

DIYABETLİ HASTALARDA EĞİTİMİN ÖNEMİ VE EĞİTİM YÖNTEMLERİ

Dr. Türkân Ekinciler*

Giriş

Diyabet, kan şekerini düzenleyen insülin hormonunun yetersizliği nedeniyle kan şekerinin yeterince kullanılamaması sonucu oluşan bir metabolizma bozukluğu hastalığıdır. Hastalığın oluşumu bir çok etmenle ilgilidir. Bunlardan en önemlileri şişmanlık ve genetik etmenlerdir. Diyabet, pankreasta insülin salgılayan beta hücrelerinin enfeksiyon, pankreatik hastalıklar, diğer endokrin hastalıklar, diüretik ve kontraseptif ilaçların kullanılması gibi nedenlerle fonksiyonlarının bozulması veya harabiyetleri sonucu da oluşabilir.

Hastalık erken teşhis edilip, sürekli ve istenen biçimde kontrol edilirse hipoglisemi koması, hiperglisemi koması, diyabetik damar hastalığı, diyabetik retinopati, diyabetik nefropati, diyabetik nöropati gibi komplikasyonlar önemli ölçüde azaltılır veya önlenir (1, 2, 3). Ancak tedavide en önemli rolü hastanın kendisi oynamaktadır. Çünkü, diyabet hastanın yemek alışkanlıklarında değişiklik yapmasını, günlük yiyecek değişimlerini öğrenmesini, hastalığın belirtilerini ve buna bağlı acil önlemleri almasını, insülin alanların idrar testlerini ve insülin enjeksiyonunu yapabilmelerini gerektiren bir hastalıktır (4).

Sağlık örgütlerinde çalışan ve hastayı tedavi eden kişiler, öncelikle kendi bilgi ve becerilerinden hareketle hastayı tedaviye çalışmakta ve gerekli önerilerde bulunmaktadırlar. Oysa hastanın da kendi alışkanlıkları vardır ve alışkanlığın değiştirilmesi uzun zaman

* Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Görevlisi.

ve ilgi yanında bu iş için eğitilmiş kişilerin yardımını gerektirmektedir. Son yıllarda bu konu üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır ve hastaya hastalığı ile ilgili yeni alışkanlık ve beceri kazandırmanın yolları ve yaklaşımları bulunmaya çalışılmıştır (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Bu yazı, diyabetli hastalarda eğitimin önemi, eğitim yöntemleri ve hastanın öğrenmesi gerekli konuları içermektedir.

Diyabetli Hastalar Neden Eğitilmelidir?

Her hasta, hastalığı ve tedavisinin esasları konusunda eğitilmezse tedaviden olumlu sonuç beklenilemez. Ancak ömür boyu süren ve yalnız ilaçla sonuç alınamayan hastalıklarda bu eğitim çok daha büyük bir önem taşımaktadır. Diyabet tedaviyle geri döndürülemiyen bir hastalıktır ve hasta yaşam süresini uzatmak istiyor ve yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa ömrünün sonuna kadar bazı kurallara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır.

Diyabetin tedavisi hastanın yaş ve durumuna göre, insülin, oral hipoglisemik ajanlar ve diyet tedavisi ile sağlanır. Çocukluk çağı diyabetinde (Juvenil diyabet) insülin şarttır. Fakat yetişkinlerde tedavi tamamen diyetle sağlanabilir. Hasta durumuna göre hangi gıdalardan ne zaman ve ne kadar alması gerektiğini, insülini ne zaman ve ne kadar yapması gerektiğini, oral hipoglisemik ajanların yararlarını ve alınış zamanlarını bilirse diyabetin önemli bir çok komplikasyonundan kendisini korumuş ve yaşam süresini uzatmış olur (2, 11). Diyabetin en önemli komplikasyonu hiperglisemi komasıdır. 60 sene önce diyabette komadan ölüm oranı % 64 iken 10 sene önce ilk sırayı % 48,7 ile kalp hastalıkları almıştır (12). Stone (12) birkaç sene süreyle izlediği 160 poliklinik takipli yetişkin diyabetlinin tedavilerinin başarılı olmamasını, diyabet programlarının iyi anlaşılmanmış olmasına bağlamıştır.

Hassell ve Medved (5) in 150 hemşire, doktor ve diyetisyen arasında yaptıkları araştırmada diyabet tedavisinde en önemli problem nedir sorusunu genellikle hepsi hastanın bilgisizliği ve işbirliği yapılmaması diye cevaplamışlardır.

Hastaların hastalıkları hakkında neler bildiği konusunda da çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

Mc Donald (14) yaptığı bir araştırmada diyabetli yetişkin hastaların % 77 sine hastalıklarına uygun diyet önerileri verildiğini

bunlardan ancak % 10 unun ne yapacaklarını anladıklarını belirtmektedir.

Williams ve arkadaşları (15) bağlı buldukları kliniğe başvuran hastalardan 3/4 ünün uygun diyet uygulamadıklarını saptamışlardır.

Stulb (16), yaptığı araştırmada diyet alan hastaların ancak % 25 inin doğru bilgiye sahip olduklarını görmüştür.

Holland (17) 1957 hastaya hastalıkları ile ilgili bir kursa katılıp katılmadıklarını ve bazı yiyecek değişimlerini bilip bilmediklerini sormuştur. Hastalardan % 45 i doğru yiyecek değişimleri vermişlerdir. Doğru bilgi verenlerin çoğu konferansa katılmış olanlardır.

Juvenil diyabetin kontrolü çok güçtür. Kan şekeri ani iniş çıkışlar gösterir. Juvenil diyabet yetişkinlerin aksine sadece diyetle tedavi edilemez. Ayrıca oral hipoglisemik ajanların etkisi de çok azdır. Juvenil diyabet; insülin, diyet ve sınırlı aktivite ile kontrol altına alınabilir. Juvenil diyabetlinin tedavisinde kendisi kadar, ailesi ,sosyal ve akademik çevresi ile ilgili sağlık personeli de önem taşır.

Etzwiller ve Smes (18) yaptıkları bir araştırmada bir diyabet kampında toplanan çocukların kendilerine, ailelerine, doktorlarına öğretmenlerine bazı sorular yöneltmişlerdir. Çocukların yaşları 6—15 dir ve 29 u erkek 43 ü kızdır. Bunlardan %75 inin zekâ durumları normaldir ve kalan % 25 in I.Q ları da önemli bir düşüklük göstermemektedir. Fakat erkek çocukların %52 sinin kız çocuklarının %11 inin okulda başarısız oldukları görülmüştür. Çocukların %47 si 5 yıldan fazla diyabetlidir. Hepsi insülin almaktadır. Ayrıca 4 ü oral hipoglisemik ilaçlar almaktadır. Çocukları tedavi eden doktorlardan 1/4 ü hastaların, hastalıklarının kontrolünün güç olduğunu söylemişlerdir. Kontrolün güç olduğu söylenenler 10—13 yaşları arasında olanlardır.

Bu araştırmada annenin, hastanın denetiminde çok önemli bir rolü olduğu görülmüştür. Çocukların %80,6 sının insülini annesi tarafından %26'4 ünün babası, %36,1 de kendileri tarafından yapılmaktadır. İdrar testleri ise, %8,7 kendileri %45,8 anneleri, %19,4 ü babaları tarafından yapılmaktadır.

Anne, baba ve çocuklarının hastalıkları hakkındaki bilgileri sorulduğunda, annelerin %40, babaların %26, çocukların %15 i

doğru cevap vermişlerdir. Çocukların %52,8 i kısıtlı diyet almaktadır, %77,6 sı insülin reaksiyonlarını bilmektedir, %90 koma belirtilerini bilmekte ancak % 56,9 u yanlarında şeker taşımaktadırlar. Çocukların senede yalnız 1 defa doktora gittikleri ve günde sadece 1—2 defa idrar testi yaptıkları öğrenilmiştir.

Etzwiller (19), yaptığı bir diğer araştırmada çocuklara hastalıkları hakkında neler bildiklerini sormuş ve hastalık esasları hakkında bilgileri olmadığını görmüştür. Benzer bir test bu çocukların ebeveynlerine de verilmiş ve benzer sonuçlar alınmıştır (20).

Diyabetli Hastaları Kim Eğitmelidir?

Hastaya, hastalığı ile ilgili kuralları öğretmek ve bunu uygulamasını sağlamak bilgili ve işbirliğine istekli kişilerce gerçekleştirilebilir. Özel olarak bilgi verilmeyen ve işbirliği yapılmayan hastaların kurallara uymalarını beklemek olanaksızdır (4).

Diyabetlinin eğitimi konusu, doktor, hemşire, psikolog, psikiyatrist gibi kişileri de ilgilendirmekte ise de bu kişilerin hastaya eğitim dışında daha pek çok ve zaman alıcı görevleri olduğundan bu gün için bu yaklaşım en etkin olarak tedavici diyetisyenler tarafından gerçekleştirilebilir. Nitekim son zamanlarda tedavici diyetisyenlerin bu konuyu üstlenmeleri, bu nedenle de bu konularda yetiştirilmeleri gerektiği konusunda fikir birliğine varılmıştır (1,4, 9,10 13, 21, 22, 23).

Doktorun görevi hastalığı teşhis etmek ve uygulanması gerekli kuralları belirtmekten ibarettir. Psikolog ve psikiyristlere, hasta için yaşamı bir şey ifade etmediği hallerde ve diyeti uygulamak istemediği hallerde gerek vardır. Hemşirenin görevi de hastaya insülini nasıl tatbik edeceğini, idrar testini nasıl yapacağını göstermektir. Ancak bunların planlı ve programlı bir şekilde yürütülebilmesi ve sürekli kontrol edilebilmesi bir kişinin denetimini gerektirir. Bu da bugün için tedavici diyetisyenlerce gerçekleştirilebilir. Yetişkin diyabetlilerde tedavinin yalnızca diyetle olduğu hatırdan tutulursa diyetisyenin görevinin önemi daha açık olarak anlaşılabilir. Ancak önemli olan bir başka sorun diyetisyenin bu görevi ne derecede gerçekleştirebildiğidir. Önemli güçlüklerden biri, doktorun diyetisyenle iyi bir ilişki kurmaması, bu konuda gerekli konsültasyonu istememesidir. Hasta ziyaretlerinde doktorlarla birlikte diyetisyende bulunmalıdır ve diyetisyen hastasını yattığı günden itibaren görebilmelidir. Diyetisyen hastayı genellikle taburcu olurken görebilmektedir ve hastaya 5-10

dakika içinde, yaşantısını etkileyen ve ömür boyu uygulayacağı diyetin özelliklerini anlatmaktadır. Bu sürede yapılabilen hastaya ilk bakışta çok karmaşık görülen ve ürkütücü olan değişim listelerini vermekten ibarettir (4).

USA Diyabet Eğitim Merkezi, diyetisyenlerin hastaya diyeti anlatmalarının en az 6—12 saatte mümkün olabileceğini belirtmektedir (5). Ayrıca hasta eğitimi ayrı yetenek ve bilgi gerektiren bir iştir. Öncelikle diyetisyenlerin bu konuda eğitilmeleri gerekir.

Hinkle (24), çeşitli hastanelerde yaptığı gözlemlerde, diyetisyenin hastaya en uygun diyeti en başarılı biçimde verdiğini ancak bunun yeterli olmadığını belirtmektedir. Hinkle, tedavici diyetisyenin hastaya hastanede yattığı sürede diyet vermek, görevinin sadece bir bölümünü kapsamaktadır, demektedir. Diyabetli hasta hastanede ortalama 7,7 gün kalmaktadır. Oysa hasta bundan sonra ortalama 25 sene daha yaşayacaktır. Yani zamanının %99 unda hasta tedavi edilmemektedir. Hastanın bu sürede diyeti uygun biçimde hazırlayıp yediğinden emin olmak güçtür.

Birçok hastanede diyetisyenler zamanlarının büyük bir bölümünü servisin düzenli olması için gerekli garson eğitimi, tabak, çanak siparişi, vs, ile harcamaktadırlar. Oysa hasta hastanede kısa süre kaldığı için önemli olan evinde uygulayıp uygulamaması olduğuna göre, hastaya hastanedeki servisin düzeltilmesinin kendi ellerinde olmadığı, bunun ekonomik bazı durumlarla ilgili olduğu söylenmeli, hasta her gün ziyaretle beslenmeleri konusunda eğitilmelidir. Hastane beslenme servisi örgütü ve yönetimi yönetici diyetisyenlerin görevleridir. Burada sözü edilen tedavici diyetisyenlerdir ve aslında tedavisi diyetisyenlerin belirtilen 11 maddelik görevlerinden birinde, hastayı hastanede ve poliklinikte diyet tedavisi ve beslenmesi yönünden eğitir, hastalarla haberleşerek diyet takiplerini ve değerlendirilmesini yapar denilmektedir (25).

Bugün için memleketimizde her hastanede diyetisyen mevcut değildir. Çalışan diyetisyenler de hem yöneticilik hem tedavici diyetisyenlik görevlerini yüklendiklerinden hastaların eğitimlerine fazla zaman ayıramamaktadırlar. Diyetisyenler, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünce yetiştirilmektedirler (26). Sayıları artığında bu görevi gerektiği şekilde yapabilirler, ancak doktorların kendilerinden bu konuda yardım istemeleri ve onlarla işbirliği yapması şarttır.

Hacettepe Hastanelerinde çalışan diyetisyenler hastaları yatakları başında eğitmekte, bunun için bir form kullanmakta (27) ve hasta taburcu olurken veya polikliniğe gelen diyabetliler için hazırlanmış diyet örneği ve değişim listeleri (28) vermektedirler.

Diyabetli Hastalar Nasıl Eğitilmelidir?

Diyabet tedavisinde önemli olan hastaya uyması gerekli kuralların açıklanması değil, hastanın bunu gerektiği şekilde uygulamasıdır. Bunun içinde hastanın eğitilmesi gerekir. Diyabetli hastaların eğitimi için pek çok yöntem geliştirilmiştir. Bu eğitim programını yürütenler öncelikle, hastalar için ayrı dosyalar açmalı ve dosyaya hastanın yaşı, cinsi, eğitim durumu, ekonomik durumu, yemek alışkanlıklarını kaydetmelidir. Hastalar durumlarına göre gruplandırılmalı ve eğitim programı hazırlanarak hastalardan istenilen sonuç alınana kadar eğitim yapılmalıdır. Bu tür kronik hastalıklarda hastanın sadece kendisinin eğitilmesi yetmez. Beraber yaşadığı kişilerin de ona yardımcı olabilmesi için eğitilmesi gerekir. Bu durum özellikle juvenil diyabetliler için önem taşır. Ayrıca diyabetli erkek ise bakımıyla ilgili olan kadın, onun yemeklerinin hazırlayıcısı olarak bu konuda çok iyi eğitilmelidir (4).

Hastaya sadece besin ihtiyaçları ve alacağı yiyecekler değil, seyahat ederken, özel durumlarda, tatillerde ve başka özel durumlarda ne yapması gerektiği belirtilmelidir. Hastanın hastaneye yattığı ilk günlerde eğitim yapmak doğru değildir. Hem zaman yetmez hem de hasta hastalığı nedeni ile ilk günlerde bu bilgileri alamaz. Genellikle 7—10 gün sonra eğitime başlamalıdır. Hastanın öğrenmesi gereken pek çok şey vardır ve hasta sağlıklı yaşamak için bunları uygulamak zorundadır. Bunlar; idrar testi, insülin enjeksiyonu, aktivitesini ayarlaması ve uygun yiyecek seçimidir. İnsan yaşamı mevsimlere göre değişiklik gösterir. Hastanın bütün bu durumlarda zorluk çekmeden diyetini uygulayabilir hale gelmesi gerekir. Eğitim programı, slayt, teyp, televizyon, flim, renkli kartlar gibi araçların kullanılması ile verilen kurslardan ibarettir. Yeni yöntemlerde, hastaların grup şeklinde eğitilmelerinin daha yararlı olduğu belirtilmektedir. Grupla öğrenme daha çok kişiye aynı anda ulaşma ve birinin denemelerinden diğerinin yararlanması yönünden yararlı olmaktadır (5). Ancak kişilerin olanakları ve eğitim durumları farklı olabileceğinden grupları bu durumlara göre yapmak, kullanılan ders materyallerinde de buna dikkat etmek gerekir (21,29).

Watkins ve arkadaşları (30) eğitim programı hazırlanırken dikkat edilmesi gerekli hususları şöyle özetlemektedirler.

1. En etkin yol nedir?
2. Ne kadar öğretilir?
3. Hastanın yeterli bilgisi olduğu halde motivasyonu yoksa ne yapılabilir?
4. Hasta kendini kontrol edebilecek hale nasıl getirilir?

Burada en önemli husus hastayı motive etmektir. Kişileri motivasyona itmenin 3 temel esası vardır (31).

1. *Hastayı anlamak* : (Hastanın sosyal, psikolojik, ekonomik, kültürel ve etnik çevresinin tanınması, fiziki ve hissi olgunluğu, psikolojik gelişimi, arkadaşları ve amirleri ile olan ilişkilerinin bilinmesi)

2. *Hastanın istek ve gereksinimleri* : (Yaşadığı çevreden veya arkadaşlarından baskı görüp görmemesi çok önemlidir. Hasta bu tür baskıda mıdır ve yardım görmek istemekte midir?)

3. *Hastaya problemini kabul ettirmek* : (Hasta problemlili olduğuna inanmazsa yardım almaz).

16 yaşında 83 kg olan bir kız çocuğu ile her gün 1—2 saat karşılıklı konuşma sonucu 3 ayda 13 kg vermesi sağlanmış ve hasta bu kiloyu uzun süre korumuştur (31).

Eğitim programı bu hususlar dikkate alınarak planlanırsa başarılı olur. Eğitimin etkin bir şekilde yapılabilmesi için bu amaçla bir merkez kurmanın yararlı olacağı önerilmektedir (567).

Bu merkezlerde bazı hususlara dikkat etmek gerekmektedir.

1. Ücret, hastaların ödeyemeyeceği kadar olmamalıdır.
2. Merkez iş yerlerine uygun olacak şekilde yakın olmalı gidip gelme kolaylaştırılmalıdır.
- 3 .Merkeze hasta ile beraber yakınları da alınmalıdır.

4. Eğitim yapacak kişiler, menü planlama, yiyecek hazırlama, pişirme, diyabet diyetinin özellikleri, davranış değiştirme yöntemleri gibi konuları yeterince bilmelidir. Aldığı eğitime göre daha önce de belirtildiği gibi bu duruma en uygun kişi diyetisyenlerdir. Ancak her bölgede bir diyetisyen bulmak güç olabileceğinden ev ekonomistleri ve halk sağlığı hemşirelerinden, bu konularda eğitilmeleri koşulu ile yararlanılabilir. Eğitim, olanaklar içerisinde uygulamalı olarak yapılmalıdır.

5. Merkezde ayrıca belirli saatlerde idrar testi, insülin enjeksiyonu gösterecek bir hemşire ve hastaların tıbbi kontrollerini yapacak bir doktor bulunmalıdır.

Diyabetliler için uygulanan merkez eğitim programlarında yer alan konular ve kullanılan eğitim araçları şöyle özetlenebilir (2, 6). Tablo I)

Tablo 1

Diyabetliler İçin Örnek bir Eğitim Programı

Konular	Eğitim Araçları
Eğitimin Amacının Açıklanması Kişilerin Eğitime Hazırlanması	Şekiller
Diyabet Nedir İnsülinin Rolü	Sindirim sist. şeması Şekiller
Diyabette Diyetin Önemi	Şekiller
Hipoglisemik Koma	Komanın hareketlerle gösterilmesi
Diyabetin Komplikasyonları	Resimler
Diyabette Kişisel Bakım	Resimler
Aile Planlaması ve Hamilelik	Resimler
Diyabetli Şöförlerin Sorunları	Film
Yiyecek Grupları ve Değişimler	Değişim listeleri (28)
Değişim Listelerinden Yiyecek Seçimi	Plastik veya karton yiyecek Şekilleri
Yiyeceklerin Hazırlanmasında ve Pişirilmesinde Dikkat Edilecek Hususlar	Tarife örnekleri
İdrar Testi ve İnsülin Enjeksiyonu	Yaparak gösterme

Eğitim yapacak olan diyetisyenler diyabetlilerin hastalıkları dolayısı ile huzursuz endişeli ve bedbin olduklarını bilmelidirler. Eğitim sırasında konuşmaktan çok göze hitap eden eğitim araçlarından yararlanılmalıdır. Bu eğitim araçları ne kadar renkli ve şematize ise eğitime katkıları o kadar büyük olur. Eğitimin yapılacağı odanın ışıklandırması ve havalandırması yeterli olmalı ve ses düzeni herkesin duyabileceği şekilde kurulmalıdır (23).

Etzwiller (6) Tablo I deki gibi bir eğitim programını, kurdukları diyabet eğitim merkezinde bir haftada uygulamıştır. Hastalar eğitim sırasında kahvaltı ve öğle yemeklerini merkezde bulunan kafeterya da yemektirler. Burada görevli diyetisyen denetiminde, yemeklerini almakta bu arada kendilerine verilen değişim listelerini kullanmaktadırlar.

Hastalar eğitim başlamadan 1 saat önce merkeze 24 saatlik idrarlarını toplamış olarak gelmektedirler. İdrar testleri merkezde görevli hemşireler tarafından bizzat yapılarak gösterilmektedir. Bu arada insülin alması gerekenler varsa idrar testi sonuçlarına göre merkez doktoru, gerekli insülin dozlarını anlatmakta sonra yine hemşire tarafından insülin enjeksiyonu yapımı gösterilmektedir. Hastalara bu uygulamalar için gerekli materyaller verilmekte kendilerinin de yapmaları istenmektedir. Böylece eğitim ve uygulama birlikte yürütülmektedir.

Dış ülkelerde bir çok hastanede diyabetliler için bir ünite kurulmuştur. Bu ünite tedavici diyetisyen görevlidir. Ancak hastanın doktoru ve hemşiresi ile devamlı işbirliğindedir (9, 3).

Diyetisyen, hastalara yattıkları sürede uygun zamanlarda bu üniteden nasıl yararlanacaklarını anlatmaktadır. Hastanelerde ünitelerin çalışma sistemleri farklıdır.

Stucky (9), hastalara broşür verildiğini broşür ile birlikte teyp dinletildiğini belirtmektedir. Hasta broşürün açıklamasını teypten dinlemektedir. Teypte ayrıca diyetin esasları, önemi, yiyecek hazırlama ve pişirme de dikkat edilecek konular yer olmaktadır. Toplam 25 dakika sürmektedir. Yararı, hastanın istediği anda teybi durdurabilmesi ve geri alabilmesidir. Bu iş için özel oda bulunmaktadır. Oda yönetimi diyetisyene aittir. Hasta gerekirse sorularını görevli diyetisyene sormaktadır. Bu yöntemle diyet ilkelerini öğrenen hastalara ve ayrıca ilkeleri direkt olarak diyetisyenden alan hastalara eğitim başlamadan önce ve eğitimden sonra sorular sorulmuştur. İlkeleri diyetis-

yenden alan hastaların sorulara verdikleri doğru cevaplar yeni diyabetlilerde önce %18, sonra %31, bir seneden fazla diyabetli olanlara önce %41, sonra %46 olmuş, teypten dinleyenlerde ise birinci grupta %46 ya, ikinci grupta %48 e çıkmıştır. Bu durum teybin diyetisyenin anlatımı kadar yararlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca diyetisyen zaman harcamamış olmaktadır.

Phanayil (10), Chicago Etgewater Hastanesinde plastik menü modelleri kullandıklarını belirtmektedir. Eğitim için ayrılan odada masalar vardır. Her masada diyetleri aynı olan en fazla 4 hasta oturmaktadır. Her masada bir de diyetisyen vardır. Hastalara genel bir açıklama yapılmakta daha sonra plastik yiyecek modellerinden menü düzenlemeleri istenmektedir. Hastalar kendileri rahatlıkla yapana kadar tekrarlanmaktadır.

Trayser (8), hastalara idrar testi ve insülin enjeksiyonu için uygulamalı dersler verdiklerini belirtmektedir. Bu derslerde ayrıca diyet önerileri verilmektedir ve 5 derslik bir eğitim programı planlanmıştır. Gerekli materyaller bir sepet içinde korunmakta, hastanın durumuna göre bazen odasına bazen de sınıfa getirilip bu materyallerin yardımı ile gerekli açıklamalar yapılmaktadır. Sepette, idrar testi için gerekli materyaller, insülinler ve enjektör, alkol, pamuk vs. yanında diyabetliler için hazırlanmış yemek kitabı bulunmaktadır. Hastalara açıklama yapıldıktan sonra bizzat yapmaları istenmekte, öğrendiği saptandıktan sonra taburcu edilmektedir.

Hassel ve Medved (5), Ohio da 500 yataklı bir hastanede 24 kontrol, 21 deney olmak üzere 45 hasta üzerinde yaptıkları bir araştırmada hastanın yatağının başında eşitilmesi ile sınıfta eğitilmesi arasındaki farkı incelemişlerdir. Sonuçta, sınıfta eğitim alanların hastalıkları ile ilgili sorunlara verdikleri cevaplar diğerlerinden önemli derecede yüksek olmuştur. Bunun yanında diyetisyenin her hastaya ayrı ayrı zaman harcamaması nedeni ile eğitim için harcadığı zaman önemli derecede azalmıştır.

Özet ve Sonuç

Diyabet, tedaviyle geri döndürülemiyen bir hastalıktır ve hasta yaşam süresini uzatmak istiyorsa ömrünün sonuna kadar bazı kuralara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır. Bu durum diyabetli hastalar için büyük ve önemli bir sorundur. Bu nedenle diyabetlilerin hastalığı ve gereksinmelerini çok iyi bilen kişilerce belirli bir süre eğitilmeleri gerekir. Bu

kişiler bugün için zamanları ve gördükleri eğitim bakımından tedavici diyetisyenler olmalıdır.

Tedavici diyetisyenler esasen bu amaca yönelik yetiştirilmektedirler. Ancak eğitimin yalnız hastanelerde kalmaması bir merkezce denetlenmesi gerekmektedir. Diyabet eğitim merkezi, hastaneleri şubeleri gibi kullanılmalı, sürekli iş birliği yapmalıdır. Eğitim, uygulamalı olmalı ve toplu olarak yapılmalıdır. Dış ülkelerde kullanılan eğitim programlarından bizlerde yararlanmalı ve diyetisyen, doktor, hemşire işbirliğine önem vermeliyiz.

KAYNAKLAR

1. Krause, M.V., : Food Nutrition and Diet Therapy. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 294, 1966.
2. Usmen A. : Şeker Hastalığı. Tanımı ve Tedavisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2 : 77, 1973.
3. West, K.M. : Prevention and Therapy of Diabetes Mellitus. Nutrition Reviews. 33 : 7 : 193. 1975.
4. Etzwiler, D.D., The Patient is a Member of the Medical Team—Journal of the American Dietetic Association. 61 : 421, 1972
5. Hassell, J., Medved. E. : Group Audiovisual Instruction for Patients with Diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 66 : 465, 1975.
6. Etzwiler, D.D. : Developing a Regional Program to Help Patients with Diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 52 : 394, 1968.
7. Ohlson, M.A. : Suggestions for Research to Strengthen Learning by Patients. Journal of the American Dietetic Association. 52 : 401, 1968
8. Trayser, L.M. : A Teaching Program for Diabetics, American Journal of Nursing. 73 : Jan : 92 : 1963,
9. Stucky, V.T. : Tape Recording, Booklet Teach Diets. Hospitals 42 : 78 : Dec : 6 : 1963.
10. Phanayil, P. : Patients Learn How to Calculate Special Diets in Hospital Classes. Modern Hospital. 112 : June : 100, 1969.
11. Goldner, M.G. : Knatterud, G.L. Prout, T.E. : Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult Onset Diabetes. Journal of the American Medical Association. 218 : 29 : 1400 : 1971.
12. Stone, D.B. : A Rational Approach to Diet and Diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 46 : 30 : 1965.
13. Stone, D.B. : A True Role for the Dietitian a Scholar in Nutrition. Journal of the American Dietetic Association. 49 : 26 : 1966.

14. Mc Donald. G.W. : Diabetes Supplement of the National Health Survey. Journal of the American Dietetic Association 52 : 119 : 1968.
15. Williams, T.F. : Anderson, E., Watkins, J.D., Coyle, V. : Dietary Errors Made a Home by Patients with Diabetes, Journal of the American Dietetic Association. 51 : 19 : 1967.
16. Stulb, S.C. : The Diabetes Supplement of the National Health Survey, Journal of the American Dietetic Association. 52 : 391 : 1968.
17. Holland, W.M. : The Diabetes Supplement of the National Health Survey Journal of the American Dietetic Association. 52 : 387 : 1968.
18. Etwiler, D.D., Smes E. : Juvenile Diabetes and as Management Family Social and Academic Implications. Journal of the American Medical Association 181 : 304 : 1962.
19. Etwiler D.D. What the Juvenile Diabetic Knows About His Disease. Pediatrics. 29 : 135 : 1962.
20. Etwiler D.D. Collier, B.N. : Comperative Study of Diabetes Knowledge Among Juvenile Diabetics and Their Parents. Diabetes, 20 : 51 : 1971.
21. Reardon, E. : Can Sub—Professionals Assist in Teaching Patients with Diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 52 : 405 : 1968.
22. Young C.M. : The Therapeutic Dietitian — A Challenge for Cooperation. Journal of the American Dietetic Association. 47 : 96 : 1965.
23. Mac Rae. N.M. The Dietitian in Private Practice. Journal of the American Dietetic Association 51 : 52 : 1967.
24. Hinkle, L.E. : Customs Emotions and Behavior in the Treatment of Diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 41 : 341 : 1962.
25. İşçimen, S., Köksal, G. : Diyetisyenler ve Çalışma Alanları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1 : 1 : 7 : 1972.
26. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Ders Programı. Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Hacettepe Üniversitesi. 1975—1976.
27. Hastaların Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması ve Beslenme Eğitiminde Kullanılan Form Örneği. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. 1970.
28. Diyabetli Hastalara Verilen Diyet Örneği ve Değişim Listeleri. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1972.
29. Spindler, E.B. : Program Aides for Work with Low—income Families Part I. Use of a Home Economics Program Aide Part II. Developing a Training Program for Program Aides, Journal of the American Dietetic Association. 50 : 478 : 1967.
30. Watkins. J.D. Williams, T.F. Martin, D.A., Hogan, M.D., Anderson E. : A Study of Diabetic Patients at Home, American Journal of Public Health. 57 : 452 : 1967.
31. Pechos, P.S. : Stimulating the Patient in Self Motivation. Journal of the American Dietetic Association. 61 : 423 : 1972.