

Diyabet Eğitimi

Prof. Dr. Selda ÇELİK

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Diyabet Hemşireliği Derneği**

Diyabetlilerden ve/veya Yakınlarından Neler Yapmalarını Bekliyoruz?

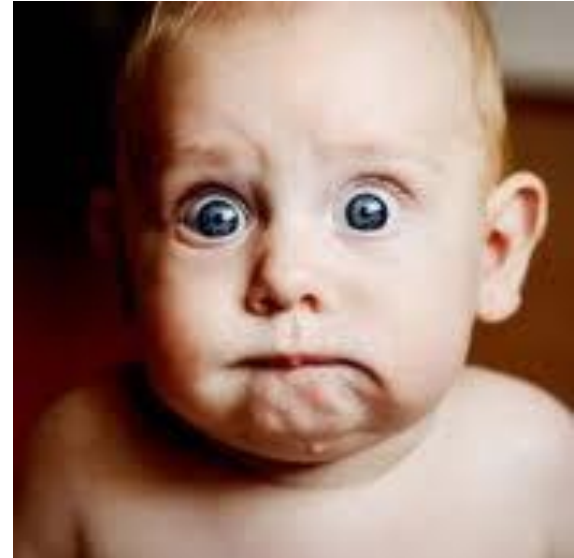
- Beslenmeme dikkat et, diyet yap
- Diyabet haplarını düzenli kullan
- İnsülinini düzenli ve doğru teknikle yap
(1kez -5kez)
- Kan şekerini (aç ve tok) ölç,
- Egzersiz yap

Diyabetlilerden ve/veya Yakınlarından Neler Yapmalarını Bekliyoruz?

- Ayaklarına bakım yap, koru
- Gözünü muayene ettir
- Böbreklerin için idrar testi yaptır
- Kan şekeri düştüğünde ya da yükseldiğinde ek hastalık durumunda yapacaklarını öğren
- Tansiyonunu kontrol et

Diyabetlilerden ve/veya Yakınlarından Neler Yapmalarını Bekliyoruz?

- Sigara – alkol kullanma
- Diğer hastalıklar.....
- ve bunlarla birlikte günlük yaşantısına devam et.....



Yaşam boyu uygulanması gereken diyabet tedavisi;

bireyin tedavisini kendisinin yönetmesini ve yaşam şekli değişikliği yapmasını gerektirmektedir.

Eğitim Őart!!!!!!



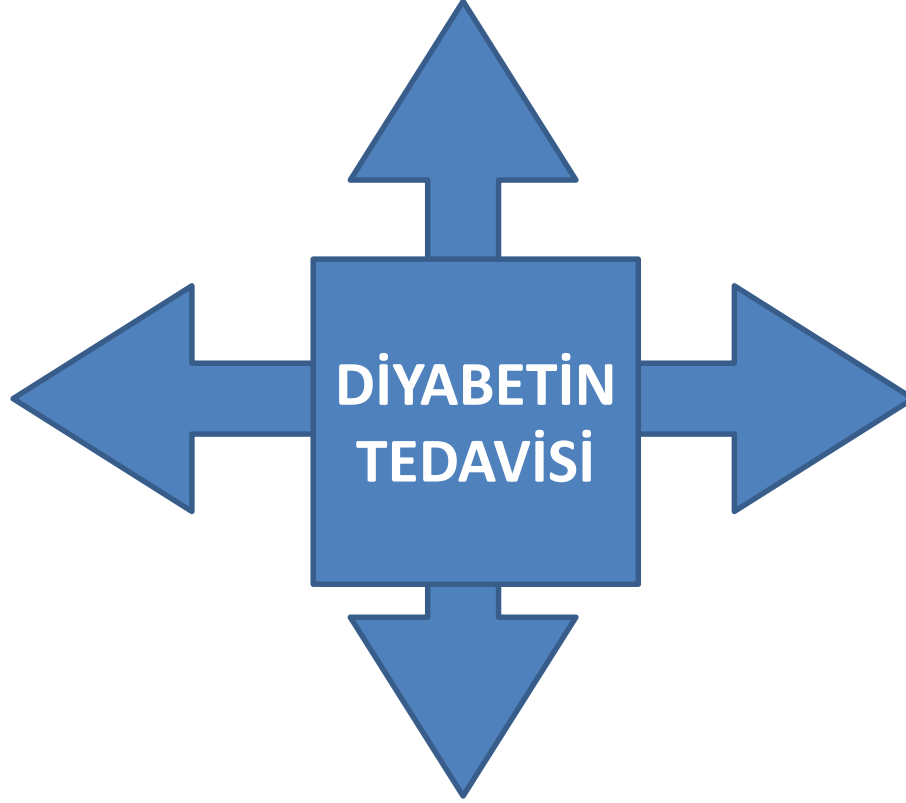
İLAC

**DİYABETİN
TEDAVİSİ**

EĞİTİM

**TBT
(DİYET)**

EGZERSİZ



“DİYABET EĞİTİMİ” DİYABET BAKIMININ KÖŞE TAŞIDIR

Modern diyabet tedavisi yaklaşımında
“*eğitim*” bir ayrıntı değil, tedavinin bileşenlerinden
biridir.

Joslin 1920



“Diyabetik hastanın eğitimi tedavinin bir parçası değil, aslında ta kendisidir.”

Joslin

http://www.yelken.com.tr

e-mail: sales@yelken.com

Tarih:...../...../.....

Novomix 30	kanım	7-11-201
Humalog	Lantus	16-7-201
Humalog Mix 25	kanım	6-9-206
Humulin R		27-12-206
NovoRapid	Lantus	1-2-207
Humulin M		26-10-207
NovoRapid	Levemir	1-7-208
Humulin M	HM-R+NPH	20-7-208
Humulin R - Humulin N		15-8-2008

Neurontin 300

Tarden (20)

Coversyl (5)

Spasmomen 40













Moduretic

Lyrica 1x1

*Mixland 30
S: 28, A: 18

glyfor
S: 1
A: 1

Jenreter / Sem. 2010

	Sesun		Öpe		Aksen		Geu.
	Aq	Tok	Aq	Tok	Aq	Tok	
Pozon							
Parabesi							
Sol. ger.							

01.10.23

08³⁰ 45 → 300

185

198
H 09⁰⁵

1010
1616

1907

719
(71) 22⁰⁸

8107
09

1201

05.10.23

08

04.10.23
2341

298
813

107
10⁵⁶

232
13⁰⁴
(230)

221
20⁰⁰
(251)

8

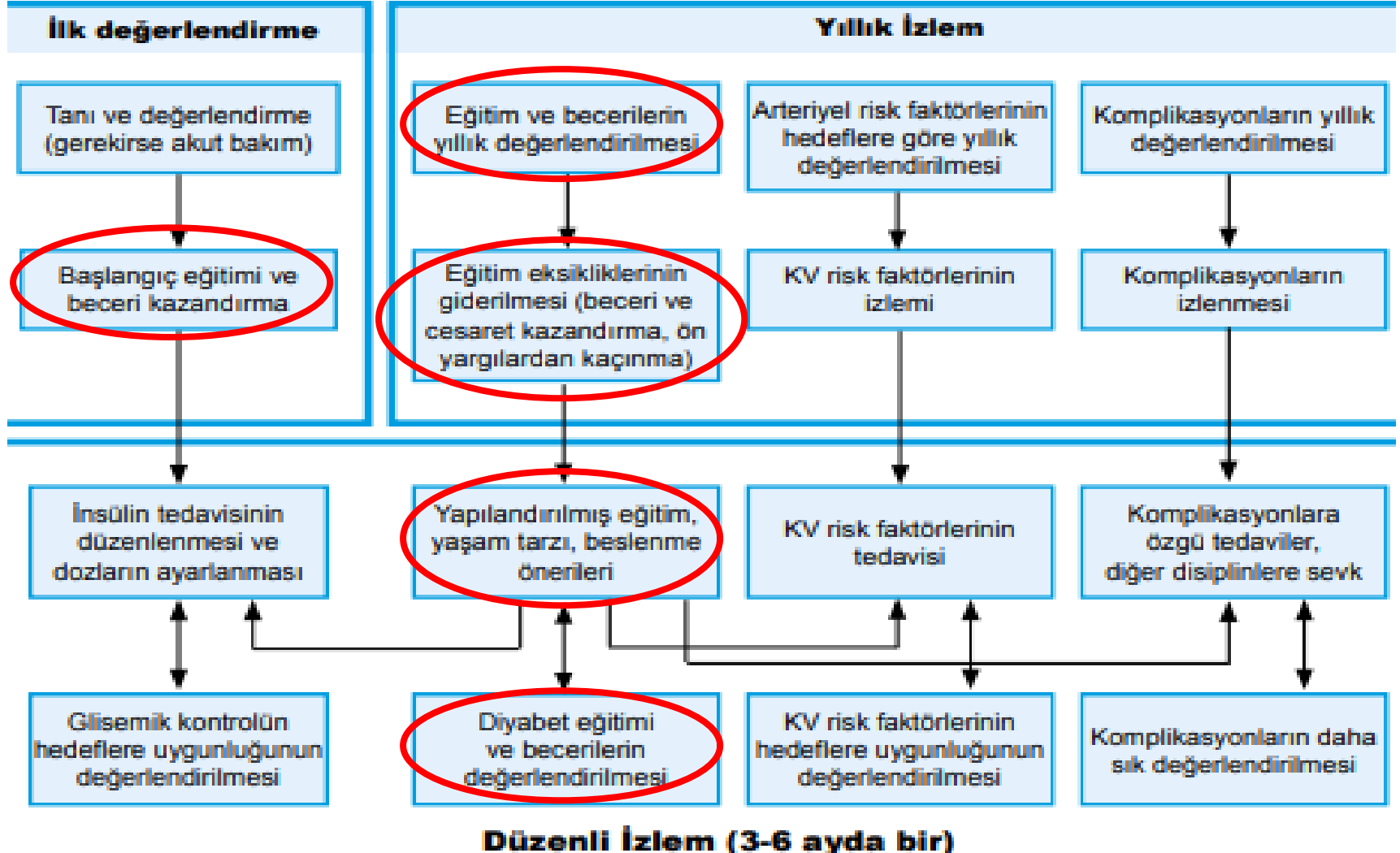
TEMD Önerileri

- Eğitim hem tip 1 hem de tip 2 diyabet tedavisinin bel kemiğini oluşturur.
- Diyabet tanısını takiben hastalar bir diyabet merkezine sevk edilmeli ve glisemi kontrolü sağlandıktan sonra hekim, hemşire ve beslenme uzmanının vereceği eğitim programlarına dahil edilmelidir.
- Eğitim düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Uzman hemşire veya diyetisyen gibi en azından bir sağlık personeli/eğitimcisi içeren *multi disipliner ekibin* önemi açık şekilde bildirilmiştir.

DCCT,1995

Tip 1 Diyabetli Erişkinlerde Diyabet Bakımı



Diyabet öz yönetim eğitimi ve desteği

- Sağlığı iyileştirecek davranışların oluşturulması ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi, **diyabet tedavisi hedeflerine** ulaşmanın ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmanın temelini oluşturmaktadır.
- **Bu hedeflere ulaşmak için gerekli olan şartlar:** diyabet öz yönetimi eğitimi ve desteği (DÖYE/D), tıbbi beslenme tedavisi (TBT), fiziksel aktivite, sigara bırakma danışmanlığı, sağlık davranışı danışmanlığı ve psikososyal bakımdır.

Diyabet öz yönetim eğitimi ve desteği

- **Diyabetli tüm bireyler**, diyabet öz bakımına yönelik bilgi, karar verme ve beceri alanlarında gelişim sağlamak için **diyabet öz yönetimi eğitimi ve desteği almalıdır. A**

Diyabet öz yönetim eğitimi ve desteği

- Medikal tedavi uygulamaları, tıbbi beslenme tedavisi ve iyilik halinin sağlanması bakımından beceri kazandırılması için **diyabet özyönetim eğitimi ve desteğine ihtiyaç**

4 kritik dönemde değerlendirilmelidir:

1. Tanı esnasında
2. Yılda bir kez ve/veya tedavi hedeflerine ulaşamadığında
3. Tıbbi, fiziksel ve psikososyal sorunlarla karşılaşıldığında
4. Yaşam ve bakım koşullarında değişiklikler meydana geldiğinde **(E)**

Diyabet öz yönetim eğitimi ve desteği

Hedefler:

Klinik sonuçları, sağlık durumu ve iyilik halini maliyet etkin biçimde iyileştirmek için,

Hastaların;

- Bilinçli karar verme
- Özbakım davranışlarını geliştirme
- Sorunları çözme
- Sağlık bakım ekibiyle aktif işbirliği sağlayabilme becerilerini geliştirmek ve desteklemektir.

Diyabet Öz Yönetim Eğitimi ve Desteği-Kanıtlanmış Faydalar

DÖYE ve desteği sağlandığı takdirde;

- Diyabet hakkında bilgi ve özbakım davranışlarında iyileşme
- Yaşam kalitesinde iyileşme
- HbA1c'de düşüş
- Daha düşük ağırlık bildirimini
- Tüm nedenlere bağlı mortalitede azalma
- Sağlık harcamalarında azalma olduğu gösterilmiştir.

Diyabet Eğitimi;

Diyabetli bireye özel, onun benimseyip uyabileceği Şekilde düzenlenmeli, güncel ve sürekli olmalıdır.



Nasıl ?

- Hasta merkezli / problem merkezlidir.
- Katılımcı eğitimidir.
- Çift yönlü iletişimdir.
- Beceri kazandırmayı amaçlar.
- Öğrenim sürecini ve etkilerini değerlendirir.
- Sürekli.

- Diyabetlinin gereksinimleri iyi değerlendirilmelidir.
 - Hastalığın durumu,
 - Kişisel özellikleri,
 - Yaş, cinsiyet, sosyal ve ekonomik durumu,algılanması,
 - İnançları, yaşam biçimi, yetenekleri, becerisi ve tutumu.
- Eğitime diyabetli yanında yakınları da katılmalıdır.

Eğitici

- Diyabeti en iyi biliyor

Diyabetli

- Kendi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi biliyor

Diyabet Yönetiminde İzleme ve Eğitim



Tip 1 Diyabetli Hasta-1

- Neyi ne zaman yiyeceğini,
- Egzersiz esnasında ve sonrasında ne yapacağını,
- Günde 4-8 defa SMBG yapmayı,
- Günde 2-5 kez insülin injeksiyonu yapmayı,
- Hipoglisemi belirtileri ve tedavisini,
- Gereğinde glukagon injeksiyonu yapmayı,
- Hipoglisemi veya hiperglisemi korkusuna bağlı anksiyete ile başetmeyi,

Tip 1 Diyabetli Hasta-2

- Mikrovasküler komplikasyonların gelişme riskinden kaynaklanan anksiyete ile mücadele etmeyi,
- Mikrovasküler komplikasyonlardan korunmayı,
- Ayak bakımını,
- Araya giren hastalıklar ve özel durumlarda diyabetini nasıl regüle edebileceğini, ne zaman sağlık ekibi ile iletişim kurması gerektiğini,
- Reprodüktif yaşlardaki kadın diyabetliler kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelikte glisemik kontrolün önemini bilmek zorundadır.

Tip 2 Diyabetli Hasta-1

- Kilo kaybı sağlamaya yönelik sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemini,
- Fiziksel aktivitesini nasıl artıracacağını,
- Tedaviye uygun sayıda ve zamanda SMBG uygulamayı,
- Kullandığı antidiyabetik ilaçların ne zaman alınacağını,
- Hastalığın doğal seyri gereği, süreç içinde insülin gereksiniminin olabileceğini,
- Eşlik eden diğer sorunlarının diyabetini etkileyebileceğini,
- Gereğinde insülin injeksiyonu yapmayı,
- Hipoglisemi belirtileri ve tedavisini,

Tip 2 Diyabetli Hasta-2

- Mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan korunmayı,
- Ayak bakımını,
- Araya giren hastalıklar ve özel durumlarda diyabetini nasıl regüle edebileceğini, ne zaman sağlık ekibi ile iletişim kurması gerektiğini,
- Reprodüktif yaşlardaki kadın diyabetliler kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelikte glisemik kontrolün önemini bilmek zorundadır.
- Tip 1 ve tip 2 diyabetli tüm hastalara diş ve diş eti hastalıkları hakkında bilgi verilmeli ve yılda bir diş hekimi kontrolü önerilmelidir.
- Ayrıca tüm diyabetli hastalara aşı uygulamaları ve zamanlaması konusunda bilgi verilmelidir

Diyabetli Bireyin Karşılaştığı Zorluklar

- Diyabetin uzun süreli kontrolü, yönetimi
- Tedavi seçeneklerine uyumsuzluk
- Günlük aktivitelerde kısıtlılık
- Diyabetli yaşama uyum zorluğu
- Sosyal çevreden soyutlanma
- Ailesel problemler
- İş hayatında karşılaşılan zorluklar
- Ekonomik yük

Hasta Eğitimi

- Eğitim akışı nasıl olmalıdır
 - Hasta eğitiminin amacı
 - Eğitimin ilkeleri
 - Eğitimin önemi
 - Hasta eğitimi için adımlar
 - Eğitim süreci
 - Hasta eğitiminde yöntemler
 - Öneriler

Hasta eğitiminin amacı

- Diyabet eğitimi ve sürekli diyabet desteği;
 - Hastaların karar alma, sorun çözme ve öz-bakım davranışlarını geliştirme
 - Sağlık durumunu optimal düzeye getirme
 - Klinik sonuçları iyileştirme, yaşam kalitesini arttırma
 - Bakım maliyetini düşürme

ETKİLİ BİR EĞİTİM HASTA İLE İŞBİRLİĞİ İÇİNDE YAPILMALIDIR.

Diyabet Eğitiminin İlkeleri

- ✓ Eğiticinin iyi bir dinleyici olması,
- ✓ Verilen eğitimin didaktik sunum yerine, güçlendirme modellerine ve probleme dayalı olması,
- ✓ Diyabet eğitimcilerinin diyabetli bireylerin gereksinimlerini belirlemesi,
- ✓ Hastalar ile işbirliğinin yapılması,
- ✓ Diyabetli bireylerin kararlara katılımının sağlanması,
- ✓ Diyabetli bireylerin deneyimlerinin, sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik özelliklerinin dikkate alınması,
- ✓ Hastalara değerlendirmeyi nasıl yapacağını öğretilmesi ve sürekli destek sağlanmasıdır (AADE, 2011).

Hasta Eğitimi için Adımlar

- Hasta eğitiminde davranış değişikliği sağlamak ve hastayı gulendirmek için beş adım bulunmaktadır.
 - Birinci Adım: Problemi Belirlemek
 - İkinci Adım: Duyguları Keşfetmek, tutumları Belirlemek
 - Üçüncü Adım: Hedef Koymak
 - Dördüncü Adım: Plan Yapılması
 - Beşinci Adım: Değerlendirme

- Olgun N, Ulupınar S. Hasta Gulendirme ve Diyabetli Bireyin Gulendirilmesi, http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf (Erişim tarihi 16.03.2017).
- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care 2009;32 Suppl 1:S87-94.

***Birinci Adım:* Problemi Belirlemek**

1. Hastanın bakış açısıyla problemin tespit edilmesi:
 - “Diyabetli olmak hakkında ne düşünüyorsunuz?”
 - “Diyabet bakımı ile ilgili olarak sizi zorlayan konular nelerdir?”
 - Bu konuyu biraz daha açabilir misiniz?
2. Hastanın duygularını ifade edebileceği rahat bir ortam oluşturmak için;
 - Hastanın konuşmasına izin verin,
 - Problemi tamamen anlamaya çalışın,
 - Sadece semptomları değil problemin gerçek nedenini de anlamaya çalışın.

***İkinci Adım:* Duyguları Keşfetmek-Tutumları Belirlemek**

1. Davranışlarımız genellikle duygu ve düşüncelerimizi belirler. Hastanın negatif ve pozitif duygularını tanımlamasına yardımcı olun:
 - “Bunun hakkında ne hissediyorsunuz?”
 - Bunun hakkında ne düşünüyorsunuz?”
2. Duygular çözülmesi gereken problemler değildir. Duyguların tanımlanması kişilerin davranışlarını nasıl etkileyeceklerini belirlemek için önemlidir.
3. Hasta kendi çözümünü üretmelidir, ve değişime hazır olmalıdır. Daha sonra gerekli değişimleri yapmak isteyecektir ve kendi çözümleri üzerinde çalışacaktır:
 - “Diyabetle ilgili problemlerimi çözebilirim!”

Üçüncü Adım: Hedef Koymak

1. Hastanın öyküsünden;
 - “Tarif ettiğiniz durum nasıl değişirse kendinizi daha iyi hissedeceksiniz?”
 - “Durumun daha iyi olması için harekete geçmeye hazır mısınız?”
2. Hedefler hasta için anlamlı olmalı. Hastalar, öz bakım yönetiminin, hastalığın komplikasyonlarıyla mücadele etmekten daha karlı olduğunu gördüğü zaman bir değişiklik yapmaya karar verirler
3. Hasta bakımında uzun vadeli hedefler koyarken; hasta için bir veya iki öncelikli alan belirlenir, daha sonra kısa vadeli hedefler ve davranış değişikliği için plan yapılır

Dördüncü Adım: Plan Yapılması-1

1. Planlar çok spesifik olmalı ve küçük adımlara bölünmelidir.
2. Hastaların uzun dönem hedeflerine ulaşmaları sağlanır.
3. Hasta kararını verir: Problemi çözme veya problemle devam etme BU ONUN KARARI !
4. Planlar çok spesifik olmalıdır:
 - Örneğin; hastanın hedefi - 5 kg vermek.
 - “Önümüzdeki hafta iş dönüşü 3 kez sahilde 1 km yürüyeceğim” gibi.

***Dördüncü Adım:* Plan Yapılması-2**

- Ne olmasını istiyorsunuz?
- Ne olursa/ne değişirse kendinizi daha iyi hissedersiniz?
- Bu durum ne kadar sürede düzelir?
- Sizin tercihiniz nedir?
- Sizin için engeller nedir?
- Size kim yardım edebilir?
- Bu seçiminizin faydaları ve maliyeti nedir?
- Eğer bu konuda bir şey yapmazsanız sonuç ne olabilir?
- **Hadi bir plan yapalım**

Dördüncü Adım: Plan Yapılması-3

- Bu problemi çözmek için bir şeyler yapmak istiyor musunuz?
- Ne yapabilirsiniz?
- Ne yapacaksınız?
- Bu planı başarmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
- Başardığınızı nasıl anlayacaksınız?
- Bugün, buradan ayrıldıktan sonra yapacağınız şey nedir?

Beşinci Adım: Değerlendirme

- Geri bildirim çok önemlidir. Etkili olan davranışların devam edilmesine, etkisiz olanların gözden geçirilmesine neden olur.
- Seçilen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir, başarılı olduğunda hasta daha fazla sorumluluk üstlenir.
 - Görüşme nasıl gitti? Bu görüşmede ne öğrendiniz? Ne oldu?
 - Bu görüşme sırasında bir sıkıntı yaşadınız mı? Ne oldu?
 - Gelecek görüşmede, bu görüşmeden farklı olarak neyin olmasını/olmamasını istersiniz?

Eğitim stratejileri, durumun özelliğine göre, basit bir telefon irtibatından, kapsamlı bir programa kadar geniş bir yelpazede olabilir.



Tek bir eğitim metodu ve materyali yoktur.



Hedef kitlenin eğitimi için broşurlerden, telefondan, afişlerden, slaytlardan, kitap veya dergilerden, internetten, görsel ve yazılı medyadan yararlanılabilir. Ancak bunların hiç birisi diyabet eğitimcilerinin birebir vermiş olduğu eğitimin yerini tutmamaktadır (Bayrak ve olak, 2011).

Hasta Eğitiminde Yöntemler

- Yüz yüze görüşme,
- Gözlem,
- Demonstrasyon,
- Anlatım,
- Soru-cevap vb. şekindedir.
 - Bireyin ilgilerini, geçmiş yaşantısını, geleceğe dair isteklerini, yaşam koşullarını, kendisiyle ve başkalarıyla ilişkilerini ifade etmesi ve farkına varması hedeflenmektedir.

Biz neler yapmalıyız?

DİNLEYİN

- Dinlemeye hazır olun
- Ortamı düzenleyin
- Düşünceye ya da anahtar noktalara odaklanın
- Farklılıkları hızla anlayın
- Öğrenme için materyalleri organize edin

Biz neler yapmalıyız?

- Dinlemeye istekli olun
- Yargınızı erteleyin
- Önyargınızı kabul edin, bunun farkında olun
- Anlamak için sorumluluğu kabul edin
- Diğerlerini konuşmaları için cesaretlendirin

Biz neler yapmalıyız?

- Konuşmacı ile göz teması kurun
- Etkin not alın
- Fiziksel olarak dinlemeye katılın
- Negatif davranıştan kaçının

EĞİTİME BAŐLARKEN;

Diyabet nedir?

Pankreas ve insülin nedir?

Glikoz, pankreas ve insülin arasında nasıl bir ilişki vardır?

İnsülin direnci nedir?

Diyabette Beslenme ve egzersizin önemi

OAD ve insülin ???
Neden insüline başlandı?

Kendi kendine kontrol ve diyabetin izlenmesi

Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları

Günlük bakımın sürdürülmesi ve diyabetik ayak bakımının önemi

Diyabet Eğitimi Yöntemleri

Bireysel Eğitim

- Tanının yeni konuğuğu, hastanın Çok, kızgınlık, depresyon duygularının yaŐandığı dđnemde faydalıdır.
- İletişim yoğundur.
- Ekonomik, sosyal, seksüel problemleri olan hastalar için ifade kolaylığı sağlar.



Bireysel Eğitim

- Hasta duygularını aktarma ve paylaşma imkanı bulur.
- Hastaya çok fazla bilgi yüklememek gerekir.
- Bireyin gereksinimleri doğrultusunda eğitim planlanır.



Grup Eğitimi

- Hasta deneyimlerini ve problemlerini paylaşma imkanı bulur
- Katılımcılığı artırır, grup dinamiği sağlar.
- Zaman ve maliyet yönünden ekonomiktir.
- Kadın erkek sayısı, yaş grupları tedavi biçimleri açısından homojen gruplar oluşturulmalıdır.
- Hasta uyumunu arttırmada ve başa çıkma becerilerini güçlendirmede etkili bir yöntemdir.



Grup Eğitimi

- Gruplar halinde verilir, ortak ilgi alanları olanlar bir araya gelir.
- En ideal katılımcı sayısı 6-10 kişilik gruptur. (Mensing, Norris, 2003).
- Yapılan çalışmalarda grup eğitiminde, 6-10 kişilik gruplar oluşturulmasının etkili olduğu bulunmuştur (Tang, Funnell ve Anderson, 2006; Trento, 2001; Deakin, McShane, Cade ve Williams, 2009; Franz, 2005).

Grup Eğitimi

- Yetişkinler küçük grup etkileşiminden ve pratik problem çözme süreçlerinden hoşlanırlar, diğer kişilerin deneyimlerinden faydalanırlar.
- Oturumlara aktif katıldıkları sürece öğrenirler, programı kendilerine uygun bulurlarsa motive olurlar.
- Yetişkinler ğrenme sürecinde geçmiş deneyimlerinden etkilenirler.
- Bu nedenle değişim yapmaları zordur.
- Sertifika gibi ödüller almaktan hoşlanırlar ve öğrenmek için cesaret kazanırlar. (Knowles, 1970; Knowles 1980; Nadler & Nadler, 1990; Merriam, 2001).

Yetişkin ğrenme ilkelerine bakıldığında grup eğitimi yönteminin daha uygun olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak;

- Hasta ve yakınlarının eğitimi;
 - Uyum ve memnuniyetin arttırılması,
 - Sağlık harcamalarının azaltılması,
 - Ölüm ve kronik hastalığın neden olduğu komplikasyonların önlenmesi,
 - Yaşam kalitesinin yükseltilmesi,
 - Hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin arttırılması için bir yol olarak önerilmektedir.

DIYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 1

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları

Kontrol*		Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)		
Tarih														
Yapıldı: E; Yapılmadı: H			E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni
Hasta Değerlendirme Tanılama	Genel fizik muayene (HK)	Dr												
	Ağırlık (HK)	Hm/Dyt												
	Boy (ilk kontrolde)	Hm/Dyt												
	V.K.i. (HK)	Hm/Dyt												
	Antropometrik ölçümler** (HK)	Dyt												
	Kan basıncı (HK)	Dr/Hm												
	Ayak muayenesi (HK)	Dr/Hm												
	Göz dibi muayenesi (yılda bir)	Dr												
	Depresyon tanı girişimleri (LH)	Dr/Hm/Dyt/Psk												
Konsültasyon	Göz hekimi (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Fizik tedavi hekimi (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Psikiyatrist (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Kardiyolog (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	KV cerrah (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Nefroloji hekimi (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Nöroloji hekimi (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Üroloji hekimi (LH)	Dr/Hm/Dyt												
	Sigara bırakma plk (LH)	Dr/Hm/Dyt												
Diğer														

Dr: Doktor, Hm: Hemşire, Dyt: Diyetisyen, Psk: Psikolog veya Psikiyatrist Lb: Laborant, LH: Lüzum halinde, HK: Her kontrolde

* Kontrol aralıkları diyabetlilerin gereksinimlerine göre düzenlenebilir. ** Antropometrik ölçümler; Boy ölçümü, vücut analizi, bel-kalça ölçüsü

DİİYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 2

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları														
Kontrol*		Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)		
Tarih			E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni
Yapıldı: E; Yapılmadı: H														
Laboratuvar İşlemleri	Kan şekeri (açlık/tokluk) (her kontrolde)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	HgbA1C (3-6 ayda bir)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	Kolesterol (Total, HDL; LDL; VLDL, Trigliserid) (en az yılda bir)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	24 st'lik idrarda mikroalbumin (yılda bir)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	Kreatinin (yılda bir)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	EKG (yılda bir)	Dr/Hm												
	Fruktozamin (LH)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
	Ürik asit (LH)	Dr/Lb/Hm/Dyt												
Diğer														
Tıbbi Tedavi	Tıbbi beslenme tedavisi (HK)	Dr/ Dyt												
	OAD (LH)	Dr												
	İnsülin (LH)	Dr												
	Aspirin (LH)	Dr												
	ACE inhibitörleri (LH)	Dr												
	Grip aşısı (yılda bir)	Dr/Hm												
	Diğer													

DİYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 3

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları

Kontrol*	Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)			
		E	H	H;Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	
Tarih														
Yapıldı: E; Yapılmadı: H														
Malzeme	Sürekli Glikoz Ölçüm (CGM) Sistemleri (LH)	Hm												
	Kan şekeri ölçüm aleti (her kontrolde)	Hm												
	Lanset (HK) /Delici (HK)	Hm												
	Strip(HK)	Hm												
	Kan şekeri kayıt defteri (HK)	Hm												
	Eğitim kitapçıkları (HK)	Hm												
	Beslenme ve aktivite günlüğü (HK)	Dyt												
	Ölçü kapları (HK)	Dyt												
	Glukagon (HK)	Hm												
	OAD ilaç (LH)	Hm												
	İnsülin enjektörü (LH)	Hm												
	İnsülin kalemi (LH)	Hm												
	İnsülin kalemi iğne ucu (LH)	Hm												
	İnsülin pompası (CSII)(LH)	Hm												
	İnsülin pompası kateteri (LH)	Hm												
İnsülin	Hm													
Diğer														

DIYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 4

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları

Kontrol*	Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)		
		E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni
Yapıldı: E; Yapılmadı: H													
Terapötik Eğitim Konuları	Genel diyabet (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	OAD ilaç kullanımı (LH)	Dr/Hm											
	Rutin kontroller (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Kan şekeri hedefleri (HK)	Hm/Dr/Dyt											
	Evde kan şekeri ölç (HK)	Hm											
	Kan şekeri kayıt defteri kullanımı (HK)	Hm											
	Diyabetin komp (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Hipoglisemi (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Glukagon (HK)	Hm											
	Ayak bakımı (HK)	Hm											
	Diğer hast. yapılacak (HK)	Hm/Dyt											
	Grip aşısı (yılıda bir)	Dr/Hm											
	İnsülin kalemi (LH)	Hm											
	İnsülin enjeksiyonu (LH)	Hm											
	Gebelikten korunma (LH)	Hm											
	Gestasyonel diyabet (LH)												
	Kendi kendine izlem (HK)	Hm											
	AKŞ	Hm/Dyt											
	TKŞ	Hm/Dyt											
	Ağırlık takibi	Hm/Dyt											
Ayak muayenesi	Hm												
Hijyen (ağız, diş, perine)	Hm												
Tıbbi beslenme (HK)	Dyt												
Egzersiz (HK)	Dr/Hm/Dyt												
Sigarayı bırakma (LH)	Dr/Hm/Dyt												

DİYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 5

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları

Kontrol* Tarih	Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)		
		E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni
Yapıldı: E; Yapılmadı: H													
Önerilen Beslenme Programı	Biliyor, uyguluyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Biliyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Bilmiyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
Önerilen ilaç Tedavisi	Biliyor, uyguluyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Biliyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Bilmiyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
Önerilen Egzersiz Programı	Biliyor, uyguluyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Biliyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Bilmiyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
Önerilen Kendi Kendine izlem(KŞ, Ağırlık, Ayak, Hijyen, rutin kontrol)	Biliyor, uyguluyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Biliyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Bilmiyor, uygulamıyor (HK)	Dr/Hm/Dyt											
Önerilen HbA1c	Normal sınırlar içinde (%6,5 ↓) (HK)	Dr/Hm/Dyt											
	Normal den yüksek değerlerde (%6,5 ve ↑) (HK)	Dr/Hm/Dyt											

Dr: Doktor, Hm: Hemşire, Dyt: Diyetisyen, Psk: Psikolog veya Psikiyatrist Lb: Laborant, LH: Lüzum halinde, HK: Her kontrolde
* Kontrol aralıkları diyabetlilerin gereksinimlerine göre düzenlenebilir.

DİYABETTE VAKA YÖNETİMİ MODELİ - ORTAK BAKIM PLANI - 6

Protokol No :	Tanı tarihi :	Genel sağlık öyküsü :	Hastalığın Öyküsü:
Adı Soyadı :	İlk geliş tarihi : .....	.....	.....

Bakımın Ana Unsurları

Kontrol* Tarih	Kim	İlk muayene			Birinci kontrol (3 ay sonra)			İkinci kontrol (6 ay sonra)			Üçüncü kontrol (12 ay sonra)		
		E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni	E	H	H; Nedeni
Yapıldı: E; Yapılmadı: H													
Değerlendirme : Tıbbi Beslenme Programı	Önerilen beslenme programına uyum (HK)	Dr/Dyt/Hm											
	Aktivite /Egzersiz değiştiğinde (beslenme programına uyum HK)	Dr/Dyt/Hm											
	Hastalıklarda beslenme programına uyum (HK)	Dr/Dyt/Hm											
Değerlendirme : Egzersiz Programı	Önerilen egzersiz programına uyum (HK) Diğer	Dr/Hm/Dyt											
Değerlendirme : Kendi Kendine izlem(KŞ, Ağırlık, Ayak, Hijyen, rutin kontrol	Kan şekeri ölçümü (HK)	Hm											
	Ağırlık takibi (HK)	Hm/Dyt											
	Hijyen (HK)	Hm											
	Ayak muayenesi (HK)	Hm											
	Akut komplikasyonlar (Hipoglisemi, DKA) (HK) Diğer	Dr/Hm/Dyt											
Değerlendirme : İlaç Kullanımı	İlaçları önerildiği şekilde kullanması (HK)	Hm											
	İlaçların etkilerini ve yan etkilerini bilmesi (HK)	Hm/Dyt											
	Diğer												

Dr: Doktor, Hm: Hemşire, Dyt: Diyetisyen, Psk: Psikolog veya Psikiyatrist Lb: Laborant, LH: Lüzum halinde, HK: Her kontrolde
* Kontrol aralıkları diyabetlilerin gereksinimlerine göre düzenlenebilir.

Hasta Örnekleri-1

- ❖ F.K. Kadın hasta
- ❖ 63 yaşında
- ❖ Ev hanımı

- ❖ Ağız kuruluğu
- ❖ Halsizlik
- ❖ İştahsızlık
- ❖ Hipoglisemi
- ❖ Kilo kaybı

- ✓ 15 yıldır DM olan hasta 10 yıldır insülin kullanıyor.
- ✓ Kan şekeri **65-500 mg/dl arası** izliyor
- ✓ Yaklaşık bir ay önce grip olmuş ve antibiyotik başladığını söylüyor.
- ✓ Ardından pnömoni tanısı konulmuş. Son bir hafta içinde kan şekerini **65 mg/dl-400 mg/dl** aralığında ölçüyormuş.

Hasta Örnekleri-1

- ✓ Beslenmesine zaten çok dikkat edemediğini, özellikle son zamanlarda da rahatsızlığı nedeniyle **iştahsızlık** sorunu yaşadığını söylüyor. Ancak **insülin dozlarını azaltmamış**.
- ✓ Ellerinde ve ayaklarında uyuşma ve karıncalanma hissettiğini ve gece uykudan uyandırdığını söylüyor.
- ✓ **Ayağa kalktığında baş dönmesi**, sağa sola sendelemesi olduğunu ifade ediyor.

Kan şekeri regülasyonu, komplikasyon taraması ve eğitim amacı ile kliniğe yatırılıyor



Eğitimler

- ❖ Yaşam tarzı değişikliği
- ❖ İnsülin eğitimi
- ❖ İlaç tedavisinin düzenli kullanımı
- ❖ Kan basıncı takibi
- ❖ Beslenme eğitimi
- ❖ Ağız ve diş bakımı
- ❖ Cilt bakımı
- ❖ Perine bakımı
- ❖ Ayak bakımı
- ❖ Egzersiz programı (Ortostatik hipotansiyon)
- ❖ Hipoglisemi eğitimi
- ❖ Kan şekeri ölçümü ve takibi

Bu hasta için eğitimdeki yaşamsal önceliğiniz ne olmalıdır?

Hasta Örnekleri 2

- ❖ H.D. Kadın hasta
- ❖ 37 yaşında
- ❖ Ev hanımı

Yakınması

- ❖ Pompa takılan yerlerinde lipohipertrofi

- ❖ 18 yıldır Tip 1 DM olan hasta 18 yıldır insülin kullanıyor.
- ❖ Kullandığı insülinler Humalog(pompa)
- ❖ HbA1c: 7 mg/dl
- ❖ BMI: 29,2 kg/m²
- ❖ KHO eğitimini tamamlayıp insülin pompası takılıyor.

- ❖ HbA1c: 6.6 mg/dl (6 ay sonra)
- ❖ HbA1c: 6 mg/dl (12 ay sonra)
- *Yılda 1 kez kontrole geliyor.
- *Kontrollerinde hipoglisemi, lipoları yok.
- *Öğünler düzenli.

İnsülin kullanımı hataları

- ❖ Kontrole 3 yıl gelmiyor.
- ❖ 3 Yıl aradan sonra geldiğinde; HbA1c: **8.3 mg/dl**
- ❖ Bacak on yüzünde **lipohipertrofiler** oluşmuş.
- ❖ Bölge değişimi önerilse de kabul etmiyor. Diğer bölgeleri asla kullanmıyor.
- ❖ **Hastanın kendi isteği ile pompası çıkarılıyor.**

Eğitimler

- ❖ Yaşam tarzı değişikliği
- ❖ İnsülin eğitimi(detaylı)
- ❖ İlaç tedavisinin düzenli kullanımı
- ❖ Beslenme eğitimi
- ❖ Ağız ve diş bakımı
- ❖ Cilt bakımı
- ❖ Ayak bakımı
- ❖ Egzersiz programı
- ❖ Hipoglisemi eğitimi
- ❖ Kan şekeri ölçümü ve takibi

Bu hastanın en önemli sorunu nedir?

Hasta Örnekleri-3

- A.E
- 45 yaş
- Kadın
- Yeni tanı DM
- Ev Hanımı
- Akş:265 mg/dl
- HbA1c: 11,8 %
- T.Kolestorol: 208 mg/dl
- HDL: 40 mg/dl
- LDL: 92 mg/dl
- Trigliserid: 188 mg/dl
- Bolus insülin dozları: 3 * 6 ünite
- Bazal insülin dozları: 1 * 10 ünite
- Metformin 2X1 gr.

Hasta Örnekleri-3

- Hasta özel bir hastanede diyabet tanısı almıştır.
- İnsülin tedavisi başlanıp, eğitim almasına rağmen, şeker yüksekliği nedeniyle **1 haftada 3 kez acil servise gece** başvurmuştur.
- Her başvurusunda şeker düzeyi normal seviyeye indirilip, insülin dozlarını 2'şer ünite yükseltmesi söylenerek acil servisten taburcu edilmiştir.

Hasta Örnekleri-3

- Hastanenin diyabet polikliniğine başvurusu sonucunda eğitime yönlendirilen hasta, diyetine dikkat ettiğini, insülinleri doğru zamanda, doğru dozda, doğru şekilde yaptığını ifade etmektedir.

Sorun ne olabilir ?

Hasta Örnekleri-3

- Hastadan ifade ettiği şekilde insülini uygulaması istendi.
- İnsülini saklama koşullarından, doz ayarlamasına kadar her şeyi düzgün bir şekilde yaptığı görüldü

Hasta Örnekleri-3

- İnsülin kalemini uygulaması sırasında doz ayar düğmesini bastırıp enjeksiyon yapmak yerine, düğmeyi çevirerek dozu sıfırladığı fark edildi.
- Bu süreçte hastanın vücuduna insülin enjekte etmediğini, bu sebeple sık sık kan şekeri yüksekliği sorunu yaşadığını kendisine ifade edildi.

Eğitim programı bireyin aktif katılımı sağlanarak uygulanmalıdır.

Hasta Örnekleri-4

- M.K.
- Erkek
- 52 yaş
- İşsiz
- Suriyeli
- 5 yıldır DM

- Akş: 290 mg/dl
- HbA1c: 12,4 %
- T.Kolestorol: 208 mg/dl
- HDL: 44 mg/dl
- LDL: 138 mg/dl
- Trigliserid: 128 mg/dl

- Bolus insülin dozları: 3 * 12 ünite
- Bazal insülin dozları: 1 * 24 ünite
- Metformin 2X1 gr.

Hasta Örnekleri 4

- 5 yıl önce diyabet tanısı alan ve OAD kullanan Suriye uyruklu hasta çok su içme, çok idrara çıkma , elde - ayakta yanma şikayetleriyle diyabet polikliniğine başvurmuştur.
- Tedavisi düzenlenen hasta tercüman aracılığıyla diyabet eğitimine gönderilmiştir.

Bu hastaya insülin eğitimini nasıl verirdiniz ?

Bu şema üzerinden hastaya eğitim verildi
Tercüman Arapça olarak insülin dozları ve ne zaman yapılacağıyla ilgili üzerine notlar yazdı.

INSÜLİN ENJEKSİYON BÖLGELERİ HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Kard No	LEVİ YERİ	Yaşın Yarku	Uzunluk	Bağı No	Başın Yarku	Boşluk No	Uzun
---------	-----------	-------------	---------	---------	-------------	-----------	------

ÖN

İnsülin enjeksiyon bölgeleri

Karn

Üst bacak on yüz ve yan yüz

12

ARA ÖĞÜN

ÖĞLE YEMEĞİ

12

ARA ÖĞÜN

ARKA

Karn üst yan ve diğ yan

Kalça

Üst bacağı yan yüz

12

AKŞAM YEMEĞİ

24

ARA ÖĞÜN

Hasta Örnekleri-5

- N.D. Kadın hasta
- 70 yaşında
- Ev hanımı
- Yurt dışında yaşıyor

- 20 yıldır diyabet, 6-7 yıldır hipertansiyon bulunan ve sağ böbrekte doğuştan atrofisi olan hasta kan şekeri yüksekliği ve hipertansiyon nedeniyle başvuruyor.
- Son üç yıla kadar OAD kullanan hasta, son 3 yıldır insülin kullanıyor.
- Kan şekeri 200-300 mg/dl arası
- Beslenmesine dikkat ettiğini söylüyor, tuz kullanmıyor, fakat düzenli egzersiz yapmıyor.
- TA ölçümleri 170/100 mm/Hg civarı izliyormuş.
- **İnsülin kalemiyle kendine insülin yapması istendi**

İnsülin kullanım hataları

- Hastanın kullandığı insülin kalem iğnesinin ucunda kapak yok. İğne açıkta bırakılmış.
- Kalem de kartuş takılı ancak, yedek kartuşunu dolapta olması gerekirken diğerinin yanında taşıyor.
- Lipohipertrofileri mevcut.
- Uygulama yeri yanlış.



Hasta Örnekleri-6

- G.H. Kadın hasta
- 59 yaşında
- Ev hanımı
- Kan şekeri yüksek
- Humalog Mix 25 kullanıyor.
- İnsülin kalemiyle kendine insülin yapması istendi

İnsülin Kullanım Hataları

- Hasta doğru kalemi eline alıp, kalem iğnesini takıyor.
- İnsülin dozunu doğru ayarlıyor.
- Uygulama yerine enjekte ediyor.
- Ancak; pistonu bastırması ve insülini uygulaması gerekirken gerisin geri 0'a alarak başa çeviriyor.
- Alması gereken dozun hiçbirini uygulamamış oluyor.

Yanlış Uygulama



Diğer sık rastlanan hatalar...

- Hastaların bazıları kalemlerini kullanım rahatlığı olsun ve yanımda taşımayayım diye; *ev de, iş yerinde, akrabaların evlerinde bulundurmaları.*
 - Böyle olunca açılan her bir kalemin bitme süresi daha uzun zaman alıyor. Bu da açılan ve kullanılmaya başlanan bir kalemin, “oda ısısında ve/veya buzdolabında 28 gün kalabilir” kuralını bozuyor.
- Bir hasta insülin kutusunu eczaneden alıp eve gelince **dondurucuya** koyuyor.
 - Her insülin kalemini buzu çözülünce kullanıyormuş.
- Hasta ilk eğitimini eczane kalfasından almış.
 - Sonrasında hastaneye kontrole hiç gitmemiş.
 - Ancak üç ay sonra muayeneye geldiğinde eğitim sırasında insülin kalemlerini dondurucuda muhafaza ettiği öğrenildi.

Abdesti kaynar suyla almış,
parmaklar gangren, nabız
alınmıyor, dış malleol
önündeki büyük nasır namaz
kılarken ayağını diğerinin
altına aldığını gösteriyor



Okulda diyabet programı

BENİM ÇOCUĞUM
ŞEKER HASTASI MI?



Okulda
diyabet
programı


www.FahriGunay100.MEB.k12.TR



DIYABETLİ ÇOCUKLAR İZNIK'TE KAMP YAPTI



Diyabetli Çocuklar Antalya'da Akdeniz ÜTF Kampında Buluştu





Diyabet Sohbet Hatıraları



TEŐEKKÖR EDERİM