

**OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET VE DİYABET YÖNETİMİ ÜZERİNE  
NİTEL BİR ARAŞTIRMA: HASTALARIN  
PERSPEKTİFİNDEN DİYABET VE YÖNETİMİNDE  
YAŞANAN ZORLUKLAR**

**Fatma Elif LENGERLİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Bahar TANYAŞ**

**İSTANBUL, Aralık 2016**

**OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET VE DİYABET YÖNETİMİ ÜZERİNE  
NİTEL BİR ARAŞTIRMA: HASTALARIN  
PERSPEKTİFİNDEN DİYABET VE YÖNETİMİNDE  
YAŞANAN ZORLUKLAR**

**Fatma Elif LENGERLİ  
102005030**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Bahar TANYAŞ**

**İSTANBUL, Aralık 2016**

T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABET VE DİYABET YÖNETİMİ ÜZERİNE  
NİTEL BİR ARAŞTIRMA: HASTALARIN  
PERSPEKTİFİNDEN DİYABET VE YÖNETİMİNDE  
YAŞANAN ZORLUKLAR**

**Fatma Elif LENGERLİ**  
**102005030**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih: **28.12.2016**  
Tezin Savunulduğu Tarih: 02.12.2016

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Bahar TANYAŞ

Diğer Jüri Üyeleri: Doç. Dr. Aslı AKDAŞ MİTRANİ

Yrd. Doç. Dr. İrem ERDEM ATAK

**İSTANBUL, Aralık 2016**

## ÖNSÖZ

Bu çalışmamın her aşamasında bana her türlü desteği veren, motivasyonum düştüğünde bana moral kaynağı olan, yazım sürecimde bilgi ve birikimiyle katkıda bulunan çok sevgili hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Bahar Tanyaş'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgilerini ve desteklerini esirgemeyen çok sevgili hocalarıma,

Bana güvenerek çalışmaya katılmayı kabul eden ve iç dünyalarını açan tüm katılımcılara,

Hayatımın büyük bölümünde olduğu gibi yüksek lisans eğitimimde de desteklerini ve motivasyonlarını esirgemeyen çok sevgili meslektaşlarım ve dostlarım Beliz Naz İşeri ve Özlem Özdamar Mandı'ya,

Çalışma hayatımda olduğu gibi, tez yazım sürecimde de yanımda olan, sabır ve şefkat gösteren sevgili hocam Uzm. Dr. Selim Başarır'a,

Bu süreçte her türlü, destek, anlayış ve yardımlarını benden esirgemeyen canım annem ve babama,

Çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO:

<b>ÖNSÖZ</b>	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>BÖLÜM 1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
<b>2.1 YAYGINLIK</b>	<b>5</b>
<b>2.2 DİYABET ve KOMPLİKASYONLAR</b>	<b>5</b>
<b>2.3 TEDAVİ</b>	<b>7</b>
<b>2.4 DİYABET ve TEDAVİYE UYUM</b>	<b>8</b>
<b>2.5 DİYABET YÖNETİMİ</b>	<b>10</b>
<b>2.6 TÜRKİYE'DE DİYABET ÇALIŞMALARI</b>	<b>15</b>
<b>BÖLÜM3. YÖNTEM</b>	<b>20</b>
<b>3.1 KATILIMCILAR</b>	<b>20</b>
<b>3.2 GÖRÜŞMELER</b>	<b>21</b>
<b>3.3 ANALİZ SÜRECİ</b>	<b>23</b>
<b>BÖLÜM 4. BULGULAR</b>	<b>25</b>
<b>4.1 DİYABETİN ÖZNEL DENEYİMİ</b>	<b>25</b>
<b>4.1.1 Diyabeti Tanımlamak</b>	<b>25</b>
<b>4.1.2 Teşhisin Deneyimlenmesi</b>	<b>26</b>

4.1.2.1 Önbelirtiler	26
4.1.2.2 İlk Tepkiler	27
4.1.2.3 Atfedilen Sebepler	28
<b>4.1.3 Hastalığın Etkileri</b>	<b>30</b>
4.1.3.1 Kan Şekeri Düşüş ve Yükselişinin Etkileri	30
4.1.3.2 Sinirlilik ve Stres	31
<b>4.2 DİYABETİN DÜZENLENMESİ</b>	<b>32</b>
<b>4.2.1 Bedenin Düzenlenmesi (Regulation)</b>	<b>32</b>
4.2.1.1 Kan Şekeri Düzenleme ve Ölçümü	33
4.2.1.2 Beslenme	34
4.2.1.2.1 Perhiz	34
4.2.1.2.2 Alternatif Beslenme	35
4.2.1.3 Egzersiz	35
4.2.1.4 Akut Durumlarla Baş Etme	36
<b>4.2.2 Diyabetle Baş Etmede Yaşanan Zorluklar</b>	<b>37</b>
4.2.2.1 Kabullenmeme	37
4.2.2.1.1 Yaşanan İkircikli (Ambivalent) Durumlar	37
4.2.2.1.2 İnkâr	37
4.2.2.1.3 Yemeden Zevk Alma	38
4.2.2.1.4 Kaçamaklar	39
4.2.2.1.5 Kısıtlanamama	39
4.2.2.1.6 Belirti Yokluğu	39
4.2.2.2 Gündelik Hayattaki Zorluklar	40
<b>4.2.3 Kolaylaştırıcı Faktörler (Destek Kaynakları)</b>	<b>41</b>
4.2.3.1 Hayır Diyebilme	41
4.2.3.2 Kabullenme	41
4.2.3.3 Eş Desteği	42
4.2.3.4 Sosyal Karşılaştırma Yapma	42
<b>BÖLÜM 5. TARTIŞMA</b>	<b>44</b>
<b>5.1 TEŞHİSİN DENEYİMLENMESİ</b>	<b>44</b>
<b>5.2 BEDENİN DÜZENLENMESİ</b>	<b>47</b>
<b>5.3 EĞİTİM ve ÖNERİLER</b>	<b>54</b>
<b>5.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI</b>	<b>58</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>60</b>
<b>EKLER</b>	<b>71</b>

**EK1: Onam Formu**

**71**

**EK2: Sosyodemografik Form**

**73**

**ÖZGEÇMİŞ**

**74**



## **ÖZET**

# **TİP 2 DİYABET VE DİYABET YÖNETİMİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA: HASTALARIN PERSPEKTİFİNDEN DİYABET VE YÖNETİMİNDE YAŞANAN ZORLUKLAR**

Bu araştırmanın amacı tip 2 diyabeti olan yetişkinlerin diyabet ve diyabet yönetimini nasıl deneyimlediklerini, kendi perspektiflerinden değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda 35-59 yaşları arasında tip 2 diyabet tanısı almış 8 katılımcıyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Mevcut çalışmada iki ana tema tespit edilmiştir. Birinci ana tema, diyabetin katılımcıların gözünden ne anlama geldiği ve nasıl deneyimlendiğini tanımlamaktadır ve “Diyabetin Öznel Deneyimi” olarak adlandırılmıştır. İkinci ana tema ise diyabetin katılımcılar tarafından nasıl düzenlenebildiğine ve düzenlenemediğine işaret etmektedir ve “Diyabetin Düzenlenmesi” olarak adlandırılmıştır. Diyabetin öznel deneyimi ana teması, katılımcıların diyabet hastalığı ile ilgili tanımlamalarını, teşhisi nasıl deneyimlediklerini, teşhise verdikleri ilk tepkileri, hastalığa atfedilen sebepleri ve hastalığın etkilerini kapsamaktadır. Diyabetin düzenlenmesi ana teması ise, diyabetle baş etmede yaşanan zorluklar ve kolaylaştırıcı faktörleri kapsamaktadır. Hastalığın yönetimini zorlaştıran faktörler arasında hastalığı kabullenememe, yaşanan ikircikli durumlar, inkar etme, yemekten zevk alma, kaçamak yapma, kısıtlanamama, belirti yokluğu ve gündelik hayatta yaşanan zorluklar bulunmaktadır. Kolaylaştırıcı faktörler arasında ise, hayır diyebilme, hastalığı kabullenme, eş desteği ve sosyal karşılaştırma yapma bulunmaktadır. Tüm bu bulgular ilgili literatür çerçevesinde değerlendirilmiş ve diyabet hastalarına verilecek psikososyal eğitim ve müdahaleler için öneriler sunulmuştur.



**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, diyabet yönetimi, yaşanan zorluklar, tip 2 diyabet, niteliksel



## **ABSTRACT**

# **QUALITATIVE RESEARCH ON DIABETES AND MANAGEMENT OF DIABETES: CHALLENGES OF DIABETES AND DIABETES MANAGEMENT FROM PATIENTS' PERSPECTIVE**

The main aim of this study is to investigate subjective experiences of diabetes 2 and participants' perspectives on diabetes management. For this purpose, 8 participants with diabetes 2, aged between 35-59 were interviewed. Thematic analysis was employed to analyse these interviews.

In this study, two main themes were identified. The first main theme, "Subjective Experience of Diabetes", identifies how participants make sense of diabetes 2. The second main theme, "Management of Diabetes", refers to how people with type 2 diabetes can or cannot manage their illness. Subjective experiences of diabetes, as one of the main themes, consist of the participants' definitions of diabetes, their experiences of their diagnosis, first reactions to the diagnosis, attributed reasons to the illness, and the effects of the illness. Management of diabetes, as the other main theme, consists of challenges in coping with diabetes and facilitating factors. The challenges in coping with diabetes are the difficulty in accepting the illness, ambivalent situations, denial, an appreciation of eating, coping out, avoidance of restrictions, absence of symptoms, and challenges lived through daily lives. The facilitating factors are being able to say "no" to others, accepting the illness, partner support, and making social comparisons. All of these findings were evaluated within the frame of relevant literature, and suggestions were made about psychosocial education and interventions, which might be offered to diabetic patients.

**Keywords:** Diabetes, management of diabetes, challenges, type 2 diabetes, qualita



## TABLO LİSTESİ

	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 1</b> Demografik özellikler .....	17
<b>Tablo 2</b> Kodlama örneği .....	21
<b>Tablo 3</b> Diyabetin öznel deneyimi alt temalar .....	21
<b>Tablo 4</b> Diyabetin düzenlenmesi alt temalar .....	29

# BÖLÜM 1. GİRİŞ

Diyabet hem gündelik hayatı hem de yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen kronik bir hastalıktır. Bu hastalık tamamen tedavi edilememekte ancak iyi yönetildiğinde kısa ve uzun vadedeki olumsuz etkileri en aza indirgenebilmektedir. Diğer taraftan yapılan araştırmalar diyabetin hastalar tarafından yönetiminin ve tedavi gereklerine uyumun çok da başarılı olmadığını göstermektedir. (Ruggiero ve ark, 1997; Cramer, 2004; Shobhana, ve ark., 1999; Uysal., ve Akpınar 2013). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (WHO, 2003), uzun dönem tedavi gerektiren kronik hastalıklarda hastaların %50'si tedaviye uyum gösterememektedir.

Diyabetin ortaya çıkmasına ve ilerlemesine neden olabilen bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörlerini müdahale edilebilir ve edilemez olarak ikiye ayırabiliriz. Müdahale edilemeyen risk faktörleri arasında genetik yatkınlık ve yapısal faktörler yer almaktadır (Daneman, 2006). Müdahale edildiği takdirde değiştirilebilecek olan risk faktörleri arasında ise kişilerin yaşam tarzları yer almaktadır. Yaşam tarzı aynı zamanda diyabetin yönetilmesindeki temel unsurdur. Hastalığı yönetirken beslenmeye, ilaçları zamanında kullanmaya, egzersiz ve kan şekeri takibi yapmaya özen gösterildiği takdirde hastalığın seyri de kontrol altında tutulabilir.

Diyabet hastalığının yeterince iyi yönetilememesi sonucunda hem kısa hem de uzun dönem etkileri bulunmaktadır. Uzun dönemde: nefropati, retinopati, nöropati, kalp-damar hastalıkları ve hatta zaman zaman uzuv kayıpları görülmektedir (Broome ve Llewelyn, 1995; Balcıoğlu, 2006). Kısa dönemde ise kan şekeri düşüşleri ve yükselişleri görülmekte, kan şekeri dengesi sağlanamamaktadır.

Bu araştırmanın amacı tip 2 diyabeti olan yetişkinlerin diyabet ve diyabet yönetimini nasıl deneyimlediklerini, kendi perspektiflerinden değerlendirmektir. Araştırmada, diyabetin öznel deneyimine odaklanılmış ve diyabet yönetimindeki sorunları detaylı bir şekilde ele alabilmek için nitel bir metodoloji kullanılmıştır. Bu bağlamda diyabetli hastaların gündelik yaşantılarını ve hastalığın yönetiminde karşılaştıkları problemleri daha derinlemesine inceleme olanağı sağlanmıştır. Araştırmada 8 yetişkin katılımcı ile

yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın temel sorusu “Tip 2 diyabet tanısını almış yetişkinler diyabet hastalığını ve diyabet yönetimini nasıl deneyimlemektedirler?” şeklinde belirlenmiştir.

Bu çalışmanın literatüre katkılarında biri diyabetin gündelik hayatta nasıl deneyimlendiğinden yola çıkarak, hastalık üzerine medikal perspektifin ötesine geçip fenomenolojik bir perspektif sunuyor olmasıdır. Ayrıca diğer nitel ve nicel bulgulara katkı sağlayarak hastalığın deneyimlenme sürecinin kavramsallaştırılmasına, kendine özgü özellikleriyle kronik bir hastalık olan diyabetin teşhis ve tedavisinde yaşanan aşamaların tanımlanabileceği genel bir model oluşturmasına katkı sağlayacaktır. Bir diğer katkısı ise, diyabetli hastaların diyabet yönetiminde ne yapmaları gerektiğini bildikleri halde, uygulamalarına engel olan faktörlerin belirlenmesi ile hastaların hastalığın yönetiminde nasıl destekleneceğine dair fikir verecek olmasıdır.

## BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

Diabetes mellitus kandaki üre ve glukoz seviyesinin artması (hiperglisemi) sonucu ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Bu hastalığın nedenlerinden biri kalıtsal olarak pankreastaki beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun üretiminde bir bozukluk olmasıdır. Diğer bir neden ise insülin üretiminin azlığı sonucu oluşan insülin direncidir (Ayers ve ark. 2007). İnsülinin tamamen ya da kısmen salgılanmaması sonucunda vücut glukozu enerjiye dönüştürememektedir (Myers, ve Midence 1998). Bunun sonucunda glukoz vücutta artmakta, insülin hormonu da düzenli bir şekilde salgılanamadığı için bu glukozu tolere edememektedir.

Diyabetin 4 klinik alt sınıfı bulunmaktadır: Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve diğer nedenlere bağlı spesifik diyabet. Gestasyonel diyabet; ilk kez gebelikte ortaya çıkan ve tanı konulan glikoz tolerans bozukluğudur (Turok, Ratcliffe & Baxley, 2003). Gebe kadınların yaklaşık %3'ünde gestasyonel diyabet ortaya çıkabilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı-d, 2016). Uzun dönemde gestasyonel diyabetli kadınların tip 2 diyabet olma riski yüksek olup, 10-20 yıl içerisinde tip 2 diyabet gelişme riski %30-40 arasındadır (American Diabetes Association, 2010). Diğer nedenlere bağlı spesifik diyabet ise, Pankreası etkileyen çeşitli faktörler sonucu kan şekerinin yükselmesiyle oluşmaktadır (Kuzu, 2009).

Diyabetin en yaygın görülen tipleri ise tip 1 ve tip 2 diyabettir. Tip 1 diyabette pankreas insülin üretimi görevini yerine getirememektedir. Bu nedenle, dışarıdan insülin takviyesi gerektirir (Ayers ve ark. 2007). Sıklıkla çocukluk ya da genç erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle çocukluk çağı diyabeti de denmektedir (Broome ve Llewelyn, 1995). Görülme sıklığında kızlar ve erkekler arasında belirgin bir fark olmadığı belirtilmiştir (Güven, 2010). Bu diyabet türünün başlamasına/tetiklenmesine virüs, enfeksiyon ya da otoimmün bir uyarıcı neden olabilmektedir (Broome, 1989).

Diyabetin diğer görülme Şekli ise Tip 2 diyabet olarak adlandırılmaktadır. Bu tipin altında hem periferal dokulardaki insülin salınımının azalması hem de insülin salgılanmasındaki bozukluk yatmaktadır (Broome ve Llewelyn, 1995). İnsülin retimi ya da vücudun insüline verdiği tepki azalmıŐtır (Akay, 2010; Ayers ve ark. 2007). Sıklıkla orta yaş ve üzerinde ortaya çıkmaktadır. Hastaların %70'ten fazlası 55 yaş üstündedir (Broome ve Llewelyn, 1995). Tip 2 diyabet, her zaman olmasa da, beden kitle endeksinin yüksekliği ile ilişkilidir. Diyet, egzersiz ve bunlara ek olarak oral antidiyabetikler bu tipin yönetilmesinde etkilidir. Bu alt tipte de uzun vadede dışarıdan insülin takviyesi gerekebilmektedir (Akay, 2010; Ayers ve ark. 2007).

Tip 2 diyabet, gelişmekte olan bölgelerde yaŐayanlarda ve daha gelişmiş, endstriyelleŐmiŐ bölgelere gç edenlerde daha sık görülmektedir. Bunun sebebi ise beslenme alışkanlıklarının değişmesine ve gelir durumuna bağlanmıştır (Güven, 2010; WHO, nd). Tip 1'de olduğu gibi Tip 2'de de enerji açısından yoğun besinler yemek diyabet riskinin artmasına neden olmaktadır (Broome, 1989).

Tip 2'de besinlerden elde edilen ana enerji kaynağı olan glukozun saklanması ve kullanımından sorumlu metabolik sistem bozukluğu bulunmaktadır. Yenen yemeğin ardından insülin, hücresel glukoz alımını yükseltmekte ve karaciğerde saklanan glukoz üretimini engellemektedir. Bunun sonucunda da kan Şekeri seviyesi yükselmektedir. Hiperglisemi olarak da adlandırılan bu durum su kaybına neden olan hücrelerdeki ozmotik (geiŐimli) deđiŐimlere ve tedavi edilmemiŐ diyabet semptomlarına (susama ve aşırı idrara çıkma) neden olmaktadır. Ayrıca insülin, protein sentezini arttırmaktadır. Bunun sonucunda da kilo kaybı görülür (Broome, 1989). Tip 1 diyabette görülen idrara çıkıŐ sıklığının artması, saha sık susama ve acıkma, beklenmeyen kilo kaybı, ayaklarda ağrı, el ve ayaklarda hissizlik, yorgunluk, bulanık görme, tekrarlayan Őiddetli enfeksiyonlar, bilinç kaybı, bulantı ya da kusma (ketoasidoz) ve koma Tip 2 diyabette de görülmektedir. Fakat bu belirtiler tip 2 diyabette daha zor fark edilebilmektedir (World Health Organization, 2015).

Özellikle son yıllarda Tip 1 ve Tip 2 diyabet ayırımını yapmak zorlaŐmıŐtır. En önemli ayırıcı tanı baŐlangıç yaŐı iken, bu kriter günümüzde ayırıcı özelliğini kaybetmeye baŐlamıŐtır, çünkü çocukluk ağı obezitesi ile birlikte Tip 2 diyabet de çocuklarda görülmeye baŐlamıŐtır. Bunun nedeni çocukların yeterli egzersiz yapmaması ve sağlıksız beslenmesidir (Uçkun, ve alıkoğlu, 2003).



## 2.1 YAYGINLIK

Dünyada 346 milyon diyabet hastası vardır. Diyabetli hastaların % 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, nd). Ayrıca dünyada 2.4 milyonu glikoz toleransı bozulmuş olmak üzere, yaklaşık 5 milyon kişinin diyabet geliştirme riski altında olduğu söylenmektedir (WHO, 2002). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması'nın sonuçlarına göre hastalığın ülkemizdeki 2000 yılındaki yaygınlık oranı %7,2'dir, bu oran 3.338.467 kişinin diyabet hastası olduğunu göstermektedir (Satman, Yılmaz ve Turdep-I çalışma grubu, 2000). 2010 yılındaki yaygınlığı ise % 14.3 olarak bulunmuştur, bu oran da 6.708.831 kişinin diyabet hastası olduğunu göstermektedir (Satman ve TURDEP-II çalışma grubu, 2010).

2025 yılında gelişmiş ülkelerdeki diyabeti olan hastaların çoğunun 65 yaş ve üzerinde, gelişmekte olan ülkelerde ise 45-64 yaş arasında olması beklenmektedir (WHO, 2002). 2030 yılında gelişmekte olan ülkelerde 64 yaşın üstündeki diyabet hastalarının 82 milyondan fazla olması, gelişmiş ülkelerde ise 48 milyondan fazla olması tahmin edilmektedir (Wild, Roglic, Green, Sicree, ve King, 2004).

Kronik hastalıkların başında gelen diyabetin tedavi maliyeti oldukça yüksektir. Çünkü diyabetli hasta sayısı oldukça fazladır ve tedavi giderleri, erken ölüm, komplikasyonlar ve iş gücü kaybı sebebi ile maliyetler artmaktadır. Diyabet için Amerika'da yapılan sağlık harcamaları, tüm sağlık harcamalarının %13'üdür (92 milyar dolar). Türkiye'de ise diyabetin yıllık harcaması 0.9-1.1 milyar dolar civarındadır, fakat henüz genel sağlık bütçesinden özel olarak bir pay ayrılmamıştır (Güven, 2010).

## 2.2 DİYABET ve KOMPLİKASYONLAR

Diyabet önemli sonuçları olabilecek kronik bir hastalıktır. Ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ikiye ayrılmaktadır; akut (hızlı gelişen) ve kronik (müzmin) komplikasyonlar. Akut komplikasyonlar içinde diyabetik ketoasidoz koması, hiperosmolar nonketotik koma, laktik asidoz koması ve hipoglisemi komaları yer almaktadır. Diyabetik ketoasidoz koması kandaki insülinin hiç kalmaması ya da yetmemesi durumunda çok fazla sıvı kaybı ile saatler içinde gelişebilen, hayati tehlikesi olan akut komplikasyon türüdür. Sıklıkla tip 1 diyabette görülür. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Hiperosmolar nonketotik koma nadir görülen bir komplikasyondur. Genelde erişkin yaşlarda enfeksiyonun tetiklediği kan şekeri yükselmesinde görülen

dehidrasyonu su içerek dengeleyemeyen hastalarda görülmektedir. Belirtileri arasında bilinç bulanıklığı, ağır dehidrasyon, konvülsiyon, hipertermi (vücut sıcaklığının 41 derece ve üstüne çıkması) ve hemiparezi (yarı felç) yer almaktadır (Bülbül ve ark., 2001). Laktik asidoz koması vücutta laktik asit birikmesi sonunca oluşmaktadır. Daha az sıklıkta görülen bir komplikasyon türüdür. Daha çok tip 2 diyabetli hastalarda görülmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı-b, 2016). Belirtileri arasında hızlı ve derin soluk alıp verme, değişken bilinç bozukluğu, karın ağrısı ve mide bulantısı yer almaktadır (Memorial, 2016). Hipoglisemi komaları çok hızlı gelişmektedir. İnsülin ve oral antidiyabetik kullanan hastalarda daha sık görülmektedir. Üç tip hipoglisemi bulgusu bulunmaktadır; hafif, orta ve ağır şiddette. Hafif şiddette hipoglisemi bulguları arasında terleme, açlık, titreme, çarpıntı, huzursuzluk yer almaktadır. Orta şiddette hipoglisemi bulguları arasında baş ve karın ağrısı, kalp atımında hızlanma (taşikardi), sinirlilik, terleme, bulanık görme ve konuşma zorluğu yer almaktadır. Ağır şiddette hipoglisemi bulguları arasında bilinç kaybı ve konvülsiyon yer almaktadır. Tedavisi için glikoz veya glukagon enjeksiyonu gerekmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı-b, 2016, Türkiye Diyabet Vakfı-c, 2016; Türk Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Bunlara ek olarak, diyabet iyi bir şekilde kontrol edilmezse uzun dönemde bazı kronik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar nefropati, retinopati, nöropati, kalp-damar hastalıkları ve hatta zaman zaman uzuv kayıplarıdır (Broome ve Llewelyn, 1995; Balcıoğlu, 2006). Diyabetik nefropati, diyabet sonucunda oluşmuş böbrek fonksiyon bozukluğudur ve idrardaki albumin seviyesi ile teşhis edilmektedir. İdrar albumin çubuğunun sürekli pozitif olması ya da günde 300 mg'dan fazla albumin boşalımı durumunda diyabetik nefropati teşhis edilmektedir (Kurt, Atmaca, ve Gürlek, 2004). Albumin tip 1 diyabetli hastalarda diyabet teşhisi aldıktan birkaç yıl sonra, tip 2 diyabet hastalarında ise diyabet teşhisi ile eş zamanlı olarak teşhis edilmektedir. (Thorp, 2005). İnsüline bağımlı diyabeti olan hastaların yaklaşık üçte birinde görülebilmektedir. Nefropati kronik diyaliz ya da transplantasyona sebep olan kronik böbrek yetmezliğinin en önemli sebebidir (Abdollahi, Larijani, Nikfar & Rahimi, 2005).

Diyabetik nöropati, hipergliseminin nöral dejenerasyona sebep olması sonucunda, yani nöronlardaki hasar sonucunda oluşmaktadır. Diyabet hastalarının neredeyse yarısında görülmektedir. Zaman zaman ağrı ve yanma gibi pozitif semptomlara sebep olurken, zaman zaman his kaybı gibi negatif semptomlara da sebep olmaktadır (Sheetz,

ve King, 2002). Bu his kayıpları sıklıkla vücudun uç kısımlarında (parmaklar) görülmeye başlanmaktadır. Daha sonra kollar ve bacaklara doğru ilerleyebilmektedir (Said, 2007). Diyabetik ayak sendromu da diyabetik nöropati sonucunda oluşmaktadır. Nöropati ayaklarda duyu azalmasına, cilt kuruluğuna, damarlarda daralma ve tıkanmalar sonucunda diyabetik ayak ülseri gelişmesine neden olmaktadır (Demir, Akıncı, ve Yeşil, 2007). Diyabetik ayak ülseri ise dolaşım bozukluğuna, iyileşmeyen yaralara ve sonucunda organ kayıplarına sebep olabilmektedir (Bölükbaşı, Paydaş, ve Bostan, 2006).

Retinopati diyabetin göz komplikasyonudur. En az 15 yıldır diyabet hastası olanların yaklaşık dörtte üçünde görülebilmektedir. Görme kaybının en önemli sebeplerinden biridir. Diyabet ilk başta retinal kan akışının değişmesine ve yavaş yavaş hücrelerin ölümüne sebep olabilmektedir. Bunun sonucunda da görme kaybı oluşabilmektedir (Sheetz ve King, 2002). Ayrıca, kalp ve periferik damar hastalıkları diyabet hastalarında normal popülasyona oranla daha sık görülmektedir. Diyabet hastalarının enfarktüs, uzuv kaybı ve inme yaşama riski çok daha yüksektir. Çünkü diyabet kalbi, beyne ve diğer alt uzuvlara giden damarları etkileyebilmektedir (Brownlee, 2001).

Komplikasyon ve risk faktörlerine ek olarak diyabet hastalarında psikolojik problemler de görülebilmektedir. Kaygı ve depresyon, yaş ve diyabet alt tipi fark etmeden birçok diyabet hastasını etkileyebilmektedir (Broome ve Llewelyn, 1995; Snoek ve Skinner, 2005). Depresyon ve kaygı problemlerinin özellikle düşük glisemik kontrol ve tedavi uyum ile ilişkili olduğuna ve kadınlarda daha sık görüldüğüne işaret eden çalışmalar vardır (Anderson, Clouse, Freedland, ve Lustman, 2001; Korbel, Wiebe, Berg, ve Palmer, 2007). Yeme bozuklukları da diyabet hastalarında, özellikle genç kadınlarda görülen başka bir psikolojik olgudur (Snoek ve Skinner, 2005). Yeme bozukluğu glisemik kontrolün kötüleşmesine, diyabet komplikasyonlarının ve ölüm oranının artmasına neden olmaktadır (Snoek ve Skinner, 2005).

## **2.3 TEDAVİ**

Diyabet tedavisinin amacı hastanın iyilik halinin devamının sağlanması ve oluşabilecek kronik komplikasyonların önlenmesidir. Genel anlamda diyabetes mellitusun tedavisinde diyet, fiziksel aktivite, ilaç ve eğitim yer almaktadır (Arslan, 2011). Tip 2 diyabette öncelikli hedef hastalara kilo verdirme, diyabetik diyet ve

egzersiz ile hastalığı kontrol altına almaktır. Bu önlemler kan şekerini kontrol altına almada yetersiz kaldığında oral antidiyabetikler, bunlar da yetersiz olursa insülin tedavisi kullanılmaktadır (Arslan, 2011; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2009). Ayrıca majör risk faktörleri dikkat edilmesi gereken hususlardandır (Broome ve Llewelyn, 1995; Balcıoğlu, 2006). Bu majör risk faktörleri genetik yatkınlık, yapısal faktörler, beslenme, egzersiz, ve kan şekeri takibidir.

## **2.4 DİYABET ve TEDAVİYE UYUM**

Diyabeti olan hastalarda diyabetin yönetimi düzenli kan ölçümlerinin yapılmasını, düzenli ve doğru dozda ilaçların kullanılmasını (kan şekeri seviyesini normal aralıkta tutabilmek için), belli zaman aralıkları ile belli oranda besinlerin tüketilmesini, fiziksel kondisyonu sağlamak ve geliştirmek amacıyla egzersiz yapılmasını içermektedir. Diyabetin iyi bir şekilde yönetilmesi tedaviye uyumun da sağlandığını göstermektedir (Ayers ve ark, 2008; Broome ve Llewelyn, 1995; Myers, ve Midence, 1998).

Diyabet yönetimi hem uzun dönemde oluşabilecek komplikasyonları (nöropati, nefropati gibi) önlemek hem de kısa vadede sağlığı korumak açısından çok önemlidir (Aschner, Horton, Leiter, Munro, & Skyler, 2010). Kandaki glukoz seviyesinin sabitlenmesi diyabet yönetiminin temel amacıdır (Broome ve Llewelyn, 1995). Bu nedenle doğru bir şekilde ölçüm yapılması ve glukoz düzeyinin düzenli olarak takip edilmesi gerekir. Evde parmak ucundan kan örneği alarak glukoz seviyesini ölçmek mümkündür (Akay, 2010; Ayers ve ark 2007). Bu ölçümün sıklığı hastanın diyabetinin tipine, kullandığı ilaçlara, komplikasyonların olup olmaması, glisemik kontrolün iyi bir şekilde sağlanıp sağlanmamasına göre değişiklik göstermektedir. Tedaviye yeni başlandıysa ya da tedavide değişiklik yapıldıysa, ek bir hastalık varsa, ölçümlerim sık yapılması önerilmektedir. Diyet ve oral antidiyabetik ilaç kullanan tip 2 diyabetli hastalarda, beslenme ve ilaç kullanımını düzenli ise haftada 1-2 gün açken ve gece yatmadan önce kan şekeri ölçülmelidir. Eğer bu hastaların glisemik kontrolü iyi değilse, kontrol sağlanana kadar her gün aç karnına, ana öğünlerden 2 saat sonra ve gece yatmadan önce kan şekerine bakılmalıdır (Ayalp, 2008).

Buna ek olarak, laboratuvarlarda da kan örneği vererek ölçümler yapılmaktadır. Laboratuvarlarda en sık kullanılan ölçüm hemogloblin A1c (HbA1c)'dir. HbA1c son 2-3 aylık dönemdeki ortalama kan şekeri değerini ölçmek için kullanılmaktadır. Normalde

HbA1c değeri 4 ile 6 arasında olmalıdır. Diyabet hastalarında ise amaç HbA1c seviyesini 6,5 ile 7,5 arasında tutabilmektir. Bu değerler tedavi kararlarını verebilmek için önemlidir. Fakat ortalama değerler olduğu için hipoglisemi epizodlarını gizleyebilmektedir (Akay, 2010; Ayers ve ark, 2007).

Hastalar kan şekerlerinin kendileri üzerinde yarattığı etkileri fark edebildikleri ve vücutlarının tedaviye, egzersize, yemeğe, hastalığa ve strese nasıl tepki verdiğini bildikleri zaman, hangi durumlarda kan şekerlerini test etmeleri gerektiğini fark edebilirler. Böylece ne zaman nasıl hareket etmeleri gerektiğini öğrenebilirler (örneğin araba kullanabilecek durumda olup olmadıklarına karar verme gibi) (Ayers ve ark. 2007).

Diyabet yönetimi sıklıkla tıbbi ortamlardan çok günlük yaşamda sağlanmalıdır. Günlük yaşamda ilaç alımı ve kan şekeri ölçümü gibi sosyal ortamlarda da yapılması gereken uygulamalar vardır (Ayers ve ark. 2007). Bu uygulamalar şekerin gün içerisinde regüle edilebilmesi (düzenlenebilmesi) ve dalgalanmaların olmaması açısından önemlidir.

Diyet yapmak, diyabet yönetiminin ve tedaviye uyumun önemli bir parçasıdır. Son yıllarda Terminolojik olarak “diyet” kelimesi yerine “Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)” kullanılmaya başlanmıştır. Enerji alımını düzenlemek için TBT gereklidir. Gerekli beslenme olmadan sadece ilaç tedavisi ile diyabet kontrolünün sağlanması zordur. Bu nedenle hastalığın seyri boyunca gerekli beslenme şeklinin uygulanması çok önemlidir. Çünkü iyi glisemik kontrol ile diyabetik komplikasyonları önlenilmekte ya da geciktirilebilmektedir (Dinççağ, 2011; Tümer, ve Çolak, 2012). Diyabetli hastalara önerilen beslenme biçimi lifli, kompleks karbonhidrat ve düşük yağ içeren besinlerin tüketilmesinden oluşmaktadır. Bu aslında herkese önerilen sağlıklı beslenme biçimidir (Broome ve Llewelyn, 1995). Doymuş yağ oranı yüksek besinler yemek ve lifli besinleri az tüketmek insülin direnci riskini arttırmaktadır (Bazzano, Serdula ve Liu, 2005). İnsülin kullanan diyabetli hastaların üç ana ve üç ara öğün olmak üzere toplam altı öğün şeklinde beslenmesi gerekmektedir. İnsüline bağımlı olmayan Tip 2 diyabetli hastaların ise 2-3 saat aralıklarla beslenmesi önerilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı-a, 2012).

Kilo ve diyabet birbirlerini tetikleyebilmektedir. Obezite, tip 2 diyabet gelişimine, diyabet yönetiminde kullanılan ilaçlar da kilo alımı ile birlikte obeziteye neden

olabilmektedir (Lau, 2010). Buna ek olarak, fazla kilo diyabet yönetimini engelleyebilmektedir. Bu nedenle sağlıklı beden kitle endeksi aralığında kalabilmek için egzersiz, diyet, beslenme eğitimi gerekmektedir. Beden kitle endeksi kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesi ile bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü beden kitle endeksini düşük kilo <18,5, normal kilo 18,5-24,9, obezite öncesi 25-29,9, obezite-1 30-34,9, obezite-2 35- 39,9, obezite-3 (morbid obez) 40< olmak üzere 6 gruba ayırmaktadır (WHO, nd). Diyabetlilerin normal kilo aralığında olmaları teşvik edilmektedir.

Fiziksel aktivitenin azalması ve obezitenin artması ile diyabet yaygınlığı da artmaktadır. Bu nedenle diyabetin yönetilmesini ve kilonun korunmasını sağlamak için egzersiz de diyabet hastalarının hayatında önemli bir yere sahiptir (Bahadır, ve Atmaca, 2012; Sigal, Kennedy, Wasserman, Castaneda-Sceppa, ve White, 2006). Diyabetik hastalara haftada en az 150 dakikalık orta dereceli aerobik egzersiz önerilmektedir (American Diabetes Association, 2011). Ağırılık ile yapılan yüksek dirençli egzersizler genç hastalarda uygulanmalı, yaşlı hastalarda ve uzun süreli diyabeti olanlarda ise önerilmemelidir. Hafif ağırılık ve sık tekrar ile yapılan egzersizler ile üst gövde kesiminin güçlendirilmesi hemen hemen tüm hastalara önerilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, egzersiz programına başlamadan önce hastaların bazı açılardan değerlendirilmeleri gerektiğidir. Hastaların glisemik kontrol düzeyi, HbA1c değeri, komplikasyon varlığı değerlendirilmeli, kardiyovasküler sistem muayenesi yapılmalıdır (Bahadır, ve Atmaca, 2012; Dinççağ, 2011). Vücudun belirli bir bölgesini çalıştırmaya yönelik egzersizler yerine tüm vücudu çalıştıran yürüme, koşma, yüzme gibi egzersiz tipleri tercih edilmelidir (Türkiye Diyabet Vakfı-e, nd).

## **2.5 DİYABET YÖNETİMİ**

Diyabet yönetimi ile ilgili yapılan literatür araştırmaları göstermektedir ki, diyabet yönetimi sadece tedavi yönetimi üzerinden, yani sıklıkla fizyoloji üzerinden ele alınmaktadır. Hastaların ilaçları ve insülini nasıl kullandıkları, beslenme alışkanlıklarının, komplikasyonlar ve egzersiz düzenlerinin nasıl olduğu üzerine odaklanılmıştır (Aschner, ve ark., 2010; Bazzano, ve ark., 2005; Benjamin, 2002; Brown, ve ark., 2005; Brownlee, 2001; Burke, ve ark., 2003; Dinççağ, 2011; Delahanty, ve Halford, 1993; Ersoy, ve ark., 2006; Ford, 1999; Odegard, ve Gray, 2008; Oh, ve ark., 2011; Osterberg, ve Blaschke, 2005; Tümer, ve Çolak, 2012). Kişilerin neler

yaşadıkları, nasıl yaşadıkları ve bu yaşadıkları ile nasıl baş ettikleri ile ilgili kaynaklar sınırlıdır. Tedaviye uyum ve öz yönetim (self-regulation) bu kadar önemliken bu uyumu sağlayan ya da uyumu bozan faktörlerin daha fazla araştırılmasına ihtiyaç vardır (Uysal, ve Akpınar, 2013).

Diyabetli hastalar hayatlarını herkes gibi düzenleyememektedir. Hayatları boyunca her gün, yukarıda da bahsedildiği gibi, düzenli yapmaları gereken uygulamalar vardır. Fakat içinde yaşadıkları birçok sosyal sistem hastalara yardımcı olacak şekilde düzenlenmemiştir (Balfé, ve ark., 2014; Nabors, ve ark., 2003). Örneğin, okullarda ve iş yerlerinde diyabetli bireyler için özel yemekler çıkmamaktadır. Diyabetli bireylerin, gündelik hayatın diyabeti görmezden gelen işleyişi ile nasıl baş ettikleri ve bu sorunların tedaviye uyum göstermeyi nasıl etkilediği de üzerinde yeterince durulmayan hususlardır.

Yapılan literatür taramasında sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır ve bu çalışmalarda ağırlıklı olarak nicel metodolojiler kullanmıştır (Gomes-Villas, Foss, Freitas, ve Pace, 2012; Kitzler, Bachar, Skrabal, ve Kotonko, 2007; Korbel, Wiebe, Berg, ve Palmer, 2007; Nicklett, ve Liang, 2009; Odegard, ve Gray, 2008; Oh, Lee, Chin, ve Hwang, 2011; Parada, Horton, Cherrington, Ibarra, ve Ayala, 2012; Walker, Smalls, Hernandez-Tejada, Campbell, Davis, ve Egede, 2012). Bu çalışmaların bulguları değerlendirildiğinde aşağıdaki hususlar göze çarpmaktadır: Tedaviye uyum ile glisemik (HbA1c, hipoglisemi sıklığı) kontrol paralellik göstermektedir. Tedaviye uyumu yüksek olan hastaların glisemik değerlerinin daha az dalgalandığı görülmüştür. Diyabet süresi ile glisemik kontrol arasındaki ilişkiye dair bulgular ise çelişkilidir. Örneğin, diyabet süresi arttıkça glisemik kontrol ve tedaviye uyumun olumsuz etkilendiğini bulgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Kitzler ve ark, 2007, Korbel ve ark, 2007). Buna karşın, Oh ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2011), yeni tanı almış (1 yıl önce) kişilerin tedaviye daha az uyum gösterdikleri görülmüştür. Bunlara ek olarak, tedaviye uyum ve kadercilik arasında pozitif, diyet arasında negatif, egzersiz arasında negatif ve kan şekeri ölçümü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Walker, 2012).

Tedavi ve diyabet yönetimi ile ilişkili diğer değişkenler çeşitlidir. Odegard ve Gray'ın Amerika'da 77 katılımcı ile yaptığı çalışmasında (2008) şu durumlarda tedaviye uyumun ve diyabet yönetimin bozulduğu gözlenmiştir: ilaçları ödeyememek

(% 34), kullanılacak dozları hatırlamamak (% 31), yazılan reçeteyi okumada yaşanan zorluklar (% 21) ve yedek ilaçların ellerinde bulunmaması (%21). Ayrıca, hastaların çoğunun doktorlarının önerilerini uygulamada eksikleri vardır. Bunun nedeni olarak unutkanlığı göstermişlerdir. Parada ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), diyabeti yönetmedeki bireysel davranışlar ile tedaviye uyumsuzluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tedaviye uyum gösteren hastalar ile uyum göstermeyen hastalar karşılaştırıldığında, uyum gösteren hastaların daha genç olduğu ve tedavi protokollerinin dışına daha az çıktıkları görülmüştür.

Son olarak, sosyal desteğin tedaviye uyumu desteklediğinden bahsedilebilir. Gomes-Villas ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada sosyal destek ile tedaviye uyum arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ne kadar fazlaysa tedaviye uyum da o kadar iyi olmaktadır.

Bu araştırmaların tamamı nicel metodolojileri kullanan incelemelerdir. Bu nedenle avantajları olduğu gibi, örneğin, genellenebilirlik, gruplar arası karşılaştırma yapabilmek vb, bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki çalışmaların odağının dar kapsamlı olmasıdır: mesela yaş, hastalık süresi gibi belli başlı değişkenlere odaklanmaktadır. Ayrıca, araştırmalarda ağırlıklı olarak kapalı uçlu sorular kullanılmıştır. Bu durum verilecek cevapları sınırlandırmakta, araştırmacının sormadığı ancak hastalığın yönetiminde etkili ya da zorlayıcı olası öznel unsurları göz ardı etme riski taşımaktadır. Ek olarak tedaviye uyumu, gündelik hayatın çok yönlü düzenlenmesi olarak değil doktorun verdiği uygulamaya olarak ele almaktadırlar. Bir diğer sorun ise araştırmaların sadece yaşam kalitesi ve şeker kontrolü üzerine odaklanmış olmasıdır. Bunun dışında egzersiz, diyet, günlük hayatta karşılaştıkları sorunlar gibi hususlar yeterince çalışılmamıştır.

Diyabet bireysel koşullardan fazlasıyla etkilenebilecek bir problemdir. Örneğin, kişinin ekonomik kaynakları, beslenme alışkanlıkları, hastalık geçmişi, ailede daha önce diyabet hastasının olması, komplikasyonların varlığı vs. bireysel olarak farklılık gösterecek konulardır. Bu durumda da kişinin öznel koşulları içinde hastalığın değerlendirilmesi, durumu yaşayan kişinin perspektifinin ön plana çıkarılması hastalığı ve hastalığın yönetimini anlamamızda çok önemlidir. Bu bağlamda diyabetli bireyi merkeze alan nitel araştırmalara ihtiyaç vardır.



Literatürde sınırlı sayıda da olsa nitel metodolojileri kullanan çalışmalar bulunmaktadır (Al-Qazaz, Hassali, Shafie, Sulaiman, ve Sundram, 2011; Hortensius, Kars, Wierenga, Kleefstra, Bilo, ve Van der Bijl, 2012; Peel, Douglas, ve Lawton, 2007; Peel, Parry, Douglas, ve Lawton, 2004; Williams, 1999). Araştırmalardan ikisinde diyabet hastalarının “normal” bir hayat yaşamak için daha az kan şekeri ölçümü yaptığı (Hortensius, ve ark., 2012) ve özellikle erkek katılımcıların diyabeti yönetebilmek için hastalığı hayatlarının çok küçük bir parçası olarak görme eğiliminde olduğu (Williams, 1999) görülmüştür.

Hortensius ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012) ise, hastaların diyabetleriyle ilgili farkındalıklarının yüksek olması, kan şekeri ölçüm sonuçlarını nasıl yorumlamaları gerektiğini bilmemeleri ve glisemik kontrollerinin düşük olması arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca, glisemik kontrolün sağlanması ile yaşam kalitesinin etkileşim içinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, bazı katılımcılar için kan şekeri ölçümleri diyabet hastası oldukları ve diyabetle yüzleşmeleri anlamına gelmektedir. Bu nedenle daha az ölçüm yaptıklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın önemli diğer bir bulgusu ise katılımcıların ölçüm yaptıkları kalemlere yükledikleri anlamlardır. Bazı katılımcılar kan şekeri ölçümü yapan kalemleri arkadaş gibi gördüklerini diğer bir kısmı ise düşman gibi gördüklerini belirtmiştir. Kalemleri arkadaş gibi gören hastalar, ölçüm yapmanın güven ve özgürlük verdiğini, bireysel hedefleri olan glisemik kontrolü ve normal yaşamı sağladığını söylemiştir. Kalemlerini düşman gibi gören hastalar ise, kalemlerin parmaklarını acıttığını ve hissizleştirdiğini belirtmiştir. Düşman gibi görenlerin, arkadaş gibi görenlere oranla daha az şeker ölçümü yaptığı bulgular arasındadır.

Bunlara ek olarak, iyi bir glisemik kontrole sahip olmak isteyen katılımcıların daha sık ölçüm yaptığı ve böylece komplikasyonları ve hipoglisemiyi de önlemeye çalıştığı bulgulanmıştır. Ayrıca kandaki glikoz seviyeleri iyiye iyi hissettiklerini, yüksek olduğunda ise dengelemek için gerilim yaşadıklarını belirtmişlerdir (Hortensius, ve ark., 2012). Peel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2004), diyabetlerini yönetebildiklerini düşünen hastalar kan şekeri ölçümüne olumlu bakarken, iyi yönetemediklerini düşünen hastalar kan şekeri ölçümüne daha kaygılı yaklaşmaktadırlar. Kan şekeri ölçümünün dezavantajı olarak ise, kan şekeri ölçümünde

umdukları sonucu göremeyince bunu başarısızlık olarak adlandırıp kendilerini suçlama eğiliminde oldukları bulunmuştur.

Peel ve arkadaşlarının (2007) yaptığı diğer bir çalışmada ise hastaların doktorları hakkındaki düşüncelerinin de kan şekeri ölçümü yapmalarıyla ilgili tutumlarını etkilediği görülmüştür. Örneğin, doktorlar ölçüm sonuçlarını kontrol etmiyorsa, hastalar kan şekeri ölçümü yapmayı bırakabilmektedirler. Ayrıca, hipergliseminin fiziksel göstergelerini ölçüm yapmadan anlayan ve hisseden hastalar da kan şekeri ölçümünü yapmayı bırakmaktadır.

Al-Qazaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011), bütün katılımcılar kullandıkları ilaçların çok önemli olduğunu ve komplikasyonları önleyeceğini belirtmiştir. Ancak bazı hastalar ilaçlarını almayı unuttuğunu söylemiştir. Bazıları ise tavsiye edilen zamanda ilaçları almadıklarını, farklı zamanlarda ilaçları aldıklarını belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar öğün atladıklarında ilaçlarını da almadıklarını, kan şekeri yüksek olduğunda ise fazladan ilaç aldıklarının altı da çizilmiştir.

Williams (1999) yaptığı araştırmada, özellikle genç diyabet hastaları ile çalışmıştır (15- 18 yaş arası). Kadın katılımcıların hepsi diyabeti kabullenmekte iken, 10 erkek katılımcının 9'u hayatlarına daha az dahil etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Erkek katılımcılar diyabeti saklanması gereken bir şey olarak görmektedir. Diğer taraftan 10 erkek katılımcının 9'u, anneleri de tedavi sürecinde yardımda bulunduğu için, tedaviye uyumlarının iyi olduğunu belirtmiştir. Genelde tedavinin sorumluluğunu kendileri alma eğiliminde olan 10 kadın katılımcının ise 5'i, zaman zaman uzun süren tedaviye uyumsuzluk dönemlerinin olduğunu söylemiştir. Bulgular ayrıca, kadın katılımcıların toplum içinde insülin enjeksiyonu yapmaktan çekinmediğine, erkek katılımcıların ise daha çok saklanarak insülin enjeksiyonu yaptığına işaret etmektedir. Erkek katılımcılardan tedaviye uyumu iyi olan biri ise "diyabetle dövüştüğünü" belirtmiştir. Bu durum maskülen kimliğin olumlu bir etkisi olarak yorumlanmıştır (Williams, 1999).

Yapılan bu nitel çalışmalar da, nicel çalışmalar gibi, tedavi yönetimini daha çok şeker ölçümü üzerinden değerlendirmektedir. Oysa tedavi yönetimi sadece şeker ölçümü ile ilişkili değildir. Buna ek olarak beslenme ve egzersiz konuları da yer almalıdır. Bu şekilde tedavi yönetimi daha kapsamlı bir şekilde ele alınabilmektedir.

## 2.6 TÜRKİYE'DE DİYABET ÇALIŞMALARI

Türkiye'de diyabetin yönetimi ve tedaviye uyum alanında yapılan araştırmalar görece kısıtlıdır. Yapılan literatür taramasında da üç tane nicel (Akgüç, 2013; Arslan, 2011; Baykal & Kapucu, 2015) ve iki tane nitel araştırmaya ulaşılmıştır (Demirtaş, ve Akbayrak, 2009; Taşkın, 2006). Ancak henüz yayınlanmamış ya da diğer araştırmacılara açılmamış üç adet tez çalışması mevcuttur.

Akgüç'ün araştırması (2013) 100 tane tip 2 diyabetli hasta ile yapılmıştır. Katılımcıların % 25'inin diyetini düzenli uyguladığı, %41'inin düzenli egzersiz yaptığı, %40'ının kan şekeri kontrolü yaptığı, % 83'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı bulunmuştur. Kan şekeri kontrolü yapanların % 44'ünün günlük, %39'unun düzensiz, % 15'inin haftalık ölçümler yaptığı görülmüştür. Genel anlamda diyabet tedavisini uyumlarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Arslan'ın araştırması (2011) en az 1 yıldır tip 2 diyabet tanısı almış 400 katılımcı ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, katılımcıların %57,3'ünün tedaviye uyumu iyi, %42,8'inin ise tedaviye uyumu kötüdür. Okuryazar olmayanların %56,3'ünün tedaviye uyumu iyi iken, orta öğretim ve üzeri eğitim alanların %71,2'sinin tedaviye uyumu iyidir. Diyabet merkezli bir eğitim programına katılmayanların %48,8'inin tedaviye uyumu iyi iken, eğitim programına katılanların %63,5'inin tedaviye uyumu iyidir. Ayrıca köyde yaşayanların %37'sinin tedaviye uyumu iyi iken, şehir merkezinde yaşayanların %62,1'inin tedaviye uyumu iyidir. Kan şekeri düzeyini bilmeyenlerin %53,2'sinin tedaviye uyumu iyi iken, kan şekeri düzeylerini bilenlerin %72,1'inin tedaviye uyumu iyi bulunmuştur. 19 yılın üzerinde diyabet tanılı olanların %71,8'inin tedaviye uyumu iyi iken, 5 yıldan az tanılı olanların %46,6'sının tedaviye uyumu iyidir. Bunlara ek olarak, katılımcıların %63,5'i diyetisyenle görüşmüş olup, bunlardan diyetisyenin tavsiyelerine uyanların oranı %41,7 olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, öğrenim düzeyi düşük olanlar, kırsal bölgede yaşayanlar, hastalığın erken dönemlerinde olanlar tedaviye uyum açısında riskli gruplar olarak değerlendirilmiştir.

Baykal ve Kapucu'nun yaptığı araştırmaya (2015), tip 2 diyabet tanısı almış 157 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %89,8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, tedavi ve takipte herhangi bir zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların egzersiz yapma durumları incelendiğinde, %56,8'inin egzersiz yaptığı ve egzersiz yapanların %64,9'unun haftanın her günü düzenli egzersiz yaptığı ve en çok

yapılan egzersizin (%64.9) yürüyüş olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların %78.3'ünün diyet uyguladığı ve diyet uygulayan hastaların %35.7'sinin diyete tamamen uyduğu %45.2'sinin kısmen uyduğu ve %19.1'inin uymadığı tespit edilmiştir. Hastaların çoğunluğu kendi ifadeleri ile tedaviye iyi uyum gösterdiklerini belirtmelerine rağmen, yarısından fazlasının diyabet eğitim almadığı ve eğitim almayan grupta mikrovasküler komplikasyonların daha çok görüldüğü ve glisemik kontrolün yetersiz olduğu saptanmıştır.

Taşkın'ın nitel çalışmasında (2006), diyabet hastalarının tedaviye uyum durumu ve etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Yöntem olarak odak grup görüşmeleri kullanılmıştır. Toplamda 4 grup bulunmaktadır ve her gruba 3-9 hasta katılmıştır. Bu araştırmaya göre, hastalar diyabeti yıkıcı ve komplikasyonları sebebiyle korkutucu olarak tanımlamaktadır. Bu korku sebebiyle hastalar kimi zaman doktora bile gitmemektedirler. Ayrıca hastalar diyabeti kansere benzetmiş ve yavaş yavaş ölüme neden olması sebebiyle kanserden beter olarak tanımlamışlardır. Bunlara ek olarak, hastalığın toplum tarafından yeterince tanınmaması nedeniyle insülin uygularken görüldüklerinde madde kullandıklarının düşünüldüğünü ve bu nedenle insülin enjeksiyonlarını geciktirebildiklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla oral antidiyabetik kullanan hastaların insülin kullanan hastalara oranla tedaviye daha fazla uyum gösterdikleri görülmüştür.

Demirtaş ve Akbayrak'ın (2009) yaptığı niteliksel çalışma, tip 2 diyabet tanısı almış 43 katılımcıdan oluşmaktadır. Hem derinlemesine bireysel görüşmeler hem de dörder kişilik odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Araştırmaya katılan her birey ile en az iki kez görüşme yapılması planlanmış olmasına rağmen, ayaktan sağlık hizmeti almaya gelen hastalarla bir kez, yatan hastalarla iki üç kez görüşme yapılmıştır. Birden fazla yapılan görüşmeler arasında bir hafta ara verilmiştir. Görüşme formundan elde edilen veriler Kubler Ross'un belirlediği yas tutma aşamalarına göre betimsel analiz yöntemi ile gruplandırılmıştır. Ancak bu temelara uymayan 11 hasta ifadesi daha tespit edilmiş ve bu veriler Anne Lacroix ve Jean Philippe Assal'ın, hastalığı kabullenmenin önündeki engel olarak belirlediği "boyun eğme ve sahte kabul" teması altında toplanmıştır.

Kübler Ross'un yas tutma aşamalarından ilki olan şok aşamasında, hastaların şaşkınlık, telaş ve üzüntü yaşadıkları görülmüştür. Ailesinde diyabet tanısı almış kişilerin kendini hastalığa hazırlamış ve ilk şoku rahat geçirmiş oldukları görülmüştür;

ailesinde hiç diyabetli bulunmayan ve kendisine diyabet tanısı konulan kişilerin ise şaşkınlık yaşadığı bulunmuştur. Diyabetli olduğunu yeni öğrenen ve daha ne yaşadığını fark edemeyen hastalara, hastalıkla ilgili bilgiler vermek yerine, duygularına yönelik bakım vermenin hasta açısından daha yararlı olacağı öne sürülmüştür.

Kübler Ross'un ikinci aşaması olan inkar aşamasında, inkarın hasta ve ailesinin kendini toparlaması ve baş etme mekanizmaları ile destek kaynaklarını devreye sokması için zaman sağlayarak, mücadele etme gücünü arttırabileceği üzerinde durulmuştur. Hastaların bir kısmının, bu dönemde hastalıklarının önemli olmadığını söyleyerek durumlarını inkar etme çabasında oldukları söylenebilir. Bu dönemdeki hastalar, hasta olduklarını başkalarına söylemekten çekindiklerine dair sıkıntılarını da ifade etmişlerdir. Ayrıca insülin tedavilerini bile başkalarının göremeyeceği şekilde yaptıkları, genellikle tuvalette yaptıkları, bunun için üzüntü yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bazı hastaların inkar ve aldırma zıtlıktan ancak bir komplikasyonla karşılaşınca çıkabildikleri görülmüştür.

Kübler Ross'un üçüncü aşaması olan baş kaldırma ve öfke aşamasında hastaların öfke duygularını sık yaşadığı ve bu duyguları sıklıkla tanrıya yönelttiği görülmüştür. Hastaların diğer öfke odakları ise aile üyeleri, sağlık personeli ve diğer sağlıklı insanlar olarak ifade edilmiştir. Ayrıca aile üyelerinden özellikle eşlerin yiyeceklerine ve içeceklerine müdahale etmesi ve kısıtlaması hastaların öfkelenmesine neden olmaktadır. Buna ek olarak, genç yaşta teşhis konulmasının hastalarda öfke ve adaletsizlik duygularının artmasına neden olduğu bulunmuştur. Bunun sonucunda da ölüm korkusunu daha fazla yaşadıkları vurgulanmıştır.

Kübler Ross'un dördüncü aşaması olan pazarlık aşamasında, hastaların tanrıdan sağlıklı bir yaşam için ikinci bir şans istediği, genç hastaların ise uzun yaşamak istediği görülmüştür. Bu dönemde hastaların çoğunun hastalıklarının farkında olduğu ve özellikle oral antidiyabetik ilaç ve insülin kullanımı ile ilgili pazarlık yaptığı ifade edilmiştir. Hastaların insülin kullanmaktan çekindiği ve ilaç içmeyi tercih ettikleri, insülin kullanımına geçilmesinin hastalığın kötüye gittiği olarak kabul edildiği ve bundan dolayı pazarlık yaptıkları bulunmuştur. Bu tür beklentilerin hastalığı kendince kabul edilebilir hale getirme ve uzlaşma arayışı olduğu ve hastaların uyum sağlama çabasında olduğu olarak yorumlanmıştır.

Kübler Ross'un beşinci aşaması olan üzüntü, geri çekilme ve depresyon aşamasında hastaların gösterdiği en önemli tepkinin ağlama olduğu görülmüştür. Yapılacak bir şey olmadığı ifade edilerek karamsarlık ve hastalık karşısında geri çekilme yaşadıkları belirtilmiştir. Hastaların kendilerini toplumdaki soyutlayarak içe kapanma eğiliminde oldukları ifade edilmiştir. Kübler Ross'un altıncı aşaması olan kabullenme ve uzlaşma aşamasında hastaların hastalıklarına tam bir uyum sağladığı, diyetlerine, ilaçlarına, egzersizlerine ve şeker kontrollerine dikkat ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca dikkat edilirse her şeyin yolunda gideceği, hastalığın yaşama bağlılıklarını etkilemediğini ve hastalıkla beraber yaşayabileceklerini ifade etmişlerdir. Bu aşamada en çok dikkat çeken nokta ise tanıdan sonra 10 yıllık bir sürenin geçmiş olmasıdır. Bu bulgunun, kabullenme ve uyum aşamasına gelinceye kadar, hastaların zamana ihtiyacı olduğunu gösterdiği ifade edilmiştir.

Anne Lacroix ve Jean Philippe Assal'ın, hastalığı kabullenmenin önündeki engel olarak belirlediği "boyun eğme ve sahte kabul" temasında ise, hastaların dini inançlarının hastalıklarının kabullenme üzerine önemli bir etkisi olduğu ve hastalıklarının sorumluluğunu tanrıya yükledikleri saptanmıştır. Böyle bir kabullenmede hastaların kendilerini tamamen tanrıya ve sağlık personeline bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hastalıkla beraber oluşabilecek komplikasyonların da Allah tarafından verildiğini vurgulamışlardır.

Taşkın'ın araştırması ile yapılacak olan bu çalışma arasında benzerlikler bulunmaktadır. Bu benzerlikler arasında; hastaların hastalıklarını nasıl deneyimledikleri, nedenleri, sonuçları, hayatlarındaki yeri, tedaviye uyumda motivasyonu etkileyen faktörler, kendilerini nasıl değerlendirdikleri, sağlıklarını etkileyen alışkanlıkları (sigara, alkol, yaşam biçimi) sayabiliriz. Demirtaş ve Akbayrak'ın araştırması ile yapılacak araştırma arasında da benzerlikler bulunmaktadır. Bu benzerlikler arasında bireysel görüşmelerin yapılmış olması, hastalığa uyuma bakılmış olması, hastalığa verilen ilk tepkiler ve hastalığın inkar edilmesini sayabiliriz. Her iki araştırmadan farklı olarak ise teşhis süresi, egzersiz, beslenme alışkanlıkları üzerinde durulacaktır. Ayrıca tedaviye uyumda karşılaşılan zorlukların neler olduğu araştırılmıştır. Taşkın'ın araştırmasında sadece odak grup yöntemi kullanılmıştır. Daha çok tıbbi meselelere odaklanılmıştır. Demirtaş ve Akbayrak'ın araştırmasında daha çok Kübler Ross modeline bağlı kalınmıştır. Bu araştırmada ise diyabet daha geniş kapsamlı

olarak ele alınmıştır. Tedaviye uyum gösterilip gösterilmediği, egzersiz, beslenme, şeker kontrolü ve hastalıklarına bakış açıları üzerinden değerlendirilmiştir Nitel araştırmalarda ampirik veriler biriktikçe fenomenler anlam kazanır (Bendassolli, 2013). Bu nedenle bu çalışmanın oluşmakta olan bilgi birikimine katkıları olacağı dūřunılmaktadır. Bu katkılardan biri diyabet eğitiminin içeriğini geliştirmekte yardımcı olabilecek olması, bir diğerisi ise hastaların bakış açısından diyabetin nasıl deneyimlendiğini gōstermesidir.



## BÖLÜM 3. YÖNTEM

### 3.1 KATILIMCILAR

Bu çalışmaya başlarken 25-40 yaş arası 3-5 senedir diyabet tanısı almış olan katılımcılar tercih edilecekken, ulaşılabilen katılımcı grubu 2-14 senedir tip 2 diyabet tanısı almış, çalışan, yetişkin, 35-59 yaş arası 8 katılımcı (3 kadın, 5 erkek) olmuştur. Nitel araştırmalarda küçük gruplarla çalışılması önerilmektedir, çünkü yapılan her bir görüşmenin incelenmesi uzun zaman almaktadır. Bu nedenlerle genellikle 1,4 veya 9 kişilik gruplarla çalışılmaktadır (Smith & Pietkiewicz, 2012). Katılımcılara araştırmacının yakın çevresi aracılığı ile ulaşılmıştır. Araştırma sorusunun geçerliliği olan gruba ulaşmak hedeflenmiştir (Smith & Osborn, 2003). Çalışmaya katılması için görüşülen kişiler, çalışma öncesinde çalışmanın içeriğiyle ilgili bilgilendirilmiştir. Görüşmeler yapılmadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve 30-60 dakika arası değişen uzunluklarda derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler katılımcıların da izniyle kayıt altına alınmış, daha sonra görüşmeler metne dökülmüştür. Katılımcıların gerçek isimleri kullanılmayıp, takma isimler kullanılmıştır. Katılımcıların detaylı demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1-Demografik Özellikler

Katılımcı	Yaş	Medeni Hal	Eğitim Durumu	Gelir	Hastalık Süresi (yıl)	İlaç Kullanımı	Ailede Diyabet Varlığı
Efe	54	Evli	Üniversite	5000 TL ve üzeri	9 yıl	√	X



Ayşe	59	Evli	Lise	2500-5000 TL	14 yıl	√	√
Cenk	40	Evli	Lise	2500-5000 TL	2 yıl	√	√
Burak	46	Evli	Üniversite	5000 TL ve üzeri	3 yıl	√	√
Arda	56	Evli	İlkokul	1000-2500 TL	6 yıl	√	√
Merve	55	Bekar	Lise	1000-2500 TL	9 yıl	√	X
Mert	57	Evli	Üniversite	2500-5000 TL	8 yıl	√	√
Filiz	35	Evli	Üniversite	1000-2500 TL	5 yıl	√	X

### 3.2 GÖRÜŞMELER

Görüşmelerde katılımcılara 13 kısa soru ve görüşmenin akışına göre alt sorular yöneltilmiştir. Sorular hazırlanırken diyabetin nasıl deneyimlendiği ve tedaviye uyumun nasıl olduğunun ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Bu konular üzerine genel ve açık uçlu sorular hazırlanmıştır. Görüşmeler teşhis alındığından bugüne kadar neler yaşandığı sorusuyla başladı. Bu soru genel olarak deneyimlerin aktarılması ve hikayenin anlatılması amacıyla yöneltilmiştir. Daha sonra tedaviye uyum ve diyabetin etkileriyle ilgili sorular yöneltilmiştir. Görüşmede kullanılan bu görüşme protokolü aşağıdaki gibidir:

- 1) Sizi daha önce de bilgilendirdiğim üzere diyabet yaşantınız üzerinize konuşacağız. İlk önce isterseniz teşhisten başlayalım. Diyabet teşhisi aldığınız günden bugüne kadar neler yaşadığınızdan biraz bahsedebilir misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Diyabet hastalığı sizce nasıl bir hastalık?
  - b. Diyabet teşhisinizi nasıl öğrendiniz?
  - c. Sizce diyabet hastası olmanızın nedeni nedir?
- 2) Bu teşhisi aldıktan sonra hayatınızda değişiklik oldu mu? Neler oldu?
- 3) Teşhis konduğundan beri diyabetiniz ne şekilde ilerledi?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Hastalığın sizi özellikle zorladığı, günlük hayatınızı etkilediği zamanlar oldu mu?
  - b. Hangi zamanlar?
- 4) Bu sürece baktığınız zaman size neyin iyi geldiğini düşünüyorsunuz?
- 5) Bu süreç içerisinde en zorlayıcı bulduğunuz şeyler nelerdir?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Günlük hayatta şeker kontrolü ya da diyet yapmayı engelleyen, sosyal hayatınızda, evde, iş yerinizde durumlar var mı?
- 6) Şu anda diyabet sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Tedaviye bağlı komplikasyonlar var mı?
- 7) Diyabet tedavinizden biraz bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Neler önerildi?
- b. Neler yapmanız gerekiyor?
- c. Sigara-alkol kullanımı (daha önce kullanıyor muydu, bırakıldı mı)
- d. Egzersiz
- e. Beslenme
- f. İlaç/insülin kullanımı
- g. Kan şekeri ölçümü

- 8) Tedaviye uyum gösterme konusunda kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 9) Sizce kan şekerinizi neler olumsuz etkiliyor? Neler iyi geliyor?
- 10) Günlük hayatta şeker kontrolü ya da diyet yapmayı engelleyen, sosyal hayatınızda, evde, iş yerinizde durumlar var mı? (varsa) Bunlardan bana biraz bahseder misiniz?
- 11) Diyabetinizi çok olumsuz etkilediğini bildiğiniz ama vazgeçemediğiniz alışkanlıklarınız var mı? Varsa- neler? Niye vazgeçemiyor? Vazgeçmeyi hiç denemiş mi?
- 12) Günlük hayatta şeker kontrolü ya da diyet yapmayı kolaylaştıran, sosyal hayatınızda, evde, iş yerinizde durumlar var mı? (varsa) Bunlardan bana biraz bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için;

- a. Diyabetinizi kontrol etmenizde size çok yardımcı olacağını bildiğiniz ancak bir türlü fırsat bulup hayata geçiremediğiniz şeyler var mı?
- b. Varsa neler?
- c. Neden hayata geçiremiyor?

- 13) Benim sormadığım ama sizin bahsetmek istediğiniz bir şey var mı?

### 3.3 ANALİZ SÜRECİ

Bu araştırmada Tematik Analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, niteliksel bilgiyi kodlama süreci olarak tanımlanmaktadır. Analizde amaç veriden elde edilen bilgilerdeki ortak örüntüleri bulmak ve temaları listelemektir (Attride-Stirling, 2001; Braun ve Clark, 2006; Vaismoradi, Turunen ve Bondas, 2013). Tematik analizin veriye dayalı kodlama ve teoriye dayalı kodlama gibi çeşitleri bulunmaktadır (Braun ve Clark, 2006). Bu araştırmada veriye dayalı kodlama yöntemi kullanılmıştır. Veriye dayalı kodlama, literatürdeki teorileri ve araştırmacının önyargılarını dikkate almadan, sadece veriden çıkan temalar incelenerek yapılmaktadır (Braun ve Clarke, 2006). İlk olarak yapılan görüşmelerin ses kayıtları deşifre edilmiştir. Daha sonra transkripsiyonların cümle cümle kodlaması yapılmış (Tablo 2) ve temel olarak ortaya çıkan başlıklar metinden seçilip örnekleriyle bir tabloda toplanmıştır. Ardından katılımcılar arasında

ortaklaşan ve farklılaşan temalar belirlenmiştir. Ortaklaşan alt temalar ana temalar altında toplanmıştır. Temelde iki ana tema ve beş alt tema ortaya çıkmıştır. Temalar arasındaki bağlantılar incelenmiştir. Bütün bu süreçlerde gerekli görüldükçe daha önceki aşamaları dönüş yapılmıştır.

Tablo 2-Kodlama Örneği

Alıntı	Kodlama	Tema	Üst Tema	Ana Tema
“Yani aşırı huzursuzdum ama oldu mu, ondan olur mu bilmiyorum artık yani. Genelde bu genetik aile yapısından da kaynaklanıyor. Çünkü aile aynı tip yemek, beslenme şekli olduğu için ailede.”	Bir olasılık olarak huzursuzluk  Atf: Genetiğin etkisi  Atf: Ailenin beslenme tipi	Atfedilen sebepler	Teşhisin deneyimlenmesi	Diyabetin öznel deneyimi

## BÖLÜM 4. BULGULAR

Görüşmelerin nitel analizi sonucuna göre iki ana tema belirlenmiştir. Birinci ana tema, diyabetin katılımcıların gözünden ne anlama geldiği ve nasıl deneyimlendiğini tanımlamaktadır ve “Diyabetin Öznel Deneyimi” olarak adlandırılmıştır. İkinci ana tema ise diyabetin katılımcılar tarafından nasıl düzenlenebildiğine ve düzenlenemediğine işaret etmektedir ve “Diyabetin Düzenlenmesi” olarak adlandırılmıştır.

### 4.1 DİYABETİN ÖZNEL DENEYİMİ

Diyabetin öznel deneyimi ana teması, katılımcıların diyabet hastalığı ile ilgili tanımlamalarını, teşhisi nasıl deneyimlediklerini, teşhise verdikleri ilk tepkileri, hastalığa atfedilen sebepleri ve hastalığın etkilerini kapsamaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Diyabetin Öznel Deneyimi Alt Temalar

1. Tanımlar
2. Teşhisin Deneyimlenmesi 1. Önbelirtiler 2. İlk tepkiler 3. Atfedilen sebepler
3. Hastalığın etkileri 1. Kan şekeri düşüş ve yükselişinin etkileri 2. Sinirlilik ve stres

#### 4.1.1 Diyabeti Tanımlamak

Katılımcılar hastalığı olumsuzlama eğilimindedirler. Hastalığı tanımlarken özellikle yiyebildiklerine getirdiği sınırlılıklar ve sağlıklarına verebileceği zararlara gönderme

yapmışlardır. Bu bağlamda diyabet kısa vadede gündelik hayatı kısıtlayan uzun vadede ise yaşamı tehdit eden bir problem olarak deneyimlenmektedir.

“Ayşe: Bir hırsızlık hastalığı.

Araştırmacı (A): Hırsızlık hastalığı. Biraz açarsak bunu..

Ayşe: Şimdi ee gidiyorsunuz bir yere önce iğnenizi, insülininizi yapmak zorundasınız. Ee o masada yemekte bir sürü şeyler yapıyorsunuz, görüyorsunuz ama siz de yemek istiyorsunuz, tatmak istiyorsunuz. Bazen kenarından köşesinden alayım diyorum, o zaman da ölçüyü kaçırmış oluyorsunuz” (Ayşe)

“Perhiz hastalığı” (Burak)

“Nalet bir hastalık...Pis bir hastalık...Yani bana göre benim yaşantımda olan insanlar için pis bir hastalık. Eee ben yüzyılın en mikrop, kanserden sonra en mikrop hastalığı diyeceğim yani öyle diyorum.” (Arda)

“Çok ciddi bir hastalık aslında. Çok ciddi. Çok dikkat edilmesi gereken bir hastalık” (Mert)

“Çok kötü bir hastalık. İnsanı günden güne yiyen bir hastalık” (Filiz)

## 4.1.2 Teşhisin Deneyimlenmesi

### 4.1.2.1 Önbelirtiler

Katılımcılar için hastalığın nasıl fark edildiği/ teşhis edildiği diyabet anlatılarında önemli bir yer tutmaktadır. Katılımcıların, Cenk, Merve ve Burak'ın, başka bazı tetkiklerden geçerken diyabet oldukları fark edilmiştir. Bu tetkikleri gerektiren şikayetler arasında baş ağrısı, sık idrara çıkma ve ayak ağrısı üzerinde durulmuştur. Filiz normal, rutin kontrolden geçerken teşhis almıştır. Mert ise bazı diyabet belirtileri yaşadıkdan sonra doktora gitmiş ve teşhis almıştır. Bu bağlamda katılımcıların anlatıları, her birinin şeker hastalığının ön belirtileri ile ilgili bilgilerinin olmadığına işaret etmektedir.

“İşte baş ağrısı oldu, ayaklarım ağrıdı. Doktora gittim çıktı ortaya.” (Cenk)

“İlk teşhisimiz, tahlil yaptırmıştım. Biraz kiloluydum, rejim yapayım diye. Tahlillerimde çıktı. Ben onu kabullenmek pek istemedim.”(Merve)

“Bende bir takım şeyler başladı işte ter tipi şeyler, böyle güçsüzlük, işte yani bir takım şekerin stres belirtilerinden. Onun üzerine ben bir arkadaşıma danıştım. O da tesadüfen bizim bulunduğumuz yerin devlet hastanesinde şeker diyabet bölümüne bakıyordu. Sen gel ben sana dedi bir test yapayım dedi. Gittim ben ona test yaptı, sen diyabet şey erken diyabet hani bu gizli şeker galiba seninki dedi. Yükleme yapıldıktan senin kontrol edilmesi lazım dedi. Yükleme burada yaptırdım, orada yaptırmadım tabi, ilaçlara da bu arada başladım.” (Mert)

“Teşhisi, böbrek taşı düşürmüştüm. Böbrek taşında fark ettim, yani daha önce fark etmedim” (Burak)

“Ya esasında şöyle ben hamile kalmadan önce işte doktora gittim. Benim o zaman şekerim 133 çıkmıştı açlık kan şekerim. Sonra işte bir doktora gittik. Doktor dedi ki biz 125'in üzerindeki şeylere ee şeker ölçümlerine biz diyabet başlangıcı diye diyabet diye şey yaparız dedi” (Filiz)

#### 4.1.2.2. İlk Tepkiler

İlk tepkiler, katılımcıların teşhislerini ilk öğrendikleri zaman verdikleri tepkileri içermektedir. Bu temada, şaşkınlık, üzüntü yaşandığından, yaşamları üzerindeki kontrolü kaybettiklerinden, yaşamın anlamsızlaşmasından duydukları endişeden bahsedilmiştir. Diğer taraftan, herkesin şaşkınlık yaşamadığı, özellikle ailede diyabeti olan kişilerin duygusal tepkilerinin farklılaştığı görülmektedir:

“Bilmiyorum ki. Şaka gibi geliyordu bana... Şaşırdım. Şeker yemem. Şeker, tatlıyı sevmem.” (Cenk)

“Vallahi ailede olduğu için çok bir şaşkınlık yaşamadım. Rahat bir şekilde kabullendim. Bundan sonra bu şekilde yaşayacağım diye kendimi ona göre şartlandırdım...Yok bir şey olmadı (tanı aldığı zaman). Neden, çünkü ailede var olduğu için onlardan alışkınım. Günün birinde bu benim de başıma gelebilir diye aklımdan geçirmiştim..” (Ayşe)

Katılımcılardan Efe diyabet teşhisi almış olmasının ve bu hastalığın nasıl bir hastalık olduğunu bilmeyişinin kendisinde büyük bir üzüntü yarattığından bahsetmiştir:

“...şeker hastalığını büyük bir şeyle karşıladım, üzüntüyle karşıladım daha doğrusu... Ben hakikaten bir üzüntü yaşadım yani çünkü şeker hastalığını bilmiyordum. Şeker hastalığı hakkında da bilgim de yoktu. Diyabet 1, diyabet 2'nin ne olduğunu bilmiyordum. ”

Hastalığın getireceğini düşündükleri sınırlılıklar, üzüntünün sebebi olarak görülmektedir. Yaşamı üzerindeki kontrolü kaybetme, özgürlüklerinin kısıtlanması ve bunlar sebebiyle de yaşamın anlamsızlaşacağından bahsedilmiştir:

“Bu yasaklamalar çıktığı zaman ben şimdi zannediyorum efendim hiç bir zaman et yemeyeceğim, hiç bir zaman mangal yapamayacağım. Mesela hayal ediyordum işte doğal bir ortama gittiğim zaman işte doğal bir hayvanı işte kesip işte böyle fırında mesela o etleri falan cızbız yapıp eş dostla böyle yemek falan. Onları yapamayacağımı, artık hayal olduğunu falan, öyle bütün yani yaşıntınızın eee tamamen kontrol altına geçeceğini, bunu yapmadığın zaman da

her zaman sağlığınızdan bir Şey kaybettiğini bilin, bileceksiniz gibi böyle bir Şey. Devamlı hayatınız bundan sonra üzüntülü geçecek gibi böyle bir endiŐe ierisindeiniz. Yani artık yani yaŐamanın bir anlamı yok, ondan sonra hatta Şekerin ileriki yıllarda ee cinsel hayatınızı da yaŐamanızı etkileyeceğini düşünüyorsunuz. O zaman diyorsunuz yaŐamanın anlamı ne, fark ne gibi böyle bir üzüntü içerisine giriyorsunuz.” (Efe)

Diğer taraftan teşhis sonrasında yaşanan bu endiŐelerin ortadan kalktığı, diyabetin “korkulduğu kadar” sıkıntılar yaŐatmadıđı ifade edilmiştir:

“Ama daha sonra tabii ki bakıyorsunuz ki onların hiçbir tanesini siz kontrol ettiğiniz zaman, dikkat ettiğiniz zaman bunlar olmuyor.... hatta gerektiğinde yani et de yiyorsunuz, gerektiğinde Şey de yiyorsunuz. O kadar korkulduğu kadar deđilmiŐ diyorsun.” (Efe)

#### 4.1.2.3. Atfedilen Sebepler

Kronik hastalığı olan insanlar, hastalıklarının sebeplerini çoğunlukla stres, kaygı, gerginlik, çok çalışma ve yaşam olaylarına bağlamaktadırlar (Darr, Astin, ve Atkin, 2008; French, Maissi, & Marteau, 2005; Gomez-de-Regil, 2014; Reges, ve ark., 2011; Salander, 2007). Hastalık baŐladıktan sonra hastalar, hastalıklarını bilişsel ve duygusal olarak anlamlandırmak istemekte kendi medikal bilgilerini (doğru ya da yanlıŐ), daha önceki deneyimleri ile birleŐtirmeye çalışmaktadırlar. Hastalıklarının nedenini neye atfettikleri bu noktada önem kazanmaktadır. Çünkü bu atıflar hastalıkla baş etmelerini olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gomez-de-Regil, 2014).

Diyabetin gelişme sebebi için katılımcılar farklı nedenler üzerinde durmuŐlardır. Bu nedenler kalıtımsal olarak katılımcıların risk taŐıyor olması, üzüntü, kilo, stres, Şehir hayatı ve beslenmedir. Bazı katılımcılar bu nedenlerin biri üzerinde durmuŐ, bazıları ise birden fazla faktörün etkileŐimi sonucunda hastalandıklarını belirtmişlerdir.

“Ailemden, derler ya anne baba yani genetik. Genetiktedir bence, evet.” (Arda)

“Birincisi irsi, babamda vardı çünkü. Babamdan öncekilerde de olduğundan eminim yani. Ama anlatmadı babam ayrı. Ondan sonra ikincisi, ee tatlı ve Şekerle aram çok çok iyiydi. İnanılmaz derecede tketebiliyordum yani. Rahat rahat, hiç dikkat etmeden. Oturur, bir oturuŐta mesela oturuyorsun bir porsiyon yiyorsun ama yok olmadı getir bir porsiyon daha gibi. Çünkü doymuyorsun ona. O seni Şey yapmıyor, kesmiyor falan. O Şekilde. Yani dikkat etmeme oldu bazı Şeylere.” (Mert)



“Yani aşırı huzursuzdum ama oldu mu, ondan olur mu bilmiyorum artık yani. Genelde bu genetik aile yapısından da kaynaklanıyor. Çünkü aile aynı tip yemek, beslenme şekli olduğu için ailede.” (Burak)

Dikkat çeken noktalardan biri, katılımcıların bedensel hastalıklarını psikolojik sıkıntılara da atfediyor oluşlarıdır. Yani hastalığın sebebini olumsuz yaşam olayları ve bunların sonucunda yaşanan üzüntü ve stresle ilişkilendirmişlerdir. Buna ek olarak, fizyolojik bir zemin olduğundan ve psikolojik tetikleyiciler olduğundan da bahsedilmiştir:

“Şimdi, ee teşhis, ilk önce benim annem rahatsızlanmıştı, hastalanmıştı. Bir beyin ameliyatı geçirmesi gerekiyordu. Annemin hemen o anda da bu beyin ameliyatı bir herhalde hastaneye yatırdık. Onun ameliyat olması çok üzmüştü. Önemli bir ameliyattı. O üzüntüden sonra kendimde değil de gece sık sık eee idrar yani şeye gitmem gerekti. Ondan sonra ben bunu sabahleyin iş yeri hekimimize geldiğimizde bir şekerini ölçtürelim dedi. Ve o anda o şekerimizi ölçtürdüğümüzde 160 gibi bir değere ulaşıldı. Tabii ki bunun herhalde sende bir şeker başlangıcı olabilir, ondan önce çünkü şekerimi ve bazı tahlilleri yaptırıyorduk. Her şey normaldi. İşte bu üzüntüden sonra işte eee meydana geldi.” (Efe)

“Ailemden çevremden hepsinden ama öyle ani bir ölümler oldu. Onlar beni çok üzdü. Biraz onlara bağlıyorum. Biraz da kiloya bağlıyorum. Veya genetik, aileden gelen bir şey olabilir. Mesela annem babam akraba evliliği yapmışlar. Teyze çocukları. Ama onunla ilgisi yok diyorlar. Üzüntüyle olmuş olabilir diye düşünüyorum.” (Ayşe)

“Bilmiyorum. Vallahi tatlıyı sevdiğimden midir, nedir bilmiyorum yani. Ama bunun şeyle stresle de ilgisi var, üzüntüyle de. Çünkü 2000-2010 arası çok stresli bir ortamda çalıştım ben burada. Yani o arada bir genel müdürümüz vardı. Yani %90 o araların bir tetiklemesi olabilir yani. Onu da biliyorum yani. Çünkü çok huzursuzdum. İş yerinde çok huzursuzdum. (Burak)

“Bilmiyorum belki çok stresli bir ortamda çalışıyordum. Yani, ama ben diyorum ki sıkıntı üzüntü yani... Annemin işte tam vefat etmesi, bu arada yoğun yaşadığım için kabullenmem zor oldu onun vefatını. İşte o üzüntü artı işte dediğim gibi günde 3 tane kutu kola içmem belki.” (Merve)

Bu anlatılarda altı çizilmesi gereken nokta gerek genetik mirasın gerekse stresli yaşam olaylarının katılımcıların kontrollerinin dışındaki durumlar olmasıdır. Diğer bir deyişle onları hasta eden faktörler karşısında görece pasif hissettikleri anlaşılmaktadır. Katılımcılardan sadece biri hastalığın sebebini beslenme ve kiloya bağladığından bahsetmiştir. Bu anlatıda Filiz Hanım hastalığını tetikleyen faktörler üzerinde daha fazla kontrol hissine sahip görünmektedir. Aynı zamanda, kilo üzerindeki bireysel kontrole

vurgu hastalığın ortadan kalkacağı ile ilgili bir beklentiye de işaret etmektedir. Ancak bu beklenti aktif bir hastalık yönetimini beraberinde getirmemekte, değiştirilebilir bir faktöre atıf yapılması bu durumun değiştirildiği anlamına gelmemektedir. Filiz Hanım'ın kilo verdiği takdirde şekerinin normale döneceği şeklindeki beklentisinin kilo vermesini sağlamadığı, sadece bu umudu canlı tuttuğu görülmektedir:

“Hamilelik şekeri diye tahmin edildim ama kilo vermekle alakalıydı benimkisi. Hala da öyle hani kilo vermekle. Ben kilo verdiğim zaman benim şekerim normale gelecek diye hep söylüyorlar doktorlar da hani. (...) Yani gidecek dediğim minimize olacak. He tamamen vücudundan yok olmayacak ama senin dikkatine bağlı demişlerdi.” (Filiz)

### 4.1.3. Hastalığın Etkileri

#### 4.1.3.1. Kan Şekeri Düşüş ve Yükselişinin Etkileri

Katılımcıların diyabet deneyimlerinin önemli bir parçası kan şekerindeki düşüş ya da yükselmelerdir. Bu düşüş ve yükselmeler diyabetin en zor durumlarından. Özellikle düşüş deneyimini hayatı tehdit eden bir durum olarak algılamaktadırlar.

Kan şekeri yükselince yaşanan semptomlarla ilgili daha çok ağız kuruluğu, dilin sertleşmesi ve kalınlaşması, uyku hali, su ihtiyacı, vücut ısısının artması, sık idrara çıkma ve başta uyuşma hissi yaşadıklarından bahsetmişlerdir:

“Mesela işte nasıl anlıyorum çıktığını, uyku, esneme başlıyor.” (Merve)

“O zaman vücut kimyam değişiyor. Çok farklı oluyorum. O zaman daha böyle bir değişik böyle bir yani kulağına şey yapar gibi. Uğultu hani gelir de başım ağrıyor dersin, bilmem ne onun gibi. Vücut kimyanı anlıyorsun. Nasıl tarif edeyim size? Mesela vücut sıcaklığı çok yükseliyor. Bende mesela vücut sıcaklığımı yükseltiyor. Bir anda ben kendimi daha böyle bir sıcak hissetmeye başlıyorum. Su ihtiyacı hissediyorum. ondan sonra da su, hemen yapıyorum suya.” (Mert)

“Direk ayağıma reaksiyon veriyor. O anda kaşınmaya başlıyor. Bakıyorum şekerim yükselmiş. Yani öyle bir şey kaldı yani ölçüm yapmama gerek kalmıyor. Bir de yani şekerim yükseldiği zaman o beyindeki fonksiyonlar direk etkileniyor, direk uyku hali geliyor. Bütün o şeker yükselmelerindeki şeyler muhakkak oluyor. Ağız kuruluğu oluyor zaten, ondan sonra gece sık idrara çıkma oluyor. Ee beyin tamamen uyuşuyor böyle uyuşmuş gibi oluyor, çarkıfelek gibi oluyor diyorum ben ona. Ondandır maalesef onlar oluyor yani.” (Filiz)

Katılımcılar için kan şekerinin düşmesi şekerin yükselmesinden çok daha zorlayıcı bir deneyimdir. Kan şekeri düşüşünü katılımcılardan ikisi “korkunç” ve “sarsıcı” olarak tanımlamışlardır. Kan şekeri düşüşünün hayatı tehdit eden bir durum olduğuna ve şekerin çıkmasının daha tercih edilir bir durum olduğuna vurgu yapılmıştır:

“Ama düşüş yaşadım korkunç. Kan şekerim düştü. Ama çok korkunç bir şey yani. Keşke şekerim çıksa da düşmese. Yani sabah normal kahvaltı etmişim. İşte öğlen yemek yememişim, dışarıdaydım. Tabii uzun bir açlık oldu. Ondan sonra, sadece böyle tepemden aşağıya bir ter olduğunu, elimin ayağımın titrediğini ve o anda gözümün hiçbir şey görmediğini, sanki bayılacağım bir şey olur. Hiç de başıma gelmemişti.” (Merve)

“Çünkü insülin beni ciddi sarsıyordu. Bir gece uykuda uyurken böyle kendimi kötü hissettim. Bir uyanım ki şekerim 50'ye düşmüş. Yani Allah korusun o an uyanmasam, eşimi uyandırdım lütfen kalk dedim bana dedim bir şey oluyor dedim... Uyandıgımda çünkü zaten böyle titriyordum içimin titremesi o uyku anındaki şekerin düşüşü çok kötü bir şey. Uyanamazsanız gidersiniz yani Allah korusun. Yani o insülinde öyle bir şeyim oldu.” (Filiz)

#### 4.1.3.2. Sinirlilik ve Stres

Görüşmelerde sinirlilik ve strese hem tetikleyici rolü atfedilmiş hem de diyabetin bir sonucu olarak ele alınmıştır. Özellikle şekerin yükselmesi ile ilişkilendirilen sinirlilik hali katılımcılar tarafından nedenin sonuca sonucun nedene dönüştüğü bir deneyim gibi tarif edilmektedir:

“Efe: Şimdi bazen artık şeker olduğu zaman insan sinirleniyor yoksa sinirlendiğimiz zaman mı şeker yükseliyor yani....

Araştırmacı: Sanki bir kısır döngü...

E: Bir kısır döngü gibi evet. Bunu da bildiğimiz için herhalde sinirlenirsek yani böyle bir şeye şeker yükselecek. Veyahut da şekeriniz yükseldiğiniz için sinirlendiğiniz için bunu bir dengede tutmaya çalışıyoruz, ikisini de yapmamaya gayret gösteriyoruz.” (Efe)

“İşte bazen yiyeceklerime dikkat edebildiğim, bazen edemediğim. Eee şey yani çok şeyleri canınız çekiyor ama yememek için direniyorsunuz. Sabır ediyorsunuz. Bazen de çok sinirli oluyorsunuz. Aşırı sinirli oluyorsunuz.” (Ayşe)

“Şimdi şekerimin mesela bazen beni çok sinirli yaptığı zaman da oluyor. Hissettim. Birden bire kızmaya başlıyorsun. Birden bire feveran ediyorsun şeye, sonra oturuyorum. Bir bardak su içiyorum veya hemen bir çay, içine bir parça şeker atıyorum. şey yapıyorum. Düşünüyorsun yahu ben bunu niye yaptım, büyük bir ihtimalle şeker diyorsun. Beni bu hale o getiriyor. Ki doğru.” (Mert)

## 4.2. DİYABETİN DÜZENLENMESİ

İkinci ana tema katılımcıların diyabeti düzenlemesini içermektedir. Bu ana temanın alt temaları bedenin düzenlenmesi, diyabetle baş etmede zorluklar ve kolaylaştırıcı faktörlerden oluşmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Diyabetin Düzenlenmesi Alt Temalar

1) Bedeni düzenlenmesi (regulation)	2) Diyabetle baş etmede yaşanan zorluklar	3) Kolaylaştırıcı faktörler (Destek kaynakları)
1. Kan şekeri düzenleme ve ölçüm	1. Kabullememe 1. Yaşanan ikircikli (ambivalent) durumlar 2. İnkar 3. Yemekten zevk alma 4. Kaçamaklar 5. Kısıtlanamama 6. Belirti yokluğu	1. Hayır diyebilme
2. Beslenme • Perhiz • Alternatif beslenme	2. Gündelik hayattaki zorluklar	2. Kabullememe
3. Egzersiz		3. Eş desteği
4. Akut durumlarla baş etme		4. Sosyal karşılaştırma yapma

### 4.2.1. Bedenin Düzenlenmesi (regulation)

Diyabet bedensel bir takım düzenlemeler gerektirmektedir. Kişinin kan şekeri olması gereken aralıkta tutabilmeleri için beslenme şekillerine dikkat etmeleri, egzersiz yapmaları ve düzenli olarak kan şekeri ölçümü yapmaları gerekmektedir (Taşkın, 2006; Bazzano ve ark., 2005). Bunu sağlayamadıkları bazı durumlarda ise şekeri tekrar dengeleyebilmek için kendilerine bazı akut müdahalelerde bulunmaktadır.

Bedenin düzenlenmesi alt temasında katılımcılar kan şekeri düzenleme durumlarından ve ölçümlerden, beslenme şekillerinden, egzersiz yapmalarından ve akut durumlarla nasıl baş ettiklerinden bahsetmişlerdir. Ölçüm yapmadan şekerlerini

anlayabildiklerini, kan şekeri değerine göre beslenmeye çalıştıklarını, kilo ve beslenmenin şekerle bağlantılı olduğunu ve kan şekerini dengelemek için bitkisel destek almaya çalıştıklarını vurgulamışlardır.

#### 4.2.1.1. Kan Şekeri Düzenleme ve Ölçümü

Kan şekeri ölçümü, şekerin olması gerektiği aralıkta olup olmadığını kontrol etmek amaçlı yapılan ölçümlerdir. Ölçme sıklığı kişiden kişiye değişebilmektedir. Tip 2 diyabeti olan hastaların sabit bir şeker düzeyine ulaşmış olanlarında ölçüm sıklığının az olmasında bir sakınca olmadığı düşünülürken (haftada birkaç kez gibi), kan şekeri düzeyinde iniş-çıkışlar olan hastaların ise daha sık ölçüm yapmaları önerilmektedir (Benjamin, 2002).

Katılımcılardan sadece biri düzenli ölçüm yaptığından bahsetmiştir. Bu katılımcı günde iki kere ölçüm yaptığını ve kan şekeri ölçümü ile beslenmesini düzenlediğini vurgulamıştır. Katılımcı kan şekeri sınırlarının kendisini nasıl etkilediğinden ve hangi sınırdan nasıl davranması gerektiğinden bahsetmiştir:

“Evet yapıyoruz. Devamlı yaparım ben kan şekeri ölçümünü. (...). Mesela şöyle yaparım; şimdi eve gittiğim zaman mesela öğle yemeği yiyorum, eve gittiğim zaman gündüz kan şekerimi ölçerim. Bir bakıyorum 80-90 falan oluyor. Akşamleyin tabi ona göre bir yine kendi gıdayı ona göre alırım. Baktım düşükse biraz kaçamak yaparız mesela meyveyi biraz fazla çıkarırım genellikle. O zaman sabahleyin bakıyorsun işte 120 olursa seviniyoruz. İyi oluyor diyoruz. Hatta 130 da bize biraz şey yapmıyor yani. Ama 140 falan olduğu zaman aa sen biraz 120-130'ların üzerine çıktığın zaman sınırimi biraz aşmışım, biraz kendimizi frenliyoruz yani.” (Efe).

Ayrıca katılımcılardan ikisi kan şekeri ölçümü yapmalarına gerek kalmadığından, şekerin yükseldiğini vücutlarının verdiği tepkiden anlayabildiklerinden bahsetmişlerdir:

“Mesela şekerimin çıktığını ben anlıyorum. Nasıl anlıyorum? İşte dilimden anlıyorum. Dilim böyle sabah kalktığımda sanki ağzıma sığmıyor, kalınlaşıyor. Sert böyle. Anlıyorum onu yani.” (Cenk)

“Mesela işte nasıl anlıyorum çıktığını, uyku, esneme başlıyor. İşte bir ölçmüyorum yani ben kendi vücudumu biliyorum.” (Merve)

#### 4.2.1.2. Beslenme

Beslenme, diyabet hastalığında en çok dikkat edilmesi gereken alandır. Her besinin kendine ait glisemik yükü ve glisemik indeksi vardır. Glisemik yük; besinin oluşturduğu insülin ihtiyacı ve yanıt seviyesidir. Glisemik indeks ise karbonhidratlı besinin belirli bir süre sonra kan şekerini yükseltebilmesidir. Bazı yiyecekler daha çabuk kan şekerini yükseltirken, bazı yiyecekler daha yavaş yükseltmektedir. Bu nedenlerle diyabet hastalarının beslenmelerine dikkat etmeleri gerekmektedir (Akbulut, Çiftçi, Mercanlğıl, & Yıldız, 2008)

##### 4.2.1.2.1 Perhiz

Perhiz yapmak diyabet hastalarının hayatında önemli bir yere sahiptir. Hastalar hastalıklarının seyri boyunca gerekli olan beslenme şeklini öğrenmeli ve buna uyum sağlamalıdır (Dinççağ, 2011; Tümer, ve Çolak, 2012). Katılımcılardan ikisi şekerlerini dengede tutmak için dikkatli beslendiğinden bahsetmiştir. Yiyecekleri besinlerin hangilerinin şekerini yükselteceğini hangilerini tercih etmeleri gerektiğini bildiklerini vurgulamışlardır. Bu şekilde kan şekerlerini dengede tutmaya ve düzenlemeye çalıştıklarını öne sürmüşlerdir:

“Ben zaten tatlıyı çok severdim. Mesela şunda da yemekten önce tatlıyı yerdim, ondan sonra yemekleri yerdim. Burada da öyleydi. Ama bıraktım şimdi, hepsini bıraktım. Yemiyorum yani. Çok dikkat ediyorum...Çünkü bana dedi şekerin yüksek deyince ben direkman şekerini bıraktım, işte pilavı yedim, işte pirinci bıraktım, bulgur yemeye başladım, makarna yemeye başladım. Çünkü pirinçte şeker oranı yüksek. Kavun mesela eve hiç almadım. Kavunda çok yüksek, üzümde yüksek. Üzümde mesela normal siyah üzüm alıyorum, en iyisini alıyorum, az alıyorum. Az yiyorum, yani 2-3 tane yiyorum. Ne bileyim, kiraza hiç sarılmıyorum. Kirazda mesela çok var demişti profesörle görüştüğümde. Bu meyvelere dikkat et demişti annem için. Oradan bildiğim için ona göre kendim uygulamaya çalışıyorum yani.” (Burak)

“Adam et yemeği yapmış yanında kızarmış patates veriyor. Ee ne bileyim püre veriyor, ne bileyim yani bunun gibi şeyler. Ya da patates yemeği yapıyor. Onları düşünmüyorlar. Ama biz, ben onları yememeye çalışıyorum genelde. Geldiği zaman patatesi itiyorum mesela böyle kenara ki kalsın. Ona dikkat ediyorum çok.” (Mert)

Beslenme ve diyabet ilişkisi ile ilgili olarak, katılımcılar daha çok kilonun şekerle doğru orantılı olduğunu düşünmektedirler:

“Şimdi biz tabii ki tedaviye uyum konusunda ee uymaya çalışıyoruz. Çünkü önce kilo almamaya gayret gösteriyoruz. Kilo alacak yiyeceklerin de zaten genellikle, kilo alan kilo veren yiyeceklerin de şekeri de yükselttiğinin bilincinde olduğumuz için bunu aşağı yukarı almamaya gayret gösteriyoruz.” (Efe)

“Kilo vermemin de faydası olduğunu düşünüyorum (şekerin normal sınırlara gelmesinde).” (Merve)

#### 4.2.1.2.2 Alternatif beslenme

Bazı katılımcılar şekerlerini dengeleyebilmek için bitkisel destek kullandıklarından bahsetmişlerdir. Bu anlatılarda bir arayış içinde oldukları görülmektedir. Diyabetlerine iyi gelebilecek her şeyi deneme eğilimindedirler:

“Bak mesela beslenmede karayemiş en güzel ilaç. Benim burada (işte) var hep dolapta. Herkese veririm. Abime ablama şeker hastası olan herkese veririm yesinler diye. Tadı ekşimtrak, şekeri dengeliyor bayağı. Salatalık da iyi diyorlar. Ne bileyim ya. Herkes bir şey diyor. Şimdi abim bir şey verdi bana. Elmanın küçüğü. İsmi internetten öğrendim, hatırlamıyorum şimdi. Evde dolapta duruyor. İyi geliyor dediler. Onu yeni buldum işte.” (Cenk)

“Mesela ben mesela her sabah süte 3 kaşık tarçın koyup içerim. Aç karnına içiyorum. Sonra da ilaçlarımı alıyorum. Bir ara 1 hafta boyunca bamya suyu içtim. Şey yani akşamdan kesiyorsun bamyayı suya koyuyorsun 2 tane, sabah da içiyorsun yani. O da düşürüyor şekeri diyorlar. Mesela ama sümük gibi bir şey yani. bir de yer elması yedim ama onu kestim sonra. Tabii yani tabii ben sürekli içmiyorum onları. Ara sıra da yani arada yapıyorum.” (Arda)

#### 4.2.1.3. Egzersiz

Egzersiz, diyabeti olan hastalara önerilen en temel uygulamalardan biridir. Görüşmelerde de bir alt tema olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcıların bazıları egzersiz olarak yürüyüş yaptıklarından bahsetmişlerdir; ancak anlatılar sistemli bir egzersiz düzenleri olduğuna işaret etmemektedir. Bazı katılımcılar ise önerilmesine rağmen egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir:

“Egzersiz yapıyoruz ama şimdi egzersiz yapmak da şöyledir; genellikle işimizi oturarak yapmaya uygun bir iş olduğundan, izni oturarak kullanmıyorum. Genellikle dolaşırım daha ziyade dolaşımım için. Mesela haftada 2-3 gün eee yürüyebiliyorum. Yani imkanlar oldukça yürüyorum yani. Bunu önceleri bu şeker rahatsızlığı işte şeyini aldığımız zaman daha çok yürüyordum yani. Her gün aşağı yukarı 1 saat falan böyle bir yürüyüş yapıyordum. Şimdi bu yürüyüşün çok faydası olduğuna inanıyoruz yani.” (Efe)

“Yürüyüş yapıyorum. Şöyle yapıyorum, bir yere gideceğim zaman arabaya binmiyorum veya metrobüse binmiyorum, yürüyorum. Bayağı yürüyorum ben

2-3 km falan yürüyorum. Onun çok faydasını da görüyorum. Yürümenin faydası bayağı var yani. Mesela ben Ataşehir'e giderken (Kozyatağı'nda oturuyor) eee şey kullanmam, minibüs kullanmam. Yürüyerek giderim Ataşehir'e misal. Göztepe'ye falan binmem arabaya, yürürüm yani. Bayağı yürürüm ben. Şekerimi de dengeliyor. O yüzden benim şekerim, yemezsem eğer tabii.” (Arda)

“Hayır o da (egzersiz) yok, hiç. Yürümeyi de pek sevmiyorum zaten yani fazla yürüyüş de yapmıyorum.” (Merve)

“Tabii, tabii. Egzersiz yani zaten diyetisyene git işte egzersiz yap, bilmem ne yap. Yani onların hepsi bana söylendi. Ama maalesef bende öyle bir şey yok.” (Filiz)

#### 4.2.1.4. Akut Durumlarla Baş Etme

Akut durumlarla baş etme ani şeker düşüş ve yükselişlerinde hastaların bu durumla nasıl baş ettiğini kapsamaktadır. Bu ani şeker düşüşleri ve yükselmeler bedeni yormakta ve zarar verebilmektedir. Bu alt başlıkta katılımcılar şeker düşüş ve yükselişlerini nasıl deneyimlediklerine ve kendilerine nasıl müdahale ettiklerine odaklanmışlardır:

“390'a çıkmış şekerim. Bunu görünce hemen insülinimi yaptım. Bir kase yoğurt yedim. Ondan sonra baktım olmuyor, doğru yürüyüşe. 1,5 saat yürüdüm. 1,5 saat yürüyüşün sonunda eve geldim, ölçtüm 194.” (Ayşe)

“Hemen pastaneye daldım. Yani açma dedim, açmayı adamın elinden aldığım gibi parayı falan ödemedem iki elimle böyle şuursuzca yediğimi hissediyordum ama kendime hakim olamıyordum. Çok şuursuzca yiyordum. Ay ne biçim yiyorum diyorum kafamca ama hakim olamıyorum. Açmayı yiyip, parayı ödeyip çıkmam belki herhalde 2dk falan, bir açmayı 2 dk'da yemiştim yani herhalde. Yani o anda demek ki şekerim çok düştüğünü düşünüyorum. Alet falan yoktu ve ilk defa, daha önce yaşamamıştım.” (Merve)

“Yani işte şeker düştüğünde hemen meyve suyu 1-2 yudum içtin mi o meyve suyu direk kana karışıyor ve direk şeker yükseliyor. Ama mesela ekmek yediğinizde veya bir şey yediğinizde o hemen kana karışmıyor. O yüzden o içsel titremeleri el titremeleri falan devam eder. Kan şekeri hemen düzene girmiyor. O düşmeler tabii ki kötü bir şey yani. Yükselsin ama düşmesin. O çok kötü bir şey. Yani hayatı çok kötü etkiliyor, çünkü kendine gelmeniz uzun yani o günü ölü bir gün diye düşünün. Çünkü kendine gelmeniz o kadar zaman alıyor ki yani o şeker düşüp işte şekeriniz böyle yükselmeye başladığı an böyle kıvrılıp yatıp uyumak istiyorsunuz. Çünkü vücudunuzun toparlaması için enerjiye ihtiyaç var. Yani bir sakinliğe ihtiyaç var. Şeker yükselsin, etkileniyor evet ama düşmeye, düşme kadar değil.” (Filiz)



## 4.2.2. Diyabetle Baş Etmede Yaşanan Zorluklar

Diyabeti olan hastalar, hayatlarının birçok alanını etkileyen bu hastalık ile baş ederken bazı zorluklar yaşamaktadırlar. Baş etmede yaşanan zorluklara dair anlatılar hastalığı kabullen(eme)me ve gündelik hayatta yaşanan zorluklara işaret etmektedir:

### 4.2.2.1. Kabullenmeme

Kabullenmeme alt başlığında yaşanan ikircikli (ambivalent) durumlara, inkar, zevk alma ve kısıtlanamama durumlarına değinilmiştir:

#### 4.2.2.1.1. Yaşanan İkircikli Durumlar

Katılımcılardan Merve hastalığı kabul etme ile ilgili durumu idealize etmekte ve kabul edilmesi gerektiğini savunmakta; fakat kendi yaşamına geçiremediğini vurgulamaktadır. Diğer bir deyişle, söylemsel düzeyde hastalığı kabul ediyor, uygulamaya geçirememektedir. Bu nedenle bir tür çelişki ortaya çıkmaktadır. “Şimdi düzenli ilacımı içiyorum” derken diğer taraftan da “Ama ben onun gibi yaşayamıyorum” diyerek yaşadığı çelişkiyi ortaya koymaktadır. Diyabet hastası olduğunu unutarak belki de yaşadığı bu çelişkiyi azaltmaya çalışmaktadır:

“Aslında diyabet, hastalığı kabul edersen kolay, yaşaması kolay. Yani ee şey yani daha uzun, yani şartlarına uyarsan eğer uzun ömürlü bir hastalık. Ama uyarsan tabii.... Şimdi düzenli yani ilacımı düzenli içiyorum, kabul ediyorum kendimi.... Yani işte diyabet hastası olduğumu kabul etmemem, hayatıma geçiremiyorum. Diyabet hastası gibi yaşamıyorum işte. Yani biliyorum, diyabetin bana neler yapabileceğini yani diyabet hastası gibi yaşasam çok daha uzun ömürlü olabileceğimi biliyorum. Yani ama işte diyabet hastası gibi yaşamıyorum.... Yani diyabet hastalarının benim gibi yapmamaları lazım. Diyabetlerini kabul etmeliler. Yani ben ettim de tabii çok geç. 5-6 seneden sonra ettim. Belki daha bile fazladan. Diyabet hastaları işte diyabet olduklarını kabul etmeli, diyabet gibi yaşamalı. Yaşarsa da uzun ömürlü olacağına inanıyorum. Ama ben onun gibi yaşayamıyorum. Yani, yaşamak istesem de yaşayamıyorum (gülüyor). Çünkü unutuyorum diyabet hastası olduğumu.” (Merve)

#### 4.2.2.1.2 İnkâr

İnkâr, hasta olduğunu yok saymak, sanki böyle bir hastalığı yokmuş gibi gündelik hayatı deneyimleme anlamında kullanılmaktadır. Bazı anlatılarda, katılımcıların hastalığı kendilerine yakıştıramadıkları, kendilerinde bu hastalığın nasıl çıkabildiğine inanmadıkları, ve hasta olduklarını inkar etme eğiliminde oldukları görülmüştür:

“Mesela gözüm; en son 1,5-2 sene önce gittik göz doktoruna. Bana dedi ki sarı nokta başlangıcı olabilir dedi. Ben de amaan git falan dedim, ilgilenmedim. Belki de olabilir. Daha yaşıım şimdi erken hani 56 falan ya, 65'te falan gözüme vurabilir. Bilemiyorum yani (...). Ben şeker hastalığının tam şeyini uygulamam, uygulamam kardeşim. Uygulamayacağım da. Uygulamadı Başak'ın amcası kör oldu. Olsun ne yapayım....Ben şeker hastası olacak bir insan değilim. Oldum o ayrı konu. Ama yaşayamam öyle ben.” (Arda)

“Esasında hani ben bu kendim olarak bakınca, kendim ben bu hastalığı kabullenmiş bir insan değilim. Esasında doktorlar kilo versem geçeceğini söylüyor ama kilo verme gayretinde değilim ama....İşte yani ben çok iyi bir hasta değilim, ben hep söylüyorum zaten gittiğim diyabet doktoru da söyledi, ama ben yine de hasta değilim yani diyorum. Yani baştan beri söylüyorlar ama tabii bana pek fayda etmiyor.” (Filiz)

“İlaçları da kullanmadım. Çok ilacını kullanmayan, işte tatlısını her şeyini yiyen, kafasına göre takılan biriydim. Şöyle böyle herhalde bilmiyorum ama 2-3 sene kullanmadım galiba. Yani şey canımın istediği, ay çok yedim tatlı hadi bir tane içeyim. Yani düzenli ilacını kullanmayan, tahlillerini yaptırmayan biriydim. Ama daha sonra eee tekrar bir tahlilde gene çıkınca bu sefer dedim herhalde ben şeker hastasıyım ve artık kabul edeceğim galiba dedim. (Merve)

#### 4.2.2.1.3 Yemekten zevk alma

Katılımcılar yemekten zevk aldıkları için hastalıklarına uyum göstermede zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Fakat bunu ifade ederken hastalığa meydan okuyormuşçasına bir ifade kullanmışlardır:

“Kötü bir hastalık. Kötü yani. Hiç bir şeyden zevk almıyorsun...3 seneden beri çaya şeker koymamaya çalışıyorum. Hee kahvaltıda, kahvaltı yaparken bak muhakkak 2 şeker atıyorum. Şöyle, zevk almıyorum kahvaltıda, acı geliyor bana. Bunu söylüyorum. Ama bir bardak içiyorum ondan sonra şekersiz içiyorum.... Benim felsefem bu kardeşim. Ben damak tadını alacağım yani.... Ben hayattan zevk almıyorum. Ben niye hayattan zevk almak istiyorum ya. Benim canım biraz sonra, ben saat 7'de kahvaltı edeceğim dedim akşam, canım kahvaltı etmek istedi, ben saat 10'da canım çorba içmek istiyorsa ben gideceğim işkembe çorbamı ya da kelle paçayı içeceğim kardeşim. Aa bu tehlikeli kolesterolüm falan bunu düşünmem yani. Ben, benim yapım bu, ben düşünmem.” (Arda)

“Ben yemek yemekten mutlu olan bir insanım. Bir de yani esasında yemek yemekten mutlu olan ve yemek yemekten zevk alıyorum. Yani hoşuma gidiyor, seviyorum. Sevdiğim yemekleri yapayım, insanlara yedireyim, kendim de yiyeyim.” (Filiz)

#### 4.2.2.1.4 Kaçamaklar

Kaçamaklar alt teması her ne kadar inkar alt temasına benzese de aslında farklıdır. Kaçamak yapma bu hastalığın olmazsa olmazı gibi gözükmektedir. Katılımcılar diyabet hastası olduğunu kabul etmedikleri için de kaçmak yapmakta, kaçamak yaptığı için de diyabet hastası olduğunu kabul etmediklerinden bahsetmektedirler:

“Güzel yemek oldu mu yerim yani. Az yerim yani çok yemem öyle aman aman çok yiyeyim de şişeyim işte. Yapmam yani.” (Cenk)

“Eee eskiden olsa ne bileyim ben 3-4 dilim pasta yiyeceğime, yani pasta türü bir şey yiyeceğime, şimdi 2-3 dilimde bırakıyorum. Bırakmaya çalışıyorum, bazen kaçamak da yapsam. Yani biliyorum ama yaşamıyorum işte. Diyabet gibi yaşamıyorum yani.” (Merve)

Katılımcılardan biri kaçamak yapma durumunu açıklarken sevdikleri şeyler olduğunda alıştikları düzenin dışına çıkabildiğinden bahsetmiştir:

“Ee o masada yemekte bir sürü şeyler yapıyorsunuz, görüyorsunuz ama siz de yemek istiyorsunuz, tatmak istiyorsunuz. Bazen kenarından köşesinden alayım diyorum, o zaman da ölçüyü kaçırmış oluyorsunuz...İşte yemek dediğim gibi bazen kaçamak yapabiliyorum. Ama tatlıya filan hiç düşkünlüğüm yok.” (Ayşe)

#### 4.2.2.1.5 Kısıtlanamama

Diyabet çok düzenli bir hayat gerektiren bir hastalıktır. Kısıtlanmak ya da kendini kısıtlama konusunda zorluk yaşamak hastalığı kabullenmek ve yönetmek konusunda sorun teşkil etmektedir. Ayrıca bir şeyin kısıtlandığında daha arzulanır hale geldiği de vurgulanmıştır:

“İşte akşam üzerine doğru eğer bir şey kaçırmazsam gayet normal gidiyorum. Eve gelirim muhtemelen evde kaçırıyorum...Sürekli kaçamaklar yapıyorum böyle, kaçamaklar yapmak istiyorum. ama bana bırakılsa ben şuanda bunu yemekte özgürüm (poğaçayı gösteriyor). Hiç kimse kısıtlamıyor. Vallahi istemiyor canım. Ama sen bunu yemeyeceksin, sana bu yasak dendiği an direk bende şey diye şu psikolojisi çıkıyor...Yemeyi sevme olayı olabilir, yani kısıtlanmayı yani ben yapı olarak kısıtlanmayı sevmeyen bir yapım var. Muhtemelen ondan dolayı da olabilir. Yani kısıtlanmaya gelemiyorum.... Yani diyorum ya kısıtlanmayı *sevmiyorum*. *Kısıtlanmaya geldiğim zaman o zaman beni stres basıyor.*” (Filiz)

#### 4.2.2.1.6 Belirti Yokluğu

Katılımcılardan bazıları diyabet hastalığında olan belirtilerin kendilerinde olmaması sebebiyle hastalığı kabul etmekte zorlandıklarından bahsetmiştir:

“Ama Şu ana kadar ayağımın altı kaŐınmıyor, ayağım sıcak değil, her Őeylerim normal gidiyor, her Şeyim A'dan Z'ye. Sana söylemek istemediğim Őeylerim de her Şeyim normal gidiyor yani. Hiç kötü Şeyim yok, görmedim Őimdiye kadar. Çünkü benim doktorum da bayan böyle konuŐuyor benimle. Soruyor, hayır diyorum ben çok rahatım. 56 yaŐındayım çok iyiyim diyorum mesela. O da çok iyi diyor. Yani Şeker bana nasıl geldi ben kendime yakıŐtıramıyorum. Yani bana geldiğini, nasıl geldi Şeker, bilmiyorum.” (Arda)

“Vallahi Şimdi ben Şekeri kabul etmememin nedeni o. O kadar yok çünkü. Şekeri baştan kabul edemememin sebebi de oydu. Yani ağzın kuruluk yapar, yok işte sık idrara çıkılır bilmem ne falan hep böyle Şeyler söyleniyor. Ama o belirtilerin hiçbiri bende yoktu. Hiç biri yoktu yani. Ne yle fazla su içiyordum, ne fazla idrara çıkıyordum. Onun için de yok canım ben Şeker hastası olamam diyordum. Onun için de kabul etmiyordum.” (Merve)

#### 4.2.2.2. Gündelik Hayattaki Zorluklar

Diyabet hastaları gündelik hayatta bazı zorluklar yaşamaktadır. Katılımcıların bir kısmı özellikle beslenme ile ilgili yaşadıkları zorluktan bahsederken, bir katılımcı ise egzersiz yapma ile ilgili yaşadığı zorluktan bahsetmiştir. Beslenme ile ilgili olarak özellikle insanların yemeleri konusunda ısrarcı olmaları, iş yerinde diyabet hastalarına uygun yemek çıkmayıŐı ve iş yoğunluğundan ara öğünleri atlamaları konularına vurgu yapılmıştır. Egzersiz ile ilgili zorluk olarak ise hayatın içinde diyabet hastalığına öncelik verilemediği ve bu nedenle egzersiz yapılamadığı üzerinde durulmuştur. Ayrıca katılımcılardan birinin (Burak) neyi yapması gerektiği ile ne yaptığı arasındaki fark dikkat çekicidir.

“Ama evin dıŐında bir yere, bir misafiriłiđe falan gittiđim zaman, tabii orada evimdeki gibi diyabetime dikkat edemiyorum. Bu gerçek. Onun dıŐında evde olduđum zaman kendi yemeđimi kendime göre ayarlıyorum. Tuzsuz, yađ az. O zaman pek fazla olmuyor.... He bir misafiriłiđe gidildiđi zaman ısrarla iŐte Őundan ye, bak yersen bir Őey olmaz diyorlar..” (AyŐe)

“Diyet yapmaya kalksam iş yaŐantım beni zorluyor artık. Çok zorluyor. Ben o bir elmayı yiyecek vakit bulamıyorum artık. Şimdi oradaki çıkan yemekler hiç Şeker hastasını düşünerek çıkmıyor. Yağı da bol, tuzu da bol, ne bileyim ben mesela Şeker hastasının patates yememesi lazım. Adam et yemeği yapmış yanında kızarmış patates veriyor. Ee ne bileyim pre veriyor, ne bileyim yani bunun gibi Şeyler. Ya da patates yemeği yapıyor. Onları düşünmüyorlar.. (Mert)

“ İŞ yerinde, zaten iş yerinde yemek yiyorum. Orada da diyet yemekler yapıldığı için. Müdürüm diyabet hastası olduğu için yapılıyor. ğlenleri gayet güzel gidiyor benim. İŞte akşam üzerine doğru eğer bir Şey kaçırılmazsam gayet normal gidiyorum. Eve gelirsem muhtemelen evde kaçırıyorum. Onun dışında yle. Ya

ara öğünler olmuyor. Yani olamıyor benim hayatımda. Ben yapamıyorum ya da. Çünkü zaten sabah kahvaltımı iş yerinde yapıyorum. Ondan sonra saat 1'e kadarki kısımda zaten yoğun bir koşuşturma olduğu için ara öğün yanımda götürsem bile onu unutuyorum yani. Yeme şansım olmuyor. O şekilde.” (Filiz)

“Topumu da oynuyorum, sporumu da yapıyorum. Spor yapman gerek zaten bu hastalığın da en büyük şeyi spor aslında işin gerçeği ama bu aktivitelerde bulunamıyoruz. Çalışma saatlerimiz fazla, zaman ayıramıyoruz. Haftanın 6 günü çalışıyorum. Bir günlük tatilim var onu da yatarak geçirmek zorundayım. Yani 12'ye kadar uyuyorsun, 12'den sonra ne yapacaksın?...” (Burak)

### 4.2.3 Kolaylaştırıcı Faktörler (Destek Kaynakları)

Bu hastalıkla baş edebilmek ve uyum gösterebilmek için hastaların hem aileden hem de doktorlarından aldığı destek önemli bir yer kaplamaktadır. Bunlara ek olarak kişilerin sosyal ortamlarında insanların ısrarlarına hayır diyebiliyor olmaları, hastalığı kabullenmeleri ve sosyal karşılaştırma yapmaları da hastalığın yönetiminde önemli bir husus olarak ortaya çıkmaktadır.

#### 4.2.3.1. Hayır diyebilme

Katılımcılardan ikisi hayır diyebilmenin, tedaviye uyumu kolaylaştırdığından bahsetmiştir:

“Almıyorum, hayır diyebiliyorum. Bazen burada mesela işyerinde veyahut da dışarıda mesela tatlılar matlılar ikram ediliyor. Veyahut da bir yere yemeğe gidiyorsun, tatlı yiyelim ee bölüşüyoruz yani. Veyahut da çok az alıyorum.” (Efe)

“Diyorum beni zorlamayın yani, bana kesinlikle onu veya bunu önermeyin. İşte bunun şekerini az koydum veya ne bileyim. Yok diyorum, bunları bana vermeyin. Bunları verdiğiniz zaman siz bana iyilik yapacağınıza daha fazla kötülük yapmış oluyorsunuz. Onun için ben kendi istediğimden kendim alayım diyorum. Öyle geçiştiriyorum.” (Ayşe)

#### 4.2.3.2. Kabullenme

Kabullenme, hastalığa ve tedaviye uyum açısından önemlidir. Katılımcılardan biri hastalığı kabullenmenin önemine ve kabullenilmediğinde olabilecek durumlara vurgu yapmıştır:

“Kabullenemediğin takdirde daha da ilerleme şeyleri var. Eee yani çok çabuk ilerleyebilecek cinsten bir hastalık. Yani bunu ben çok ciddi olarak görüyorum

yani aslında.... Vallahi bu hastalığı hakikatten aslında çok ciddiye alınması gerektiğine inanıyorum. Herkese de tavsiye ediyorum. Aman diyorum şekere mi yakalandın dikkat et. Aslında alışırsan çok rahat bir ömür yaşarsın. Alıştıramazsan kendini kısa zamanda ölürsün diyorum yani.” (Mert)

#### 4.2.3.3. Eş desteği

Hayatın birçok alanını etkileyen bir hastalıkla yaşarken, hayatının geçtiği ev ortamında aileden alınan destek hastalıkla baş etme ve kabulde önemli bir yere sahiptir. Erkek katılımcılardan ikisi evdeki eş desteğinin tedavi uyumunu kolaylaştırıcı etkisinden söz etmiştir.

“Bizi zaten biraz o şey yapıyor yani. Şimdi eşim de çok genç yaşta emekli oldu yani. 35 yaşında falan bir emekli oldu o zaman 14 yaşında işe başlamış. Yani orta okulu bitirmiş işe başlamış. Ee 35 yaşında çocuklar da liseye başladığı zaman da emekli oldu yani. O da tabii ki burada yemeğe ağırlık verdi. Güzel yemekler de şey yapıyor. Ama onda da şu bilinç aşılandı yani, bilinç var yani. Çünkü hep böyle şe yapan eee yiyeceklerden kaçınıyor. Devamlı bize eee sebze ağırlıklı.” (Efe)

Katılımcılardan biri ise eş desteğini vurgularken, kan şekeri düzenlemesi için sosyal ortamlardan kaçınmasını da öne çıkarmıştır:

“Şimdi daha önce gittiğim yerlere artık gitmiyorum. Örnek vereyim sosyal hayatıma ben mesela ee arkadaş toplantılarını çok seven, alkol kullanmasını da bu bir şekilde bir zevk ve keyif şeysi gören bir insandım. Bırakmak zorunda kaldım. Terk ettim yani hepsini. Evde sağolsun hanım çok bu konulara iyi dikkat ediyor yani. Söylüyor da bak dikkat et şunu yeme, bilmem ne. Şunları yapıyor bana ama (tatlıları, börekleri gösteriyor) yeme diyebiliyor bana. O bakımdan ev daha benim için de emniyetli. (Mert)

#### 4.2.3.4. Sosyal karşılaştırma yapma

Sosyal karşılaştırma yapma tedaviye uyum gösterme açısından motive edici bir etkiye sebep olabilmektedir. Katılımcılardan ikisi çevrelerindeki örneklerle karşılaştırma yaparak kendilerinin daha fazla dikkat ettiğine vurgu yapmaktadır:

“...üst komşumda da şeker rahatsızlıkları vardı. Onun da eee zaman zaman böyle şeker düştüğü zaman baygınlıklar geçirdiğini, işte böyle gözlerine falan vurduğunu işte şey yaptık. O biraz korkutmuştu. Biz ondan sonra tabii ki ee şeyimize çok dikkat ettik, rejime, yani...” (Efe)

“O (doktor) bana bir liste verdi. Dedi bunları, dedim vermenize gerek yok. Ben bunları zaten biliyorum. Çünkü annemden biliyordum. Ama annem

uygulamıyordu hiç. Şuanda abim de hiç uygulamıyor. Onunki 300' ü geçti yani. Yani o ilaç miktarını çoğalttı. Ben hala mesela sabah tek ilaç içiyorum.... Hiç şekerli çay içemiyorum mesela alıştık artık. Kahve falan hepsi şekersiz artık. Tamamen bıraktım gibi bir şey.... Annemden bildiğim için ona göre uyguluyorum yani. O da olduğu yerde kaldı işin gerçeği. Bayağı bir dikkat ediyorum, dikkat etmeye çok çalışıyorum.” (Burak)



## **BÖLÜM 5. TARTIŞMA**

Bu çalışmada, tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin, diyabeti nasıl deneyimledikleri ve diyabet yönetiminde yaşadıkları zorluklar incelenmiştir. Diyabetin öznel deneyimleri ve diyabetin düzenlenmesi olarak iki üst tema ortaya çıkmıştır. Diyabetin öznel deneyimleri arasında hastalık tanımları, teşhisin deneyimlenmesi ve hastalığın etkileri temaları bulunmaktadır. Diyabetin düzenlenmesi üst temasında ise beden düzenlenmesi, diyabetle baş etmede yaşanan zorluklar ve kolaylaştırıcı faktörler temaları bulunmaktadır.

Yapılan bu çalışmada katılımcılar diyabeti kötü bir hastalık olarak tanımlamakta ve kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarla eşdeğer görmektedirler. Bu bulgu önceki çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Diyabet, hastalar için zorlayıcı bir deneyimdir (Taşkın,2006); hatta hastalıkların anası olarak tanımlanabilmektedir (Lewis & Newell, 2014).

### **5.1 TEŞHİSİN DENEYİMLENMESİ**

Hastalıkla ilgili yaşanan olumsuzluk teşhisin konulmasından itibaren gözlemlenebilmektedir. Katılımcıların, tanı karşısında ilk tepkilerinin, şaşkınlık, şok ve üzüntü gibi duygusal tepkiler olduğu görülmektedir. Bu duygular tanı sürecinin yanı sıra, tedaviye başlandığında ve uzun dönemli komplikasyonların yaşandığı süreçte de ortaya çıkmaktadır. Katılımcılar, ne kadar uzun süredir hastalarsa ve ne kadar komplikasyon yaşıyorlarsa ifade ettikleri olumsuz duyguların sayısı artmaktadır. Yaşanan duygulardan üzüntü ve kaygının kaynağı, uzun dönemde ortaya çıkacak komplikasyonlara bağlanırken, kızgınlığın kaynağı tedavi sorunlarına (egzersiz, insülin enjeksiyonları, diyet planları, ilaç kullanımı ile ilgili yaşanan sorunlar) bağlanmıştır. Bu duygular hastalıklarla ortaya çıkabilecek olağan duygular olarak kabul edilmeli, patolojik olgular olarak ele alınmamalıdır. Aksine diyabet hayatına uyum sağlamada işlevsel olabilecek tepkiler olarak ele alınabilirler (Decoster, 2003).



Katılımcıların hastalığın teşhisini narsisistik bir yaralanma olarak yaşamaları da söz konusu olabilir. Kronik bir hastalığa sahip olduklarını öğrenen kişiler fiziksel bütünlüklerine bir darbe almış olarak hissetmektedirler. Fakat genellikle kişiler bu süreci bilinç düzeyinde değil, bilinç dışında yaşamakta ve bilinç düzeyine bunu kızgınlık olarak çıkarmaktadırlar (Stein, Murdaugh, ve Macleod, 1969). Buna ek olarak, bu narsisistik yaralanmayı büyülenmeci kendiliğin (grandiose self) tetikleyicisi olarak görüp narsisistik öfkeye çevirebilmektedirler (Hyphantisi Almyroudi, Paika, Goulia, ve Arvanitakis, 2009). Aslında yaşanan bu durum da belli açılardan hastalığa adapte olmaya çalışılması olarak yorumlanabilmektedir.

Diyabet gibi kronik hastalıklarda hastalar sağlıklarını kaybettikleri için yas tutmaktadırlar (Doka, 2014). Bu yas sürecini Kübler Ross beş aşamada ele almıştır: şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme. Bu araştırmada katılımcıların anlatıları, kabullenme aşamasına geçilmesinin uzun süre alabildiğine işaret etmektedir. Bunun bir sebebi diyabetin, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında, etkilerinin uzun vadede ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilebilir. Katılımcılar ne tür riskler altında olduklarını bilmelerine rağmen henüz hiç biri bu belirtileri, örneğin daha sık susama ve acıkma, ayaklarda ağrı, el ve ayaklarda hissizlik, beklenmeyen kilo kaybı gibi, yaşamadıkları ve bu belirtilerin zamanla ortaya çıkarabileceği komplikasyonların, örneğin retinopati, nöropati gibi, habercisi olduğunu düşünerek yaşamamaktadırlar. Problemlerin daha uzun sürede ortaya çıkması hastalarda risk algısının daha zayıf olmasına sebep olabilir. Bu nedenle de hastalığı kabullenip tedaviye uyum gösterme olumsuz yönde etkilenmektedir (Taşkın, 2006)

Yapılan bu çalışmaya katılan katılımcılar hastalıklarının oluş sebebini genetik faktörlere, beslenmeye ve yaşadıkları üzüntü ve stres verici olaylara bağlamaktadırlar. Bu bulgular Taşkın'ın (2006) araştırması ile benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da katılımcılar temelde üç değişkene gönderme yapmıştır: genetik yatkınlık, beslenme alışkanlıkları ve stres/üzüntü. Medikal literatüre bakıldığında, diyabetin sebepleri hem genetik hem de çevresel faktörlere bağlanmaktadır. Hareketsiz yaşam, ilaçlar ve toksik ajanlar, obezite ve viral enfeksiyonlar çevresel faktörlerken, kalıtım yani ailede diyabet hastalığının bulunması genetik faktörlerdendir (Adeghate, Scattner, ve Dunn, 2006). Bu bağlamda katılımcıların medikal söylemin altını çizdiği genetik yatkınlık açıklamasını anlamlı buldukları diğer taraftan medikal yaklaşımın aksine

ruhsal dinamiklerle bedensel sorunları daha ilişkili gördükleri de ortaya çıkmaktadır. Bu bireysel yaşantılar ve atıflar psikolojik faktörlerin özellikle stresörlerin diyabeti tetiklemesinde ya da deneyimlenmesindeki olası rolünün daha detaylı araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Diyabet hastalığını zor bir deneyim haline getiren önemli unsurlardan biri gündelik rutinin içinde yaşanan kan şekeriindeki ani oynamalardır. Katılımcılar özellikle kan şekeri düşüşü deneyiminin korkunç, sarsıcı ve hayatı zorlaştırıcı olarak tanımlamışlardır. Benzer şekilde Tanenbaum ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2016), hastalar kan şekeri yükselmesinden çok hipoglisemi yaşamaktan korktuklarını vurgulamışlardır. Bu durumu yaşamı tehdit eden bir durum olarak da görmektedirler. Ani şeker düşüş ve yükselişleriyle baş edebilmek için katılımcılar bazı müdahalelerde bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada kan şekeri yükselen katılımcılar insülinlerini yapıp yürüyüşe çıktıklarını ve yoğurt yediklerini söylerken, kan şekeri düştüğünde meyve suyu, açma gibi kan şekeri yükseltecek gıdalar aldıklarını ya da yanlarında taşıdıklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Taşkın'ın yaptığı çalışmada (2006) da hastaların özellikle kan şekeri düşüşlerini kontrol edebilmek için yanlarında şeker, ekmek gibi gıdalar taşıdıkları bulgulanmıştır. Diğer taraftan bu anlatılarda katılımcıların kan şekeri düşüşünü irdelemek yerine kan şekeri düşüncesi bunu ne yaptıklarına odaklandıkları önemlidir. Bu bulgu, katılımcıların önlemeye yönelik değil müdahaleye yönelik bir diyabet yönetimi anlayışları olduğuna işaret etmektedir.

Yapılan bu çalışmada stres durumunun sık ortaya çıktığı, yoğun olarak sinirlilik ve öfke yaşandığı görülmektedir. Katılımcılar kan şekeri yükselişinin sinir ve strese sebep olduğunu ifade ederken, bazı katılımcılar da sinir ve stresin kan şekeri yükselmesine sebep olduğunu ifade etmişlerdir. Literatüre bakıldığında da, diyabette yaşanan öfke ve sinirlilik halinin çift yönlü olarak ele alındığı görülmektedir (Bradley, 1988). Sinirliliğin sağlığı olumsuz etkilemesi söz konusu olduğu gibi hastalığın sinirlilik ve öfkeyi tetiklediği de görülmektedir. Cutov ve Staicu (2010), sinirli kişilik mizacının (trait anger temperament) diyabet hastalığının ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğunu öne sürmüştür. Ayrıca stres hormonları olan katekolamin, kortizol ve büyüme hormonu, endokrinologlar tarafından kan şekeri yükseltici hormonlar olarak adlandırılmaktadır (Cutov ve Staicu, 2010). Bu bulgu, diyabet yönetimi anlayışının özellikle öfke ve stres yönetimini de içine alacak şekilde genişletilmesi gerekliliğine

işaret etmektedir.

## 5.2 BEDENİN DÜZENLENMESİ

Diyabet yönetimi diyabet tedavisinin başlıca amaçlarından biridir. Diyabetli hastalara düzenli ilaç kullanımı, düzenli ve kan şekerlerini yükseltmeyecek şekilde beslenme, düzenli kan şekeri ölçümü ve egzersiz yapmaları önerilmektedir (Raum, ve ark., 2012). Yapılan bu çalışmada çoğu katılımcının ilaçlarını düzenli kullandığı görülmüştür. Diğer taraftan katılımcılar kendilerine önerilen beslenme şekline uymakta zorlandıklarından sıkça bahsetmişlerdir. Bu bulgular Taşkın'ın araştırmasındaki (2006) bulgulara paraleldir. Bu bağlamda, diyabet hastalarının, hastalığın yönetiminde merkezi rolü olan beslenme düzenleri üzerinden desteklenmesinin önemli olduğu öne sürülebilir.

Van Strien ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1986), diyabet hastalarının üç çeşit beslenme davranışı olduğu bulgulanmıştır. Bunlardan ilki duygusal beslenme davranışı (olumsuz duygular yaşandığında daha fazla yeme), ikincisi dışsal beslenme davranışı (dışarıdan yemekle ilgili uyaran alınca daha fazla yeme) ve üçüncüsü kontrollü beslenme davranışıdır (kilo vermeye odaklı beslenme şekli). Van de Laar ve arkadaşlarının bu üç tip beslenme davranışını kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada (2006), 4 yıllık değerlendirmenin sonucunda hastaların, dışsal beslenme şeklinin azaldığı fakat kilo verme odaklı beslenme şeklinin artmasıyla diyabet odaklı değil sadece kilo verme odaklı diyet yapmaya yöneldikleri bulgulanmıştır. Buna karşın, duygusal beslenme davranışında ise herhangi bir değişikliğin olmadığı görülmüştür. Duygusal beslenme şeklini kullanan hastaların aynı zamanda terapiye daha dirençli olduğu, ve bunu uzun süre devam ettirdiklerinde yeme bozuklukları geliştirebildikleri vurgulanmıştır.

Beslenme ile ilgili olarak katılımcıların sıklıkla alternatif beslenme şekline yöneldikleri görülmektedir. Hastalar kan şekerlerini dengeleyebilmek için farklı bitkisel yöntemler denemektedirler. Aslında temel olarak kendilerine iyi geleceklerini düşündükleri her şeyi deneme eğilimindedirler. Katılımcılar doktorlarına sormadan, çevrelerindeki insanların denediği ve kendilerine iyi geldiğini iddia ettiği her şeyi denediklerini vurgulamışlardır. Yeh ve arkadaşları (2002), tamamlayıcı tedaviler ve alternatif beslenmenin, özellikle ilaçlardan fayda görmediğini düşünen hastalar tarafından daha çok tercih edildiğini bulgulanmıştır. Hastaların neden buna ihtiyaç

duyduğunu araştırmak ve öğrenmek önemlidir, çünkü Amerika'da yapılan araştırmaya göre alternatif tedaviye yönelen hasta sayısında 1997-1998 yılına oranla artış olduğu görülmüştür (Yeh, Eisenberg, Davis, Phillips, ve 2002). Bu durumun uzun vadede onlara zarar mı yoksa yarar mı sağlayacağı belirsizdir. Ayrıca, hastalığın yönetiminde etkili olacak yöntemlerden ziyade kısa yoldan sonuç yaratabileceği umuduyla alternatif yiyeceklere yönelmek hastalığı kabul edememenin dolaylı bir göstergesi olabilir.

Diyabet yönetiminin bir diğer önemli unsuru düzenli kan şekeri ölçümlerinin yapılmasıdır. Yapılan bu çalışmada, diyabetli hastaların çoğunun düzenli kan şekeri ölçümü yapmadığı, kan şekeri yükselişlerini bedenlerinden anladıkları görülmektedir. Ayers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007), hastaların kan şekeri yükselişini bedenlerinden hissedebilmelerinin, ne zaman ne yapacaklarını bilmelerini sağladığından dolayı faydalı olduğu belirtilmektedir. Örneğin kan şekerlerinin çok yükseldiğini anladıkları zaman araba kullanmayabilirler. Benzer şekilde, Hernandez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1999), bedensel tepkilerin önemi vurgulanmakta ve bu alanda hastaların eğitilmesi gerektiği söylenmektedir. Her hastanın bedensel belirtilerinin aynı olmak zorunda olmadığı, her hastanın kendine özel belirtileri olduğu vurgulanmaktadır. Eğitimcilerin hastaları bu belirtileri keşfetmeleri konusunda yüreklendirmeleri gerektiği belirtilmiştir. Diğer taraftan, Taşkın'ın yürüttüğu araştırmada katılımcılar bedensel belirtilerin çok da güvenilir olmadığını, bazen çok yükseldiğinde bile anlayamadıklarını ve zamanla bedenleri o dozdaki kan şekerini tolere edip tepki vermediğinden bahsetmişlerdir. Bu nedenlerle bu konu tartışmalı bir konudur ve hastaların hem bedensel belirtilerini tanımaları hem de bu belirtilerden emin olmak için ölçüm yapmaları önerilmelidir.

Diyabet yönetiminin bir diğer önemli unsuru ise hastaların egzersiz yapmalarıdır. Yapılan bu çalışmada, beden düzenlenmesi pratiklerinden biri olan egzersize hastalar uyum göstermemekte, uyum göstermedikleri için de kan şekeri seviyeleri düzenlenememektedir. Egzersizin hem dolaylı hem direkt etkileri bulunmaktadır. Çünkü egzersiz yapmak hem kilonun kontrol edilmesini sağlamak hem de kan şekerini dengelemektedir (Zisser, Gong, Kelley, Seidman, ve Riddell, 2011). Fakat katılımcıların, diyabetlerine göre hayatlarını düzenlemek yerine, hayatlarına göre diyabetlerini şekillendirmeye çalıştığı görülmektedir. Örneğin iş hayatı yoğun olduğu için egzersiz yapmaya vakit bulamamakta, ara öğün yemek yerine sadece ana öğünle

geçistirmektedirler. Balfe ve arkadaşları (2014), yaşamın diyabete göre şekillendirilememesini uzun ve düzensiz iş saatlerine bağlanmaktadır. Yemek yiyecek ve kan şekeri ölçümü yapacak vakit bulamamaları ve atıştırmalıklarla öğünlerini geçistirmeleri iş yaşamının diyabet yönetiminde yaşattığı zorluklardandır. Bunlara ek olarak, işte stres yaşamaları daha fazla şeker içeren besinleri atıştırmalarına sebep olmaktadır (Balfe, ve ark, 2014). Diyabetli bireylerin hem iş hayatında aktif olarak yer alıp hem de tedaviye uyumlarını sağlamaları için bunlarla ilgili yasal olarak düzenlenmelerin yapılması gerektiği tavsiye edilmektedir. Diyabet hastalarının iş hayatında ara öğün alma haklarının olması gerektiği gündeme getirilmelidir.

Diyabetli hastaların, hastalıkla baş etmede yaşadığı bazı zorluklar olduğu yapılan bu çalışmada görülmüştür. İnkâr, kaçamak yapma, kısıtlanamama, herhangi bir belirtinin olmayışı hastalıkla baş etmeyi zorlaştıran temalar olarak ortaya çıkmıştır. Demirtaş ve Akbayrak (2009) inkârın, hasta ve ailesinin kendini toparlaması, baş etme mekanizmaları ile destek kaynaklarını devreye sokması ve mücadele etme gücünü arttırabilmesi için zaman sağladığını önermiştir. Ancak teşhisin konulmasının hemen sonrasında ortaya çıkan inkâr yaklaşımının uzun dönemde olumsuz etkileri vardır. Mevcut çalışmada katılımcıların bir kısmının komplikasyonlarla ilgili tedirginlik duymalarına rağmen bu durumu yok saymayı tercih ettikleri görülmüştür. Hastalığın inkârı, hastaların yaşayabilecekleri olası bir çelişkiyi bertaraf edebilir ancak tedaviye uyum ve diyabet yönetimini olumsuz etkiler. Diğer çalışmalar hastaların önemli bir komplikasyonla karşılaşınca inkâr durumundan çıktıklarına işaret etmektedir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Taşkın, 2006). Dolayısıyla yukarıda öne sürülen hastalığın kabul edilmesindeki uzamanın, önemli komplikasyonların uzun sürede ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği önerisi bu temayla da güçlenmektedir.

Katılımcıların uyum sağlamak için ne yapmaları gerektiğini bildikleri, fakat bildiklerini uygulamaya geçiremedikleri görülmektedir. Burada bir uyumsuzluk bulunmaktadır. Yapılması gerekenin farkında olmakla bunu yapmamak psikolojik bir çelişki ve beraberinde bir baskı yaratabilir. Bu durumdan kurtulabilmek için kişiler ya bu tutarsızlığı çözmeye çalışmakta ya da tutarsızlık yaratabilecek her durumdan kaçmaya çalışmaktadırlar (Festinger, 1962). Bu çalışmada katılımcıların hastalığı inkâr ederek var olan çelişkiden kaçınmaları söz konusu olabilir.

Katılımcılar beslenme düzenlerinde yaşadıkları zorluklardan bahsederken sıklıkla kısıtlanamama ve kaçamak yapma alt temaları ortaya çıkmıştır. Bu sorunlar hastalık yönetimini sabote etmektedir. Kaçamak yapma hastaların yemeleri önerilmeyen, kan şekerini yükselten karbonhidrat içerikli besinleri kapsamaktadır ve bu hastalığın olmazsa olmazı gibi gözükmektedir. Katılımcılar özellikle sevdikleri besinler söz konusu olduğu zaman daha çok kaçamak yaptıklarını vurgulamaktadırlar. Mevcut çalışmada katılımcılardan biri kaçamak yapmasının sebebini kısıtlanmak istememesinden kaynaklandığına ve yasak olanın cazip olmasına bağlamıştır. Bu durum dürtüsellik olarak da adlandırılmaktadır. Dürtüsellik aciliyet, kaçınılmazlık, hızlı karar verme, kontrol kaybı, önceden tasarlama eksikliği, sonuna kadar direnememe ve heyecan arama davranışı ile ilişkilidir (Sarısoy, ve ark., 2013). Yemeye karşı dürtüsellikğin olması obezitede besin alımını arttıran potansiyel bir faktör olarak görülmektedir (Schag, ve ark., 2013). Örneğin, tıknırcasına yeme bozukluğu olan morbid obez kişilerde, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez kişilere oranla dürtüsellik özellikleri daha fazla görülmektedir (Sarısoy, ve ark., 2013). Benzer şekilde diyabette de dürtüsellik besin artışına, kısıtlı besinler ile beslenirken diğer besinlere direnememe, canı o an istediği için hızlı karar verip o an istediğini yemeye sebep oluyor olabilir. Bu durum da diyabet hastalarının tedaviye uyumlarını ve tedaviyi sürdürmelerini olumsuz etkiliyor olabilir. Diğer bir deyişle, hastaların diyabeti yönetirken dürtüsellikle nasıl baş edecekleri hususunda desteklenmeleri hastalığa uyumu arttırabilir. Diğer taraftan bu durum kendine zarar verme (self-destruction) olarak da açıklanabilmektedir. Diyabet hastalarının gözlemlenmesi sonucunda hastaların diyabetin temel yapıtaşları olan beslenme, oral antidiyabetik kullanımı, insülin kullanımını yerine getirmeyişi veya yeterli düzeyde kontrol etmeyişi kendine zarar verme eğilimi olarak tanımlanmıştır (Hacia, ve ark., 2013). Bu nedenle kısıtlanmak ve kontrol edilmek istemeyişlerinin sadece dürtüsellikten mi kaynaklı olduğu ya da arkasında kendine zarar verme niyetinin olup olmadığı üzerinde durulmalıdır.

Literatüre bakıldığında, Raum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde, diyabetle ilgili eğitim alınmasının ve hastalar tarafından ne yapılması gerektiğinin bilinmesinin, tedaviye uyumu arttırmadığı bulgulanmıştır. Nazir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (2016), diyabetle ilgili

bilgi sahibi olunmasının tedaviye uyuma ve glisemik kontrolün sağlanmasına yetmediği bulgulanmıştır. Bunun olası nedenleri eğitimin kısa süreli olması, kişiye özel konulara odaklanmaması ve eğitimin etkisinin uzun vadeli takibinin yapılmıyor olması olabilir (Jones, Vallis, Cooke, ve Power, 2015; Krichbaum, Aarestad, ve Buethe, 2003). Bunun aksini iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Al-Qazaz, ve ark., 2011). Al-Qazaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011), diyabetle ilgili bilgi sahibi olunmasının glisemik kontrolü ve tedaviye uyumu arttırdığı bulgulanmıştır. Bu noktada bulgular arasındaki çelişkinin açıklanması, tedaviye uyumu yüksek ve düşük bireyler arasındaki farkların daha detaylı incelenmesi ihtiyacı vardır.

Yapılan bu çalışmada, bazı katılımcılar için, diyabetin yönetimini olumsuz etkileyen bir diğer unsurun hastalıkla ilgili belirtilerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle de hastalığı kabul etmekte zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Literatüre bakıldığında, Mann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (2009), diyabet belirtilerini minimal düzeyde yaşayan hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların bir kısmı sadece şekerleri yükseldiğinde diyabet hastası olduklarına inandıklarını bir kısmı ise şeker düzeyleri normalken ilaç almaları gerekmediğini belirtmişlerdir. Bu durum tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (Mann, ve ark., 2009).

Diyabet gibi yaşam şeklini etkileyen hastalıklarda hastaların tedavi yönetim ve uyumlarını kolaylaştıracak faktörlere ihtiyaçları bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada eş desteği, hayır diyebilme ve hastalığı kabullenip hızlı şekilde adapte olabilmek kolaylaştırıcı faktörler olarak bulunmuştur. Özellikle erkek katılımcılar tarafından eş desteğinin önemi vurgulanmıştır. Duygusal destek ve sosyal bağlantılar, tedaviye uyumun gerekliliklerinden olan fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeye uyum göstermeyi arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, sosyal desteğin her alanda etkin olmadığı, örneğin oral antidiyabetik ve insülin kullanımı, doktor randevularına gitme ve kan şekeri takibine etkisi olmadığı bulgulanmıştır (Rosland, ve ark, 2014). Bu araştırmada, eş desteği önemini vurgulayan erkek katılımcı sayısı (n=3) kadın katılımcı (n=1) sayısından fazladır. Literatüre bakıldığında, bazı araştırmalar kadınların erkeklere oranla daha çok sosyal destek aldığını söylerken (Geckova, ve ark., 2003), bazı araştırmalar ise tam tersini, yani erkeklerin kadınlara oranla daha çok sosyal destek aldığını vurgulamıştır (Druru, Li, ve Taylor, 2013). Bunun nedeni olarak kadınların sosyal ortamlarda daha rahat kendi sıkıntılarından bahsedebilmeleri ve bu nedenle eş

desteğine daha az ihtiyaç duyduğu gösterilebilir. Erkeklere bakıldığında ise, bunun tam tersi bir durum gözlenebilmektedir. Erkekler kadınlardan farklı olarak daha çok araçsal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Geckova, ve ark., 2003). Örneğin bizim gibi ataerkil toplumlarda kadın yemek yaparken eşinin hastalığına göre yemek pişirerek, eve alınan yiyeceklere dikkat ederek destek sağlayabilmektedir. Bu nedenle yapılan bu araştırmada eş desteği aldığını söyleyen erkek katılımcı sayısı kadın katılımcı sayısından fazla olabilir.

Yapılan bu çalışmada kadın hastalara oranla erkek hastaların tedaviye uyumları ve diyabet yönetimleri daha düşük bulunmuştur. Özellikle erkek katılımcılar hastalığın özgürlüğü kısıtlayıcı etkisi olduğuna vurgu yapmıştır. Bu durum da tedavi önerilerine uymayı engelleyen bir durumdur. Literatüre bakıldığında benzer bulgularla karşılaşılmıştır (Raum, ve ark., 2012; Taşkın, 2006). Raum ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), erkeklerin tedaviye uyumu ve glisemik kontrolünün kadınlara oranla daha düşük olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Taşkın'ın araştırması (2006) da bu bulguları desteklemekte ve tedaviye uyum konusunda engelleri daha çok erkek katılımcıların dile getirdiğini bildirmektedir. Erkek hastalar hastalıklarını hayatlarının küçük bir parçası olarak görerek yaşıyor ve toplum içinde gizlemeyi tercih ediyorken, kadın hastalar hastalıklarını sosyal kimliklerinin bir parçası olarak görmektedirler (Taşkın, 2006). Diğer taraftan, Williams'ın yaptığı araştırmada (2000), erkeklerin kadınlara oranla daha çok spor yaptığını vurgu yapılmıştır. Kadınların ise diyetlerine de dikkat etmediği, hastalıkları ile ilgili daha çok suçluluk hissettiği ve kendilerini sağlıksız olarak gördüğü belirtilmektedir. Ayrıca toplumdaki kadın vücut algısı sebebiyle, kadın diyabet hastaları daha riskli grup olarak görülmektedir (Williams, 2000).

Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında, genel olarak erkeklerin güçlü, kontrollü, cesur, sert, kadın ve kendinden güçsüz erkeklere baskın olması beklenirken, kadınların bağımlı, işbirlikçi, kırılgan, dikkatli, kabullenici ve erkek otoritesine boyun eğici olması beklenmektedir. Erkeklerin bu geleneksel rolleri sağlık farkındalığı geliştirmesinde engel oluşturabilmektedir. Örneğin; kendilerini hep güçlü göstermek zorunda hissettikleri için hastalıkları ile ilgili semptomlarını yok sayabilmektedirler. Çünkü sağlıkla ilgili kaygılar onların güçsüz ve feminen gözükmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan, bu geleneksel özellikleri sağlıklarını korumalarına da sebep olabilmektedir.



Örneğin, bedenleri üzerinde kontrollerinin olduğu inancı sayesinde hastalıklarının üstesinden gelebileceklerine inanırlar. Benzer şekilde, geleneksel erkek rolünde beden güçlülüğünün önemli olması onların daha çok spor yapmaya, özellikle de takım sporlarına yöneltmektedir. Böylece kalp sağlığına katkıda bulunmaktadır. Kadınların geleneksel rolleri daha sağlıklı tutum ve davranışlar geliştirmelerini sağlamaktadır. Çocukluklarından itibaren kızlar hastalık semptomlarını, ağrılarını dile getirebilmekte ve böylece bakım aramayı ve almayı öğrenmektedirler. Ayrıca, kadınlar erkeklere oranla daha çok otorite figürlerini kabul etmekte ve güvenmekte, böylece doktor önerilerine daha kolay uyum sağlayabilmektedirler. Diğer taraftan, bazen bu geleneksel feminitite sağlıklı olmayı sağlamayabilmektedir. Örneğin; daha sık hastalıktan bahsetmeleri sağlıklarını kötüleştirabilmektedir. Bazen de hayatla ilgili problemlerini medikalize etmekte ve hasta rolünde olma eğiliminde olabilmektedirler. Buna ek olarak, toplumdaki güzellik anlayışı nedeniyle sağlıksız beslenme ve ekstrem diyetler yapma eğilimindedirler. Bu durum da sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Brubaker, 2007).

Yapılan bu çalışmada, hastalığa uyumu kolaylaştırıcı faktörlerden bir diğeri hastaların çevrelerindeki insanlara hayır diyebilmesi olduğu görülmüştür. Çevrelerindeki insanların kendilerine yemeleri için bir şey ikram ettiklerinde hayır diyebilmenin tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediğini vurgulamışlardır. Benzer şekilde Bulut-Çakmak ve Dönmez'in obezite hastaları ile yaptığı çalışmada (2014), hastaların çevreleri tarafından yapılan ikramlara hayır diyebilmelerinin tedavi devamlılığı için önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgu, dürtüsellüğün diyabetin yönetiminde bir sorun oluşturduğu önerisini dolaylı olarak güçlendirmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar tarafından hastalığa uyumu kolaylaştırıcı faktörlerden bir diğeri olarak hastalığı kabullenme olduğu vurgulanmıştır. Hastalığın kabullenilmemesi durumunda daha da ilerleyeceği vurgusu yapılmıştır. Ockleford ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008) da benzer bulgular saptanmıştır. Hastalığını kabul eden hastaların tümüyle tedaviye uyamasalar da tedaviye daha kolay adapte oldukları ve ne yapması gerektiğini iyi bildikleri saptanmıştır.

### 5.3 EĞİTİM ve ÖNERİLER

Bulgular değerlendirildiğinde, diyabetli hastaların yaşayabilecekleri duygusal değişim konusunda çeşitli alanlarda çalışmalar ve geliştirici uygulamalar yapmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Diyabet yönetiminin sağlanabilmesi için hastanelerde doktorlar ve diyabet hemşireleri tarafından diyabet eğitimleri verilmektedir. Verilen eğitimlerin amacı uzun dönemli glisemik kontrolün sağlanması ve komplikasyon riskinin azaltılmasıdır (Krichbaum, Aarestad, ve Buethe, 2003). Fakat mevcut çalışmanın bulgularına göre, verilen eğitimlerin tedaviye uyumu sağlamakta yeterli olmadığı görülmektedir. Yapılan bu çalışmanın katılımcıları diyabet eğitimi aldıklarını, fakat aldıkları eğitime göre yaşamadıklarından bahsetmişlerdir

Eğitimlerde sadece fizyolojik konularda (kilo verme, egzersiz yapma, kan basıncı, kan şekeri takibi, beslenme) bilgi verilmektedir. Bunun yanı sıra, eğitimle beraber psikososyal desteğin de verilmesi gerektiği düşünülmelidir. Yani eğitimin bir parçası olarak, hastaların duygusal olarak neler yaşayabilecekleri hakkında bilgilendirme yapılması, yaşadıkları duygusal durumun olası olduğunu, şaşkınlık, üzüntü, kaygı yaşayabileceklerini, özgürlüklerinin kısıtlandığıyla ilgili bir korku yaşayabileceklerinin bilgisini vermek gerekebilir. Ayrıca sadece tek bir eğitim vermek glisemik kontrolün sağlanmasında yetmemekte, bunun pekişmesini sağlamak için kontrol seanslarının yapılması önerilmektedir (Krichbaum, Aarestad, ve Buethe, 2003).

Hastaların yaşayabilecekleri sinir, öfke ve stresin kontrol altına alınabilmesi için de bazı müdahaleler gerekmektedir. Hains ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000), bilişsel-davranışçı yöntemle stres yönetimi öğretilen diyabetli hastaların kaygı seviyelerinde, diyabetle ilişkili streslerinde ve olumsuz başa çıkma çabalarında azalma olduğu bulgulanmıştır. Altı seanstan oluşan bilişsel davranışçı çalışma programının ilk seansında stres yaratan durumların belirlenmesi ve hastalarda bu olaylar karşısında oluşan düşünce kalıplarının belirlenmesine odaklanılmıştır. İkinci ve üçüncü seanslarda stresli olayların, yaşanan zorlukların ortaya çıkardığı bilişsel kalıpların belirlenmesi ve olumsuz düşünce kalıplarının sorgulanmasının öğretilmesi üzerine odaklanılmıştır. Özellikle düşünce kalıplarının bilişsel çarpıtmalarla (örn; gerçek dışı beklentiler, etiketleme, -meli -malı tarzı düşünme şekli gibi) ilişkilendirilmesi üzerinde durulmuştur. Devamında hastaların belirlediği örnekler grup halinde gerçekçilik

bazında değerlendirilip alternatif açıklamalar getirilmiştir. Dördüncü seansta problemi belirleme, olası çözüm yollarını belirleme, çözüm üretme ve bunlara bağlı olarak karar verme şeklinde olan dört basamaklı problem çözme stratejisi öğretilmiş, ardından grupça üzerine çalışılmıştır. Beşinci ve altıncı seanslarda ise hastalardan, gelecekte yaşanılması mümkün olan ve stres yaratan durumları hayal etmeleri istenmiştir. Daha sonra bu hayaller üzerinden son seansa kadar öğretilen stratejilerin uygulanması yapılmıştır (Hains, ve ark., 2000). Ayrıca, Surwit ve Schneider'in yaptığı araştırmada (1993), gevşeme egzersizlerinin diyabetli hastaların yaşayabileceği stresli olaylar karşısında verecekleri tepkiler üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenmektedir.

Eğitimlerde üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konu da dürtüselliştir. Kulendran ve arkadaşları (2012), obezite hastalarının obezite kamplarında kilo vermenin yanında ortaya çıkan dürtüsellelikle ilgili bilişsel davranışçı terapinin etkisi üzerine bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre 6 haftalık bilişsel davranışçı terapinin ve sonrasındaki 6 aylık takip seanslarının dürtüselliğin azalmasında anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Eğitimcilerin öncelikli olarak hastaların gerçekçi ve kısa süreli hedefler oluşturmasına yardımcı olması gerekmektedir (Krichbaum, Aarestad, ve Bueche, 2003). Bunlara ek olarak, eğitimi verecek sağlık çalışanının hastanın bakış açısından bakabiliyor, onunla empati kurabiliyor olması önemlidir. Diyabet hastasının ne yaşadığını, nasıl hissettiğini bilmesi, diyabet yönetimini öğretirken gereklidir, çünkü bu sayede hastanın nelere uyum göstermede zorlanabileceğini fark edebilmektedir. Empati ve oluşturulan tedavi ittifakının davranışsal değişikliği desteklediği ve böylece kan şekeri düşüşünü sağladığı belirtilmiştir (Jones, Vallis, Cooke, ve Power, 2015). Bu nedenle eğitimin en önemli amaçlarından biri hastaların psikososyal kaynaklarını geliştirerek davranış değişikliği yapmalarını ve yaşayabilecekleri duygusal zorluklarla başa çıkabilmeyi öğrenmelerini sağlamaktır.

Yapılan bu çalışmada, katılımcıların bir kısmının diyabet hastası gibi yaşayamayacaklarına, tedavinin parçası olan egzersize ve beslenmeye uyum sağlayamadıklarına yaptıkları vurgu dikkat çekicidir. Hastaların bunu yapabilmeleri için öz-yeterliliklerinin yükseltilmesine yönelik bireysel ya da grup çalışmalarının yapılması önerilmektedir (Decoster, 2003; Kamimura, ve ark., 2014; Krichbaum, Aarestad, ve Bueche, 2003; Sürücü, 2014). Diyabet özyeterliliği olarak da geçen bu kavram, kişinin

diyabetini yönetebilmesine yönelik algıladığı yeterliliklerdir (Osborn, Cavanaugh, Wallston, ve Rothman, 2010). Özyeterlilik hem tip 1 diyabette hem de tip 2 diyabette tedaviye uyumun en önemli göstergelerinden biridir (Aljasem, Peyrot, Wissow, & Rubin, 2001). Sağlıklı davranış geliştirmeye yönelik teorilerden biri olan Sosyal Bilişsel Teori de özyeterlilik kavramına vurgu yapmaktadır. Özyeterlilik dışında, teorinin başka yapı taşları da bulunmaktadır. Bunlar sonuç beklentileri, sosyal yapısal engeller ve yardımcılarıdır. Özyeterlilik, arzu edilen sonuç için geliştirilecek davranışı yapabilmeye olan inançken, sonuç beklentisi kişinin davranışların sonucunda olabileceklerle ilgili inancıdır. Bu iki biliş haricinde ise algılanan engeller ve yardımcıları bulunmaktadır. Kişilerin arzu edilen davranışı geliştirmede yaşayabileceği engeller ve o davranışı geliştirebilmelerinde yardımcı olabilecek faktörlerin araştırılması önemlidir (Luszczynska, & Schwarzer, 2005). Bu teoriye göre geliştirilebilecek müdahale yöntemleri, kişinin davranışa başlama ve geliştirmesinde yaşanabilecek zorluklarla baş etmesi üzerine kurulmalıdır (Luszczynska, & Schwarzer, 2005).

Naik ve arkadaşlarının diyabeti olan hastalarla yaptığı çalışmada (2011), Güçlendirilmiş Hasta Bakımı Eğitimi (Empowering Patient in Care-EPIC) ile geleneksel eğitim programlarının özyeterlilik gelişimi üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre Güçlendirilmiş Hasta Bakımı Eğitimi alanların özyeterlilik puanlarının geleneksel eğitim alanlardan daha yüksek çıktığı bulgulanmıştır. Kullanılan bu eğitim programı Sosyal Bilişsel Teori baz alınarak (hedef belirleme, geribildirim, özyönetim hedefleri ve hareket planları) oluşturulmuştur. Eğitim üç hafta arayla yapılan, birer saatten oluşan dört grup seansından oluşmaktadır. Her grup seansından sonra 10 dakikalık bireysel seanslar yapılmaktadır. Grup seanslarının ana temaları: 1) Diyabetin ABC'si ve üç temel risk faktörü (Hb1c, kan basıncı ve kolesterol seviyeleri), 2) hedef belirleme ilkeleri (burada amaç herkesin kendi diyabet hedeflerini belirlemesi diyet, egzersiz, kan şekeri takibi ve ilaç kullanımı üzerine hareket planlarını oluşturmaları), 3) hasta-doktor ilişkisini geliştirmenin ilkeleri (böylece hedef ve hareket planlarıyla ilgili geribildirim alınmasını sağlamak), 4) katılımcıların performansları ile ilgili geribildirim verme. Her seans üç ana bileşene ayrılmaktadır: her hastaya verilen bilgi kitapçıklarının grup olarak klinisyenle tartışılması, kitapçıktaki sorun odaklı egzersizlerin tartışılması ve o seansla ilgili diğer hastaların uygulanabilir önerilerinin tartışılması (Naik, ve ark., 2011).

Sosyal desteğin sağlanması hem diyabet eğitiminin amaçlarından biri hem de özyeterliliğin gelişmesini sağlamanın bir yoludur. Sosyal destek öncelikli olarak yakın çevreden başlamalıdır. Aile bireylerinin ve yakın çevrenin diyabetli bireylere yaklaşımı, beslenme şekline desteği, hastanın yaşadığı duygusal değişimleri paylaşmaya yöreklendirmeleri çok önemlidir. Bunlara ek olarak, ailedeki sosyal desteğin dışında, oluşturulan yapının sağlamlaştırılması için devlet ve toplumun desteğinin sağlanması gerekmektedir. Sosyal desteğin diyabet hastaları için önemi göz ardı edilmeden, hem Sağlık Bakanlığı hem de sivil toplum kuruluşları birlikte hareket etmelidir. Bunun için festivaller, diyabetli hastalara uygun yemeklerin öğretildiği organizasyonlar, hafta sonları yürüyüşleri gibi etkinliklerin düzenlenmesi, ortak hareket etmenin sağlanması için e-mail grupları oluşturulması söz konusu olabilir. Devlet toplumda farkındalığın oluşması için beslenme ve kiloya gerekli vurguyu yapmaktadır. Ancak buradan çıkan mesajla göre genetik sağlamsa ve kilo problemi yoksa hastalığın ortaya çıkma ihtimali yoktur. Oysa psikolojik faktörlerin de hastalığın ortaya çıkmasında ve hastalığın tedavi sürecinde etkisi olduğu düşünülmektedir (Nakahara, ve ark., 2006; Chida ve Hamer, 2008; Kumcağız, Özenoğlu, Aydın-Avcı, ve Uğurlu, 2009; Lerman ve ark., 2004).

Bunların yanı sıra, teknolojinin hızla ilerlediği çağımızda, diyabet tedavisine uyumu sağlamak ve hastalığı yönetebilmek için teknolojiden de faydalanılmalıdır. Örneğin içinde ilaç saatlerini, kilolarını, kan şekeri seviyelerini veri olarak girip değişimi izleyebilecekleri programların yazılması desteklenmelidir. Böylece diyabet hastaları genel durumlarını daha rahat takip edebilip, uygulamanın yapacağı hatırlatmalardan faydalanabilir. Lynch ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada, tabletler üzerinden canlı video konferansların yapıldığı, diyabet yönetimi ile ilgili bilgilerin verildiği, telefon aracılığı ile eğitimlerin verildiği, hastaların kan basıncını, kan şekeri seviyesini, kilolarını veri olarak girip kontrol edebildiği bir program kullanılmıştır. Ve canlı olan tablet eğitimleri 11 seansta tamamlanmıştır. Kontrol grubunda ise standart hastanede verilen diyabet eğitimi uygulanmıştır. Tablet eğitimi verilen grupta 6,5 ayın sonunda tedaviye uyum ve diyabet yönetimi açısından davranışsal değişimin sağlandığı bulgulanmıştır.

Bunlara ek olarak, sağlıklı davranışın geliştirilebilmesi için sağlık teorilerinden Sağlık İnanç Modeli temel alınarak değişim sağlanabilir. Sağlık inanç modeli sağlık davranışlarını dört boyut üzerinden ele almaktadır. Bunlar hastalıkla ilgili algılanan

duyarlılık, hastalığın algılanan ciddiyeti, tedavinin algılanan faydaları ve tedavide algılanan engeller ve davranışı tetikleyen ipuçlarıdır. Bu modele göre, bireylerin hastalıkları ile ilgili duyarlılıkları yüksekse, hastalıklarını ciddi olarak algırlarsa, tedavinin hastalığı kontrol edebildiğini görüyor ve tedavinin kendi yaşamlarında engellerinin olmadığını düşünüyorlarsa, sağlık davranışları gösterebilecekler demektir (Becker, ve Maiman, 1975; Spector, 2000). Farklı inanışlar ise sağlık ve hastalıkla ilgili davranışları etkileyebilmektedir. Örneğin hastalıkla ilgili belirtilerin olmadığını düşünüyorlarsa bu hastaların davranışlarına olumsuz şekilde yansiyacaktır (Meyer, ve ark., 1985). Bireylerin harekete geçmeleri için ipuçlarına ve özyeterliliğe ihtiyaçları vardır. İpuçları içsel de olabilir (örneğin ağrı gibi), dışsal da olabilir (örneğin doktorlar, televizyon, aile yakınları gibi). Özyeterlilik ise bireyin o davranışı gerçekleştirebileceğine dair inancıdır. Bu nedenle de özyeterlilik bu modelin yapıtaşdır. Bu modelde amaç algılanan bariyerleri azaltmak, algılanan duyarlılığı arttırmak ve hastalıkla ilgili gerekli bilgileri vererek yeterlilik hissini arttırmaktır (Wacker, 1990). Olgun ve Akdoğan Altun'un yaptığı çalışmada (2012), Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarındaki etkinliği araştırılmış ve bireye özgü eğitimin planlanmasında, hasta uyumu ve metabolik kontrolün sağlanmasında etkili olduğu bulgulanmıştır.

## **5.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Mevcut çalışma İstanbul'da yaşayan tip 2 diyabet tanısı almış 8 katılımcı ile yürütülmüştür. Bu durum örneklem sayısının küçük olduğunu göstermektedir. Fakat nitel araştırmalarda küçük gruplarla çalışılması önerilmektedir, çünkü yapılan her bir görüşmenin incelenmesi uzun zaman almaktadır. Ama bu durum olasılık bazlı bir genelleme yapılmasına engel teşkil etmektedir. Bu nedenle, özellikle bu çalışmada tespit edilen, diyabetin yönetimini zorlaştıran faktörlerin, daha büyük bir örneklemle çalışılması önerilmektedir. Buna ek olarak örneklemdaki kadın erkek sayısı da eşit değildir, bu durum da cinsiyetler arası karşılaştırma yapma olanağını engellemektedir. Bu nedenle kadın erkek sayısı eşit olan çalışmalar yapmak kadın ve erkekler arasındaki farkı daha net ortaya çıkarmayı sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışma sadece İstanbul'da yaşayan diyabet hastaları ile yürütüldüğü için daha küçük şehirlerde yaşayan diyabet hastalarının neler yaşıyor oldukları ile ilgili bilgi sahibi olunamamıştır. Bu nedenle

farklı şehirlerde yaşayan hastalar ile yürütülecek çalışmalar ülke çapında genellemeye gitmeyi sağlayacaktır. Bunlara ek olarak, yalnızca tip 2 diyabete odaklanması diğer diyabet tipleri hakkında genelleme yapma olanağını kısıtlamaktadır. Son olarak, katılımcılardan Filiz'in diğer katılımcılardan yaşça küçük oluşu ve diyabeti deneyimleme süresinin farklı olması homojeniteyi görece bozup bulgularda daha fazla değişkenliğe yol açmış olabilir.



## KAYNAKLAR

- [1]Adeghate, E., Schattner, P., & Dunn, A. (2006). An Update on The Etiology and Epidemiology of Diabetes Mellitus. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1084, 1-29.
- [2]Akay, S., The Effect of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus on Cognitive Functioning, Learning Difficulties, and Behavioral Problems in Children, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi Ankara 2010 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Bozo-İrkin).
- [3]Akgüç, N., Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksel Lisans Tezi İstanbul 2013 (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).
- [4]Aljasem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2001). The Impact of Barriers and Self-Efficacy On Self-Care Behaviors In Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 393-404.
- [5]Al-Qazaz, H. K., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Sulaiman, S. A. S., & Sundram, S. (2011). Perception and Knowledge of Patients with Type 2 Diabetes in Malaysia About Their Disease and Medication: A qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7, 180-191.
- [6]Al-Qazaz, H. K., Sulaiman, S. A., Hassali, M. A., Shafie, A. A., Sundram, S., Al-Nuri, R., & Saleem, F., S. (2011). Diabetes Knowledge, Medication Adherence and Glycemic Control Among Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Clin Pharm*, 33, 1028-1035.
- [7]American Diabetes Association, 2010. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 33, 11-61.
- [8]Arslan, E., Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler, T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi Diyarbakır 2011 (Danışman: Prof. Dr. M. Melikşah Ertem).
- [9]Aschner, P. Horton, E., Leiter, L. A., Munro, N., & Skyler, J. S. (2010). Practical Steps to Improving The Management Of Type 1 Diabetes: Recommendations From The Global Partnership For Effective Diabetes Management. *Int J Clin Pract*, 64, 305-315.
- [10]Attride-Stirling, J. (2001). Thematic Networks: An Analytic Tool for Qualitative Research. *Qualitative Research*, 1, 385-405.



- [11]Ayalp, P., Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Kendi Kendine Kan Glukozu Ölçüm Sıklığı İle Hemogloblin A1c Arasındaki İlişki, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü Uzmanlık Tezi İstanbul 2008 (Danışman: Uz. Dr. Rahime Özgür).
- [12]Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (2007). Adherence to Treatment. In Horne, R. (Edt), *Psychology, Health and Medicine* (417- 420). England, Cambridge University Press.
- [13]Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (2007). Diabetes Mellitus. In Bradley, C. and Woodcock, A. (Edt), *Psychology, Health and Medicine* (670-673). England, Cambridge University Press.
- [14]Bahadır, Ç. T., & Atmaca, H. (2012). Diyabet ve Egzersiz. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, 16-22.
- [15]Balcıoğlu, İ. (2006). *Endokrinoloji ve Psikoloji İlişkisi*, İstanbul: YÜCE reklam/yayım/dağıtım a.ş.
- [16]Balfe, M., Brugha, R., Smith, D., Sreenan, S., Doyle, F., & Conroy, R. (2014). Why Do Young Adults with Type 1 Diabetes Find It Difficult to Manage Diabetes In The Workplace? *Health & Place*, 26, 180-187.
- [17]Baykal, A., & Kapucu, S. (2015). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-58.
- [18]Bazzano, L. A., Serdula, M., & Liu, S. (2005). Prevention of Type 2 Diabetes by Diet and Lifestyle Modification. *Journal of the American College of Nutrition*, 24, 310-319.
- [19]Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Med Care*, 13, 10-24.
- [20]Bendassolli, P. F. (2013). Theory Building in Qualitative Research: Reconsidering The Problem Of Induction. *Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 14, Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1851>
- [21]Bölükbaşı, N., Paydaş, M., & Bostan, Ö. (2006). Diyabetli Hastaların Ayak Bakımı İle İlgili Davranışlarının ve Mevcut Ayak Durumlarının Saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1, 82-91.
- [22]Bradley, C. (1988). Stress and Diabetes. In Fisher, S. & Reason, J. (Edt), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (383-401). New York, John Wiley & Sons Ltd.
- [23]Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology.

Qualitative Research in Psychology, 3, 77–101.

[24]Broome, A. K. (1989). Diabetes Mellitus. In Shillitoe, R. W. & Miles, D. W. (Edt), *Health Psychology Process and Applications* (208-233). London, Chapman & Hall.

[25]Broome, A. K. & Llewelyn, S. (1995). Diabetes Mellitus. In Shillitoe, R. W. (Edt), *Health Psychology Process and Applications* (187-204). London, Chapman & Hall.

[26]Brown, J. S., Wessells, H., Chancellor, M. B., Howards, S. S., Stamm, W. E., Stapleton, A. E., Steers, W. D., Van Den Eeden, S. K., & McVary, K. T. (2005). Urologic Complications of Diabetes. *Diabetes Care*, 28, 177-185.

[27]Brownlee, M. (2001). Biochemistry and Molecular Cell Biology of Diabetic Complications. *Nature*, 414, 813-820.

[28]Brubaker, C. E., Doing Health, Doing Gender: Testing A Social Constructionist View of Health and Risk Behavior Engagement, University of Massachusetts Sociology Doctorate Thesis 2007.

[29]Bulut-Çakmak, B., & Dönmez, A. (2014). Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 142-149.

[30]Burke, J. P., Williams, K., Narayan, K. M., Leibson, C., Haffner, S. M., & Stern, M. P. (2003). A Population Perspective on Diabetes Prevention. *Diabetes Care*, 26, 1999-2004.

[31]Bülbül, A., Baş, F., Darendeliler, F., Bundak, R., Saka, N., & Günöz, H. (2001). Çocukluk Çağında Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma ve Tromboza Bağlı Eğilim: Vaka sunusu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64, 105-109.

[32]Chida, Y., & Hamer, M. (2008). An Association of Adverse Psychosocial Factors With Diabetes Mellitus: A Meta-Analytic Review Of Longitudinal Cohort Studies. *Diabetologia*, 51, 2168-2178.

[33]Cramer, J. A. (2004). A Systematic Review of Adherence With Medications For Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 1218-1224. a meta-analytic review of longitudinal cohort study. *Diabetologia*, 51, 2168-2178.

[34]Cutov, M., and Staicu, M. L. (2010). Anger and Health Risk Behaviors. *Journal of Medicine and Life*, 3, 372-375.

[35]Daneman, D. (2006). Type 1 Diabetes Seminar. *Lancet*, 367, 847-858.

[36]Darr, A., Astin, F., & Atkin, K. (2008). Causal Attributions, Lifestyle Change, and Coronary Heart Disease: Illness Beliefs of Patients of South Asian and European Origin Living in The United Kingdom. *Heart & Lung*, 37, 91-104.

- [37]Decoster, V. A. (2003). The Emotions of Adults with Diabetes. *Social Work in Health Care*, 36, 79-99.
- [38]Delahanty, L. M., & Halford, B. N. (1993). The Role of Diet Behaviors in Achieving Improved Glycemic Control in Intensively Treated Patients in The Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 16, 1453-1458.
- [39]Demir, T., Akıncı, B., & Yeşil, S. (2007). Diyabetik Ayak Ülserinin Tanı ve Tedavisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 21, 63-70.
- [40]Demirtaş, A., & Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3, 10-18.
- [41]Dinççağ, N. (2011). Diabetes Mellitus Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18, 181-223.
- [42]Doka, K. J. (2014). *Counselling Individuals with Life-Threatening Illnesses: Responses to Life-Threatening Illnesses*. New York, Springer Publishing Company.
- [43]Ersoy, C., Tuncel, E., Özdemir, B., Ertürk, E., & İmamoğlu, Ş. (2006). İnsülin Kullanan Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Eğitimi ve Metabolik Kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 32, 43-47.
- [44]Festinger, L. (1962). An Introduction to The Theory of Dissoanance. In *A Theory of Cognitive Dissonance* (1-32). United States of America, Standford University Press.
- [45]Ford, E. S., (1999). Body Mass Index, Diabetes and C-reactive Protein Among U.S. Adults. *Diabetes Care*, 22, 1971-1977.
- [46]French, D. P., Maissi, E., and Marteau, T. M. (2005). The Purpose of Attributing Cause: Beliefs About The Causes of Myocardial Infarction. *Social Science & Medicine*, 60, 1411-1421.
- [47]Geckova, A., Van Dijk, J. P., Stewart, R., Groothoff, J. W., & Post, D. (2003). Influence of Social Support on Health Among Gender and Socio-Economic Groups of Adolescents. *European Journal of Public Health*, 13, 44-50.
- [48]Gomez-de-Regil, L. (2014). Causal Attribution and Illness Perception: Across-Sectional Study in Mexican Patients with Psychosis. *The Scientific World Journal*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/969867>
- [49]Gomes-Villas B. L. C., Foss, M. C., Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2012). Relationship Among Social Support, Treatment Adherence and Metabolic Control of Diabetes Mellitus Patients'. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20, 52-58.
- [50]Güven, N., Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2010 (Danışman: Prof. Dr. Birsen Yürügen).

- [51]Hacia, S., Cichon, L., Nowak, M., Fuchs, A., Jarosz-Chobot, P. & Janas-Kozik, M. (2013). Autoaggressive Behaviour with Patients Suffering From Type 1 Diabetes Treated At The Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Developmental Age-Description of Cases. *Psychiatr. Pol*, 47, 887-896.
- [52]Hains, A. A., Davies, W. H., Parton, E., & Totka, J., Amoroso-Camarata, J. (2000). A Stress Management Intervention for Adolescents with Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 26, 417-424.
- [53]Hernandez, C. A., Bradish, G. I., Rodger, N. W., and Rybansky, S I. (1999). Self-Awareness in Diabetes: Using Body Cues, Circumstances, and Strategies. *The Diabetes Educator*, 25, 576-584.
- [54]Hortensius, J., Kars, M. C., Wierenga, W. S., Kleefstra, N., Bilo, H. J. G., & Van der Bijl, J. J. (2012). Perspectives of Patients with Type 1 or Insulin-Treated Type 2 Diabetes on Self-Monitoring of Blood Glucose: A Qualitative Study. *BMC Public Health*, 12:167.
- [55]Jones, A., Vallis, M., Cooke, D., & Power, F. (2015). Working Together to Promote Diabetes Control: A Practical Guide for Diabetes Health Care Providers in Establishing A Working Alliance to Achieve Self-Management Support. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 1-6.
- [56]Hyphantis, T., Almyroudi, A., Paika, V., Goulia, P., & Arvanitakis, K. (2009). Narcissistic Rage: The Achilles' Heel of The Patient with Chronic Physical Illness. *Patient Preference and Adherence*, 3, 239-250.
- [57]Kamimura, A., Christensen, N., Myers, K., Nourian, M., Ashby, J., Greenwood, J. L. J., M., and Reel, J. J. (2014). Health and Diabetes Self-Efficacy: A Study of Diabetic and Non-Diabetic Free Clinic Patients and Family Members. *Journal of Family Health*, 39, 783-791.
- [58]Kitzler, T. M., Bachar, M., Skrabal, F., & Kotonko, P. (2007). Evaluation of Treatment Adherence in Type 1 Diabetes: A Novel Approach. *European Journal of Clinical Investigation*, 37, 207-213.
- [59]Krichbaum, K., Aarestad, V., & Buethe, M. (2003). Exploring The Connection Between Self-Efficacy and Effective Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator*, 29, 653-662.
- [60]Korbel, C. D., Wiebe, D. J., Berg, C. A., & Palmer, D. L. (2007). Gender Differences in Adherence to Type 1 Diabetes Management Across Adolescence: The Mediating Role of Depression. *Children's Healthcare*, 36, 83-98.
- [61]Kulendran, M., Sugden, C., Vlaev, I., King, D., Ashrafian, H., Taylor, M., Dolan, P., Gateley, P., & Darzi, A. (2012). Association Between Cognitive Behavioural Therapy and Impulsivity in An Adolescent Obesity camp. *The Lancet*, 380, 55.

- [62]Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Aydın-Avcı, İ, & Uğurlu, S. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 122-129.
- [63]Kurt, M., Atmaca, A., & Gürlek, A. (2004). Diyabetik Nefropati. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 12-17.
- [64]Kuzu, G. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [65]Lau, D. C, M., (2010). Diabetes and Weight Management. *Primary Diabetes Care*, 4, 24-30.
- [66]Lerman, I., Lozano, L., Villa, A. R., Hernandez-Jimenez, S., Weinger, K., Caballero, A. E., Salinas, C. A., Velasco, M. L., Gomez-Perez, F. J., & Rull, J. A. (2004). Psychosocial Factors Associated with Poor Diabetes Self-Care Management in A Specialized Center in Mexico City. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 58, 566-570.
- [67]Lewis, C. P., and Newell, J. N. (2014). Patients' Perspectives of Care for Type 2 Diabetes in Bangladesh- A Qualitative Study. *BMC Public Health*, 14, 1-7.
- [68]Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Social Cognitive Theory. In Conner, M., & Norman, P. (Edt), *Predicting Health Behavior* (pp.127-169). England, McGraw-Hill Education.
- [69]Lynch, C. P., Williams, J. S. Ruggiero, K. J., Knapp, R. G., & Egede, L. E. (2016). Tablet-Aided Behavioral Intervention Effect on Self-Management Skills (TABLETS) for Diabetes. *Trials*, 17, 1-12.
- [70]Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of Adherence to Diabetes Medication: The Role of Disease and Medication Beliefs. *J. Behav Med*, 32, 278-284.
- [71]Memorial. Diyabetle Baş Etmenin Yolları. Retrieved February 25, 2016 from [http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik\\_rehberi/diyabetle-bas-etmenin-yollari/](http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/diyabetle-bas-etmenin-yollari/)
- [72]Myers, L. B. & Midence, K. (1998). Adherence and Diabetes. In Hixenbaugh, P. & Warren, L. (Edt), *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp. 423-453). Netherlands, OPA.
- [73]Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-Sense Models of Illness: The Example of Hypertension. *Health Psychol*, 4, 115-135.
- [74]Nabors, L., Christos, N., Lehmkuhl, H., & Andreone, T. L. (2003). Children with Diabetes: Perceptions of Supports for Self-Management at School. *Journal of School Health*, 73, 216-221.

- [75]Naik, A. D., Palmer, N., Petersen, N.J., Street, R. L., Suarez-Almazor, M., & Haidet, P. (2011). Comparative Effectiveness of Goal Setting in Diabetes Mellitus Group Clinics. *Arch Intern Med*, *171*, 453-459.
- [76]Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., & Kuboki, T. (2006). Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Control in Japanese Patients with Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, *47*, 240-246.
- [77]Nazir, S. U., Hassali, M. A., Saleem, F., Bashir, S., & Aljadhey, H. (2016). Disease Related Knowledge, Medication Adherence and Glycaemic Control Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pakistan. *Primary Care Diabetes*, *10*, 136-141.
- [78]Nicklett, E. J., & Liang, J. (2009). Diabetes-Related Support, Regimen Adherence, and Health Decline Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *65*, 390-399.
- [79]Ockleford, E., Shaw, R. L., & Willars, J., & Dixon-Woods, M. (2008). Education and Self-Management for People Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study of Patients' Views. *Chronic Illness*, *4*, 28-37.
- [80]Odegard, P. S., & Gray, S. L. (2008). Barriers to Medication Adherence in Poorly Controlled Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, *34*, 692-697.
- [81]Oh, S. W., Lee, H. J., Chin, H. J., & Hwang, J. (2011). Adherence to Clinical Practice Guidelines and Outcomes in Diabetic Patients. *International Journal for Quality in Health care*, *23*, 413-419.
- [82]Olgun, N., & Akdoğan Altun, Z. (2012). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 46-57.
- [83]Osborn, C. Y., Cavanaugh, K., Wallston, K. A., & Rothman, R. L. (2010). Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control. *Journal of Health Communication*, *15*, 146-158.
- [84]Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, *353*, 487-497.
- [85]Parada, H., Horton, L. A., Cherrington, A., Ibarra, L., & Ayala, G. X. (2012). Corralates of Medication Nonadherence Among Latinos with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, *38*, 552-561.
- [86]Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2004). Blood Glucose Self Monitoring in Non-Insulin-Treated Type 2 Diabetes: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *British Journal of General Practice*, *54*, 183-188.

- [87]Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2004). Diagnosis of Type 2 Diabetes: A Qualitative Analysis of Patients' Emotional Reactions and Views About Information Provision. *Patient Education and Counseling*, 53, 269-275.
- [88]Peel, E., Douglas, M., & Lawton, J. (2007). Self Monitoring Blood Glucose in Type 2 Diabetes: Longitudinal Qualitative Study of Patients' Perspectives. *BMJ*, 335, 493-496.
- [89]Rahimi, R., Nikfor, S., Larijani, B., & Abdollahi, M. (2005). A Review on The Role of Antioxidants in The Management of Diabetes and Its Complications. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 59, 365-373.
- [90]Raum, E., Kramer, H. U., Rüter, G., Rothenbacher, D., Rosemann, T., Szecsenyi, J., & Brenner, H. (2012). Medication Non-Adherence and Poor Glycaemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Reserch and Clinical Practice*, 97, 377-384.
- [91]Reges, O., Vilchinsky, N., Leibowitz, M., Manor, D., Mosseri, M., & Kark, J. D., (2011). Perceptions of Cause of Illness in Acute Myocardial Infarction Patients: A Longitudinal Study. *Patients Education and Counseling*, 85, 155-161.
- [92]Rosland, A. M., Piette, J. D., Lyles, C. R., Parker, M. M., Moffet, H. H., Adler, N. E., Schillinger, D., & Karter, A. J. (2014). Social Support and Lifestyle vs. Medical Diabetes Self-Management in The Diabetes Study of Northern California (Distance). *Ann. Behav. Med.*, 48, 438-447.
- [93]Ruggiero, L., Glasgow, R., Dryfoos, J. M., Rossi, S. R., Prochaska, J. O., Orleans, C. T., Prokhorov, A. V., Rossi, J. S., Greene, G. W., Reed, G. R., Kelly, K., Chobanian, L., & Johnson, S. (1997). Diabetes Self-Management: Self-Reported Recommendations and Patterns in A Large Population. *Diabetes Care*, 20, 568-576.
- [94]Sarisoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüş, K., & Pazvantoğlu, O. (2013). Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüsellğin Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 53-61.
- [95]Said, G. (2007). Diabetic Neuropathy. *Nature Clinical Practice*, 3, 331-340.
- [96]Satman, I., Yılmaz, M. T. & Turdep Group. (2000). Türkiye Diyabet Prevalansı Çalışmaları. *Diabetologia*, 43, 433.
- [97]Satman, I. & Turdep-II Group. (2011, Mayıs). *Türkiye Diyabet Prevalansı Çalışmaları*. 47. Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya.
- [98]Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., & Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-Related Impulsivity in Obesity and Binge Eating Disorder- A Systematic Review. *Obesity Reviews*, 14, 477-495.
- [99]Sheetz, M. J., & King, G. L. (2002). Molecular Understanding of Hyperglycemia's Adverse Effects for Diabetic Complications. *Jama*, 288, 2579-2588.

- [100]Shobhana, R., Begum, R., Snehalatha, C., Vijay, V., & Ramachandran, A. (1999). Patients' Adherence to Diabetes Treatment. *J Assoc Physicians India*, 47, 1173-1175.
- [101]Sigal, R. J., Kenny, G. P., Wasserman, D. H., Castaneda-Sceppa, C., & White, R. D. (2006). Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 29, 1433-1438.
- [102]Smith, J.A. & Osborn, M. (2003) Interpretative Phenomenological Analysis. In Smith, J.A, (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- [103]Smith, J. A., & Pietkiewicz, I. (2012). A Practical Guide to Using Interpretative Phenomenological Analysis in Qualitative Research Psychology. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361-369.
- [104]Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2005). Diabetes in Adolescents. In Skinner, T. C., Murphy, H., & Huws-Thomas, M. V. (Edt), *Psychology in Diabetes Care* (pp. 27-51). England, John Wiley & Sons Ltd.
- [105]Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2005). Counselling and Psychotherapy in Diabetes Mellitus. In Rubin, R. R. (Edt), *Psychology in Diabetes Care* (pp. 171-193). England, John Wiley & Sons Ltd.
- [106]Spector, S. (2000). Noncompliance with Asthma Therapy: Are There Solutions? *Journal of Asthma*, 37, 381-388.
- [107]Stein, E. H., Murdaugh, J., & Macleod, J. A. (1969). Brief Psychothreapy of Psychiatric Reactions to Physical Illness. *Amer. J. Psychiat.*, 125, 1040-1047.
- [108]Surwit, R. S., & Schneider, M. S. (1993). Role of Stress in The Etiology and Treatment of Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55, 380-393.
- [109]Sürücü, H. (2014). Diyabet Özyönetim Eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7, 46-51.
- [110]Tanenbaum, M. L., Kane, N. S., Kenowitz, J., & Gonzalez, J. S. (2016). Diabetes Distress from The Patients' Perspective: Qualitative Themes and Treatment Regimen Differences Among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabates and Its Complications*, (in press).
- [111]Taşkın, M. T., Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sibel Kalaça).
- [112]Thorp, M. L. (2005). Diabetic Nephropathy: Common Questions. *American Family Physician*, 72, 96-99.



- [113]Turok, D. K., Ratcliffe, S. D. & Baxley, E. G. (2003). Management Of Gestational Diabetes Mellitus. *Am Fam Physician*, 68, 1769–1772.
- [114]Tümer, G., & Çolak, R. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, 12-15.
- [115]Türkiye Diyabet Vakfı-a. *Öğün Sayısı Ne Olmalı*. Retrieved February 28, 2012 from <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=80&s=83>
- [116]Türkiye Diyabet Vakfı-b. *Diyabetin Akut Komplikasyonları*. Retrieved January 25, 2016 from <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=4&s=49>
- [117]Türkiye Diyabet Vakfı-c. Hipoglisemi. Retrieved January 25, 2016 from <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=23>
- [118]Türkiye Diyabet Vakfı-d. *Diyabetin tipleri nelerdir?* Retrieved March 10, 2016 from <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=3&s=39>
- [119]Türkiye Diyabet Vakfı-e. Egzersiz. Retrieved March 10,2016 from <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=22>
- [120] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. (2009). *TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*. 4. Baskı, Ankara
- [121]Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Diyabetin Komplikasyonları*. Retrieved January 25, 2016 from <http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=36>
- [122]Uçkun, A., & Çalikoğlu, A. S. (2003). Çocukluk Çağında Tip İki Diyabet. *Sted*, 12, 174-179.
- [123]Uysal, Y., & Akpınar, E. (2013). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38, 31-40.
- [124]Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T., (2013). Content Analysis and Thematic Analysis: Implications for Conducting A Qualitative Descriptive Study. *Nursing and Health Sciences*, 15, 398-405.
- [125]Van De Laar, F. A., Van De Lisdonk, E. H., Lucassen, P. L., Stafleu, A., Mulder, J., Van Den Hoogen, H. J., Rutten, G. E., & Van Weel, C. (2006). Eating Behaviour and Adherence to Diet in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*, 23, 788-794.
- [126]Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional and External Eating Behaviour. *Int J Eat Disord*, 5, 295-315.

- [127]Wacker, R. R. (1990). The Health Belief Model and Preventative Health Behavior: An Analysis of Alternative Models of Causal Relationships. *Retrospective Theses and Dissertations*. Paper 9417.
- [128]Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Effect of Diabetes Fatalism on Medication Adherence and Self-care Behaviors in Adults with Diabetes. *General Hospital Psychiatry, 34*, 598-603.
- [129]Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Care, 27*, 1047-1053.
- [130]Williams, C. (1999). Gender, Adolescence and The Management of Diabetes. *Journal of Advance Nursing, 30*, 1160-1166.
- [131] Williams, C. (2000). Doing Health, Doing Gender: Teenagers, Diabetes and Asthma. *Social Science & Medicine, 50*, 387-396.
- [132]World Health Organization (nd). Adherence to long-term therapies: Evidence for Action. Retrieved January 26, 2013 from [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
- [133]World Health Organization (nd). Body Mass Index. Retrieved November 11, 2012 from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- [134]World Health Organization (nd). Global Health Observatory (GHO). Retrieved November 17, 2012 from [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_glucose\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_glucose_prevalence_text/en/)
- [135]World Health Organization (nd). Diabetes Programme. Retrieved February 26, 2012, from <http://www.who.int/diabetes/en/>
- [136]World Health Organization, 2003. Adherence to Long- Term Therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization
- [137]World Health Organization (2011). Diabetes Programme. Retrieved February 26, 2012, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
- [138]World Health Organization (2015). Diabetes. Retrieved March 10, 2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- [139]Yeh, G. Y. Eisenberg, D. M., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2002). Use of Complementary and Alternative Medicine Among Persons with Diabetes Mellitus: Results of A National Survey. *American Journal of Public Health, 92*, 1648-1652.
- [140]Zisser, H., Gong, P., Kelley, C. M., Seidman, J. S., & Riddell, M. C. (2011). Exercise and Diabetes. *International Journal of Clinical Practice, 65 (Suppl. 170)*, 71-75.

# EKLER

## EK1: Onam Formu

ID:

Tarih:

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma Psk. Fatma Elif Lengerli'nin Okan Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürüttüğü tez çalışmasıdır. Araştırma sırasında yapılacak görüşmelerde diyabet yaşantınızla ilgili bazı sorular sorulacaktır. Görüşmeler 45-60 dakika olarak planlanmıştır. Görüşmeler sırasında ses kaydı alınacaktır.

Çalışma diyabet hastalarının deneyimleri üzerine odaklanmıştır. Bu konularda aşağıdaki özelliklere sahip bireylerle görüşmeler yapılacaktır:

- 3-5 yıldır Tip 2 diyabet hastalığının olması
- Çalışıyor olmak
- 25-40 yaşları arasında olmak

Gerek tezde gerekse çalışmanın diğer sözlü ve yazılı sunumlarında kimliğinizin saklı tutulacağından emin olabilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Görüşme sırasında bir sorunuz olursa ben cevaplamaya hazır olacağım. Ayrıca sohbetimiz sırasında herhangi bir şeyden rahatsız olursanız görüşmeye ara verebilir veya görüşmeyi sonlandırabilirsiniz.

Bu araştırmanın danışmanlığını Yrd. Doç. Dr. Bahar Tanyaş yapmaktadır. Görüşmelerden önce ya da sonra herhangi bir sorunuz olduğu takdirde, benimle ya da danışman hocamla aşağıdaki adresten irtibata geçebilirsiniz:

[bahar.tanyas@okan.edu.tr](mailto:bahar.tanyas@okan.edu.tr)

[eliflengerli@yahoo.com](mailto:eliflengerli@yahoo.com)

Telefon: 0216 677 16 30

Adres: **Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü** Psikoloji Bölümü 34959 Akfırat-Tuzla /  
İstanbul

Yukarıda verilen bilgilerin okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyad:

İmza:



## **EK 2: Sosyodemografik Form**

**ID:**

**TARİH:**

**1. Yaş:**

**2. Eğitim Durumu:**

**Okur-yazar..... İlkokul..... Orta okul..... Lise..... Üniversite..... Yüksek Lisans  
ve üstü.....**

**3. Meslek:**

**4. Medeni Hal:**

**5. Cinsiyet:**

**6. Ne kadar zamandır diyabetiniz var?**

**7. Ailede diyabeti olan başka biri var mı? Varsa kim?**

**8. İlaç kullanıyor musunuz?**

**Evet ise: Oral antidiyabetik..... İnsülin.....**

**9. Aylık gelir aralığı:**

**( ) 1000 TL ve altı**

**( ) 1000 - 2500 TL arası**

**( ) 2500 - 5000 TL arası**

**( ) 5000 TL ve üzeri**

# ÖZGEÇMİŞ

**Doğum Tarihi/Yeri: 04.12.1986/İstanbul**

## **Eğitim Bilgileri**

Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji (Sağlık Odaklı) Yüksek Lisans (2010-2016).

İstanbul Bilgi Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji, Lisans (2005-2009).

FMV Özel Ayazağa Işık Lisesi (1992-2005)

## **Deneyim**

Ocak 2013'ten beri Helios Danışmanlık-Dr. Selim Başarır'da çalışmaktadır.

2010-2012 Kanserli Çocuklara Umut Vakfı, psikolog

2009-2011 İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon

Psikiyatrisi ve Yeme Bozuklukları, staj

2008-2009 Genç Hayat Vakfı, psikolog

## **Alınan Eğitimler**

Bilişsel Davranışçı Terapiler, Doç. Dr. Hakan Türkçapar

Aile Danışmanlığı, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi

MMPI Uygulama ve Yorumlama, Türk Psikologlar Derneği

Ayrılık, Kayıp ve Yas Üzerine Psikoterapötik Çalışma, Türk Psikologlar Derneği, Dr.

Serap Altekin

Rorschach Mürekkep Lekesi Testi Uygulama ve Yorumlama, Yeniden Sağlık ve Eğitim

Derneği, Dr. Songül Bozkurt

Tematik Algı Testi Uygulama ve Yorumlama, Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, Dr.

Songül Bozkurt

Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi, Hümanite Psikiyatrik Tıp Merkezi, Dr. Zeynep

Armay

Terminal Dönem Kanser Hastaları ve Aileleriyle Çalışma, Hümanite Psikiyatrik Tıp

Merkezi, Dr. Zeynep Armay

KDT Eğitim Kampı: Temel Klinik Beceriler-Dr. Christine Padesky, CBTİstanbul-Dr.

Emel Stroup