

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN
TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNE İLİŞKİN
DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ**

**KRONİK HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI
DİYABET DESTEK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Yüksek Lisans Tezi

**HAZIRLAYAN
Serpil ŞAHBAZ POLAT**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra OKSEL**

**İZMİR
2018**

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN
TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNE İLİŞKİN
DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ**

**KRONİK HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI
DİYABET DESTEK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Yüksek Lisans Tezi

**HAZIRLAYAN
Serpil ŞAHBAZ POLAT**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra OKSEL**

**İZMİR
2018**

TEZ DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Doç. Dr. Esra OKSEL
(Danışman)

Üye: Doç. Dr. Recı MESERİ DALAK

Üye: Doç. Dr. Gülyah KANER

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 27.07.2018

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince danışmanlığımı yaparak tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın yürütülmesinde her aşamada bana yol göstererek, her türlü desteği veren, benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan, değerli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Esra OKSEL'e, Kronik Hastalıklar Anabilim Dalı'nda emeği geçen tüm hocalarıma, tez çalışmam süresince bana destek olan çalışma arkadaşlarıma, tezime katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm diyabetli bireylere ve...

Hayatımın her döneminde her zaman arkamda duran, sevgilerini her daim hissettiren canım aileme, bana olan desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim sevgili eşim Ekrem POLAT ve kızım Yağmur'a teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

İzmir/2018

Serpil ŞAHBAZ POLAT

ÖZET

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma; Ağustos - Aralık 2017 tarihleri arasında, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bornova Ek Binası, Diyet Polikliniğinde tip 2 diyabeti olan bireylerin tıbbi beslenme tedavisine (TBT) ilişkin deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla niteliksel-fenomenolojik tipte yapıldı. Niteliksel araştırma tasarımı, derinlemesine ve çok yönlü bir veri elde edilmesine olanak sağladığı için tercih edildi.

Araştırmaya en az 6 aydır tip 2 diyabet tanısı ve TBT eğitimini almış, 18 yaş üzeri, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek yazılı onamları alınan 17 birey dahil edildi. Veriler, görüşme formu ve derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı. Boy, vücut ağırlığı, vücut analizi ölçümü araştırmacı tarafından ölçülerek, biyokimyasal ölçümleri hastane sisteminden kaydedildi. Araştırmaya katılan bireylerin %52'si kadın %48'i erkek; yaş ortalamaları $49 \pm 7,9$ yıldır. 8'inin diyabet tanı süresi 5 yıl ve altı, 8'inin 6-10 yıl arası, 1'inin 11 yıl ve üzeridir. Katılımcıların %70,6'sının TBT+OAD tedavi, %23,5'inin TBT+OAD+İnsülin tedavisi; %5,9'unun sadece TBT aldığı görüldü. Görüşmeler, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınarak 24 saat sonra verilerin yazılı dökümü çıkarıldı. Sosyo-demografik özellikler için istatistiksel analiz kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde ise içerik analizi yöntemi kullanıldı. Analiz sonuçları doğrultusunda, temalar belirlenerek söz konusu temalar üzerinden çalışma sonuçları değerlendirildi. Araştırmaya katılan bireylerin deneyimlerinden elde edilen ifadeler gruplandırılarak verilerin birleştiği TBT ile yaşam grubu saptandı. Bu anlam grubu olumlu ve olumsuz olarak 2 tema ile anlamlandırıldı. Sonuç olarak; bireylerden elde edilen ham verilerden TBT ile yaşam olumlu temasına ait “farkındalık”, “mesleki faktörler”, “sosyal faktörler”, olumsuz temasına ait “tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü”, “mesleki faktörler”, “sosyal faktörler” olmak üzere 6 tema çıkarıldı. Bireylerin diyabet tedavisinde en çok zorlanılan kısım olan TBT’ni kabullenme ve uyum

sürecini kolaylaştırmak için diyabet eğitiminin ilk aşamasında TBT tedavisinden bahsedilmesi, bireysel gereksinimlere göre planlama yapılması ve empatik bir yaklaşımla TBT tedavisini kabullenme ve sürdürme süreçlerine yardım edilmesi önerilmektedir.

Beslenme ve Diyetetik alanında bugüne kadar yapılmış olan niceliksel araştırmalara ek olarak yeni bir bakış açısı getireceği düşünülen niteliksel özellikteki bu çalışmanın; bu alanda çalışan diyetisyenlere ışık tutup, tip 2 diyabetli hastaların TBT ile ilgili deneyimlerini çok boyutlu tanımlayıp aktararak önemli mesleki katkı sağlayacağı ve bu tür niteliksel araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Diyabet; Tıbbi Beslenme Tedavisi; Yaşam Deneyimi

dytserpil@gmail.com

ABSTRACT

DETERMINATION OF MEDICAL NUTRITION THERAPY EXPERIENCES OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS

This qualitative-phenomenological research has been design to determine the experiences of patients with type 2 diabetes in medical nutrition therapy (MNT) between August and December 2017, İzmir Tepecik Hospital, Diet Polyclinic. Qualitative research design is preferred because it allows for in-depth and versatile data acquisition.

Seventeen individuals who are over 18 years old with type 2 diabetes who were diagnosed with for at least 6 months and who had MNT training, , who had no communication problems and who agreed to participate in the study were included. The data were collected by interview form and in-depth interview method.

The data were collected by interview form and in-depth interview method. The height, weight and body analysis measurements were measured by the investigator and their biochemical values were recorded from the hospital system.

52% of participants are women and 48% of participants are male; the average age is $49 \pm 7,9$ years in the survey. 8 individuals are diagnosed with diabetes for 5 years or less, 8 individuals are diagnosed with diabetes for 6-10 years, and 1 individuals are diagnosed with diabetes for 11 years or more. 70,6% of participants had MNT+oral antidiabetic treatment, 23,5% had MNT + Oral antidiabetics + Insulin therapy; 5,9% of them received only medical nutrition treatment. The interviews were recorded with the voice recorder and written out of the data was taken after 24 hours. Statistical analysis was used for socio-demographic characteristics. In the analysis of qualitative data, content analysis method was used. According to the results of the analysis, the themes were determined and the results of the studies were evaluated on the themes.

Expressions obtained from the experiences of the individuals participating in the research were grouped as life with MNT. This meaning group was interpreted with 2 themes as positive and negative.

As a result; 6 themes were formed as "awareness", "occupational factors", "social factors", "difficulty in maintaining compliance with treatment", "occupational factors", "social factors". Nutrition education is recommended at the first stage of treatment to allow individuals to accept medical nutrition therapy. In addition to quantitative research in the field of Nutrition and Dietetics, it is thought to bring a new perspective. This research; it is expected that patients with type 2 diabetes will be able to identify their experience with MNT and shed light on dietitians working in this area.

Anahtar kelimeler: Diabetes; Medical Nutrition Therapy; Life Experiences

dytserpil@gmail.com

İçindekiler

Sayfa No

İç Kapak

Tez Değerlendirme Kurulu Sayfası.....	i
Önsöz.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	v
İçindekiler.....	vii
Tablolar Dizini.....	x
Şekiller Dizini.....	xi
Kısaltmalar.....	xii

BÖLÜM I

1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Tanımlar.....	3
1.4. Araştırma Sorusu.....	3
1.5. Araştırmanın Amacı.....	4
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.7. Genel Bilgiler.....	4
1.7.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi.....	4
1.7.2. Diyabet Tipleri.....	5
1.7.2.1. Tip 1 Diabetes Mellitus.....	6
1.7.2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus.....	6

1.7.2.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus.....	8
1.7.2.4. Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet.....	8
1.7.3. Diyabet Semptomları.....	8
1.7.4. Tip 2 Diyabette Tanı Kriterleri.....	9
1.7.5. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları.....	11
1.7.5.1. Akut Komplikasyonlar.....	11
1.7.5.2. Kronik Komplikasyonlar.....	13
1.7.5.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar.....	13
1.7.5.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar.....	14
1.7.6. Diyabette Tedavi Yöntemleri.....	14
1.7.6.1. Diyabet ve İlaç Tedavisi.....	15
1.7.6.2. Diyabet ve Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	18
1.7.6.3. Diyabet ve Egzersiz.....	24
1.7.6.4. Diyabette Kendi Kendine İzlem.....	26
1.7.6.5. Diyabet Eğitimi.....	26
1.7.7. Diyabet Eğitiminde Diyetisyenin Rolü.....	27
BÖLÜM II	
2. Gereç ve Yöntem.....	29
2.1. Araştırmanın Tipi.....	29
2.1.1. Niteliksel Araştırmalar ve Fenomenolojik Yaklaşım.....	29
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
2.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
2.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	30
2.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	30
2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	30
2.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	31
2.7. Araştırma Süresi/Takvimi.....	32
2.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
BÖLÜM III	
3. Bulgular.....	33
3.1. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
3.2. Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Niteliksel Sonuçları.....	42

BÖLÜM IV

4. Tartışma.....	57
4.1. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	57
4.2. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçlarının Tartışması.....	60
4.2.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam.....	60
4.2.1.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam Olumlu Yönler.....	60
4.2.1.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam Olumsuz Yönler.....	64

BÖLÜM V

5. Sonuç ve Öneriler.....	70
5.1. Sonuç.....	70
5.2. Öneriler.....	71
KAYNAKLAR.....	72
EKLER.....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	90

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1 - Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	5
Tablo 2 - Diabetes Mellitus'un Etiyolojik Sınıflaması.....	6
Tablo 3 - Diabetes Mellitus ve Glikoz Metabolizması Bozukluklarında Tanı Kriterleri.....	9
Tablo 4 - Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları.....	11
Tablo 5 - Oral Antidiyabetik Ajanlar.....	16
Tablo 6 - İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri.....	17
Tablo 7 - ADA 2017 Tıbbi Beslenme Tedavisi Önerileri.....	21
Tablo 8 - Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verileri.....	34
Tablo 9 - Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları.....	36
Tablo 10 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Verileri.....	38
Tablo 11 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımları.....	39
Tablo 12 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Metabolik Değerlerine İlişkin Verileri.....	41
Tablo 13 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Metabolik Verilerin Ortalamaları.....	42
Tablo 14 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin İfadelerinin Grupları.....	43
Tablo 15 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları.....	44

Tablo 16 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam İle İlgili Olumlu Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları.....	49
Tablo 17 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları.....	50
Tablo 18 - Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam İle İlgili Olumsuz Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları.....	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1 - Erişkinlerde Tip 2 Diabetes Mellitus Taraması ve Tanılama.....	10

KISALTMALAR

ADA	: Amerikan Diyabet Birliği
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
BAG	: Bozulmuş Açlık Glikozu
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CHO	: Karbonhidrat
DHA	: Dokosaheksaenoik asit
DM	: Diabetes Mellitus
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DKYE	: Diyabette Kendini Yönetme Eğitimi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPA	: Eikosapentaenoik Asit
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HHNK	: Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma
HT	: Hipertansiyon
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Kronik Kalp Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
LADA	: Latent Otoimmün Diyabet
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MODY	: Gençlerin Erişkin Başlangıçlı Diyabeti

MUFA	: Tekli Doymamış Yağ Asidi
OAD	: Oral Antidiyabetik
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
KŞ	: Kan Şekeri
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMĐ	: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması



BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki kusurlar nedeniyle organizmanın karbonhidrat (CHO), protein ve yağlardan yeterince yararlanamadığı, komplikasyonların da eşlik edebildiği, yaşam boyu tıbbi tedavi, sürekli bakım ve hastalığa uyum gerektiren kronik bir metabolizma hastalığıdır (1, 2, 3).

DM sık görülen ve görülme sıklığı da tüm dünyada öngörülenin çok üstünde artan, giderek daha fazla insanı etkileyen kronik bir sağlık problemidir (4). Sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak, yaşam süresinin uzaması diyabetin görülme sıklığını daha da arttırmakta ve yaşadığımız yüzyılın en ciddi sağlık sorunlarından biri haline getirmektedir (4, 5, 6).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nden alınan bilgilere göre 2000 yılında 171 milyon olan diyabetli birey sayısı 2010 yılında 285 milyona, günümüzde ise 425 milyona ulaşmıştır. 2010 yılı başlangıcı ile tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %6,6 iken 2030 yılında %18 artış ile bu değerin %7,8 olacağı öngörülmektedir. Dünya üzerindeki her 11 kişiden birinin diyabetli olduğu (prevalans %8,3) bildirilmekte ve bu hızlı artışın devam edip 2045 yılında 628 milyon kişinin diyabetli olacağı öngörülmektedir (7).

Ülkemizde baktığımızda, IDF Diyabet Atlasına göre Türkiye'de 2010 yılı itibarı ile erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %7,4'tür. Ülkemizde yapılan Birinci Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-1) sonuçlarına göre ise 1998 yılında tip 2 diyabet prevalansı %7,2, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) prevalansı ise %6,7 olarak bulunmuştur (2).

Çalışmada diyabet hastalığının kadın bireylerde ve kentsel bölgede yaşayanlarda daha çok görüldüğü, ayrıca diyabete yakalanma riskinin yaşlılık, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet öyküsü, düşük eğitim seviyesi, maddi durum ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. TURDEP-2'ye

göre de ülke genelinde 20 yaş üzerinde 26499 kişi incelenmiş ve tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli oranda arttığı ve %7,2'den %13,7'ye vardığı görülmüştür (8, 9).

Türkiye, diyabetteki bu hızlı artışın sürmesi nedeniyle IDF 2017 Atlası'na göre 20-79 yaş aralığındaki diyabetli bireylerin yer aldığı ilk 10 ülke sıralamasına 2045 yılında 10. sıradan dahil olacaktır (7).

Tip 2 diyabetin ortaya çıkmasında yaşam tarzının ve çevresel faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Günümüzde modern yaşam biçiminin benimsenmesi, bireyleri fiziksel aktivitelerini azaltmaya ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmeye yöneltmiştir. İnsan yaşamını geçmişte tehdit eden enfeksiyon hastalıkları günümüzde yerini hipertansiyon, obezite, tip 2 diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam tarzından etkilenen kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu noktada söylenebilecek olan kronik hastalıklar ve yaşam tarzı arasındaki etkileşimin güçlü olduğudur. Özellikle son yıllarda Türkiye'de ve Dünya'da, yaşam tarzında meydana gelen bu değişimlerin diyabetin hızlı bir şekilde prevalans ve mortalite riski artışına yol açması diyabet yönetiminin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Diyabet iyi yönetilmediğinde daha fazla insanı etkileyeceği bilinmelidir (7, 10).

Diyabet yönetiminin temel amacı, kan glikoz düzeyinin kontrolünün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesidir (1). Başarılı diyabet yönetiminin en önemli kriteri etkili bir eğitim ve bireyin tedaviye katılımıdır (6, 11, 12). Tip 2 diyabette tıbbi beslenme tedavisi (TBT), egzersiz, medikal tedavi ve diyabet eğitimi diyabet yönetiminin temel öğeleridir. Diyabetik bireylerin çoğunluğu için tedavi planının en zor kısmı nasıl beslenmesi gerektiğinin belirlenmesi ve sağlıklı beslenme davranışlarının kazanılmasıdır. Bu aşamada diyabetli bireye ihtiyaçları ve sosyo-ekonomik durumu doğrultusunda özel olarak hazırlanmış tıbbi beslenme programları diyetisyenler tarafından hazırlanmalı ve beslenme eğitimi verilmelidir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA), diyabette TBT'nin önemli olduğunu belirterek diyabetik bireyin, eğitim, öz-yönetim ve tedavi planlanmasında sağlık profesyonelleri ile birlikte aktif katılımının gerekliliğini vurgulamıştır (1, 13, 14).

Sonuç olarak diyabet yönetiminde önemli yaşam değişiklikleri gerektiği için beslenme eğitiminin önemi kaçınılmazdır. Bu eğitim de diyetisyenin önemli rolü bulunmaktadır. Diyabetli bireye uygulanan TBT çerçevesinde diyeti uygulama bilgi ve becerisinin kazandırılmasında bireyin bu beslenme tarzını yaşam stili olarak kabullenmesi sağlanmalı ve tedaviye gösterdiği uyum süreçleri dikkate alınmalıdır.

Her birey tektir ve diğerlerinden farklı özellikler taşıdığı için bütüncül bir yaklaşımla bireysel olarak değerlendirilmelidir. Bireylerin TBT'ne ilişkin yaşam deneyimlerinin çok boyutlu değerlendirilmesinin sağlık çalışanlarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Önemi

TBT özellikle tip 2 diyabetli bireylerin uyum konusunda en çok zorlandıkları alandır. Bunun nedeni yaşam tarzı değişikliği gerektirmesidir. Diyabetli bireylerin TBT ile ilgili bilgi düzeyleri, uyum zorlukları ve tedaviye nasıl uyum sağlanacağına bilinmesi diyabetin etkin yönetimi için zorunlu ve önemli bir basamaktır. Bu noktada, bu basamağın bilimsel verilerle aydınlatılması önem kazanmaktadır. Diyabet ve TBT alanında bugüne kadar yapılmış olan niceliksel araştırmalara ek olarak yeni bir bakış açısı getireceği düşünülen niteliksel özellikteki bu araştırmanın; bu alanda çalışan diyetisyenlere ve diğer sağlık profesyonellerine tip 2 diyabetli hastaların TBT ile ilgili deneyimlerini çok boyutlu tanımlayıp aktararak önemli mesleki katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.3. Tanımlar

Tıbbi beslenme tedavisi (TBT): Bireylerin tıp doktoru, kayıtlı diyetisyen veya profesyonel beslenme uzmanı tarafından tasarlanan ve izlenen, tıbbi koşulların ve bunlarla ilişkili semptomların tedavisine yönelik özel olarak hazırlanmış bir diyet kullanılarak CHO, protein, yağ, vitamin ve mineralleri içeren besinleri yeterli ve dengeli öğünlerle tüketme becerisini kazanmalarını sağlayan terapötik bir yaklaşımdır (1, 15).

Diabetes Mellitus (DM): İnsülin salımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk olması sonucunda CHO, protein ve lipid metabolizmasının bozulmasıyla oluşan hiperglisemi ile karakterize akciğer, adipoz doku, iskelet kası ve hedef organlarda zarar oluşturan kronik metabolik bir hastalıktır (16, 17).

Fenomenoloji: Olayların ideal varlığını inceleme ve betimleme yöntemi. Olaybilim, olgubilim, görüngubilim (18, 19, 20).

1.4. Araştırma Sorusu

Tip 2 diyabetli bireylerin tıbbi beslenme tedavisine ilişkin yaşam deneyimleri nelerdir?

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; tip 2 diyabetli bireylerin TBT ile ilgili yaşadıkları deneyimlerini, hissettikleri duygularını, yönetim problemlerini, yardıma ihtiyaç duydukları konuları ve yaşadıkları/deneyimledikleri bireysel güçlükleri niteliksel araştırma metodu ile geniş bir yelpazede ayrıntılı olarak belirlemektir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama süreci sözlü iletişim tekniklerine dayanılarak sürdürüldüğü için sağlıklı iletişim kurulabilen diyabetli bireyler örnekleme alınmıştır. Araştırma, zaman ve mekan nedeniyle tek bir hastane ve belli sayıda kişiyle sınırlandırılmıştır. Bu amaçla araştırma yapılan hastaneye müracaat ve hekimin uygun görüp yönlendirmesiyle diyet polikliniğine gelen diyabetli bireyler arasından çeşitli kriterler ışığında seçilen 17 kişi ile yapılan görüşmeleri içermektedir. Niteliksel araştırma sonuçları araştırma yöntemi gereği sadece görüşme yapılan bireylere genellenebilir. Bu nedenle elde edilen veriler katılımcıların kişisel görüşlerini yansıttığı için tüm diyabetli bireylere genellenemez.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Önemi

DM, glisemik kontrol dışında komplikasyonların önlenmesi ile yaşam boyu tıbbi bakım gerektiren karmaşık ve kronik bir hastalıktır (1).

DM, pankreas beta hücrelerinden salgılanarak kan şekerinin kullanımını düzenleyen insülinin eksikliği veya hedef dokulardaki etkisizliği sonucu ortaya çıkan hiperglisemi ile seyreden CHO, protein ve yağ metabolizmasının bozulduğu, yaşam boyu süren akut ve kronik komplikasyonları ile organ hasarına yol açan sürekli tıbbi bakım ve tedaviye uyum gerektiren kronik metabolik bir hastalıktır (17, 21, 22, 23).

Son yıllarda diyabet, prevalansı ve neden olduğu problemler nedeniyle tüm dünyada önemi artan bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Yaşam şeklindeki değişimler ile beraber tüm toplumlar tip 2 DM sıklığı hızla artmaktadır. 2013 yılı itibari ile dünyadaki diyabetik hasta sayısı 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 artışla 592 milyona ulaşacağı düşünülmektedir. Bu artışın nedenlerine bakıldığında ise nüfusun artışı, beraberinde getirdiği yaşlanma, hızlı kentleşmenin getirdiği yaşam şekli değişiklikleri sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin

artmasıdır. Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan TURDEP-1 verilerine göre tip 2 diyabet prevalansının %7,2, BGT sıklığının %6,7 olduğu görülmektedir. TURDEP-2 çalışmasında ise ülkemizde 20 yaş üzerinde 26,499 kişiye bakılmış ve tip 2 diyabet sıklığının önemli oranlara ulaştığı ve %7,2'den %13,7'ye yükseldiği görülmüştür (2, 7, 8).

IDF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan çalışmalarda, 2030 yılında diyabet prevalansının %7,8'e çıkacağını öngörmektedir. Bu oranın anlamı ise 2030 yılında 438 milyon diyabetli birey demektir (7) (Tablo 1).

Tablo 1: Diabetes Mellitus Sıklığı ve Gelecek Öngörüsü

	2010	2030
Dünya Nüfusu (milyar)	7.0	8.4
Yetişkin Nüfus (20-79 yaş) (milyar)	4.3	5.6
Diyabet ve BGT (20-79 yaş)		
Dünyada Diyabet Prevalansı (%)	6.6	7.8
Diyabetli Yetişkin Birey Sayısı (milyon)	285	438
Dünyada BGT Prevalansı (%)	7.9	8.4
BGT'lı Birey Sayısı (milyon)	344	472

1.7.2. Diyabet Tipleri

Diyabet; tip 1, tip 2, gebelik diyabeti (Gestasyonel Diabetes Mellitus, GDM) ve spesifik nedenlere bağlı diyabet olmak üzere dört grupta incelenmektedir. Diyabetli hastaların çoğunluğunu tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır (1, 10)

Diabetes Mellitus'un etiyolojik sınıflaması Tablo 2'de bulunmaktadır.

Tablo 2. Diabetes Mellitus'un Etiyolojik Sınıflaması

1. Tip 1 Diyabet a) İmmün aracılıklı b) İdiopatik
2. Tip 2 Diyabet
3. Gestasyonel Diabetes Mellitus
4. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri a) β-hücre fonksiyonlarının genetik defekti b) İnsülinin etkisindeki genetik defektler c) Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları d) Endokrinopatiler e) İlaç veya kimyasal ajanlar f) İmmün aracılıklı nadir diyabet formları g) Diyabetle ilişkili genetik sendromlar

1.7.2.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Pankreas beta hücrelerinin genellikle otoimmün hasarı sonucu gelişen, mutlak insülin yetersizliği ile ortaya çıkan ve insüline bağımlı diyabet tipidir (1, 4, 5, 7, 24).

Tip 1 diyabette immün hasarın göstergesi olarak kanda otoantikorlar bulunabilir. Tip 1 diyabet gelişiminde genetik faktörler yanı sıra net olarak ortaya konmamış birçok çevresel etmenin rol aldığı düşünülmektedir. Genellikle çocuklarda ve gençlerde görülmekle birlikte son yıllarda yetişkinlerde de tip 1 diyabet olgularının görülmekte olduğu bilinmektedir. 25 yaş üzeri görülen tip 1 diyabet, “erişkinde latent otoimmün diyabet” (latent autoimmune diabetes in adult, LADA) olarak isimlendirilmektedir. Tip 1 diyabetli bireyler diyabet hastalarının %5-10'unu oluşturur ve hasta sayısı gittikçe artmaktadır (1).

1.7.2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

Tip 2 DM, insülin eksikliği ve insülin direncinin birlikte bulunduğu, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan hiperglisemi ile

karakterize metabolik bir hastalıktır (5). Genellikle 40 yaş sonrasında başlayan, yaşla birlikte görülme sıklığı artan, bilinen diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, kronik komplikasyonların eşlik ettiği, başlangıçta genellikle insülin tedavisinin mutlak olmadığı, diyet ve/veya oral antidiyabetik ajan (OAD) ile tedavi edilen diyabet tipidir. İnsülin eksikliğinden çok insülinin hücresele düzeyde kullanılamaması söz konusudur (28). Hücre-reseptör defektine bağılı olarak insülinin kullanımında ortaya çıkan sorunlar nedeniyle glikoz hücre içine alınıp enerji olarak kullanılamaz. İnsülinin etkisi özellikle kas ve yağ dokusunda yetersizdir. Kas ve yağ hücrelerinde glikoz tutulumu azalmıştır. Genellikle insülin direnci tip 2 diyabetin öncesinden başlar, insülin sekresyonunda ciddi azalma ise diyabetin ileri dönemlerinde veya araya giren hastalıklar sırasında ön plana çıkar. Tip 2 diyabetin patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber yaşam şekli ve genetik faktörlerin etkin rol oynadığı bilinmektedir (29). Tip 2 diyabet gelişiminde rol oynayan yaşam tarzı ile ilgili faktörlere bakıldığında; fiziksel aktivite azlığı, sigara kullanımı ve ılımlı olmayan miktarda alkol alımı sayılabilir (30). Tip 2 DM hastalarının yaklaşık %55'i obezdir (31). Literatürde, normal sınırlarda beden kütle indeksi (BKİ), yüksek posalı ve doymamış yağ asidi içeren beslenme alışkanlığı, glisemik indeksi düşük olan besinlerin seçilmesi, düzenli egzersiz yapılması, sigaradan uzak durma ve ılımlı alkol alımı sonucunda tip 2 diyabet görülme sıklığında anlamlı bir azalma olduğu gösterilmiştir. Yaşam tarzı değişikliği tip 2 diyabetten korunmaya yardımcı olur (31, 32, 33, 34). Geçmişte 'insülin bağımlı olmayan diyabet', 'erişkin diyabet' veya 'tip 2 diyabet' olarak da adlandırılan tip 2 DM tüm diyabetik bireylerin %90'dan fazlasını oluşturmaktadır ve en sık görülen diyabet şeklidir. Nüfusun artması, yaşam sürelerinin uzaması, obezite ve hareketsiz yaşam şeklinin artmasına bağılı olarak prevalansı hızla artış gösteren, tedavi edilmediğinde morbidite ve mortalite artışına neden olan bir diyabet çeşididir. Hastalığın oluşmasında genetik olarak yatkın bireylerde yaşam şekli ile birlikte giderek artan insülin direnci ve zamanla insülin salgılanmasının azalması söz konusudur. Tüm toplumdaki tip 2 diyabetli birey oranı %5-10'dur (7, 35, 36).

40 yaş üzeri olup aşağıdaki risk faktörlerinden bir ya da birkaçını bulunduran bireyler tip 2 DM açısından riskli gruptadır (7).

- Ailede diyabet öyküsü
- Yüksek riskli etnik gruba dahil olma
- Pre-diyabet

- Hipertansiyon
- Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (HDL) <40 mg/dL ve trigliserid >250 mg/dL
- Kardiyovasküler hastalık öyküsü
- Hafif şişmanlık veya obezite
- Polikistik over sendromu
- GDM öyküsü
- 4 kg üstünde bebek doğumu
- İnsülin direnci göstergeleri (akantozis nigrikans, non-alkolik steatohepatit)
- Şizofreni
- Bazı atipik, antipsikotik ve antidepresan ajanların kullanımı
- Fiziksel inaktivite, sedanter yaşam
- Organ (özellikle böbrek) transplantasyonu yapılmış olan bireyler

1.7.2.3. Gestasyonel Diyabet

GDM, ilk kez gebelik sürecinde saptanan glikoz toleransı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Obezite ve diyabetin artmasına paralel olarak tanılanmamış tip 2 diyabetli gebe sayısı artmaktadır. Bundan dolayı, ilk prenatal görüşmede standart kriterlere göre diyabet tanısını karşılayan gebelere GDM yerine aşikar diyabet tanısı konması önerilmektedir. GDM, gebelerin %7'sinde görülür, genellikle gebeliğin 24. haftasından sonra plasenta hormonlarının insülin direncini arttırmasına neden olmasıyla birlikte gelişir (7, 37).

1.7.2.4. Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet

Tip 1, tip 2 ve GDM dışında bazı durumlar ve bazı nadir hastalıklar da diyabete neden olabilir. Bunlar beta hücre fonksiyonlarının bozulmasına bağlı 'gençlerin erişkin başlangıçlı diyabeti' (MODY) gibi monogenik defektler, insülin etkisinde bozulmaya yol açan 'tip A insülin direnci sendromu', Rabson-Mendenhall sendromu veya lipoatrofik diyabet gibi genetik defektler, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaca bağlı diyabet, infeksiyonlar, immün kaynaklı nadir diyabet formları ve diyabetle ilişkili bazı genetik sendromlardır (37).

1.7.3. Diyabet Semptomları

Diyabetin başlıca semptomları poliüri, polidipsi, noktüri, çok yemek yemeye rağmen vücut ağırlığı kaybı, ağız kuruluğu, halsizlik, deri, vulva ve idrar yolu

infeksiyonları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, kaşıntı ve bulanık görme olarak karşımıza çıkmaktadır. Tip 1 diyabette semptomlar kısa sürede ortaya çıkar ve hızlı ilerler. Hastaların çoğunun ilk başvuru nedeni diyabetik ketoasidoz (DKA) olabilir. Tip 2 diyabetiklerin ise önemli bir kısmı başlangıçta semptomsuz seyreder veya şikayetleri belirgin değildir. Bu yüzden bazı hastalar varolan semptomlarını genellikle başka nedenlere bağlarlar. Hastalık tanısı gecikir, tanı diyabete bağlı komplikasyonların ortaya çıkmasını takiben konur (10).

1.7.4. Tip 2 Diyabette Tanı Kriterleri

Diyabet tanı kriterleri, 2010 yılında ADA tarafından gözden geçirilmiş ve yenilenmiştir. Yenilenen tanı kriterlerine Glikozillenmiş Hemoglobin (HbA1c) eklenmiştir. (1, 7, 10)

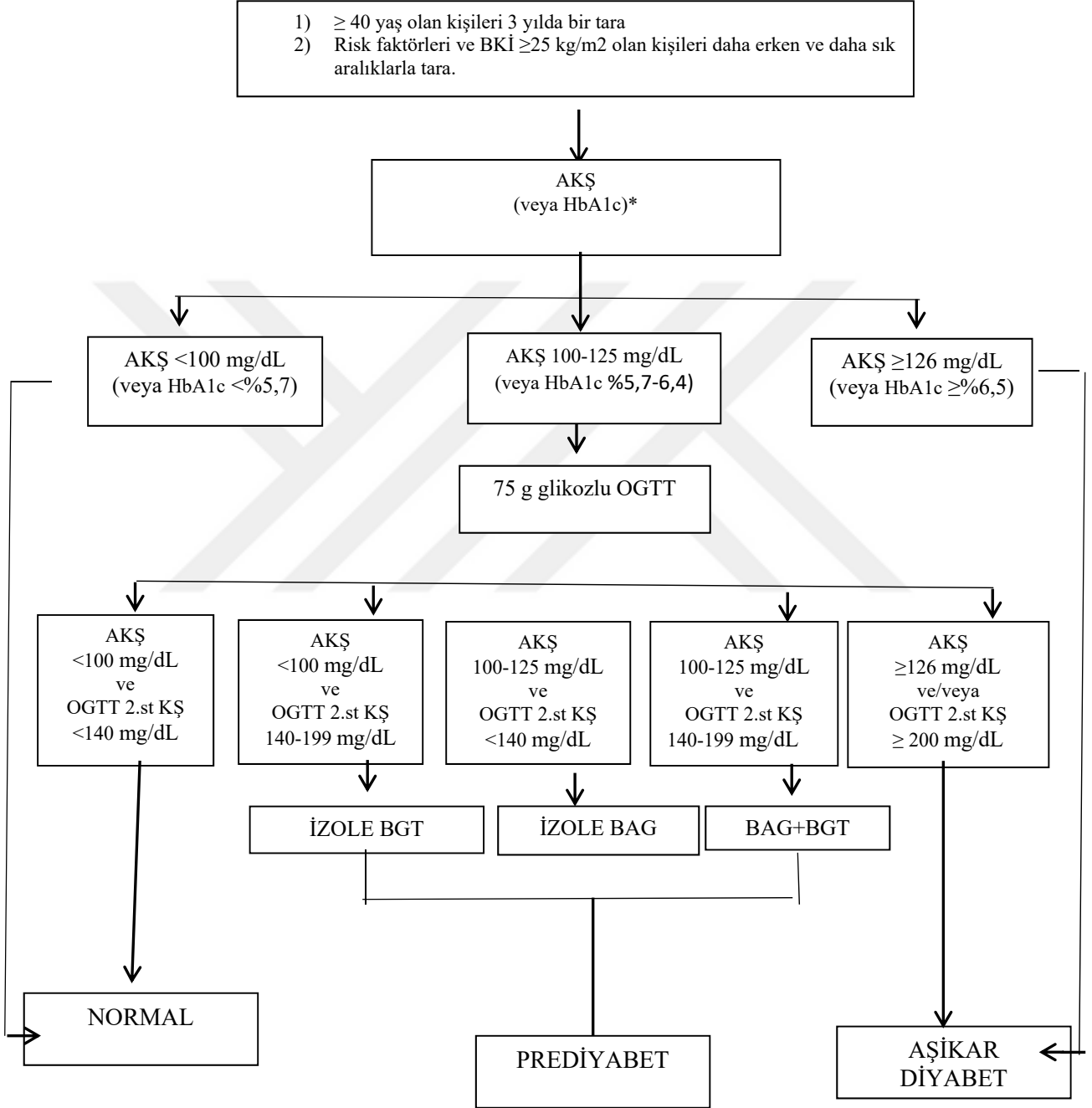
Tablo 3: Diabetes Mellitus ve Glikoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri (Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği - TEMD 2017)

	Aşık DM	İzole BAG(**)	İzole BGT	BAG+BGT	DM Riski Yüksek
AKŞ	≥126 mg/dL	100-125 mg/dL	<100 mg/dL	100-125 mg/dL	-
OGTT 2.st PG (75 g glikoz)	≥200 mg/dL	<140 mg/dL	140-199 mg/dL	140-199 mg/dL	-
Rastgele KŞ	≥200 mg/dL + semptomlar	-	-	-	-
HbA1c (***)	≥ %6.5	-	-	-	%5,7-6,4

(*) Glisemi venöz plazmada glikoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dL' olarak ölçülür. 'Aşık DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole BAG', 'İzole BGT' ve 'BAG + BGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. (**) 2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal AKŞ kesim noktasının 110 mg/dL ve BAG 110-125 mg/dL olarak korunması benimsenmiştir. (***) Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes Mellitus, AKŞ: Açlık Kan Şekeri, 2.st KŞ: 2. saat plazma glikozu, OGTT: Oral glikoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glikozu, BGT: Bozulmuş glikoz toleransı, WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

Şekil 1: Erişkinlerde Tip 2 Diabetes Mellitus Taraması ve Tanılama (TEMĐ 2017)



1.7.5. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları

Diyabete ait komplikasyonlar akut ve kronik olmak üzere iki grupta sınıflanmıştır (1). Diyabete bağlı komplikasyon gelişmesinde hastalık yılı, genetik faktörler ve glisemik kontrol önemli rol oynar. Bu komplikasyonlar yaşam süresini azaltırken, yanı sıra yaşam kalitesini ve konforunu azaltır (38).

Tablo 4: Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları

Akut Komplikasyonlar	
1. Hipoglisemi 2. Hiperglisemi 3. Diyabetik Ketoasidoz 4. Hiperozmolar Hiperglisemik Nonketotik Koma	
Kronik Komplikasyonlar	
Makrovasküler Komplikasyonlar	Mikrovasküler Komplikasyonlar
1. Koroner arter hastalığı 2. Serebrovasküler hastalıklar 3. Periferik vasküler hastalıklar	1. Retinopati 2. Nefropati 3. Nöropati 4. Diyabetik Ayak

1.7.5.1. Akut Komplikasyonlar

Kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz olarak olması gereken değerlerin dışına çıkması ile diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Diyabetlilerde yaygın olarak dört akut komplikasyon görülür. Bunlar; hipoglisemi, hiperglisemi, DKA ve hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma (HHNK)'dır (38, 39).

Hipoglisemi

Kan glikozunun 70 mg/dL'nin altında olması hipoglisemi olarak tanımlanır. Diyabetik hastalarda hipogliseminin ortaya çıkmasında; insülin dozunun fazlalığı, insülin uygulamalarından kaynaklanan hatalar, yüksek doz OAD ajan alımı, glikoz kullanımının arttığı durumlar (aşırı ve plansız egzersiz vb.), yetersiz CHO alımı (ana

ve ara öğünlerin atlanması, kaçırılması ya da yanlış zamanlarda yenmesi) gibi birden çok faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Bununla birlikte ilaç değişikliği, insülin enjeksiyon yeri, çapı, derinliği, hepatik yetersizlik, alkol alınması, kadınlarda menstruasyon başlaması, sindirim güçlüğü ve gastrik boşalmasının gecikmesi ve sistemik hastalıklar nedeniyle değişik ilaçların kullanımı da hipoglisemi sebebi olabilir (39, 40).

Bu faktörler sonucu oluşan hipogliseminin belirtileri ise titreme, soğuk terleme, anksiyete ya da sinirlilik, bulantı, çarpıntı, acıkma, baş dönmesi, baş ağrısı, konsantre olamama, konuşma bozukluğu, sersemlik hissi, halsizlik, konuşmada güçlük, konfüzyon bulanık görme, solgunluk, dudak ve dilde karıncalanma olarak sıralanabilir (10, 38).

Hiperglisemi

Kan glikoz seviyesinin normal sınırların üstüne çıkmasıdır. Kan glikoz seviyesi sıklıkla açlıkta 140 mg/dL, toklukta 180 mg/dL'nin üstünde, idrarda glikoz varsa ve HbA1c %8 veya üzerinde ise kan glikoz düzeyi yüksektir ve hasta tedavi edilmelidir. Hipergliseminin nedenleri; yeterli insülin veya OAD alınmaması, aşırı ya da yanlış besin alınması, fiziksel inaktivite, hastalık ya da enfeksiyon, fiziksel ya da duygusal strestir. Hipergliseminin en yaygın belirti ve bulguları poliüri, polidipsi, polifajidir. Bunların yanı sıra ağız kuruluğu, cilt turgorunda kayıp, kuru kızamık cilt ve ağırlık kaybıyla ortaya çıkan dehidratasyon, halsizlik, uyku hali ve bulanık görme de görülmektedir (38).

Diyabetik Ketoasidoz

İnsülin sekresyonunda eksiklik ve kan glikozunun aşırı yüksek seyretmesi ile ortaya çıkan metabolik bir bozukluktur, serum insülin eksikliği ön plandadır. Nedenleri arasında; enfeksiyonlar, insülin tedavisini kesme, enjeksiyon tekniğindeki yanlışlar, insülinin miadının geçmiş olması, alkol ve serebrovasküler olaylar vardır. DKA'da poliüri, polidipsi, polifaji, ağırlık kaybı, bulantı, karın ağrısı, halsizlik, bilinç bulanıklığı ve koma görülebilmektedir. Dehidrasyona bağlı deri turgorunda azalma, taşikardi, hipotansiyon görülebilir. Kan glikoz düzeyi 250 mg/dL'nin üstündedir. DKA'un tedavisi sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesi, hipergliseminin düzeltilmesi ve eşlik eden metabolik bozuklukların tedavisi ile mümkündür (7, 10, 42).

Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma

Tip 2 diyabetiklerde görülen yüksek glikoz komasıdır. Kan glikoz düzeyinin 600-1000 mg/dl gibi çok yüksek düzeye ulaşmasına rağmen genellikle keton oluşumuna yol açmamaktadır. Yalnız yaşayan, iyi bakıma ulaşamayan yaşlı tip 2 diyabetiklerde, stres, alkol, tedavi edilmemiş enfeksiyonlar, diüretikler veya inme durumlarında kendine bakamayan bireylerde düşük sıvı alımına bağlı daha sık görülür. Çoğunlukla yaşlı diyabetli bireylerin susama yeteneğini kaybetmiş olmaları durumu güçleştirir. Nedenleri arasında kronik hastalıklar, enfeksiyonlar, serebrovasküler olaylar, alkol ve travma yer alır. HHNK'da; hipotansiyon, taşikardi, deri ve mukozalardaki kuruluk, bilinç bulanıklığı ve serebrovasküler bir patoloji nedeniyle nörolojik bulgular görülebilir (42, 43). Bu durumlar kasılmalara, komaya ve ölüme neden olabilir (10, 42).

1.7.5.2. Kronik Komplikasyonlar

Kronik komplikasyonlar diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi sorunlara yol açan durumlardır. Bu komplikasyonlar diyabet morbidite ve mortalitesinin artmasına neden olan en önemli faktörlerdir. Bu komplikasyonlar tedaviye uyum ve etkili diyabet yönetimi ile önlenabilir veya geciktirilebilir (44).

1.7.5.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar

Makrovasküler komplikasyonlar büyük damarlarda ortaya çıkan değişikliklerle ortaya çıkar. KAH ve miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalık olarak görülür. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar tip 2 diyabette önde gelen ölüm sebebidir. Makrovasküler komplikasyonları önlemek için ilk önce bu risk faktörlerinin azaltılması gerekmektedir ve öncelikle diyabet kontrolü sağlanmalıdır (10, 38, 44, 45).

Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Diyabet hastaları için en önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir (1). KAH oluşma riski tip 2 diyabetli bireylerde, diğer kişilere oranla 2-4 kat daha fazladır. Hastaların %60-75'i makrovasküler sebepler nedeniyle kaybedilmektedir. Tip 2 diyabette KAH riskini azaltmak için çok faktörlü yaklaşım tarzı (yaşam tarzının değiştirilmesi, lipid ve kan basıncı kontrolü vb.) benimsenmelidir (10).

Serebrovasküler Hastalık

Serebrovasküler hastalıklar, beyine giden damarların işlevini yerine getirememesi sonucu kan akımının gerçekleşmemesi nedeniyle oluşur. Tip 2 diyabette önde gelen ölüm sebeplerinde serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Kan glikozunun ve hipertansiyonun kontrol altına

alınması, erken tanı, fiziksel aktivite ve önerilen beslenme tedavisine uyum riski önemli ölçüde azaltır (46).

Periferik Arter Hastalığı

Bacaklardaki kan damarlarında yağ tabakaları nedeniyle bacağı giden kan akımı azalır ve bu durum amputasyon riskini artırır. Periferik arter hastalığı, inme ve miyokard infarktüs için önemli bir risk faktörüdür (46).

1.7.5.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetin mikrovasküler komplikasyonları retinopati, nefropati ve nöropati olarak üçe ayrılır (38, 44).

Retinopati

Erişkin yaştaki diyabetli hastalarda en önemli körlük sebebidir (1,10). Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık %60'ında 20 yıl sonra retinopati ortaya çıkmaktadır (44). Bu nedenle diyabeti olan her hastanın, görmesinin bozulmasını beklemeden yılda bir kez, retinopati taraması yaptırması gereklidir (10, 38, 45).

Nefropati

Diyabetin en önemli ve yaşam kalitesini bozan komplikasyonlarından. Diyabetik nefropati son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli nedenidir. Diyabetli bireylerin %20 ile %40'ında diyabetik nefropati oluşur (1). Diyaliz üniteleri ve böbrek transplantasyon ünitelerinin hastalarının %30'unu diyabetik hastalar oluşturmaktadır. Diyabetik nefropatinin tedavisi; kan glikoz, kan basıncı ve hiperlipidemi kontrolü, diyet müdahaleleri, protein alımının azaltılması, son dönem böbrek yetmezliğinde diyaliz tedavisi veya böbrek nakli ile gerçekleştirilir (38, 45).

Nöropati

Diyabet sürecinde klinik veya subklinik düzeyde ortaya çıkabilen periferik ve otonom sinir sisteminde oluşan bozukluklardır. Nöropati diyabetlilerde hiperglisemi nedeniyle en sık rastlanılan komplikasyondur. Otonom nöropati de semptomların sinsi ve yavaş ilerlemesi tanının konmasını güçleştirir (38, 44, 45).

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak ülserleri, nöropatinin bir sonucudur (14). Diyabetin en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran, yaşam kalitesini oldukça düşüren, iş gücü ve organ kayıplarına neden olan, hastanede kalış süresinin uzamasıyla toplumsal ve

ekonomik yükü fazla olan bir komplikasyondur (38, 47). Hastalıkları boyunca diyabetli hastaların yaklaşık %15’inde diyabetik ayak gelişmektedir (10).

1.7.6. Diyabette Tedavi Yöntemleri

DM çoklu sistem ve çoklu semptom içeren bir hastalık olduğu için tedavisinde de, multidipliner bir anlayış gerekir. Bu nedenle; TBT, ilaç tedavisi, diyabet eğitimi, diyabetlinin tedaviye uyum süreci, öz bakım ve bireysel yönetim becerisi, diyabet tedavisi için olmazsa olmaz temel bileşenlerdir (5, 6).

İyi glisemik kontrolün, önemli mikrovasküler komplikasyonların ortaya çıkışını ve ilerlemesini geciktirmedeki önemi büyüktür. İyi glisemik kontrolü amaçlayan diyabet tedavisi, diyabetli hastaların günlük yaşamlarında kendileri tarafından sağlamak zorunda oldukları, aktivite ve yaşam tarzındaki önemli değişiklikleri içerir (21).

DM çoklu uzman ve ekip anlayışı gerektiren bir hastalık grubudur. Diyabet tedavisinde temel amaç, bozulmuş CHO metabolizmasını normale döndürmek ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir. Bu bağlamda amaca ulaşmak için beslenme, ilaç tedavisi, egzersiz ve eğitimin birbiriyle uyumlu olması gerekir (5, 6, 48).

1.7.6.1. Diyabet ve İlaç Tedavisi

Diyabette glisemik kontrolü sağlayabilmek için farmakolojik ajanlara ihtiyaç duyulabilmektedir (49). Tip 2 diyabetli bireylerde hipergliseminin düzeyine, diyabet yılına, ilaçların bazı özelliklerine (etkinliği, gücü, yan etkileri, kontrendikasyonları, hipoglisemi riski ve maliyeti), varsa komplikasyonlarına, eşlik eden diğer hastalıklara, hastanın yaşam beklentisine ve tercihlerine bağlı olarak farmakolojik tedavi seçimi her hasta için bireysel olarak düzenlenmelidir (10). DM’ta ilaç tedavisi oral antidiyabetik ilaçlar ve insülin tedavisi olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (2, 44, 45).

Güncel kılavuzlara göre yeni tanı almış bir diyabetliye TBT, yaşam şekli değişikliği ve egzersiz programına ek olarak metformin birinci basamak tedavide başlanmalıdır. OAD tedavisinin hedefi komplikasyonları azaltarak kan şekerini düzeyini kontrol etmektir (50).

Bu tedaviler ile hedef glisemik düzeye (ADA’ya göre HbA1c <%7, açlık kan şekeri <80-130 mg/dL, postprandiyal kan şekeri <160 mg/dL) sağlayamayan hastalara diğer OAD ajanların eklenmesi veya insülin tedavisi başlanması düşünülebilir (1, 10).

Oral Antidiyabetik Tedavi:

OAD ilaçlar başlıca etkilerine göre; insülin direncini azaltmaya yönelik ilaçlar (sensitizerlar), insülin salgılatıcı ilaçlar (sekretogoglar), glikoz emilimini yavaşlatan ilaçlar olarak gruplanabilir. OAD'ler, tip 2 diyabet tedavisindeki esas farmakolojik yaklaşımı oluşturmaktadırlar. OAD'lere ait güncel bir liste Tablo 5'te yer almaktadır (2, 5, 44, 45).

Tablo 5: Oral Antidiyabetik Ajanlar

Oral Antidiyabetik ve İnsülinomimetik İlaçlar
İnsülin duyarlılaştırıcı (sensitizer) ilaçlar ➤ Biguanidler ➤ Tiazolidindionlar
İnsülin salgılatıcı (sekretogog) ilaçlar ➤ Sulfonilüreler ➤ Meglitinidle
Alfa glukozidaz inhibitörleri (Akarboz, Miglitol)
İnsülinomimetik ilaçlar ➤ Amilin analogları ➤ GLP-1 analogları ➤ DPP4 inhibitörleri
Sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (gliflozinler, glukoretikler)

İnsülin Tedavisi:

Diyabet tedavisinde kullanılan insülinler elde edildikleri yöntemlere göre 3 gruba ayrılır; domuz kökenli insülinler, sığır kökenli insülinler ve insan insülinleridir. İnsan insülinleri de biyosentetik insülinler (rekombinan DNA tekniği ile) ve semisentetik insülinler olarak sınıflandırılmaktadır (38, 45).

İnsülinler etkilerinin başlangıç zamanına ve etki sürelerine göre sınıflanmaktadır. Günümüzde genellikle biyosentetik %100'e yakın saflıkta kısa, orta etkili ve bunların karışımı şeklinde insan insülini de kullanılmaktadır (38, 45).

Bugün için mevcut ve sık kullanılan insülin formları ve etki süreleri Tablo 6'da gösterilmiştir (TEMD, 2017).

Tablo 6: İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri (TEMD 2017)

İnsülin tipi	Jenerik adı	Etki Başlangıcı	Pik etki	Etki Süresi
Prandiyal (bolus) insülinler				
Kısa etkili (Human regüler)	Kristalize insan insülin	30-60 dk	2-4 sa	5-8 sa
	Kristalize insan insülin U-500	30-60 dk	2-4 sa	5-8 sa
Hızlı etkili (Prandiyal analog)	Glulisin insülin	15 dk	30-90 dk	3-5 sa
	Aspart insülin			
	Lispro insülin			
	Lispro insülin U-200			
Bazal insülinler				
Orta etkili (Bazal human NPH)	NPH insan insülin	1-3 sa	8 sa	12-16 sa
Uzun etkili (Bazal analog)	Glargin insülin	60-90 dk	Piksiz	20-26 sa
	Biyobenzer glargin insülin			
	Detemir insülin			
Ultra uzun etkili (Bazal analog)	Degludec insülin	2 sa	Piksiz	40 sa
	Degludec insülin U-200	2 sa	Piksiz	40 sa
	Glargin insülin U-300	6 sa	Piksiz	30 sa
Hazır karışım (bifazik) insülinler				
Hazır karışım human (Regüler + NPH)	%30 kristalize + %70 NPH insan insülin	30-60 dk	Değişken	10-16 sa
Hazır karışım analog (Lispro + NPL)	%25 insülin lispro + %75 insülin lispro protamin	10-15 dk	Değişken	10-16 sa
	%50 insülin lispro + %50 insülin lispro protamin			

Hazır karışım analog (Aspart + NPA)	%30 insülin aspart + %70 insülin aspart protamin	10-15 dk	Değişken	10-16 sa
	%70 insülin aspart + %30 insülin aspart protamin			
	%50 insülin aspart + %50 insülin aspart protamin			
Hazır karışım analog (Aspart + Degludec) (**) Ülkemizde yoktur	%30 insülin aspart + %70 insülin degludec	10-15 dk	Değişken	40 sa

1.7.6.2.Diyabet ve Tıbbi Beslenme Tedavisi

TBT, diyabet hastalarının tedavisinin temel öğelerinden biridir ve hastalığın seyri boyunca da gereken önem verilmelidir. Uygun TBT eğitimi verilmeden, diğer tedavi metodlarıyla metabolik kontrolün sağlanması zordur. Beslenme ve öğün planlaması ile ilgili düzenlemeler başarılı bir diyabet yönetiminin en önemli ve en çok tartışılan bileşenlerinden biridir. Başka bir deyişle; sağlıklı ve diyabete uygun bir beslenme diyabet tedavisin başarıya ulaşmasındaki en önemli faktördür (45, 51, 52).

TBT'nin başarılı olması için, kişinin beslenme alışkanlıkları ve sosyo-ekonomik durumu göz önünde bulundurularak uygun beslenme planı hazırlanmalıdır (5, 6, 40).

Diyabete özgü beslenme programının hazırlanmasında ADA ve Avrupa Diyabet Çalışma Grubu tarafından oluşturulan standartlar dikkate alınmaktadır. Son 20-25 yıldan bu yana diyabet diyetinin kavram ve içeriğinde önemli değişiklikler olmuştur. ADA, 1994 yılından itibaren diyet tedavisinin terminolojisini değiştirerek diyet yerine tıbbi beslenme tedavisi terimini kullanmaya başlamıştır. ADA'ya göre; beslenme ile ilgili diyabetli bireyin kendi kendini idare edebilme eğitiminin etkili olabilmesi için, bireyin bireysel tedavi hedeflerine ve yaşam tarzına uygun bir yaklaşım gerekmektedir. ADA TBT'nin bireyin fiziksel özellikleri, fiziksel aktivite düzeyi, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, maddi durumu, hastalığına ilişkin laboratuvar sonuçları ve almakta olduğu tıbbi tedaviye bağlı olarak kişiselleştirmesi gerekliliğine dikkat çekmiştir (4, 40). Diyabet yönetiminin önemli bir bileşeni olan TBT'de, CHO, protein ve yağ oranları diyabetli kişinin metabolik hedefleri ve özelliklerini karşılayacak şekilde planlanmalıdır (14). Bunun yanı sıra beslenme ile ilgili sonuçları değerlendirebilmek için kan glikozu, HbA1c, kan yağları, kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarının takip edilmesi esas alınmıştır (1, 17, 21).

TBT’de amaç kişiye özgü sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşmasını sağlayarak kan glikoz seviyelerinde, kalp damar hastalıkları riskini azaltacak lipid seviyelerinde, kan basıncı ve vücut ağırlığında kişiselleştirilmiş hedefleri sağlamak ve korumaktır. Diğer yönden ise; besin öğelerinin alımını yaşam şekline uygun hale getirerek diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek ya da geciktirmek, aynı zamanda bireyin kişisel ve kültürel tercihlerini göz önünde bulundurarak beslenme gereksinimlerini belirlemektir (10).

TBT ile yaşamın değişik dönemlerinde tip 1 ve tip 2 diyabetli bireyler, gebe, emziren kadın ve yaşlıların makro ve mikro besin ögesi gereksiniminin sağlanması hedeflenir (54).

TBT, aynı zamanda diyabetin önlenmesi veya geciktirilmesinde, diyabetin tedavisinde ve diyabetin komplikasyonlarının önlenmesinde ve tedavisinde etkili bir tedavidir. Ayrıca diyabette kendi kendine yönetim eğitimi de TBT önemli bir bileşendir. Genel popülasyon için uygun olan sağlıklı yaşam biçimine yönelik beslenme önerileri yetişkin diyabetli bireyler için uygundur (53). Beslenme tedavisi düzenlenmeden sadece farmakolojik tedavi ile metabolik kontrolün sağlanması güçtür. Bu nedenle hastalığın süresince gerekli beslenme tarzının planlanması çok önemlidir. Çünkü normoglisemi ile diyabetin komplikasyonlarının önüne geçilebilmekte ya da oluşması geciktirilebilmektedir. Yetişkin diyabetlinin metabolik durumu ve besin seçimlerine önem vererek, kişiye özel olarak düzenlenen beslenme tedavisi ile HbA1c seviyeleri %1-2 oranında düşme gösterir (11, 54).

Diyabette TBT hedeflerine bakıldığında;

- Optimal metabolik sonuçları sağlamak ve sürdürmek;
 - Komplikasyon riskini azaltmak ve önlemek için kan glikoz düzeyini normal ya da normale yakın tutmak
 - Makrovasküler komplikasyon riskini azaltacak lipid ve lipoprotein profili oluşturmak
 - Vasküler hastalık riskini azaltacak kan basıncı sağlamak, sürdürmek
- Diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek; obezite, dislipidemi, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon ve nefropatinin önlenmesi ve tedavisi için uygun beslenme ve yaşam tarzının uygun modifikasyonu,
- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, davranış değişikliğinin oluşturulması

- Bireysel ve kültürel tercihleri ve yaşam şeklini göz önünde bulundurarak bireysel beslenme gereksinimlerini sağlamaktır.
 - Genç tip 1 diyabetliler için, normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak yeterli enerji ve insülin uygulamalarını beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına entegre etmek,
 - Genç tip 2 diyabetliler için, metabolik durumu iyileştirecek ve insülin direncini azaltacak beslenme ve fiziksel aktivite değişikliklerini kolaylaştırmak,
 - Gebe ve emzicilerin optimal gereksinimleri için enerji ve besin ögesi gereksinimlerini sağlamak,
 - Yaşlı bireyler için beslenme ve psikososyal gereksinimleri sağlamak olduğu görülür.

Ayrıca insülin ve insülin sekretoğulları kullanan bireyler için hipoglisemi, akut hastalık, egzersizle ilişkili problemleri önlemek ve tedavi etmede bireysel eğitimi sağlamaktır (51, 52).

TBT uygulaması birbirini izleyen dört aşamadan oluşmaktadır (17).

1. Durum Değerlendirmesi: Metabolik ve yaşam şekli durumunu değerlendirme

- Klinik özellikler, boy, ağırlık, BKİ, bel çevresi ölçümü
- Beslenme öyküsü; besin tüketimi, mevcut beslenme tedavisi, alkol tüketimi, besin hazırlama-piştirme teknikleri izlemi
- Fiziksel aktivite düzeyi, enerji tüketimi, psikososyal ve ekonomik durum, yaşam koşulları, çalışma şartları, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, özel durumu (çocukluk, adölesan, gebelik...), diğer hastalıkların varlığı ve tedavi şekilleri, stres düzeyi, aile desteğinin belirlenmesi

2. Hedef saptama: Uygun biyokimyasal değerler, vücut ağırlığı kontrolü, uygun egzersiz tipi ve süresi, öğün düzeni oluşturma

Bireyin beslenme tedavisi ile ilgili olarak öncelikle ne öğrenmek istediğı, kan şekeri kontrolünü sağlamak için en önemli hedefinin ne olduğu tespit edilmelidir. Beslenme alışkanlıkları ile ilgili karar verilen hedefe yönelik yapılmak istenilen değişiklikler ve bu değişikliklerin nasıl yapılacağını gösteren bir form aracılığı ile uygulanabilir ve ulaşılabilir hedeflerin hasta ile birlikte konması gereklidir. Bu aşamada birey ile birlikte diyet düzenlenmesine yönelik hedefler ortaya konmaktadır.

3. Uygulama ve Eğitim: Bu hedeflerin sağlanmasına yönelik öneriler ve eğitim; bireysel eğitim, grup eğitimi

Diyabetli bireye özgü bireysel beslenme tedavisi ilkeleri göz önünde bulundurularak basit bir yemek planının hazırlanması, kalori hesaplaması, değişim listelerinin kullanılması gibi konularda iyi bir eğitim ve uygulama sağlanmalıdır.

4. İzlem: ağırlık, BKİ, açlık kan şekeri, HbA1c, lipid profili, kan basıncı, besin tüketiminin (3-6 ay, 1 yıl aralıklarla) değerlendirmesi;

Bireyin beslenme tedavisine uyumunu kontrol etmek ve oluşabilecek sorunların çözümüne hasta ile birlikte karar vermek için yetişkinlerin 6 ay, çocukların 3 ay aralıklarla izlemi uygun olmaktadır (14, 51, 52).

ADA'nın en son 2017 yılında yayınlanan tıbbi beslenme önerileri tablodaki gibidir (1).

Tablo 7: Tıbbi Beslenme Tedavisi Önerileri (ADA-2017)

Başlık	Öneriler	Kanıt düzeyi
Beslenme tedavisinin etkisi	Tercihen diyetisyen tarafından planlanmış bireyselleştirilmiş TBT tip 1 ve 2 diyabetli tüm bireyleri tedavi hedeflerine ulaştırabilmek için genel tedavi planının etkili bir bileşeni olarak tavsiye edilir.	A
	Tip 1 diyabetli bireyler ve esnek insülin tedavisi uygulanan bazı tip 2 diyabetliler CHO sayımı ve bazı durumlarda yağ ve protein gram hesabı ile yemek planlama yaklaşımını uygulayarak glisemik kontrol sağlayabilirler.	A
	Günlük insülin dozlarını sabitleyen, zaman ve miktar bakımından tutarlı CHO alımını sağlayan bireyler glisemik kontrolü iyileştirip hipoglisemi riskini azaltabilir.	B
	İnsülin kullanmayan tip 2 diyabeti olan kişilerde porsiyon kontrolü veya sağlıklı gıda seçimleri gibi basit bir diyabet yemek planlama yaklaşımı daha uygun olabilir. Özellikle okuryazarlık ile ilgili endişeli olunan durumlar, hipoglisemi yatkınlığı olan ve aynı zamanda yaşlı yetişkinler için etkili bir öğün planlama stratejisi olabilir. Çünkü diyabette TBT düşük maliyetlidir [B] ve sonuçları	C

Mikronutrientler ve Bitkisel Suplemanlar	Vitamin veya mineral,otlar ve baharat takviyesinin altta yatan bir eksikliği söz konusu olmayan diyabetli bireylerde yararları ile ilgili net kanıtlar yoktur. Uzun dönem kullanımının güvenilirliği ile ilgili bir netlik olmaması sebebiyle E, C vitaminleri ve karoten gibi antioksidanların rutin kullanımı tavsiye edilmemektedir.	C
Diyet Yağı	Diyabet hastaları için toplam yağ alımının ideal miktarı konusunda kanıtlar yetersizdir. Fakat Akdeniz tarzı beslenmesi olan tip 2 diyabetli kişilerde, tekli doymamış yağ asidi (MUFA) bakımından zengin beslenme glisemik kontrol ve kardiyovasküler risk faktörleri açısından yararlı olabilir ve dolayısıyla etkili bir alternatif olarak daha düşük yağ, yüksek CHO tavsiye edilebilir. Genel olarak yağlı balık (EPA ve DHA) ve yağlı tohumlar ve fındık gibi uzun zincirli omega 3 yağ asitlerinden zengin besinlerle beslenme, kardiyovaskuler hastalıkların tedavisinde ve önlenmesinde tavsiye edilir [B]; Bununla beraber kanıtlar diyabet hastalarında kardiyovasküler olayların önlenmesi veya tedavisi için, ek omega-3 (EPA ve DHA) takviyesini desteklemez [A].	B B,A
Alkol	Alkol tüketmek isteyen diyabetli yetişkinlere, (yetişkin erkekler için günde iki ya da daha az içki, yetişkin kadınlar için günde bir içki veya daha az) aşırıya kaçmadan tavsiye edilebilir. Alkol tüketimi, özellikle insülin veya insülin salgılatıcı ilaç kullananlarda gecikmiş hipoglisemi riskini artırır. Gecikmiş hipogliseminin tanınması ve yönetimi ile ilgili eğitim ve bilinçlendirme gereklidir.	C B
Sodyum	Genel nüfus için tavsiye edilen 2,300 mg / gün'den az sodyum tüketimi, diyabeti olan kişiler için de uygundur. Hem diyabeti hem hipertansiyonu olan bireyler için, sodyum alımının daha da azaltılması bireyselleştirilmiş olmalıdır.	B

Kalorisiz tatlandırıcılar	Enerji değeri olmayan tatlandırıcıların enerji değeri olan tatlandırıcılar yerine kullanılması alınan toplam kalori ve CHO miktarını düşürme potansiyeline sahiptir.	B
----------------------------------	--	----------

Amerikan Diyetisyenler Birliği ve ADA tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerin tanı aldıktan sonra ilk 1 ay içinde, gestasyonel diyabetlilerin ise ilk hafta içinde mümkünse diyabet ekibinde çalışan bir diyetisyene yönlendirilmesini önermektedir. TBT eğitimi ilk 1 yıl süresince 3-6 ay içinde her biri 45-90 dakika süren 3-4 görüşmeyi içerir. Sonrasında yaşam şekli değişikliklerinin sürdürülmesi ve tedavinin değerlendirilmesi için görüşmeler yılda en az bir kez devam eder (10).

Tip 2 diyabeti olan obez yetişkinlere yönelik ağırlık kaybı sağlamak için bir yandan enerji alımının azaltılması, diğer yandan da sağlıklı beslenme modelinin sürdürülmesi önerilmektedir (1). Tip 2 diyabetli yetişkinlerin kan glikozu, lipid profili ve kan basıncı değerlerinde iyileşme sağlanması, enerji, doymuş ve trans yağlar, kolesterol ve sodyum alımını azaltmaları ve fiziksel aktiviteyi artırmaları desteklenmelidir (10).

1.7.6.3.Diyabet ve Egzersiz

Egzersiz diyabet tedavisinin önemli bir parçasıdır ve TBT ile farmakolojik tedaviden sonra diyabet izleminde önemli rol oynamaktadır. Egzersiz düzenli yapıldığında açlık ve tokluk kan glikozunun yükselmesini önler, insülin reseptör sayısını artırır, periferik dokularda insülin duyarlılığını artırır, antidiyabetik ilaca olan ihtiyacı azaltır ve uygun beslenme tedavisi ile birlikte yapıldığında vücut yağ kütlesinin azaltılması veya korunmasına ve kas kütlesinin korunmasına destek olur. Ayrıca egzersiz kan basıncını düşürerek total kolesterolü azaltıp, HDL kolesterolü yükselterek kardiyovasküler risk etmenlerini azaltır (1, 55).

Egzersiz programı kişiye özel olmalıdır. Kişisel gereksinimler, insülin kullanımı, OAD ilaçların çeşidi, sınırlamalar ve kişisel performansa göre egzersiz planlanmalıdır. Kan glikozuna egzersizden önce ve sonra mutlaka bakılmalıdır. Tüm diyabetli hastalara mevcut komplikasyonlara uygun hale getirilerek düzenlenmiş düzenli fiziksel aktivite önerilir (10).

Amerikan 2008 Fiziksel Aktivite Rehberi;18 yaş üstü yetişkinlerde şiddetli aerobik 75 dakika / hafta ya da orta şiddette fiziksel aktivite 150 dakika / hafta, ya da bu ikisinin eşdeğerinde egzersizi önermektedir (56).

ADA, diyabetli yetişkinler için en az 3 gün / haftada, orta şiddette en az 150 dakika/hafta (maksimum kalp hızının %50-70'i) aerobik fiziksel aktivite gerçekleştirmelerini tavsiye etmektedir. Kontrendikasyon yok ise, tip 2 diyabetli yetişkinler haftada en az iki kez direnç eğitimi gerçekleştirmek için teşvik edilmelidir (1).

TEMD 2017 rehberine göre Türkiye'deki erişkin diyabetlilere, gün aşırı olmak üzere, en azından haftada 3 gün ve toplam 150 dakika olacak şekilde, orta yoğunlukta (maksimum kalp hızının %60-75'i, yaşlılarda %50-70'i kadar) egzersiz yapmaları önerilmektedir. Diyabetik ve prediyabetik bireyler gün içinde 90 dakikadan fazla hareketsiz oturmamalı, gerektiğinde ara verip fizik aktivite yapmalıdır. Herhangi bir kontrendikasyon yoksa diyabetli hastaların haftada 2 gün rezistans egzersizleri yapmaları sağlanmalıdır (10).

Herhangi bir engeli olmayan yaşlılar içinse (65 yaş üstü), yetişkinler için yapılan öneriler geçerlidir. Ancak bu sağlanamıyor ise olabildiğince fiziksel olarak aktif bir yaşantı sürmeleri önerilmektedir. Tüm vücudu çalıştıran yürüme, koşma, yüzme gibi egzersizler vücudun belirli bir bölgesini çalıştırmaya yönelik egzersizler yerine tercih edilmelidir (57).

Egzersiz programından önce hastaların bazı açılardan değerlendirilmeleri gerekir. Hastaların glisemi düzeyi, HbA1c değeri, komplikasyon varlığı değerlendirilmeli, kardiyovasküler sistem muayenesi yapılmalıdır (58).

Egzersiz de dikkat edilmesi gerekenler;

- Egzersiz insülin etkisini artırır.
- Bireyin yanında kan glikozunu hızlıca yükseltebilecek CHO kaynakları (glikoz tabletleri, kesme şeker, meyve suyu) bulunmadıkça, özellikle insülinin pik etkisinin olduğu zamanlarda egzersiz yapılmaması önerilir.
- Egzersizden önce yapılan insülin dozunun azaltılması gerekebilir.
- Egzersiz kan glikoz seviyesini 24 saate kadar düşürebilir.
- Kan şekeri <100 mg/dL ise egzersizden önce 15 gram CHO (örneğin 1 adet meyve, 1 dilim ekmek) alınması gerekir.

- Kan şekeri > 250 mg/dL ve keton (+) ise keton negatif oluncaya kadar egzersiz yapılmamalıdır (10).

Diyabetlilerin normal vücut ağırlığı aralığında olmaları teşvik edilmelidir. Obezite, tip 2 diyabet gelişimine, diyabet yönetiminde kullanılan ilaçlar da ağırlık kazanımı ile birlikte obeziteye neden 10 olabilmektedir. Fazla ağırlık diyabet yönetimini engelleyebilmekte ve diyabet sıklığını da artırmaktadır. Bu nedenle sağlıklı vücut ağırlığına inebilmek ve koruyabilmek için egzersiz ve beslenme eğitimi gerekmektedir (59).

1.7.6.4. Diyabette Kendi Kendine İzlem

Kronik hastalıklar genellikle yavaş seyirli, sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, vücudun bir ya da daha fazla sisteminde geriye dönüşsüz bozukluklara neden olabilen ve kişide beceri yitimine sebep olabilen uzun dönem sağlık problemleridir. Bu özellikleri nedeniyle hastaların yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (84). Diyabette Kendini Yönetme Eğitimi (DKYE), diyabetin tedavisinde önemli bir unsurdur (51, 52). Diyabetin başarılı bir şekilde kontrol edilmesi sadece medikal tedavilere bağlı değildir. Diyabetlilerin her gün besinler, fiziksel aktivite ve ilaçların kullanımıyla ilgili birden fazla karar alması ve farklı süreçleri yönetmesi gerekir. Diyabet tanısı konan birçok kişi için bu durum evde kan glikozu düzeylerinin izlemine de içermektedir (9).

Eğitim alan diyabetliler, hastalığı kabullenip, kendi tedavilerini yönetme yetisi kazanmaktadırlar. Ayrıca eğitim ile metabolik kontrol sağlanabilmekte, komplikasyonlar geciktirilebilmekte ve yaşam kalitesi artmaktadır (109). Araştırmalar DKYE'nin, HbA1c gibi metabolik parametrelerde iyileşme sağladığını, yaşam kalitesini yükseldiğini ve diyabetin tedavi giderlerini azalttığını ortaya koymaktadır (110).

1.7.6.5. Diyabet Eğitimi

Diyabet yönetiminin bileşenlerinden diyabet eğitimi, diyabetlinin hastalığı hakkında ve hastalığı ile baş etmesi konusunda bilgilendirilmesidir. Diyabetik hasta eğitimi, hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığın daha iyi kontrolü ile oluşabilecek yan etkilerden korunmak, tedavi maliyetlerini ve hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir hale gelmesini sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen tüm çalışmaları içermektedir (7, 38, 44). Bu

nedenle diyabetlinin eğitimi tedavinin vazgeçilmez temel bileşenlerindendir. Joslin eğitimi, “eğitim, diyabet tedavisinin bir parçası değil, tam tersine ta kendisidir” diye tanımlar. DSÖ de hasta eğitimini, diyabet yönetiminin temel ögesi ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal önemi olan bir öge olarak tanımlamaktadır. Hasta eğitimi; diyabetin tedavisi ve yaşam kalitesinin artırılması için yaşam boyu sürmesi gereken bir süreç olarak görülmelidir (5, 6, 11, 12, 44, 60).

DM’ta hasta eğitimi, diğer hastalıklardan farklı olarak sadece hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirme gibi dar bir anlam içermemektedir. Diyabet eğitimi tedavi amaçlıdır, bu nedenle de çok boyutlu özellikleri ve yararları vardır (6, 11).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği’nin A sınıfı kanıt düzeyinde önerileri;

- Diyabetlilere ve ailelerine diyabet öz-yönetiminde bilgi ve becerilerini arttırmak üzere diyabet eğitimi verilmelidir.
- “Tüm diyabetiklere ve ailelerine evde glikoz izlemi yapmaları öğretilmeli ve glikoz sonuçlarına uygun tedavi değişikliklerini yapabilmeleri için eğitim verilmelidir” şeklindedir.

DM’ta hasta eğitimi; hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlar, hastalığın daha iyi kontrol edilmesini kolaylaştırır, hastayı oluşabilecek akut kronik komplikasyon, amputasyon gibi ciddi hasarlardan korur, tedavi maliyetini düşürür, Olabilecek tedavi hatalarını azaltır; özetle hastanın öz bakım gücünü artırır ve tedaviye tam uyumunu sağlar. Diyabette hasta eğitimi içeriğinde hastalık ve verilen ilaçlar konusunda bilgilendirme, beslenme alışkanlıklarını iyileştirme, hipogliseminin ve etkilerinin öğretilmesi, komplikasyonlar konusunda bilinçlendirme, diyabetik ayak ve bakımının öğretilmesi, metabolik kontrolün ve izlemin önemi ve psikolojik destek gibi konular yer almalıdır (10).

Diyabet eğitimi programı içeriği 11 alt başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; diyabet konusundaki genel bilgiler, diyabette laboratuvar izlemi-önemi ve yöntemleri ile ilgili bilgiler, TBT ile ilgili bilgiler, egzersiz ile ilgili bilgiler, OAD ilaçlar ile ilgili bilgiler, insülin ile ilgili bilgiler, tedavi hedefleri ile ilgili genel bilgiler, akut komplikasyonlarla ilgili genel bilgiler, kronik komplikasyonlarla ilgili genel bilgiler, diyabetik ayak ile ilgili bilgiler ve diyabet yönetiminde kimlik bildirimi ile ilgili bilgilerdir (6, 38, 40, 45).

Sonuç olarak, diyabet eğitimi hastanın bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi, motive edilmesi, istenen olumlu davranışları kazanması ve sürdürmesine yönelik

kapsamlı olarak eğitilmesi olup hastanın yaşam süresini arttırır, yaşam kalitesini yükseltir ve tedavi harcamalarını azaltır (6, 21, 60).

1.7.7. Diyabet Eğitiminde Diyetisyenin Rolü

Tip 2 diyabette beslenme uygulamalarında diyetisyenin önemi ve gerekliliği onaylanmıştır. Eğitimli diyetisyenler tarafından verilen grup eğitimi; HbA1c’de önemli düşme, insülin duyarlılığında artma ve çok daha kaliteli bir yaşantı ile ilişkilidir (61).

Beslenmeye bağlı hedeflerin başarılması için tedavi ekibinde yer alacak diyetisyenin, diyabette beslenme tedavisi konusunda uzman bir diyetisyen olması, diyabetli veya pre-diyabetli hastanın, tedavide aktif rol almasının sağlanmasında önemlidir (62).

Suboptimal kontrollü tip 2 diyabetli bireylerde ilaç tedavisinin yanında diyetisyen tarafından verilen beslenme eğitiminin glisemik kontrol, vücut ağırlığı, bel çevresi ve doymuş yağ alımında anlamlı azalma sağladığı gösterilmiştir (63).

TBT uygulamaları ile 3-6 ay süresince HbA1c düzeyinin %0,25’ten %2,9’a kadar ulaşan düşüşler gösterdiği ve bu iyileşmelerin tip 2 diyabetlilerde daha belirgin olduğu görülmektedir. Ayrıca bu araştırmalar, bir yıl süresince uzman bir diyetisyenle aylık vizitlerin HbA1c düzeylerinde iyileşme sağladığını göstermektedir (64, 65).

Uzunlamasına, 3-6 aylık takiplerle devam eden bir çalışmada diyetisyenlerce verilen beslenme eğitimleri sonrasında tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı, davranış ve sağlık durumu izlemlerinin olumlu yönde değiştiği görülmüştür (66).

Diyetisyen tarafından yapılan diyet müdahaleleri prediyabetiklerde prediyabetin tip 2 diyabete ilerlemesini önlemekte etkili olduğu gösterilmiştir. Yaşam biçimi değişiklikleri ile tip 2 diyabet oluşumu %50 azaltılmıştır. Sonuçta, diyabetin önlenmesi için yapılan diyetetik uygulamaların maliyet düşüşünü sağladığı onaylanmıştır (67).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

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

2.1.1. Niteliksel Araştırmalar ve Fenomenolojik Yaklaşım

Niteliksel araştırma, belli özellikleri paylaşan çeşitli araştırma stratejilerini belirtmek için kullanılan bir terimdir. Nitel araştırmalar, bireylerin yaşam öykülerine, davranışlarına, ilişkilerine, sosyal hareketler ve olaylara ait bilgilerin video, bant kaydı, metinler, kelimeler ya da semboller yardımı ile kaydedilerek toplanması yolu ile yapılan bir araştırma türü olarak tanımlanmaktadır (68,72). Niteliksel araştırmalar temel olarak anlamı kavrama, uygulamanın içeriğini anlama, beklenmeyen yönleri ile olayları tanımlama, süreçleri anlama, nedensel açıklama geliştirme doğrultusunda yararlı olmaktadır (68,72). Niteliksel yaklaşımlar fikir üretmek, niceliksel çalışma metodolojisi geliştirmeye hazırlık yapmak, niceliksel araştırma sonuçlarını anlamak ve veri toplamak amacı ile kullanılmaktadır (68).

Fenomenoloji ise, sosyal ve sağlık bilimlerinde kullanımı giderek artan bir yöntemdir. Fenomenolojik çalışmaların odağı, çalışmaya dahil olan katılımcıların bakış açıları ile ortaya çıkan yaşam deneyimlerini anlamaktır (111).

Fenomenolojik yaklaşım, olayları, bize görüldüğü şekliyle, temel özelliklerinde gözleme ve betimlemeyi amaçlayan sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, insan davranışlarında, özel koşullardan bağımsız olarak genel olanı ortaya koyar ve evrensel terimlerle betimler (68,69).

Fenomenoloji; insanlar tarafından yaşanan deneyim nedir ve bu deneyimin anlamı nasıl yorumlanmaktadır sorularına odaklanır. Fenomenolojik araştırmanın amacı, bireylerin bir olguya ilişkin yaşantılarını, algılarını ve bunlara yüklediği anlamları ortaya çıkarmaktır (112).

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verisi Ağustos – Aralık 2017 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bornova Ek Bina Diyet Polikliniği'ne TBT almak için hekim tarafından yönlendirilen ve örneklem özelliklerine uygun olan hastalardan toplanmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bornova Ek Binası, Diyet Polikliniği'ne TBT almak için araştırma süresi içerisinde hekim tarafından yönlendirilen tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur.

Literatürde niteliksel araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir (70). Glaser ve Strauss'un 1967'de ortaya attıkları bu kavram çerçevesinde, araştırma sorusunun yanıtını oluşturabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşama olan doyum noktası adımına kadar veri toplamaya gereksinim duyulmaktadır (71). Bu araştırmanın örnekleme de bu nedenle nitel araştırmaların doğası gereği araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda veri toplama süreci içerisinde belirlenmiştir. Bire bir görüşmeler ile yapılan fenomenolojik araştırmaların tek bir fenomenin tanımlanmasında en az 4 en çok da 20 katılımcı ile yapıldığı görülmektedir (69, 70, 72, 73). Bu araştırmanın örneklemini ise 17 hasta oluşturmuştur (n=17).

Araştırmaya; 18 yaş üzeri olan, 6 aydan fazla bir süredir tip 2 diyabet tanısı olan, bilişsel ve iletişim engeli olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onamı alınan bireyler alınmıştır.

2.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri tip 2 diyabetli bireylerin yaşam deneyimleridir.

2.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri tip 2 diyabetli bireylere ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu, tedavi yöntemleri, antropometrik ölçümleri, metabolik değerleri, diyet eğitimi alıp almaması gibi faktörlerdir.

2.5.Verİ Toplama Yöntemi ve Verİ Toplama Araçları

Araştırma verileri birebir derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bir hasta ile yapılan görüşme süresi ortalama 20 dakika olmuştur. Bu görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilmelerine olanak sağlayacak sessiz bir ortamda sürdürülmüştür. Görüşme sırasında akıllı telefon aracılığı ile ses kaydı yapılmış olup, görüşme sonrası kayıtlanan görüşmeler yazıya dökülmüştür.

Araştırmada veriler literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan iki adet soru formu kullanılarak toplanmıştır.

Form I/ Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formu ilgili literatür ışığında geliştirilmiş olup 4 bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb.) ilişkin 8 soru, diyabet hastalık öyküsüne yönelik (diyabet tanı süresi, tedavisi, başka kronik hastalık varlığı) 4 soru, diyet eğitimine yönelik (eğitimi nereden aldığı, kimden aldığı, eğitimin süresi ve kaç kez aldığı) 4 soru ve diyabet yönetiminde metabolik durum değerlendirme kriterleri (glisemi düzeyi, lipid düzeyleri, kan basıncı, BKİ, vücut yağ oranı) değerlendirmesi için 5 soru olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Form 2/ Yarı Yapılandırılmış Bireysel Görüşme Soruları Formu: Tip 2 diyabet hastalarının TBT deneyimlerini öznel olarak, özgürce ifade edebilmeleri ve deneyimlerinin derinlemesine araştırılıp saptanabilmesi için yarı yapılandırılmış sorular sorulması planlanmıştır. Soruların açık uçlu planlanması hastaların duygularını sınırlamadan ifade etmelerine olanak sağlaması açısından tercih edilmiştir. Yarı yapılandırılmış soru formunda toplam 3 soru yer almaktadır (Ek 2).

2.6.Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Fenomenolojik verinin analiz edilmesi için çok çeşitli metotlar bulunmaktadır. Van Kaam, Giorgi ve Colaizzi'nin metodları fenomenolojik verilerin analizinde en çok kullanılan yöntemlerdir (19, 74).

Verilerin analiz kısmında araştırmaya katılan diyabetli bireylerin demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarının yorumlanmasında sayı ve yüzdelik hesabından yararlanılmıştır. Nitel verilerin analizinde ise yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin, görüşme tamamlandıktan sonra 24 saat içinde araştırmayı yapan kişi tarafından yazılı dökümü çıkarılmış ve her bir görüşmeden edinilen izlenimlerin yazılı çözümü yapılmıştır. Analiz süresince tümevarımcı bir yaklaşım izlenerek üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması; görüşmenin çözümlendiği metnin alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde Colaizzi'nin (1978) prosedural adımları ile birleştirilen fenomenolojik bir metodoloji kullanılmıştır (69).

Colaizzi'nin 9 adımı:

1. Araştırmacı tarafında ilgilenilen fenomenin tanımı
2. Fenomenin konusunun, tanımlarının derlenmesi
3. Fenomen konusunun tanımlarının hepsinin okunması
4. Önemli ifadelerin orijinal kopyalarına dönülmesi ve elde edilmesi
5. Her bir önemli ifadenin anlamının ayrıntılarıyla açıklanmaya çalışılması
6. Temaları gruplar içinde biçimlendirilmiş anlamlarını bir araya getirmek için düzenleme yapma
7. Ayrıntılı bir tanımlama yapmak için yazma
8. Tanımların geçerliliği için araştırma katılımcılarına geri dönme
9. Geçerlilik işlemleri esnasında yeni veriler ortaya çıkarsa bunları ayrıntılı tanım içine dahil etme adımları izlenmiştir.

Bu adımlar şu şekilde açıklanmaktadır; araştırmacı ilgilenilen konuyu yani fenomeni belirler. Konuyla ilgili literatür taranır. Fenomenin konusu ve tanımlar derlenip, okunur. Katılımcıların her biriyle görüşülür ve görüşmeler kaydedilir. Kaydedilen görüşme yazıya aktarılır. Yazıya aktarılan konu ile ilgili tanımlar araştırmacı tarafından okunur. Farklı algılamaya olanak sağlamamak için bu kayıtlar farklı zamanlarda tekrar okunur. Her bir kayda tekrar dönülür ve bundan incelenen olguyla ilgili ifade ya da cümleler belirlenir. Aynı ya da hemen hemen benzer olan ifadeler bulunabilir. Aynı ifadelerin bulunduğu tekrar edilmiş cümleler kesilir. Özel olan ifadeler daha genel kesin bir anlatımla düzeltilir. İfade edilenin anlamını

kaybetmemek için ifadeler olabildiğince az değiştirilir. Eğer ifadelerin anlamı kaybolursa anlamlı ifadeleri yansıtmaları sağlanır. Anlamlı ifadelerin anlamları açıklanmaya çalışılır. Böylece görüşülen kişinin ne söylediği üzerinde dikkatle durulmaya çalışılır. Bunu yaparken araştırmacının yorumu eklenmez. Görüşülen kişiler tarafından açık ve kesin olarak ifade edilen anlamların her biri için anahtar kelimeler belirlenir. Bu basamakların her biri bütün görüşmeler için tekrarlanır ve toplanmış, formüle edilmiş anlamlar küme halinde organize edilir. Bu aşamaya kadar yapılanlar sonucunda elde edilenler araştırılan başlığın ayrıntılı tanımı içinde bir araya getirilir. Araştırılan olgunun temel yapısı olarak detaylı tanımı biçimlendirilmeye çalışılır (68,72).

2.7. Araştırma Süresi/Takvimi

Ekim 2016: Tez konusunun belirlenmesi

Şubat 2017: Tez önerisinin hazırlanması

Mart 2017: Tez öneri sınavı

Ağustos - Aralık 2017: Veri toplama aşaması ve verilerin değerlendirilmesi

Ocak - Mayıs 2018: Tez yazımı

28 Temmuz 2018: Tez savunma sınavı

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (Ek 3) ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin (Ek 4) alınmıştır. Ayrıca tip 2 diyabetli bireylerin her birinden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

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

3.1. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan diyabetik bireylerin sosyo-demografik özellikleri, diyabet özelliklerine ilişkin verileri ve metabolik sonuçları tablolar halinde verilmiştir. Verilerin anlaşılabilirliği için sayı ve yüzde dağılımları da ayrıca verilmiştir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verileri

Hasta No	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Medeni durum	Yaşanılan yer	Sosyal güvence	Meslek	Gelir Durumu
1	Kadın	43	İlköğretim	Bekar	Şehir	Var	Ev hanımı	Az
2	Kadın	64	Lise	Evli	Büyükşehir	Var	Emekli	Denk
3	Kadın	63	Okuryazar değil	Bekar	Büyükşehir	Yok	Ev hanımı	Denk
4	Kadın	39	İlköğretim	Evli	Büyükşehir	Var	İşçi	Az
5	Erkek	59	Üniversite	Evli	Büyükşehir	Var	Psikolog	Denk
6	Kadın	49	Lise	Evli	Büyükşehir	Var	Güzellik Uzmanı	Az
7	Erkek	44	Lise	Evli	Büyükşehir	Var	Emlak Danışmanı	Denk
8	Erkek	41	Lise	Evli	Büyükşehir	Var	Memur	Denk
9	Erkek	42	İlköğretim	Evli	Büyükşehir	Var	İşçi	Denk
10	Erkek	55	İlköğretim	Evli	Büyükşehir	Var	Emekli	Denk
11	Kadın	48	İlköğretim	Evli	Büyükşehir	Var	Ev hanımı	Az
12	Kadın	54	İlköğretim	Evli	Büyükşehir	Var	Emekli	Denk
13	Erkek	41	Lise	Evli	Büyükşehir	Var	Emekli	Az
14	Kadın	55	Okuryazar değil	Evli	Büyükşehir	Yok	Ev hanımı	Az
15	Erkek	48	Üniversite	Evli	Büyükşehir	Var	Mimar	Denk
16	Erkek	48	İlköğretim	Bekar	Büyükşehir	Var	İşsiz	Az
17	Kadın	42	Okuryazar değil	Evli	Büyükşehir	Yok	İşçi	Az

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Değişken		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	9	52,0
	Erkek	8	48,0
Yaş (Yıl)	30-40	1	5,9
	41-50	10	58,8
	51-60	4	23,5
	≥ 61	2	11,8
Medeni durum	Evli	14	82,0
	Bekar	3	18,0
Eğitim	Üniversite	2	11,8
	Lise	5	29,4
	İlköğretim	7	41,2
	Okuryazar değil	3	17,6
Meslek	Emekli	4	23,5
	Çalışan	8	47,1
	Ev hanımı	4	23,5
	İşsiz	1	5,9
Yaşanılan yer	Büyükşehir	16	94,1
	Şehir	1	5,9
Sosyal güvence	Var	14	82,4
	Yok	3	17,6
Gelir durumu	Gelir giderden az	8	47,1
	Gelir gidere denk	9	52,9
	Gelir giderden fazla	0	0
Toplam		17	100,0

Tablo 8’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri gösterilmektedir. Verilerin anlaşılabilirliği için sayı ve yüzde dağılımları da Tablo 9’da verilmiştir. Tablolar incelendiğinde görüleceği gibi sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerden 9’unun kadın (%52,0),

8'inin erkek (%48,0); 1'inin 30-40 yaş aralığında (%5,9), 10'unun 41-50 yaş grubunda (%58,8), 4'ünün 51-60 yaş grubunda (%23,5) ve 2'sinin 61yaş ve üzeri (%11,8) olduğu; 14'ünün evli (%82,0), 3'ünün bekar (%18,0) olduğu; 3'ünün okur yazar olmadığı (%17,6), 7'sinin ilköğretim (%41,2), 5'inin lise (%29,4) ve 2'sinin üniversite mezunu (%11,8) olduğu; 16'sının büyükşehirde (%94,1), 1'inin şehirde (%5,9) yaşadığı, 8'inin çalışan (%47,1), 4'ünün emekli (%23,5), 4'ünün ev hanımı (%23,5), 1'inin işsiz (%5,9) olduğu; 14'ünün sosyal güvencesinin olduğu (%82,4), 3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı (%17,6); 8'inin gelir durumunun giderden az olduğu (%47,1), 9'unun gelirinin giderine denk (%52,9) olduğu görülmektedir.



Tablo 10: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Verileri

Hasta No	DM süresi	Tedavi şekli	Kronik hastalık	Komplikasyon	Akut/ Çeşidi	Kronik/ Çeşidi	Diyet eğitimi Nereden/Kimden	Eğitim Süresi/Sayısı
1	3 yıl	TBT+İnsülin+OAD	Hipotiroidi+ HT	Var	Hipoglisemi+HHNK	Yok	Hastane/Diyetisyen	60 dk /2 kez
2	17 yıl	TBT+İnsülin+OAD	KOAH+KKH+HT	Var	Hiperglisemi+DKA	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk / 2 kez
3	10 yıl	TBT+İnsülin+OAD	HT	Var	Hipoglisemi	Retinopati	Hastane/Diyetisyen	15 dk /1 kez
4	4 yıl	TBT+OAD	Yok	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	15 dk /1 kez
5	3 yıl	TBT+OAD	Yok	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk /1 kez
6	8 yıl	TBT+OAD	Over ca	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk /2 kez
7	3 yıl	TBT+OAD	HT	Var	Yok	Retinopati	Hastane/Diyetisyen	60 dk /2 kez
8	7 yıl	TBT+OAD	Ateroskleroz	Var	Hipoglisemi	Nöropati	Hastane/Hekim	15 dk /2 kez
9	3 yıl	TBT+OAD	HT	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk /2 kez
10	4 yıl	TBT+OAD	Yok	Var	Hipoglisemi	Yok	Hastane/Hekim	10 dk /1 kez
11	8 yıl	TBT+OAD	Hipotiroidi	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	15 dk /2 kez
12	6 yıl	TBT+OAD	Yok	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk /2 kez
13	10 yıl	TBT+İnsülin+OAD	Glokom	Var	HHNK	Yok	Hastane/Diyetisyen	60 dk /2 kez
14	4 yıl	TBT+OAD	HT	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	15 dk /1 kez
15	7 ay	TBT	Hipotiroidi	Yok	Yok	Yok	Hastane/Diyetisyen	30 dk /3 kez
16	2 yıl	TBT+OAD	Hipotiroidi	Var	DKA	Yok	Hastane/Hekim	10 dk /1 kez
17	10 yıl	TBT+OAD	HT	Var	Hipoglisemi	Nöropati	Hastane/Diyetisyen	15 dk /5 kez

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Değişken		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
DM süresi	6 ay-5 yıl	8	47,0
	6-10 yıl	8	47,0
	11-20 yıl	1	6,0
Tedavi şekli	TBT+OAD	12	70,6
	TBT+İnsülin+OAD	4	23,5
	TBT	1	5,9
Kronik hastalık varlığı	Var	13	76,5
	Yok	4	23,5
Komplikasyon	Var	8	47,0
	Yok	9	53,0
Akut Komplikasyon	Var	8	53,0
	Yok	9	47,0
Kronik Komplikasyon	Var	4	23,5
	Yok	13	76,5
Eğitim aldığı yer	Hastane	17	100
Eğitim veren	Diyetisyen	14	82,0
	Hekim	3	18,0
Toplam		17	100

Tablo 10’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet özelliklerine ilişkin ham verileri verilmektedir. Tablodaki sonuçlara göre, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 8’inin diyabet tanı süresi 6 ay-5 yıl arası, 8’inin 6-10 yıl arası, 1’inin 11 yıl ve üzeridir. Ayrıca 12’sinin tedavi olarak OAD ve TBT aldığı, 4’ünün insülin, OAD ve TBT kombine aldığı ve 1’inin sadece TBT aldığı görülmüştür. Hastaların tümünün diyabette TBT eğitimini hastaneden aldığı, 13’ünün diyetisyenden 4’ünün de hekimden aldığı görülmüştür. Hastaların 7’sinin hipertansiyonu, 2’sinin KAH, 4’ünün hipotirodi’si, 1’inin over kanseri, 1’inin kronik obstruktif akciğer hastalığı, 1’inin de glokom hastalığı olduğu; 5’inin hipoglisemi,

2'sinin HHNK, 2'sinin DKA, 1'inin hiperglisemi deneyimlediği; 2'sinin retinopatisi, 2'sinin nöropatisi olduğu görölmektedir.



Tablo 12: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Metabolik Değerlerine İlişkin Verileri

Hasta No	AKŞ (mg/dL)	TKŞ (mg/dL)	HbA1c (%)	T. Kolesterol (mg/dL)	LDL (mg/dL)	HDL (mg/dL)	Trigliserit (mg/dL)	Kan Basıncı (MmHg)	BKİ (Kg/m ²)	Vücut Yağı (%)
1	246	-	10,3	276	192	40	222	120/70	36,0	37,5
2	124	277	6,5	121	53	48	101	130/70	36,8	42,2
3	164	240	7,1	192	111	54	136	130/80	42,9	51,2
4	173	-	8,6	243	160	47	178	120/80	33,3	50,1
5	102	114	5,8	138	64	51	115	110/70	34,2	34,2
6	161	-	7,3	239	163	53	113	130/90	32,0	43,7
7	123	217	6,8	202	97	43	311	110/70	38,0	37,8
8	190	-	9,3	196	123	39	169	120/80	28,6	29,4
9	155	194	6,6	171	111	36	119	140/90	43,2	42,5
10	105	140	7,4	223	152	47	122	120/80	31,4	31,4
11	332	384	11,7	298	210	42	230	110/70	33,0	49,1
12	140	210	7,9	175	103	53	96	120/80	28,0	35,7
13	211	307	8,8	193	100	47	234	120/80	30,2	26,3
14	153	231	8,5	221	125	52	223	130/90	42,8	52,7
15	120	-	6,3	212	149	46	86	120/80	24,3	22,2
16	312	-	11,0	178	76	32	351	120/80	23,6	18,5
17	146	240	7,1	219	139	47	165	170/110	34,8	37,8

Tablo 13: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Metabolik Verilerin Ortalamaları

	n	Ortalama	SD	Min	Max
AKŞ (mg/dL)	17	173,94	66,98	102	332
TKŞ (mg/dL)	11	232,18	74,45	114	384
HbA1c (%)	17	8,06	1,71	5,8	11,7
Kolesterol (mg/dL)	17	205,71	44,61	121	298
HDL (mg/dL)	17	45,71	6,30	32	54
LDL (mg/dL)	17	125,18	42,92	53	210
Trigliserid (mg/dL)	17	174,76	77,13	86	351
Kan basıncı-sistolik (mmHg)	17	124,70	14,19	110	170
Kan basıncı-diastolik (mmHg)	17	80,58	10,29	70	110
Yağ Oranı Erkek (%)	8	30,29	7,96	18,5	42,5
Yağ Oranı Kadın (%)	9	44,40	6,54	35,7	52,7

Tablo 13'ü incelediğimizde hastaların açlık kan şekeri ortalamaları 173,94±66,98 mg/dL, tokluk kan şekeri ortalamaları 232,18±74,45 mg/dl, HbA1c ortalamaları %8,06±1,71, total kolesterol ortalamaları 205,71±44,61 mg/dL, trigliserit ortalamaları 174,76±77,13 mg/dL, sistolik kan basıncı 124,70±14,19 mmHg, diastolik kan basıncı 80,58±10,29 mmHg'dir. Hastaların yapılan vücut analizlerinde yağ oranı kadınlarda %44,4±6,54, erkeklerde ise %30,29±7,96 olarak bulunmuştur.

3.2.Araştırmaya Katılan Diyabetik Bireylerin Niteliksel Sonuçları

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

Tablo 14: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin İfadelerinin Grupları

ANLAM GRUPLARI	TEMALAR	
TBT ile yaşam	Olumlu	Tema 1: Farkındalık Tema 2: Mesleki faktörler Tema 3: Sosyal faktörler
	Olumsuz	Tema 1: Tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü Tema 2: Mesleki faktörler Tema 3: Sosyal faktörler

Tablo 14’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin TBT ile ilgili deneyimlerine ilişkin literatür ışığında araştırmacı tarafından belirlenmiş olan TBT’ne ilişkin önemli ifadelerinin gruplamaları görülmektedir. Tablo 14 incelendiğinde görüleceği gibi, TBT ile ilgili yaşam deneyimleri ve zorluklarına ilişkin önemli ifadelerinin alındığı ham verilerin birleştiği “tıbbi beslenme tedavisi ile yaşam” adlı grup oluşturulmuştur. Bu anlam grubu doğrultusunda bireylerden elde edilen ham verilerden olumlu ve olumsuz olmak üzere 6 tema belirlenmiştir. Olumlu olan temalar *farkındalık*, *mesleki faktörler* ve *sosyal faktörler*, olumsuz temalar *tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü*, *mesleki faktörler* ve *sosyal faktörler* olarak belirlenmiştir. Tablo 15’te hastaların ifadeleri temalara göre gruplandırılmış ve katılımcıların isimlendirilmesi “K” şeklinde kısaltılarak verilmiştir.

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K1 -“Ama şu anda artık kendime bakıyorum. Sağlıklı olayım diye. Çünkü çok fazla çekiyorum şekerden.”		
K2 -“Eğitim almadan önce daha fazla yiyorduk ama şimdi daha az yiyoruz.”		
K4 -“Düzenli beslensem en azından şeker düzene girer ve kilo veririm. Rahat yürürsün merdiven çıkarsın. Bunları biliyorum. Çünkü kilo alınca hastalıklar meydana çıkıyor şeker çıkıyor.”		
K6 -“Mutsuz olmuyorum çünkü benim hayatım için çok önemli o yüzden.”		
K7 -“Eğitim önemli ve yaşamsal. Ölmekle kalmak arasındaki fark gibi bir şey şu an benim için. Şöyle de bir şey var. İşin açıkçası biz böyle gidersek bu kiloyla kanser olup öleceğiz yani belli. Onun için ölmekle kalmak arasındaki fark gibi bir şey dedim.	TBT ile Yaşam	Tema 1: OLUMLU Farkındalık
K8 -“Kan şekerim İlk başladığımda 243 idi. şimdi bu sabah 166 çıktı. Son 2-3 haftadır dikkat etmeye başladığım için.” , “Artık dikkat etmek zorunda olduğumu hissediyorum düşünüyorum.”		
K10 -“Hem memnunum hem hazırlıklıyım çünkü artık zevkle yapıyorum. Çünkü kendi sağlığım sorun olduğu için zaten başkası da ilgilenmeyeceği için.” “Çok önemli tabi eğitim. Sağlık açısından tüketeceğin şeyleri daha bilinçli olarak yaptığın için ben faydasını görüyorum. Nefes alışım bile değişti çok rahatladım.”		

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K11 –“Şeker o zaman sınırda denilmişti. Ondan pek önemsemedim. Şimdilerde yükselmiş şekerim. Yediğime dikkat etseydim bu kadar yükselmezdi herhalde.”, “Biraz kasmam gerekiyor. Şimdi valla sağlığım için. Sağlık gidiyor. Gidene elini açacak dua edecekler gitti diyecekler öbür tarafa..... Bende olacağım böyle Allah yine de yatar yapmasın. Şimdi artık yapmama gerek var.”		Tema 1:
K12 –“Şekerim düzeliyor, kilom düzeliyor.74 kiloydum, azaldı mesela. Ondan faydalandım.”	TBT ile Yaşam	OLUMLU Farkındalık
K13 –“Ben yesem de olur diye düşünmüyorum. Yaşamak istiyorum çünkü. Yaşamam için bazı şeylere uymam lazım.”		
K14 –“Ben köylüyüm köyde ne bulursam onu yedim benim böyle olacağı aklıma gelseydi zamanında o yediklerimi yemezdim.”		

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K1 –“Dükkana da taşıyorum yiyeceklerimi. Bir tane buzdolabım var küçük, her şeyi onun içine koyuyorum.”		
K6 –“Kızım ile beraber çalışıyorum o yüzden işyerinde öğünlerimi atlamıyorum.”		
K7 –“Onu da işte meyve aldım, tonbalığı aldım dolaba koymak için. Onlarla aşacağım. Dolabı depolayacağım. İşyerim rahat olduğu için mutfak açısından sıkıntı yok kendi salatamı yaparım. O konuda sıkıntı olmaz.”		
K8 –“İş yaşıntısında gün de 3 öğün düzenli beslenme olabiliyor. Yüzde yüz olmasa da ara öğün yapıyorum. İş yoğunluğu oluyor bazen mecburen işin akışıyla alakalı.”		
K13 –“Önceden aşırı derecede yiyordum. Sabah yiyordum, öğlen yiyordum saat 3’le 4 arası veya 4 ile 5 arasında canım bir şey istiyor, yemek istiyor. Ama şu an o olay kalktı bende. Zorlandığımdan değil. Ne başımın ağrısı var ne gözümün ağrısı var. Kendimi işime adapte ediyorum. Sağa sola gidiyorum o an yemek hissini düşünmüyorum.”	TBT ile Yaşam	Tema 2: OLUMLU Mesleki Faktörler
K15 –“Dolayısıyla ekmek yerine az bulgur pilavı yiyorum veya hiç bulgur almayıp tamamen ana yemek, tabi porsiyonu da küçülttüğüm için sadece bir porsiyon taze fasulye bamya mevsime göre enginar veya bu dönemde şevketi bostan olarak. Ve susuz olarak almayı tercih ediyorum. Ara öğün alıyorum. Evden çıkarken muhakkak yanıma bir elma alıyorum. Ofisim de olursam ofiste müsli ve süt var ondan az miktarda yapıp yani az miktarda derken yeteri miktarda önerilen miktarda yapıp yiyorum hiçbir şey yoksa yoldaysam muhakkak yanıma leblebi oluyor leblebi alıyorum.”		

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K1–“Dışarıda da zorlanmıyorum. Ben ne yemem gerekiyorsa onu sadece seçiyorum. Benim çocuklarım mesela karşımda çikolata yiyorlar, Cheetos yiyorlar ama ben elimi sürmüyorum onlara.” K3–“Bir yere gittiğimde yemeğimi özellikle evde yapıp götürüyorum. Ama geçiştirdiğim de oluyor zor geldiği için. Genelde yememem gereken şeyleri reddediyorum, yemiyorum.” K6–“Kızım ile beraber alışveriş ettik. O da sürekli dikkat ettiği için ve üstüme çok eğildiği için ara öğünlerimi falan aldık. O da benim gibi beslenmeye başladı ve çok güzel oldu, memnunum.”, “Ama sosyal ortamlara da gitsem herhalde bundan sonra kimsenin uzattığı tabağı yemeyeceğim. Hayır, ayıp olmaz. Artık öncelikle benden ziyade benim çocuğum ve eşim hemen ikazda bulunur, “Ayşe hanıma şekerli şeyler vermeyin” diye. Benden önce kişiler uyarılıyorlar zaten.” K7–“İkramları da artık geri çevireceğim.” K8–“Sosyal ortamlarda kendimi dizginliyorum kaçıyorum o ortamlardan. Veya çok ucundan alıp çekiliyorum arkadaşlar zorlarsa da siz beni öldürmek mi istiyorsunuz diyorum.”	TBT ile Yaşam	Tema 3: OLUMLU Sosyal Faktörler

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K10–“Misafirlikte de söylüyorum, hiç çekinmem. Ben kurabiye kek türü yemem diye.Beni etkilemiyor artık önümde yemek yenmesi tatlı yesinler mesela tatlıyı hiç sevmem. Eşim tatlı kurslarına gitti ama yazık evde hiçbir şey yapamıyor kimse yemiyor diye. Ha tadarım mesela 1-2 kasık ama o kadar. Bir kere çok susuyorum tatlı yiyince hissediyorum şeker yükseliyor diye. Bir ölçerim 2-2,5 saat sonra şekerim tavan yapmış. O yüzden tüketmiyorum çok rahatım.” K12–“Misafirlikte çeşit çeşit olanlardan ben az alıyorum birini yiyip birini yemiyorum yasak olanları yemiyorum. Tatlılardan almıyorum. Poğaç 1 tane alıyorum. Kek ise tadına bakayım diye kenarından yiyorum. Öğlen yemeğini atlayıp gidiyorum.” K13–“Eşimle bir yerlere gidiyorum yemek yiyeceğim. Bakıyorum orada ne yiyebilirim. Tavuk balık genellikle tercih ediyorum. Yanında kepekli ekmek o adettir artık, bir dilim alıyorum ondan. Eşim diyor ki ‘Ya bununla doycak mısın?’. Doyacağım doymak zorundayım başka çarem yok.” K14–“Misafirlikte de zorlamıyorlar beni. Söylüyorum, almıyorum. Mevritlere gidiyorum, beyaz pilav koyuyorlar 2 kaşık alıyorum sadece. Az tüketiyorum çünkü beni ateşlendiriyor beyaz pilav.” K15–“İsrar konusunda zorlanmıyorum. O irade ile ilgili bir şey. Yani onu bıraktıysanız bıraktınız. Yani ben mesela sigara ile örnek vereyim. Mesela ben sigara da içmem ama. Bazen içkili bir sofraya oturduğum zaman bir oturuşta yarım paket sigarayı da içerim ağzıma sürmem şeyi de yok. Dolayısıyla alkol de böyle. Yemekte zorlanılabilecek olan şey ekmek. Ekmek ye diye kimse zorlamaz da hadi sen de iç devam et bu kadar mı içiyorsun şakaları olur ya o da benim hani çok sık ortamına girdiğim bir durum değil...2 duble içince bırakıyorum o da dediğim gibi 2 veya 3 haftada olan şey.”	TBT ile Yaşam	Tema 3: OLUMLU Sosyal Faktörler

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam İle İlgili Olumlu Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları

Katılımcı Numarası	Farkındalık	Mesleki Faktörler	Sosyal Faktörler
1	+	+	+
2	+		
3			+
4	+		
5			
6	+	+	+
7	+	+	+
8	+	+	+
9			
10	+		+
11	+		
12	+		+
13	+	+	+
14	+		+
15		+	+
16			
17			
Toplam	11	6	10

Tablo 16 incelendiğinde araştırmaya katılan diyabetli bireylerin TBT ile yaşam anlam grubu olumlu farkındalık temasına 11 bireyden 40 önemli ifade, mesleki faktörler temasına 6 bireyden 23 önemli ifade, sosyal faktörler temasına 10 bireyden 49 önemli ifade kaydedilmiştir.

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K1 –“Yani bunun bilincindeydim ama hastalıkla uğraştıktan sonra diyet yapamadım bir daha. Şekerim en başta yükseliyor yediklerime dikkat etmediğim zaman.”		
K3 - “Okuma yazmam olmadığı için diyet listelerini pek uygulayamıyorum.”		
K5 –“Ama işte biz biraz onun uygulamasında sorun yaşıyoruz. Kendi yemek adetlerimiz, kişisel alışkanlıklarımız değiştiği için. Mesela ben günde 2 veya en fazla 3 öğün yemek yiyordum şimdi 2 saat 3 saatte bir yiyorum ama bazen unutuyorum.”		
K6 –“Eşime uyuyordum, kendim için ayrı bir zaman harcamıyordum.”		
K7 - “Ama ısrarla siz alışkanlık olmayınca yemeyince yemiyorsunuz.”		Tema 1:
K9 –“Doktorumuz bize iyi güzel eğitim verdi ama biz uygulayamadık. Tembelliğe vurduk biraz. Boş ver bir şey olmaz tarzında ilgilenemedik.”	TBT ile Yaşam	Tedaviyi
K14 –“Eskiden 2 öğün yesem bile tok hissediyordum kendimi. Çünkü evimizde de eşimin de yeme düzeni öyle. Sabah bir kahvaltı yapıyorduk birlikte, akşamı buluyordu. “Ama değiştirmek için hiçbir şey yapmıyorum irade yok.”, “Ekmek de yiyorum ekmek vazgeçilmiyor ekmeği çok yiyorum. Hep beyaz ekmek alıyorum. Kepek ekmek aldım bir yedim bir ay kadar yedim ondan sonra yiyemedim. Kendim beğenmedim. Biz köylü olduğumuzdan köy ekmeği yediğimizden kepek ekmeği bana ters geldi beğenmedim.”	OLUMSUZ	Sürdürmede Uyum Güçlüğü

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K16 -“Vücut alıştığı için yani karnım acıkınca yediğim için ara öğüne pek dikkat etmedim. Çok yiyorum. Bu bir alışkanlık haline geldiği için bunu bir programa oturtamadım.”	TBT ile Yaşam	OLUMSUZ
K17 -“Ama ne bileyim yemek yemeyi seviyorum. Şekerli şeylere bayılıyorum tatlı gibi şeylerin hastasıyım.”		

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K1 –“Dükkana gidiyordum, çalışıyordum, kendime ayıracak vaktim yoktu iş nedeniyle.”		
K5 –“Bir işle meşgul olduğumda yemeyi pek hatırlamıyorum. Kişisel özelliğim çocukluktan beri böyle”, “Atlama nedenim kendim oturup bilgisayar başında çalıştığım zaman atlıyorum. Başka şeylerden kopuyorum”		
K7 –“İşteyken civardaki yemek yenilecek yerler çok temiz olmadığı için sorun oluyor. Bir tane temiz yer var, o da pideci. Orada da pide yiyeceksin sadece. Başka bir şey yok. E bir de dükkânı bırakayım kapatayım 1 saat, 3 km ilerde gidip bir şey yeme alışkanlığım da yok benim. Kapatıp gitmek zor geliyor. Aslında gitsen gidersin ne olacak 1 saatte. Orada biraz yiyeceğe ulaşamamak açısından sıkıntı oldu.”	TBT ile Yaşam	OLUMSUZ
K8 –“Ara öğünleri de normalde zorlanmam ama sadece olumsuz tarafını söylüyorum yüzde 15-20 kaçırma nedenim iş yoğunluğu... Yani zaten devamlı arada ihtiyaç hissettiğim oluyor ama hafta içi yapamıyorum iş yoğunluğu sebebiyle. Önümüzde evrak işlerimiz oluyor işin stresi var tabi, bir bakıyoruz öğle yemeği vakti gelmiş oluyor.”		
K9 –“Vardiyalı çalışmak sıkıntı yaratıyor. Gece canımız bir şey yemek istemiyor. Bünyemiz allak bullak oldu bu yüzden. Bir hafta gece, bir hafta gündüz...”		

Tema 2:
Mesleki
Faktörler

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K10 –“Ayakkabıcılıkta öyledir. Biraz sabah kraker falan yiyorduk bir gömülüyoruz işlere bir daha yemek yok.”		
K15 –“Öğünlerde işimden dolayı dışarıda yemek zorunda kaldığım durumlar oluyor yani evden bir zeytinyağlı getirip de işyerimde onu açıp yiyebileceğim bir ortam yok.”		
K16 –“Çalışırken ona uymak kesinlikle zor bir şey. Çünkü işyeri sahibi kesinlikle kaytarmamayı, iş programına uyulmasını ister. Ama ben bundan sonra elimden geleni yapmaya çalışacağım. Zaman bulamayabilirim diye düşünüyorum.”	TBT ile Yaşam	Tema 2: OLUMSUZ Mesleki Faktörler
K17 –“Çünkü yanımda bulundurmam gerekiyor bulunduramıyorum. Çünkü işe gidiyorsun. İşte olduğum için alamıyorum. Temizliğe bir dalıyorsun öğlen olunca abur cubur bir şeyler atıştırıyorsun öylelikle kalıyor. Öğlen bile düzgün değil. Unutuyorsun bir anda her şeyi. İşimi bitireyim evimi gideyim çayımı kahvemi içeyim dinleneyim oturayım diyorsun.”		

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K4–“Misafirliğe gittiğimde bazen yiyorum. Şekerim var gibi gelmiyor. Güzel olunca yiyorum. Durduramıyorum kendimi. Görüyorum güzelse ikramlar tadına bakıyorum. Az da olsa tadına bakıyorum. Diyorum benim şekerim var. Çaya şeker tutuyorlar almıyorum. Canım istediği için yiyorum aç olduğum için değil.” K5–“Yanımda taşıyorum birde pek dışarda yemem sadece askeriyede yerim. Başkalarının yanında da rahat yerim. Misafirlikte de mecburen bozuyorum. Mesela misafir var. Sen yemezsen karşı taraf rahatsız hisseder kendini. Yemediğin zaman karşı taraf da yemez, ayıp olur. Yemeğin başında yemekten yiyeceksin. Bundan dolayı bazen fazla kaçıyor. “ K7–“Ondan önce yememem gereken diye bir şey yoktu. Her şeyi yiyordum, serbestti. Baklava gelsin, kalburabastı gelsin, pişi gelsin. Yemekte hiç bir şey düşünmüyordum.” K8–“Kesinlikle düşünüyorum ama tabi bazı içinde bulunduğumuz sosyal ortamlarımız gereği kaçırıyoruz ister istemez. Ortamda yerine göre izzet-i ikramlar oluyor bizde kapılıyor, ipin ucu kaçıp gidiyor. “ K11–“Ama dikkat etmiyorum zaten kalabalıkta daha çok yeniyor...” K14–“Yatılı kaldığımda zorlanıyorum tabi ne koyuyorlarsa onu yiyorum. Az yiyorum.”	TBT ile Yaşam	Tema 3: OLUMSUZ Sosyal Faktörler

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle İlgili Deneyimlerine İlişkin Önemli İfadelerinin Gruplamaları

Önemli ifadeler	Anlam grupları	Temalar
K15–“Ama mesela şöyle bir şey de zorlanabilirim... Mesela bir İtalya seyahati olacak önümüzdeki hafta. İtalya’da hamurdan başka hiçbir şey yok yiyecek her şey hamur. Her şeyi hamur... Eee ne yesek? Hadi tamam enginarı falan meşhur, gerçi mevsimine göre belki, ama yine pizzanın üstünde her şey.” K17–“Bir yere gittiğin zaman o ortamda atıştırman gerekiyor masaya konulan şeyleri. Çünkü o insanı da kırmak istemiyorsun o yüzden mecbur yiyorsun.”	TBT ile Yaşam	Tema 3: Sosyal Faktörler

Tablo 18: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam İle İlgili Olumsuz Önemli İfadelerinin Temalara Göre Dağılımları

Katılımcı numarası	Tedaviyi sürdürmede uyum gücü	Mesleki faktörler	Sosyal faktörler
1	+	+	
2			
3	+		
4			+
5	+	+	+
6	+		
7	+	+	+
8		+	+
9	+	+	
10		+	
11			+
12			
13			
14	+		+
15		+	+
16	+	+	
17	+	+	+
Toplam	9	9	8

Tablo 18 incelendiğinde araştırmaya katılan diyabetli bireylerin TBT ile yaşam anlam grubu olumsuz tedaviyi sürdürmede uyum gücü temasına 9 bireyden 25 önemli ifade, mesleki faktörler temasına 9 bireyden 34 önemli ifade, sosyal faktörler temasına 8 bireyden 32 önemli ifade kaydedilmiştir.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Altıncı Diyabet Atlası verilerine göre, diyabetli yetişkin bireylerin ortalama %50'sinin (184 milyon) 40-59 yaş aralığında olduğu görülmektedir. İlerleyen zamanlarda da görülme sıklığının bu yaş aralığında daha yüksek olacağı öngörülmektedir. Kadınlara göre erkek diyabetli sayısı 2013'te 14 milyon daha fazla olmuştur (184 milyon kadın, 198 milyon erkek), 2035'te ise bu farkın 15 milyona çıkması öngörülmektedir (7). Bu araştırmaya katılan tip 2 DM'li bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin elde edilen verilerin sonuçlarına göre; araştırmaya katılan 17 diyabetli bireyin 9'ının kadın (%52), 8'inin erkek (%42) olduğu ve bu sonuçlar bağlamında, çalışmaya kadınlarla erkeklerin birbirine yakın sayıda katıldıkları görülmüştür. Bu çalışmadaki diyabetli bireylerin yaşları 39 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama $49 \pm 7,9$ yıldır. Tip 2 DM görülme sıklığının ortalama 40 yaş ve üzeri olması bu çalışmadaki ortalama yaş ile benzerlik göstermektedir.

Çeşitli sosyo-demografik özellikler (eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum gibi) tip 2 DM yönetimini doğrudan olmasa da dolaylı yoldan etkilemektedir. Diyabet tedavisinde önemli bir yeri olan yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesinde sosyoekonomik düzeyin iyi olması önemlidir. Sosyoekonomik düzeyin diyabet prevalansı üzerine olan etkisini araştırmak için yapılan bir çalışmada tip 1 ve tip 2 DM'li bireyler alınmış ve sonuçta tip 1 DM prevalansının yoksulluk düzeyinden etilenmediği ancak tip 2 DM prevalansının yoksulluk düzeyinin artması ile birlikte arttığı sonucu ortaya çıkmıştır (75). Yoksulluk optimal beslenme şeklinin sağlaması ve sağlık hizmetlerinden en etkili şekilde faydalanmayı zorlaştıran bir etmendir. Bu çalışmada geliri giderine denk olan 9 birey (%52,9), geliri giderinden az olan 8 birey (%47,1) tespit edilmiştir (Tablo 9). Bu durum da çalışmaya katılan diyabetli bireylerin TBT'ni sürdürmesini ve yeterli ve dengeli beslenmenin devamlılığını sağlayabilmeleri açısından önemli bir dezavantajdır.

Bu çalışmaya katılan hastaların 16'sının büyükşehirde, 1'inin şehirde yaşadığı görülmüş olup, şehirde yaşamış olmaları sağlık bakım hizmetlerine ve eğitim verenlere ulaşmada kolaylık sağlaması açısından önemlidir.

Eğitim durumu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesinin düşük olmasının tip 2 DM gelişiminde önemli bir belirleyici olduğu gösterilmektedir. Fakat obezite gibi diğer başka risk faktörleri de bu ilişkide rol oynayabileceğinden, değişkenlerin artmasıyla sonuçların etkilenebileceği belirtilmiştir (75). Bu çalışmaya katılan bireylerin 7'si (%41,2) ilköğretim, 5'i (%29,4) lise, 2'si (%11,8) üniversite mezunudur ve 3'ünün de (%17,6) okuma yazması yoktur. Eğitim seviyesi ile tip 2 DM sıklığı ve yönetimi arasında doğrudan bir ilişki olmasa da dolaylı yollardan tip 2 diyabet sıklığını ve diyabet tedavisini etkileyeceği bilinmektedir (75).

Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 8'inin çalışan, 4'ünün emekli, 4'ünün ev hanımı, 1'inin işsiz olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hastaların 14'ünün (%82,4) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Diyabet hem kendi hem de oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle tedavi maliyeti yüksek bir hastalık olması açısından, hastaların sosyal güvencesinin olması, onların sağlık bakım hizmetlerinden daha az maliyetle ve kesintisiz olarak yararlanmalarını sağlaması açısından önem taşımaktadır.

Özetle; genel olarak araştırma örneklemini ülkemizin genel sosyo-demografik özelliklerine uyumluluk göstermektedir.

Çalışmaya alınan hastaların diyabet tanı süresi incelendiğinde; 8'inin diyabet tanı süresi 5 yıl ve altı, 8'inin 6-10 yıl arası, 1'inin 11 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür (Tablo 11). Diyabetle geçen yıllar arttıkça komplikasyon ortaya çıkma sıklığı da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle 10 yıl üstü diyabet tanısı olan diyabetiklerde retinopati, nefropati ve dolaşım bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (76, 77).

Bu araştırmaya katılan hastaların 12'sinin tedavi şeklinin TBT+OAD tedavi, 4'ünün TBT+İnsülin+OAD tedavi ve 1'inin sadece TBT olduğu görülmüştür.

Hastaların 7'sinin hipertansiyonu, 2'sinin KAH, 4'ünün hipotirodit'i, 1'inin over kanseri, 1'inin kronik obstruktif akciğer hastalığı, 1'inin de glokom hastalığı olduğu; 5'inin hipoglisemi, 2'sinin HHNK, 2'sinin DKA, 1'inin hiperglisemi deneyimlediği; 2'sinin retinopatisi, 2'sinin nöropatisi olduğu görülmektedir (Tablo 10). Diyabet yönetim bozukluğunun meydana getirdiği akut-kronik komplikasyonlar

ve diğer kronik hastalıklar araştırma örneklemine katılan bireylerin hastalık ve komplikasyon varlıklarını açıklamaktadır.

Bu çalışmadaki 17 hastanın 13'ünün TBT eğitimini hastanelerdeki diyetisyenlerden, 3'ünün hekimden aldığı görülmektedir.

Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada diyabet eğitimi alan hastaların, eğitim almayan hastalara oranla daha çok hastalık ve riskleri konusunda bilgi sahibi olduklarını saptanmıştır (87). Bu nedenle hastaların bu konuda eğitilmiş sağlık profesyonellerinden eğitim almaları düzenli beslenmenin diyabetteki önemini anlamaları açısından önemlidir.

Kronik hastalıkların çoğunun varlığında olduğu gibi diyabette de katılımcılarının diyabet tanısı sonrası genel sağlık ve fiziksel durumlarında olumsuz değişikliklerin ve komplikasyonlarının olması araştırmanın beklenen sonuçları arasındadır ve ilgili literatür ile paralel sonuçlardır (4, 27, 78).

Obezite birçok hastalıkta olduğu diyabette de risk faktörü oluşturmaktadır (7). Obezite ve diyabet sıklığının doğru orantıda arttığı yapılan çalışmalarla tespit edilmektedir (81). DSÖ'nün yaptığı MONICA adlı çalışmada 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir. 2008 yılında 400 milyon olan obez hasta sayısının 2015 yılında 700 milyona çıkacağı öngörülmektedir (79). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite sıklığı hızla artmaktadır. "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010" sonuçlarına göre Türkiye'de obezite prevalansı %30,3 (kadınlarda %41,0, erkeklerde %20,5) olarak bildirilmiştir (80). Bu çalışmada yer alan erkek bireylerin yağ oranlarının ortalama $30,29 \pm 7,96$, kadın bireylerin yağ oranı ortalamalarının $44,4 \pm 6,54$ olduğu, yani normal sınırların üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Obezitenin önüne geçilmesi ile beraber daha etkili bir diyabet yönetimi sağlanacaktır (82).

Ayrıca pre-diyabet durumundaki obez hastalarda ağırlık kaybının sağlanmasının tip 2 DM oluşumunu önlediğine dair önemli kanıtlar bulunmaktadır (83).

Diyabetli bireylerin izleminde en sık taranan parametreler AKŞ, HbA1c değerleridir. Bu çalışmada AKŞ ortalama değerinin $173,94 \pm 66,9$ mg/dL ve HbA1c ortalama değerinin $8,06 \pm 1,71$ olarak çıktığı ve normal sınırların üzerinde olduğu, diyabetlilerin glisemik kontrollerini istenilen aralıkta tutamadıkları belirlendi. HbA1c'nin %6,5 üstünde olması yüksek olarak kabul edilmektedir (TEMD 2017). Bu çalışmada, diyabetlilerin total kolesterol değeri $205,71 \pm 44,61$ mg/dL ve

trigliserid değeri $174,76 \pm 77,13$ mg/dL bulunmuş ve "sınırdan yüksek" olarak belirlenmiştir. Diyabetik hastalara en önde gelen ölüm nedeni aterosklerotik kalp hastalıklarıdır (7). Bu çalışmada kolesterol, trigliserid oranı sınırdan yükseklik gösterdiğinden diyabetli bireylerdeki KAH riskini orta düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan diyabetlilerdeki sistolik kan basıncı $124,70 \pm 14,19$ mmHg ve diastolik kan basıncı $80,58 \pm 10,29$ mmHg olarak ve ADA değerlerine göre normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Bu çalışmadaki diyabetlilerin, kan basınçlarının normal düzeylerde olmasından dolayı hipertansiyon açısından riskleri daha azdır.

4.2.Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçlarının Tartışması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin niteliksel sonuçları; bulgular bölümünde sunulan betimleme ve analiz sonrasında belirlenen temalar doğrultusunda yorumlanarak tartışılmıştır. Hastalardan elde edilen niteliksel sonuçlar; araştırmacılar tarafından araştırmanın amacına yönelik olarak hastaların yaşam deneyimlerine ilişkin gruplar ve içerikleri doğrultusunda sunulmuştur.

4.2.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi İle Yaşam

Bireylerden elde edilen önemli ifadelerden TBT ile yaşam anlam grubu oluşturulmuştur. Bu anlam grubu doğrultusunda olumlu ve olumsuz olmak üzere 6 tema belirlenmiştir. Olumlu olan temalar *farkındalık*, *mesleki faktörler* ve *sosyal faktörler* ve olumsuz temalar *tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü*, *mesleki faktörler* ve *sosyal faktörler* olarak belirlenmiştir.

4.2.1.1.TBT İle Yaşam Olumlu Yönler

Tema 1: Farkındalık

Bu grup içerisinde 40 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda farkındalık teması belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre diyabette TBT ile yaşamda farkındalık teması önemli bir bulgu olarak görülmüştür. Araştırmaya katılan diyabetlilerin çoğu düzenli beslenmenin önemini ancak diyabet tanısını aldığı zaman öğrendiklerini belirtmiştir.

Bu bağlamda bilgi eksikliğiyle ortaya çıkan farkındalığın olmayışı diyabet yönetimindeki problemlerin en başında gelmektedir.

Diyabetliler “diyabet olmadan önce hastalığı bilmek isterdim böylelikle daha önceden beslenme ile ilgili gerekli tedbirleri alarak bu hastalığı önleyebilirdim” şeklinde duygu ve düşüncelerini ifade etmişlerdir. Diyabetlilerin bu şekildeki

bildirimleri diyabetin gelişmesi ve kontrolünde beslenme farkındalığının önemini vurgulamaktadır. Aşağıda birkaç hastanın ifadesi buna örnek olarak verilmiştir:

K1- “Ama şu anda artık kendime bakıyorum. Sağlıklı olayım diye. Çünkü çok fazla çekiyorum şekerden.”

K14- “Ben köylüyüm köyde ne bulursam onu yedim benim böyle olacağı aklıma gelseydi zamanında o yediklerimi yemezdim.”

K11- “Şeker o zaman sınırdan denilmişti. Ondan pek önemsemedim. Şimdilerde yükselmiş şekerim. Yediğime dikkat etseydim bu kadar yükselmezdi herhalde.”, “Biraz kasmam gerekiyor. Şimdi valla sağlığım için. Sağlık gidiyor. Gidene elini açacak dua edecekler gitti diyecekler öbür tarafa..... Bende olacağım böyle Allah yine de yatar yapmasın. Şimdi artık yapmama gerek var.”

Diyabet gibi kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir bozulmaya ve geri dönüşümü olmayan kayıplara neden olmakta, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu nedenle, bireylerin hayat boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu almaları, sürdürmeleri büyük önem taşır (84).

Literatürde bilgili, kendine güveni olan, yetenekli ve hastalık yönetimine katılan bireylerin sağlıklarını geliştirecek aktiviteleri gerçekleştirmelerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (85).

Diyabetliler diyabette düzenli beslenme olmadan önce ve sonrasındaki yaşadıkları olumlu değişimleri şu şekilde ifade etmişlerdir. Aşağıda birkaç hastanın ifadesi örnek olarak verilmiştir:

K8- “Kan şekerim ilk başladığımda 243 idi. şimdi bu sabah 166 çıktı. Son 2-3 haftadır dikkat etmeye başladığım için.”

K10- “Çok önemli tabi eğitim. Sağlık açısından tüketeceğin şeyleri daha bilinçli olarak yaptığın için ben faydasını görüyorum. Nefes alışım bile değişti çok rahatladım.”

K12- “Şekerim düzeliyor, kilom düzeliyor.74 kiloydum azaldı mesela. Ondan faydalandım.”

Ayrıca diyabetli bireylerin eğitim aldıktan sonra diyabet hastalığında TBT'nin faydaları hakkında farkındalıkları artmıştır. Aşağıda birkaç hastanın ifadesi örnek olarak verilmiştir:

K2- “Eğitim almadan önce daha fazla yiyorduk ama şimdi daha az yiyoruz.”

K7- “Eğitim önemli ve yaşamsal. Ölmekle kalmak arasındaki fark gibi bir şey şu an benim için. Şöyle de bir şey var. İşin açıkçası biz böyle gidersek bu kiloyla kanser olup öleceğiz yani belli. Onun için ölmekle kalmak arasındaki fark gibi bir şey dedim.”

K13- “Ben yesem de olur diye düşünmüyorum. Yaşamak istiyorum çünkü. Yaşamam için bazı şeylere uymam lazım.”

Beslenme eğitiminin içeriği bireyin ihtiyaçlarına göre şekillenebilmektedir. Ancak bir TBT eğitiminde; makro ve mikro besin ögesi alımının ve hedeflenen vücut ağırlığına ulaşma ve sonrasında koruma stratejilerinin anlatılması, besin alımının düzenlenerek optimal glisemik kontrolü sağlayan ve sürdüren stratejilerin verilmesi gerektiği bilinmektedir (7).

Diyabet yönetiminde etkili bir eğitimin hastaya olan yararlarını gözler önüne seren çok fazla çalışma yapılmıştır.

Cox ve arkadaşlarının bir çalışmasında beslenme, egzersiz ve diğer yaşam şekli değişiklikleri ile ilgili eğitim verilen diyabetli bireylerin eğitimden sonra diyabet yönetim puanlarında artış olduğu belirtilmiştir (86).

Perez-Escamilla ve arkadaşlarının hazırladıkları bir derlemede ise diyet eğitiminin diyabetiklerde diyabet yönetimini, beslenme bilgilerini ve beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür (88).

Başka bir çalışmada Tavakolizadeh ve arkadaşları verilen eğitim sonrası diyabetik bireylerin kan glikozlarının belirgin şekilde düştüğü, diyet ve egzersiz rutinlerinin olumlu yönde düzeldiğini göstermişlerdir (89).

Bu bağlamda diyabetli bireylerin hastalık ve TBT ile ilgili bilgi sahibi olmaları diyabetin komplikasyonlarından korunmaya büyük katkı sağlayacağı için yaşam kalitelerini de arttıracaktır. Yapılan çalışmalara bakacak olursak da TBT ile beraber düzenli beslenen diyabetik bireylerin diyabeti daha kolay kontrol altına aldıkları görülmektedir.

Tema 2: Mesleki Faktörler

Bu grup içerisinde 23 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda olumlu mesleki faktörler teması belirlenmiştir.

Hastaların aşağıdaki ifadelerinde de belirttikleri gibi işyerlerinde beslenme ile ilgili düzenlenmeler yapıldığında düzenli beslenmenin sağlanabildiği görülmektedir.

K1- “Dükkana da taşıyorum yiyeceklerimi. Bir tane buzdolabım var küçük, her şeyi onun içine koyuyorum.”

K6- “Kızım ile beraber çalışıyorum o yüzden işyerinde öğünlerimi atlamıyorum.”

K7- “Onu da işte meyve aldım, tonbalığı aldım dolaba koymak için. Onlarla aşacağım. Dolabı depolayacağım. İşyerim rahat olduğu için mutfak açısından sıkıntı yok kendi salatamı yaparım. O konuda sıkıntı olmaz.”

K15- “Dolayısıyla ekmek yerine az bulgur pilavı yiyorum veya hiç bulgur almayıp tamamen ana yemek, tabi porsiyonu da küçülttüğüm için sadece bir porsiyon taze fasulye bamya mevsime göre enginar veya bu dönemde şevketi bostan olarak. Ve susuz olarak almayı tercih ediyorum. Ara öğün alıyorum. Evden çıkarken muhakkak yanıma bir elma alıyorum. Ofisim de olursam ofiste müsli ve süt var ondan az miktarda yapıp yani az miktarda derken yeteri miktarda önerilen miktarda yapıp yiyorum hiçbir şey yoksa yoldaysam muhakkak yanımda leblebi oluyor, leblebi alıyorum.”

Diyabette TBT’ne uygun yemek seçimlerini sağlayabilecek alternatifler bulunabileceği görülmektedir. Bunun için işyerine ara öğün ya da ana öğün götürme, bunları uygun koşullarda depolama, birlikte çalışılan kişilerden destek alma, öğün saatlerinin işyeri tarafından belirli olmasına bağlı olarak öğün atlamama gibi olumlu davranışlar geliştirmek mümkün olabilir. Bu durum iş performansını da olumlu etkiler. Literatürdeki bilgilerde de yeterli ve dengeli beslenme, işçinin iş performansının daha iyi düzeyde yapmasını sağlar denilmektedir (90). Bu iş performansının diyabetli bireyler için de iyi olması çalışılan ortamın diyabetli bireye uygun olarak düzenlenmesinden geçmektedir.

Tema 3: Sosyal Faktörler

Bu grup içerisinde 49 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda olumlu sosyal faktörler teması belirlenmiştir.

Hastaların büyük bir bölümü TBT eğitimi almadan önce sosyal ortamlardaki sofralarda ve ikramlarda yedikleri besinlere ve miktarlara dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir. TBT sürecinde ise genellikle ikram edilen besinleri tüketmeme durumu karşı tarafa ayıp olur şeklinde düşünüldüğünden, kişiler fazlaca yemek yerine daha az porsiyon almayı tercih ettikleri, yanlarında kendilerine uygun olabilecek besinleri taşımayı seçtiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca sofradaki diğer kişilere hastalıkları ve beslenmeleri konusunda bilgi verdiklerinde onları kırmadan sofradan daha az zararlı kalkmayı sağladıklarını belirtmişlerdir. Bunlara örnek olabilecek birkaç hasta ifadesi örneğine aşağıda yer verilmiştir.

K3- “Bir yere gittiğimde yemeğimi özellikle evde yapıp götürüyorum. Ama geçiştirdiğim de oluyor zor geldiği için. Genelde yememem gereken şeyleri reddediyorum, yemiyorum.”

K6- “Ama sosyal ortamlara da gitsem herhalde bundan sonra kimsenin uzattığı tabağı yemeyeceğim. Hayır, ayıp olmaz. Artık öncelikle benden ziyade benim çocuğum ve eşim hemen ikazda bulunur, “Ayşe hanıma şekerli şeyler vermeyin” diye. Benden önce kişiler uyarılıyorlar zaten.”

K7- “İkramları da artık geri çevireceğim.”

K8- “Sosyal ortamlarda kendimi dizginliyorum kaçıyorum o ortamlardan. Veya çok ucundan alıp çekiliyorum arkadaşlar zorlarsa da siz beni öldürmek mi istiyorsunuz diyorum.”

K12- “Misafirlikte çeşit çeşit olanlardan ben az alıyorum birini yiyip birini yemiyorum yasak olanları yemiyorum. Tatlılardan almıyorum. Poğaçaya 1 tane alıyorum. Kek ise tadına bakayım diye kenarından yiyorum. Öğlen yemeğini atlayıp gidiyorum.”

K14- “Misafirlikte de zorlamıyorlar beni. Söylüyorum almıyorum. Mevritlere gidiyorum, beyaz pilav koyuyorlar 2 kaşık alıyorum sadece. Az tüketiyorum çünkü beni ateşlendiriyor beyaz pilav.”

K15- “İsrar konusunda zorlanmıyorum. O irade ile ilgili bir şey. Yani onu bıraktıysanız bıraktınız. Yani ben mesela sigara ile örnek vereyim. Mesela ben sigara da içmem ama. Bazen içkili bir sofraya oturduğum zaman bir oturuşta yarım paket sigarayı da içerim ağzıma sürmem şeyi de yok. Dolayısıyla alkol de böyle. Yemekte zorlanılabilecek olan şey ekmek. Ekmek ye diye kimse zorlamaz da hadi sen de iç devam et bu kadar mı içiyorsun şakaları olur ya o da benim hani çok sık ortamına girdiğim bir durum değil...”

Bireyin aile ve arkadaşlarının tutumu ve bunların arasındaki ilişkiler diyabet yönetimini olumlu ya da olumsuz yönden etkileyen çevresel faktörler arasındadır (91). Örneğin diyabetik birey için beslenme müdahalesi gerektiğinde, tüm aile üyelerinin esneklik göstermesi ve işbirliği yapmaları beklenir. Bireyin sosyal ilişkileri ve yaşam tarzı alışkanlıkları, diyet değişiklikleri yapma becerisini geliştirebilir veya engelleyebilir (101). Hastalardan alınan bu ifadelerden de hastaların sosyal çevrelerinin olumlu anlamda diyabette düzenli beslenmeye katkı verdikleri görülmektedir.

4.2.1.2.TBT İle Yaşam Olumsuz Yönler

Tema 1: Tedaviyi Sürdürmede Uyum Güçlüğü

Bu grup içerisinde 25 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü teması belirlenmiştir.

Diyabetli bireyde uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır (93).

Tip 2 DM’ta en büyük uyumsuzluğun diyet tedavisi ve insülin enjeksiyonuyla ilgili olduğu bilinmektedir (96, 97).

Beslenme eğitimini daha optimal bir düzeye getirebilmek için bireylerin eğitim öncesinde beslenme alışkanlıkları öğrenilmelidir. Beslenme eğitiminin yeteri kadar etkili olup olmadığı belirlenmelidir. Beslenme eğitimlerinde farklı süreler ve yöntemler kullanılmaktadır. Beslenme eğitimlerinin standardize edilmesi ile beraber bireyler kendi yaşam tarzlarına en yakın beslenme eğitimini alacak ve bu şekilde iyi bir diyabet yönetimi gerçekleştirmiş olacaktır.

Bir çalışmada devam eden eğitimlerin ve düzenli telefon mesajı uygulamasının HbA1c’nin düşmesi üzerine anlamlı etkisinin olduğunu gösterilmiştir (98 yaradı). Diyabete yönelik bilgilendirme ve farkındalık yaratmaya yönelik programlar aracılığıyla diyabetik hastaların hastalıklarını kabullenme ve tedaviyi devam ettirme süreci daha kolay bir hale getirilip, tedavi uyumları sağlanabilir (99).

Bu araştırmada da tedaviyi sürdüremeyen bireylerin olumsuz deneyimleri bildirilmiştir. Örneğin bir hasta; “Okuma yazmam olmadığı için diyet listelerini pek uygulayamıyorum” ifadesinde bulunarak tedaviyi bireyselleştirip farklı yollarla eğitim verilmesinin önemli olabileceğinin altını çizmiştir.

Diyabetli bireylerden, önerilen tedavinin uygulanması ve bunun içinde bazı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları beklenir. Ancak bu söylenildiği kadar kolay olmamakla beraber, hastalar duruma uyum sağlamaya çalışırken farklı sorunlarla da karşı karşıya kalabilmekte ve uyum sorunu yaşayabilmektedirler. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda kültürel yapı ve bireyin hastalığa ilişkin tutum, inanç, davranış şekli ve bilgi düzeyi de bireylerin tedaviye uyumlarını değiştirdiğini göstermektedir (94, 95).

Diğer hastaların örnek ifadelerine bakıldığında genellikle düzenli beslenme ile ilgili bir alışkanlık olmaması ve öğün atlama nedeniyle tedavinin sürdürülemediği görülmüştür. Aşağıda buna örnek olabilecek ifadeler yer verilmiştir.

K5- “Ama işte biz biraz onun uygulamasında sorun yaşıyoruz. Kendi yemek adetlerimiz, kişisel alışkanlıklarımız değiştiği için. Mesela ben günde 2 veya en fazla 3 öğün yemek yiyordum şimdi 2 saat 3 saatte bir yiyorum ama bazen unutuyorum.”

K7- “Ama ısrarla siz alışkanlık olmayınca yemeyince yemiyorsunuz.”

K14- “Eskiden 2 öğün yesem bile tok hissediyordum kendimi. Çünkü evimizde de eşimin de yeme düzeni öyle. Sabah bir kahvaltı yapıyorduk birlikte, akşamı buluyordu. “Ama değiştirmek için hiçbir şey yapmıyorum irade yok.”, “Ekmek de yiyorum ekmek vazgeçilmiyor ekmeği çok yiyorum. Hep beyaz ekmek alıyorum. Kepek ekmek aldım bir yedim bir ay kadar yedim ondan sonra yiyemedim. Kendim beğenmedim. Biz köylü olduğumuzdan köy ekmeği yediğimizden kepek ekmeği bana ters geldi beğenmedim.”

K16- “Vücut alıştığı için yani karnım acıkınca yediğim için ara öğüne pek dikkat etmedim. Çok yiyorum. Bu bir alışkanlık haline geldiği için bunu bir programa oturtamadım.”

K17- “Ama ne bileyim yemek yemeyi seviyorum. Şekerli şeylere bayılıyorum tatlı gibi şeylerin hastasıyım.”

Diyabetli bireylerin tedavilerini sürdürmede yaşadıkları uyum güçlüklerinin aşılabilmesi için her kontrole geldiklerinde eksik olan yönlerin tespit edilip, eğitimlerle destek verilmesi ve verilen diyabet eğitimlerinin bireye özel, yaşam şekline ve hastaların alışkanlıklarına uygun bir şekilde planlanmasının hasta uyumuna katkı sağlayacağı söylenebilir.

Tema 2: Mesleki Faktörler

Bu grup içerisinde 34 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda olumsuz mesleki faktörler teması belirlenmiştir.

Diyabetli bireylerin önerilen tedavileri düzenli uygulamaları ve bunun için gerek iş yaşantısında gerekse sosyal yaşantısında birtakım yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları beklenir. Ancak günlük yaşamda sürdürülen beslenme alışkanlıkları vardır ve her zaman bu alışkanlıkların değişmesi görüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada en çok etkilenen alanların meslek yaşamı ve sosyal çevre olduğu tespit edilmiştir (100).

Ayrıca, diyabetin iş performansını etkilediği bilinmektedir (101).

Bir çalışmada Uchigata ve arkadaşları medikal tedavi alan 240 diyabetlinin 1 hafta süresince öğünlerini ve aldıkları zamanı kaydetmişler ve çalışma sonucunda; her iki grupta da en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı (%8,6) olduğunu tespit

etmişlerdir (102). Bu çalışmada da bireylerin genellikle ara öğünleri iş yoğunluğu, zaman bulamama, işverenin çalışma saatlerini düzenlememesi nedeniyle atladıkları tespit edilmiştir.

Bunlara örnek olabilecek birkaç hasta ifadesi örneğine aşağıda yer verilmiştir.

K1- “Dükkana gidiyordum, çalışıyordum, kendime ayıracak vaktim yoktu iş nedeniyle.”

K8- “Ara öğünleri de normalde zorlanmam ama sadece olumsuz tarafını söylüyorum yüzde 15-20 kaçırma nedenim iş yoğunluğu... Yani zaten devamlı arada ihtiyaç hissettiğim oluyor ama hafta içi yapamıyorum iş yoğunluğu sebebiyle. Önümüzde evrak işlerimiz oluyor işin stresi var tabi, bir bakıyoruz öğle yemeği vakti gelmiş oluyor.”

K17- “Çünkü yanımda bulundurmam gerekiyor bulunduramıyorum. Çünkü işe gidiyorsun. İşte olduğum için alamıyorum. Temizliğe bir dalıyorsun öğlen olunca abur cubur bir şeyler atıştırıyorsun öylelikle kalıyor. Öğlen bile düzgün değil. Unutuyorsun bir anda her şeyi. İşimi bitireyim evimi gideyim çayımı kahvemi içeyim dinleneyim oturayım diyorsun.”

Mesleki konularla ilgili bir diğer problem ise genellikle iş yeri çevresinde çalışanların, sağlıksız besin seçimi ya da tüketimi ile karşı karşıya kalmalarıdır. (103). Buna örnek olabilecek hasta ifadeleri aşağıda belirtilmiştir.

K7- “İşteyken civardaki yemek yenilecek yerler çok temiz olmadığı için sorun oluyor. Bir tane temiz yer var, o da pideci. Orada da pide yiyeceksin sadece. Başka bir şey yok. E bir de dükkânı bırakayım kapatayım 1 saat, 3 km ilerde gidip bir şey yeme alışkanlığım da yok benim. Kapatıp gitmek zor geliyor. Aslında gitsen gidersin ne olacak 1 saatte. Orada biraz yiyeceğe ulaşamamak açısından sıkıntı oldu.”

K15- “Öğünlerde işimden dolayı dışarıda yemek zorunda kaldığım durumlar oluyor yani evden bir zeytinyağlı getirip de işyerimde onu açıp yiyebileceğim bir ortam yok.”

Genellikle iş nedeniyle vakit bulamama, yoğunluktan beslenmeye zaman ayıramama ya da iş yerinde diyabete uygun besinler sunulmamasından kaynaklı zorluklar olduğu görülmektedir. Bu durum diyabette TBT’ni olumsuz yönde etkilemiştir.

Ayrıca vardiyalı çalışma sisteminde çalışan kişilerin ve ailelerinin düzensiz yaşam tarzları ve yaşam ritimleriyle ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda, uyku-uyanıklık bozuklukları, gastrointestinal problemler ve kardiyovasküler

hastalıklar gibi kronik hastalıkların risk artışı gösteren çalışmalar bulunmaktadır (100, 101). Bir hasta vardiyalı çalışma nedeniyle beslenme ile ilgili yaşadığı sıkıntıyı “Vardiyalı çalışmak sıkıntı yaratıyor. Gece canımız bir şey yemek istemiyor. Bünyemiz allak bullak oldu bu yüzden. Bir hafta gece, bir hafta gündüz...” şeklinde ifade etmiştir.“

Bireylerin çalıştıkları iş yerlerinin/işverenlerinin diyabet yönetimi üzerinde destekleyici ya da engelleyici etkisi olmaktadır (104). Buna olumsuz örnek olabilecek bir hasta ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

K16- “Çalışırken ona uymak kesinlikle zor bir şey. Çünkü işyeri sahibi kesinlikle kaytarmamayı, iş programına uyulmasını ister. “

Tema 3: Sosyal Faktörler

Bu grup içerisinde 32 önemli ifade kaydedilmiş ve alınan ifadeler doğrultusunda olumsuz mesleki faktörler teması belirlenmiştir.

Diyabetli bireylerde de beslenme ya da hareketsiz bir yaşamın benimsenmesi gibi bazı alışkanlıklardan vazgeçilmemesi tedaviye uyumu belirli ölçüde güçleştirebilir. Bazen de alışkanlıklardan vazgeçme kişinin kendini toplumdan soyutlamasına da yol açabilir.

Diyabetli hastalar arkadaşlarının, aile bireylerinin ve hatta sağlık profesyonellerinin de içinde bulunduğu sosyal çevreleri tarafından, duygusal ve maddi yönden veya bilgilendirme şeklinde desteklenebilmektedir (105). Bireyin yakın çevresinin tutumu ve aralarındaki ilişkiler, maddi kaynaklar da diyabet tedavisini etkileyen çevresel etmenler arasındadır (91). Örneğin diyet müdahalesi gerektiğinde, tüm aile bireylerinden esneklik sağlanması ve işbirliği alınması gerekir. Bireyin sosyal ilişkileri ve alışkanlıkları, beslenme tarzında değişiklik yapma yeteneğini geliştirebilir veya engelleyebilir (101). Bireyler çevre algısına karşı çok duyarlı olabilmektedir. Birçok kişi diyabet bakımı ile sürecinde yanlış anlaşılmanın oluşması gibi nedenlerle toplumla ilişkisinde diyabet yönetimini sürdürmekte güçlük çekmektedir (107). Bireyin çevresindeki sosyal ve fiziksel destek ve engelleyicilerin belirlenmesinin çevresel uyumun sağlanmasını desteklediği ve bireyin diyabet öz yönetim sürecine destek olduğu belirtilmektedir (107).

Bunlara örnek olabilecek birkaç hasta ifadesi örneğine aşağıda yer verilmiştir.

K5- “Yanımda taşıyorum birde pek dışarıda yemem sadece askeriyede yerim. Başkalarının yanında da rahat yerim. Misafirlikte de mecburen bozuyorum. Mesela misafir var. Sen yemezsen karşı taraf rahatsız hisseder kendini. Yemediğin zaman

karsı taraf da yemez, ayıp olur. Yemeğin başında yemekten yiyeceksin. Bundan dolayı bazen fazla kaçıyor. “

K8- “Kesinlikle düşünüyorum ama tabi bazı içinde bulunduğumuz sosyal ortamlarımız gereği kaçırıyoruz ister istemez. Ortamda yerine göre izzet-i ikramlar oluyor bizde kapılıyor, ipin ucu kaçıp gidiyor. “

K11- “Ama dikkat etmiyorum zaten kalabalıkta daha çok yeniyor...”

K15- “Ama mesela şöyle bir şey de zorlanabilirim.... Mesela bir İtalya seyahati olacak önümüzdeki hafta. İtalya’da hamurdan başka hiçbir şey yok Yiyecek her şey hamur. E ne yesek? Hadi tamam enginarı falan meşhur gerçi mevsimine göre belki ama yine pizzanın üstünde her şey.”

K17- “Bir yere gittiğin zaman o ortamda atıştırman gerekiyor masaya konulan şeyleri. Çünkü o insanı da kırmak istemiyorsun o yüzden mecbur yiyorsun.”

Obez hastalar ile yapılan bir çalışmada, obezlerin sosyal çevredeki bireyler tarafından yapılan ikramlara hayır diyebilmelerinin tedavi devamlılığı için önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgu, sosyal çevrenin diyabette TBT’nin düzenlenmesinde bir sorun oluşturduğu önerisini dolaylı olarak güçlendirmektedir (108).

Alışkanlıkların değişmesi, kişinin yaşantısını farklı yönlerden etkileyebilir. Kişilerin kendi durumlarına uygun yaşam tarzı seçeneklerini ortaya koymalarının yararlı olabileceği, günlük yaşam içerisinde yürüttükleri aktivitelerini, aldıkları tedavi şekline göre düzenlemelerinin daha uygun olacağı önerilebilir. Bazen de alışkanlıklardan vazgeçme kişinin kendini toplumdan soyutlamasına da yol açabilir.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu araştırma sonucunda; “Tip 2 diyabetli bireylerin tıbbi beslenme tedavisine ilişkin yaşam deneyimleri nelerdir?” araştırma sorusunun cevabı olumlu ve olumsuz olarak 2 gruba ayrılan yaşam deneyimleri olarak karşımıza çıkmıştır. TBT ile yaşam olumlu grubunda farkındalık, mesleki ve sosyal faktörler olmak üzere üç tema, olumsuz grupta ise tedaviye uyum güçlüğü, mesleki ve sosyal faktörler olmak üzere üç tema belirlenmiştir ve “TBT’ye ilişkin bireysel farkındalık ve tedaviye uyum anahtar noktalar.”

“TBT ile yaşam, yaşam tarzı değişikliği gerektirir ve mesleki ve sosyal faktörler uyum sürecini hem olumlu hem olumsuz bağlamda etkiler” sonuçlarına ulaşılmıştır.

5.2. Öneriler

Tip 2 DM’lu hastalarla yapılan bu nitel araştırma sonucunda edinilen veriler doğrultusunda elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Sağlık profesyonellerin bireyi çok yönlü ve öznel olarak değerlendirerek, bakım, eğitim, yönetim gibi konularda hastaların yaşam deneyimlerini göz önünde bulundurmaları,
- Hastaların ilk tanı anında TBT almaları için bu konuda uzmanlaşmış diyetisyenlere yönlendirilmeleri; bu nedenle diyetisyen sayısının hastanelerde artırılması ve diyetisyenlikte branşlaşmanın sağlanması,
- Diyetisyenlerin TBT eğitimi verirken hastaların yaşam deneyimlerini göz önünde bulundurarak onları daha ayrıntılı tanımaya çalışmaları ve bu şekilde hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkilemeyecek, tedavi hedeflerine uygun,

diyabetlinin yaşı, yaşam tarzı, kişisel becerileri, diğer hastalıkları ve sosyo-ekonomik durumuna uygun şekilde beslenme tedavisini düzenlemeleri,

- Farkındalığın sağlanabilmesi için tek bir eğitim vermek glisemik kontrolün sağlanmasında yetmeyeceğinden, bunu pekiştirmek için kontrol seanslarının yapılması gerektiği,
- Çalışma hayatı ile ilgili olarak vardiya ve öğün saatlerinin diyabetli bireylere uygun olarak düzenlenmesi, diyabete uygun menülerin olması için politikaların geliştirilmesi,
- Diyetisyenlerin hastaların yaşam deneyimlerini iyi bir iletişim ile daha derinlemesine almalarını sağlayabilmek için eğitimlerinde iletişim ile ilgili derslere yer verilmesi,
- Toplumun diyabetle ve diyabette beslenme ile ilgili bilinçlendirilmesi,
- Bu araştırmadan elde edilen verilerin daha kapsamlı nicel çalışmaların yapılabilmesi için gerekli olan anket formu ve ölçek oluşturma çalışmalarında kullanılması,
- Araştırma sonuçlarının sağlık profesyonellerinin eğitimlerine ışık tutması ve uygulamada daha olumlu sonuçlar elde edebilmek için TBT ve diyabet ile ilgili yaşam deneyimlerini belirleyecek daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association (ADA) (Erişim tarihi: 2018); Diabetes Mellitus; <http://www.diabetes.org>
2. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25(9):1551-1556
3. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK. Health and Illness Perspectives. Seventh Edition. Mosby. Philadelphia. Medical Surgical Nursing 2003.
4. Yeşilbalkan UÖ. Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;20(2):11-29.
5. Esen A. Diyabetin Tanımı, Sınıflandırılması ve Risk Faktörleri. Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadıloğlu Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; 2004;21-34.
6. Esen A. Diabetes Mellitus'ta Eğitimin Önemi. 2I. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı; İzmir; 2005;16-19.
7. International Diabetes Federation (IDF 2017). (Erişim Tarihi: 2018). Diabetes Atlas 8th ed.. <http://www.diabetesatlas.org/>
8. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. TURDEP-2 Study Group 2013;28(2):169-180.
9. Türk Diyabet Cemiyeti (Erişim tarihi: 2017); "Diyabet İstatistikleri"; <http://www.diabetcemiyeti.org/c/diyabet-istatistikleri>
10. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (Erişim tarihi: 2018); Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu-2017; http://www.temd.org.tr/files/DIYABET2017_web.pdf

11. Dinççağ N. Diabetes Mellitus’lu Hastanın Eğitimi. Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, 2001;997-1002.
12. Akyol DA. Diyabet Eğitimi. Diyabet Hemşireliği; Editör: Fadiloğlu Ç.; Meta Basım Matbaacılık; İzmir; 2004;201-228.
13. Ever BA, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ, Neumiller JJ et. Al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. Diabetes Care 2013; 36: 1-22.
14. American Diabetes Association (ADA), Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, 2014
15. Morris S, Wylie-Rosett J. Medical nutrition therapy: a key to diabetes management and prevention. Clinical Diabetes 2010 jan; 28(1): 12-18.
16. İliçin G., Biberoğlu K., Süleymanlar G., Ünal S. Temel İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi Ankara 2003;Cilt 2:2279-2330
17. Baysal, A. ve ark., Diyet El Kitabı, Yenilenmiş 6. Baskı Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2011
18. Beech I. Bracketing in phenomenological research, Nurse Researcher; 6, 3; Health & Medical Complete, 2011, p: 35.
19. Drury J. Impeded Nursing Care: Nurses’ Lived Experiences”, Degree of Master of Science (Nursing) Thesis, Curtin University of Technology, USA. 2001, p: 12-28.
20. Koch T. “An interpretive research process: Revisiting phenomenological and hermeneutical approaches”, Nurse Researcher; 6, 3; Health & Medical Complete, 1999, p: 20.
21. Ronald, K., Joslin’s Diabetes Mellitus, çeviri editörü, Yumuk, V., İstanbul, 2008.
22. Yenigün M. Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi (2. Baskı); 2001; 51-61, 63-67, 69-81, 215-217, 237-243
23. Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., Harrison’s Principles of Internal Medicine 15 th Edition.s: 2109- 2143. International Edition.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, Ankara, 2011;816.

25. Pınar R. Diabetes Mellitus'lu hastalarda öz-bakım gücü, öz-bakım gücü ile sosyo demografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişki. Türk Diyabet Yıllığı 1995-1996;11:248-257.
26. Besen BD. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetli Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Doktora Tezi. Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD, 2009.
27. Pınar R. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD, 1995.
28. Güven, N. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
29. Ripsin CM, Kang H, Urban RJ, Management of blood glucose in type 2 Diabetes Mellitus, American Family Physician, 2009, 79: 29-36.
30. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC, Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women, The New England Journal of Medicine, 2001, 345: 790-797.
31. Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB, Type 2 diabetes mellitus: A review of current trends, Oman Medical Journal, 2012, 4: 269-273.
32. Rother KI, Diabetes treatment-bridging the divided, The New England Journal of Medicine 2007, 356: 1499-1501.
33. Willi C, Bodanmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J, Active smoking and the risk of type 2 diabetes, JAMA, 2007, 298: 2654-2664.
34. Yoon KH, Lee JH, Kim JW, Cho JH, Choi YH, Ko SH, Zimmet P, Son HY, Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia, Lancet, 2006, 368: 1681-1688.
35. Samuels TA, Cohen D, Brancati FL, Kao WHL. Delayed Diagnosis of Incident Type 2 Diabetes Mellitus in the ARIC Study, Am J Manag Care, 2006;12:717-724.
36. Ahmad, NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Treated At Primaryhealth Clinics In Malaysia. Patient Preference and Adherence, 2013;7:525-530.
37. Blumer I, Hadar E, Hadden DR, Jovanović L, Mestman JH, Murad MH et al. Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(11):4227-4249.

38. Sivrikaya KS. Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, 2006.
39. Olgun N, Eti AF. Endokrin Hastalıkları. Karadakovan A, Eti AF (editör). Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi, Adana, 2010;865-901.
40. Durmaz AA. Diyabette Hemşirelik Bakımı. Kronik Hastalıklarda Bakım, İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 2002:103-112.
41. Topçu BK. Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, 2015.
42. Olgun N., Tip 2 diyabet ve bakım. İçinden Durna, Z (editör). Kronik Hastalıklar Ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002, 27-38.
43. World Health Organization (WHO) (2018) Diabetes Mellitus (Erişim Tarihi: 2018)
44. Özcan Ş. Kronik Komplikasyonlar. Erdoğan, S (editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002: 141-154.
45. Fadıloğlu Ç. Diyabetin komplikasyonları ve hemşirelik yaklaşımları. Yılmaz, C. (editör) Diyabet Hemşiresi El Kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık. 2002: 124-158.
46. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) (2014) Diabetes, Heart Disease and Stroke, <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/stroke/> (Erişim Tarihi: 2017).
47. Yüksel A. Diyabette ayak bakımı. Erdoğan, S (editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002: 127-140.
48. Kartal A. Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006;163.
49. Çorakçı A. Diabetes Mellitus 2009 Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem, Oral antidiyabetik ajanlar, 3. baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, 2009, 13-30.
50. Koski RR. Practical review of oral antihyperglycemic agents for type 2 diabetes mellitus. Diabetes Educ, 2006, (32), 869-76.

51. Tokem Y. “Diyabet Yönetiminde Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımları”, Diyabet Hemşireliği, Editör: Fadiloğlu, Ç., Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2004, s: 39-54.
52. Alphan, E. “Diabetes Mellitus’ta Beslenme Tedavisi”; Her Yönü ile Diabetes Mellitus; Editör: Yenigün, M.; 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, 2001, s: 895-920.
53. Broome, A. K. & Llewelyn, S. Diabetes Mellitus. In Shillitoe, R. W. (Edt), Health Psychology Process and Applications 1995, (187-204). London, Chapman & Hall.
54. Tümer, G.,& Çolak, R. Tip 2 Diabetes Mellitus’ta Tıbbi Beslenme Tedavisi. Journal of Experimental and Clinical Medicine,2012, 29, 12-15.
55. Arslan M. Diabetes Mellitus’ta egzersiz tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C, editör. Diabetes mellitus. 3. baskı, İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 2009, 125-31.
56. Physical Activity Guidelines for Americans (2008), U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default>
57. Berger M, Berchtold P, Cuipers HJ, Drost H, Kley HK, Müller WA ve diğerleri. Metabolic and hormonal effects of muscular exercise in juvenile type diabetics. Diabetologia, 1997, 13, 355–365.
58. Dinççağ, N. Diabetes Mellitus Tedavisinde Güncel Durum. İç Hastalıkları Dergisi, 2011, 18, 181-223.
59. Lau, D. C, M., (2010). Diabetes and Weight Management. Primary Diabetes Care, 4, 24-30.
60. Olgun, N. “Diyabetik Hasta Eğitimi”, Ed: M T Yılmaz, M Bahçeci, M A Büyükbeşe, “Diabetes Mellitus’un Modern Tedavisi”, 2003, Özlem Grafik Matbaacılık İstanbul.
61. Trento M, Basile M, Borgo E, et al. A randomised controlled clinical trial of nurse-, dietitian- and pedagogist-led Group Care for the management of Type 2 diabetes. J Endocrinol Invest. Nov 2008;31(11):1038-1042.
62. American Diabetes Association. Standarts of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 2011, 34, 11-61.
63. Coppel KJ, Kataoka M, Williams SM, Chisholm AW, Vorders SM, Mann JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are

- hyperglycaemic despite optimised drug treatment - Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341.
64. DAFNE Study Group. Training in flexible, intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2002, 325:74 -74.
65. Gaetke LM, Stuart MA, Trusczyńska H. A single nutrition counseling session with a registered dietitian improves short-term clinical outcomes for rural Kentucky patients with chronic diseases. *Journal of American Dietetic Association*, 2006, 106, 109–112.
66. Lemon CC, Lacey K, Lohse B, Hubacher DO, Klawitter B, Patla FM. Outcomes Monitoring of Health, Behavior, and Quality of Life after Nutrition Intervention in Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of American Dietetic Association*, 2004, 104, 1805-1815.
67. Wylie-Rosett J, Herman WH, Goldberg RB. Lifestyle intervention to prevent diabetes: intensive and cost effective. *Curr Opin Lipidol*. Feb 2006;17(1):37-44.
68. Uzuner, Y. Niteliksel Araştırma Yaklaşımı; Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. İçinde: Bir, A. A editör. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1081, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No: 601, Ankara; s:175-190.
69. Hwang; E., J.; Kim, Y., H.; Jun, S., S. Lived Experience of korean Women Suffering From Rheumatoid Arthritis: A Phenomenological Approach. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41; s:239-246.
70. Aydın, A.; Conk, Z. “Çocuğu Kanser Olan Annelerin Aile Yükünün Belirlenmesi”; Doktora Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2003.
71. Glaser, B. & Strauss, A.L. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine;1967.
72. Emiroğlu NO. Niteliksel Araştırma Tasarımları; Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri; Editör: Erefe, İ.; HEMAR-GE Yayınları; Yayın No:1; İstanbul; 2002; s: 103-111.

73. Mert H. “ICD’li Hastaların Yaşam Deneyimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”. Danışman: Argon, G. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.
74. Sounders, C. “Application of Colaizzi’s Method: Interpretation of an Auditable Decision Trail”, Journal of Contemporary Nursing, 2003, Vol: 14, Issue:3, p:294.
75. Evans JM, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, Morris AD, Socio-economic status, obesity and prevalence of type 1 and type 2 diabetes mellitus, Diabetic Medicine, 2000, 17(6): 478-480.
76. Yeniad, B. ve Ovalı T. (2002). Proliferatif Diyabetik Retinopati. [Asistan Seminerleri]. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul. (Erişim Tarihi: 2018).
[Http://www.istanbul.edu.tr/itf/goz/Proliferatif_Diyabetik_Retinopati.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/itf/goz/Proliferatif_Diyabetik_Retinopati.pdf)
77. Yılmaz T. (2011). Diyabet: Milenyum Hastalığı. (Erişim Tarihi: 2018).
<http://www.diyabetidurduralim.org/sayfa.aspx?m=2>).
78. Akkuş, S. “Tip1 ve Tip 2 Diyabetli Hastalarda Öz Etkililik ile Metabolik Sonuçlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Danışman Esen, A., Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.
79. Luepker RV. WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here, Public Health Reviews, 2012, 33(2): 373-396.
80. T.C. Sağlık bakanlığı (2014), Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010, Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu, Ankara. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf, (Erişim tarihi: 2018)
81. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP, The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States, JAMA, 2001, 286: 1195-1200.
82. Magnani L, Obesity and diabetes mellitus, Minerva Gastroenterologica Dietologica, 2001, 47 (4): 223-228.
83. Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, Clark NG, Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: Rationale and strategies, Diabetes Care, 2004, 27 (8): 2067-2071.

84. Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2012, 37-49.
85. Jerant AF., Von Friederichs-Fitzwater MM., Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. Patient Educ Couns, 2005, 57(3), 300-7.
86. Cox R, Carpenter J, Bruce F, Poole K, Gaylord C. Characteristics of low-income African-American and Caucasian adults that are important in self-management of type 2 diabetes. Journal of Community Health. 2004; 29(2): 155-170.
87. Aljoudi AS, Taha A. Knowledge of diabetes risk factors and preventive measures among attendees of a primary care center in Eastern Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine. 2009; 29(1): 15-19.
88. Perez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-Lopez S, Bermudez-Millan A, Segura-Perez S, Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: A systematic literature review, Journal of Nutrition Education and Behavior, 2008, 40 (4): 208-223.
89. Tavakolizadeh J, Moghadas M, Ashraf H. Effect of Self-regulation Training on Management of Type 2 Diabetes. Iran Red Crescent Med J, 2014; e13506.
90. Bilir, N., Yıldız, N. A. İş Sağlığı ve Güvenliği. Güler, Ç., Akın, İ. (Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, 602-631
91. Riekert KA, Ockene JK, Pbert L. The handbook of health behavior change: Springer Publishing Company; 2013
92. Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. Social Science & Medicine. 2014;102:58-68.
93. Çakır F, İlnem C, Yener F. Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010, 23(1):50-9.
94. Nam, S., Chesla, C., Stotts, N.A., Kroon, L., Janson, S.L. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. Diabetes Res Clin Pract, 2011 93(1):1-9.

95. Arıkan, Z., Kuruoğlu, A.Ç., Levent, E., Köktürk, O., Beler, N., Oral, N., Ekim N.N., Köktürk, O., Levent E. Tüberküloz Olgularında Hastalığın Algılanması ve Kişilik Özellikleri. *Kriz Dergisi*; 2000, 8(2): 39-45.
96. Franciosi M., Pellegrini F., Berardis G.D. Belfiglio M, Di Nardo B., Greenfield S., Kaplan H.S., Sacco M., Tognoni G., Valentini M., Nicolucci A. Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2004, 66: 277-86.
97. Bonnet, C., Gagnayre, R., d'Ivernois, J.F. Difficulties of diabetic patients in learning about their illness. *Patient Education And Counseling*; 2001, 42: 159-64.
98. Yarahmadi A, Zare-Farashbandi F, Kachuei A, Nouri R, Hassanzadeh A. The effects of non-attendance information therapy on the control of glycosylated hemoglobin in type 2 diabetic patients. *J Educ Health Promot*. 2014; 3: 90.
99. Usta Atmaca, H., Akbaş, F., Şak, T., Şak Uysal, D., Acar, Ş., Niyazoğlu, M. Diyabetik Hastalarda Hastalık Bilinç Düzeyi ve Farkındalık. *İstanbul Med J* 2015; 16:101-4
100. Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *J Clin Nurs* 2007;16:6–16.
101. Lee S, Chiu A, Tsang A, Chow CC, Chan WB. Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among Chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. *Diabetes Res Clin Pract* 2006;74:282–8.
102. Uchigata Y, Iwamoto Y, Survey of dietary habits in obese patients with type 2 diabetes treated with either OHA or insulin injections in Japan, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2007, 77: 371-376.
103. French, A. S., Harnack, L. J., Toomey, L. T., Hannan, P. J. Association between body weight, physical activity and food choices among metropolitan transit workers. *IJBNPA*, 2007, 4:52.
104. Rodriguez KM. Intrinsic and extrinsic factors affecting patient engagement in diabetes self-management: perspectives of a certified diabetes educator. *Clinical therapeutics*. 2013;35(2):170-8.
105. Ahola A, Groop PH. Barriers to self-management of diabetes. *Diabetic Medicine*. 2013;30(4):413-20

106. Pyatak E. Participation in occupation and diabetes self-management in emerging adulthood. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(4):462-9.
107. Fritz H. The influence of daily routines on engaging in diabetes selfmanagement. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2014;21(3):232-40.
108. Bulut-Çakmak, B., & Dönmez, A. Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2014, 3, 142-149.
109. Mulcahy K, Maryniuk M, Peebles M, Peyrot M, Tomky D, Weaver T ve diğerleri. Diabetes self-management education core outcomes measures. *DiabetesEducation*, 2003, 29, 768–784.
110. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Selfmanagement education programs in chronic disease: a systematic review andmethodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164,1641–1649
111. Drury, J., “Impeded Nursing Care: Nurses’ Lived Experiences”, Degreeof Master of Science (Nursing) Thesis, Curtin University of Technology, USA.2001. p: 12-28
112. Polit D, Beck CT, Hungler B. *Essentials of Nursing Research - Metods, Appraisal and Utilization*, Fifth ed. Lippincott com. 2001; 205-230.

EKLER

EK-1

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Serpil ŞAHBAZ POLAT tarafından yürütülen “TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

HASTA TANITIM FORMU

Sayın katılımcı; bu araştırma İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak ve ayaktan takip edilen diyabetlilerin tıbbi beslenme tedavisini kabullenme ve uyum süreçlerini değerlendirme amaçlı yapılacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Ad-Soyad:

Hasta No:

Telefon:

1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

a. Yaş:

b. Cinsiyet:() Kadın () Erkek

c. Medeni Durumu:() Evli () Bekar

d. Eğitim Durumu:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar/İlköğretim () Lise () Üniversite

e. Yaşanılan Yer:() Büyükşehir () Şehir () İlçe () Köy

f. Meslek:

() Ev Hanımı () Memur () İşçi () Serbest Meslek () Emekli () Diğer

g. Sosyal Güvence:() Var () Yok

h. Gelir Durumu:

() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

2. Diyabete İlişkin Tanılama:

a. Diyabet tanılama süresi?.....

b. Tedavi şekli?.....

c. Başka kronik hastalık var mı? () Var.....() Yok

d. Komplikasyonların varlığı: () Var () Yok

i. Akut Komplikasyon Öyküsü:() Var () Yok

Kaç Kez:

() Hipoglisemi () Hiperglisemi () DKA () HHNK

ii. Kronik Komplikasyon Öyküsü:() Var () Yok

() Retinopati () Nefropati () Nöropati () Diyabetik Ayak/Amputasyon

3. Diyet eğitime ilişkin tanılama:

a. Diyet eğitimi nereden aldınız?

() Hastane () Dernek () Diğer

b. Diyet eğitimi kimden aldınız?

() Hekim () Diyetisyen () Diyabet Hemşiresi () Diğer

c. Eğitimin süresi:

d. Kaç kez eğitim aldınız ? :

4. Metabolik Durum Değerlendirmesi:

a. Glisemi Düzeyleri:

Açlık:mg/dL Tokluk: mg/dL HbA1c: %

b. Lipid Düzeyleri:

Total kolesterol:..... mg/dL LDL: mg/dL HDL: mg/dL

Trigliserid:.....mg/dL

c. **Kan Basıncı** :/.....mm/Hg

d. **Beden Kütle İndeksi (BKI):**

.....kg/m²

Boy :cm Ağırlık :

.....kg

e. **Vücut Yağ oranı:** %.....

EK-2

YARI YAPILANDIRILMIŞ BİREYSEL GÖRÜŞME SORULARI FORMU

- ✓ Diyabette düzenli beslenmenin gerekli olduğu konusunda düşünceleriniz nelerdir? (Diyabette düzenli beslenmenin önemi nedir?)
- ✓ Düzenli beslenme zorunluluğu günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor? (ev işleri, okul hayatı, iş yaşamı, sosyal ortam vb.)
- ✓ Düzenli beslenmenizin yaşamınıza kattığı zorluklar/faydalı durumlar nelerdir? (ekonomik, hazırlama, zaman, sağlıklı vücut ağırlığı, hedef kan şekeri düzeyleri vb.)

EK- 3

**EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA
ve YAYIN ETİĞİ KURULU İZİN BELGESİ**



**EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU**

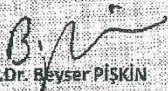
**KARAR BELGESİ
(Araştırma Dosyası)**

ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI / KURUMU	Serpil ŞAHBAZ POLAT / Sağlık Bilimleri Enstitüsü
DANIŞMANIN ADI SOYADI / KURUMU	Doç.Dr. Esra OKSEL / Hemşirelik Fakültesi
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☐ Lisans Bitirme Tezi ☒ Yüksek Lisans Tezi ☐ Doktora Tezi ☐ Özgün Araştırma ☐ Diğer (belirtiniz)
ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI	Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisine İlişkin Deneyimlerinin İncelenmesi
BİLİRKİŞİ GÖRÜŞÜ	YOK
KARARIN ALINDIĞI TOPLANTI TARİHİ	23.06.2017
TOPLANTI / KARAR SAYISI	05 / 18
PROTOKOL NO:	215-2017
KARAR	Araştırma, OYBİRLİĞİ ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

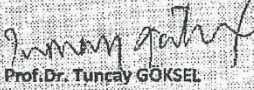

Prof.Dr. Makbule AŞIKOĞLU
Kurul Başkanı

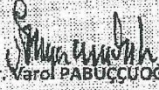

Prof.Dr. Esra ÇEBER TURFAN
Kurul Başkan Yrd.

(Toplantıya katılamadı)
Prof.Dr. Fisun SENUZUN AYKAR
Kurul Üyesi


Prof.Dr. Beyser PIŞKIN
Kurul Üyesi


Prof.Dr. Esra BALOĞLU
Kurul Üyesi


Prof.Dr. Tuncay GÖKSEL
Kurul Üyesi


Prof.Dr. Varol PABUÇCUOĞLU
Kurul Üyesi

EK-4

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN BELGESİ**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
11/02/2017 16:02 - 68878892 - 806.02.02 - E.16301
00020943928

Sayı : 68878892-806.02.02
Konu : Serpil ŞAHBAZ POLAT'ın Araştırma
Başvurusu

Sayın SERPİL ŞAHBAZ POLAT

İlgi : SERPİL ŞAHBAZ POLAT'ın 09/08/2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayı ve tarihli dilekçenizde belirtilen "Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisine İlişkin Deneyimlerinin İncelenmesi" konulu araştırma başvurunuz incelenmiştir. Onaylı Araştırma İzin Belgeleri ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim

e-imzalıdır.
Prof.Dr. Gökhan AKBULUT
Hastane Yöneticisi

EKLER:
Serpil ŞAHBAZ POLAT'ın Araştırma Başvuru Formu

GÜNEY MAHALLESİ 1140/1 SOKAK NO : 1 YENİŞEHİR - KONAK - İZMİR

Faks No:

e-Posta:emine.gultekin2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://tepecikeah.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden deaca76b-3e37-4979-824a-65e45cf5a9dd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emine GÜLTEKİN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:4696969/1056

İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: SERPİL ŞAHBAZ POLAT

Cep Tel: 0 505 958 58 90

Tarih: 20.07.2017

İmza:

Araştırmanın;

Adı/ Konusu:	TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ
Amacı:	Bu çalışmanın amacı erişkin tip 2 diyabetli bireylerin tanı sonrası tıbbi beslenme tedavisi ile ilgili yaşadıkları deneyimlerini, hissettikleri duygularını, yönetim problemlerini, yardıma gereksinim duydukları konuları ve deneyimledikleri bireysel güçlükleri geniş bir yelpazede ayrıntılı olarak belirlemektir.
Yöntemi:	Araştırma niteliksel-fenomenolojik bir araştırmadır. Niteliksel araştırma tasarımı, derinlemesine ve çok yönlü bir veri elde edilmesine olanak sağladığı için tercih edilmiştir. Nitel araştırmalar bireylerin yaşam öykülerine, davranışlarına, ilişkilerine, sosyal hareketler ve olaylara ait bilgilerin video, bant kaydı, metinler, kelimeler ya da semboller yardımı ile kaydedilerek toplanması yolu ile yapılan bir araştırma türü olarak tanımlanmaktadır. Fenomenolojik yaklaşım, olayları, bize görüldüğü şekliyle, temel özelliklerinde gözleme ve betimlemeyi amaçlayan sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, insan davranışlarında, özel koşullardan bağımsız olarak genel olanı ortaya koymak ve global terimlerle betimlemek ister. Araştırma verileri birebir derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Görüşme sırasında bireyden izin alınarak görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilecektir. Bu görüşmeler katılımcıların kendilerinin rahatça ifade edebilmelerine olanak sağlayacak sessiz bir ortamda yapılacaktır. Görüşme sırasında kayıt cihazı kullanılacak olup görüşme sonrası araştırmacı kayıtlanan görüşmeleri yazıya dökerek ve gerek olduğunda sağlama için görüşülen bireye geri dönülecektir. Araştırmada veriler literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan iki adet soru formu kullanılarak toplanacaktır. • Hasta tanıtım formu (EK-1) • Yarı yapılandırılmış görüşme soruları formu (EK-2) 1.Hasta Tanıtım Formu (EK-1) Hasta tanıtım formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür ışığında geliştirilmiş olup 4 bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb) ilişkin 8 soru, diyabet

	hastalık öyküsüne yönelik (diyabet tanı süresi, tedavisi, başka kronik hastalık varlığı) 4 soru, diyet eğitime yönelik (eğitimi nereden aldığı, kimden aldığı, eğitimin süresi ve kaç kez aldığı) 4 soru ve diyabet yönetiminde metabolik durum değerlendirme kriterleri (glisemi düzeyi, lipid düzeyleri, kan basıncı, BKİ, vücut yağ oranı) değerlendirmesi için 5 soru olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır. 2.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları Formu (EK-2) Tip 2 diyabet hastalarının tıbbi beslenme tedavisi deneyimlerini öznel olarak, özgürce ifade edebilmeleri ve deneyimlerinin derinlemesine araştırılıp saptanabilmesi için yarı yapılandırılmış sorular sorulması planlanmaktadır. Soruların açık uçlu planlanması hastaların duygularını sınırlamadan ifade etmelerine olanak sağlaması açısından tercih edilmiştir. Yarı yapılandırılmış soru formunda toplam 3 soru yer almaktadır. Verilerin analiz kısmında araştırmaya katılan diyabetli bireylerin demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarının yorumlanmasında sayı ve yüzdelik hesabından yararlanılacaktır. Yapılan görüşmelerden elde edilen veriler, görüşme tamamlandıktan sonra 24 saat içinde araştırmayı yapan kişi tarafından yazılı dökümü çıkarılacak ve her bir görüşmeden edinilen izlenimlerin yazılı çözümü yapılacaktır. Analiz süresince tümevarımcı bir anlayış izlenerek üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması; görüşmenin çözümlendiği metnin alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması yapılacaktır. Araştırma verilerinin analizinde Colaizzi' nin (1978) prosedural adımları ile birleştirilen fenomenolojik bir metodoloji kullanılacaktır. Colaizzi'nin 9 adımı: 1) Araştırmacı tarafında ilgilenilen fenomenin tanımı 2) Fenomenin konusunun, tanımlarının derlenmesi 3) Fenomen konusunun tanımlarının hepsinin okunması 4) Önemli ifadelerin orijinal kopyalarına dönülmesi ve elde edilmesi 5) Her bir önemli ifadenin anlamının ayrıntılarıyla açıklanmaya çalışılması 6) Temaları gruplar içinde biçimlendirilmiş anlamlarını bir araya getirmek için düzenlenme yapma 7) Ayrıntılı bir tanımlama yapmak için yazma 8) Tanımların geçerliliği için araştırma katılımcılarına geri dönme 9) Geçerlilik işlemleri esnasında yeni veriler ortaya çıkarsa bunları ayrıntılı tanım içine dahil etme adımları izlenecektir.
--	---

	Araştırmanın Evreni/Örneklemi Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bornova Ek Binası, Diyet Polikliniği'ne tıbbi beslenme tedavisi almak için araştırma süresi içerisinde hekim tarafından yönlendirilen tip 2 diyabetli bireyler olacaktır. Literatürde niteliksel araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir. Glaser ve Strauss'un (1967) de ortaya attıkları bu kavram çerçevesinde, araştırma sorusunun yanıtını oluşturabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşama olan doyum noktası adınıma kadar veri toplamaya gereksinim duyulmaktadır. Bu araştırmanın örneklemi de bu nedenle nitel araştırmaların doğası gereği araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda veri toplama süreci içerisinde belirlenecektir. Araştırmaya; 18 yaş üzeri olan, 6 aydan fazla bir süredir tip 2 diyabet tanısı olan, bilişsel ve iletişim engeli olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onamı alınan bireyler alınacaktır.
Uygulanacağı Birimler:	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bornova Ek Binası, Diyet Polikliniği
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	
Başlama Tarihi ve Süresi:	1 Ağustos -15 Ekim 2017
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Esra OKSEL

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu

İmza

25.10.2017

Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kıbrıs Kanunları / 2017 Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hacer RASTGEL
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Not: Eğitim Araştırma Hastaneleri onayı için;

- 1-Ar-Ge Birim Sorumlusu
- 2-Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 3- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 4- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

Klinik / Birim Sorumlusu

İmza

25.10.2017

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Hamide UZUN
Uzman Diyetisyen
Dip. No : 00361051/03-SA-087

Devlet Hastaneleri ve ADASM onayı için;

- 1- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 2- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 3- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

ÖZGEÇMİŞ

SERPİL ŞAHBAZ POLAT 21.06.1985 yılında İZMİR’de doğdu. İlkokul ve ortaokuldan sonra lise öğrenimini Bornova Mustafa Kemal Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi’nde tamamladıktan sonra, 2003 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nü kazanarak 2007 yılında başarı ile mezun olmuştur. Mezun olduğu yıldan beri İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde klinik ve kurum diyetisyeni olarak farklı branşlarda çalışmış olup, 2014 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kronik Hastalıklar ABD’da Diyabet Destek Programı Yüksek Lisansı’na başlamıştır. Halen İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Ek Hizmet Binası’nda diyetisyen olarak görevine devam etmektedir.