

Diyabet Bakımı: Sınırlar Ötesi Stratejiler

Carolyn ROBERTSON

Çeviren ve düzenleyen: Sevgi OKTAY

Dünyada her 20 kişiden biri (151 milyon yetişkin) diyabetlidir. Bu sayı son beş yıldır diyabet oranında % 11'lik bir artış olduğunu gösterir. Yirmi beş yıl içinde diyabetli sayısının ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde diyabet hastalarının büyük bölümü (%50'den fazlası) 20-59 yaş arasındadır. Diyabet olduklarının farkında olmayan insanların oranı kaygı verici düzeydedir. Diyabet hastalarının yaklaşık 1/3'üne tanı konulmamıştır. Pek çok hasta diyabet oldukları anlaşılmadan önceki 6 yıl boyunca hiperglisemiktir. Genellikle ilk tanımı, retinadaki diyabetik değişiklikleri fark eden oftalmolojist koyar. Diyabet, yetişkinlerde görülen yeni körlük vakalarının başlıca nedenidir. Diyabetin son aşaması böbrek hastalıkları ve travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarıdır. Ayrıca, diyabetlilerin kalp-damar hastalıklarına yakalanma oranı ve ölüm oranı, diyabet olmayan kişilere göre 2-4 kat daha fazladır. Diyabetlilerin % 65'i kalp ve damar komplikasyonları yüzünden ölür.

Diyabet hastalığı eski uygarlıklarca da bilindiği halde, hastalığa ancak 1922'de bir tedavi bulunmuştur. Aynı yıl Leonard Thomson'a insülin uygulanmış ve hastanın durumunu etkileyen bu ciddi katabolik tablo hafiflemiştir. Başlangıçta bu yeni tedavi hastalığın bir çaresi olarak görülmüştür. Ne yazık ki, dünya ve tıp çevreleri insülinin yeterli bir tedavi değil, yalnızca kişinin yaşamını 15 yıl kadar uzatan bir tedavi olduğunu öğrendi. Nitekim insülin uygulanan ilk kişi olan Leonard Thomson 27 yaşına varmadan hastalığının komplikasyonlarından öldü.

Diyabette tedavi yöntemlerinin hasta tarafından anlaşılması çok iyi sonuç verir. Bu olgu başka hiçbir hastalık için bu kadar önemli değildir. Diyabet hastanın karakterini, hastalığını kavrama başarısını, dürüstlüğünü, kendi-kendini denetleyebilme başarısını ve cesaretini test eden bir hastalıktır.

Dr. Elliot Joslin, 1923

Uzun yıllar diyabetin tedavisi çok zordu. İnsülinin hazırlığı sağlıksızdı, hastalarda sepsis geliyordu, insülin üretimi zordu, kaynaklar ise sınırlıydı. Hastaların insülin uygulamak için kullandıkları araç-gereçler kullanışsızdı; evden kısa süreli ayrılmak bile planlama ve koordinasyon gerektiren bir işti.

Bugün diyabet hastasının daha az engeli var. İnsülin, genetik mühendisliği tarafından üretiliyor; insülin enjektör, kalem enjektör, jet enjektör ya da insülin pompasıyla uygulanabiliyor. Kan şekerini izlemek için artık idrar testi gerekmiyor; kapiller kan ya da hücre arası sıvısı alınarak yapılabilir. Gelecekte sürekli, kanatıcı olmayan ya da en az kanatıcı olan yönetmelerle bireysel glikoz kontrolü yapmak mümkün olacaktır. Çalışmalar diyabet komplikasyonları ve glikoz kontrolü arasındaki ilişkiye açıklık getirmiştir^(2, 3, 4). Gelişmelere karşın, diyabet hâlâ ciddi komplikasyonlarla karşı karşıyadır. Pek çok soru cevaplanmamıştır.

- Niçin diyabet hastalarının büyük bölümü hastalıklarıyla başa çıkmada çok yetersiz kalmaktadır?
- Neden bazı problemlerin oluşabileceği bilindiği halde metabolizma dengesizliklerinin oluşmasına fırsat verilmektedir?
- Hastalık hastaya neden meydan okur?

Bunun birçok açıklaması vardır. Bugünkü tedavi yöntemleri beden normal fizyolojik işlevini eski haline getiremez. Hasta rejim yapmalıdır ama rejim metabolizmayla ilgili işlev bozukluğunu tamamen gidermez. Gerçek fizyolojik replasman (yerine koyma) olmadan diyabet hastasının yalnızca istenene uyması ve belirli ilaçları alması yeterli değildir. Hasta günlük besin tüketimini, ilaç kullanımını ve yaşam stresi ile faaliyetlerini denge içinde tutmalıdır. Bu değişkenlerden herhangi birinde görülen değişiklik öteki değişkenlerin de değişmesine neden olur. Fiziksel (soğuk algınlığı ya da başka bir hastalık), fizyolojik (menstruasyon, endojen depresyon) ya da kimyasal (ilaçlar) bazı değişkenler birkaç değişkeni aynı anda etkileyebilir⁽⁶⁾.

Bir hasta ne kadar çaba harcarsa harcasın, eylemlerinin sonucu etkileyebileceği garantisi yoktur. Tüm istemlere uyan hastalar dahi, hastalığın komplikasyonlarına maruz kalma riski altındadır. Diyabetle başa çıkmada başarılı olunamaz ise risk artar. En iyi kan glikoz kontrolü başarılmadığında, ne yazık ki pek çok hasta güçten düşme ve hayatı tehdit eden komplikasyonlar gibi ciddi tehlikelerle karşılaşır. Ayrıca, hastalar sürekli olarak hem durumsal, hem de potansiyel olarak yeniden oluşan kayıplara maruz kalır.

HbA1c'deki her % 1'lik azalma ile birlikte komplikasyon oranında da %30-35'lik bir azalma olur

Diyabetle başa çıkmak için

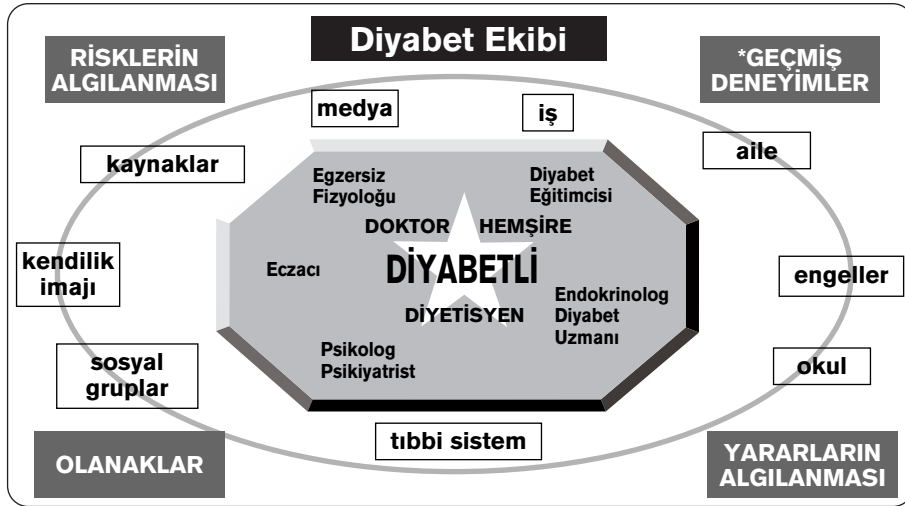
Hastanın kendi kendine bakım becerilerine; Hastalık hakkında pek çok bilgiye; Sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum almasına; gereksinim vardır.

Diyabet hastayı düşünmeye zorlar. Hasta hastalığa verilen önceliği belirler. Hastalıkla başa çıkmada neyin önemli olduğu, ne yapması ve hangi hareketlerden kaçınması gerektiği gibi konularda karar vermek zorundadır.

parçasını birbiri ile uyumlaştırmasını istemek çok yıldırıcı ve çoğunlukla kişiyi baştan başarısızlığa mahkum etmek olur. Başarı, bir strateji gerektirir; bu strateji hastanın yalnızca hastalıktan kurtulmasına değil, aynı zamanda esnek bir yaşam biçimine olanak verecek teknikleri geliştirmesi ve öğrenmesine yardımcı olabilir 7. Stratejilerden biri "Diyabetin Ekip ile Yönetimi" dir.

Diyabetin Ekip ile Yönetimi

Diyabetin, ekip tarafından yönetilmesi, değişimi kolaylaştırır ve pozitif bir sonuç olasılığını geliştirir (8, 9). Ekip hastaya bakım sağlayacak hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet görevlileri ve diğer sağlık bakım profesyonelleri, aynı zamanda hastanın ailesi ve arkadaşlarından oluşur. En önemlisi, hasta merkezli bir ekip oluşturulmasıdır (Şekil 1.1).



Şekil 1.1 Diyabet ekibi

Ekip, destek, danışmanlık, eğitim ve uzmanlık sağlamak üzere birlikte çalışırken, seçimi hasta yapar, karar verme aşamasında son söz hastanıdır. Üyelerin çeşitliliği nedeniyle, rollerinin esnek ve değişebilir olması için ekibin dinamik olması gerekir. Ekibin her üyesi kendisine özgü uzmanlık bilgisini ortaya koyar. Uzmanlık bilgisinin başkasıyla kesiştiği çeşitli alanlar vardır.

Ortak iş yapmak için uzman üyeler, her üyenin eşit ilişkiler içinde olduğu bir ekip çalışmasına gönüllü olduklarını göstermelidirler. İlişkiler, yarışmacı ve birbirine zıt de-

Diyabet ekibindeki bir uygulayıcı ekibin diğer üyeleriyle koordinasyona yanaşmıyorsa, çok parlak biri de olsa, onu ekibe katmak yeterli değildir. Ekibin diyabete yaklaşımı, bütünleşmiş bir program kapsamında olmalıdır.

ğil, karşılıklı saygıyla birlikte ortak çalışmaya yönelik olmalıdır. Grubun her üyesi kendi rolünün kapsamı kadar diğer üyelerin rollerinin kapsamını da anlamaya ihtiyaç duyar. Bu bilgi grubun çabuk hareket etmesine ve iletişimle problemleri azaltmaya olanak verir. Sorumluluklarda hemfikir olmak, ekip içerisinde görevleri, sorumlulukları ve karar almayı paylaşmak son derece önemlidir.

Ekip yönetimi sorunsuz olmaz. Daha önce belirtildiği gibi, hastanın ailesi, okulu, işi ve hatta içinde yaşadığı topluluğu da kapsayan pek çok dış faktör başarıyı etkiler. Hangi çevre faktörlerinin yardımcı olduğunu ve hangilerinin ekibin etkinliğini bozabilecek engeller olduğunu belirlemek olumlu sonuçların gelişmesine yardımcı olur. Ekip daha sonra bu bilgiyi, eylem planlarında değişiklik yapmak için kullanabilir.

Diyabet tedavisi metabolizmayı yenilemede başarısızdır; yalnızca normal fizyolojiyi taklit eder. Bir hastanın metabolizması normale yaklaşabilir, ama en uyumlu ve en ilgili hasta bile mükemmele ulaşamaz. Sistemlerimiz henüz o kadar yeterli değildir. Başka bir deyişle, tam bir başarıya ulaşmak mümkün değildir. Bu yüzden ekip alçak gönüllü ve gerçekçi beklentiler içinde olmalıdır. Hastaların insan olduğunu, uygun olmayan seçimler yapabileceğini ve hatalar yapacağını unutmamalıdır.

Ekip, belli bir hedefe ulaşamamanın ya da davranışı değiştirememenin bir yetersizlik olmadığını kabullenmeyi öğrenmelidir.

Yanlışlar, çözülmeyi bekleyen problemler olarak görülmelidir. Özürler değil, çözümlerin üzerinde durulmalıdır. Zayıflıklar değil güçlü yönler vurgulanmalıdır.

Hedefler konusunda anlaşmaya varmak ve onları gerçekçi ve uyumlu değişikliklere yöneltmek çok önemlidir. Küçük değişikliklerde anlaşmaya varılması başarı olasılığını artırır.

Hastanın yaşadıklarından ve sağlıklı ya da sağlıksız olsun yaptığı seçimlerden, haberdar olmaya hakkı olduğu bilinmelidir.

İletişim becerileri eğitim, davranış değiştirme teknikleri ve stratejileri, hastanın seçim yapmasına ve günlük hayattaki uygulamayla teori arasındaki farkı kapatmasına yardımcı olur. Etkili değişim, "**danışmanlık, akran desteği, hedef belirleme ve yaşam biçimini değiştirme teknikleri ile**" daha da gelişir.

Bireysel ya da grup etkinlikleri aktif katılımı ve yetkinleşmeyi artırır. Daha çok ve devamlı destek vermek daha etkili bir ekibin oluşmasına yardımcı olur.

Diyabet Hemşireliğinin Rolü

Hemşireler diyabet ekibinde çok önemli bir role sahiptir. Hemşirelik uygulaması bütüncü bakıma önem verir. Aile ve toplumun etkisini kabul eder; hasta eğitimi, desteği ve danışmanlığı yoluyla hemşirelik, hasta ve

ailesinin sadece gerçekleri ve psikomotor becerileri değil, ayrıca bilgiyi davranışa dönüştürmelerini sağlayacak yöntemleri ve stratejileri öğrenmelerine yardımcı olur. Öte yandan hemşireliğin rolünün, sürekli olgunlaşmayla yükselmesini sağlamak önemlidir.

Diyabet hemşireliğinin profesyonel nitelikleri

Özerklik; "Hemşirelik uygulamasının ne olduğu ve nasıl yapıldığını tanımlama yeteneği" olarak açıklanır. Hemşirelik inisiyatif almalı, uygulama standartları geliştirmeli ve tüm üyelerle ortak olarak çalışmalıdır. Yeterliliğin aşamaları tanımlanmalıdır. Hemşirelik üyelerinin güvenli uygulama yapacağını bilmek yeterli değildir. Hemşireliğin performans kriterlerine ihtiyacı vardır; bu, uygulamanın başlangıç aşamasından öteye geçmesi için hemşirelik uzmanlarına cesaret verecek teşvik ve fırsatlar olarak sağlar. Yeterlilik temelli standartlar, acemiden uzmana kadar uygulayıcıdan beklenen performansı açıkça ortaya koyacaktır. Bu kriterler her beklenen davranışı açık biçimde saptayacak ve sürekli gelişmeyi besleyecek bir modelin oluşmasını sağlayacaktır.

Özerklik diyabet hemşireliğinin bağımsız olarak çalışması gerektiği anlamına gelmez. Hemşireliğin hasta bakım ekibinin diğer üyeleriyle etkin bir ortaklık kurmaya gereksinimi vardır. Diyabet hastasının bakımına katılan ekibin etkili olması birlikte uyum içerisinde çalışmanın ötesinde bir çabayı gerektirir. Bağımsız uygulama, diyabetin çok sayıda faktörün karşılıklı ilişkilerinden etkilenen karmaşık bir hastalık olduğu gerçeğini göz ardı eder. Bakımın bir yönünde yapılan değişiklikler bakımın öteki yönlerini etkileyecektir. Hemşireler bağımsız olarak çalıştığında, hasta bakımının bütünlüğü bozulur. Bakımın bütünlüğünü garanti etmek için, hemşirelik öteki uzmanlarla işbirliği yapmasını öğrenmelidir. Hasta bakım ekibinin tüm üyeleri planlama, karar verme, problem çözme ve hedef belirlemede işbirliği yaparlar. Karar ve eylemlerin sonuçlarının sorumluluğu da paylaşılır. Bu işbirliğinin sonucunda hastalar da kazançlı çıkar çünkü bakımları daha kapsamlı olacaktır. Hemşirelik de kazanır, çünkü daha iyi hasta bakımına ulaşılacaktır.

Hemşireler becerilerine, uzmanlıklarına ve uygulamalarına yansıyan bilimsel ve profesyonel bilgiyi paylaştıkları zaman, işbirliğine daha kolay ulaşılabilir. Bunun için diğer disiplinleri, onların işlevlerini, sınırlarını ve güçlü yönlerini temel düzeyde anlamak gereklidir. Ekibin her üyesi diğerlerini anlayacaktır daha da önemlisi karşdakine saygıyı öğrenecektir. Roller, rekabetçi değil övgüye- desteklemeye yönelik olacaktır.

Bilgiye bağlılık; hemşireler bilgiye (kanıta) bağlı olduklarını göstermelidir. Diyabet hemşirelerinin hastaya nasıl eğitim vereceğini bilmesi yeterli değildir. Hemşirelik daha geniş bir uzmanlık yapısını elde etmeye ve hakim olmaya çalışmalıdır. Hemşirelik diyabetin tıbbi ve psikolojik

Diyabet hemşireliğinin profesyonel nitelikleri;

özerklik (otonomi), bilgiye bağlılık, uzmanlık becerisi yükümlülük.

yönlerinin iyice anlaşılmasını gerektirir. Hemşireler diyet, egzersiz, stres, komplikasyonlar, ilaçlar ve bunların nasıl olduğu hakkında ileri bilgiye sahip olmalı, kişiyi fizyolojik, psikolojik ve fiziksel düzeyde bireysel olarak etkileyen (diyabet ve kan şekeri kontrolüne etki eden) bütün diğer değişkenleri de bilmelidir.

Uygulamanın önemli bir yanı araştırma olmalıdır. Her gün hastalarla görüştükleri ve hasta davranışlarını kavradıkları için hemşireler bu yeterliliğe sahiptir; çünkü hastaların gereksinimlerini saptamak ve bunları karşılamak için etkili yolları belirlemekle yükümlüdür. Hemşirelik, araştırma yaparak, etkili bakım ve eğitim için gerekli olan, (eğitim, danışmanlık ya da duyarlılık geliştirme amaçlı) hasta toplantı yöntemlerine geçerlilik kazandırabilir ve etkinliğini artırabilir. Başlangıçta hemşirelik, araştırmaya olan desteğini sadece okuyarak ve çalışmaların belli bir uygulama alanına uygunluğunu ve geçerliliğini değerlendirerek gösterebilir. Bir dergi kulübünün yapabileceklerini düşünelim. Dergi kulübü kişiye meslektaşlarıyla karşılaşma ve makaleleri okuyup tartışma fırsatı verebilir. Araştırma projelerinin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde disiplinler arası ortaklık (işbirliği), bilimsel klinik araştırmalar dünyasına hemşireliğin girişini kolaylaştıracaktır.

Hemşirelik, sadece diyabet ekibini oluşturan profesyoneller ile yaptığı araştırmalarla yetinmemelidir. Etkin bakımı sağlayacak yeni yöntemleri test eden ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğini kanıtlayan araştırmaların, planlanması ve yürütülmesinde de aktif olmalıdır.

Kalite güvencesi çalışmaları ve incelemeleri bir araştırma projesi için temel olarak kullanılacak iyi bir veri kaynağı olabilir. Başka hasta grupları üzerinde çalışılarak yayımlanmış araştırmalardan da yararlanılabilir. Diğer diyabet eğitimcileriyle ortak çalışmalar düşünülebilir. Bu, araştırma popülasyonunu genişletebilir ve elde edilen bulguların önemini artırır. Araştırmanın çok büyük bir proje olmasına gerek yoktur, araştırmayı günlük faaliyetler için bir problem çözme tekniği olarak düşünmek yararlı olabilir. Diyabet hemşireliği, sadece araştırma ve yayın yaparak diyabet bakımına kendisini adanmış (bağlılığını) kanıtlayabilir. Sadece araştırma yaparak hemşirelik, sağlık bakım sistemine etkin biçimde katkıda bulunma yeteneğini ortaya çıkarabilir ve kullanabilir. Unutulmamalıdır ki, değişimi etkilemeye çalışırken, araştırma ile ulaşılan gerçek bulgular, fikirlerden daha ikna edicidir.

Uzmanlık; Profesyonelliğin bir başka yönü de uzmanlık bilgisidir. Bir meslek uzmanlık bilgisini nasıl geliştirir? Acemi uygulamacıya öğretmek için kullanılan geleneksel yöntemlerden biri rol modeli olmadır; bu bir kişinin başka birinin değer ve davranışlarını öğrenmesi sürecidir. Özdeşleşme yoluyla bilgi ve değerler edilgen biçimde aktarılır. Rol modeli olma, az deneyimi olan uygulamacılar (örneğin yeterli becerisi olmayan ya da

kendi başına profesyonel değer üretecek deneyime sahip olmayan, yeni başlayan bir diyabet eğitmeni) üzerinde çok etkili olur. Bu yöntem, zaman ile sınırlıdır ve davranışları model alınan uzmandan daha ileri bir düzeye ulaşmaya olanak sağlamaz.

Rehberlik (mentor) ise, deneyimli bir kişi ile acemi bir kişinin etkileşim içinde olduğu uzun dönemli aktif bir süreçtir. Rehber, bir danışman, öğretmen, destekleyen ve yol gösterendir. Rehberler rol modeli olarak hizmet verirken, davranış şekillendirmenin ötesinde, profesyonel sosyalleşmeyi cesaretlendirir ve kariyerde ilerlemeye teşvik eder. Rehber, aceminin gelişmesi için onu harekete geçirir. Bu etki yavaş gelişir ve zaman geçtikçe bireyin yeni öğrendiklerini özümsemesini ve değişikliklerle bütünleşmesini sağlar. Geçmişte rehberlik, daha çok iş dünyası ile ilgili meslekler arasında yaygındı. Hukuk alanında, yeni başlayan avukatların deneyimli avukatlarla birlikte çalışmasına olanak veren stajyerlik yöntemi vardır; iş yaşamındaki bu "ağabey- kardeş ilişkisi", hami olmayı ve rehberlik etmeyi sağlar. Resmi ya da gayri resmi olan bu ilişkiler, henüz acemi olan profesyonelin sosyalizasyonunu artırır. Ayrıca bunlar mesleğin imajının gelişmesine yardımcı olur. "Rehber -yetiştirilen modeli", kolayca diyabet hemşireliğine de uygulanabilir.

Başarılı Bir Rehberin Özellikleri

Verici ile uzun süreli bir ilişkinin kurulması için gönüllü olmak
Sağlıklı bir görüşe ve uygulama felsefesine sahip olmak
Kendi alanında uzman olmak ve liderlik yapabilmek

Yükümlülük; Profesyonelliğin bir başka yönü olan yükümlülük, hemşireliğin topluma karşı olan sorumluluğu anlamına gelir. Hemşirelik, hastaların güvenliğini tehlikeye atmamak için, "akran değerlendirmesi süreci"nden yararlanarak üyelerinin performansını güvence altına alabilir. Hemşirelikte "akran değerlendirmesi"nin yapılabilmesi, (sonucu olumsuz da olsa) hemşirelerin birbirlerinin performansını değerlendirmeye istekli olduklarını gösterir.

Akran değerlendirmesinin en basit şekli kredilendirmedir. Sertifikalandırarak ve sertifika yenileyerek hemşirelik, hemşirelerin güvenli ya da minimal düzeyde uygulama yapacak kadar yeterli bilgiye sahip olduklarına güvence verebilir. Bu yine de bir hemşirenin uygulamasının bu temelde olacağını garanti edemez. Aynı zamanda bu uygulamacıların ileri düzeyde bilgi ya da beceriye sahip olduklarını tanımlamaz. Hemşirelik, akran değerlendirmesine tek katkı olarak sertifikalandırma ile yetinemez. Bundan daha fazlasına istekli olunmalıdır. Disiplin içi (meslek içinde) işbirliği ilk adımdır. Resmi ya da gayri resmi olarak, belli bir hasta ya da hasta problemi hakkında tartışmak için meslektaşlarınıza danışmalık yaptığınızı düşünün. Tartışma grupları, bilgi ve

becerileri bir havuzda toplamak ve hasta bakımındaki gelişmeleri arttıracak yeni ya da farklı stratejileri önermek üzere vaka sunumu değerlendirmesi şeklinde olabilir. Sonuç olarak hemşirelikte profesyonel uygulamaları resmi olarak değerlendirmek için kalite güvencesi komiteleri geliştirilmelidir. Bu komiteler, minimal standartları karşılamada başarısız olan üyeleri tespit etme yetkisine sahip olacaklardır.

Çabaların, başarıların ve başarısızlıkların iletişimi yükümlülüğün önemli bir parçasıdır. Hemşirelik daha sık yayın yapmaya başlamalıdır. Yayın yapmaksızın rolümüzün etkililiği belgelenemez ve önermelerden öte gidemez, kaybolur. Yayınlar diyabet dergileriyle sınırlanmamalıdır. Dergilerinizi ya da meslektaşlarımızın özel olarak ilgilendiği dergileri bir düşünün. Yerel gazetenize yazmayı önerin, kendi haber bülteninizi çıkardığınızı düşünün. Başarılı yazı gerçek yazma sürecine bağlı değildir. Konu hakkındaki bilgiye ve üzerinde düşünce geliştirmeye bağlıdır. Hepimiz günlük ilginç problemler ve olaylarla ilgiliniz. Tüm gerekli olan şey zaman ayırarak oturup yazmaktır. Eğer yazmak mümkün değilse o zaman bilginizi doğrudan halkla, hastalarla, mesleki konuşmalarla paylaşın. Fırsat bulduğunuzda konuşmaya gönüllü olun, yoksa da fırsatları yaratın.

Diyabet alanında çalışan hemşireler en az temel bilgi düzeyinde sertifikalandırılmalı ve sertifikaları yenilenecek yeterlilikleri ve sorumlulukları güvence altına alınmalıdır. Diyabet hemşireliğinde meslek içi işbirliği ilk adımdır.

Bu davranışlar hastalara ve diğer sağlık profesyonellerine rolünüzü açıkça yansıtacaktır. Bunlar güvenilirliği destekler ve diyabet hemşiresinin davranışlarındaki sorumluluğu artırır.

ÖZET

Son beş yıldır tip 1 ve tip 2 diyabetlilerin tanı, epidemiyoloji ve klinik yönetiminde köklü değişiklikler olmuştur. Günümüzün tedavi planları hastaya daha çok seçenek sunarken diyabet karmaşık bir rahatsızlık olmaya devam etmektedir. Diyabetik olmayan bireyin kan şekeri taklit etmek hala zordur. Hastanın ne yediği ne zaman yediği, ne kadar yediği, aktivitesi (yoğunluğu ve süresi), insülin uygulamasının zamanlaması, dozu ve tipi, ayrıca hastanın bilinç düzeyi kan şekeri düzeyini etkileyebilir. Sonuç olarak hastalığı anlamada önemli gelişmeler ve yeni tedaviler olmasına karşın, diyabet hastasının yüksek düzeyde katılımını talep eden bir hastalık olma durumunu sürdürür. Hastanın her zamankinden fazla bakıma katılmaya ve komplikasyonları önlemek ya da sınırlamak normal glisemiye yaklaşmak için çok sayıda bileşenle başa çıkmaya gereksinimi vardır. Hasta tedavi ve bakımına katılırsa, hastalık süreci ve tedavisini anlarsa, hedeflenen düzeylerin altındaki ya da üzerindeki glikoz seviyesinin önemini kavrayarsa bu başarılabılır. Hastalar bilgilerin ne şekilde bir araya

getirildiği kadar nasıl anlamlandırıldığını bilmeye de ihtiyaç duyarlar. Tedavinin başarısında bilgiyi nasıl toplayacakları, bilgiyi nasıl yorumlayacakları ve istenmeyen sonuçların değiştirilmesi için bir plan yapmayı öğrenme gereksinimleri vardır. Başka bir deyiş ile hastalar problem çözme tekniklerini kullanmada beceri kazanmayı gereksinirler. Eğer bir başarı elde edilecekse diyabet ekibi hayati önem taşır.

KAYNAKLAR

1. Amos AF; McCarty DJ; Zimmet P, The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* - 1997; 14 Suppl 5: S1-85
2. Farkas-Hirsch R, *Intensive Diabetes Management*. 2d ed. Alexandria, Va: American Diabetes Association, 1998
3. Hirsch IB. Diabetes Mellitus and the Use of flexible insulin regimens. *Am Fam Physician* 1999;60(23): 343-56
4. Ohkubo Y et al. *Diabetes Res Clin Pract*. 1995;28:103-117.
5. Ratner, R Long Term Health Care Outcomes in Diabetes: Economic and Political Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am* - 1997 26(3): 487-98.
6. Skyler JS. Insulin treatment. In Lebovitz HE, ed. *Therapy for Diabetes mellitus and related disorders*. 3d ed. Alexandria, VA.: American Diabetes Association, 1998:186-203
7. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group: Implementation of treatment protocols in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 1995 18:361-376,
8. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. DCCT and continuing benefits despite increasing A1C Retinopathy and nephropathy in patients with type 1 Diabetes for years after a trial of intensive therapy. *N Engl J Med* 2000;342(6): 381-389
9. UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 Diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998 352:837-853,