

Hasta Güçlendirme Ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi

Doç.Dr.Nermin OLGUN*, Yard.Doç.Dr. Sevim ULUPINAR**

*Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Güçlendirme Nedir ?

Bireyler, aileler ve hatta çocuklar kendilerine yapma gücü kazandırılırsa, gelişimlerini olumlu yönde yapılandırabilirler. Bu makale, bunun nasıl başarılacağını incelemektedir.

Güçlendirme / yetkilendirme kavramı hepimizin duyduğu, fakat gerçekten ne anlama geldiğini pek düşünmediğimiz bir kavramdır. Anlamı ve orijini üzerinde çok tartışma olmasına rağmen, güçlendirme kavramı çağdaş sağlık bakımında günceldir. Güçlendirme modelinin geliştirilmesinin amacı, insanların başarıma deneyimlerini artırarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak; amaç oluşturma ve problem çözmeye katılmalarını gerçekleştirmektir. Bunun başarılması için kişinin güçlendirilmeyi istemesi gerekir, eğer kişi gerçek bir değişiklik yapmak istemezse güçlendirme kolay olmayacaktır (1,2).

Güçlendirme, hastaların haklarını koruyan bir süreçtir. Bakımın kalitesinin geliştirilmesidir. Güçlendirme kelimesinin sözlük anlamı, “güç verme veya otorite kazandırma, bir şeyi yapabilme yeteneği, yeterliliği ve izin verme”dir. Eğer kişi işinde ya da yaşantısında güç hakkında bilgi edinirse, bu durum ona daha çok seçim yapma hakkı verir. Bireyin etkili karar verme yeteneğini artırır, kendisini diğerleriyle entelektüel ve duygusal olarak eşit düzeyde görmesini sağlar, doğru bildiklerini, haklarını savunma gücü verir (3). Güçlendirme çalışmalarının felsefesinde, “eşitlik”, “işbirliği”, “katılım”, “sorun çözme”, “karar verme”, “terapotik ilişki”, kavramları yer alır (2).

Uzun süreli bakım gereksinimi olan kişilerin güçlendirilmesinde amaç, sağlık ve diğer profesyonellerle ilişkilerinde kendi yaşamlarındaki kontrollerini kazanmasını sağlamaktır. Uzmanlar, kişilerin hastalıklarına özgü bireysel ihtiyaçları olmasına rağmen bu ihtiyaçlarının temelde bir ortak noktası olduğunu belirtmektedirler. Örneğin:

- Semptomların etkilerini ve bunları nasıl tanıyacağını bilme,
- Akut atakların ya da hastalık kötüleştiğinde üstesinden nasıl gelineceğini bilme,
- İlaç kullanımını ve tedaviyi en etkili şekilde gerçekleştirmek,
- Profesyonel öğütlerin önemini anlamak,
- Uyku ve dinlenme düzeni kurmak ve yorgunluğun üstesinden gelmek,
- Sosyal ve diğer ortamlara girmek,
- İş kaynaklarını kullanmak ve işlerini yürütmek,
- Boş vakitleri değerlendirmek,
- Hastalığın psikolojik etkilerinin üstesinden gelmek için stratejiler geliştirmek,
- Diğer insanların hastalıkla başa çıkma yollarını öğrenmek (4).

Güçlendirme, tüm insan ilişkilerinin kaçınılmaz bir parçası ve hemşire ile bakım verdiği kişiler arasındaki ilişkinin temel özelliğidir. Gücün sistematik ve anlamlı şekilde paylaşımı “terapötik ilişki”nin gelişimi için de esastır. Güç paylaşımının sonucu ise, yaşam kalitesinin yükselmesi ve kontrol duygusunun gelişmesidir (2,5,6).

Profesyonellerin hastalarıyla iletişim kurdukları çok farklı yollar vardır. “Uzmanlık modeli”nde, güç ve sorumluluk sağlık elemanlarının elindedir; örneğin, bir cerrahi operasyonda, hastanın ameliyat hakkında fazla bilgi sahibi olması önemli değildir. Oysa, sağlık sorununun tam olarak tedavi edilemediği diyabet gibi kronik hastalıklarda bu model uygun değildir. Böyle bir durumda sağlık elemanlarının sorumluluğunun hastaya verilmesi daha yararlı olabilir. Peki bu durumda sağlık elemanı hasta ilişkisi nasıl olmalıdır? Araştırmalar, kronik hastalıklarda en başarılı profesyonel destek biçiminin “güçlendirme modeli” olduğunu göstermektedir. Profesyonellerle güçlendirmeye dayalı bir ilişkide, bilgi-beceri-güven sürekli bir biçimde profesyonelden bireye doğru aktarılır. Bunun sonunda birey uzun süre profesyonellere gereksinim duymaz, kendini yalnız başına idare edebilir (7).

Sağlık profesyonellerinin güçlendirmeyi profesyonel bir amaç olarak belirlemesi, güçlendirme çalışmalarının en iyi yoludur. Eğer ima edilir ya da olması varsayılırsa başarı elde edilmez. Hedefin açık ve kesin olarak, hatta yazılı şekilde ifadelendirilmesi önemlidir. Terapötik aktiviteler, bireyle birlikte ailelerinin de bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik olmalıdır (7).

Güçlendirme çalışmalarının yeterince vurgulanmadığı bir uzmanlar dünyasında yaşıyoruz. Ebeveynliğin pek çok yönü uzmanlar tarafından üstlenilmiş durumda. “Beslenme için en iyi zaman”dan, “çocuğunuzla nasıl konuşacağınız” gibi pek çok şey hakkında yüzlerce kitap var. Bu bilgiler, ebeveyn çocuk arasındaki bilgi geçişini zorlaştırmakta, ebeveynler kendilerini kolayca yetersiz hissedebilmekte ve ne yazık ki profesyonel grup da bu yetersizlik duygusunu besleyebilmektedir. Bununla birlikte kör uğraşlı profesyonel öneriler, çocuğunuza yardım için en iyi yol değildir. Oysa, güçlendirme ile ebeveynler, çocuklarının bakımı hakkında gerekli daha fazla bilgi ve beceri, amaç ve problem çözme stratejisine sahip olacaktır. Çünkü, çocukları hakkında en fazla ayrıntıyı ebeveynleri bilir. Çocuğunuza yardım etme gücüne sahip olduğunuz zaman, onlara memnun edici ve kaliteli bir yaşam şansı vermeniz olasıdır (7).

Pek çok vakada profesyoneller ailelerin güçlendirilmesini desteklemeleri gerektiğine inanırlar, fakat bu gerçekleşmez. Bu süreci önleyen pek çok neden vardır:

- Mesleki / tıbbi dil kullanılması ve kavramların aileler tarafından anlaşılması;
- Değerlendirme ve önerilerin, ailelerden ziyade profesyonellerin inanç ve önceliklerini yansıtması;
- Önerilerin amaç odaklı olmaktan ziyade, aktivitelere dayandırılması;
- Profesyonellerin ‘durumu kontrolünde tutma’ gereksinimi;
- Ailelerin sorumluluk üstlenmede isteksiz olması ve profesyonellerin yapmasını beklemesi;
- Ailelerin sorunun kronik özelliğini kabullenmede zorlanması, çocuklarının sorunlarının bir süre sonra biteceğini umut etmesi (7);

Birey, güçlendirme sürecinin tüm halkalarının özü, çekirdeği olarak görülür.

Güçlendirmede *temel ilkeler* şunlardır:

- *Saygılı olmak*: Hemşireler bireyin bilgi ve uzmanlığına saygı göstermenin önemini bilmelidir.
- *Bireyi merkez almak*: Birey etkileşim sürecini kontrol edebildiğini hissetmek ister. Bir başka bireyin bağımsızlığını sağlamada “profesyonel yardım nasıl olmalıdır” sorusu tartışmalı bir konudur.
- Bireylerin deneyim ve katkılarına *değer vermek* ve *onaylamak* gerekir.

- *Araştırmacı / meraklı olmak*: Hemşireler bireyin ilgilerini, hayat hikayesi ve arzularını, geçmiş ve geleceğe dair isteklerini, yaşam koşullarını, kendisiyle ve başkalarıyla ilişkilerini ifade etmesinin önemini farkında olmalıdır.
- *Aynı dili konuşmak*: Güçlendirme çalışmalarında, dilin güçlendirmeyi engelleyici ve etiketleyici etkisi dikkate alınmalıdır. Birey ve sağlık profesyonelleri dili aynı anlamda kullanmaya özen göstermelidir. Aynı zamanda iyi bir dinleyici olunmalı ve kişiye kendi dünyasını tanımlamasında kendi kelimelerini kullanması için izin verilmelidir.
- *Gözden geçirmek ve değerlendirmek*: Sağlık profesyonelleri tartışmanın özetini yapmanın, yorumlarının doğru anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmenin ve tüm oturumu değerlendirmenin yararını bilmelidir.
- *Geleceği planlamak*: Hemşireler, kişinin yaşamla ilgili planlarını, gelecekte neye gereksinim duyduklarını ve bunu nasıl yapacaklarını belirlemenin önemini farkında olmalıdır (2).

Güçlendirme Aşamaları

Güçlendirilme, adım adım gerçekleşen bir süreçtir ve aşamaları şunlardır:

- Güçlendirmeyi İsteme

Güçlendirme faaliyetlerinde mesaj açıktır: Eve gittiğinizde patron sizsiniz. Sorunu ve ne yapılacağını, sorun yaşadığınızda kimi arayacağınızı bilmek zorundasınız. Bu sorunla başa çıkmak için güçlenmek zorundasınız. Güçlendirme, sadece anlık başa çıkmayı geliştirmek demek değildir, bireyin uzun dönem sağlıklı ve iyi olma düzeyini geliştirmektir. Öncelikle güçlendirme hedefi oluşturulur, bireyin sorunlarına göre değerlendirme süreci belirlenir ve yaşam boyu olası sorunlar açıklık kazanır. Sorunlar açıklıkla tanımlanabiliyorsa bu durum geçerlidir. Eğer sorunlar, birçok profesyonelin muayenesini gerektiren karmaşık sorunlarsa, güçlendirmeyi düşünmek uygun değildir. (7).

- Sorunu Bilme

Güç sadece bilgidен elde edilir. Güçlendirilmeye gereksinimi olan birey, eğer ebeveyn, öğretmen veya çocuksa, sorunu açık olarak anlayamazsa, bu sorunla başa çıkma sorumluluğunu üstlenmesi de mümkün olmaz. Sorunu doğru anlamak için , sorunun genetik ve medikal yönü, çocuğun ne yapıp ne yapamadığı, hastalığının kontrolünün nasıl olduğu, çocuğun günlük yaşamını nasıl etkilediği, geleceğin muhtemelen ne olacağı, hastalığın zamanla nasıl gelişeceği (ortaya çıkabilecek komplikasyonlar) ilgili diğer sorunlar ve bunların birbiriyle uyumunun nasıl olduğu, aynı zamanda çevresinin hastalığa ve çocuğa karşı tutumu ve çocuğun bunlara verdiği yanıt bilinmelidir (7).

Bu bilgilere ulaşmanın en iyi yolu süreçte aktif olmaktır. Formal olarak düzenlenmiş (hazır) bir dizi soru kullanarak yanıt almak işi kolaylaştırabilir. Bu bilgiler ışığında çocuğun zayıf ve güçlü yönleri öğrenilir. Güçlü yönler kontrolü sağlamada önemlidir; Çocuğun ilgi alanları (matematik, bilim), destekleyici bir aile, arkadaşlar, okul, komşuluk ilişkileri, aynı sorunu yaşayan bir baba veya başka bir yakını, okul dışındaki ilgileri...vb. bilgiler toplandıktan sonraki aşama ne yapılacağını bilmektir (7).

- Ne Yapacağını Bilme

Diyabetli bireyler için pek çok olanak vardır: İlaç tedavileri, kendi kendine ölçüm yöntemleri, bireysel ve grup eğitimleri, yaz kampları vb. en iyi bilinenlerdir. Bu yolculuk boyunca önemli dönüm noktalarının, durulacak yerlerin, geçmişin etkilerinin ve geleceğe ilişkin planların bilinmesi Bunlar gelecekteki amaçların belirlenmesi ile olur. Bunlar, geleceğin istenen şipşak resimleridir; ne zaman ve nasıl olması istenilen şeylerdir. Amaçların önce belirlenmesi, ne yapılacağını bilmeyi de kolaylaştıran bir uygulamadır. Her olanağın, çabanın, zamanın ve paranın belirlenen hedeflere ulaşmadaki etkisi karşılaştırılırsa, tedavinin hedefleriyle iyileşmeyi kolaylaştırma arasında denge kurulabilir. Bu sayede sağlık profesyonellerine bağımlılık azalır. Birey özgürleşir (7).

- Girişimde Bulunma

Birey kendi amaçlarını kendisi belirlediğinde onlara sahiplenir, onları gerçekleştirmek için başkasının onay /iznine gerek duymaz. Seçeneklerini sağlık profesyonelleri ve yakın çevresi ile paylaşabilir, tartışabilir ancak hangisini isterse onu

seçer. Bazı olaylarda bu durum farklı olabilir, ilaç kullanımında olduğu gibi profesyonel bir öneri gerekebilir. Seçilen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir, başarılı olduğunda daha fazla sorumluluk üstlenilir (7).

- Hatalardan Öğrenme

Öğrenmenin en iyi yolu hangisidir? Bir ebeveyn veya öğretmen olarak bunu kimse garanti edemez. Ebeveynler arasındaki en yaygın inanış anne-babaların doğruyu bildiğidir. İngiliz çocuk psikiyatristi D. Winnicott bunu, “iyi-yeterli ebeveynlik” olarak tanımlamıştır. Ebeveynlik bitkilerin gelişimi gibidir; besin, ışık, su gibi öğeler gerektirir; fakat sistem eğer yanlışlar zamanında belirlenir ve düzeltilirse, hatalara karşı oldukça toleranslıdır. Yanlışlardan korkmaktan ziyade, onlardan öğrenme ve gelişme fırsatı yaratılmalıdır. Eğer sorunlar, riskler ve iyileştirici faktörler tam olarak anlaşılırsa, amaçları, stratejiler seçilebilir ve girişimde bulunulabilir. Eğer yanlış yapılmışsa erkenden belirlenebilir ve onunla ilgili bir şeyler yapılabilir. Bu geceleyn yelkenle yolculuğa benzer. Amaçların belirlenmiş olması, ufuktaki ışıklar gibi yol göstericidir (7).

Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi

Diyabet yaşamın her yönünü etkileyen uzun süreli kronik bir hastalıktır. Diyabetle yaşamak kolay değildir. İlaç tedavisinin başarısı bireysel kontrolle sağlanır. Yaşam tarzı, fiziksel aktivite ve beslenme programındaki değişimi beraberinde getirirken, bireysel sorumluluk da gerektirmektedir. Tip I diyabette hiperglisemi riski dengelenmeye çalışılırken hipoglisemi de önemli bir sorun yaratmaktadır. Tip II diyabet genellikle yaşam tarzında değişiklik yapmayı gerektirmektedir. Ama bu oldukça güçtür. Diyabetlerinin yönetiminde daha çok sorumluluk alan insanların kan şekeri düzeyinde, ciddi hipoglisemi ataklarında azalma olduğu, yaşam kalitesinde belirgin bir düzelme olduğu ve tedaviden memnun oldukları görülmektedir. Bununla birlikte diyabetli bireylerin büyük bir bölümü bireysel sorumluluk almada çok istekli olmayabilirler. Diyabet tanısı “utanma”, “reddetme”yi içeren bazı psikolojik değişikliklere yol açabilir; bu durum da bireyin hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olur. Tanı koyulması kişinin öz-saygısını azaltabilir, direnç ve depresyon gelişebilir. Bireysel yönetim ve bakımın faydaları açıktır. Diyabetli bireyin sorumluluğu kendi yaşamında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kontrolünü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, bireyin hayatındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını ve

uygulamasını sağlamaktır. Bilgi, eğitim ve bireysel yönetimi sağlayan psikolojik destek, diyabet bakımının temel taşıdır. Diyabetli bireyler risklere ve yaşam tarzındaki değişikliklere uygun davranışları nasıl geliştireceklerini değerlendirmek için bilgi, beceri ve motivasyona gereksinim duyar. Davranış değişikliğini destekleyen aile ve sosyal çevre, hem uygulamalar için destek hem de bireylerin inançları için temel yapı oluşturur (3,4,6,7,8,9,10).

Sağlık bakım sisteminden maksimum yarar sağlamaları için güçlendirilmiş hale gelmek her diyabetli bireyin hakkıdır. Böyle bir güçlendirmenin oluşturulmasını sağlamak diyabet ekibinin sorumluluğudur. Diyabet bakımının amacı, diyabetli bireyi hastalığının yönetimiyle ilgili olan sağlık ekibine rehberlik edecek yeterliliğe getirmektir.

Güçlendirmenin hedefleri:

- Sağlık bakım ekibinin becerilerinden maksimum yarar sağlayarak kendine “güveni arttırma”.
- Günlük sorunların yönetiminde yardım için en erken ve en relaks yaklaşımı sağlamak
- Geç komplikasyonlar ortaya çıktığında verilmesi gereken sağlık bakımını mümkün olan en iyi yolla vermek (3).

Diyabetli bireyin güçlendirilmesi, diyabet hizmetlerinin aktif politikası olmalı, mevcut diyabet birlikleri bunu desteklemelidir. Diyabetle ilgili yayınlarda ve diğer bilgi kaynaklarında buna yer verilmesi ve ilgililere ulaşması büyük önem taşır. *Hasta eğitiminin primer hedefi “güçlendirme”nin sağlanmasıdır.* Diyabet bakımı, ancak hasta eğitimi süreciyle birleştirildiğinde ve bakımın sonuçları sürekli olarak değerlendirildiğinde etkili olur. *Hasta eğitiminin amacı, yaşam kalitesini en üst düzeyde tutarak etkin bir diyabet “öz yönetimi”nin başarılmasıdır.* Eğitim, diyabet bakımının temel taşıdır çünkü, diyabetlilerin günlük durumlarını yönetebilmeleri kritik öneme sahiptir. Araştırma sonuçları, diyabette hasta eğitimi olmadığı zaman, diyabete bağlı majör komplikasyonların dört kat daha fazla ortaya çıktığını göstermektedir. Bununla birlikte “gözlemci komisyon raporu”, sadece 1/3 hastanenin yapılandırılmış diyabet eğitimi programı olduğunu, sadece 2/3 hastanın bir yıl önceki programda başarılı olduğunu, diyabetli hastaların genellikle yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve

hastanın bilgilendirilmesi için yapılan faaliyetlere devamının yeterli olmadığını ortaya koymuştur. (3).

Diyabet bir yaşamdır, diyabet eğitimi de yaşam boyu devam etmeli ve dinamik olmalıdır. Diyabet eğitimi “*planlanmış öğrenme deneyimleri*”ne dayanır, “*danışmanlık*” ve “*davranış modifikasyonu teknikleri*” gibi yöntemlerin kombinasyonunu içerir. Eğitim programları uygun şekilde oluşturulmalı ve değerlendirilmeli, eğitim ve davranış bilimlerine temellenmelidir. Tüm hastaların eğitimi, onların eğitim düzeylerine, alt yapılarına, bireysel ihtiyaçlarına ve yaş, etnik, kültürel inançlar gibi bireysel özelliklerine uygun olmalıdır. (3,6,8,9,10).

Hasta eğitiminin amacı, bireye bakımda motive edici ve aktif karar almasını sağlayıcı bilgi sağlamak ve öz bakım için gerekli olan yeteneği kazandırmaktır. Aile üyeleri, partnerler ve bakım vericiler uygun olan her yerde eğitime dahil edilmelidir. (3,11,12,13,14).

Hasta eğitiminin hedefleri:

- İnsülin tedavisinin optimal ve uygun olarak kullanımını sağlamak
- İnsülin tedavisinin sosyal ve yaşam biçimine yönelik sonuçlarıyla başa çıkmak
- Tedavinin yan etkilerini belirlemek ve yönetmek
- Tedavinin sonuçlarını izlemek ve sonuca uygun şekilde davranmak
- Beslenme ve egzersizi içeren diğer tedavileri etkili olarak kullanmak
- Hastalık sırasında uygun öz yönetimi sağlamak
- Karşılaştığı sağlık bakım hedefleri ve stratejilerini kabul etmek
- Diyabet sağlık ekibi üyelerinden etkin olarak yararlanmak
- Diyabetin geç dönem hasarlarını bilmek ve uygun şekilde başa çıkmak
- Diyabet bakımında beklenmedik ve yeni sorunlara uygun tepkide bulunmak
- Kendine zarar verici davranışlardan sakınmak ve stresle yeterince başa çıkmak.

Eğitimi yalnızca bir bilgi aktarımı olarak sunmak, dönemli yaşam değişimi ve iyi bir diyabet kontrolü için yeterli değildir. Eğitim, “*davranış değişim stratejileri*”, “*öz yönetim*” ve “*destekleyici yaşam değişimi*”nde etkili olmalıdır. Bu stratejileri uygulamak için şunlar gereklidir:

- Hasta ve sağlık bakım profesyoneli arasında “*amaç birliği*”

- Engelleri ve destekleri tanımlamak; hastanın potansiyel engellerini günlük sosyal çevresi ve gerekli olduğu yerde alternatif ölçümlerin tartışıldığı bir “*konsültasyon*”,
- Değişim için farklı “*seçeneklerin tartışılması*”,
- Değişimin başarılı olması için “*diğer bilgi kaynakları, araç ve destekler*”in tanımlanması (3).

Hasta eğitimi *planlanmış bir süreç* olmalıdır. Bu süreç şunları içermelidir; hasta ya da hasta grubunun *eğitim ihtiyaçları belirlenmeli*, hastanın algıları, öncelikleri ve amaçları göz önünde bulundurulmalı ve bunlara partnerler dahil edilmelidir. Hastaya verilecek bilgiler kendi çevresine uygun olan koşullar belirlenerek verilmelidir. Aktivite belirlenmesi: klinik sonuçlar, bilgi ve öz bakım yetenekleri, psiko-sosyal ölçümler ve yaşam kalitesi, minimum bir yılın sonunda görülmeye başlar (3,8,11,12,13,14).

Eğitimin Uygulanması: Diyabet hastaları için en iyi olduğu gösterilmiş tek bir eğitim yöntemi yoktur. Hasta eğitimi bire-bir ya da grupla uygulanabilir. Aynı zamanda uzaktan öğrenme ve multimedya da kullanılabilir. Uygun format hasta tarafından tanımlanmalıdır (3)

Eğitim uygulamaları, öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik davranış modellerini ve yetişkin eğitimi özelliklerini içermelidir. Diyabetle yaşayan kişinin deneyiminin ve bireyselliğinin benzersiz olduğu göz önüne alınarak, eğitim uygulamaları didaktik olmaktan çok “*hastayı uygulamaların içine almak*”la daha etkili olabilir. *Sosyal öğrenme değişimleri, problem çözme yetenekleri ve öz etkililiği* içermelidir. Eğitim, klinik bakım içine düzenli olarak entegre edilmelidir. Her diyabet servisi hasta eğitimi ile ilgili müfredat ve programlarını oluşturmalıdır. Hasta eğitimi iyi eğitilmiş personel ve sadece minimum kaynak gerektirir. Her hasta özel gereksinimlere sahiptir, eğitim gereksinimleri bireyselleştirilmelidir. Bazı özel gruplar (gençler, hamileler, yaşlılar..) için özel programlar gereklidir.

Eğitimin üç bölümde organize edilmesi yararlıdır:

Tanı konulduğunda ve tanıdan kısa bir süre sonra : Burada amaç; hastaya yeni durumu üzerinde kontrol sağlayabilmesinde minimum becerileri kazandırmaktır. Örn, diyabet ve sonuçları hakkında doğru ve destekleyici bilgi, kendine enjeksiyon yapma, kendini izleme, hipoglisemi, diyetle karbonhidrat dağılımı vb. konuları içermelidir.

Taniyi izleyen aylarda: Eğitim en iyi bire - bir temelde verilir. Özel konulara öncelikle yer verilmelidir. Ayrıca; a) hastalıkla başa çıkma, insülin tedavisinin hedefleri, sağlıklı beslenme b) diyabetin yan etkileri, risk faktörleri, ayak bakımı c) iş veya okul, sigorta, ehliyet ve seyahat d) hamilelik gibi başlıklar altında verilmelidir.

Uzun dönemde ulaşılmak istenen hedef: 1 ve 2. bölümün düzenli olarak *pekiştirilmesi* ve hasta eğitiminin yıllık *değerlendirilmesidir*. Grup eğitimi, sorunları açıklayan ve çözüm sağlayan ve akranlar yoluyla davranışsal değişiklik sağlamada güçlü bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, adölesan gruplarda oldukça yararlıdır (3,7,10).

Diyabet Eğitiminin Değerlendirilmesi :

Eğitim, en az her 1-2 yılda bir formal olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirme şunları içermelidir:

- Geleneksel metabolik ölçümler; kilo, glikozillenmiş hemoglobin(HbA1c) ve serum trigliserid konsantrasyonu..vb.
- Uygun davranışların varlığı; diyabet derneklerine üyelik, uygun ayakkabıların giyilmesi, enjeksiyon bölgelerinin iyi durumda olması...vb.
- Yaşam biçiminin, emosyonel uyumun, öz bakım ve aktivitelerini engelleyen faktörlerin algılanışının değerlendirilmesi
- İstenen kısa süreli hedeflerin (kontrol ve kilo) ve uzun dönem zararların algılanışı (geç doku hasarı)
- Diyabet becerilerinin incelenmesi (izlem, enjeksiyon, hipoglisemi kontrolü, ayak bakımı)
- Bilgi: Bilgiyi test eden soru kağıtları/anketler, iyi organize edilmiş diyabet servisleri için daha az yararlıdır. Kaynakların ve organizasyonun yetersiz olduğu hallerde bakımla ilgili eksiklikleri göstermede daha uygun olarak kullanılabilir.
- Diyabet için özelleştirilmiş “iyilik ve sağlık profili değerlendirilmesi” sağlayan ölçekler/araçlar uygundur. Özel olmayan ölçümler önerilmemektedir (3).

Öz- denetimin Rolü :

Yeterli derecede eğitilmiş bir diyabetlinin insülin dozuna uyumu, beslenme programına ve egzersizde yapılan değişikliklere yönelik bilgilendirilmesi uygundur. Tüm diyabetli bireylere yeterli eğitim yoluyla kendini-diyabetini yönetme/denetleme fırsatı verilmelidir. Öz denetimin diyabetlilerin öz bakımında önemli rolü vardır (3).

- Kan şekerinin öz denetimi tüm IDDM'li bireyler için önerilmektedir. Kan şekeri denetim tekniklerinin herhangi bir şekli, güvenilir ve yeterli bir kontrol sağlıyorsa kabul edilebilir. Diyabetli birey bu konuda uygun eğitim almalı ve teknikler düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- Kan şekeri ile ilgili test sonuçları kaydedilmelidir. Kayıtlar, günlük kan şekeri düzeylerini ve tedavide yapılan günlük değişiklikleri, özel durumların erken tesbitini içermelidir.
- Diyabetli bireyin bireysel gereksinimlerine uygun sıklıkta ve günün farklı zamanlarında uygulanan ölçümler gerekebilir. Örn, günde iki kez açlık-tokluk, hafta sonları, uyku öncesi veya gece gibi..
- Günlük rutin test zamanları, yemeklerden önce ve yemek yendikten 2. saatteki ölçüm değerleridir. Yatma zamanı yapılan test diyabetli bireyin noktürnal hipoglisemi eğilimini belirlemede yararlıdır.
- Kendi kendine uygulanan testlerin güvenilirliği değerlendirilmelidir. Güvenilir olmayan sonuçlar/ kayıtlar sağlık ekibinin yaptığı hasta eğitiminin başarısızlığını gösterir.
- Kan şekeri düzeyinin aşırılıklarında (özellikle düşük düzeyde olması) değerler yorumlanmalı ve önlem alınmalıdır.
- Kan şekeri izlemenin mümkün olmadığı veya hastanın istemediği durumlarda idrarda şeker analizi kullanılmalıdır. İdrarda keton analizi, kan şekerinin sürekli yüksek olduğu durumda, akut hastalıklarda, kusma olduğunda yararlıdır. İdrarda keton testi becerisinin aralıklarla kontrol edilmesi gerekebilir (3).

Profesyonel Eğitim ve Sürekli Eğitim

Diyabet bakımının dört özelliği, profesyonellerin sürekli eğitimini diğer sağlık bakım alanlarından daha önemli yapar:

1. Hastanın eğitimi, major bir öğedir: Yetişkin eğitimi ve davranış değişikliği ile ilgili beceriler mutlaka kazandırılmalıdır.
2. Bilgi ve beceri temeli hızla geliştirilmeli ve güncelleştirilmelidir.
3. Multidisipliner ekip, aynı varsayımlarla hareket etmeli ve birbirleriyle etkin iletişim kurmalı ve danışmanlık sağlamalıdır.

4. Değerlendirme becerileri, diyabet bakımının önemli bir bölümüdür, yaygın olarak bu beceriler mevcut değildir.

“Profesyonel eğitim”, sadece eğitim veren diyabet ekibi için değil, sağlık bakımı yöneticileri, primer sağlık bakımı personeli ve diyabet derneğindeki kişiler için amaçlanmalıdır. “Sürekli eğitim” (yilda en az 2 gün), becerileri sürdürmenin önemli bir parçasıdır. Profesyonel eğitim kaynakları; hastalar, eğitim uzmanları, yöneticiler ve diyabet bakımı ile ilgili özel becerilere sahip diğer gruplardır. Akademik kurumlardan da eğitim tekniklerinin uygulanması ve kurslar yoluyla işbirliği sağlanmalıdır. Kredilendirme sisteminin olduğu yerlerde diyabet bakımı için de böyle bir kredilendirme sağlanmalıdır. Diyabet ekibinin sürekli eğitiminin bütçesi, iyi bir yatırım kaynağı olan öncelikli bir alan olarak görülmelidir (3,10).

Hemşireler ve Güçlendirme

Güçlendirme, topluma ve profesyonel hemşirelik uygulamalarına yönelik bir sorumluluktur. Hemşireler, uygulamalarını daha iyi yapmak için sürekli fırsatlar araştırmak, bilgi ve becerilerini bu yönde kullanmak zorundadır. Değişen sosyal gereksinimlere cevap vermeli diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmalıdırlar. Sonuç olarak, yapılan işten, verilen hizmetten, kendi kişisel, mesleki gelişmelerinden ve ilerlemelerinden sorumludurlar. Hemşirelik vizyonu, güçlendirme için esastır. Kaliteli hasta bakımı sunma ile ilgili hemşirelik vizyonu, sosyal sorumluluk misyonunu destekler ve uygulamalarda hemşirelere rehberlik eder. Karar verme sürecine katılım, vizyonla ilgili çalışmalarda hemşirelere yardım eder. Hemşirelik uygulamalarındaki kontrolü artırır ve hastalarla ilgili başarılı sonuçlar elde etmeyi sağlar. Güçlendirilmiş hemşireler olarak, daha fazla iş doyumunu sağlar. Güçlendirilmiş ekiplerin sağlık ekibi üyeleri arasında karşılıklı saygı, hemşirelik uygulamalarına sahiplik duygusu yaşanır (1).

Mesleki uygulamaları geliştirmek için pek çok fırsat vardır. Her gün yapılan işler değerlendirmeli; hasta için, bölüm için ve kurum için yapılabilecek en iyi şeyin ne olduğu sorgulanmalıdır. Lider ve yöneticiler, hemşirelerin güçlendirilmesinde önemli rehberlik ve destek sağlar. Onlar, bilgi elde etmede, karar verme sürecindeki sınırları açıklamada, karar verme sürecinin yönetimle paylaşımını kolaylaştırmada mükemmel kaynaklıdır. Hemşireler, kararların çoğunlukla yönetim tarafından alındığını, kurumun

bundan bir bütün olarak etkilendiğini (örneğin sistemle veya finans kaynaklarıyla ilgili kararlar...) anlamalıdır. Bununla birlikte, bu olayların pek çoğunda hemşirelerin alınan kararlara girdi / veri sağlama fırsatları mevcuttur. *Güçlendirilmiş hemşireler, hastalara ve uygulamalara kendini adar, sorumlu ve güvenilir kararlar alırlar.* Karar verirken, hem kurumun amaçlarını hem profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen kararlar alırlar. Güçlendirme, profesyonel uygulamaları etkileyen umut, heyecan ve enerjiyle birleşir. En yüksek kalitede hasta bakımının garantisi olur. *Güçlendirme ile ilgili araştırmalar ; “karar verme”, “iş gerilimi”, “iş etkinliği” ve “iş doyumu”* bakımından olumlu sonuçlar vermiştir. Liderlik davranışları da güçlendirme ile uyumlu bulunmuş, güçlendirmenin çalışma hayatının kalitesini yükseltebildiği öne sürülmüştür (1,15,16,17).

Diyabet Hemşirelerinin Diyabetli Birey/Ailesinin Güçlendirilmesi Konusundaki Yaklaşımları

V. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu içerisinde Diyabet hemşireleri ile “Diyabetli birey/ailesinin güçlendirilmesi” konusunda yapılan grup çalışmaları sonucunda hemşirelerin aşağıdaki sorulara verdikleri yanıtlar sunulmuştur.

1. Diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesi niçin önemlidir?

- Özgüveninin gelişmesi
- Yaşam kalitesinin artması
- Diyabetle yaşama uyumunu arttırma
- “Hasta” olarak değil de “birey” olarak algılanabilmesini sağlama
- Sorunlarıyla başedebimeyi kolaylaştırma
- Becerilerinin artması ve olumlu davranış değişiklikleri sağlama
- Tedavinin başarısı ve sürekliliğini sağlama
- Bireyin özgür meslek seçimini kolaylaştırma
- Sağlık bakımeğibinin mesleki doyum ve başarısını arttırma

2. Diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesi kapsamında neler yer almalıdır?

a. Birey/ailenin hangi yönleri güçlendirilmelidir?

- Hastalık hakkında bilgisi
- Sosyo-ekonomik durumu
- Sağlık güvencesi

- Hastalığı algılayışı (yaşam biçimi, gelenek ve görenekleri, alışkanlıkları ...)
- Davranış biçimi
- İletişim becerisi

b. Güçlendirme nasıl/hangi yöntemlerle yapılmalıdır?

- Eğitim, danışmanlık
- Beceri kazandırma
- İşbirliği sağlama
- Dinleme
- Aynı dili kullanma
- Ortak hedefleri belirleme
- Birey ve çevresini birlikte ele alma
- Güven verme/güven kazanma
- Malzeme temininde yardım

3. Diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesinde yaşanan sorunlar/güçlükler nelerdir?

a) Bireye ait güçlükler;

- Hastalığı red/kabullenmeme
- Anksiyete
- Bilgi ve becerisinin yeterli olmaması
- Yanlış inançları, korkuları
- Özgüven, özbakım eksikliği
- Sorumluluktan kaçma
- Varolan başka hastalıkları

a) Aile ve çevreden kaynaklanan güçlükler;

- Ekonomik güçlükler
- Düşük sosyoekültürel düzey
- Ailenin yaklaşımı; kabullenmeme, aşırı koruyucu tutum ya da dışlama
- Yanlış inançları ve tutumları

a) Sağlık ekibinden kaynaklanan güçlükler;

- Konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları
- Empati yokluğu

- Yargılayıcı tutum
- İş merkezli çalışma
- İş yoğunluğu

4. Diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesi çalışmalarının etkili olabilmesi için neler yapılmalıdır?

- Diyabetli birey ve ailesinin; güçlü ve yetersiz yönleri, diyabete bakış açıları değerlendirilmeli
- Sürekli eğitim ve danışmanlık sağlanmalı
- Güven verilmeli
- Motivasyon sağlanmalı
- Uygun ortam sağlanmalı
- Sağlık personelinin eğitimine önem verilmeli
- Ekip çalışması sağlanmalı
- Sağlık ekibi üyeleri araştırma yapmaya ve gelişmeye açık olmalı

4. Diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesinden kimler sorumlu olmalı ve hangi nitelikleri taşımalıdır?

- Diyabet ekibi üyeleri
- Bireyin yakın çevresi, arkadaşları
- Sosyal güvenlik kurumları çalışanları
- Sivil toplum örgütleri çalışanları
- İlgili firma çalışanları
 - Sorumlu bireyler; yeterli bilgi ve beceriye sahip, sorumluluk sahibi, istekli ve motive, iletişim becerilerine sahip, sabırlı ve ekip yaklaşımına uygun nitelikler taşımalıdır.

Kaynaklar

1. Bieber PL, Swenson LL: The 'Power' within empowerment: You. *Am. Nurs.* 31(6):5, 1999.
2. Stevenson C, Leamy M, Barker P: The philosophy of empowerment, *Mental Health Nursing* 20(9):8-12, 2000.
3. Consensus guidelines for the management of insulin-dependent (Type 1) Diabetes 2. empowerment, education, self-care, and lifestyle. <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch2.htm#Empower> ; Erişim tarihi: 13.10.2003
4. National Service Framework for diabetes standards, Chapter 2: Standards empowering people with diabetes. Department of Health. 2001. <http://www.doh.gov.uk/nsf/diabetes/ch2/empowering.htm>. Erişim tarihi: 13.10.2003.
5. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC.: Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18(7):943-9, 1995.
6. Anderson RM, Piebernic-Okanovic M.: The patient empowerment approach to diabetes care. *Diabetologia Croatica* 28(3):101-111, 1999.
7. IDDM Consensus guidelines Chapter 1 : Professional training and continuing education. <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch1.htm>. Erişim tarihi: 13.10.2003.
8. DEHKO- Development programme for the prevention and care of diabetes in Finland 2000–2010. <http://www.diabetes.fi/english/programme/programme/chapter8.htm>; Erişim tarihi: 13.10.2003.
9. Funnell MM.: Empowerment: New Role for Health Professionals, New Role for Patients. <http://www.idb.hr/diabetologia/01no1-1.html> <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=212> ; Erişim tarihi: 20. 11.2003
10. Funnell MM. Lessons learned as a diabetes educator. *Diabetes Spectrum* 13:69-70, 2000.
11. St Vincent Declaration primary care diabetes group statement on patient empowerment. <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/t1dgch2b.htm#Empower> ; Erişim tarihi: 13.10.2003.
12. Baksi AK., Craddock S.: What is empowerment? *IDF Bulletin* 14; 29-31, 1998.
13. Baksi, A K.: Empowerment: changing the “patient” into a “person who has diabetes”. *St Vincent Newsletter Summer 1998*. <http://www.diabcare.asso.fr/workingg1.html>; Erişim tarihi: 13.10.2003.
14. Task Force to Revise the National Standards: National standards for diabetes self-management education programs. *Diabetes Educ* 21:189–193, 1995
15. School Of Nursing, Atkinson Faculty Of Liberal And Professional Studies, York University Winter 2003 Course Outline Ak/Nurs3000 3.0n Development Of Self As Nurse III: Professionhood.
16. Kettunen T., Postiparta M., Liimatainen L.: Empowering counseling-a case study: nurse-patient encounter in hospital *Health Education Research* 16(2): 227-238, 2001.
17. Mattera CE: Indiana University School Of Nursing Academic Programs S485 Professional growth and empowerment. <http://nursing.iupui.edu/AcademicPrograms/default.asp?AcademicPrograms/EnvforHealth/Syllabi/S485syl.htm>; Erişim tarihi: 13.10.2003.