiş hemoglobin
ADA	: American Diabetes Association -Amerikan Diyabet Derneği
BHK	: Bayındır Hastanesi Kavaklıdere
DM	: Diabetes Mellitus
DKA	: Diabetik Ketoasidoz
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
IDF	: International Diabetes Federation- (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
OAD	: Oral Antidiyabetik
TEMĐ	: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Hastalıklar Prevalans Çalışması
WHO	: World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verileri	23
Tablo 2: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları	24
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin İfadelerinin Grupları ve Temalar	25
Tablo 4: Bireylerin Diyabet ile Tanışma ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları.....	26
Tablo 5: Bireylerin Diyabet Algısı ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları.....	28
Tablo 6: Diyabetli Bireylerin Diyabet Algısına İlişkin Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları	32
Tablo 7: Bireylerin Diyabetle Yaşam ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları.....	33
Tablo 8: Diyabetli Bireylerin Diyabetle Yaşama İlişkin Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları	39

ÖZET

Tip 2 Erişkin Diyabetlilerin Hastalıkla İlişkili Deneyimleri/Niteliksel Araştırma

Bu çalışma; Aralık 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Endokrin Polikliğinde, Tip 2 erişkin diyabetlilerin hastalıkla ilişkili duygularını ve yaşam deneyimlerini belirlemek amacıyla niteliksel tipte yapıldı. Araştırmaya ilgili bölümde izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 21 diyabetli dahil edildi. Araştırmaya katılan diyabetlilerden %66'sı erkek çoğunluğu 61-70 yaş grubunda (%57) idi. Veriler, görüşme formu ve derinlemesine görüşme yöntemi ile kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırmada diyabetlilere daha önceden belirlenmiş yanlı ve yönlendirici olmayan sorular yöneltilerek bire bir görüşme tekniği uygulandı. En az 20 dk süren görüşmelerde ses kaydı alınarak 24 saat içinde verilerin yazılı dökümü çıkarıldı. Diyabetliler araştırma ile ilgili bilgilendirilerek yazılı onayları alındı. Demografik özellikler için istatistiksel veriler kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanıldı. Analiz sonuçları doğrultusunda, temalar belirlenerek söz konusu temalar üzerinden çalışma sonuçları değerlendirildi. Araştırmaya katılan bireylerin deneyimlerinden elde edilen ifadeler gruplandırılarak verilerin birleştiği 3 ortak grup saptandı. Bu gruplar diyabet ile tanışma, diyabet algısı ve diyabetle yaşam olarak anlamlandırıldı. Sonuç olarak; bireylerden elde edilen ham verilerden bilgi eksikliği, şok, korku, üzüntü, inkar, suçluluk, öfke, kabullenememe, konforda değişiklik (olumlu-olumsuz): alışkanlıkların değişimi uyum güçlüğü, mesleki zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler, kendini daha iyi hissetme olmak üzere toplam 14 tema çıkarıldı. Empatik yaklaşımlarla bireylerin duygu ve yaşam deneyimlerinin yakından tanınması, bireysel gereksinimlerine uygun diyabet eğitimleriyle de etkili karar verme ve tedaviye uyum süreçlerinin kolaylaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, duygular, uyum süreci.

SUMMARY

Type 2 Adult Diabetic's Experiences Related With Disease / Qualitative

Research

This study was implemented in qualitative type for the purpose of learning feelings and experiences of mature patients with Type 2 diabetes, monitored in Bayındır Hospital Kavaklıdere Endocrine Polyclinic between December 2014 and April 2015, related with the disease. 21 patients with diabetes, who accepted to participate to study among 94 patients with diabetes and monitored in above mentioned department, were included to the study. 66 % of the individuals with diabetes, who participated to the study, was male and most of them were within 61-70 age group (57 %). Data were collected via interview form and deep interview method, and collected with using snowball sampling method. During the study, predetermined non-subjective and non-leading questions were asked to the patients with diabetes, and one on one interview technique was applied. Interviews, which lasted at least 20 minutes, were recorded via voice recorder, and written texts of the data were printed out within 24 hours. Patients with diabetes were informed related with study, and their written consents were collected. Statistical data were used for demographical specifications. During analysis of qualitative data, content analysis method was employed. In connection with the results of analysis, themes were determined and study results were evaluated over above mentioned themes. Statements from experiences of individuals, who participated to the study, were grouped and 3 common groups, where data were unified, were determined. These groups were referred as meeting with diabetes, diabetes perception and living with diabetes. As a result; an overall of 14 themes were obtained from raw data from individuals: lack of information, shock, fear, sorrow, denial, guilt, anger, failure to accept, change on comfort (positive – negative): changing habits, compatibility difficulties, professional difficulties, social difficulties, environmental factors, and feeling himself/herself better. It is suggested that to recognize feelings of persons with diabetes more closely with emphatic approaches, and to facilitate effective decision making and treatment compatibility process by means of diabetes trainings, compatible with their individual needs.

Keywords: Diabetes, feelings and compatibility process.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluklar sebebiyle vücudumuzun karbonhidrat, yağ ve protein gibi besin maddelerinden yeteri kadar faydalanamadığı, devamlı tıbbi bakımın gerektiği, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabete bağlı akut komplikasyonların riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı olan, kronik (göz, böbrek, sinir, kalp ve damar) olumsuz etkilerinden korunmak için sağlık çalışanlarının ve diyabetlilerin eğitimi zorunludur (TEMD 2015).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation - IDF) 2014 yılı verilerine göre; Dünya üzerinde %8.3 prevalans ile yaklaşık olarak 387 milyon diyabetli bulunmaktadır. Ayrıca Dünya üzerinde yaklaşık %46.5 bireyin de diyabet teşhisi konulmadan yaşadığı düşünülmektedir. Dünya üzerindeki her iki diyabetliden biri, hastalığının farkında değildir ve 2035 yılında 205 milyon bireyin daha diyabetli olacağı öngörülmektedir. Ek olarak, 2014 yılı içerisinde 4.9 milyon diyabetli hayatını kaybetmiş ve her 7 saniyede bir diyabete bağlı sebeplerden bireyler hayatını kaybetmektedir. Dünya üzerindeki toplam sağlık harcamalarına bakıldığında, harcanan her 9 doların 1 doları diyabetlilerin tedavisine harcanmaktadır (IDF 2014).

Dünya üzerinde 2005 yılı verilerine göre; kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet başta olmak üzere kronik hastalıklar nedeniyle yaklaşık 35 milyon kişinin öldüğü görülmektedir. Kronik hastalıklara bağlı söz konusu ölümlerin 2015 yılından itibaren ise %17 oranında artması beklenmektedir (Diyabet 2020).

Yapılan araştırmalar kronik hastalıkların sayısında ve yaygınlığında önemli artışların olduğunu göstermektedir. 2012 yılı verilerine göre; dünya üzerindeki yetişkinlerin yarısı en az bir tane kronik hastalığa sahiptir ve 2010 yılında ölüm ile sonuçlanan ilk 10 hastalıktan 7 tanesi kronik metabolizma hastalığıdır (Chronic Disease Overview 2015). Kronik hastalıklarda karşılaşılan en önemli sorun, hastalığın ömür boyu sürmesi ve gerekli tedbirlerin alınmaması halinde oluşabilecek

komplifikasyonlar nedeniyle bireylerin sağlığı ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenererek hem bireylere hem de ülkelere ekonomik açıdan ciddi yük getirmektedir. 2013 yılında dünyada sağlık harcamalarının %10,8'i (548 milyar dolar) diyabet ve komplifikasyonları için harcanmıştır (IDF 2014). Bu sebeple diyabet ve komplifikasyonlarının önlenmesinin ve etkin tedavisinin ülkelerin ulusal sağlık politikaları arasında olması gereklidir (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020).

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algularının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta değişmeye neden olan aktif bir süreçtir. Bu algı ya da bilişsel süreçler, kişinin hastalığa verdiği duygusal cevabını ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (Kocaman ve ark. 2007). Diyabetli bireylerin tedavi ve bakımında sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları büyük önem taşımaktadır. İletişimdeki eksiklikler, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumunu ve sağlıkla ilgili sonuçları olumsuz etkilemektedir (zakır 2002). Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek ve uygulamak beraberinde bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişim büyük önem taşımaktadır (Babadağlı ve ark. 2006).

Diyabet dünyada küresel olarak en yaygın görülen ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan biridir. Bireyler işte ya da iş dışındaki hayatlarında pek çok duyguyu yaşar. Bu anlamda bakıldığında duygular, insan davranışının bir ögesi olup bireyin i dünyası ile karşılıklı ilişkilere kadar birçok alanda belirleyicidir ve insan davranışında temel bir yere sahiptir (Erkuş ve Gnl 2008). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları inanışlarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumlarla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresle başa çıkabilmeleri için beceri kazandırılabilmesi mümkündür (Chilcot 2012).

Duygular, yaşama dair bakış açısını, morali ve motivasyonu olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebildiklerinden birey için önemlidir ve iyi ynetilebilirse bireyin moralini ve performansını arttırabilir. Kronik hastalıklarda bireyleri yakından tanımak ve yaşadıkları duygular hakkında empatik yaklaşımlarda bulunarak bütüncül

hasta yaklaşımı sergilemek tedavi başarısı açısından son derece önemlidir. Diyabetli bireylerin tedavi ve takibinde sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları ciddi önem taşımaktadır. Ayrıca yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastaların hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duyduğu görülmüştür. Neticede; diyabet konusunda duyguların tanınır olması ve bu çerçevede hasta yaklaşımları sergilenmesi hastaların diyabet zynetimini uyumlu bir şekilde sürdürmelerini sağlamaktadır.

1.2. Amaç

Bu araştırma; Tip 2 erişkin diyabetlilerin tanıya ilişkin hissettikleri duyguları ve hastalıkla ilgili yaşadıkları deneyimleri (iş, aile, sosyal evre vb.) ayrıntılı olarak belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi

Diabetes mellitus ya da sadece diyabet, pankreasın artık insülin üretememesi veya vücudun üretilen insülini iyi kullanamadığı durumlarda ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. İnsülin glukozun hücre içine alınmasına yardımcı olur. Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluklar sebebiyle vücudumuzun karbonhidrat, yağ ve protein gibi besin maddelerinden yeteri kadar faydalanamadığı, devamlı tıbbi bakımın gerektiği, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabete bağlı akut komplikasyonların riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı olan, kronik (göz, böbrek, sinir, kalp ve damar) olumsuz etkilerinden korunmak için sağlık çalışanlarının ve diyabetlilerin eğitimi zorunludur (IDF 2014; TEMD 2015).

Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Dünyada 387 milyon diyabetli olduğu tahmin edilmekte olup her yıl yedi milyon kişide diyabet gelişmektedir. Bu sayının 2035 yılında 592 milyona ulaşması beklenmektedir. En yüksek diyabetli insan sayısı 40-59 yaş aralığında olup, 175 milyon kişiye tanı konulmamıştır (IDF 2014). Bu artışın başlıca sebepleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi neticesinde obezite ve fiziksel hareketsizliğin artmasıdır (Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2011-2014).

Dünyada 2005 yılında kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve diğer kronik hastalıkların yol açtığı ölümlerin sayısı 35 milyon kişi olarak hesaplanmıştır. 2015 yılı itibariyle bulaşıcı hastalıklar ve beslenme yetersizliğine bağlı ölümlerin %3 azalması beklenirken, kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %17 artması beklenmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde 15 yaş ve üzerindeki nüfusun %40'ının kronik bir hastalığı olduğu 2006 yılında raporlanmıştır. Daha da önemlisi, birden fazla sağlık sorunu olan insanların sayısının özellikle yaşlı nüfusda giderek artacağı

ve yaşlı nüfusun üçte ikisinin emeklilik yaşına geldiğinde en az iki kronik rahatsızlığı olacağı öngörülmektedir (Diyabet 2020).

Ülkemizde 1997-1998 yıllarında 20-79 yaşları arasındaki yaklaşık 25 bin kişinin taraması ile yapılan ilk çalışmada Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) diyabet prevalansı %7.2 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %6.2, kadınlarda %8 olarak bildirilmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2008 yılında 35 yaş ve üzerinde diyabet prevalansını %11.3 olarak bildirmiştir (Diyabet 2020).

IDF tahminlerine göre Türkiye’de erişkin nüfus içinde diyabet prevalansının %7.4 olması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’de (World Health Organization - WHO) ülkemizdeki diyabetli nüfusun 6 milyon’un üzerine çıkacağını öngörmektedir (Diyabet 2020).

Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon bölümlerinin veri girişleri tamamlanan TURDEP-II çalışmasına göre; Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7’ye ulaştığı, 40-44 yaş grubundan itibaren nüfusun en az %10’u diyabetli olduğu görülmüştür (Satman ve ark. 2013).

Sonuçlar, ülkemizde obezite ve diyabetin en önemli toplum sağlığı sorunları olduğunu göstermektedir. Gelecek nesillerde bu sorunların azaltılabilmesi için obezite ve diyabeti önlemeye yönelik yaşam değişikliklerini destekleyici acil bir eylem planı oluşturulması ve hızla uygulamaya geçilmesi gerekmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi 2014).

Diyabet Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, spesifik nedenlere bağlı diyabet ve gestasyonel diabetes mellitus (GDM) olmak üzere başlıca dört tipte görülmektedir. Ülkemizde diyabetlilerin %90’ dan fazlası Tip 2 diyabetlidir.

2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

Geçmişte "insüline bağımlı olmayan diyabet", "erişkin diyabet" veya "Tip 2 diyabet" olarak da isimlendirilen Tip 2 diyabet çoğunlukla insülin direnciyle

karakterizedir. Tip 2 diyabette insülin yeterli veya düzenli salınamadığı için etkili olamamaktadır. Esasında insülin miktarları normal, hatta fazla bile olabilir. Çoğunlukla egzersiz ve diyet, tedavide en etkili yöntemlerdir fakat beraberinde tedaviye ilaç ve bazen insülin de eklemek gerekebilir. IDF, 2005 yılında yaptığı çalışmasında dünyada yaklaşık 170 milyon Tip 2 diyabetli bulunduğunu tespit etmiştir. Tip 2 diyabet, 45 yaşından büyük şişman kişilerde daha yaygındır. Bununla birlikte, artan obezitenin bir sonucu olarak, çocuklarda ve genç erişkinlerde de yaygın hale gelmektedir.

Türkiye Endokrin ve Metaolizma Derneği (TEMED) 2015 kılavuzuna göre Tip 2 diyabetlilerin özellikleri aşağıda yer almaktadır:

- Çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkar, ancak obezite artışının sonucu olarak özellikle son 10-15 yılda çocukluk veya adolesan çağlarında ortaya çıkan Tip 2 diyabet vakaları artmaya başlamıştır.
- Güçlü bir genetik yatkınlık söz konusudur. Ailede genetik yoğunluk arttıkça, sonraki nesillerde diyabet riski artar ve hastalık daha erken yaşlarda görülmeye başlar.
- Hastalar sıklıkla obez veya kiloludur [Beden kitle indeksi (BKİ) >25 kg/m²].
- Başlangıçta diyabetik ketoasidoz (DKA)' a yatkın değildir. Ancak uzun süreli hiperglisemik seyirde veya b-hücre rezervinin azaldığı ileri dönemlerde DKA görülebilir.
- Hastalık genellikle sinsi başlangıçlıdır. Pek çok hastada başlangıçta hiçbir semptom yoktur.
- Bazı hastalar ise bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar infeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme nedeniyle başvurabilir. (TEMED 2015)

2.3. Diyabet Tedavisi

Diyabet tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, ilaç tedavisi, kendi kendine takip ve eğitim çok önemlidir. Kişilerin diyabeti iyi ve etkin yönetildiği takdirde daha iyi tedavi sonuçlarına ulaşılabilir (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013). Tedavinin temel amacı komplikasyonları önlemek, sorunları tedavi etmek ve

hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır (ADA 2014; Akdemir ve Akkuş 2006; Franz MJ ve ark. 2002; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011).

2.3.1. Diyabet ve İlaç Tedavisi

Diyabetli bireylerde ilaç tedavisi diyabetin türü ve komplikasyonların varlığına göre değişiklik gösterir. Tip 2 diyabetlilerde insülin direnci, bozulmuş insülin üretimi ve/veya hepatik glikoz üretiminde artış görülmektedir. Tip 2 diyabetlilerde farmakolojik tedavi seçimi hipergliseminin derecesine, diyabet süresine, ilaçların özelliklerine (etkinliği, gücü, yan etkileri, kontrendikasyonları, hipoglisemi riski ve maliyeti), mevcut diyabet komplikasyonlarına, eşlik eden diğer hastalıklara, hastanın yaşam beklentisine ve hastanın tercihinine bağlı olarak her hasta için bireysel bazda yapılmalıdır. Yeni tanı almış Tip 2 diyabetli hastalarda yaşam tarzı düzenlemeleri ile birlikte, herhangi bir kontrendikasyon yoksa metformin başlanmalıdır. İlk üç ay sonunda yaşam tarzı değişiklikleri ve metformine rağmen yeterli glisemik kontrol sağlanamazsa tedaviye ikinci bir ilaç; Glikozillenmiş hemoglobin (A1C) %7.1-8.5 (54-69 mmol/mol) ise farklı bir gruptan oral antidiyabetik (OAD); A1C >%8.5 (>69 mmol/mol) ise insülin eklenmelidir (TEMD 2015).

Oral antidiyabetik tedavisinin hedefi komplikasyonları azaltılarak kan şekeri düzeyini regüle etmektir (Koski 2006).

2.3.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Amerikan Diyetisyenler Birliği ve Amerikan Diyabet Derneği (ADA), Tip 1 ve Tip 2 diyabetlilerin tanıyı izleyen ilk bir ay içinde, GDM olgularının ise tanıyı izleyen ilk hafta içinde (mümkünse diyabet ekibinde bulunan bir diyetisyene) sevk edilmesini önermektedir. Tıbbi beslenme tedavisinde eğitimi başlangıçta 3-6 ay içinde tamamlanan, her biri 45-90 dakika süren 3-4 viziti kapsar ve yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi ve tedavinin değerlendirilmesi için yıllık en az bir görüşme ile devam eder (TEMD 2015).

Tıbbi beslenme tedavisinde amaç; bireye özgü sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşmasını sağlayarak kan glukoz seviyelerinde, kalpdamar hastalıkları riskini azaltacak lipid seviyelerinde, kan basıncı vevücut ağırlığında

bireyselleştirilmiş hedefleri sağlamak ve korumaktır. Diğer yönden ise; besin öğelerinin alımını yaşam tarzına uygun şekilde uyarlayarak diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek ya da komplikasyon gelişme oranını azaltmak aynı zamanda bireyin kişisel ve kültürel tercihlerini dikkate alarak beslenme gereksinimlerini belirlemektir (TEMD 2015).

Tip 2 diyabetli olan aşırı kilolu ya da obez erişkinlere yönelik kilo kaybı sağlamak için bir yandan enerji alımının azaltılması diğer yandan da sağlıklı beslenme yapısının sürdürülmesi önerilmektedir (ADA 2014). Tip 2 diyabetli bireylerin, glisemi, dislipidemi ve kan basıncı değerlerinde iyileşme sağlaması için yaşam tarzlarında enerji, doymuş ve trans yağlar, kolesterol ve sodyum alımını azaltmalarını ve fiziksel aktivitelerini arttırmalarını hedefleyen uygulamalar desteklenmelidir (TEMD 2015).

2.3.3. Diyabet ve Egzersiz

Egzersiz diyabet tedavisinin önemli bir parçasıdır. Egzersiz düzenli yapıldığında açlıkta ve toklukta kan şekeri yükselmesini önler, insülin reseptör sayısını artırır, periferik dokularda insülin duyarlılığını artırır, antidiyabetik ajanlara olan ihtiyacı azaltır ve uygun beslenme tedavisi ile birlikte uygulandığında kilonun korunması ya da kaybında yardımcı olur. Ayrıca egzersiz kan basıncını düşürerek, total kolesterolü azaltarak ve HDL kolesterolü yükselterek kardiovasküler risk faktörlerini azaltır (Arslan 2009).

Erişkin diyabetlilerin, en az haftada üç gün ve gün aşırı olmak üzere, haftada toplam 150 dakika olacak şekilde, orta yoğunlukta (maksimum kalp hızının %60-75'i, yaşlılarda %50-70'i kadar) egzersiz yapmaları sağlanmalıdır (Maksimal kalp hızı = 140 - Yaş). Diyabetik ve prediyabetik bireyler gün içinde 90 dakikadan fazla hareketsiz oturmamalı, gereğinde ara verip fizik aktivite yapmalıdır. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa diyabetlilerin haftada iki gün rezistans egzersizleri yapmaları sağlanmalıdır (TEMD 2015).

2.3.4. Diyabette Kendi Kendine İzlem

Kronik hastalıklar genellikle yavaş seyirli, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilen ve kişide yeti yitimine sebep olabilen uzun dönem sağlık problemleridir (Akdemir 2011; Özdemir ve Taşçı 2013). Bu özellikleri nedeniyle, bireylerin yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Türkmen 2012). Diyabetin başarılı bir şekilde kontrol edilmesi sadece ilaçlara ve tıbbi tedavilere bağlı değildir. Diyabetlilerin her gün gıdaları, fiziksel aktiviteyi ve ilaçları kullanımıyla ilgili birden fazla karar alması ve farklı süreçleri yönetmesi gerekir. Diyabet teşhisi konan birçok kişi için, bu durum kendi kendine insülin enjeksiyonunu ve evde kan glukozu düzeylerinin takibini de içermektedir (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013).

2.3.5. Diyabet Eğitimi

Diyabet yönetiminde başarı etkin tedavinin belirlenmesi, etkin eğitim ve hastanın tedaviye tam uyumu beraberinde katılımı ile gerçekleşir. İlk kez diyabet tanısı konulduğunda diyabetli bireylere eğitim verilmeye başlanması diyabetlilerin diyabet ile başa çıkmalarına katkı sağlar. Sürekli eğitim ve desteğin sağlanması ise etkili öz-yönetimi sürdürmeleri konusunda yardımcı olur. Ayrıca bireylerin metabolik kontrolü optimal düzeyde sağlamalarına, diyabeti yönetebilmelerine, komplikasyonların önlenmesine, yaşam kalitesinin artırılması ve maliyetin düşürülmesine yardımcı olur (Marrero et al. 2013; Martin et al. 2012).

Diyabet hemşireleri diyabetlilerin bakımı, eğitimi, desteklenmesi ve özyönetimin sağlanmasında anahtar role sahiptir (Boström et al. 2014). Yapılan bir çalışma da diyabetin yüksek seyri, kronik komplikasyonları ve öz-yönetiminde karşılaşılan güçlüklerin aşılmasında eğitimin ve desteğin önemi vurgulanmıştır (Vorderstrase et al. 2014).

2.4. Diyabetin Bireysel Yönetimi

2.4.1. Diyabet Yönetimi

Kronik hastalıkların yönetimi, yalnızca hastalığın tedavisini değil beraberinde hastanın öz-yönetim becerisi kazanması, hastalıkla yaşamayı öğrenmesi ve çeşitli eğitim-öğretim yöntemleri ile hazırlanmasını ve güçlendirilmesini içerir (Osterlund Efraimsson et al. 2009). Kronik hastalıkların yönetiminde başarının göstergeleri; acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların az oluşu, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılabilmesi, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artmasına bağlıdır (Demirağ 2009; Lorig et al. 2003).

Kronik hastalık yönetiminde multidisipliner ekip olarak sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim ve danışmanlık vermektir (Türkmen 2012).

Diyabetin etkin yönetimi ve kontrolü, sağlık personelinin hasta ve ailesinin duyarlılığını arttırması ve hastalığa ilişkin tutumlarını olumlu yönde değiştirmesi ile sağlanabilmektedir. Diyabetlilerin, diyabet yönetimini başarılı bir biçimde gerçekleştirebilmeleri için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir (Gagliardino et al. 2007).

2.4.2. Diyabet Özyönetimi

Öz-yönetim; kronik hastalığı olan bireylerin sağlık profesyonellerinin önerdiği şekilde, hastalıklarına ait semptomları, tedavileri ve yaşam tarzı değişikliklerini yönetmesidir (Choi et al. 2014). Farklı bir ifadeyle öz-yönetim; kronik hastalıkların semptomları ve tedavisi ile yaşamının doğal bir sonucu olan yaşam tarzı değişikliklerini yönetebilmek için gerekli bireysel yeterliliklerdir (Lu et al. 2014). Yeterli öz-yönetim daha iyi metabolik kontrolün bir göstergesi, sağlık ve iyilik hali için sorumluluk alma ve karar verme gibi geniş bir çerçeveyi içerir (Choi et al. 2014).

Diyabetlilerde ilaç uygulaması, kan şekeri ölçümü, uygun diyet ve egzersiz programları gibi öz-yönetim davranışları olumlu sonuçlara ulaşma şansını arttırmada

büyük önem taşır. Diyabetin etkin yönetimi önemli ölçüde kendi kendine diyabet yönetimi davranışından etkilenir (Hunt et al. 2014). Diyabet tanısı konduktan sonra, günlük yaşam düzenlemeleri ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesine yönelik girişimler ile diyabetlilerin yükünü arttırmaktadır (Nguyen et al. 2014). Diyabette kendi kendine diyabet yönetimi ile diyabete bağlı gelişebilecek önemli sorunların oluşmasını azalttığı ve yaşam kontrolünü daha iyi sağlamaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark. 2013). Öz-yönetimin diyabet kontrolündeki etkisini araştıran araştırmalarda (Willams et al. 2014, Nguyan et al. 2014, Korytkowski et al. 2013, Wang et al. 2013) ; özyönetimin bireysel bakım becerilerini geliştirdiği, glukoz kontrolüne yardımcı olduğu ve komplikasyonların önlenmesinde tedaviden daha çok yarar sağladığı, hastaların tedaviden memnun kaldığı ve daha az hiperglisemik ataklar yaşadığı ve A1C ve total kolesterol seviyelerini düşürdüğü saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla öz yeterliliğinin yükselmesinde önemli bir süreçtir (Mollaoğlu 2012).

2.4.3. Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (Dikeç ve Kutlu 2015). Tedaviye uyum bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri ve mental kapasitesi, tedavi ekibi, ilaçların kullanımı gibi birtakım değişkenlerden etkilenmektedir (Çakır ve ark. 2010). Hastalıklarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi hastaların uygulanan tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları ile doğrudan ilişkilidir (Tel ve ark. 2010). Tedavide uyumun öğeleri; belirlenen tarihte kontrole gitmek, başlanmış tedavi programını tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymaktır (Dikeç ve Kutlu 2015; Yılmaz 2004). Bireylerin tedaviye uyumu mortaliteyi, sakatlık ve ölümleri azaltırken beraberinde yaşam kalitesini artırır (Jerant et al. 2005; Nam et al. 2011).

Diyabet gibi ömür boyu süren hastalıklarda uygulanan tedavinin başarısı ve tedavinin sürekliliği için diyabetlinin uyumunu sağlamak gerekir. Buna rağmen tedaviye uyumda güçlükler yaşanabilmektedir. Nitekim yapılan bir araştırmada da

hastaların çoğunluğunun ilaç uyumlarının yetersiz olduğu, arkadaş desteği ve özel birisinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu, arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında zayıf da olsa bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Kelleci ve Ata 2011).

Diyabet tedavisinde hasta merkezli yaklaşım, gelişmiş ve yenilikçi tedavi uygulamalarına erişimin sağlanması ve etkin bakım, aynı zamanda tedaviye uyumun artmasına ve sağlık hizmetlerini kullanımının ve ilişkili maliyetlerin azaltılmasına katkıda bulunur (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013).

2.5. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık ya da semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır (Moss-Moris et al. 2002). Hastalık algısı, Leventhal'in öz düzenleme modelini temel alır (Leventhal et al. 1984). Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişikliklere sebep olan aktif bir süreçtir. Hastalığı anlayabilme arttıkça, kişinin hastalığı kontrol edebildiğine olan inancı artmakta, hastalığın sonuçları ve süresi ile ilgili olumsuz inançları da, hastalığın nedenini kaza/şans olarak değerlendirme de azalmaktadır. Hastalığın sonuçlarını olumsuz algılama azaldıkça, süre hakkındaki olumsuz inançlar da azalırken, tedavi kontrolü artmaktadır (Kocaman ve ark. 2007).

Diyabetlilerle yapılan bir araştırmada hastalık algısının, yaşam kalitesinin ruhsal yönüyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Paschalides et al. 2004). Diyabetli bireylerde hastalık algısı ve depresyon düzeyinin hastalığın takip ve tedavisini etkileyen önemli unsurlar olduğuna inanılmaktadır (Bahar ve ark. 2006; Ponzio et al. 2006). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri için beceri kazandırılabilmesi mümkündür (Chilcot 2012). Diyabet hastalarında, hastalık algısının, hastalığı yönetim davranışlarını etkilediğini ve

böylelikle glisemik kontrolde önemli bir etkinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Glasgow et al. 1997; Paschalides et al. 2004).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, niteliksel bir araştırmadır. Niteliksel araştırma tasarımı, derinlemesine ve çok yönlü nitel veri elde edilmesine olanak sağladığı için tercih edilmiştir.

3.2. Araştırma Amacı

Bu çalışma; Tip 2 erişkin diyabetlilerin tanıya ilişkin hissettikleri duyguları ve hastalıkla ilgili yaşadıkları deneyimlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın alt amaçları;

Diyabet eğitim hemşireleri ve diyabetli bireyle karşılaşan hemşirelere;

1. Diyabetlilerin ilk tanı anında ve aradan geçen zaman içinde yaşadıkları duyguları tanıyarak onlarla empatik ilişki içinde bulunmalarını ve diyabetlilerin bakımlarında olumlu yönde katkı sağlamak,
2. Diyabetlilerin hastalıkla ilgili yaşadıkları deneyimleri (iş, aile, sosyal çevre vb.) belirleyerek, yeni tanı almış ya da diyabet kontrolü zayıf bireyler için etkin özyönetim becerisi kazandırılmasında rehberlik etmek.

Hipotezler;

H⁰: Diyabetli bireyler diyabet tanısını ilk aldıkları anda tanıdan duygusal olarak etkilenmektedir ve günlük yaşantılarında diyabetle ilgili deneyimlerinde olumsuz durumlarla karşılaşmaktadır.

H¹: Diyabetli bireyler diyabet tanısını ilk aldıkları anda tanıdan duygusal olarak etkilenmemektedir ve günlük yaşantılarında diyabetle ilgili deneyimlerinde olumsuz durumlarla karşılaşmamaktadır.

Araştırma soruları;

1. Diyabetli bireylerin ilk tanı anında yaşadığı duygular nelerdir? Bu duygular zaman içinde nasıl bir değişim göstermektedir?
2. Diyabetli bireyler günlük yaşamda diyet, egzersiz, beslenme, ilaç kullanımı ve şeker takipleri gibi rutin uygulamaları yaparken yaşadığı sorunlar nelerdir? Bu sorunlarla başetmede hangi yöntemleri kullanmaktadır?

3.3. Evren ve Örneklem Seçim Kriterleri

Niteliksel araştırmalar, örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kuralın olmadığı, araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda örneklem büyüklüğüne karar verilen, esnek yapıya sahip bir araştırma tasarımıdır (Aksayan ve Emiroğlu 2002; Erdoğan ve ark. 2014). Niteliksel araştırma sürecinin temel özellikleri, doğal ortama uygunluk, araştırmacının katılımcı rolü, holistik yaklaşım, algıların ortaya konması, araştırma tasarımında esneklik ve tümevarımcı analiz olarak sıralanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2008). Literatürde niteliksel araştırmaların genellikle küçük bir örneklem grubu üzerinde yapıldığı, veriler tekrarlamaya başladığında diğer bir ifade ile veriler doyuma ulaştığında örneklemin sonlandırılması bir ölçüt olarak belirtilmektedir (Aksayan ve Emiroğlu 2002; Corben 1999; Erdoğan ve ark. 2014; Polit and Beck 2006).

Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini için, Aralık 2014 - Nisan 2015 tarihleri arasında Bayındır Hastanesi Kavaklıdere (BHK) Endokrin Polikliniği'nde diyabetli bireylerle görüşmeler başlatıldı. Katılımcılardan elde edilen verilerin tekrarlamaya başladığı değerlendirilerek toplam 21 katılımcıyla yapılan görüşme ile sonlandırıldı.

Örneklem seçiminde fazla sayıda ve türde veri elde etmek için; eğitim, çalışma durumları, yaş vb. özellikler bakımından birbirinden farklı olan diyabetliler örneklem grubuna alınarak çeşitlilik sağlandı. Çalışmanın yapıldığı birimde düzenli takibini sürdüren kişiler seçim kriteri olarak belirlendi.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan iki adet soru formu ile toplandı. Soru formunun ilki 10 sorudan oluşan (yaş, medeni

durum, eğitim, vb.) demografik özellikler soru formu (EK I) ve ikincisi dört sorudan oluşan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme sorularıdır (EK II). Araştırmada, katılımcıların öznel algı ve deneyimlerinin anlaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda veriler; Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen 21 diyabetli birey ile literatürde önerildiği şekilde, yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme tekniği ile toplanmıştır (Polit ve Beck 2006).

Araştırmacının görüşme yeteneğinin ve ses kaydının teknik olarak değerlendirilmesi için çalışmadaki ile benzer koşullar altında bir katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot çalışma araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın verileri, Aralık 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında 21 diyabetli birey ile sadece bir görüşme ile toplanmış yarı yapılandırılmış olarak planlanan görüşmelerde katılımcı sayısının veri doygunluğu sağlanıncaya kadar olması hedeflenmiştir.

Bu doğrultuda veriler; Aralık 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen 21 diyabetli birey ile sadece bir görüşme yapılarak ve literatürde önerildiği şekilde, yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme tekniği ile toplanmıştır (Polit ve Beck 2006).

Bireylere uygun oldukları zaman sorularak görüşme randevusu verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul ederek gelen diyabetlilerle, randevu günü ve saatinde görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşmenin rahat yapılabilmesi, hastaların diyabete ilişkin duygu ve deneyimlerini içten, rahat ve ayrıntılı paylaşabilmesi için poliklinikte sessiz bir ortam olan diyabet eğitim odası tercih edilmiştir.

Görüşmenin başlangıcında, katılımcı çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra, bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır (EK III). Katılımcıların demografik özelliklerinin bilgileri (EK I) alındıktan sonra görüşme, form iki de yer alan "Diyabet olduğunuzu ilk öğrendiğinizde ne hissettiniz?" sorusu ile devam etmiştir. Sonraki aşamada uygun destekleyici sorularla ilerlenerek hastaların duygu ve düşünceleri hakkındaki bilgiler elde edilmiştir. Katılımcılara görüşmede sırasıyla şu sorular yöneltilmiştir: Diyabet olduğunuzu ilk öğrendiğinizde ne hissettiniz? Tarif

edebilir misiniz? Diyabetli olmak günlük yaşamınızı nasıl etkiledi? Eskiden yaptığımız neleri değiştirmek zorunda kaldınız? Hastalığınız süresince ailenizden, çevrenizden gördüğünüz desteği nasıl yorumlarsınız? Bir duygusal sürecin anlatıldığı anda: “Diyabet tanısı konduğu ve size bildirildiği o an ne hissettiniz?”, “İlk aklınıza gelen neydi?” gibi bağlama uygun sorularla ilerlenerek, bireyin duygu ve düşünceleri araştırmacı tarafından olabildiğince görünür kılınmaya çalışılmıştır. Oldukça az müdahale ile araştırmanın amaçlarına uygun olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış sorular (EK II) görüşme yönergesindeki alt başlıklara uygun bir dizge ile sorularak ilerletilmiştir. Katılımcının paylaşmaktan kaçındığı kimi konularda ısrarla o konunun açılmasını çabalayan ilave sorulardan kaçınılmıştır.

Görüşme sırasında, katılımcıların yanıtlarını eksiksiz ve doğru olarak elde edebilmek için dijital ses kayıt cihazı olarak araştırmacıya ait akıllı telefon (İphone 4; seri no: 85126F3QE00, model: MC606LL/A) kullanılmıştır. Bazı katılımcılar, ses kaydı kapatıldıktan sonra da konuşmayı devam ettirmiş ya da hatırladıkları bazı durumları belirtmiştir. Ses kaydı kapatıldıktan sonraki konuşmalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ses kaydı alınarak yapılan görüşmeler en az 12, en fazla 52 dakika (ortalama 20 dakika) sürmüştür. Elde edilen verilerin yazılı dökümü 24 saat içinde çıkarılmıştır (EK IV).

Bireylerle yürütülen derinlemesine görüşmelerin, hem katılımcılar hem de araştırmacı tarafından istenilen bilgi derinliğine ulaşıldığı ortak görüşüne varıldığında sonlandırılacak biçimde yürütülmesi hedeflenmiştir. Derinlemesine görüşmelerin sayısı arttıkça veri derinliğinde de artış gerçekleşmiştir. Öyle ki belirli konuların sıklıkla tekrarlandığı görüldüğü ve araştırmanın uygulama sürecinin niteliksel araştırma literatüründe de sözü edildiği gibi (Erdoğan ve ark. 2014; Pitney and Parker 2009; Tuckett 2004) belirli bir doygunluğa ulaşmaya başladığı kanısına varılmasıyla sonlandırılabilen bilgisinden yola çıkılarak örneklem seçimi katılımcılardan yeni ve farklı bilgilerin gelmez olduğu noktada 21 diyabetli bireyle yapılan görüşmelerden sonra sonlandırılmıştır.

3.5. Verilerin Analiz Edilmesi ve Yorumlanması

Niteliksel araştırmada, araştırmacıdan basit bir kaydedici rolden daha fazlası beklenmektedir. Araştırmacı, katılımcıların araştırılan konuya ilişkin deneyimlerini dinler ve okur, böylece gizli veriye ulaşılır (Mackey 2005).

Veri analiz planı, betimleme, analiz ve yorumlama olmak üzere üç aşamalı olarak belirlenir (Yıldırım ve Şimşek 2008). Yapılan tüm görüşmelerin ses kayıtları, araştırmacı tarafından, manuel olarak deşifre edilir. Deşifre edilen metinler literatürde belirtildiği gibi yüksek sesle okunur, konu ile ilişkili olduğu düşünülen cümle ve paragraflar renkli kalemle işaretlenir (Joyce 1999; Saunders 2003).

Niteliksel yaklaşıma dayalı bu araştırmanın 21 derinlemesine görüşmeden elde edilen verileri, yazılı çözümlü yapılmış ve toplam 6.735 kelime görüşme çıktıları üzerinden analiz edilmiştir. Okuma, gruplandırma, temalaştırma aşamalarında Microsoft Word 2007 kelime işlemci programından da yararlanılmıştır.

Verilerin analizinde araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları yorumlanırken sayı ve yüzdeler hesabından yararlanılmıştır.

Görüşmelerden elde edilen veriler çözümlenmiş metinler üzerinde satır satır okunurken, öznenin aile, sosyal çevresi, fiziksel yaşam vb. bağlamlardaki diyabet deneyimlerini anlamaya ve açıklamaya dönük bir çaba sarf edilmiştir. Analiz sürecinde tümevarımcı bir anlayış izlenerek, üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması, görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ile söz konusu olmuş; bu temalar araştırmanın alt amaçlarına göre gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinden verilerin birleştiği üç ortak grup saptanmıştır. Bu ortak gruplar; *diyabet ile tanışma*, *diyabet algısı* ve *diyabetle yaşam* olarak anlamlandırılmıştır. Diyabetle ile tanışma anlam grubunda 15, diyabet algısı anlam grubunda 43, diyabetle yaşam anlam grubunda ise 50 öznel ifade ham veri olarak verilmiştir. Diyabetle ile tanışma anlam grubunda *bilgi eksikliği*, diyabet algısı anlam grubunda *“korku, öfke, şok, suçluluk, üzüntü, inkar, kabullenememe”* ve diyabetle yaşam

anlam grubunda ise konforda değişiklik (olumlu-olumsuz): *alışkanlıkların değişimi, kendini daha iyi hissetme, uyum güçlüğü, mesleki zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler* olmak üzere toplam 14 tema belirlenmiştir.

3.6. Etik Hassasiyetler

Araştırma uygulama aşaması öncesinde, BHK Etik Kurulu'na sunulup araştırmanın etik olarak uygunluğu kararı ve uygulama izni alınmıştır (EK V). Katılımcılar derinlemesine görüşme süreci öncesinde çalışmanın amacı, kapsamı ve elde edilecek verilerin ne şekilde kullanılacağı konusunda bilgilendirilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylere görüşme öncesinde Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu okunmuş ve imzalatılmıştır (EK III). Çalışmaya katılacak kişilerin seçimine ilişkin koşullar belirlenirken etik bağlam göz önünde bulundurulmuştur.

Katılımcılardan ses kayıt cihazı ile kaydedilmesi konusunda izinleri alınmış, dijital ses kayıtlarının araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacağı, istedikleri zaman sebep belirtmeden çalışmadan ayrılacakları belirtilmiş ve çalışmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılımları sağlanmıştır.

Çalışmada görüşleri aktarılan diyabetlerin gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler, mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuştur. Her katılımcıya farklı numaralar verilerek kaydedilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, tema ve alt temalar altında gruplandırılan kodlar, görüşme metinlerinden doğrudan alıntılarla yapılan betimsel anlatımla sunulmaktadır. Verilerin diyabetlilerin görüşlerini aktaracak bütünlükte sunulmasına özen gösterilmiştir. Betimsel anlatımla birlikte, bulguların açıklamasına yer verilmiştir.

4.1. Demografik Verilerin Analizi

Bu bölümde araştırmaya katılan diyabetlilerin sosyo-demografik özellikleri, diyabet özellikleri tablolar halinde verilmiştir. Tablo 1’de araştırmaya katılan diyabetlilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler gösterilmektedir. Verilerin anlaşılabilirliği için sayı ve yüzde dağılımları da Tablo 2’de ayrıca verilmiştir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verileri

Katılımcı Numarası	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek	İlk Tanı Yılı	DM Eğitim Yılı	Ailede DM
1	E	74	Üniversite	Emekli	2011	2011	Yok
2	K	63	Üniversite	Emekli	1995	2011	Var
3	K	63	Üniversite	Emekli	2011	2011	Yok
4	E	62	Lise	Emekli	2001	2011	Var
5	E	60	Lise	Emekli	1990	2011	Var
6	E	60	Ortaokul	Emekli	2010	2010	Var
7	E	60	Lise	Emekli	2010	2010	Var
8	E	63	Lise	Emekli	2001	2011	Var
9	E	54	Üniversite	Çalışan	2011	2011	Var
10	K	64	Üniversite	Ev Hanımı	2000	2011	Yok
11	E	68	Lise	Emekli	2005	2010	Var
12	E	66	Lise	Emekli	1995	2010	Var
13	E	53	Üniversite	Emekli	2011	2011	Var
14	E	71	Üniversite	Emekli	2009	2009	Yok
15	K	41	Üniversite	Emekli	2011	2011	Var
16	E	59	Lise	Emekli	1995	2008	Var
17	K	64	Üniversite	Emekli	2000	2012	Yok
18	K	61	Lise	Emekli	2002	2011	Var
19	K	63	Yüksekokul	Emekli	2011	2011	Yok
20	E	63	Lise	Emekli	2011	2012	Yok
21	E	61	Üniversite	Emekli	2011	2011	Var

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Değişken	Sayı	%
Cinsiyet		
➤ Kadın	7	33.3
➤ Erkek	14	66.6
Yaş		
➤ 40-50	1	4.7
➤ 51-60	6	28.5
➤ 61-70	12	57.1
➤ 71 ve üzeri	2	9.5
Eğitim		
➤ Üniversite	10	47.6
➤ Yüksekokul	1	4.7
➤ Lise	9	42.8
➤ Ortaokul	1	4.7
Meslek		
➤ Emekli	19	90.4
➤ Çalışan	1	4.7
➤ Ev Hanımı	1	4.7
Ailede DM		
➤ Var	14	66.6
➤ Yok	7	33.3
DM yılı		
➤ 1-10 yıl	11	52.3
➤ 11-20	6	28.5
➤ 20 ve üzeri	4	19
Toplam	21	100

Tablolar incelendiğinde; araştırmaya katılan diyabetlilerden %33.3 (7 kişi)' sinin kadın, %66.6 (14 kişi)'sının erkek, % 4.7 (1 kişi)' sinin 40-50 yaş grubunda, %28.5 (6 kişi)' inin 51-60 yaş grubunda, %57.1 (12 kişi) ile çoğunluğun 61-70 yaş grubunda, % 9.5 (2 kişi)' inin 71 yaş ve üzeri olduğu; %47.6 (10 kişi)' sının üniversite, %4.7 (1 kişi)' sinin yüksekokul, %42.8 (9 kişi)' inin lise ve son olarak yine %4.7 (1 kişi)' sinin ortaokul mezunu oldukları; % 90.4 (19 kişi) ile hemen hemen tamamının emekli oldukları; aile bireyleri arasında % 66.6 (14 kişi)' sının

ailesinde diyabet bulunduğu, %33.3 (7 kişi)' ünün ailesinde ise diyabet bulunmadığı gözlemlendi. Diyabet yılları sorgulandığında ise; 1-10 yıl arası % 52.3 (11 kişi), 11-20 yıl arası %28.5 (6 kişi), 20 yıl ve üzeri ise %19 (4 kişi) olarak belirlenmiştir.

4.2. Nitel Verilerin Analizi

Bu bölümde, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin genel gruplarına ilişkin veriler tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin İfadelerinin Grupları ve Temalar

Anlam Grupları	Temalar	
Diyabet ile Tanışma	Tema 1: “Bilgi Eksikliği”	
Diyabet Algısı	Tema 1: “Korku” Tema 2: “Öfke” Tema 3: “Şok*” Tema 4: “Suçluluk” Tema 5: “Üzüntü” Tema 6: “İnkâr” Tema 7: “Kabullenememe”	
Diyabetle Yaşam	Olumlu	Konforda Değişiklik: Tema 1: “Alışkanlıkların değişimi” Tema 2: “Kendini daha iyi hissetme”
	Olumsuz	Konforda Değişiklik: Tema 1: “Uyum güçlüğü” Tema 2: “Mesleki zorluklar” Tema 3: “Sosyal zorluklar” Tema 4: “Çevresel faktörler”

* **Şok:** Ani bir değişiklik sonucunda ortaya çıkan şaşkınlık (isim). Şaşırtıcı, alışılmamış, beklenmedik(sıfat) (Türk Dil Kurumu).

Tablo 3’te araştırmaya katılan diyabetlilerin yaşam deneyimlerine ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları görülmektedir. Tablo 3 incelendiğinde görüleceği gibi, ham

verilerin birleştiği üç ortak grup saptanmıştır. Bu ortak gruplar; diyabet ile tanışma, diyabet algısı ve diyabetle yaşam olarak anlamlandırılmıştır.

Bu anlam grupları doğrultusunda bireylerden elde edilen ham verilerden diyabetle ile tanışma anlam grubunda *bilgi eksikliği*, diyabet algısı anlam grubunda *“korku, öfke, şok, suçluluk, üzüntü, inkar, kabullenememe”* ve diyabetle yaşam anlam grubunda ise konforda değişiklik (olumlu-olumsuz): *alışkanlıkların değişimi, kendini daha iyi hissetme, uyum güçlüğü, mesleki zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler* olmak üzere toplam 14 tema belirlenmiştir.

Diyabet ile Tanışma:

Diyabetlilerle yapılan görüşmelerde diyabetle tanışma grubunda **15** öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve *“Bilgi eksikliği”* teması ortaya çıkmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Bireylerin Diyabet ile Tanışma ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Anlam grubu	Diyabet ile Tanışma
Temalar	“Bilgi eksikliği”
Katılımcı	Önemli İfadeler
1	<i>“Herhalde birçok insanda olduğu gibi bana olmaz ki şeklinde düşündüm aklımdan şöyle geçti keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı.”</i>
14	<i>“Diyabeti ilk duyduğumda çok mutsuzdum ama şu an her şeyin ne olduğunu daha iyi bildiğim için gayet doğal karşılıyorum.”</i>
15	<i>“Etrafımda yoktu böyle bir şey ve geçer diye düşündüm. ”</i>
12	<i>“Hâlbuki benim tek rahatsızlığım istemeden ayağımı sürüyor olmamda ve o da sonrasında geçiyordu. Şeker yükseldiğinde meğer sürtüyormuşum.</i>
7	<i>“Buraya geldiğimde ve hastalığı tam olarak öğrendiğimde şu an bir korkum yok. Niye şeker hastası oldum diye üzülmişim.”</i>
20	<i>“İlk başta iğne kullanırmıyım diye endişem vardı eğitimlerden sonra geçti. Ailede olmadığı için bilmiyordum. ”</i>

-
- 5 *“Hiç önemsemedim çünkü hatalık hakkında bir bilgim yoktu ve tepki göstermedim. 25 sene falan oldu. Bu sebepten dolayı hiçbir tepki vermedim ve hayatımda bir değişiklik olmadı. Belki de bu yüzden hiç önemsemedim. Evhamlanmadım ve telaşlanmadım. İlk öğrendiğimde bir bilgim yoktu.”*
-
- 3 *“Doktorlar bana o sıralar diyabet olacaksın dediklerinde ben onlara kulak asmadım.”*
-
- 11 *“Çok bir bilgim yoktu. Ben şekeri bir insan şeker hastası olur ve eyvah yandı diye düşünüyordum. O zamanlar öyle biliyordum. ”*
-
- 13 *“Ben şeker hastasını çok kilolularda olur veya aileden gelir sanıyordum bizde de böyle şeyler olmadığından ben kendi kendime biraz yememe içmeme dikkat etsem düzeler diye düşündüm. ”*
-
- 16 *“Diyabetin tam olarak ne olduğunun bilincinde değildim o zamanlarda. Sadece şeker hastalığı diye genel hatlarıyla bilinen bu hastalığın iyi bir şey olmadığını düşünüyordum. ”*
-
- 2 *“Sonradan yavaş yavaş düzeldim ve baktım hiç de korkulacak bir şey değilmiş. Diyetimi yapıp ilaçlarımı içtikten sonra hiçbir sorun yokmuş.”*
-
- 8 *“Diyabet ne dedim bilmiyordum o zamanlar şeker hastalığını.”*
-
- 10 *“O zamanlar hiç bilmiyordum şeker hastalığını ama şimdi o kadar değilim okuyorum. ”*
-

4.2.1. Diyabet Algısı:

Diyabetlilerle yapılan görüşmelerde diyabet algısı anlam grubunda **43** öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve “*Korku, Öfke, Şok, Suçluluk, Üzüntü, İnkâr, Kabullenememe*” olmak üzere toplam yedi farklı tema belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Bireylerin Diyabet Algısı ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Anlam grubu	Diyabet Algısı
Temalar	“ Korku” “ Öfke” “ Şok ” “ Suçluluk ” “ Üzüntü” “ İnkâr” “Kabullenememe”
Katılımcı	Önemli İfadeler
3	<i>“İnşallah sonu kötü olmaz diye düşünüyorum. Çünkü yaşım ilerliyor ve şikâyetler artar diye düşünüyorum.”</i>
15	<i>“Herhalde ömür boyu bir şeylere bağlı kalacağımı düşündüm. En çok insülininden korktum. Hastalığın en ağırını yaşadığımı düşündüm.”</i>
6	<i>“Etrafımda şekerle yaşayıp kendine dikkat etmediği için ayağı kesilen bile tanıdığım var. Bende bu yüzden kendime dikkat etmeye başladım.”</i>
11	<i>“Ben şekeri “bir insan şeker hastası olur ve eyvah yandı” diye düşünüyordum. Bana doktor eniştemiz şöyle demişti; “kanser olun şeker olmayın”. Kız kardeşine de demişti. Kendisi de şeker hastası ve babaları da insülin kullanırmış. Dolayısıyla ben belli etmedim ama içimde o korku oluştu ve çevremdekilerle de pek paylaşamadım.”</i>
9	<i>“Etkileniyorsunuz ilk hastalığınızı öğrendiğinizde ve bundan sonra bazı şeyleri yaşayamayacağınızı hissediyorsunuz.”</i>
10	<i>“Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi korkum var. Şimdi bir tedirginlik var.”</i>

Acaba ne çıkacak diye. Şeker yüksek çıkınca acaba gözümemi vuracak, böbreğime mi vuracak hep o korku. Okuyoruz, dinliyoruz bazı yerlerde hasar yapıyor diye.”

16 *“Benim için herhalde hayat bitti diye düşündüm. En azından beslenme yönüyle.”*

19 *“Görüyordum mesela birinci dereceden yakınlarım değil ama ikinci üçüncü dereceden yakınlarımın hasta olup gözlerini kaybettiklerini, bazı organlarını kaybettiklerini, mağdur duruma düştüklerini gördüm duydum canlı olarak yaşadım. Dikkat etmeyenlerin ne hale geldiklerini.”*

12 *“Ben 20 senedir şeker hastasıyım fakat ilk 10 sene kabul edememiştim bunu. “Ben şeker hastası değilim” deyip yemek yemeye devam ediyordum. Hiç inanmadım zaten inanmak da istemiyordum. Sonrasında birisi bana hastasın dediğinde de kızıyordum. O dönem hiç bir şey hissetmedim çünkü inanmadım ne demek bu nerden çıktı bir belirtisi olurdu diye düşündüm. Hâlbuki benim tek rahatsızlığım istemeden ayağımı sürüyor olmamdı ve o da sonrasında geçiyordu. Şeker yükseldiğinde meğer sürtüyormuşum. O zaman ben yaşam doluydum fakat bir öğrendim hastalığımı her şey bitti tüm moralim gitti.”*

1 *“Dolayısıyla ne kadar olsa da belirli bir şok yaşandı.”*

2 *“Çok kötü hissettim. Bana birden pat diye şeker oldunuz dediğinde inanmadım. Resmen hareketsiz kaldım idrak edemedim.”*

15 *“Buraya geldiğimde de bana tam diyabet oldunuz dediklerinde resmen dünyam karardı. Çünkü annemde yaşamıştım ve şok geçirdim.”*

10 *“İlk duyduğumda çok fena oldum o kadar çok o kadar çok korkuyordum ki “Allah’ım bana perhizli falan hastalık verme” diye şok oldum.”*

8 *“Hastalık çıkınca şaşırdım işte benim hiçbir hastalığım falan yoktu. O zaman bir şaşırdıydım bu hastalık da neymiş diye.”*

-
- 1 *“Keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı benim davranışlarım herhalde kendimi disiplinli bir insan olarak kabul edebiliyorsam değişik bir şekilde hareket eder kendimi bir yere kadar götürürdüm.”*
-
- 16 *“Daha önceden diyabeti bilmek isterdim. Lise mezunuyum ama cahil değilim.”*
-
- 19 *“Çalışma hayatımda düzensiz beslendim işe yetişeceğim diye öğün atladığım için üzuldüm. “Neden kendime dikkat etmedim sağlığımlı bozdum” diye üzuldüm.”*
-
- 20 *“O zaman müdahale etseydim daha çabuk toparlardı.”*
-
- 5 *“O andaki üzüntüm de neden şeker hastası olduğum yönündeydi ve bende neden çıktı.”*
-
- 17 *“O dönem üzuldüm tabi hoşuma gitmedi biraz canım sıkıldı. Kendim de doktor olduğum için karşı tarafa geçmek moralimi bozdu hiç hoşuma gitmedi tabi.”*
-
- 10 *“Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralim bozuluyor. Akşam hiçbir şey yemeden yattım niye bu şeker çıktı 130’ a diye üzüliyorum mesela.”*
-
- 2 *“Nasıl ağladım nasıl ağladım öncelerde “ben neden şeker oldum” diye.”*
-
- 14 *“Doktorum bana hastasın dediğinde reddettim ve kabullenemedim. Fakat daha sonra yavaş yavaş alıştım ve kabullendim.”*
-
- 15 *“Ben ciddiye almadım. Etrafımda yoktu böyle bir şey ve geçer diye düşündüm.”*
-
- 6 *“Ben ilk diyabet olduğumu başka yerde doktor söyledi. Şeker hastası olmam “ben benim bir sorunum yok” dedim. “Ailede çok ama benim ne susamam var ne bir şeyim” dedim. İnanmadım ama sonra bir tahlil daha yaptığımızda benim diyabet olduğum ortaya çıktı. Bende kabullendim.”*
-
- 13 *“Eşim hafife almamamı söylemişti. Sonrasında ben 1 sene gelmedim buraya ve hanımum fark etti ilerlediğini.”*
-

“Kabullenemedim. 2008 de tanı aldım. Vücutumda kaşıntı ile ilgili araştırılırken diyabet çıktı. Kabullenemedim. 1 yıl sonra geldim. 20 “Yanlışlık var” diye düşünerek bölüme geldim. Bunda yanlış var diye gelmek istemiyordum alerjiye çözüm bulamayınca bir yıl sonra kabul etmek zorunda kaldım.”



Tablo 6: Diyabetli Bireylerin Diyabet Algısına İlişkin Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları

Katılımcı Numarası	Korku	Öfke	Şok	Suçluluk	Üzüntü	İnkâr	Kabullenememe
1			✓	✓			
2			✓			✓	
3	✓						✓
4							✓
5					✓	✓	
6	✓					✓	✓
7							✓
8			✓				
9	✓						
10	✓		✓		✓		
11	✓					✓	
12		✓		✓		✓	✓
13						✓	✓
14						✓	✓
15	✓		✓			✓	✓
16	✓			✓			✓
17					✓		
18					✓		
19	✓			✓	✓		
20				✓		✓	✓
21							
Toplam	8	1	5	5	5	9	10

Bu bölümde araştırmaya katılan diyabetlilerin “*Diyabet Algısı*” grubu içerisinde yer alan toplam yedi tema tablo halinde verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; araştırmaya katılan diyabetlilerin %38 (8 kişi)’inin korku, %4.7 (1 kişi)’sinin öfke, %23.8 (5 kişi)’inin şok, suçluluk, üzüntü, %42.8 (9 kişi)’inin inkâr, %47.6 (10 kişi)’inin kabullenememe, duygularını yaşadıkları görülmektedir.

Araştırmada diyabetlilerle yapılan görüşmelerde “inkâr, korku ve kabullenememe” duygularının öncelikli olduğu görülmüştür. Araştırmada bu duygulardan herhangi birisini yaşayanların yanında birkaç duyguyu aynı anda

yaşayanların olduğu da dikkat çekici bulunmuştur. Diyabetlilerde en az yaşanan duygunun öfke, en yoğun yaşanan duygunun ise kabullenememe olduğu görülmektedir. Kabullenememeyi sırasıyla inkar ve korku duyguları takip etmektedir. Şok, suçluluk ve üzüntü ise aynı oranda etkili olarak bulunmuştur. Yine verilere göre diyabetlilerin en fazla dört duyguyu bir arada yaşadıkları da görülmektedir. Sadece bir diyabetli tanıya zaten hazır olduğunu ve diyabeti kabullendiğini bildirmiştir.

4.2.2. Diyabetle Yaşam

Araştırmanın bu bölümünde diyabetlilerden günlük yaşamda karşılaştıkları zorluk ya da kolaylıkları ifade etmeleri istenerek yaşam deneyimleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Elde edilen 50 öznel ifade ham veri olarak incelendiğinde ise “Konforda Değişiklik” bulgusu altında onlar için olumlu ve olumsuz iki alt tema belirlenmiştir. Konforda değişiklikte; olumlu iki tema “Alışkanlıkların Değişimi” ve “Kendini Daha İyi Hissetme” belirlenirken, olumsuz dört tema “Uyum Güçlüğü”, “Mesleki Zorluklar”, “Sosyal Zorluklar” ve “Çevresel Faktörler” olmak üzere toplam altı tema belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Bireylerin Diyabetle Yaşam ile İlgili Yaşam Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Anlam grubu	Diyabetle Yaşam
Temalar	“Konforda Değişiklik”(olumlu/olumsuz)
Konforda Değişiklik(olumlu): Tema 1: “Alışkanlıkların değişimi” Tema 2: “Kendini daha iyi hissetme”	Konforda Değişiklik(olumsuz): Tema 1: “Uyum güçlüğü” Tema 2: “Mesleki zorluklar” Tema 3: “Sosyal zorluklar” Tema 4: “Çevresel faktörler”
Konforda Değişiklik(olumlu): Tema 1: “Alışkanlıkların değişimi” Tema 2: “Kendini daha iyi hissetme”	
Katılımcı	Önemli İfadeler
9	“Genellikle hantal bir yaşantım vardı. Spor hayatımızın hiçbir yerinde yoktu hep arabayla giderdik. Yemeklerden sonraki yürüyüşler

sayesinde şekerimi biraz daha düşürdüm ve ilaçları düzenli kullanmam sayesinde 124-126 şekere kavuştum. Aynı zamanda beslenme anlayışım da çok iyi oldu. Bu arada hayatımızı spor anlamında da bırakana kadar düzene koydum. Yürümeye başladım. Diyabetten sonra kaç yıl oldu hatırlamıyorum ama yemeklere hiç tuz atmıyoruz. Hayatımıza bir aktivite kattık. ”

15

“Spora da başladım bu arada. Ben önceden spor yapmazdım ama şu an günde hemen hemen en az tempolu 40 dakika yürüyorum. 96 kilodan 70 civarına düştüm yavaşta olsa. Büyük bedenlerden kurtuldum ve artık alışverişlerde büyük bedenlere bakmıyorum ve daha rahat kıyafet bulabiliyorum. Bu süreç içerisinde hiçbir olumsuz bir şey olmadı. Tam tersi her şey çok düzgün oldu. Benim mutlu olmam kendime düzgün şeyler bulmam eşimi de çok mutlu etti. İlerisi açısından kendimi daha mutlu hissediyorum çünkü metabolizmamın daha gençleştiğini düşünüyorum ve 2 yıldır hiç hasta olmuyorum bağışıklık sistemim daha da güçlendi.”

2

“Sabah kahvaltısı yapmazdım eskiden. Bankaya giderken poğaçaya alır onu yerdim fakat sonrasında sabah kahvaltısının ara öğünlerin ve yemek yemenin çok gerekli olduğunu öğrendim. Gayet de güzel akıllı uslu sakın bir şekilde hayatıma devam ediyorum sadece tatlı yemiyorum. Pilavı makarnayı çok abartmıyorum. Neler bana şeker yapıyor bunları çok iyi bildiğimden gıdamı rahatça kontrol edebiliyorum.”

6

“Daha iyi bakmaya başladım kendime. Daha iyiyim şu an eskiye oranla. Kendi şeker oranımı da bildiğim için yemeğimi de ona göre sağladım. Günlük ölçümleri yaparak da bunu öğrendim. Ne zaman ne yiyeceğimi böylece öğrenmiş oldum. Mesela pirinç pilavını da ölçer ölçer azalttım. Kendime dikkat ettiğim sürece bir sorunum yok.”

10

“Eskiden çok abur cubur yiyordum ama şimdi gayet normal ve dikkatli yiyorum. Ara öğünlerime dikkat ediyorum. Normal öğünlerimi de zamanında yiyorum. Diyetisyenin dediklerini de yapıyorum yani. Sabah kalkar kalkmaz ilk işim şekerimi ölçmek

-
- oluyor. Özellikle akşam yemeğinden sonra hiçbir şey yemiyorum. Önceden çok meyve yedim tavan yapardı şeker.”
-
- 4 “Çok sevdiğim yemeklerden feragat ettim şu an en fazla bir tadına bakıyorum ve sonrasında yürüyüşlerim arttı ve severdim ben yürüyüşü. Olumlu bir şey tabiki. Çok fazla spor yapıyorum, çok az kilo veriyorum ama hayatım daha rahatlaştı şu an ve daha kolaylaştı.”
-
- 13 “Disiplinli olmayı öğrendim. Ben öncelerde hiçbir kurala uymazdım. Ne yiyeceğime ne de içeceğime uyardım klasik bir Türk gibi. Abur cubur yememeyi öğrendim ve ilaçların hangi gün hangi saat kullanacağını öğrenip yatıp kalkmamı bile düzenledim şu an.”
-
- 16 “Diyabetle beraber kolumda bir saat olduğunun farkına vardım ve saatli yemeye başladım. Özellikle ara öğünlere dikkat etmeye başladım. Saat kuruyorum ve artık hissediyorum. Yeme düzenimi oturttum o en güzeli. Uyku düzenim oturdu ve her şey emeklilikten sonra oldu. Çünkü bankadan ayrıldıktan sonra boş ve arta kalan zamanı kendime ayırmaya başladım. İstekli yaptığım için zorlanmadım ve bir defa eşim arkamda değil yanımda ve o da benimle beraber yapıyor o yüzden en büyük destek eşimden. Bu değişiklikler olumlu etkiledi. Bir defa ben o Güneydoğu mutfağından uzaklaşma alışkanlığını kazandım, ikincisi ve en önemlisi düzenli kontrol altındaki süreci sürdürmeyi öğrendim. Şu anda mesela eşimle beraber alıyoruz randevuları ve birbirimizi de kontrol ediyoruz benim için olumlu değişiklikler bunlar. Ama bir kültür de oluşturuyor diyabet olayı yani düzenli doktora gitme kültürünü edinme. Bu normal yaşamda hep olması gereken şeyler.”
-
- 19 “Yeme alışkanlığımı değiştirdim. Mesela kiloma dikkat etmiyordum kiloma dikkat etmeye başladım. Hiç zorlanmadım bilhassa kilo vereceğim sağlığım daha iyi olacak diye daha da çok dikkat ettim.”
-
- 21 “Önceden gençlik, çalışma şartlarındaki dengesizlikler, dengesiz yeme içme şimdi her şeyi zamanında yapıyorum ilaçlarımı zamanında
-

alıyorum bence olması gereken de bu son üç yılda. Çok zorlanmadım hazırdım sadece geç yaptığım kahvaltıları zamanında yapıyorum. Geç yediğim öğle yemeklerini zamanında yiyorum hiç yapmadığım ara öğünlerini yapmaya başladı. Bence kesinlikle olumlu. İnsanların diyabet hastasınıymı acaba diye falan korkmasına hiç gerek yok. Birden kabullenip ona göre yaşaması gerek. 60 yaşındayım ve onun gereği şekilde yaşamak bana göre normal bir yaşamak. 60 yaşındayım yaşımın gerektirdiği gibi yaşıyorum”

20

“Yemekte çok seçiciyim. Abur cuburlara diyabetle daha dikkat ediyorum. Daha öncede çok yürürdüm ama diyabetten sonra zorunlu oldu. Değişikliklerde hiç zorlanmadım. Beni olumlu etkiledi. Yaşama daha olumlu bakıyorsunuz. Hiç hastayım diye endişe etmedim.”

7

“Diyabetli olunca daha kontrollü oluyorsunuz. Sinirlenmiyorum, ilaçlarımı düzenli kullanıyorum. Ben o zamanlarda sinirliydim ve şu an sınırlı değilim ilaçlarımı da düzenli olarak alıyorum. En çok da şu an hayata bakış açım değişti. Her şey şu an için daha iyi. Bu değişim sürecindeki en büyük sıkıntılarım hastalığı bilmemektir. Şu an bildikten sonra daha iyi normal bir yaşantıya geçtim ve gelişmelerden dolayı da mutluyum. En önemlisi stresim yok. Üzülmüyorum da bu yüzden hayatım düzene girdi. Mesela çocuklara bakış açım, hanımuma bakış açım hepsi değişti. Evvelden çok asabiydim fakat şu an hayata da her şeye de olumlu bakıyorum yani.”

3

“Daha hareketli olmaya çalışıyorum ve daha iyi hissediyorum kendimi. Şu an daha rahat hissediyorum. Şu an yorucu hayattan daha rahat bir hayata geçtim ve şimdi sadece kendim için ve hastalığının ilerlememesi için çaba sarf ediyorum.”

5

“Uyum sağlamakta zorlanmadım çünkü kendimi bir yerde mecbur hissettim ortam beni buna itti. ”

Konforda Değişiklik(olumsuz):

Tema 1: “Uyum güçlüğü”

Tema 2: “Mesleki zorluklar”

Tema 3: “Sosyal zorluklar”**Tema 4: “Çevresel faktörler”**

9 *“Sıkıntı belli noktalarda gerçekten. Mesela tatlı krizi özellikle evde kaldığımız ama dışarda hiç aklımıza gelmiyor kuruyemiştir meyvedir.”*

14 *“Alışkanlıklarımı değiştirmem gerekti ve bu zor oldu. Spor alışkanlığımı da değiştirmek zor oldu kısıtlamam gerekti. Bir takım şeyleri kabulleniyorsunuz ya diyabet olduğunuz için acaba aşırı yaparsam herhangi bir şekilde rahatsız olur muyum düşüncesi açığa çıktı.”*

12 *“Şu anda da zorlanıyorum tabi. Çünkü karnınız acıkıyor istediğiniz gibi yemek yiyemiyorsunuz. Olumlu yönü sadece başkalarının yediğine bakıp gözünüzün kalması oluyor. Karşımda çöp şiş yiyorlar, kumru yiyorlar siz de içinde neler var acaba diye düşünüyorsunuz.”*

10 *“Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi var. Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralim bozuluyor. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı.”*

8 *“Tabi zorlandım. Sabah öğle akşam olmak üzere süratli bir şekilde yürüyüş yapıyordum. Yemek yeme alışkanlığımızı değiştirmeye çalıştık yürüyüşlerimizi çoğaltalım dedik.”*

3 *“Büromu kapatmak zorunda kaldım stresten uzak durmak için. Mümkün olduğunca tabi ki hayatımda değişiklik yaptım. O dönemde çalışırken zorlandım her şeye dikkat etmek lazım ve şeker konulmadan önce büronun altında lokanta vardı ve ben orada çok yemek yiyordum ve önlem olarak işimi bıraktım.”*

14 *“Ayrıca sosyal yaşantımda eksiklikler kısıtlamalar hissediyorum. Bunlar diyabetten kaynaklanan sorunlar benim için. Cinsel yaklaşım olayı da diyabetten kaynaklanan bir takım noksanlar söz konusu oluyor. Bunları yan çözümlerle bertaraf etmeye çalışıyorum”*

19 *“Olumsuz yönleri; mesela bir yere gidiyorsunuz kendi başınıza beslenmenize pek dikkat edemiyorsunuz ya da yanınızda bir şey*

-
- bulundurmuyorsunuz belli saatten sonra öğünü atlatınca acıkma oluyor korkuyorsunuz başıma bir şey gelir mi diye.”*
-
- 18** *“Ooo çok etkiledi. Acayip etkiledi. Yani yaşantım değişti. Çünkü yasaklar var. Yani gece hayatım her şeyim özel hayatım ayrı bir dilime girdi. Özgürdüm, hürdüm her şeyi yapıyordum ama diyabetten sonra canımın istediği her şeyi yapamıyorum. Bu gece 3 de yatacağım diyemiyorum, Bugün ben doyana patlayana kadar baklava yiyeceğim su böreği yiyeceğim diyemiyorum. O özgürlükler bizden gitti. Önceden de boğazıma düşkün değildim ama oluyor yasaklar tatlı geliyor. Çok zorlanmıyorum. Genel anlamda tetikteyiz. Daima alarmdayız. Bu durum hiç hoşuma gitmiyor yok olup gitmesini isterim. Boğazıma düşkün değilim ama sofraya özgür ve yasaksız oturmak var.”*
-
- 11** *“İlk başlarda çok zorlandım. Çünkü bir yere gidip oturuyorsunuz mesela burası Türkiye ve bir yere misafirliğe gittiğinizde masayı donatıyorlar ve benim de iştahım açıktır ve yiyorum bu konuda çok zorlandım. Sanki bu yedikleriniz zararlı değilmiş gibi gelirken şu an yemiyorum. ”*
-
- 16** *“Ben Mardinliyim Güneydoğu’luyum bizde yemek olmazsa olmaz. (Üzerine basarak vurgulu bir tonda). Herhalde bence diyabet Güneydoğu’luya Allah tarafından verilebilecek en büyük ceza.”*
-
- 15** *“Bizim tek sıkıntımız eşim bu konularda daha tembel. Eşime akşam yemeğinden sonra yürüyüş yapalım desem genelde yapamayacağını söyler. Benim uyarmama rağmen biraz üşengeç ama aksine beni desteklese daha rahat üstesinden geleceğiz. ”*
-
- 4** *“İnsanın sevdiği şeylerden vaz geçmesi kolay değil.”*
-

Tablo 8: Diyabetli Bireylerin Diyabetle Yaşama İlişkin Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları

Katılımcı Numarası	Alışkanlıkların Değişimi	Kendini daha iyi hissetme	Uyum güçlüğü	Mesleki Zorluklar	Sosyal Zorluklar	Çevresel Faktörler
1	✓					
2	✓	✓				
3	✓	✓		✓	✓	
4	✓		✓			
5	✓	✓				
6	✓					
7	✓	✓				
8	✓		✓			
9	✓	✓	✓	✓		
10	✓		✓			
11	✓	✓				✓
12	✓		✓		✓	
13	✓	✓				
14	✓		✓		✓	
15	✓	✓				✓
16	✓		✓	✓		✓
17	✓					
18	✓				✓	
19	✓				✓	
20	✓	✓	✓			
21	✓	✓				
Toplam	21	10	8	3	5	3

Bu bölümde araştırmaya katılan diyabetlilerin “ *Diyabetle Yaşam* ” grubu içerisinde yer alan toplam altı tema tablo halinde verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde; araştırmaya katılan diyabetlilerin %47.6 (10 kişi)’sının kendini daha iyi hissettiği, %38 (8 kişi)’inin uyum güçlüğü, %14.2 (3 kişi)’sinin mesleki zorluklar ve çevresel faktörler, %23.8 (5 kişi)’inin sosyal zorluklar yaşadıkları, tamamının ise alışkanlıklarında olumlu yönde değişim olduğu görülmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler incelendiğinde bireylerin diyabetle yaşam gubunda yer alan “*Konforda Değişiklik*” bulgusu altında onlar için olumlu ve

olumsuz iki alt tema belirlenmiştir. Konforda değişiklikte; diyabetlilerin tamamının alışkanlıklarında eski alışkanlıklarına göre olumlu yönde bir değişim olduğu, bu durumun ise başlangıçta onlar için zor iken süreç ilerlediğinde kendilerini daha iyi hissetmenin etkin olduğu görülmüştür. Alışkanlıkların değişimi ile birlikte kendini daha iyi hissetme başlarken bu süreçte uyum güçlüğünün yaşanması birbirini izleyen döngü şeklindedir. Konforda değişiklikte olumsuz tema olarak uyum güçlüğü daha baskın iken beraberinde daha çok sosyal zorlukların yaşandığı, mesleki zorluklar ve çevresel faktörlerin ise aynı oranda etkili olduğu görülmektedir.



5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan diyabetlilerin niteliksel sonuçları; bulgular bölümünde sunulan betimleme ve analiz sonrasında belirlenen temalar doğrultusunda yorumlanarak tartışılacaktır.

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 niteliksel yöntem ile yapılan her araştırma araştırmanın yapıldığı gruba özgüdür. Bu bağlamda literatürdeki çalışmaların bu araştırma ile paralellik göstermesi beklenmemektedir.

5.1. Diyabet ile Tanışma:

Tema 1: “ Bilgi Eksikliği ”

Araştırma sonuçlarına göre hastalık yönetiminde bilgi eksikliği teması önemli bir bulgu olarak görülmüştür. Araştırmaya katılan diyabetlilerin çoğu diyabetin nasıl bir hastalık olduğunu ancak kendisi tanı aldığı zaman öğrendiklerini belirtmiştir. Diğer taraftan ise daha öncedendiyabet hakkında etraftaki kişilerden bir şeyler öğrenen ya da gören diyabetliler diyabeti tam olarak bilmedikleri için önemsemediklerini ifade etmiştir. Ailesinde diyabet olanlar ile olmayanlara bakıldığında ise; ailede diyabetli olmayanların konu hakkındaki bilgilerinin daha az olduğu fakat ailesinde diyabetli olanların ise yanlış ya da eksik bilgilenmelerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda bilgi eksikliği başka bir ifadeyle farkındalığın olmayışı diyabet yönetimindeki problemlerin en başında gelmektedir. Araştırma sonuçlarına göre diyabetle tanışmada bilgi eksikliği teması öne çıkması da bunu düşündürmüştür. Diyabetlilerden on altı birey diyabeti hakkında kendileri diyabet tanısı alana kadar yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve kulaktan dolma bilgilerle diyabetle ilgili düşüncelere sahip olduğunu bildirmiştir. Sadece beş diyabetli diyabet hakkında bilgi sahibi olmakla birlikte onların da eksik bilgilenmiş oldukları görülmüştür.

Araştırmada diyabetliler diyabetle ilgili bilgi sahibi olduktan sonra bu bilgilerini yakınındakilerle ya da akrabaları olan diyabetlilerle paylaştıklarını bildirmiş bu durumun onlar için çok motive edici olduğu vurgulanmıştır. *“Bütün diyabetlilere yardım etmek istiyorum diye düşünüyorum ve şu an çevremdeki en bilinçli diyabetli de benim. Bu duygularımı paylaşıp onlara yardım etmek istiyorum.”*

Araştırmada diyabetlilerin diyabet hakkında az ya da yanlış bilgiye sahip olmaları nedeniyle diyabetle ilgili yanlış inanışlar geliştirdikleri görülmüştür. Bu yanlış inanışlara örnek olarak bir diyabetli *“Ben şekeri bir insan şeker hastası olur ve eyvah yandı diye düşünüyordum.”* şeklinde ifade etmiştir. Araştırmada yanlış inanışların gelişmesinde ve yanlış diyabet algısında bilgi eksikliğinin önemini çok fazla olduğu görülmüştür. Bunun yanında çevreden edindikleri kötü tecrübelerin ve deneyimlerin de çok önemli etkisi olduğu görülmüştür. Diyabetliler bunu da şu şekilde ifade etmiştir: *“Hiç önemsemedim çünkü hastalık hakkında bir bilgim yoktu ve tepki göstermedim. 25 sene falan oldu.”* *“2009 yılında annem tam bir diyabet oldu. Annemi biz şeker komasıyla hastaneye yatırdık ve o zaman anladım diyabetin ne olduğunu.”*

Diyabetliler diyabet olmadan önce hastalığı bilmek isterdim böylelikle daha önceden gerekli tedbirleri alarak bu hastalığı önleyebilirdim şeklinde duygu ve düşüncelerini ifade etmişlerdir. Diyabetlilerin bu şekildeki bildirimleri diyabetin gelişmesi ve kontrolünde bilgi eksikliğinin önemini vurgulamaktadır. Aşağıda birkaç hastanın ifadesi örnek olarak verilmiştir:

“Aklımdan şöyle geçti keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı.”

“İlk başta iğne kullanırmıyım diye endişem vardı eğitimlerden sonra geçti. Ailede olmadığı için bilmiyordum. Şu anda hasta olarak görmüyorum ama gerekeni uyguluyorum.”

“Toplantıda beni bir arkadaşımın uyarmasıyla mesela ben hap zamanlarımı anladım. Eğitimlerden sonra işi ciddiye aldım şu an ortalamam da düştü kendimi de biraz daha iyi ve canlı hissediyorum.”

“Daha önceden diyabeti bilmek isterdim. Lise mezunuyum ama cahil değilim. Babam diyabet hastasıydı ama sadece adı vardı.”

Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olmakta, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu özellikleri itibariyle, bireylerin yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Türkmen 2012). Kronik hastalıklara bağlı ölümler komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmektedir. Komplikasyonlar hastalık yönetiminin etkin yapılamaması ve istedik hedeflere ulaşamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Koşar ve Büyükkaya Besen 2015). Bilgili, kendine güvenen, yetenekli ve bakıma katılan hastaların sağlığını geliştirecek aktiviteleri gerçekleştirme olasılıklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Jerant et al. 2005). Hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için sağlıklarıyla ilgili bağımsız olarak eyleme geçebilmeleri ve isteklerinin olması yani hastanın aktif rol alması Hibbard ve Greene tarafından vurgulanırken, hastaların karar verme sürecine katılmaları kadar, başarılı bir öz yönetim ve sağlığı geliştirme için debu durumun bir öncü olduğu bildirilmiştir (Deen et al. 2011; Hibbard ve Greene 2013). Diyabetlilerle yapılmış bir çalışmada; aktif olan hasta ile hastaneye kabul ve acil servise başvurma sıklığının ilişkisi incelenmiş birinci aşamada olan hastaların, dördüncü aşamadakilerle karşılaştırıldığında daha fazla hastaneye yatma ve daha fazla acil servis ziyareti ihtimalinin olduğu görülmüştür (Begum et al. 2011). Bireyin eğitim durumu, sağlık personeli ile iletişimi, sosyoekonomik durumu ve aldığı sağlık eğitimi, aktiflik düzeyini belirleyip etkilerken, aktiflik düzeyi de öz yönetim durumunu, sağlık çıktıları, hastaneye ve acil servise başvurma durumunu öngörmekte ve etkilemektedir (Koşar ve Büyükkaya Besen 2015).

Bireyler genellikle gerek hastalıkları gerekse uygulanan tedavileri hakkında yeterince bilgilendirilmemektedirler. Öztürk ve ark., hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında da diyalize girdikleri süre içerisinde herhangi bir sağlık personeli tarafından kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz hakkında yeterli bilgi verilmediğini bildirmişlerdir (Öztürk ve ark. 2009). Bu durum da diyabetlilerin diyabete karşı olumsuz düşüncelere kapılmalarına, kendilerini yalnız hissetmelerine

bazen de bıkkınlık hissederek yapması zorunlu olan birtakım uygulamaları dahi aksatmalarına ya da hiç yapmamalarına neden olmaktadır. Genellikle toplumda diyabet kontrolünde sıklıkla yanlış ya da eksik uygulamalar görülmekte buna da yanlış inanışlar ve hastalık hakkındaki eksik bilgiler sebep olmaktadır. Diyabetliler yakınlarının diyabet hakkındaki duygu, düşünce ve tutumlarından etkilenmektedir. Hastaya verilecek bilginin sürekliliğinin sağlanması, hastalıkla başetmeyi ve komplikasyonların önlenmesini kolaylaştırmaktadır (Nam et al. 2011).

5.2. Diyabet Algısı:

Diyabetlilerle yapılan bire bir görüşmelerde diyabet tanısına verdikleri tepkilerin çoğunlukla benzer olduğu ve en çok yaşanan duygunun “kabullenememe” ile beraber “inkâr, şok ve korku” olduğu görülmüştür. Tanı anında yaşanan diğer duygusal tepkilerin neler olduğu sorulduğunda ise; “üzüntü, kaygı, öfke” ve daha önceden dikkat etmeyip önlem almadıkları için “suçluluk” duygusu hissettikleri görülmüştür. Bu duyguların sebebi olarak da diyabetle ilgili bilgi eksikliği, çevreden edindikleri yanlış bilgi ve deneyimler, yakınlarından ya da etraflarından edindikleri kötü tecrübelerin etkisi olduğu görülmüştür. Çoğu birey tanı aldıkları anı ve o anda yaşamış oldukları duyguları unutmamış gayet net bir şekilde tarif edebilmiştir.

Tema 1: “Korku”

Araştırmada diyabetliler ilk tanıyı öğrendikleri anda birşeylere bağımlı olma korkusu ve özellikle bir gün insüline başlama korkusunu yaşadıklarını ifade etmiştir. Korkularının sebepleri arasında ise çevrelerinden edindikleri olumsuz deneyimlerin etkili olduğunu görülmüştür. Ailesinde diyabet olan bireylerden bir kısmı daha çok korku yaşadıklarını ifade ederken bir kısmı ise çok rahat olduklarını belirtmiştir. Diyabetliler korku yaşamalarındaki en büyük sebebin daha önce yaşadıkları kötü tecrübelerden kaynaklandığını ifade etmiştir. Diyabetlilerin çoğunda ilk tanıda diyabetle ilgili bilgi eksikliğine bağlı endişeler mevcutken yeterli bilgiye sahip oldukları zaman endişe düzeylerinde pozitif yönde değişimler olduğu gözlenmiştir. Bu durum bir diyabetli tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“Görüyordum mesela birinci dereceden yakınlarım değil ama ikinci üçüncü dereceden yakınlarımın hasta olup gözlerini kaybettiklerini, bazı organlarını kaybettiklerini, mağdur duruma düştüklerini gördüm duydum canlı olarak yaşadım. Dikkat etmeyenlerin ne hale geldiklerini.”

Snoek, insülin tedavisine başlamayı diyabetlinin “şimdi ciddi şekilde hastayım” diye düşünerek korku, endişe yaşaması ve hastalık üzerindeki kontrolünü yitirme duygusunun başarısızlık ve çaresizliğe yol açmasının bir göstergesi olarak algıladığı bir sorun olarak tanımlamaktadır (Snoek 2002). Bizim çalışmamızda da bu korku diyabetliler tarafından dile getirilmiştir. Örneğin; *“En çok insülinde korktum. Hala da çok fazla etrafımda diyabet olduğumu bilen de yoktur. Çünkü etrafımda hep yaşları yüksek insanlar diyabet ve ben bu yüzden daha kabullenemedim. Hastalığın en ağırını yaşadığımı düşündüm ve zamanla da insülini kullanarak ve dozunu azaltarak doktor tavsiyesiyle tabi ki ve demek ki dikkat ettiğimde nelerin olabileceğini öğrendim.”*

Çoğu insan kimi zaman sağlıkları ile ilgili endişe duyar ancak bazıları bu kaygıları giderme noktasında daha büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar ve ciddi bir hastalıklarının olmasından korkarlar (Hogan 2010). Araştırmada insülin kullanmaktan ya da diyabetten yaşadığı korku nedeniyle hastalığını çevresindekilerden saklandıkları şeklinde ifade edilmiştir.

“En çok insülinde korktum. Hastalığın en ağırını yaşadığımı düşündüm. Hala da çok fazla etrafımda diyabet olduğumu bilen de yoktur. Dolayısıyla ben belli etmedim ama içimde o korku oluştu ve çevremdekilerle de pek paylaşamadım.”

Korku bilinçli olarak tanınan genellikle bilinen bir dış tehdit ve tehlikeye karşı verilen tepki, bireyin kendi düşüncelerinin sebep olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içinde “tehlike” ögesi olduğu için korku tepkisi oluşur. Bu nedenle aynı durumla karşılaşan farklı kişiler ayrı düşünceleri neticesinde farklı reaksiyonlar verebilirler. Bu sebeple korkuyu yenmek için, kişinin kontrolün kendisinde olduğunu fark edip, korku hissi uyandıran düşünce tarzının doğruluğunun sorgulanması gerekir. Korkuyla baş edebilmek için korku nedenlerinin üzerine gidilmeli ve problemi tanımlayan sorunun çözümlenmesi gerekmektedir (Çelik ve Pınar 2014).

Tema 2: “Öfke”

Araştırmada öfke duygusunun çok az yaşanmış olması dikkat çekici iken kendi kendine sorulan soruların en önemlisi ise “neden ben?” şeklindedir. Diyabetlilerin öfke odaklarının en yakınlarındaki kişiler ya da sağlıklı bireylerin olduğu şekilde ifade edilmiştir.

Diyabetlilerle yapılan görüşme sonuçlarında genç yaşta diyabet teşhisi konulması öfke duymalarına sebep olabilmektedir. Örneğin; “*Nasıl ağladım öncelerde, ben neden şeker oldum? diye. Hem yaşıma küçüktü hem de birden bire böyle bir şeyle karşılaştığım için ağladım. Zor gelmişti bana genç yaşta olmak daha 30 yaşındaydım. İlk öğrendiğimde boşluğa düştüm bende nasıl olur diye düşündüm. Niye şeker hastası oldum diye üzülmuştüm. O andaki üzüntüm de neden şeker hastası olduğum yönündeydi ve bende neden çıktı.*” gibi ifadelerde bulunulmuştur. Bu durumun kendilerinde haksızlık duygusu oluşturarak bazen de kötü şeyler yaşama korkusuna neden olarak onlarda mutsuzluk duygusuna kapılmalarına sebep olduğu ifade edilmiştir. Bu duyguyu; “*Ama şimdi korkum var. Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralim bozuluyor. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı. Şeker yüksek çıkınca acaba gözümemi vuracak, böbreğime mi vuracak hep o korku.*” şeklinde ifade edilirken diğerlerin de farklı şekillerde aktarılmıştır.

Birey hastalığı ile ilgili "Neden ben?" diye düşünerek ailesine ya da arkadaşlarına karşı öfke duyabilmektedir (Grimaldi 2003). Tip 2 diyabetli hastaların hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi üzerine yapılmış bir çalışmada da; hastaların öfke odaklarının, aile üyeleri, sağlık personeli ve diğer sağlıklı insanların olduğu ifade edilmiştir (Demirtaş ve Albayrak 2009).

Tema 3: “Şok”

Araştırmada bu tema diyabetliler tarafından tanı aldıkları andaki duygularını ifade ederken “*şok olmuştum*” ve “*çok kötü hissettim.*” şeklinde bildirilmiştir. Ailesinde diyabetli olduğu için kendini hastalığa hazırlamış ve ilk şoku rahat geçirmiş hastaların yanı sıra ailesinde diyabetli bulunanlar da şok yaşadıklarını

bildirmiştir. Ailesinde hiç diyabetli bulunmayan ve diyabet tanısı konulan diyabetliler ise şokla beraber aynı zamanda şaşkınlık duygusunu da yaşadıklarını ifade etmiştir.

Yapılan bir araştırmada da ailesinde ya da tanıdıklarında diyabetli hastanın olması, diyabetlinin yaşantısı ve sıkıntılarının bilinmesi hastalığın büyük karamsarlık ve üzüntüyle karşılanmasına neden olabildiği bildirilmektedir (Lacroix and Assal 2003). Çalışmalarında, ailelerinde diyabet hastalığı olan kişilerinde diyabeti bir felaket gibi görebileceklerini ve üzülebileceklerini bildirmişlerdir. Araştırma da bu durum *“2009 yılında annem tam bir diyabet oldu. Annemi biz şeker komasıyla hastaneye yatırdık ve o zaman anladım diyabetin ne olduğunu.”* şeklinde bir diyabetli tarafından ifade edilmiştir.

Diyabet tanısının diyabetliye ilk söylediği an izlenen tavır ve aktarılan bilginin çok önemli olduğu aynı zamanda bu tavır ve yaklaşımın şok yaşanmasında çok güçlü bir neden olabileceği de görülmüştür. Örneğin; *“Bir gece vakti doktor beni gece saat 10 gibi almıştı muayenehaneden ve bana birden pat diye şeker olduğunuz dediğinde inanamadım. Resmen hareketsiz kaldım idrak edemedim. Çok iyi hatırlıyorum yağmurlu bir gündü ve ben çıktım nasıl ağladım öncelerde “ben neden şeker oldum diye.”* Bu örnekte de görüldüğü üzere hastalığın söyleme şekli çok önemlidir ve ilk tanı alınan andaki duygular bulunulan ortam aradan yıllar geçmiş olmasına rağmen hala hatırlanmaktadır. Benzer sonuçlar yapılan bir araştırmada da; kabullenmenin görüldüğü hastalarda ilk tanı konulduktan itibaren üzerinden 10 yıllık bir sürenin geçmiş olduğu şeklinde tespit edilmiştir. Aynı araştırmada bu bulgu kabullenme ve uyum aşamasına gelinceye kadar hastaların zamana ihtiyacı olduğu, bu zaman sürecini azaltmak için yakın izlem ve sürekli eğitim gerektiğini şeklinde yorumlanmıştır (Demirtaş ve Albayrak 2009). Birey hastalığı söylendiği anda panik, şok, korku gibi çeşitli duygular hisseder. Sağlık çalışanı bu durumu sıradan bir olaymış gibi hastayla paylaşırsa kişi hastalığını önemsemeyebilir ve tedaviye uyumu olumsuz etkilenebilir (Kalender ve Sütçü Çiçek 2014).

Tema 4: “ Suçluluk”

Freedman ve arkadaşları, insanın yanlış olduğunu düşündüğü bir şeyi yaptığında suçluluk duygusu yaşadığını belirtmektedir (Freedman et al. 1989). Araştırmada da diyabetliler yanlış olduğunu sonradan öğrendikleri birtakım şeyleri yapmış oldukları için suçluluk duygusu yaşadıklarını ifade etmiştir. Diyabetlilerden bazıları *“keşke diyabet bize daha önceden doğru şekilde anlatılsaydı önlem alabilirdik”* diye üzüntülerini bildirerek daha önce önlem almamış olmaktan dolayı suçluluk duygusu yaşadıkları görülmüştür. Suçluluk duygusunun en önemli sebebi hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları görülürken, bunun sonucu olarak düzensiz yaşam alışkanlıklarını sürdürmeleri ve daha önceden önlem alamamış olmaktan üzüntü duymaları araştırmada açığa çıkan önemli bir bulgudur. Bu durum ise; *“Keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı.”* ya da *“Daha önceden diyabeti bilmek isterdim.”* şeklinde aktarılmıştır.

Tema 5: “ Üzüntü”

Tip 2 diyabet tanısını genç yaşta almış bireylerin daha ileri yaşta tanı almış bireylere göre daha çok etkilendiği görülmüştür. Bu duygularını *“daha çok gençtim”* şeklinde ifade etmişlerdi. Kronik hastalıklarda genç yaşta ve daha uzun süreli maruz kalmış olmak bireylerde bıkkınlık beraberinde bağımlılık endişesini getirdiği görülmüştür.

Diyabetlilerin diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması diyabet tanısını ilk aldığı anda üzüntü ve beraberinde kaygıya sebep olduğu görülmüştür. Görüşmeye alınan diyabetlilerin bir kısmında ise üzüntü ile beraber geri çekilmenin yaşandığı görülmüştür. Yapılan bir araştırma da bu duygunun olumlu amaç için kullanılabilmesi için üzüntü ve hayal kırıklığında enerji içe çekilerek, bu enerjinin içimizde iyileştirmeye yönelik olarak akışı sağlayacağı ve böylelikle karmaşık olumsuz duyguların yönlendirilerek, kabul edilebilir hale dönüştürülmeye çalışılacağı bildirilmiştir (Lewis 1993).

Tema 6: “ İnkâr”

İlk tanıda hastaların bir kısmının hastalıklarının önemli olmadığını söyleyerek durumlarını inkâr etme çabasında oldukları söylenebilir. Diyabetlilerden birinin kaygıya yönelik önemli bir savunma mekanizması yaşadığı ve bunu görüşmelerde de ifade ettiği görülmüştür. Bu dönemdeki diyabetliler, diyabetli olduklarını başkalarına söylemekten çekindiklerine dair sıkıntılarını da ifade etmiştir. Ayrıca diyabet tanısı ‘‘ utanma’’, reddetme’’ yi içeren bazı psikolojik değişikliklere yol açabilir; kişinin öz-saygısını azaltabilir, direnç ve depresyon gibi sorunlar görülebilir. Yaşanan bu sorunlar da bireyin hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olur (Olgun ve Ulupınar 2014).

Görüşmeye aldığımız bireylerde inkâr ve umursamazlıktan ancak bir komplikasyonla karşılaşınca çıkabildikleri görüldü. Örneğin; *“Halbuki benim tek rahatsızlığım istemeden ayağımı sürüyor olmamdı ve o da sonrasında geçiyordu. Şeker yükseldiğinde meğer sürüyormuşum.”* Diyabetliler başlangıçta inkâr yaşamaktan dolayı, özellikle diyetlerine uyamadıklarını ve hastalıklarına uyum sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir.

İnkârı psikoanalitik teoriler içinde savunma mekanizması terimi olarak ilk kez Freud kullanmıştır. Bu savunma mekanizması, egoyu tehdit eden durumlardan kaçınmak için kullanılmaktadır (Telford et al. 2006; Yılmaz ve ark. 2002). İnkâr, aynı zamanda hasta ve ailesinin kendini toparlaması ve baş etme mekanizmaları ile destek kaynaklarını kullanabilmesini sağlar (Lacroix and Assal 2003; Telford et al. 2006).

Tema 7: “ Kabullenememe”

Bu dönemdeki bireyler, diyabetle yaşamayı öğrenebilmek için diyabetle ilgili bilgi topladıklarını ve diyabeti öğrendiklerini ifade etmiştir. Ayrıca, dikkat edilirse her şeyin yolunda gideceğini, diyabetin yaşama bağlılıklarını etkilemediğini ve diyabetle beraber yaşayabileceklerini belirtmişlerdir. Sağlık personeli her dönemde olduğu gibi bu dönemde de diyabet eğitiminin büyük önem taşıdığını bilmelidir.

Kabullenememenin görüldüğü bireylerde dikkatimizi çeken bir diğer husus ise ilk tanı konulduktan sonra üzerinden 10 ila 25 yıllık bir sürenin geçmiş olmasıdır. Örneğin; *“Ben 20 senedir şeker hastasıyım fakat ilk 10 sene kabul edememiştim bunu. “Ben şeker hastası değilim” deyip yemek yemeye devam ediyordum.”* şeklinde ifade edilmiştir. Kabullenme sürecinin uzun olmasında en önemli sebebin bilgi eksikliğinin olduğu görülmüştür. Bilgi eksikliği bulgusu, kabullenme ve uyum aşamasına gelinceye kadar diyabetlilerin zamana ihtiyacı olduğunu, bu zaman sürecini azaltmak için ise yakın izlem ve sürekli eğitim gerektiğini bizlere düşündürmektedir. Ailesinde ve çevresinde diyabetli olmayan bireylerin bir kısmı diyabeti kabullenmede zorlandıklarını belirtirken, ailesinde diyabet olan bireyler ise diyabeti kabullenmede daha kolaylık yaşadıklarını belirtmiştir.

Kendi hastalığını kabul eden kişiler, günlük yaşantılarına uyum sağlamak ve çeşitli sorunlarla baş edebilmek için gerekli duygusal dengeyi tekrar kurmuşlardır. Kabullenmiş hastalar hastalıklarının ve bunun için gerekli olan tedavinin tamamen farkındadırlar, bazı kısıtlama ve zorlukların olması gerektiğini bilirler (Lacroix and Assal 2003; Telford et al. 2006). Kabul sürecine ulaşmak çok kolay değildir, bireyler uzun bir öfke ve inkar döneminden sonra içinde bulunduğu gerçeği kabul edebilir (Körükçü ve Kukulu 2015).

5.3. Diyabetle Yaşam

Bu bölüm kendi içerisinde “Konforda Değişiklik” olumlu ve olumsuz şeklinde iki alt gruba ayrılmıştır. Verilerin analizi sonucunda bu alt gruplar doğrultusunda **46** öznel ifade kaydedilip diyabetle yaşamda; “alışkanlıkların değişimi, kendini daha iyi hissetme” iki olumlu tema şeklinde alınırken, “uyum güçlüğü, mesleki zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler” ise dört olumsuz tema şeklinde toplam altı tema çıkarılmıştır.

5.3.1. Konforda Değişiklik (Olumlu):

Tema 1: “Alışkanlıkların değişimi”

Yaşam kalitesini oluşturan sağlık uygulamaları içerisinde beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek

ve stres yönetimi gibi etkenler bulunduğu bildirilmektedir (Tambağ 2011). Diyabetli bireylerin bir yandan tedavi sürecinde, belirli bir diyeti sürdürerek hastalığın semptomları ile başetmeye uğraştıkları diğer yandan da bedenlerindeki fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya çalıştıkları için tüm yaşam alanlarının ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bildirilmektedir (Mittal et al. 2001). Araştırmada diyabetliler günlük alışkanlıklarındaki değişimin yaşam tarzlarını ve dolayısıyla yaşam kalitelerini çoğunlukla olumlu yönde etkilediğini bildirmiştir. Zorlanılan konuların çoğu diyabetlide benzer olduğu bildirilirken diyabetin diyet, egzersiz gibi rutin uygulamalarında başlangıçta uyum gücünü yaşadıkları ifade edilmiştir. Başlangıçtaki zorlanmalara rağmen süreç ilerledikçe ve hastalığın getirdiği bir takım düzenlemelere alışmaya başladıkça rahatladıklarını hatta bu durumdan memnun olduklarını ve çok daha hoşlarına gittiğini belirtenler olmuştur. Sağlık davranışları ile mutluluk arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan bir araştırmada da; algılanan sağlık desteği, kişisel gelişim, yeterli seviyede uyku, sigara içilmemesi ve her gün düzenli şekilde kahvaltı edilmesi gibi davranışların mutluluk artışı ile doğrudan etkili etkenlerden olduğu sonucuna varılmıştır (Peltzer and Pengpid 2013).

Aile üyeleri, akranlar ve sağlık alanında çalışanların fikirleri, sağlığı koruma ve geliştirme yönündeki sağlık davranışı değişikliklerine ve bu değişikliklerin kalıcı hale getirilmesine anlamlı derecede olumlu etki etmektedir (Pender et al. 2011). Araştırmada da aile ve çevre desteğinden bahsedilmiştir.

“ Şu anda mesela eşimle beraber alıyoruz randevuları ve birbirimizi de kontrol ediyoruz benim için olumlu değişiklikler bunlar. Ama bir kültür de oluşturuyor diyabet olayı yani düzenli doktora gitme kültürünü edinme. Bu normal yaşamda hep olması gereken şeyler. ”

“ Sosyal yaşantımda da bir eksiklik yok ve fazlası var. Benim gibi insanlarla karşılaştığımda sohbet oluyor aramızda ve onların takdirleri de gururumu okşuyor. ”

“ Sizlerden ben büyük destek aldım arkadaşlık, dostluk ilişkisi doğru ve ben kendimi kendime dikkat etmeye zorunda hissettim. Karşılaşıyoruz geliyorum gidiyorum ve ne söyleniyorsa da bunu yapmam gerekir gibi geldim. Toplantılar oluyor ve devamlı karşılaşıyoruz ve Müdür Bey kendinize dikkat etmemişsiniz

dememeniz için kendime dikkat ettim. Uyum sağlamakta zorlanmadım çünkü kendimi bir yerde mecbur hissettim ortam beni buna itti.”

Tema 2: “Kendini daha iyi hissetme”

Diyabetli bireylerde hastalığın kabullenilmesi ile tedaviye uyum gösterildiğinde, kişinin kendini daha iyi hissettiği, her şeyin yolunda gittiği düşüncesinin kendilerini daha mutlu ettiği ve motive oldukları yapılan çalışmalardan bilinmektedir (Peltzer and Pengpid 2013). Araştırma grubunda da bu durum sıklıkla vurgulanmıştır. Araştırmada bu durum şu şekilde bildirilmiştir:

“İlerisi açısından kendimi daha mutlu hissediyorum çünkü metabolizmamın daha gençleştiğini düşünüyorum ve 2 yıldır hiç hasta olmuyorum bağışıklık sistemim daha da güçlendi.”

Diyabetliler günlük yaşamdaki rahatlamının gerek iş, gerekse özel hayatlarına yansdığından bahsetmişler bunu da şu şekilde; *“Diyabetli olunca daha kontrollü oluyorsunuz. Sinirlenmiyorum. En çok da şu an hayata bakış açım değişti. Her şey şu an için daha iyi. En önemlisi stresim yok. Üzülmüyorum da bu yüzden hayatım düzene girdi. Mesela çocuklara bakış açım, hanımına bakış açım hepsi değişti. Evvelden çok asabiydim fakat şu an hayata da her şeye de olumlu bakıyorum yani.”* aktaran bir diyabetli olmuştur.

Diyabetli bireyin kendi kendine bakabilmesi için, hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Sağlık gereksinimleri hakkında bilgilenen diyabet hastası, bakımının sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olmaktadır (Türkcan ve ark.2009).

5.3.2. Konforda Değişiklik (Olumsuz):

Tema 1: “Uyum güçlüğü”

Diyabet gibi kronik hastalıklarda, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmak için bireyin yaşam tarzı alışkanlıklarında değişiklik yapması ve tedaviye uyum sağlaması gerekir. Hastaların yaşam tarzı alışkanlıklarında değişiklik yapması ve tedavilerine uyum sağlamalarının oldukça zor olduğu bildirilmektedir (Ambıgapathy

et al. 2003; Ovayolu ve ark. 2003). Araştırmada bu durum; “*Şu anda da zorlanıyorum tabii. Olumlu yönü sadece başkalarının yediğine bakıp gözünüzün kalması oluyor. Karşımda çöp şiş yiyorlar, kumru yiyorlar siz de içinde neler var acaba diye düşünüyorsunuz. Eski yaşantıyla şimdiyi karşılaştırdığımda bence eskisi çünkü daha da gençtim zaten, şu an yaşlandım. Her şeyi boş verdim artık. Çok fark etmiyor. Gençken fark edebilseydim daha güzel olacaktı. Çünkü o zaman çok yemezdim ve vücudum da belki normale dönerdi. Ben geç fark ettiğim için on iki, on üç senem boşa geçti vücuttan yedim.*” şeklinde bildirilirken uyum sağlama konusunda benzer konularda zorlandıkları da ifade edildi. Tip 2 diyabetlilerle yapılan bir araştırmada hastaların inkar yaşamaları sebebiyle, özellikle diyetlerine uyamadıkları, insülin tedavilerini aksattıkları ve hastalıklarına uyum sağlayamadıkları görülmüştür (Demirtaş ve Albayrak 2009). Diyabetlilerin yaşamak zorunda oldukları bu dönemde, bireylerin hastalığını kabullenmesi yönünde desteklenmesi diyabetlilerin hastalığa uyumunu arttırabilir.

Nagelkerk ve ark. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde yaşadıkları sıkıntıları ve karşılaştıkları engelleri inceledikleri bir araştırma da; bilgi eksikliği, hastalığa özgü beslenme programının anlaşılmasında, bireyselleştirilmiş bakımın uygulanmaması, glisemik kontrolün sağlanamamasına bağlı hayal kırıklığı ve çaresizlik duygusu, malzeme ve ilaç temininde yaşanan sıkıntılar, ilaç almayı hatırlamada güçlük, ilaç yan etkilerinin ve nasıl kullanılacağına bilinmemesi gibi sorunlar bildirilmiştir (Nagelkerk et al. 2006). Bu nedenle diyabetik bireyin güçlendirilmesi, hastanın tedavisini kendisinin yönetmesini ve yaşam şekli değişikliği yapmasını sağlar (Ovayolu 2014).

Birey için hasta olmak “sağlıklı olma” durumunun kaybıdır. Kronik bir hastalığa sahip olmak ise bireyin, hem kayıp duygusunu uzun süre yaşamasını, hem de hastalık ve yaşamı kontrol altında tutmasını gerektirmektedir (Hjelm et al. 2003). Diyabet gibi kronik hastalıklarda da sürekli kontrol altında olmak uyum güçlüğüne sebep olmaktadır. Araştırmada bu durum; “*Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı.*” şeklinde belirtilmiştir.

Tema 2: “Mesleki zorluklar”

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona sebep olurken; ailenin yaşam tarzını ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Akdemir ve Akkuş 2006; Türkmen 2012). Diyabetlilerde işlevsellik alanlarındaki kısıtlılıklar, çalışma ortamlarında karşılaşılan zorluklar ve yetiyitimi genel toplumdan daha yüksektir (Camacho et al. 2002). Araştırmada bu durum bir kişi tarafından; *“Büromu kapatmak zorunda kaldım stresten uzak durmak için. O dönemde çalışırken zorlandım her şeye dikkat etmek lazım ve şeker konulmadan önce büronun altında lokanta vardı ve ben orada çok yemek yiyordum ve önlem olarak işimi bıraktım.”* şeklinde bildirilmiştir.

Tema 3: “Sosyal zorluklar”

Araştırmada diyabetin getirdiği zorunlu yaşam tarzı değişiminden dolayı sosyal yaşamda zorlanma olduğunu bildiren diyabetliler olmuştur. Bu durumu;

“Mesela bir yere gidiyorsunuz kendi başınıza beslenmenize pek dikkat edemiyorsunuz ya da yanınızda bir şey buldurmuyorsunuz belli saatten sonra öğünü atlatınca acıkma oluyor korkuyorsunuz başıma bir şey gelir mi diye ”

“Ooo çok etkiledi. Acayip etkiledi. Yani yaşantım değişti. Çünkü yasaklar var. Yani gece hayatım her şeyim özel hayatım ayrı bir dilime girdi. Özgürdüm, hürdüm her şeyi yapıyordum ama diyabetten sonra canımın istediği her şeyi yapamıyorum. Bu gece 3 de yatacağım diyemiyorum.” şeklinde bildirdiler.

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili bir takım rutin uygulamaları ve kontrolleri olmaktadır. Diyabetliler de günlük yaşantılarında kan şekeri takibi, düzenli öğünler, egzersiz ve ilaç kullanma gibi bir takım uygulamalarla beraber yaşamak zorundadırlar. Bu uygulamalar onların sosyal uyumlarını ve rollerini etkilemektedir. Karadakovan ve Aslan; bireyin sahip olduğu değer ve inançlar, iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden etkilendiğini belirtmişlerdir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010). Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma

performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Akdemir ve Akkuş 2006; Türkmen 2012). Bu sebeple kronik hastalıklarda bireyleri yakından tanımak ve yaşadıkları duygular hakkında empatik yaklaşımlarda bulunarak bütüncül hasta yaklaşımı sergilemek tedavi başarısı açısından son derece önemlidir.

Tema 4: “Çevresel faktörler”

Diyabetlilerin en çok zorlandıkları bir diğer durum çevresel etkenler nedeniyle beslenme programına uyumda zorlandıkları görülmüştür. Diyabetliler çevreden kaynaklanan bir takım yanlış uygulamalar ve ısrarlı davranışlar nedeniyle beslenme düzeninde zorlandıklarını bildirdiler. Toplumun diyabet hastalığı hakkında yeterli bilgisinin olmaması, hastaya yaklaşımın nasıl olacağının bilinmemesi, hasta inkar döneminde olsa da öfke ve kızgınlığa sebep olduğu bir başka çalışmada da görülmüştür (Demirtaş ve Albayrak 2009).

Çevresel nedenlerden dolayı günlük yaşanmasında en önemli etkenin diyabet hakkında toplumdaki kişilerin yeterli bilgiye sahip olmamaları ve kültürel faktörlerin etkili olduğu görülmüştür. Bir diyabetli bu durumu; *“Ben Mardin’liyim Güneydoğu’ luyum bizde yemek olmazsa olmaz. (vurgulu bir tonda). Herhalde bence diyabet Güneydoğu’ luya Allah tarafından verilebilecek en büyük ceza.”* şeklinde ifade ederek yaşadığı zorluğu belirtmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma sorularımıza göre elde edilen bulgular, görüşmeye katılan 21 hastaya ait sonuçlar olarak, sorulan iki ana soru tipi özelinde ele alındığında;

Diyabet tanısı alındığı andaki yaşanan duygusal durumlar nelerdir?

- Diyabetlilerin diyabetle ilk tanışmalarında bilgi eksiklikleri olduğu ve bazı yanlış düşüncelere sahip oldukları,
- Diyabet algılarında korku ve üzüntü hissettikleri, ancak diyabeti bir şekilde kabullendikleri ile

Diyabetle günlük yaşam deneyimleri nelerdir?

- Diyabetlilerin yaşam tarzı değişikliği gerektiren diyet, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı ve kan şekeri takibi gibi rutin bir takım uygulamaları kazanmak için çaba sarf ettikleri,
- Eskiden düzensiz yaşam tarzı içindeyken diyabetle beraber daha düzenli yaşamaya başladıkları fakat eski alışkanlıklarını yenileriyle değiştirmede başlangıçta zorlanarak uyum gücünü yaşadıkları,
- Günlük yaşamda en çok beslenme düzenine uymakta zorlandıkları bununla beraber kan şekeri takibi, insülin enjeksiyonu gibi uygulamalardan da memnun olmadıkları,
- Bu durumların ise; aile, sosyal çevre ve iş yaşantılarını olumsuz etkilediği, kendilerini rahatsız ve huzursuz hissettikleri, hatta bir diyabetlinin bu sebeplerden dolayı işten ayrılmayı tercih ettiği,
- Diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olduktan sonra yaşam deneyimlerinin olumlu yönde değiştiği sonuçlarına varılmıştır.

Sonuç olarak; bireylerden elde edilen ham verilerden diyabet ile tanışmada; bilgi eksikliği, diyabet algısında; şok, korku, üzüntü, inkar, suçluluk, öfke, kabullenememe, diyabetle yaşamda ise; konforda değişiklik (olumlu-olumsuz): alışkanlıkların değişimi, kendini daha iyi hissetme, uyum gücünü, mesleki

zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler olmak üzere toplam 14 tema çıkarıldı. Empatik yaklaşımlarla bireylerin duygu ve yaşam deneyimlerinin yakından tanınması, bireysel gereksinimlerine uygun diyabet eğitimleriyle de etkili karar verme ve tedaviye uyum süreçlerinin kolaylaştırılması önerilmektedir.

6.2. Öneriler

Söz konusu sonuçlar değerlendirildiğinde aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Diyabetlilere ilk tanı anında diyabet hakkında bilgi verilmesinin diyabeti kabullenmede ve diyabete dair yanlış inanç ve tutumun giderilmesinde etkili olacağı,
- Üzüntü yaşayanlarda öncelikle duygularına yönelik sakin yaklaşımda bulunarak, belirlenen bilgi eksikliğinin giderilmesi,
- Kabullemenin devam ettirilmesi için her eğitimde hastanın duygusal anlamda desteklenmesi,
- Diyabetle yaşamda uyum gücünü yaşayanlara eğitimlerle destek verilmesi ve verilen diyabet eğitimlerinin kişiye özel, yaşam şekline uygun bir şekilde planlanması,
- Süregelen alışkanlıkların değişmesi durumunda, günlük yaşamlarını olumsuz etkilemeyecek şekilde düzenlenmesinde yol gösterici olunması,
- Sosyal ortamlarında zorlanan diyabetliler için toplumun bilinçlendirilmesi ile bu sorunu daha rahat aşabilecekleri,
- Kendini iyi hisseden hastalarda bu iyilik halini devam ettiren durumların desteklenmesi,
- Diyabet eğitiminin her diyabetli için bireysel hedefler doğrultusunda hazırlanması, diyabetlinin yaşam tarzı, yaşı, motivasyonu, genel sağlık durumu, kişisel becerileri ve tedavi hedefleri göz önünde tutularak verilmesi, önerilmektedir.
- Bir sonraki yapılacak araştırmalar için; bu araştırmada elde edilen veriler, sonuç ve öneriler doğrultusunda uygulamadaki farklılıkları ortaya çıkartacak çalışmalar yapılabilir.
- Bu araştırma sonuçları farklı örneklem gruplarında da çalışılarak daha kapsamlı veya farklı sonuçlar elde edilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akdemir N., Akkuş Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13(1), 82-91.
2. Akdemir N. (2011). Kronik Hastalıklar ve Sorunları. Akdemir N, Birol L, ed. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, Sistem Ofset, 193-200.
3. Aksayan S., Emiroğlu O.N. (2002). Araştırma Tasarımı. İçinde İ. Erefe (Ed). Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul.
4. Ambigapathy R., Ambigapathy S., Ling H.M. (2003). A Knowledge, Attitude and Practice (Kap) Study Of Diabetes Mellitus Among Patients Attending Klinik Kesihatan Seri Manjung, NCD Malaysia, 2(2), 6-16.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. Diabetes Care 2014; 37 (Suppl 1), 14-80.
6. Arslan M. (2009). Diabetes mellitus'ta egzersiz tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C, editör. Diabetes mellitus. 3. baskı, İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 125-31.
7. Babadağlı B., Erim Ekiz S., Erdoğan S. (2006). Hekim ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, 52-69.
8. Bahar A., Sertbaş G., Sönmez A. (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, (7), 18-26.
9. Begum N., Donald M., Ozolins L. Z. , Dower J. (2011). Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes, Diabetes Research and Clinical Practice , (93), 260-267.
10. Boström E., Isaksson U., Lundman B., Graneheim U.H., Hörnsten A. (2014). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. Feb;94(2), 187-92. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.010. Epub 2013 Nov 5.
11. Camacho F., Anderson RT., Bell RA. ve ark. (2002). Investigating correlates of healthrelated quality of life in a low-income sample of patients with diabetes, Qual Life Res, 11(8), 783-96.
12. Corben (1999). Misusing phenomenology in nursing research: identifying the issues. *Nurse Researcher*, 6(3), 52-66.

13. Chilcot J.(2012). The Importance of Illness Perception in End-Stage Renal Disease: Associations with Psychosocial and Clinical Outcomes, *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59-64.
14. Choi S., Song M., Chang SJ., Kim SA. (2014). Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea. *Patient Preference Adherence* 14, 8, 219-26.
15. Çakır F., İlnem C., Yener F. (2010). Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 50-9.
16. Çelik S., Pınar R. (2014). Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusu, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2), 104-108.
17. Demirağ SA.(2009). Chronic diseases and quality of life, *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 1(1), 58-65.
18. Demirtaş A., Albayrak N.(2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi, *Anatol J Clin Investing*, 3(1), 10-18.
19. Deen D., Lu, W., Rothstein D., Santana L., Gold M. (2011). Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation, *Patient Education and Counseling*, (84), 257–260.
20. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1). 40-46,
21. Erdoğan S., Nahçıvan N., Esin N., (Eds). (2014). Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik, İstanbul, Nobel Kitabevleri, 131-165.
22. Erkuş A., Günlü E. (2008). Duygusal Zekânın Dönüşümcü Liderlik Üzerine Etkileri, *Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dergisi*, 9(2), 187-209.
23. Franz MJ., Bantle JP., Beebe CA., Brunzell JD., Chiasson JL., Garg A., et al.(2002). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25(1), 148-98.
24. Freedman, JI., Sears DO., Carlsmith JM. (1989). *Sosyal Psikoloji*, çev. Ali Dönmez, İmge Kitapevi 2. Baskı, İstanbul.
25. Gagliardino J.J., González C., Caporale J.E. (2007).Diabetes Education Study Group of Argentina. The Diabetes Related Attitudes of Health Care Professionals and Persons with Diabetes in Argentina, *Rev Panam Salud Publica*, 22(5), 304–7.

26. Glasgow R. E., Hampson S. E., Strycker L. A., Ruggiero L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management, *Diabetes Care*, 20(4), 556-561.
27. Grimaldi A. (2003). The acceptance of the diabetic disease. *Ann Endocrinol (Paris)*, 64: 22-6.
28. Hibbard J. H. , Greene J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences, Fewer Data On Costs, *Health Affairs*, 32(2), 207-214.
29. Hogan B. (2010). Coping with health anxiety. Improving Access to Psychological Therapies, 1-24. Alındığı tarih: 30.09.2013.
30. Hjelm K., Mufunda E., Nambozi G., Kemp J. (2003). Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus. A literature review. *J Adv Nurs*, (41), 424-34.
31. Hunt C.W., Grant J.S., Palmer J.J., Steadman L. (2014). Facilitators of diabetes self-management among rural individuals. *Home Healthc Nurse*. 32(3), 154-66.
32. Jerant AF., von Friederichs-Fitzwater MM., Moore M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educ Couns*, 57(3), 300-7.
33. Joyce P. (1999). Implementing supernumerary learning in a pre-registration diploma in nursing programme: an action research study, *Journal of Clinical Nursing*, 8, 567-576.
34. Kalender N., Sütçü Çiçek H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1), 46-53.
35. Karadakovan A., Eti Aslan F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 99-111.
36. Kelleci M., Ata E.E. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumluları ve Sosyal Destekle İlişkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(3), 105-110.
37. Kocaman N., Özkan M. , Armay Z., Özkan S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (8), 271-280.
38. Korytkowski M.T., Koerbel G.L., Kotagal L., Donihi A., Dinardo M.M.(2013). Pilot trial of diabetes self-management education in the hospital setting, *Prim Care Diabetes*, Oct;8(3), 187-94. doi: 10.1016/j.pcd.2013.11.008, Epub 2013 Dec 30.
39. Koski RR.(2006). Practical review of oral antihyperglycemic agents for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Educ*, (32), 869-76.

40. Koşar C., Büyükkaya Besen D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>, 8 (1), 45-51.
41. Körükçü Ö., Kukul K. (2015). Beden-Zihin-Ruh Bütünlüğünü Korumaya Yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 7(1), 68-80.
42. Lacroix A., Assal J.P.(2003). Hastaların Terapötik Eğitimi, Türkçe Çeviri Editörü: Piyal, B., Tabak, R.S., Ankara.
43. Leventhal H., Nerenz DR., Steele DJ. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of health. Hillsdale, NJ:Erlbaum, 219-252.
44. Lewis M. (1993). The emergence of human emotions, Derl, Lewis, M; Haviland, M.J.
45. Lorig KR., Ritter PL., González VM. (2003). Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. Nurs Res, 52(6), 361-9.
46. LuY., Li Z., Arthur D. (2014). Mapping publication status and exploring hotspots in a research field: chronic disease self-management. Journal of Advanced Nursing, 70(8), 1837–1844. doi: 10.1111/jan. 12344.
47. Mackey S.(2005). Phenomenology Nursing Research: Methodological Insights Derived from Heidegger's Interpretive Phenomenology, International Journal of Nursing Studies, 179-186.
48. Marrero DG., Ard J., Delamater AM., Peragallo-Dittko V., Mayer-Davis EJ., Nwankwo R., Fisher EB.(2013). Twenty-first century behavioral medicine: a context for empowering clinicians and patients with diabetes: a consensus report. Diabetes Care,(36), 463–470.
49. Martin D., Lange K., Sima A., et al.(2012). SWEET group. Recommendations for ageappropriate education of children and adolescents with diabetes and their parents in the European Union. Pediatr Diabetes, 13 (Suppl. 16): 20–28.
50. Mittal S. K., Ahern L., Flaster E., Maesaka J. K., Fishbane S. (2001). Self- assessed physical and mental function of haemodialysis patients, Nephrology Dialysis Transplantation, 16(7), 1387-1394.
51. Mollaoğlu M. (2012). Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci, Durna Z, ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 51-63.
52. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie KJ., Horne R., Cameron LD., Buick D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Psychology and Health, 17,1-16.

53. Nagelkerk J., Reick K., Meengs L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 151- 8.
54. Nam S., Chesla C., Stotts NA., Kroon L., Janson SL. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract*, 93(1), 1-9.
55. Nguyen A.T. (2014). Self-Management of Type 2 Diabetes: Perspectives of Vietnamese Americans. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(4), 1-7. DOI: 10.1177/1043659614523470
56. Olgun N., Ulupınar S. (2014). Güçlendirme ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi, http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf Erişim Tarihi: 16.07.2015.
57. Osterlund Eframsson E., Klang B., Larsson K., Ehrenberg A., Fossum B. (2009). Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Educ Couns*, 77(2), 209-17.
58. Ovayolu N., Parlar S., Karatas S. (2003). Diabet ve hipertansiyonu olan hastalarda erken tedavi ve hemşirelik eğitiminin önemi, *Hemşirelik Forumu*, 6(4), 19-23.
59. Ovayolu Ö. (2014). Diyabette Özyönetim ve Diyabet Hemşiresinin Etkileri, *Hemşirelik Forumu*, 6(2), 21-26.
60. Özçakır A. (2002). Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi? İntörn öğrenci görüşleri, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 185-189.
61. Özdemir Ü., Taşçı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 57-69.
62. Öztürk A., Altuntaş Y., Özsan M., Gündüz E. (2009). Investigation of the knowledge, attitudes, behaviors of chronic renal failure patients treated by hemodialysis on their illness and hemodialysis, *Erciyes Medical Journal*, 31(2), 119-25.
63. Paschalides C., Wearden AJ., Dunkerley R. ve ark. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and healthrelated quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus, *J Psychosom Res* 57(6), 557-64.
64. Pender N.J., Murdaugh C.L. ve Parsons M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston, MA, Pearson.
65. Peltzer K., ve Pengpid S. (2013). Subjective happiness and health behavior among a sample of university students in india. *Social Behavior and Personality*, 41(6), 869-880.
66. Polit D.F. ve Beck C.T. (2001). *Essentials of Nursing Research*. (6th ed), Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins.

67. Ponzo MG., Gucciardi E., Weiland M., Masi R., Lee R., Grace L.(2006). Gender, Ethnocultural, and Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management in Italian Women and Men With Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*, (31), 153-60.
68. Pitney W.A., Parker J. (2009). *Qualitative research in physical activity and the health Professions*, Leeds: Human Kinetics Pub.
69. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B., Tuomilehto, J., (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 28(2):169-180.
70. Saunders C. (2003). Application of Colaizzis method: Interpretation of an auditable decision trail, *Contemporary Nurse*, 14(3), 291-302.
71. Snoek FJ. (2002). Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. *Int J Clin Pract Suppl*, 129, 80-4.
72. Tambağ H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58.
73. Tel H., Doğan S., Özkan B., Çoban S.(2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,(1), 7-12.
74. Telford K., Kralik D., Koch T. (2006). Acceptance and denial: İmplications for people adapting to chronicillness. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 457-64.
75. Tuckett, A. (2004). Qualitative research sampling-the very real complexities, *Nurse Researche*, 12(1), 47-61.
76. Türkcan D.G., Çatalkaya D., Demir U.D. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *Yeni Tıp Dergisi* (26), 210-213.
77. Türkmen E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 37-49.
78. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 816, 2.Basım: Ekim 2014, 14.
79. Vorderstrasse A., Shaw R.J., Blascovich J., Johnson C.M. (2014). A theoretical framework for a virtual diabetes self-management community intervention. *West J Nurs Res*, Oct;36(9):1222-37. doi: 10.1177/0193945913518993. Epub 2014 Jan 21.
80. Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
81. Yıldırım A., Şimşek H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (7. Baskı Tıpkı Basım), Ankara, Seçkin Yayıncılık.

82. Yılmaz C., Fadiloğlu Ç., Çetinkalp Ş. (2002). Diyabet hemşiresi el kitabı, İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, 1-5.
83. Yılmaz S., Çömlekçi A., Ünal B. (2013). Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22(6), 220-225.
84. Wang C.M., Inouye J., Davis J., Wang C.Y. (2013). Diabetes knowledge and self-management effects on physiological outcomes in type 2 diabetes. Nurs Forum, 48(4), 240-7.
85. Williams I.C., Utz S.W., Hinton I., Yan G., Jones R., Reid K. (2014). Enhancing diabetes self-care among rural African Americans with diabetes: results of a two-year culturally tailored intervention, Diabetes Educ, 40(2), 231-9.
86., Chronic Disease Overview: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/> Erişim Tarihi: 20.07.2015.
87., Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler, 2010-2020 Ulusal Diyabet Stratejisi Sonuç Dokümanı. http://www.tsn.org.tr/folders/file/Diyabet_2020_Sonuc_Dokumani.pdf Erişim Tarihi: 13.07.2015.
88., International Diabetes Atlas, Sixth Edition, Update 2014. <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014> Erişim Tarihi: 13.07.2015.
89., Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED): Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu,7.Baskı,2015. http://www.temd.org.tr/files/7_DIYABET_Book%201_PRESS.pdf Erişim Tarihi: 13.07.2015.
90., Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 816, Yayın Tarihi: 2011, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/diyabet_kitap.pdf Erişim Tarihi: 20.07.2015.
91., Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi 2013. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-de-ve-bolge-ulkelerinde-diyabet-sorunu.pdf> Erişim Tarihi: 27.06.2015.
92., Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimi Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 944, Basıldığı yer: Ankara, 2014. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/cocuklukCagiDiyabetiEgiticiRehberi.pdf>, Erişim Tarihi: 25.06.2015.

8. EKLER

EK I

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Görüşme Tarihi : .../.../...

Görüşme Sayısı :.....

Görüşme Süresi:.....

Görüşme Yeri:.....

Yaş:	25-34	35-44	45-54	55-65	65 yaş üstü
Sağlık	Özel	Anlaşmalı	Ücretli	Diğer	
Güvence:	Sigorta	Kurum			
Medeni	Evli	Bekâr			
Durum:					
Eğitim	Okur-	İlkokul	Lise	Üniversite	Yüksek
Durumu:	yazar	Öğretim			
Meslek:	Ev Hanımı	İşçi	Memur	Serbest	Diğer
	Meslek				
Ailede	Var	Yok			
Diyabet					
Öyküsü:					
Tedavi	Diyet	OAD	İnsülin	İnsülin+OAD	
Şekli					
Diyabet Tanı Tarihi:					
İlk Tanı Kurumda:				Evet	Hayır
İlk Tanıda DM Eğitimi				Evet	Hayır
Almış					

Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Soruları:

1. Diyabet olduğunuzu ilk öğrendiğinizde ne hissettiniz? Tarif edebilir misiniz?
2. Diyabetli olmak günlük yaşamınızı nasıl etkiledi?
3. Eskiden yaptığınız neleri değiştirmek zorunda kaldınız?
4. Hastalığınız süresince ailenizden, çevrenizden gördüğünüz desteği nasıl yorumlarsınız?

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU:

Araştırmamız “**Tip 2 Erişkin Diyabetlilerin Hastalıkla İlişkili Deneyimleri/Niteliksel Araştırma**” diyabetlinin yaşadığı sorunları, deneyimleri ve diyabet özyönetiminde diyabet eğitimlerinin etkinliğini belirlemek üzere yapılacaktır. Bu konudaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere size yöneltilen sorulara verdiğiniz yanıtlar ses kayıt cihazı ile kaydedilecek ve sonuçlar sadece bu araştırmada kullanılacak, kişisel bilgileriniz araştırma dışında hiç kimseye paylaşılmayacaktır. Diyabet ömür boyu devam eden kronik bir hastalıktır. Bu nedenle iyi bir diyabet eğitimi, kendi kendine bakım ve diyabetin takip edildiği kurum ve diyabet ekibi diyabet kontrolünde büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmaya katılmada gönüllülük esastır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Araştırmaya katılmamanız durumunda da sizi bundan sonraki işlemi ve tedavisi aynen devam edecektir. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir şekilde ücret talep edilmeyecek ve size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan önceden haber vermek koşuluyla çekilebilirsiniz. Bu durum sizin sonraki tedavisini etkilemeyecektir. Aynı zamanda bizde sizi izniniz olmadan araştırma dışı tutabiliriz. Bu da sonraki eğitimlerinizde değişiklik yaratmayacaktır.

Hemşire Hanife Akman tarafından bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerin aktarılmasından sonra ben bu çalışmaya davet edildim. Bu işlemler sırasında herhangi bir parasal yükümlülüğüm olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal yükümlülük altına girmiyorum. Benim bu araştırmaya alınmasını kabul ettiğim için bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili herhangi bir problem durumunda Hemşire Hanife Akman’ a 0-312-428 08 08 nolu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Eğer çalışmaya katılmazsam, benim tıbbi bakımına ve hekim ile ilişkiye / eğitimime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. İstediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Bu bilgilendirme sırasında tüm sorularımı sorma şansını buldum ve doyurucu yanıtlar aldım. Belirli bir düşünme süresi sonunda bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

TARİH:

Katılımcı Adı:	Katılımcı ile görüşen:	Tanık adı:
İzin Veren Kişi:	Hemşirenin adı:	Tel:
Yakınlığı:	Tel:	İmza:
Adres:	İmza:	
Tel:		İmza:

GÖRÜŞME HAM VERİLERİ

1. HASTA

Herhalde birçok insanda olduğu gibi bana olmaz ki şeklinde düşündüm aklımdan şöyle geçti keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı benim davranışlarım herhalde kendimi disiplinli bir insan olarak kabul edebiliyorsa değişik bir şekilde hareket eder kendimi bir yere kadar götürürdüm. Çünkü yaşıma göre sanırım o denli çürük birisi değilim. Dolayısıyla ne kadar olsa da belirli bir şok yaşandı. Öbür taraftan karakter itibarıyla ben bunu da başaracağım dedim ve sizlere de o gün sizlerden kısa sürede ayrılacağımı söylemiştim. Fakat diyabet biraz daha farklı tabiki. Çünkü bu hastalık sizi terketmiyor ve yaşam tarzınızı değiştirmek zorunda kalıyorsunuz ve o yola çıkılmış oldu. Sanırım aşağı yukarı 2 yıl oldu.

O dönemde eğitimler, en başta yani gittiğimiz adres hastanedeki kimseler çok önemli. Çünkü kalıcı bir ilk başınıza gelmiş oluyor ve çok fazla şansınız yoktur değişik şekilde yaşayıp hareket etmeye. Dediğim gibi iyi bir yere doğru bir yere bilinçli eğitilmiş profesyonelce bir tedaviye ihtiyacı var.

2. HASTA

Çok kötü hissettim. Bir gece vakti doktor beni gece saat 10 gibi almıştı muayenehaneden ve bana birden pat diye şeker olduğum dediğinde inanmadım. Resmen hareketsiz kaldım idrak edemedim. Çok iyi hatırlıyorum yağmurlu bir gündü ve ben çıktım nasıl ağladım nasıl ağladım öncelerde ben neden şeker oldum diye. Fakat sonradan yavaş yavaş düzeldim ve baktım hiç de korkulacak bir şey değilmiş. Diyetimi yapıp ilaçlarımı içtikten sonra hiçbir sorun yokmuş aslında tabii her zaman da diyetle tam anlamıyla da dikkat edilemiyor.

Hem yaşımla küçüktü hem de birden bire böyle bir şeyle karşılaştığım için ağladım. Zor gelmişti bana genç yaşta olmak daha 30 yaşındaydım. Şimdi daha iyiyim. Çok fazla alıştım artık şekere. Bir yere gidip ilaç içmek bile beni rahatsız ederken şu an hiç önemsemiyorum. Belki de etrafta şu aralar daha çok şeker hastası var o yüzden de olabilir. Sadece tek korkum insülin.

Sabah kahvaltısı yapmazdım eskiden. Bankaya giderken poğaça alır onu yerdim fakat sonrasında sabah kahvaltısının ara öğünlerin ve yemek yemenin çok gerekli olduğunu öğrendim. Ama bunların büyük çoğunluğunu geçen yıl ki eğitimlerde öğrendim yoksa kendim çok bir araştırma yapmadım ve tahminimce de yapmazdım. Hiçbir şeyde zorlanmadım. Çünkü eğer ne yiyeceğini bilirsen hiç seni zorlamıyor. Gayet de güzel akıllı uslu sakin bir şekilde hayatıma devam ediyorum sadece tatlı

yemiyorum. Pilavı makarnayı çok abartmıyorum. Neler bana şeker yapıyor bunları çok iyi bildiğimden gıdamı rahatça kontrol edebiliyorum.

3. HASTA

Benim bir arkadaşımın yeğeni şeker hastası olmuştu ve doktorlar da bana o sıralar diyabet olacaksın dediklerinde ben onlara kulak asmadım. Diyabet olduktan sonra da görünen köy kılavuz istemez diyerek ne gerekiyorsa yapmaya başladım. Üzülmenin bir faydası yok önemli olan önlem almak diye düşündüm. Diyabet tanısını alalı 2 sene oldu sanırım.

Üzülmedim ama önlem almaya çalıştım benim yapım da o'dur. Üzülme yerine olmuş artık yapabilecek bir şey yok diye düşünüp gerekenleri yapmak istedim.

O dönemde; sizler destek oldunuz ve araştırmalarınızla bize bilgiler verdiniz toplantılar yaptınız ben de o toplantılara geldim. Sonrasında diyabetle ilgili kitaplar okudum ve genelde de okuyarak ve televizyon sayesinde ben çoğu şeyi öğrendim ve şu anda dr. kontrolüne devam ediyorum.

O zaman düzelir diye düşündüm ama daha ileri gitmesin diye düşünüyorum şu an. İlk zamanki ve şimdiki duygularım arasında hiçbir farkım yok. Ben genelde soğukkanlı ve telaş etmeyen biriyim. İnşallah sonu kötü olmaz diye düşünüyorum çünkü yaşım ilerliyor ve şikâyetler artar diye düşünüyorum. Başka bir şikâyetim yok. Önlemek için de daha çok dikkat edip daha sağlıklı yaşamaya çalışıyorum. Normalden bir farkı yok benim için sadece belirli saatlerde belirli şeyleri yiyip sağlığıma dikkat etmeye çalışıyorum.

Büromu kapatmak zorunda kaldım stresten uzak durmak için. Yürüyüşlerime başladım yemek şeklimi değiştirdim. Yani daha çok sebzeye ve yağsız gıdalara yöneldim yani şeker yapmayacak. Yoğurt yemediğim halde yoğurt yemeğe başladım. Bu değişimler ilk başta beni fazla seyahate gitmek istemiyorum şeklinde etkiledi. Fazla gezmek istemiyorum ve gittiğim yerlerde mümkün olduğum kadar uyumaya çalışıyorum. Mümkün olduğunca tabi ki hayatımda değişiklik yaptım. Zorlanmadım ama hayatın kuralı bu felç olsanız mesela yürüyemezsiniz ve daha kötüsünü aklına getirdiğinizde buna şükür edip daha sağlıklı beslenmeye devam ediyorsunuz. Daha hareketli olmaya çalışıyorum ve daha iyi hissediyorum kendimi.

O dönemde çalışırken zorlandım her şeyi dikkat etmek lazım ve şeker konulmadan önce büronun altında lokanta vardı ve ben orada çok yemek yiyordum ve önlem olarak işimi bıraktım. Ayrıca dalgalılıklar ve unutkanlıklar oluyor ve kendime daha iyi bakmam lazım. Zaten belli bir yaşa geldim çalışmayı bırakıp kendime zaman ayırıp daha iyi zaman geçirmek daha güzel oluyor. Stres yapmamak için özellikle. Şu an daha rahat hissediyorum. Mesela duruşmalara gidiyorsunuz ve her duruşma şekerinizi yükseltiyor ayrıca müvekkiller de stresinizi anlatıyor dertli bir insan derdini anlatmak istiyor ne de olsa ve bunlar beni yoruyordu ama şu an bu yorucu hayattan daha rahat bir hayata geçtim ve şimdi sadece kendim için ve hastalığının ilerlememesi için çaba sarf ediyorum.

4. HASTA

İlk önce inanmadım fakat doktorum demişti bana ben de ona kendimi gayet iyi hissettiğimi söyledim ve o zamanlar diyabetin sinsi bir hastalık olduğunu bilmiyordum. Hapa başladım sonrasında. İlk tanımı 2001 ya da 2002 de aldım ve o zamanlar bu hastalığı önemsemiyordum. Sanki tansiyon hastalığı gibi geliyordu. Sonrasında ayak kesilmesi, böbrek sıkıntıları ve körlük olabileceğini seminerlerde öğrendim. Hapımı bile yemeklerden ne zaman sonra alacağımı seminerlerde anladım. Toplantıda beni bir arkadaşımın uyarmasıyla mesela ben hap zamanlarımı anladım. Eğitimlerden sonra işi ciddiye aldım şu an ortalamam da düştü kendimi de biraz daha iyi ve canlı hissediyorum. İlaçlarımı muntazam içip ara öğün ve yemeklerime dikkat ediyorum. Bunların hepsini samimi söylüyorum seminerlerden sonra yaptım. Bundan önce açıp internetten bile okumadım. Şeker hastası çok olunca sanki öylesine bir şeymiş gibi gelmişti ama bu eğitimlerin gerçekten faydasını gördüm. Seminerler 2 yıl öncesinde oldu ve ben o zamana kadar hiçbir şeyin farkında değildim. Aslında farkındaydım ama vurdumduymazdım. Bu sanki bana genetik bir miras gibi geldi ve anneme bir şey olmadı bana da olmaz diyordum.

Bir kere alkolü azalttım. Birkaç senedir de yok denecek seviyeye getirdim. Sigarayı çok azalttım şu an maksimum günde 1-2 defa içiyorum. Çok sevdiğim yemeklerden feragat ettim şu an en fazla bir tadına bakıyorum ve sonrasında yürüyüşlerim arttı ve severdim ben yürüyüşü. Bu da olumlu bir şey tabiki. Bunları yapmak hiç kolay olmadı. İnsanın sevdiği şeylerden vaz geçmesi kolay değil ben baklavayı ve tatlıyı çok severim ama şu an gördüğümde bir dilim alıyorum ya da almıyorum. Hamur işini de severdim ve şu an yemiyorum. Şu an hala o zorluk devam etmiyor. Şimdi rahatım. Az yemek yemeğe ve sofradan aç kalmaya alıştım. Çok fazla spor yapıyorum, çok az kilo veriyorum ama hayatım daha rahatlaştı şuan ve daha kolaylaştı. Şekerin en büyük düşman olduğunu okuyoruz ve şu an hayatımın daha rahat olduğunu ve düzene girdiğini hissediyorum ve böyle bir değişimi de tavsiye ederim. Şeker hastalığının ana temeli de eğitim alıp ilaçları aksatmamak. Gerekirse internetten veya sizden eğitim alıp kendimize bir yaşam şekli belirlemek.

5. HASTA

Hiç önemsemedim çünkü hatalık hakkında bir bilğim yoktu ve tepki göstermedim. 25 sene falan oldu. Bu sebepten dolayı hiçbir tepki vermedim ve hayatımda bir değişiklik olmadı. Belki de bu yüzden hiç önemsemedim. Sonra da tedavim başladı. Fakat bu zamana kadar diyabetten kaynaklanacak bir sıkıntım olmadı. Evhamlanmadım ve telaşlanmadım. İlk öğrendiğimde bir bilğim yoktu. Sizden aldığım eğitime kadar kimseden bir destek almadım. Öncesinde de araştırma yapmadım.

Uzun yıllar dikkat etmedim ve önceki hayatıma devam ettim. Eğitimden sonra ben hayatımda değişiklik yaptım. Burada hakikaten büyük bir destek aldım. Belki söylememde sakınca yok ve sizler de bir aile ortamı yarattınız. Sizlerden ben büyük destek aldım arkadaşlık, dostluk ilişkisi doğru ve ben kendimi kendime dikkat etmeye zorunda hissettim. Karşılaşıyoruz geliyorum gidiyorum ve ne söyleniyorsa da bunu yapmam gerekir gibi geldim. Toplantılar oluyor ve devamlı karşılaşıyoruz ve

Müdür Bey kendinize dikkat etmemişsiniz dememeniz için kendime dikkat ettim. Uyum sağlamakta zorlanmadım çünkü kendimi bir yerde mecbur hissettim ortam beni buna itti. Bir ekip oluşturduk arkadaşlıklar oldu ve o ekipte en iyi olman lazım o istenilen düzeye ulaşman lazım. Bu güne kadar ben hayatımda hep en iyi olmayı hedeflemiştim ve burada da en iyi olmayı istedim. Üstünlük anlamında değil ama beklentiler doğrultusunda en iyi olmayı istedim. Sizin söylediklerinize harfiyen uyup yerine getirmek istedim ve o da bana yapabileceğimi gösterip güven verdi. Kan tahlillerinden de siz bunu fark edebiliyorsunuz tabi. Bu da eğitimler ve destekleriniz sayesinde oldu. Titizlikle sizi izleyip verilen ilaçları daha düzenli kullanıp yemek yememe dikkat ediyorum hatta temizliğime sağlığa da daha çok dikkat ediyorum gerek el gerekse ayak temizliğinde kendime dikkat etmeyi. Kendime özen gösterip dikkat ettim.

6. HASTA

Ben ilk diyabet olduğumu başka yerde doktor söyledi. Şeker hastası olmam benim bir sorunum yok dedim. Ailede çok ama benim ne susamam var ne bir şeyim dedim. İnanmadım ama sonra bir tahlil daha yaptığımızda benim diyabet olduğum ortaya çıktı. Bende kabullendim. Sonra da onun bir diyabet doktoru var endokriniden önce, diyetisyene gittim ve oradaki bilgilerle endokrine devam ettim. İkinci gidişimden itibaren inanabildim. O aralarda da sigara içiyordum ve sigarayı bırakmamı söylediler hem şeker hem tansiyon olduğu için. Bende düşündüm ve bu beni zorlayacak dedim ve bu da benim bırakmama sebep oldu. Kabullenemedim ama kısa sürdü sonradan bununla yaşayacağımı öğrendim. Etrafımda şekerle yaşayıp kendine dikkat etmediği için ayağı kesilen bile tanıdığım var. Bende bu yüzden kendime dikkat etmeye başladım.

Sadece sigara alışkanlığımı değiştirdim. Diyabet öncesinde çocuklar daha evlenmemişti bende emekliydim işim gücüm yoktu. Ben de diyabete boş boş yatmakla yakalandım diye düşünüyorum ama sonrasında çocuklar evlenince torunlar oldu. Çocuğun evi 5 kat benim evim 4 kat ondan in ona çık ondan in ona çık derken hareketim arttı. Daha iyi bakmaya başladım kendime. Daha iyiyim şu an eskiye oranla. Kendi şeker oranımı da bildiğim için yemeğimi de ona göre sağladım. Günlük ölçümleri yaparak da bunu öğrendim. Ne zaman ne yiyeceğimi böylece öğrenmiş oldum. Mesela pirinç pilavını da ölçer ölçer azalttım. Şeker, pirinç pilavı, bulgur pilavı, fasulye, bunlar benim şekerimi çok çıkartıyor. Kendime dikkat ettiğim sürece bir sorunum yok.

7. HASTA

İlk öğrendiğimde boşluğa düştüm bende nasıl olur diye düşündüm. Buraya geldiğimde ve hastalığı tam olarak öğrendiğimde şu an bir korkum yok. Niye şeker hastası oldum diye üzül müştüm ama buraya kontrole geldiğimde ilaçlarımı alıp insülinsiz bir şekilde tedavi olduğumda her şeyin normal olduğunu öğrendim. O andaki üzüntüm de neden şeker hastası olduğum yönündeydi ve bende neden çıktı diye düşünmeye başladım fakat düzene girdiğinde her şey şu an bir sorunum yok. Valla en çok desteği burada doktorumdan ve sizlerden gördüm. Sizlerin sayesinde bu hastalığı yendim ben sizlerin desteği olmasaydı ben bunun üstesinden gelemezdim. İyi gelmişim ve bu neticede

hastalığımı öğrenip tedaviye başladım. 7-8 sene oldu herhalde. Fakat şuan gayet rahatım. Ben buraya geldiğimde kiloluydum da burada kilo verme fırsatı da buldum. İlk geldiğimde 120-125 arasındaydım ve şu anda 109 kilodayım ve vermeye de devam ediyorum. Üzüntü yerine de hayata daha iyi bağlandım çünkü hastalığı yendim sayenizde. Bir sıkıntım yok şuan için.

Diyabetli olunca daha kontrollü oluyorsunuz. Sinirlenmiyorum, ilaçlarımı düzenli kullanıyorum. Günlük hayatımda bir takım değişiklikler oldu fakat onların da üstesinden geldim tabii. O dönemdeki değişiklikler tabii ki zorladı. Ben o zamanlarda sinirliydim ve şuan sinirli değilim ilaçlarımı da düzenli olarak alıyorum. En çok da şu an hayata bakış açım değişti. Her şey şuan için daha iyi. Bu değişim sürecindeki en büyük sıkıntılarım hastalığı bilmemektir. Şu an bildikten sonra daha iyi normal bir yaşantıya geçtim ve gelişmelerden dolayı da mutluyum. En önemlisi stresim yok. Üzülmiyorum da bu yüzden hayatım düzene girdi. Mesela çocuklara bakış açım, hanımuma bakış açım hepsi değişti. Evveliden çok asabiydim fakat şu an hayata da her şeye de olumlu bakıyorum yani.

8. HASTA

Diyabet ne dedim bilmiyordum o zamanlar şeker hastalığımı. Hastalık çıkınca şaşırardım işte benim hiçbir hastalığım falan yoktu. O zaman bir şaşırıyordum bu hastalık da neymiş diye. Şimdi artık alıştım ilaçlara falan başka hastalıklarım da çıktı ondan sonra devamlı ilaç içiyoruz kontrollere geliyoruz. Zaman geçti bu hastalık geçmiyormuş geçici bir hastalık değilmiş yakalandın mı ömür boyu gidiyormuş. Onun için daha az yemeye çalışıyorum.

Hayatımda pek bir şey değişmedi fakat işte yememizde içmemizde değişen alışkanlıklar biraz değişti daha fazla spor yapmaya yürüyüş yapmaya gayret ettik işte. Epey kilo vermiştim o zamanlar hastalığın seyrine alıştıktan sonra tekrar kiloları aldık.

Tabii zorlandım. Sabah öğle akşam olmak üzere süratli bir şekilde yürüyüş yapıyordum. Yemek yeme alışkanlığımızı değiştirmeye çalıştık yürüyüşlerimizi çoğaltalım dedik azaldı git gide başında ayrı sonunda ayrı eski alışkanlıklarımız geri geldi zamanla. Bizi endişelendiriyor işte biraz da yaşlılık var aynı yürüyüşleri yapamıyorsunuz zamanla ben şimdi bir sefer yürüyorum yoruluyorum önceden üç seferdi şimdi bir seferde yoruluyorum.

9. HASTA

Babamdan gördüğüm için çok da etkilenmedim. Babam gerçekten insülin kullanıyordu yurt dışından iğne alıyordu. Sonrasında kendisini bağ bahçe işlerine verdi. İlaç falan da kullanmadı ve o çalışma temposuyla düzenli de beslenmesi vardı. Babam şeker kısmını bıraktığı için ben de yaparım diye düşündüm. Etkileniyorsunuz ilk hastalığınızı öğrendiğinizde ve bundan sonra bazı şeyleri yaşayamayacağınızı hissediyorsunuz. Fakat babam sayesinde kısa sürdü etkilenmem.

Açık söylemek gerekirse burada aldığım eğitimler bana çok destek oldu eşim de gelmek istedi fakat trafik kazası geçirdi ve gelemedi. O kendisiyle ancak uğraştı hala daha öyle. En olumlu şeyleri

burada aldım. Onun dışında çocuklar biraz teşvik edici oldu. Gerçekten gündüz yeme ve beslenme kısmı dengelendi fakat akşam meyveyi biraz fazla kaçırıyorum halen daha. Çocuklar ama tıpkı bir zaman benim babama yaptığım gibi beni engelliyorlar.

Kendimi kesinlikle normal bir insan gibi görüyorum. Evde problem çıkar beslenme biçimleri falan ama kesinlikle olmadı. Diğer rahatsızlıklarda olduğu gibi kendinizi hayattan soyutlamıyorsunuz ve eğitimler sayesinde de daha fazla sosyalleşiyoruz çevremiz geliyor duygusal anlamda da eğitimler sırasında da benden daha kötü durumda ve insülin kullanan arkadaşları da görünce kendime güvenim artıyor.

İlk başta kilo verdiğim dönemlerde ve aynı zamanda yemeklerden sonraki yürüyüşler sayesinde şekerimi biraz daha düşürdüm ve ilaçları düzenli kullanmam sayesinde 124-126 şekere kavuştum ve bırakana kadar da düzenim devam etti. Aynı zamanda beslenme anlayışım da çok iyi oldu. Bu arada hayatımızı spor anlamında da bırakana kadar düzene koydum. Yemek yedikten sonra saat 7' de de yürüyüşe gidiyorum ve hafta sonları eşimi de alıyorum 45 dakika yapıyorum sadece eğitimlerinizden önce 2 saat yürüyüş yapardım ve eğitimlerden sonra 45dakika yapmaya başladım.

Genellikle hantal bir yaşantım vardı. Spor hayatımızın hiçbir yerinde yoktu hep arabayla giderdik. İş yerinde bile samimi olarak söylüyorum 12:30-13:30 arası öğle yemeğimiz oluyordu. 12:30 da ineriz yemeğe tekrar çıkar gazete falan hiç yürüyüş alışkanlığım yoktu. Ama eğitimlerden sonra yürümeye başladım akşamları atıştırmalar, hanım da pasta börek yapardı çocuklar da olduğu için biz de o arada çok dengesiz beslendik. Diyabetten sonra kaç yıl oldu hatırlamıyorum ama yemeklere hiç tuz atmıyoruz. Hayatımıza bir aktivite kattık

Spor konusunda hiç zorlanmadım daha önce de kilo verdiğim için sorun olmadı. Sıkıntı belli noktalarda gerçekten mesela tatlı krizi özellikle evde kaldığımız ama dışarda hiç aklımıza gelmiyor kuruyemiştir meyvedir.

10. HASTA

Check up yaptırmam sonucunda çıktı. Açlık şekerim 150, tokluk şekerim 250 çıkmıştı çok şaşırđım. Hiçbir belirtisi yoktu bende. Sonrasında testler yapılsın dediler ki; şeker hastasıınız. 10-11 yıl önce oldu. İlk duyduğumda çok fena oldum o kadar çok, o kadar çok korkuyordum ki Allahım bana perhizli falan hastalık verme diye şok oldum. Sonradan kendi kendime düşündüm de çok stresliydim. Hatta sonradan doktoruma da anlattım stresten olurmu diye o da strestende olur dedi. Çünkü ailemde hiç kimsede şeker hastalığı yok. Daha çok şeylerden korktum. Görüyorum şeker hastalarının insülin yapmalarını, iğne yapmalarını falan onlardan çok korktum. Ama iğne verilmedi. İnsülin verilmedi. İlaçlarla idare ettim. O zamanlar hiç bilmiyordum şeker hastalığını ama şimdi o kadar değilim okuyorum. Görüyorum arkadaşlardan falan herşey daha iyi. Bu hastalığın ölümcül hastalık olmadığını, tedaviyle dikkat ettiğinde normal seyirde gittiğini gördüm. Şimdi o kadar karamsar değilim. İlk duyduğumda çok karamsardım. Şimdi daha iyi hissediyorum bu da bir hastalık diyorum

Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi korkum var. Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralimbozuluyor. Akşam hiçbir şey yemeden yattım niye bu şeker çıktı 130' a diye üzülüyorum mesela. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı. Şeker yüksek çıkınca acaba gözümemi vuracak, böbreğime mi vuracak hep o korku. Okuyoruz, dinliyoruz bazı yerlerde hasar yapıyor diye.

Eskiden çok abur cubur yiyordum ama şimdi gayet normal ve dikkatli yiyorum. Ara öğünlerime dikkat ediyorum. Normal öğünlerimide zamanında yiyorum. Diyetisyenin dediklerini de yapıyorum yani. Sabah kalkarkalmaz ilk işim şekerimi ölçmek oluyor. Özellikle akşam yemeğinden sonra hiçbirşey yemiyorum. Önceden çok meyve yerdim tavan yapardı şeker. Sabahleyin 130-140-150' ye kadar çıkardı. Şimdi en fazla 105 oluyor.

Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi var. Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralimbozuluyor. Akşam hiçbir şey yemeden yattım niye bu şeker çıktı 130' a mesela diye üzülüyorum. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı. Şeker yüksek çıkınca acaba gözümemi vuracak, böbreğime mi vuracak hep o korku oluyor. Dinliyoruz, görüyoruz ya bazı yerlerde hasar yapıyor diye.

11. HASTA

Öneren doktor bir kardiyolog ve o özel bir doktordu. Duygu olarak da çok fazla bir şey hissetmedim. Çok bir bilgim yoktu. Ben şekeri bir insan şeker hastası olur ve evvah yandı diye düşünüyordum. O zamanlar öyle biliyordum. Benim de bir işim olmadığı için çok da ciddiye almadım o doktorun alanı olmadığı için. Bana doktor eniştemiz şöyle demişti; kanser olun şeker olmayın. Kız kardeşine de demişti. Kendisi de şeker hastası ve babaları da insülin kullanırmış. Dolayısıyla ben belli etmedim ama içimde o korku oluştu ve çevremdekilerle de pek paylaştım. Eğlencede sohbet çok birlikte insan ama dert olduğunda pek ilgilenmiyorlar. Benim mesela yengem var duymak istemez mesela hastalıkları. Konuyu kapatır dinlemek istemez. Çevremdeki insanlar hastalığı istemeyen insanlar. Şu an çok rahatım ama. Çünkü sizlerden aldığım dersler, eğitimler beni okumaya itti biraz da merak oluşturdu. Dolayısıyla bizim gibi sade insanların bilemeyeceği kadar detaylı okumaya başladım. Hiç kimse bana destek olmadı ben tek desteği sizden gördüm. Yoksa dışarıdan herhangi bir insan bize böyle bir yardımcı olmadı.

Aslında beni olumlu etkiledi. Şimdi son derece açık bir iştahım var. Mesela burda yemek yerim kalkar başka bir yerde yine yerim veya sokak tathıcısından tatlı alır yerim. Bu yaşantım o zamanlar bana sorun çıkartmıyordu ama sonradan bıraktım. Şimdi böyle olsam karışım edenim de yok istersem yerim yine engelleyemez kimse. Ama ben kendi kendime bunları felaket diye nitelendirip bıraktım. Şimdi kontrollü yiyorum. İlk başlarda çok zorlandım. Çünkü bir yere gidip oturuyorsunuz mesela burası Türkiye ve bir yere misafirliğe gittiğinizde masayı donatıyorlar ve benim de iştahım açıktır ve yiyorum bu konuda çok zorlandım. Sanki bu yedikleriniz zararlı değilmiş gibi gelirken şu an yemiyorum.

Şimdiki çok olumlu, yaşamımı devam ettirmemde çok önemli oldu. Ama memnun değilim çünkü ben bolluk içinde büyüdüm Hatay'da. Kadim bir şehir orası Araplara da komşu her şey var ve ben bu tarz şeylere alıştım. Hatta bana diyorlardı ki 94'ten 72 kiloya düştüğümde herkes hayran oluyordu ve cevap olarak herkese ızdırap çekerek diyordum. Yiyemiyorsun ya da kontrollü yiyorsun. Senin gibi olsak gençleştin delikanlı oldun gibi şeyler söylüyorlardı bana ve o işi başarabiliyor olmam çok hoşuma gitti.

12. HASTA

Ben 20 senedir şeker hastasıyım fakat ilk 10 sene kabul edememiştim bunu. "Ben şeker hastası değilim" deyip yemek yemeye devam ediyordum. Hiç inanmadım zaten inanmak da istemiyordum. Sonrasında birisi bana hastasın dediğinde de kızıyordum.

O dönem hiç bir şey hissetmedim çünkü inanmadım ne demek bu nerden çıktı bir belirtisi olurdu diye düşündüm. Hâlbuki benim tek rahatsızlığım istemeden ayağımı sürüyor olmamdı ve o da sonrasında geçiyordu. Şeker yükseldiğinde meğer sürtüyormuşum. Oradan çıkmıştı zaten o sebeple gitmesem doktora belki de öğrenemeyecektim. Belki bir gün şekerden 500-550 olacaktı ve ölüp gidecektim.

O zaman ben yaşam doluydum fakat bir öğrendim hastalığımı her şey bitti tüm moralim gitti. Ben tatlıyı çok severdim, taze ekmeği çok severdim. 1 tepsi baklava yerdim, 20 tane lahmacun yerdim. Fakat şu an hiçbir şey yiyemiyorum. Meyve bile yediğimde şekerim artıyor artık psikopata bağladım bütün parmaklarım delik deşik. Ne yesem bir saat sonra ölçüyorum normal başım dönse bile şekerden zannetmeye başladım hatta grip olsam bile şekerden biliyorum. Her şeyi şekerden biliyorum. Çünkü bir şey yediğimde hemen şeker çıkıyor. Ne yedim de ne oldu diye hala düşünüyorum. Suyu bile çok içsem şekerim düştü bir şeyler yemem lazım fakat ne yiyeceğim bir şey bulmam lazım çünkü bir yiyorum şeker çok oluyor, bir yiyorum düşük oluyor. Böyle yani hayatım iyi değil yani şeker hastalığı kötü hastalık. Tek sevineceğim şeker hastaları uzun yaşar diyorlar ama buna neden sevineceğim çünkü zevksiz bir yaşam bu. Yani bir maydanoz bile fazla yiyemiyorum.

Eskiden yaptığım pek bir şey değişmedi yine yürüyüşlerime devam ediyorum. Bir şeyler de atıştırıyorum fakat bu sefer korkuyla atıştırıyorum. Bir tane elma yiyorum ikinciyi yiyemiyorum korkudan.

Eski yaşantıyla şimdiyi karşılaştırdığımda bence eskisi çünkü daha da gençtim zaten, şu an yaşlandım. Her şeyi boş verdim artık. Çok fark etmiyor. Gençken fark edebilseydim daha güzel olacaktı. Çünkü o zaman çok yemezdim ve vücudum da belki normale dönerdi. Ben geç fark ettiğim için on iki, on üç senem boşa geçti vücuttan yedim.

Şu anda da zorlanıyorum tabi. Çünkü karnınız acıkıyor istediğiniz gibi yemek yiyemiyorsunuz. Düşünüyorsunuz ne yemem lazım diye. Olumlu yönü sadece başkalarının yediğine bakıp gözünüzün

kalması oluyor. Karşımda çöp şiş yiyorlar, kumru yiyorlar siz de içinde neler var acaba diye düşünüyorsunuz. Tabi ki doğru yapmıyorlar belki ilerde şeker hastası olurlar diye düşünüyorum, oğlumu da tembihliyorum.

13. HASTA

Ben doktorun odasına girene kadar tok karnına 580 çıktığını bildiğimden panik yapmadım ve aslında umursamıyordum da. Bana başka bir tanı daha konuldu labaratuvarda sanki kanser teşhisi koyar gibi oldular. Ben esas ona kuşkulandım çünkü ben diyabet olduğumu bilerek tahmin ederek geldim. Olması iyi değildi tabi ama sonuçta bir tedaviye başlayacağım söylendi ve panik yapmadım. Aslında sizinle görüşünce rahatladım ve ben bu kurallara uyarım dedim.

Etrafımda bu tür insanlar olduğundan hastalık hakkında bir takım bilgilerim vardı ve bir çaresi var diye düşündüm. Aslında ben biraz soğukkanlı karşıladım diğer olaydan sonra bu hafif geldi ve sonuçta ben bunu yenenlerin de olduğunu biliyorum eğitimlerle programlarla. Bu yüzden atlatacağımı biliyorum çünkü ben sağlık konusunda disiplinli bir insanım. Zaten ben şeker hastası olduğumun da farkındaydım.

Ben bunu daha önce dahiliye doktoru ile de konuşmuştum. Kendisi bir takım değerlerimi ölçtüktan sonra sizde şeker başlangıcı var dedi. O zaman olursam ne olur gibi şeyler düşündüm hazırlıklı değildim. Şeker hastalığının sinsi olduğunu biliyorum ve o zaman da çok ciddiye almamıştım aslında. Bana orada ilaç verdiler ve vakit geçirmeden içmemi ayrıca da spor yapıp yediklerime dikkat etmemi söylemişlerdi. Ben ciddiyetini anlamadığımdan hafife almıştım disipline olmamıştım. Yemeği yiyip 2 saat sonrasında falan ilacımı içerdim. Benim o zamanlarda hiç eğitimim yoktu ve kendimi şeker gibi görmüyordum. Ben kendime yakıştıramıyordum. Ben şeker hastasını çok kilolularda olur veya aileden gelir sanıyordum bizde de böyle şeyler olmadığından ben kendi kendime biraz yememe içmeme dikkat etsem düzelir diye düşündüm. Ama eşim hafife almamamı söylemişti. Sonrasında ben 1 sene gelmedim buraya ve hanımım fark etti ilerlediğini. Dalgınlıklar olmaya başladı sonrasında şekere yatkınlık olmaya başladı ve hararet yapmaya başladım çok su içiyordum. Çaya çok şeker koyup günde 7-8 bardak içip hararetimi kesmediğinden çok da su içiyordum sonrasında gözlerde de görmeme başladı ve özel hayatta da bazı şeyler oldu. Bir gün de çalıştığım iş yerindeki eczacı bey bana senin bir şekerini ölçelim dedi sende bir anormallik var dedi. Kendisi de şeker hastası olduğundan bu konulardan anladığını düşünüyorum ama ben yine de onu da ciddiye almamıştım. Sonrasında gün geçtikçe ilerlemeye başlayınca eşim tarafından duruma el koyuldu. Labaratuvarda kan değerlerim çok ciddi çıktı ve hemen beni tedaviye başlattılar. Ben ilk buraya geldiğimde kabullendim bu hastaneye adımımı attığım zaman. Ben buraya geldiğimde zaten herkes ayağa kalktı ve çok yüksek olup beni hastaneye götürmemi söylemişler eşime ben de sonrasında ciddi olarak inandım.

Eş dost çevredeki insanların destekleri oldu. Ayrıca bu konuda benim eşim çok iyidir kendi kardeşi de astsubay ve sağlık da çalışıyor. Ama ben yine de panik yapıp karamsar olmadım. Demoralize olmadım.

Farklılık şu; daha çok dikkat ederek yaşamaya başladım ve etrafıma anlatmaya başladım. Ara öğünlerde neler yiyeceğimi ve kesinlikle beyaz ekmeğe yemeyeceğimi öğrenip bunlara önem vermeye başladım çayı şekersiz içip tatlıyı bıraktım. Duygusal olarak bakıldığında da; ben bu hastalıktan önce moralim bitmiş ve kendimi yorgun hissediyordum. Uykuya doyamayan tuhaf bir durumdaydım. Psikolojik olarak da bu durum devam ediyordu. Sonrasında sizlerden edindiğim bilgiler doğrultusunda ruh halim düzeldi ve hayata daha neşeli bakıp daha dinç oldum. Bir de diyabet hastasının kurallara uyduğu takdirde daha uzun yaşayacağına inandığımdan daha da bir mutlu oldum. Ruh halim de hiç kötü değildim ve dedim ki ben bir şekilde düzeleceğime inanıyordum. Özellikle insülini bıraktığım evrede sizinle olan konuşmalarım sayesinde benim moralim daha da güzel oldu. Stresin de bu hastalıkta önemi olduğunu düşünüyorum ve kafaya takmamaya çalıştım. Ben normalde de çok öyle her şeyi kafaya takan biri değilim zaten. Çok rahat davranırım daha bir heyecanlı ve daha bir ruh hali olarak hiçbir zaman kendimi kötü hissetmedim. Olumlu etkiledi beni ve daha bir mutlu oldum. Herkes gibi sinsi derken hastalığa şu an kendimi daha iyi hissediyorum. Geçmişe dönük bir takım şeyler kurtarılamıyorum fakat gelecek bizim ellerimizde. Umursamasaydım ve eşim olmasaydı, etrafımda bu tür insanlar çok fazla ve diyorlar ki bende bir şey yok. O an bir şey yok ama sonrasında çok kötü sonuçlar doğuruyor bakış açısı böyle olmamalı şeker yavaş yavaş her şeyi çökertiyor. Biz bunları anlatmaya başladık başkalarına sayenizde. Çoğu insan karısıyla gelip beni dinlemeye başladı ve nasıl bıraktığımı nasıl yaptığımı soruyorlar ben de onlara o şekilde eğitim verip onlara anlatıyorum. Ben çok mutluyum. Kimileri benim söylediklerime uydu kimileri de buraya geldiler. Ben de kendimi uzman gibi hissetmeye başladım ve bu çok güzel halkla iç içe olmak çok güzel bana çok tecrübe oldu.

Disiplinli olmayı öğrendim. Ben öncelerde hiçbir kurala uymazdım. Ne yiyeceğime ne de içeceğime uyardım klasik bir Türk gibi. Doktorun söylediklerini bile hafife alırdım ta ki başıma gelene kadar. Buraya geldikten sonra disiplinli olmayı öğrendim. Abur cubur yememeyi öğrendim ve ilaçların hangi gün hangi saat kullanacağını öğrenip yatıp kalkmamı bile düzenledim şu an. Daha çok yürüyüş yapıyorum şu an. Burada öğrendiğim kişisel bakımlara çok önem vermeye başladım özellikle de ayaklarıma. Yürürken de ayaklarıma çok dikkat ediyorum ve bu gibi şeyler benim önceden bildiğim şeyler değil. Ben yürüyüşlerin benim yaş grubum için çok önemli olduğunu öğrendim. Disiplinli olmayı öğrendim. Bunları hayata geçirirken tabi ki de zorlandım. Bana verilen diyetle ilk 1 ay ben hiç yapamadım çok zorlandım. Sabah 2 dilim ekmeğe öğlen 2 dilim ekmeğe derken toplamda 10-11 dilim ekmeğe yediğimde doymadım. Sonrasında ara öğünler çoğaldı meyveler geldi derken baktım ki ben durduk yere abartmışım. Şeker ihtiyacı hissettiğim zamanlar da oldu ama yememem gerektiğini bildiğimden kendimi çok zorlamadım. Çok canım istediğinde kendimi elma ile geçiştiriyordum. Akşam yemeğe gittiğimde falan lokantada çaktırmadan insülin vuruyordum ve bu biraz benim için zor

oluyordu. Onun dışında da pek fazla etkilenmedim. Bir tek diyet beni zorladı. İnsülin yoruyordu beni bazen canım da yanıyordu demek ki sinir yapıyordu.

Disiplinli olduktan sonra 100-130 gibi rakamlara düşmek beni çok rahatlattı. Beklediğim halde bu kadar çabuk düzene gireceğini bilmiyordum ve bu bende aşırı bir motivasyona sebep oldu. Demek ki buna uyunca böyle oluyor dedim ve en basitinden mesela ekmek yememeğe başladım.

Ben kendimi bir hasta gibi görmüyorum. Bu da bana eksi bir motivasyon olarak yansımada. Elbette ki biliyorum hastayım ama vücudumu ve kendimi tanıdığımdan kendimi kontrol altında tutuyorum. Neyi ne kadar yiyeceğimi iyi biliyorum ve yaşantıma daha iyi devam ediyorum. Sosyal yaşantımda da bir eksiklik yok ve fazlası var. Benim gibi insanlarla karşılaştığımda sohbet oluyor aramızda ve onların takdirleri de gururumu okşuyor. Bence daha iyi de oldu şeker hastası bir şeyler yemez içmez demek değildir tam tersi kontrollü sağlıklı yiye içendir. Sizin verdiğiniz harita eğitimleri olsun başka şeyler olsun bizi çok bilgilendirdi ve bilinçlendirdi. Buradaki ortamımız çok güzeldi. İnsanların her şeylerini anlatıp paylaşmasıyla birlikte sizin eğitimleriniz çok iyi oldu. Filmlerde olur ya psikolojik rehabilitasyonlar onun gibi oldu ve bu eğitim ile birlikte sizin bize kattığınız şeyler otomatik olarak hayatımızı iyi yönde etkiledi ve ben çok memnunuz. Sayenizde kendimde en ufak bir eksiklik hissetmeyip her türlü aktiviteye katılıyorum. Bir genç kişiden bile daha sportifim yani.

14. HASTA

Ben zaten diyabet hastası olduğumu bir kan kontrolünde öğrendim. Doktorumla bu konuyu konuştum ama kabullenemedim. Çünkü çok hareketli bir insanım. Her gün 5 km civarı yürürüm. Türlü egzersizler yapıp aletli jimnastik yapıyorum ve sporcu ruha sahip olan insan diyabeti kabullenemez. Ben de çok enteresan bir şekilde kabullenmek mecburiyetinde kaldım. Sporcu yaratılışlı bir insan olduğum için vücudun yapmış olduğu bir şeydir bu insülin üretilmesi ve hareketli bir insan için bu pek yakışmıyor. Doktorum bana hastasın dediğinde reddettim ve kabullenemedim. Fakat daha sonra yavaş yavaş alıştım ve kabullendim.

Diyabeti ilk duyduğumda çok mutsuzdum ama şu an her şeyin ne olduğunu daha iyi bildiğim için gayet doğal karşılıyorum. Okuduğum kitaplar diyabet konusunda, edindiğim bilgiler ve dostlarla yaptığım sohbetler ve bu yine diyabet konusunda bize verilen bilgiler sayesinde öğrendim ki insan hayatıyla iç içe yaşamalı ve bende kendimi buna alıştırdım. Şuan çok çok rahatım ve ilaçlar beni tatmin ediyor.

Sabahtan başlarsak sabah kahvaltıda eskiden tatlı olarak reçel vb şeyler yerdim tereyağı gibi. Şimdi artık kısıtlı olmaya başladı. Tatlı daha az hatta hiç. Ben reçel vb şeyleri severken hiç yememeye başladım. Okuduğum ve öğrendiğim bilgiler ışığında beslenme tarzımda değişiklik yaptım. Alışkanlıklarımı değiştirmem gerekti ve bu zor oldu. Spor alışkanlığımı da değiştirmek zor oldu kısıtlamam gerekti. Bir takım şeyleri kabulleniyorsunuz ya diyabet olduğunuz için acaba aşırı yaparsam herhangi bir şekilde rahatsız olur muyum düşüncesi açığa çıktı. Eskiden öğün olarak yemek

yerken Şu an az az ama sık sık yiyorum. Spor yaparken ben fazla yersem yakamam diye düşünmeye başladım veya gittiğimde Şekerim düşer diye Şeker, gliserin götürmeye başladım. Şimdi kısıtladığım zaman kendimi burada kalırım gidemem gibi düşünceler aklıma geliyor.

Bazı konularda kendimde eksiklikler hissediyorum görme gibi mesela. Fazla hareket yaptığımda ya da çok yürüdüğümde yorgunluk hissediyorum. Ayrıca sosyal yaşamda eksiklikler kısıtlamalar hissediyorum. Bunlar diyabetten kaynaklanan sorunlar benim için. Cinsel yaklaşım olayı da diyabetten kaynaklanan bir takım noksanlar söz konusu oluyor. Bunları yan çözümlerle bertaraf etmeye çalışıyorum. Ben tıp dergilerine ve bilgilerine çok önem veren biriyim ve çok geniş bir tıp otoritesi olan arkadaş topluluğuna sahip bir insanım ve tıkanığım yerde çözüümüm bu oluyor.

15. HASTA

Öğrenmeden 4-5 yıl önce çok rahatsızlığım vardı. Arkadaşımın tavsiyesiyle endokrin bölümüne gittim. Dr. muayene etti beni ve ‘diyabet değilsiniz ama olabilirsiniz ’ dedi. Ben ciddiye almadım fakat kan yağlanmalarım ciddi derecede çıktı. Etrafımda yoktu böyle bir Şey ve geçer diye düşündüm. Yoğun iş temposuyla da hiç farkına varamadım. 2009 yılında annem tam bir diyabet oldu. Annemi biz Şeker komasıyla hastaneye yatırdık ve o zaman anladım diyabetin ne olduğunu. Sonrasında bir takım Şeyler geçti ve hiç kendimle ilgilenemedim ta ki 2012 yılında bir rahatsızlık geçirene kadar. Buraya geldiğimde de bana tam diyabet olduğunuz dediklerinde resmen dünyam karardı çünkü annemde yaşamıştım ve Şok geçirdim. Acilde geldiğimde ben çok rahatsızım dediğimde Şekerimi ölçtüler. Kötü kolesterolüm 1000 ve yağlanmalarım 2550 civarındaydı ve 3 gün hastanede yattım. Sonrasında da bir Őeylerin farkına vardım.

Herhalde ömür boyu bir Şeylere bağı kalacağımı düşündüm. En çok insülinde korktum. Hala da çok fazla etrafımda diyabet olduğumu bilen de yoktur. Çünkü etrafımda hep yaşları yüksek insanlar diyabet ve ben bu yüzden daha kabullenemedim. Hastalığın en ağırını yaşadığımı düşündüm ve zamanla da insülini kullanarak ve dozunu azaltarak doktor tavsiyesiyle tabi ki ve demek ki dikkat ettiğimde nelerin olabileceğini öğrendim.

Etrafımda insülin kullananların hiç bıraktığını duymadım. Akrabalarım, tanıdıklarım falan herkes kullanıyor ve bırakabileni görmediğinden bana insülin verildiğinde bir Şok yaşadım. Ama sizlerin sayesinde bir takım destekler alınca internete girdim araştırmalar yaptım ve bırakılacağını duyduğumda çok sevindim ve rahatladım. En büyük desteğı öncelikle kendim verdim. Sizin bana verdiğiniz tavsiyeler sayesinde de bu gerçekleşti ve yeme alışkanlığı edindim. Karbonhidrat nedir protein nedir bilmezken bunları çok iyi öğrendim.

Hastaneye gelip muayene olup sonrasında insüline başlayıp Şekerin düşeceğı hissi bana güç verdi. Hastanede kaldığım sürede de bunun muhakemesini yaptım kendi kendime ve ben çıkınca hallederim bir sorun yok diye düşündüm. Burada bana zaten beslenme alışkanlığı edindirdiler. Hastanede kaldığım sürece yediklerimin ne olması gerektiğini ve egzersizimin eksik olduğunu

öğrendim. Yattığım süreç içerisinde gelen öğünlerimde bu değerlendirmeyi yapmaya başladım. Eve döndüğümde de sabah akşam şekerimi ölçüyordum ve düşünce çok mutlu oluyordum. Eşim de bana bu konuda büyük destek oldu. Şu an ise diyabet ile ilgili grip gibi üstesinden gelinebilecek bir hastalık gibi geliyor. Etrafımda insülin kullanan kişilere yardım ettim ve bir insülin kullanan kişinin şekerini 150'ye düşürmesine yardım ettim.

Şu anda arkadaşımın eşi de diyabet fakat onun yeme alışkanlığı çok zayıf. Her zaman her gördüğümde öğünlerine dikkat etmesini söyledim. Organlarının zarar göreceğini anlattım. Bütün diyabetlilere yardım etmek istiyorum diye düşünüyorum ve şu an çevremdeki en bilinçli diyabetli de benim. Bu duygularımı paylaşıp onlara yardım etmek istiyorum.

Mutfağımızı değiştirdik. Sosisleri ve salamları çıkarttık ve bakliyata çok ağırlık verdim. Akşam yemek pişirirken protein, karbonhidrat ve sebze diye bölüyorum. Anneme gittiğimde annem bana yemek yaptığında yemek hakkındaki görüşlerimi söylüyorum. Alışverişlerime dikkat ediyorum. Eskiden pasta, tatlı, kek yapardım şimdi dikkat ediyorum. Bu sürece gelmek için çok zorlanmadım çünkü rahatsızlığımı kontrol altına almak için elimden ne gerekiyorsa yaptım. Spora da başladım bu arada. Ben önceden spor yapmazdım ama şu an günde hemen hemen en az tempolu 40 dakika yürüyorum. 96 kilodan 70 civarına düştüm yavaşta olsa. Büyük bedenlerden kurtuldum ve artık alışverişlerde büyük bedenlere bakmıyorum ve daha rahat kıyafet bulabiliyorum. Benim alışverişe gittiğimde orta bedenlere bakmam eşimi çok rahatlatmış. Benimle alışverişe çıktığında eşimle tartışmış kendime bir şey bulamazdım çünkü. Bu süreç içerisinde hiçbir olumsuz bir şey olmadı. Tam tersi her şey çok düzgün oldu. Benim mutlu olmam kendime düzgün şeyler bulmam eşimi de çok mutlu etti.

16. HASTA

Sekiz sene önce emekliye ayrıldım. Bankanın bir sosyal tesisinde tesis müdürü olarak görev yapıyordum. Yaklaşık 18-20 sene önce midemde bir ağrı nedeniyle doktor arkadaşşıma gittim. Bazı tahlillerin sonucunda şekerimin oldukça yüksek olduğunu gördü. Bir hafta sonra bir daha açlık tokluk kan testi yaptığımızda da şeker oranının yine çok yüksek olduğunu fark edince, bir ay şeker yapıcı bilinen üç beyaz, alkol hiç kullanmamam kaydı ile seni takip edelim dediğinde bir ayın sonunda 14 kilo verdiğimin farkına vardım. Alkolle fazla aram yoktu. O günden sonrada kontrol altına alınmam gerektiği kanısına varıldı. Son yıllarda daha sıkı bir şekilde diyabet kontrollerine girmeye ve uymaya çalışıyorum. Diyabetin tam olarak ne olduğunun bilincinde değildim o zamanlarda. Sadece şeker hastalığı diye genel hatlarıyla bilinen bu hastalığın iyi bir şey olmadığını düşünüyordum. Çünkü çok şey kısıtlanıyor, her şeyden önce ben o kadar tatlıyı severken o kadar hamuru severken eğer bir karışan olmazsa bir ekmeği bitiren biri olunca benim için herhalde hayat bitti diye düşündüm. En azından beslenme yönüyle. Eee yaşla birlikte şeker zaten bir kenarda dururken tansiyon başlıyor. Göz rahatsızlıkları başlıyor. Diş sıkıntıları başlıyor vs.o zaman hangisini kurtaralım derken kurtarılacak en önemli şey şekerdir.

Diyabet bir yaşam biçimi onun sizi sevdiğinin yarısı kadar severseniz diyabet çok iyi bir hastalık. Diyabet hakkındaki düşüncelerim yeni yeni çok olumlu eskiden traş olurken önemsemezdim şimdi daha dikkatliyim. Daha önceden diyabeti bilmek isterdim. Lise mezunuyum ama cahil değilim. Babam diyabet hastasıydı ama sadece adı vardı. Kendim şeker hastası olunca anladım hala dilim dönmüyor. Ben arkadaşlarım bana şekerin var mı diye sorduğunda hayır şekerin benle problemi var diyorum. Eskiden bankacıyken çok sıkıntılar çektim. O dönemdeki olumsuz etkiler nedeniyle hiç yanaşmadım. Emekliliğe sekiz yıl oldu o zaman bilincinde olup uygulayamadığım şeyleri şimdi uyguluyorum. İlk destek eşimden oldu.

*Diyabetle beraber kolumda bir saat olduğunun farkına vardım ve saatli yemeye başladım. Özellikle ara öğünlere dikkat etmeye başladım. Saat kuruyorum ve artık hissediyorum. Yeme düzenimi oturttum o en güzeli. Uyku düzenim oturdu ve her şey emeklilikten sonra oldu. Çünkü bankadan ayrıldıktan sonra boş ve arta kalan zamanı kendime ayırmaya başladım. İstekli yaptığım için zorlanmadım ve bir defa eşim arkamda değil yanımda ve o da benimle beraber yapıyor o yüzden en büyük destek eşimden. Bu değişiklikler olumlu etkiledi. Bazen kaçamaklar oluyor ama % 90 uyuyorum. Ben Mardinliyim Güneydoğu' luyum bizde yemek olmazsa olmaz. **(Üzerine basarak vurgulu bir tonda)**. Herhalde bence diyabet Güneydoğu' luya Allah tarafından verilebilecek en büyük ceza. Oranın beslenme şekli zaten diyabet için zemin, kalp hastalıkları, kolesterol için zemin orada yağsız yemeğe yemek demezler, etsiz yemeğe yemek demezler hamur olmayan yemeğe yemek demezler gibi. Bir defa ben o Güneydoğu mutfağından uzaklaşma alışkanlığını kazandım, ikincisi ve en önemlisi düzenli kontrol altındaki süreci sürdürmeyi öğrendim. Şu anda mesela eşimle beraber alıyoruz randevuları ve birbirimizi de kontrol ediyoruz benim için olumlu değişiklikler bunlar. Ama bir kültür de oluşturuyor diyabet olayı yani düzenli doktora gitme kültürünü edinme. Bu normal yaşamda hep olması gereken şeyler*

17. HASTA

1999 da diyabet tanısı aldım hiç farkında değildim tam menopoz dönemlerinde o ara hormon kullanıyordum. Yalnız hormon aldığım zaman yememde çok fark olmadı bir ayda beş kilo falan alır oldum. O kilo almalarımın ardından bir kurban bayramıydı benim de köpeğim vardı misafir için aldığım baklavaları yedikten sonra köpeğimi dışarı çıkardım orman gibi bir yere o orada oynarken ben şöyle hafif yan tarafıma yatıyım derken orada uyumuşum. Zannediyorum şeker komasına girmişim ki ben normalde ortada uyuyan birisi değilim şüphelendim bu nedir diye baktırdım ki açlık şekerim 190 çıktı. O şekilde fark ettik yoksa hiç ailede yok ve ben hiç beklemiyordum kendimde o dönem endokrine gittik. O dönem üzülüm tabi hoşuma gitmedi biraz canım sıkıldı. Kendim de doktor olduğum için karşı tarafa geçmek moralimi bozdu hiç hoşuma gitmedi tabi. Sonra ilaca alışma döneminde çok zorluk çektim ve yememi azalttım ve gerçekten dışarıda bile dışkı kaçırdığım bile oldu. Kim destek olacak kimse destek olmadı köpeğim oldu o da geziyorduk. O zaman çok panik yapmadım karşı tarafa geçmek hoşuma gitmediği için.

Şu anda üzgün değilim. Şu anda yeme düzenimi falan ayarladım. İlaça geçtikten sonra 10 kilo falan verdim. Biraz gözlerimden korkuyorum onun da kontrolünü oluyorum şu anda 17 yıllık falan diyabetliyim ama bir sorun yok. Her şeyimi değiştirdim. Çılgınlar gibi yiyordum. Yeme düzenimi değiştirdim. Gözüm önemli onun kontrollerini yaptırıyorum. Yaptığım kaçamaklarda oluyor. Şu anda bazı kaçamaklar yapıyorum ama çok iyi olmuyor üzülüyorum. Kontrol ederek yiyorum

18. HASTA

Şaşırmadım ailemde diyabet var şok üzüntüye girmedim. Mantıklı kabul ettim çünkü ailemde var. Test yapıldı. Şimdi şeker artışlar yapıyor, yaşla beraber. O dönemde hiç kimse desteklemedi bütün destek kendimle doktorlarım.

Ooo çok etkiledi. Acayip etkiledi. Yani yaşantım değişti. Çünkü yasaklar var.Yani gece hayatım her şeyim özel hayatım ayrı bir dilime girdi. Özgürdüm, hürdüm her şeyi yapıyordum ama diyabetten sonra canımın istediği her şeyi yapamıyorum. Bu gece 3 de yatacağım diyemiyorum, Bugün ben doyanaya patlayana kadar baklava yiyeceğim su böreği yiyeceğim diyemiyorum. O özgürlükler bizden gitti. Önceden de boğazıma düşkün değilim ama oluyor yasaklar tatlı geliyor. Çok zorlanmıyorum. Genel anlamda tetikteyiz. Daima alarmdayız. Bu durum hiç hoşuma gitmiyor yok olup gitmesini isterim. Boğazıma düşkün değilim ama sofraya özgür ve yasaksız oturmak var.

19. HASTA

Çalışma hayatımda düzensiz beslendim işe yetişeceğim diye öğün atladığım için üzüldüm. Neden kendime dikkat etmedim sağlığımı bozdum diye üzüldüm. O dönem kızım destek oldu. Şimdi daha olumlu düşünüyorum.

Olumlu da olumsuzda değişiklikler var. Yeme alışkanlığımı değiştirdim. Mesela kiloma dikkat etmiyordum kiloma dikkat etmeye başladım. Hiç zorlanmadım bilhassa kilo vereceğim sağlığım daha iyi olacak diye daha da çok dikkat ettim. Olumsuz yönleri; mesela bir yere gidiyorsunuz kendi başınıza beslenmenize pek dikkat edemiyorsunuz ya da yanınızda bir şey bulundurmuyorsunuz belli saatten sonra öğünü atlatınca acıkma oluyor korkuyorsunuz başıma bir şey gelir mi diye. Onun haricinde olumsuz yönü yok alıştım. Hastalanmadan önce her şeyi yiyordum dikkat etmiyordum şimdi seçerek yiyorum.

20. HASTA

Kabullenemedim. 2008 de tanı aldım. Vücutumda kaşıntı ile ilgili araştırılırken diyabet çıktı. Kabullenemedim. 1 yıl sonra geldim. Yanlışlık var diye düşünerek bölüme geldim. İlk başta iğne kullanırmıyım diye endişem vardı eğitimlerden sonra geçti. Ailede olmadığı için bilmiyordum. Ben tatlıyı seven adam degildim. Tekrar 1 yıl sonra kaşıntı ile dermatolojiye gittim o zaman doktoruma gönderdi. Bunda yanlış var diye gelmek istemiyordum alerjiye çözüm bulamayınca bir yıl sonra kabul etmek zorunda kaldım. O zaman müdahale etseydim daha çabuk toparlardı. Şu anda hasta olarak

görmüyorum ama gerekeni uyguluyorum. Valla bazen soru işareti mesela şuna dikkat etmezsem düşer mi hep aklımda o var. O dönemde en büyük desteği sizden gördüm. Kişinin kendisi önemli ama iyiki buraya geldim.

Yemekte çok seçiciyim. Abur cuburlara diyabetle daha dikkat ediyorum. Daha öncede çok yürürdüm ama diyabetten sonra zorunlu oldu. Değişikliklerde hiç zorlanmadım. Beni olumlu etkiledi. Yaşama daha olumlu bakıyorsunuz. Hiç hastayım diye endişe etmedim.

21. HASTA

Soğuk terleme titreme şeker yeme vardı kilom bira fazlaydı testler yapıldı tamı kondu. Aslında hazırdım çünkü annemde diyabetti. Bekliyordum tahmin ediyordum çünkü yaşadığım şeyler ona uyuyordu hazırdım. Doktorum endokrine gönderdi eşimin doktoruydu o günkü tedaviyle devam ediyoruz. Eşimin emekli hemşire oluşu ve bana gösterdiği özenle ben diyabetle artık sorunsuz yaşayabiliyorum. O olmasaydı düşünüyorum bir başına destek almadan nasıl yapardım da düşünüyorum. Eşimin yüzde yüz katkısı büyük.

Bence kesinlikle olumlu. İnsanların diyabet hastasıyım acaba diye falan korkmasına hiç gerek yok. Birden kabullenip ona göre yaşaması gerek. 60 yaşındayım ve onun gereği şekilde yaşamak bana göre normal bir yaşamak. 60 yaşındayım yaşımın gerektirdiği gibi yaşıyorum Önceden gençlik, çalışma şartlarındaki dengesizlikler, dengesiz yeme içme şimdi her şeyi zamanında yapıyorum ilaçlarımı zamanında alıyorum bence olması gereken de bu son üç yılda. Şeyi bilirdim ben çevremde de şeker hastası olan dostlarım, akrabalarım vardı da çok uzun yaşadıklarını bilirim. Annemden atalarımından duyardım. O da şu muhtemelen düzenli yaşama geçtikleri için fazla bir şey almıyorsunuz gereği kadar alıyorsunuz. Şeyi bilemem ama ben siyaseti bırakıp emekli hayatına geçtikten sonra hemen diyabetli oldum. Çalışıyor olunca ki zorlukları bilemem. Kilomun fazlalaştığını biliyordum yıllardır 76 kilolardan 90 kiloya çıktım ve bunun bana bir şekilde döneceğini biliyordum. Çok zorlanmadım hazırdım sadece geç yaptığım kahvaltılarını zamanında yapıyorum. Geç yediğim öğle yemeklerini zamanında yiyorum hiç yapmadığım ara öğünlerini yapmaya başladı.

Ankara, 30.09.2014
Sayı : BTEDK-14/14

Hanife AKMAN
Diabet Eğitim Hmeşiresi
Hemşire Hizmetleri Bölümü
Bayındır Hastanesi Kavaklıdere
Ankara

İlgi : 23.09.2014 tarihli başvurunuz hk.

Sayın Akman,

“Diyabetli bireylerin sorunları / yaşam deneyimleri ve diyabet yönetimi” konulu yüksek lisans tez çalışmanız, 15.01.2014 tarihli Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu onayı olan proje kapsamında kalmak kaydıyla uygundur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,



Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu adına :

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Genel Müdür Yardımcısı
Tıbbi Hizmetler Direktörü

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı	Hanife	Soyadı	Akman
Doğum Yeri	Ankara	Doğum Tarihi	04.05.1974
Uyruğu	T.C	E-mail	hanifeakman@hotmail.com

2. Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahiliye Hemşireliği YL.	2014
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Y.O.	1996
Lise	Başkent Lisesi Ankara	1991

3. İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Diyabet Eğitim Hemşiresi	Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Ankara	2009-
2. Endoskopi Hemşiresi	Bayındır Hastanesi Söğütözü Ankara	2002-2009
3. Cerrahi Kat Hemşiresi	Bayındır Hastanesi Söğütözü Ankara	1996-2002

4. Yabancı Dilleri

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta		

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

5. Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ofis Program	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

6. Katıldığı Mezuniyet Sonrası Sertifika Programları

Kursun Adı	Kursu Veren Kurum	Yıl
Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası	Hacettepe Üniversitesi Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifika Programı, Ankara.	Şubat-Haziran 2015.
İnsülin Pompası Kullanımı Sertifikası	İnsülin Pompası Kullanımı Sertifika Belgesi, Ankara.	19 Ekim 2012.
Diyabet Hemşireliği Sertifikası	Diyabet Hemşireliği Temel Eğitim Programı Sertifikası Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu SANERC, İstanbul.	02-25 Kasım 2009.
Fiziksel Değerlendirme/Hasta Tanılama Sertifikası	Fiziksel Değerlendirme/Hasta Tanılama Kursu Sertifikası Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu SANERC, İstanbul.	05-07 Kasım 2009.
Sedasyon Eğitimi Sertifikası	Sedasyon Eğitimi Sertifikası Bayındır Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Bölümü, Ankara.	07 Şubat 2006.
Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar Sertifikası	Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar Sertifikası HÜFAM, Ankara.	20 Mart – 01 Mayıs 1999.

7. Bilimsel ve Mesleki Kuruluş ve Komisyon Üyelikleri

Uluslararası

- Avrupa Diyabet Hemşireliği Federasyonu (Federation European Nurse in Diabetes-FEND),

Ulusal

- Türk Hemşireler Derneği
- Diyabet Hemşireliği Derneği

8. Katıldığı Mezuniyet Sonrası Uluslararası Kongre ve Kurslar

- 19. FEND (Foundation of European Nurses in Diabetes) Annual Konfernce, 12-13 Eylül 2014, Vienna.
- Holmes Regional Medical Center GI Lab. ABD’de RNBSN observe nursing practice deneyimi, 21 Kasım 2008, ABD.
- Holmes Regional Medical Center ABD’de observe nursing practice deneyimi, 17 Kasım-04 Aralık, 2008, ABD.
- 1.Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Katılım Belgesi, 29 Ekim-02 Kasım 2000, Antalya.

9. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

- 19. FEND (Foundation of European Nurses in Diabetes) Annual Konfernce Vienna, 2014. “Qualitative Research About Problems of Patients with Diabetes / Their Life Experiences and Expectations About Diabetes Management” Sözlü Sunum ve Poster Bildiri (2.), 12-13 Eylül 2014, Vienna.

10. Ulusal Bilimsel Toplantı ve Kurslarda Yapılan Konuşma ve Bildiriler

- 51. Ulusal Diyabet Kongresi 17. Ulusal Diyabet Hemşireliği Sempozyumunda “Erişkin Tip 2 Diyabetlilerin Yeni Tanı Aldıkları Zaman Yaşadıkları Deneyimler” konu başlıklı sunum, 22 Nisan 2015, Antalya.
- Mezuniyet Sonrası Temel Diyabet Eğitimi Kursu, “Diyabetin Akut ve Kronik Komplikasyonları” konulu sunum, 20 Mart 2015, Ankara.

➤ 24. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Poster Bildiri, 16-21 Kasım 2007, Nevşehir.

➤ 1.Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Poster Bildiri, 29 Ekim-02 Kasım 2000, Antalya.

11. Katıldığı Mezuniyet Sonrası Ulusal Kurs ve Eğitimler

➤ Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği İç Hastalıkları Hemşireliği Çalışma Grubu ve Diyabet Hemşireliği Derneği, “Mezuniyet Sonrası Temel Diyabet Eğitimi Kursu”, 20 Mart 2015, Ankara.

➤ Qigong ve Psikodramatik Uygulamalar Kursu, 16-17-18 Mayıs 2014, Ankara.

➤ Johnson&Johnson, Optimizing Diabetes Management through Patient Behaviour Change, 26 Kasım 2014.

➤ Medtronic, İnsülin Pompası Kullanımı Sertifikası, Workshop(CPT), Ekim 2012, Ankara.

➤ Diyabet Eğitiminde Törapatik Anlayış ve Yaklaşım (D.E.T.A.Y) Programı 1. Eğitim, 21-22 Ocak 2011, Ankara.

➤ Diyabet Eğitiminde Törapatik Anlayış ve Yaklaşım (D.E.T.A.Y) Programı 2. Eğitim, 18-19 Ocak 2011, Ankara.

➤ Diyabet Sohbet Haritaları Eğitimci Eğitimi Katılım Belgesi, Diyabet Hemşireliği Derneği, 04-05 Haziran 2011, İstanbul.

➤ Bayer Diyabet Eğitimi Sempozyumu “Davranış Tarzları Eğitimi”, 10 Nisan 2010, Antalya.

➤ Diyabet Sohbet Haritaları Eğitimci Eğitimi Katılım Belgesi, Diyabet Hemşireliği Derneği, 13 Kasım 2009, İstanbul.

➤ 24. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği Kurs Katılım Belgesi, 16-21 Ekim 2007, Nevşehir.

➤ 23. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği Kurs Katılım Belgesi, 05-07 Kasım 2006, İstanbul.

➤ “Endoskopların İşlem Görmesi ve Sterilizasyon” konulu eğitim semineri STERİS,, 12-13 Mayıs.2005, Ankara.

➤ 21. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği Kurs Katılım Belgesi, Antalya.

12. Katıldığı Mezuniyet Sonrası Ulusal Kongre, Sempozyum ve Toplantılar

- 51. Ulusal Diyabet Kongresi, 17. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu, 22 Nisan 2015, Antalya.
- 51. Ulusal Diyabet Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Antalya.
- 50. Ulusal Diyabet Kongresi, 16. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu, 23 Nisan 2014, Antalya.
- 50. Ulusal Diyabet Kongresi, 23-27 Nisan 2014, Antalya.
- Diyabetik Ayak Sempozyumu Katılım Belgesi, Hitit Üniversitesi, 26 Eylül.2013, Çorum.
- 49. Ulusal Diyabet Kongresi, 15. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu, 19-20 Nisan 2013, Antalya.
- 49. Ulusal Diyabet Kongresi, 17-21 Nisan 2013, Antalya.
- 48. Ulusal Diyabet Kongresi, 14. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu, 9 Mayıs 2012, Antalya.
- 48. Ulusal Diyabet Kongresi, 09-13 Mayıs 2012, Antalya.
- 24. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Katılım Belgesi, 16-21 Ekim 2007, Nevşehir.
- 23. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Katılım Belgesi, 05-07 Kasım 2006, İstanbul.
- 21. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Katılım Belgesi, Antalya.
- 1.Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Katılım Belgesi, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya.