

Diyabetli Bireyler ve Onlara Bakım Veren Hemşirelerin Hastalık Özyönetim Stratejilerine Bakışı: Kalitatif Bir Çalışma

Review of Disease Self-Management Strategies among Diabetic Individuals and their Caretaker Nurses: A Qualitative Study

BAHAR VARDAR İNKAYA*
EZGİ KARADAĞ**

Geliş Tarihi: 11.03.2016, Kabul Tarihi: 22.12.2016

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, diyabetli bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin diyabet yönetimi sırasında özyönetim stratejilerini belirlemek ve diyabetlilerin özyönetim durumları hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma Ankara'da yapıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan Tip 2 diyabetli yedi hasta ve onlara bakım veren yedi hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplamak için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanıldı. Hasta ve hemşireler ile uygun bir ortamda yüz yüze görüşme ile veriler toplandı. Görüşmeler araştırmaya katılan kişilerden izin alındıktan sonra ses kayıt cihazına kaydedildi. Çalışma sonunda verilerin çözümü yapıp analiz edildi ve temalar oluşturuldu.

Bulgular: Diyabetli bireylerle yapılan görüşmeler sonunda yapılan kalitatif değerlendirme sonuçlarına göre alt temalar; diyet uyum, egzersiz yapma, stres yönetimi ve insülin yapma olarak saptandı. Bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerde ortaya çıkan alt temalar ise diyet, eğitim ve insülin yapma oldu.

Sonuç: Bu bulgulara göre hemşirelerin diyabetli hastalara verdikleri danışmanlıkları ve eğitimi yönlendirmeleri, hastalara tanı almadan başlayarak özyönetimde zorlandıkları konularda yaşam boyu rehberlik etmeleri önerilir.

Anahtar kelimeler: Diyabet; hemşirelik; kalitatif; özyönetim.

ABSTRACT

Aim: This aim of this study was to determine the difficulties experienced by individuals with diabetes and their caregiver nurses during diabetes management of the disease, and to obtain information about their self-management level.

Methods: The study was conducted in Ankara. The study sample consisted of seven volunteer patients with type 2 diabetes, and seven nurses responsible for these patients' care. Data were collected using the semi-structured, intensive interview method. All data were collected through the face-to-face interviews conducted with the patients and their nurses in a suitable environment. The interviews were recorded with a tape recorder, after obtaining the permission of the study participants. At the end of the study, the data analysis was performed and various themes were created.

Results: Following the interviews conducted with the diabetic patients, and based on the results of qualitative assessment that were performed, the subthemes were determined as diet adherence, exercise, stress management, and administration of insulin. The subthemes identified in the interviews conducted with the caregiver nurses were diet, training, and administration of insulin.

Conclusion: According to these findings, nurses are advised to provide lifelong counseling and education guidance for patients with diabetes, beginning with the diagnosis of the disease and challenging them in self-management.

Keywords: Diabetes; nursing; qualitative; self-management.

* B Vardar İnkaya, Yrd. Doç. Dr.
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Bahar Vardar İnkaya, Yrd. Doç. Dr.
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Etlik Doğu Kampüsü, Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu
Üstü Etlik / Ankara
Tel.: 0 312 324 15 55 Faks: 0 312 906 29 67
e-posta: bahar_inkaya@yahoo.com.tr

** E Karadağ, Doç. Dr.
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Diyabet ülkemizde ve dünyada sıklığı gittikçe artan, ciddi kronik bir hastalıktır. Dünyadaki diyabetli hasta sayısı 2013 yılı itibari ile 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.^[1] Türkiye’de yayımlanan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-II) çalışmasında ise 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllara göre önemli derecede arttığı ve %13.7’ye vardığı görülmüştür.^[2] Diyabetli bireylerde en çok görülen problem, kan glikozu kontrolünün sağlanamamasıdır. Bu nedenle Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association= ADA) diyabette özyönetim eğitimini önermektedir. Özyönetim; hastalıkla ilgili semptom, tedavi, fiziksel, sosyal ve yaşam biçimi değişikliklerini de içine alan kronik hastalığı yönetme sanatıdır.^[3] Sosyal anlamda karmaşık bir yapısı olan özyönetim; diyabetle yaşamda kalmayı öğrenerek farkındalık kazanmak ya da hastalıkla ilginin bilginin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir.^[4] Özyönetim uygulamaları; beslenme planı, kan glikozu izlemi, metabolik kontrol, egzersizin artırılması, riskli davranışlardan uzak durma ayrıca akut ve kronik komplikasyonları önleme ve iyi problem çözme becerileri kazanmayı içerir.^[5] Diyabet özyönetiminde daha çok davranış değişiklikleri hedeflenir ancak bunu uygulamak ve sürdürmek güçtür. Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği’ne (American Association of Diabetes Educators=AADE) göre diyabet özyönetim eğitimi bir yerde problem çözme sürecidir. Bu nedenle, diyabet özyönetimi; problem çözme süreci olan tanılama, hedef belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarından oluşmalıdır.^[6]

Diyabette özyönetim eğitimi ile hastanın diyabet bilgisinin/yaşam kalitesinin arttığını, öz bakım davranışlarının ve klinik sonuçlarının düzeldiğini göstermektedir.^[7] Ne yazık ki diyabetli bireylerin %50-80’inin HbA1c düzeylerinin, önemli bilgi ve beceri eksiklikleri nedeni ile ortalamasının oldukça üstünde seyretmekte olduğu bildirilmektedir.^[7,8] Bu nedenle diyabette özyönetim eğitimi diyabetli bireyin olduğu her yerde yapılmalıdır ve oldukça önemlidir. Yapılan bir çalışmada farklı ortamlarda (ev, okul, hastane, işyeri, elektronik ortam, vb.) özyönetim eğitimi verilen hastaların bilgi düzeylerinin ve fiziksel aktivitelerinin arttığı, özbakım becerilerinin düzeldiği belirlenmiştir.^[8] Yaşlı diyabetli kadınlarla yapılan özyönetim eğitimi çalışmasında kadınların 2-3 ay sonrasında yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür.^[9] Kirby ve arkadaşları^[10] (2015) tarafından diyabetlilerde özyönetim eğitiminin yapıldığı çalışmada, eğitim sonrasında bireylerin HbA1c düzeylerinde düşme olduğu tespit edilmiştir.

İyi bir diyabet özyönetimi sağlamak için hastaya bakım veren ekip üyelerinin işbirliği içinde olması ve birbirini desteklemesi gerekmektedir. Ayrıca aile üyesi ya da evde hastaya bakım veren kişininde olması şarttır. Hastanelerde diyabetli hastalarla en çok zaman geçiren kişilerin hemşireler olduğu gerçeği göz önüne alınırsa, hemşireliğin bu kavramı bilmesi ve uygulamasının önemi daha iyi anlaşılacaktır.^[3] Bu noktadan yola çıkarak, önemli olduğu bilinen diyabet özyönetiminin

durumunu göstermek ve hemşirelere yol gösterici olmak adına bu kalitatif araştırma yapıldı. Türkiye’de bu alanda yapılan çalışmanın az bulunması nedeniyle bu çalışmanın literatüre katkı sunacağı ve diyabet hemşirelerine uygulama ve bakımlarında rehber olabileceği düşünüldü. Bunun dışında hasta ve hemşirelerin duygu ve düşüncelerini karşılaştırma imkanı olmasının eğitim ve bakım planlarında yarar sağlayacağı, hasta-hemşire iletişiminde de yol gösterici olacağı düşünülerek bu çalışma planlandı.

Bu araştırma, diyabetli hastalar ve onlara bakım veren hemşirelerin diyabet hastalığını yönetirken özyönetim stratejilerini ve durumları hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla yapıldı.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kalitatif bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğüne karar vermede doyum noktasıyla karar verilmektedir. Görüşmeler sırasında duyulanlar, önceden yapılan görüşmeler sırasında tekrar edildiğinde doyum noktasına ulaşılmış demektir.^[11]

Araştırma Türkiye’nin İç Anadolu Bölgesinde bulunan bir il olan Ankara’da yapıldı. Bu ilde bulunan bir Araştırma Hastanesine gelen, araştırmaya katılmaya gönüllü, tip 2 diyabeti olan yedi birey ve onlara bakım veren yedi hemşire araştırmanın örneklemi oluşturdu. Araştırmaya katılma kriterleri arasında; en az bir yıldır diyabet tedavisi alma, konuşma-duyma-görme engeli olmama, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmama, 18 yaş ve üzeri olma yer almakta idi. Bu araştırmada dört kadın, üç erkek toplam yedi diyabetli birey ile görüşme yapıldı. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları 53.85±7.03, tamamı evli, %57’si ilkökul, %14.5’i üniversite mezunu olup %85’i 10-20 yıllık, %15’i 20-30 yıllık diyabet hastası ve hepsinde diyabete bağlı komplikasyon gelişmiş idi.

Bakım veren hemşireler için araştırmaya katılma kriterleri; 18 yaş ve üzerinde olma ve en az üç yıldır diyabetli hastalarla çalışıyor olma idi. Bakım veren hemşirelerin yedisi de kadındı. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 39.66±6.29 olup grubun tamamı evli ve üniversite mezunu, %85’i 10-20 yıl arası diyabetli hastalarla çalışmaktaydı.

Verilerin Toplanması

Nitel olarak yapılan bu araştırmada geçerliliği sağlamak için inanırılık, aktarılabirlik ve tutarlılık kullanıldı. İnanırılık için mümkün olduğu kadar uzun süreli etkileşim ve uzman incelemesinden yararlandı. Aktarılabirlik için sonuçlar genellenmeye çalışıldı ve tüm diyabetli birey ve hemşirelere

yararlı olması amaçlandı, görüşme verileri tümüyle aktarılmaya çalışıldı.^[12,13] Veri toplamak için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi kullanıldı.^[14] Tutarlılık için ise ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulan ve uzman görüşü alınan bireysel tanıtım formu ile görüşme soru formu kullanıldı.^[15-17] Hasta ve hemşireler ile uygun bir ortamda yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplandı. Görüşmeler araştırmaya katılan kişilerden izin alındıktan sonra ses kayıt cihazına kaydedildi ve ortalama onbeş-yirmi dakika sürdü.

Verilerin Analizi

Kayıtlar öncelikle tüm içeriğiyle birlikte aynen yazıya döküldü. Kayda alınan görüşmeler çözümlendikten sonra içerik analizi iki ayrı araştırmacı tarafından yapıldı. Daha sonra araştırmacılar biraraya gelerek ortak liste oluşturup, uygun temalar çıkartıldı. Her hasta ve hemşirenin en çok üzerinde durduğu konular belirlendi ve ana temalar oluşturuldu.

Araştırmanın Sınırlılığı

Veri toplanan diyabetli bireylerin çoğunun eğitim düzeyinin düşük olması, hemşire grubunun ise tamamının lisans mezunu olması, araştırma bulgularını karşılaştırma bakımından araştırmanın sınırlılığını oluşturdu.

Etik Durum

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan ve ilgili hastane için Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan gerekli izinler alındı. Ayrıca görüşme yapılan diyabetli hastalara ve hemşirelere araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onam imzalatıldı.

Bulgular

Diyabetli Birey Görüşmeleri

Hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda yapılan kalitatif değerlendirme sonuçlarına göre ana ve alt temalar belirlendi. Alt temalar; diyetle uyum, egzersiz yapma, stres yönetimi ve insülin yapma olarak saptandı.

Diyabette Özyönetim Uygulamaları

Diyete Uyum

Hastaların hepsi ortak problem olarak diyetle uyumda zorluğu ifade etti. Hastalıklarını yaşamlarına entegre edemediklerini, bu nedenle de kan glikoz düzeylerinde sürekli dalgalanmalar olduğunu söyledi. Onlara sorulan soru "*hastalığınızın yönetiminde bugüne kadar size en çok zorlayan ne oldu?*" sorusuna hepsinin cevabı; *diyet* oldu.

Örneğin ilk görüşme yaptığımız hasta; "*düzenli ve saatinde yemek yeme zorunluluğu beni sinir ediyor.*" Halk eğitim

merkezinde çalışan bu hasta "*bazen iş dolayısı ile dışarı çıkıyoruz o zaman öğünlerim aksıyor ve bende bundan inanılmaz rahatsızlık duyuyorum ama elimden de birşey gelmiyor.*" diyerek duygu ve düşüncelerini ifade etti (43 yaşında, kadın diyabet hastası).

Bir diğer kadın hasta; "*Şeker hastası çok yemeyecek, kararsız yemeyecek, kendini kontrol altına alman lazım. He bana sor yapıyor musun diye yok beceremiyorum. Kilo veremiyorum*" (50 yaşında, 123kg kadın diyabet hastası).

Erkek hastalarından biri ise "*..... perhizine dikkat edeceksin. Zamanında yersen sıkıntı yok ama sonuç olarak istediğini yiyip içemiyorsun. Zor yani Allah kimseye vermesin. Herkes yesin sen bak.*" diyerek içinde bulunduğu durumu anlattı (60 yaşında, erkek diyabet hastası).

"*Diyete uymuyorum, çünkü bu hastalığı duyduğumdan beri kendimi sevmiyorum. Bir sevsem arkadan hepsi gelecek ama olmuyor işte*" (53 yaşında, kadın hasta).

Bir sonraki görüşmedeki hastam; "*Diyet yapmak zor geliyor. Baksana yapsam bir yerimden belli olur, kilo veririm ama nerde? Bir türlü veremedim.*" diyor (65 yaşında, kadın hasta).

Serbest meslek sahibi bir diğer hastam da; "*Bu hastalıkta bana en zor gelen diyet oldu. Sabah altıda dükkana gidiyorum. Toptancı marketim var, arabayla bir orası bir burası. Acıkıyorum, giriyorum lokantaya. Beni akşama idare edecek kadar kebab, pide yiyiyorum ne yapayım benim durup yemek yiyecek zamanım yok. Unutma hocam şeker hastası evinde hırsız gibidir. Öyle bir iştahım var ki kimse engel olamıyor*" (53 yaşında, erkek diyabet hastası).

Egzersiz Yapma

Hastaların hemen hepsinin egzersizin önemini bildiği, ancak uygulamaya koymada başarılı olamadıkları saptandı.

"*Kan şekerini dengede tutacaksın yürüyeceksin her gün başka yolu yok*" (65 yaşında, kadın hasta).

Bir başka hasta; "*Yürümem lazım biliyorum ama düzenli yürüyemiyorum. Çok terliyorum, sıkıntı geliyor, ter basıyor*" (50 yaşında, 123kg kadın diyabet hastası).

Üçüncü görüştüğüm hastam H. hanım; "*Yürüyüş önemli ama bende pek yok.*"

Bir başka hastam ise "*Valla ben elimden geleni yapıyorum yürüyorum kendime göre gayretliyim de ama hepsi bir bütün bir aksadı mı işin bitti işte burda alırsın soluğu*" diyor (60 yaşında, erkek diyabet hastası).

Stres Yönetimi

"*Bu hastalık strese gelmez. Stresim oldu mu işte böyle oluyor. Hanımım, çocuklar çekiyor. Hastanede yaşıyoruz ya durma gel yat*" (53 yaşında, erkek diyabet hastası).

“Stres, sinir olmaz. Hemen yükselir şeker. İlk hastalığımı öğrendiğimde dumura uğradım. Stresim zirveye çıktı. Neden benim başıma geldi diye. Zaten olan olmuş dedim sonra yavaş yavaş kabulleniyorsun, mecbur alışıyorsun birlikte yaşamaya çünkü biliyosun artık yakana yapıştı ve terk etmeyecek seni. Uyum sağlamak için elinden geleni yapıyorsun” (43 yaşında, kadın diyabet hastası).

“İster istemez aile ortamında stresli oluyor. Bu zamanda da stresi engellemek pek kolay iş değil. O da meret yükseltiyor şekeri” (50 yaşında, 123 kg kadın diyabet hastası).

Bilgi Eksikliği

İnsülin yapma/uygulama

“İlaçlarımı içerim ama insüline gelince kendim yapamıyorum. Karnımdan vuruyorum orası da yağlıymış geç etki ediyor, şekerim de düzelmüyor, kilo da veremiyorum” (50 yaşında, 123kg kadın diyabet hastası).

Bir başka hasta; “İnsülin önemli ama ben öğrenemedim tam olarak. O nedenle zorlanıyorum. Şekerlerim dengelenmedi bir türlü. Belki de bana yeniden nasıl yapıldığını gösterecekler iyi olacak” (53 yaşında, erkek diyabet hastası).

Bakım Veren Hemşirelerin Görüşmeleri

Bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerde ortaya çıkan ana ve alt temalar belirlendi. Alt temalar; diyetle uyum, eğitim ve insülin yapma/uygulama oldu.

Hastanın Özyönetim Uygulamaları

Diyete Uyum

Diyabetli hastalarla çalışan hemşirelere sorulan “Diyabetli hastaların hastalıklarının yönetiminde bugüne kadar onları en çok zorlayan sizce ne oldu?” sorusuna hepsinin cevabı; “diyet” oldu.

İlk görüşme yaptığımız hemşire “Düzenli beslenme kan şekeri kontrolünde anahtar. Eğer hastaya bunu yapmasını öğretirsek çoğu sorun halledilmiş oluyor. Hastalar başta tatlı yemezsem kan şekerim düzeler sanıyor halbuki öyle değil. Bunu hastaya anlatmak lazım” (S. Hemşire, 51 yaşında).

Diyabet ile birlikte osteomyelit tanısı olan hastaların oldukça fazla olduğu enfeksiyon servisinin sorumlusu olan bir hemşire; “Beslenme kısıtlaması hastalara en zor gelen kısım. Hiperglisemi tablosu ile gelen hastalar, hastanede düzenli beslenme alışkanlığı ile kan şekerinin düştüğünü görüyor ve daha uyumlu oluyor. Ancak hastanın yaşı da çok önemli. Yaşlı hastalarda boşvermişlik daha fazla. Genç hastaların uyumu hep daha iyi” (Y. Hemşire, 35 yaşında).

“Hastalar yüksek karbonhidrat ile besleniyor, hiperglisemi tablosu gelişiyor. Diyabet tanısını öğrenince beslenme alışkanlıkla-

rından vazgeçmek zor oluyor. Hasta beş- altı yıl sonra özyönetimini sağlayabiliyor” (A. Hemşire, 31 yaşında).

“Bir kere hastalar diyetle uymada zorluk yaşıyor. Hangi besin yükseltir, hangisi yükseltmez bilemiyorlar. Bir hastam vardı hiç unutmam sabah şekeri yüksekti. Akşam şekerinin 450 çıktığını söylediğimde hem öğle hem akşam yemeğini yemediğini şekerinin nasıl bu kadar yüksek çıktığını anlamadığını söylemişti. Üstelik bu hasta genç ve üniversite mezunu idi” (C. Hemşire, 42 yaşında).

“Hastalar ara öğünsüz besleniyor. Dolayısı ile kan şekerleri regüle olmuyor. Yasak olan herşey cazip geliyor” (D. Hemşire, 35 yaşında).

“Siz hastanın şekerini hastanede regüle ediyorsunuz ama hasta evde diyetine uymuyor ve kan şekerleri yeniden yükseliyor ve hasta hiperglisemi ile yine acile geliyor” C Hemşire, 42 yaşında).

Hastanın Bilgi Eksikliği

Eğitim

S Hemşire; “Diyabetli hasta için en önemli şey eğitim. Hem de her yönüyle. Hastalar diyabeti sadece kendilerinin başına gelmiş korkunç birşey gibi algılıyor. Aslında hastalığı hayatına adapte edebilse herşey çok daha güzel olacak. Ben çalıştığım hastalarda en çok bunu gözlemledim. Ayrıca eğitimle birlikte bu hastalar psikolojik destek de almalı. Böyle bir hastamız vardı. Her ay beş-altı gün kliniğimizde yatardı. Eğitim ve psikolojik destekle hastaneye yatma aralıklarını sekiz aya kadar uzatmıştık. Bu da hemşirenin bir başarısı bence.”

Y. Hemşire; “Biz bugüne kadar hep hastalarımızın eksikliklerini tamamlamak için onlara eğitim verdik. Beslenme, insülin, ayak bakımı, şeker ölçümü, yara bakımı. Eğitim hastaların kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlıyor.”

A. Hemşire; “Hasta diyabeti bilirse başa çıkması daha kolay oluyor. Herhangi bir durumda kendi müdahale edebiliyor, şaşırıyor. Bu da eğitimle mümkün diye düşünüyorum.”

D Hemşire; “Eğitim önemli ama eğitimde de yaş önemli. Çocuk ya da genç hastalara eğitim vermek daha kolay. Herşeyi çabuk anlıyorlar. Yaşlılarda durum tam tersi. Herşeyi anladığından emin olmalısın. Böyle hastalar için eğitimde bir yakınının olması avantaj.”

İnsülin Yapma/Uygulama

“Benim gördüğüm ve deneyimlediğim hastalara ilk insülin verildiğinde kendilerine iğne yapmaktan çok korkuyor” (S. Hemşire, 51 yaşında).

Z. Hemşire; “Hasta doktorla pazarlık yapıyor insülin istemiyor, oral antidiyabetik istiyor.”

“Hastalar insülin yapmaktan başta korkuyor. Sonrasında uyum gelişiyor ancak insülin uygulaması sıkıntı olabiliyor. Enjeksiyon

teknikliğini yanlış öğrenen hasta sayısı fazla olabiliyor” (Y. Hemşire, 35 yaşında).

“İnsülin ve uygulaması eğitimin önemli bir kısmı. Hastanın doğru öğrendiğinden emin olmanız lazım. Yoksa hasta hipoglisemisi ile size geri dönüyor” (A. Hemşire, 31 yaşında).

“Hastaların korkusu kendine enjeksiyon yapmak. Hasta ile korkusu konuşulmalı, eğitimlerde beraber uygulama yapılmalı, korku bu şekilde yenilebilir” (D. Hemşire, 35 yaşında).

Tartışma

Hastalarla yapılan görüşmeler sonunda yapılan kalitatif değerlendirme sonuçlarına göre alt temalar; diyetle uyum, egzersiz yapma, stres yönetimi ve insülin yapma/uygulama olarak belirlendi. Bu çalışmada hastaların hepsi ortak problem olarak diyetle uyumda zorluğu ifade ettiler. Hastalıklarını yaşamlarına entegre edemediklerini, bu nedenle de kan glikoz düzeylerinde sürekli dalgalanmalar olduğunu söylediler. Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) kapsamlı diyabet bakım ve tedavisinin vazgeçilmez bir bileşendir. Yıllardır DM tedavisi denince ilk akla gelen kriter beslenme olmuştur. Fakat başarılı olabilmek için en az olan tedavi yöntemi de diyettir. Her toplumun bir beslenme alışkanlığı vardır. Hatta aynı toplum içinde yaşayan sosyokültürel düzeyleri farklı olanların da farklı beslenme alışkanlıklarının olduğu diyet tedavisine başlamadan göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilere belli kısıtlamalar getirildiği zaman kısıtlanan objelere karşı bir istek doğacağı unutulmamalıdır. Burada sadece hastanın değil ailesinin hatta yaşadığı toplumun da hastaya destek olması gerekmektedir. Az alternatifli, çok sıkı kurallı diyet tedavi önerileri başarısızlığın önemli nedenlerindedir.^[18] Örneğin adölesan grupla yapılan bir çalışmada gençlerin zorunlu bir yemek planına uyumda güçlük yaşadığı ve bu durumdan nefret ettikleri, farklı iki çalışmada da hastaların en fazla diyetle uyumda zorluk yaşadıkları saptanmıştır.^[19-21] Kirby ve arkadaşları^[10] (2015) yaptığı bir çalışmada diyabetli bireyler beslenme ile ilgili sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir. Bir hasta “Daha çok patates ve havuç yediğimi düşünüyorum. Biliyorum sağlıklı bir düşünce değil ama bu sonuca değiştirmiyor.” diyerek ne kadar zorlandığını ifade etmiştir. Araştırma sonuçlarımız bu açıları literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, hastaların hemen hepsinin egzersiz önemini biliyor olduğu, ancak uygulamaya koymada başarılı olmadıkları saptandı. Karadağ ve arkadaşları^[21] (2014) yaptıkları çalışmada özellikle kadınların daha az egzersiz yaptıklarını saptamıştır. Rostami ve arkadaşlarının^[19] (2015) çalışmasında adölesanlar egzersiz konusunda bilgi sahibi olmadıklarını bu nedenle doğru uygulamadıklarını belirtmişlerdir. Tan ve Magarey^[22] (2008) yaptıkları çalışmada kadın diyabetli hastaların çok fazla aktif olmadıklarını bulmuştur. Ev ve iş arasında egzersiz için zaman bulamadıkları saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızı literatürle desteklemektedir.

Bu çalışmada hastaların insülini uygulamaları ile ilgili sorun yaşadıkları belirlendi. Bir çalışmada diyabetli bir genç; “Vücudum insülin üretmiyor bu nedenle insülin kullanmayı öğrenmek zorundayım.” diyerek zorunluluk duygusundan rahatsız olduğunu ifade etmiştir. Bir başka adölesan ise “Egzersiz seviyorsan insüline daha çok bağımlısın çünkü dozunu egzersizine göre ayarlamak zorundasın.” cümlesiyle uyum zorluğunu anlatmaya çalışmıştır. Tekin ve arkadaşları^[20] (2007)’nin çalışmasında, hastaların önemli bir bölümü (%39) insülin kullanmak istememektedir ve bunun en sık nedeni rakamları tanımamak, ikinci olarak ise çevreden insülin hakkında olumsuz şeyler duymak olarak belirlenmiştir. İnsülin tedavisi, diyabetik parametrelerin kontrolünde oldukça önemli olduğu için, insülin uygulamadaki eğitim eksikliği gibi nedenlerden kaynaklanan engeller düzeltilmelidir, çünkü hastalarımızın eğitim düzeylerinin yeterli olmaması, tedavi başarısını tehdit eden bir unsurdur.

Çalışmamızda hastaların stresörlerle karşılaşabildikleri ve stres yönetiminde etkili uygulamalar geliştiremedikleri görüldü. Stresle başatma, diyabet yönetiminin önemli bir ayağıdır. Bu anlamda diyabetli hastalar stresle başatma yöntemleri konusunda eğitilmelidirler ve gerekirse profesyonel destek almalıdırlar.^[23]

Bir çok kronik hastalık için özyönetim dikkate alınması gereken bir konudur. Diyabetli bireylerde de özyönetim glisemik kontrol ve istenilen klinik sonuçlar için önem taşır.^[24] Diyabetli bireylerin hastalıklarına uyum göstermesi dolayısı ile özyönetimlerini sağlayabilmesi için hemşirenin varlığı ve hasta ile işbirliği tartışılmazdır. Bu çalışmada diyabetli bireylerle bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerde ortaya çıkan alt temalar; diyet, eğitim ve insülin yapmadır. Sonuçta hasta ve hemşirelerle yapılan görüşmelere bakıldığında ortak konulardan söz edildiği açıkça görülmektedir.

Hemşirelerin ifadelerine bakıldığında insülin-diyet-eğitim için söylenen cümlelerin birbirine ne kadar bağlı olduğu görülebilir. Yapılan kalitatif bir çalışmada hemşirelerin özyönetimde yaşam biçimi değişimi eğitiminde aktif olması özellikle de yeni tanı alınan dönemde bu konuya daha çok önem verilmesi gerektiği bulunmuştur.^[15] Aynı çalışmada insülin kullanımında birkaç eğitim verilmesi gerektiği, hastaların birkaç tekrardan sonra daha iyi öğrendiği ve kendilerine olan güvenlerinin arttığı belirtilmektedir.

Goetz ve arkadaşları^[16] (2012) yaptığı bir çalışmada evde hasta ziyaretlerine giden bir hemşirenin hastasını televizyon karşısında çikolata yerken bulduğunu ifade etmesi gibi bizim çalışmamızda da bakım veren hemşireler hastaların diyetle uyumda zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sonuçlar bu bakımdan paralellik göstermektedir.

Bu çalışmadaki hemşirelerin hepsi eğitimin önemini ve etkisini kabul etmektedir. Matilla ve arkadaşları^[16] (2009) çalışmasında hemşirenin hastanın özyönetimini sağlamada, hemşirelik

bakımının temelinde eğitim ve danışmanlık olduğunu belirtmektedir. Yine başka bir çalışmada hastaların kendilerini diyabet konusunda yeterli ve iyi hissetmesinin özbakım uygulamalarında yani özyönetimde pozitif sonuç verdiğini göstermiştir.^[26] Bu açıdan da sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Diyabet hemşireleri hastanın bakımında, eğitiminde ve özyönetiminin sağlanmasında önemli role sahiptir.^[27] Bazı hastalar diğerlerinden daha fazla özyönetim eğitimine ihtiyaç duymaktadır.^[28] Öz yönetimin diyabet kontrolündeki etkisini araştıran çalışmalarda, kişinin özbakım becerilerini geliştirdiği,^[29] kan glikoz kontrolüne yardımcı olduğu ve komplikasyonların önlenmesinde tedaviden daha çok yarar sağladığı^[29] görülmüştür. Bu nedenle hastaların tanınması ve ihtiyaçlarına göre eğitim verilmesi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Bir hemşireden de hastanın ihtiyaçlarını saptaması ve o yönde eğitim vermesi beklenmelidir.

Sonuç

Hastaların ortak olarak diyet uyum, egzersiz yönetimi, stress yönetimi ve insülin yapma/uygulama konusunda sorun yaşadıkları saptandı. Hemşireler ise hastaların diyet ve insülin konusunda zorlandığını, eğitimin hastalık yönetiminde önemli olduğunu belirtti. Çalışma sonuçlarına bakıldığında diyabetli bireyler ve hemşirelerin aslında ortak noktalara değindiği saptandı. Bu veriler hemşirelerin hastalara empati duygusu ile yaklaşabildiğinin bir kanıtı olarak değerlendirilebilir. Hastaların zorlandığı konuları bilmek, onlara yardım etmede ve hastalıklarının özyönetimini sağlamada önemli bir basamaktır. Bu bağlamda hastaların etkili diyabet yönetimini geliştirmelerini sağlamak için, ekip üyelerinin birlikte hareket ederek (diyabet hemşiresi, psikolog, hekim vb.) hastaların gereksinimlerini belirlemesi ve bu doğrultuda bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır. Bu bilgilendirmeler yapılırken hastaların kültürel/ eğitim durumu, cinsiyeti vb. gözönünde bulundurulmalıdır. Sonuç olarak hastaların etkili diyabet yönetimini sağlanması için, kanıt temelli bireysel ya da grup eğitimi ve danışmanlık tanı aşamasından başlayarak, her zaman, yaşam boyu sürmelidir.

Bu çalışmanın sonunda; bakımı ihtiyaçlara yönelik yapabilmek için diyabetin farklı alanları ile ilgili hemşire-hasta- hasta yakınım ile kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. <http://www.idf.org/diabetesatlas> (Erişim tarihi: 12.07.2015).
2. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N. ve ark. TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28(2):169-80.
3. http://www.health.vic.gov.au/pch/downloads/dhs_diabetes_guidelines.pdf. Diabetes self-management: Guidelines for providing services to people newly diagnosed with Type 2 diabetes, 2007. (Erişim tarihi: 12.07.2015).
4. Cooper H, Booth K, Gill G. Patients perspectives on diabetes health care

- education. *Health Educ Res* 2003; 18(2):191-206. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.191>.
5. Glasgow RE, Strycker LA. Preventive care practices for diabetes management in two primary care samples. *Am J Prev Med* 2000; 19(1):9-14. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00157-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00157-4).
6. American Association of Diabetes Educators (AADE). Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training (DSME/T). 2011. http://www.diabeteseducator.org/export/sites/aaede/_resources/pdf/research/Guidelines_Final_2_1_11.pdf. (Erişim tarihi: 12.07.2015).
7. ADA. Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care* 2015; V: 38 (Suppl 1).
8. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L. et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J Prev. Med* 2002; 22:29-66. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00424-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00424-5).
9. Kargar M, Ramezanli S, Taheri L. Effectiveness of diabetes self-management education on quality of life in diabetic elderly females. *Glob J. Health Science* 2014; Jul 29;7(1):10-5.
10. Kirby S, Moore M, McCarron T, Perkins D, Lyle D. Nurse-led diabetes management in remote locations. *Can J Rural Med* 2015; 20(2):51-5.
11. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Family Health International* 2006; 18 (1):59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>.
12. Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*. 1982; 30(4):233-52.
13. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins 2011.
14. Kümbetoglu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. 2. baskı. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2008. s: 96-102.
15. Topp M. Nurse perceptions of the challenges of providing self management education primary health care to people with newly diagnosed type 2 diabetes. 2013. Eastern Institute Technology.
16. Goetz K, Szecsenyi J, Campbell S, Rosemann T, Rueter G, Raum E. et al. The importance of social support for people with type 2 diabetes – a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. *Psycho-Social-Medicine* 2012; V:9, p:1-9. <http://dx.doi.org/10.3205/psm000080>.
17. Hung S, Fu S, Lau P, Wong SA. Qualitative study on why did the poorly educated Chinese elderly fail to attend nurse-led case manager clinic and how to facilitate their attendance. *International Journal for Equity in Health* 2015; 14(10). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0137-3>.
18. ADA. Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care* 2014; January, V:37 (Supplement 1). p:14-80. <https://doi.org/10.2337/dc14-S014>.
19. Rostami S, Yekta Z, Ghezleh T, Vanaki Z, Zarea K. Self-perception in Iranian adolescents with diabetes: a qualitative study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2015; 14(36):1-9 <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40200-015-0163-0>.
20. Tekin O, Erarslan E, Işık B, Öz kara A. Diyabetik hastalarda tedavi bariyerleri ve glisemik kontroldeki önemleri: Ankara-Pursaklar Bölgesinde Kesitsel bir çalışma. *Yeni Tıp Dergisi* 2007; 24(2): 105-9.
21. Karadağ E, Karatay G, Parlar Kılıç S. Türkiye'nin doğusunda Tip 2 diyabetlilerde sosyal destek ve öz yeterliliğinin özbakım aktivitelerine etkisi. *Hemşirelik Formu (Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Özel Sayısı)* 2014; 6(1):1-12.
22. Tan MY, Magarey J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. *Patient Education and Counseling* 2008; 72(2):252-67. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.017>.
23. Surwit RS, Van Tilburg MAL, Zucker N, McCaskill CM, Parekh P, Feinglos MN, et al. Stress management improves long-term glycaemic control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25:30-4. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.1.30>.
24. IDF. International standards for diabetes education. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/opsc_est12.pdf.pdf 2009; (Erişim Tarihi: 18 Kasım 2012).
25. Mattila E, Leino K, Paavilainen Estedt-Kurki P. Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2009; 23(3):611-22. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00652.x>.

26. Van Dam HA, Van Der Horst F, Van Den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2003; Sep; 51(1):17-28.
27. Boström E, Isaksson U, Lundman B, Graneheim UH, Hörnsten Å. Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2014; 94(2):187-92. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.010>.
28. Protheroe J, Brooks H, Chew-Graham C, Gardner C, Rogers A. Permission to participate. A qualitative study of participation in patients from differing socio-economic backgrounds. *J Health Psychol* 2013; 18:1046-55. <https://doi.org/10.1177/1359105312459876>.
29. Nguyen AT. Self-Management of Type 2 Diabetes: Perspectives of Vietnamese Americans. *J Transcult Nurs*. 2014; Feb 26. <https://doi.org/10.1177>.