TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARIN DİYABET İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ; BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM VE AİLE HEKİMİNİN ROLÜNE İLİŞKİN HASTA PERSPEKTİFİNİN NİTEL ÇALIŞMASI

Dr. Berna Birankar

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARIN DİYABET İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ; BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM VE AİLE HEKİMİNİN ROLÜNE İLİŞKİN HASTA PERSPEKTİFİNİN NİTEL ÇALIŞMASI

Dr. Berna Birankar

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

PROF.DR. TUNCAY MÜGE ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

PROF.DR. TUNCAY MÜGE ALVUR

ETİK KURUL UYGUNLUK ONAYI

Karar No: GOKAEK-2024/16.16 Proje No: 2024/419 Karar Tarihi: 10.10.2024

2025

TEŞEKKÜR

Mesleki yolculuğum boyunca bilgi ve birikimine hayranlık duyduğum, hekimlik ahlakını örnek aldığım, yalnızca akademik anlamda değil insani duruşuyla da bana yol gösteren; sorumlu hocam olmasından her zaman büyük bir gurur ve mutluluk duyduğum, benim gibi pek çok aile hekimlği asistanına ilham olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli hocamız Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a gönülden teşekkür ederim. Onun rehberliği, güveni ve inancı bu süreci benim için çok daha anlamlı ve güçlü kılmıştır.

Her zaman nazik yaklaşımı, anlayışı ve güven veren duruşuyla yanımızda olan; bugün geldiğim noktada emeğini asla inkâr edemeyeceğim değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Canan Tuz Yılmaz'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Necmi Eren ve Dr. Metin Ergül'e katkıları ve değerli destekleri için teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sevgisi ve sabrıyla bana güç veren canım annem Ayla'ya; emeği, desteği ve her koşulda arkamda duruşuyla bana güven veren babam Abdurrahman'a sonsuz teşekkür ederim. Varlıklarıyla hayatımı güzelleştiren, iyi ve zor zamanlarımda yanımda olan kıymetli kardeşlerime minnettarım.Ve tez sürecinin uzun ve yorucu günlerinde sessizce yanımda olan, varlığıyla yüzümü gülümseten canım kedim Artemis'e de özel bir teşekkür borçluyum, iyi ki benimlesin.

Tez sürecimin her aşamasında bilgi ve desteğini esirgemeyen, birlikte düşünmenin ve üretmenin kıymetini bana bir kez daha hissettiren kıymetli meslektaşım Ümmügülsüm Varolgüneş'e içten teşekkür ederim. Bu yolculukta yanımda oluşu benim için çok değerliydi.

Dr. Berna BİRANKAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iii

TABLOLAR DİZİNİ viii

ŞEKİLLER DİZİNİ ix

KISALTMALAR DİZELGESİ x

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1 Diyabetes Mellitus Tanımı Ve Sınıflandırılması 3

2.1.1 Tip 1 Diyabetes Mellitus 3

2.1.2 Tip 2 Diyabetes Mellitus ve Patofizyolojisi 3

2.1.3.Gestasyonel Diyabetes Mellitus 5

2.2.Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi 5

2.3. Diyabetes Mellitus Belirti Ve Bulguları 5

2.4. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri 6

2.5. Diyabetes Mellitus'a Bağlı Gelişen Komplikasyonlar 7

2.5.1. Akut Komplikasyonlar 7

2.5.2. Kronik Komplikasyonlar 8

2.5.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar 8

2.5.2.1 Mikrovasküler Komplikasyonlar 9

2.5.2.1.1. Diyabetik Retinopati 9

2.5.2.1.2. Diyabetik Nöropati 10

2.5.2.1.3. Diyabetik Nefropati 11

2.6. Diyabetik Hastalarda Standart Bakım İlkeleri 12

2.7. Tip 2 Diyabet Risk Faktörleri Ve Tarama Endikasyonları 14

2.8. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tedavisi 14

2.8.1. Diyabet Eğitimi 15

2.8.1.2. Fiziksel Aktivite Önerileri 16

2.8.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi 17

2.8.3. Medikal Tedavi 17

2.8.4. Diyabet Tedavisinde Glisemik Kontrol Hedefleri 19

2.9. Diyabet, Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyaliz İlişkisi 20

2.10. Bütüncül Yaklaşımın Tanımı ve Aile Hekimliğindeki Önemi 21

3. GEREÇ VE YÖNTEM 23

3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Yöntemi 23
3.2. Araştırmanın Etik İnceleme ve Onay Süreci 24
3.3. Katılımcılar ve Örneklem 24
3.4. Veri Toplama Süreci 25
3.5. Veri Analizi 25
3.6. Araştırmanın Güvenirliği ve Geçerliliği: 26
4.BULGULAR 28
4.1.Sosyo-demografik Verilerin Analizi 28
4.2. Tema 1: Tanı Süreci, Bilgilendirme Ve Hastalık Farkındalığı 30
4.2.1. Alt Tema: Tesadüfi ve Gecikmiş Tanı 30
4.2.2. Alt Tema: Hastalığın Ciddiyetinin Geç Fark Edilmesi 31
4.2.3. Alt Tema: Hastalığın Nedenine Yönelik Algılar 32
4.2.4. Alt Tema: Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık 32
4.2.5. Alt Tema: Semptomların Algılanması ve Bilgi Eksikliği 33
4.2.6. Alt Tema: Hekimlerin Bilgilendirme Rolü 34
4.3. Tema 2: Tedavi Sürekliliği, İlaç Kullanımı Ve Tedaviye Uyum 34
4.3.1. Alt Tema: Tedaviye Uyumluluk 35
4.3.2. Alt Tema: Polifarmasi ve Tedavi Yükü 35
4.3.3. Alt Tema: Motivasyon Eksikliği ve Tedavi Yorgunluğu 37
4.3.4. Alt Tema: Tedaviye Karşı Sorgulayıcı Tutum ve Güvensizlik 37
4.3.5. Alt Tema: Tedaviye Dair Algılar ve Endişeler (İnsülin ve İlaçlar) 39
4.4. Tema 3: Diyabet Yönetimi Ve İzlem 40
4.4.1. Alt Tema: Takip ve Kontroller 40
4.4.2. Alt Tema: Öz İzlem ve Kendi Kendine Yönetim 41
4.4.3. Alt Tema: Diyabet Eğitimi 42
4.4.4. Alt Tema: İnsülin ve Glisemik Kontrol Yönetimi 43
4.4.5. Alt Tema: Hipoglisemi ve Önleyici Yaklaşımlar 43
4.4.6. Alt Tema: Diyet ve Beslenme Uyumu 45
4.4.7 Alt Tema: Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği 46
4.5. Tema 4:Komplikasyonlarla Yüzleşme 47
4.5.1. Alt Tema: Komplikasyon Farkındalığı 48
4.5.2. Alt Tema: Komplikasyon Taramaları 49
4.5.3. Alt Tema: Komplikasyon Deneyimleri ve Kontrolsüz İzlem 50
4.5.4 Alt Tema: Nefropati ve Diyaliz Süreci 51
4.5. Tema 5: Diyabet Ve Psikososyal Süreçler 52

4.5.1. Diyabetin Duygusal Yükü ve Psikolojik Etkileri 52
4.5.2 Alt Tema: Diyabetten Bahsetme ve Çekinceler 53
4.5.3. Alt Tema: Hastalığı Kabul, Pişmanlık ve Değişim Fırsatı Üzerine Düşünceler 53
4.5.4. Alt Tema: Stresin Diyabet Üzerine Etkisi 54
4.5.5. Alt Tema: Psikiyatrik Destek 55
4.5.6. Alt Tema: Diyalizin Psikososyal Etkileri 55
4.6. Tema 6:Sağlık Sistemi Deneyimi Ve Aile Hekiminin Rolü 58
4.6.1. Alt Tema: Aile Hekiminin Diyabet Takibinde Rolü 58
4.6.2. Alt Tema: Aile Hekimine Başvuru Alışkanlıkları (İlaç Yenileme Odaklı) 60
4.6.3. Alt Tema: Aşılama ve Aşı Bilinci 60
4.6.4 . Alt Tema: Aile Hekimine Dair Algı ve Beklentiler 61
4.6.5. Alt Tema: Sağlık Hizmetlerine Erişim, Memnuniyet, Süreklilik ve Kordinasyon 62
5. TARTIŞMA 65
5.1. Tema 1 66
5.1.1. Tesadüfi ve Gecikmiş Tanı 66
5.1.2. Hastalığın Ciddiyetinin Geç Fark Edilmesi 66
5.1.3. Hastalık Nedenine Yönelik Algılar 68
5.1.4. Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık 69
5.1.5. Semptomların Algılanması ve Bilgi Eksikliği 70
5.1.6. Hekimlerin Bilgilendirme Rolü 70
5.2. Tema 2 72
5.2.1. Tedeviye Uyumluluk 72
5.2.2. Polifarmasi ve Tedavi Yükü 73
5.2.3. Motivasyon Eksikliği ve Tedavi Yorgunluğu 75
5.2.4. Tedaviye Karşı Sorgulayıcı Tutum ve Güvensizlik 75
5.2.5. Tedaviye Dair Algılar ve Endişeler (İnsülin ve İlaçlar) 76
5.3. Tema 3 Diyabet Yönetimi 77
5.3.1. Takip ve Kontroller 77
5.3.2. Öz İzlem ve Kendi Kendine Yönetim 78
5.3.3. Diyabet Eğitimi 79
5.3.4. İnsülin ve Glisemik Kontrol Yönetimi 81
5.3.5. Hipoglisemi ve Önleyici Yaklaşımlar 82
5.3.6. Diyet ve Beslenme Uyumu 84
5.3.7. Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği 85
5.4. Tema 4:Komplikasyonlarla Yüzleşme 86

5.4.1. Komplikasyon Farkındalığı 86
5.4.2. Komplikasyon Taramaları 87
5.4.3. Komplikasyon Deneyimleri ve Kontrolsüz İzlem 89
5.4.4. Diyabetik Nefropati ve Diyaliz Süreci 90
5.5. TEMA 5 : Diyabet ve Psikososyal Süreçler 91
5.5.1. Diyabetin Duygusal Yükü ve Psikolojik Etkileri 91
5.5.2. Diyabetten Bahsetme ve Çekinceler 92
5.5.3. Hastalığı Kabul, Pişmanlık ve Değişim Fırsatı Üzerine Düşünceler 93
5.5.4. Stresin Diyabet Üzerine Etkisi 94
5.5.5. Psikiyatrik Destek 95
5.5.6. Diyalizin Psikososyal Etkileri 97
5.6. Tema 6: Sağlık Sistemi Deneyimi ve Aile Hekiminin Rolü 97
5.6.1. Aile Hekiminin Diyabet Takibinde Rolü 97
5.6.2. Alt Tema: Aşılama ve Aşı Bilinci 100
5.6.3. Aile Hekimine Dair Algı ve Beklentiler 102
5.6.4. Alt Tema: Sağlık Hizmetlerine Erişim, Memnuniyet, Süreklilik ve Koordinasyon 104
Sonuç ve Öneriler 107
ÖZET 111
ABSTRACT 113
9.EKLER 115
EK-1:Etik Kurul Onayı 115
EK-2:Aydınlatılmış Onam Formu 116
EK-3:Ses Kayıt İzin Formu 117
EK-4: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu 118
KAYNAKÇA 122

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri

Tablo 2: Diyabet riski yüksek bireyler ve önerilen tarama sıklığı (TEMD ve ADA)

Tablo 3: Diyabetik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 6: Tema 1 Tablosu

Tablo 7:Tema 2 Tablosu

Tablo 8:Tema 3 Tablosu

Tablo 9:Tema 4 Tablosu

Tablo 10:Tema 5 Tablosu

Tablo 11:Tema 6 Tablosu

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL 1:Diyabetin Önlenmesinde ve Tedavisinde Tıbbi Bakım İlkeleri

KISALTMALAR DİZELGESİ

ADA — American Diabetes Association

ACE — Angiotensin Converting Enzyme

AHA — American Heart Association

ARB — Angiotensin Receptor Blocker

BMI — Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)

BP — Blood Pressure (Kan Basıncı)

BUN — Blood Urea Nitrogen

CDC — Centers for Disease Control and Prevention

CKD — Chronic Kidney Disease (Kronik Böbrek Hastalığı)

CVD — Cardiovascular Disease (Kardiyovasküler Hastalık)

DM — Diabetes Mellitus

eGFR — Estimated Glomerular Filtration Rate (Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı)

GFR — Glomerular Filtration Rate

HbA1c — Hemoglobin A1c

HDL — High-Density Lipoprotein

HF — Heart Failure (Kalp Yetmezliği)

HT — Hypertension (Hipertansiyon)

IDF — International Diabetes Federation

KBH — Kronik Böbrek Hastalığı

KAH — Koroner Arter Hastalığı

LDL — Low-Density Lipoprotein

LFT — Liver Function Tests (Karaciğer Fonksiyon Testleri)

MI — Myocardial Infarction (Miyokard Enfarktüsü)

MNT — Medical Nutrition Therapy (Tıbbi Beslenme Tedavisi)

OGTT — Oral Glucose Tolerance Test

OSA — Obstructive Sleep Apnea (Obstrüktif Uyku Apnesi)

PDR — Proliferative Diabetic Retinopathy

PAD — Peripheral Arterial Disease (Periferik Arter Hastalığı)

RCT — Randomized Controlled Trial (Randomize Kontrollü Çalışma)

RRT — Renal Replacement Therapy (Böbrek Replasman Tedavisi)

SD — Standard Deviation (Standart Sapma)

T2DM — Type 2 Diabetes Mellitus

TG — Triglyceride (Trigiliserid)

TSH — Thyroid-Stimulating Hormone (Tiroid Stimülan Hormon)

WHO — World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2 DM), dünya genelinde sıklığı hızla artan, çok sayıda organ ve sistemi etkileyen kronik metabolik, multisistemik bir hastalıktır. 20-79 yaş arasında 2021'de %10,5 olan diyabet prevalansı 2045'te %12,2 olarak tahmin edilmektedir.[1] Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre diyabet, küresel ölümlerin ilk on nedeninden biri olup, özellikle Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2 DM), toplumun yaşlanması, sedanter yaşam tarzı, obezite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişimle birlikte yaygınlığını artırmaktadır. (DSÖ,2024).[2,3] Ne yazık ki ülkemizde diyabet prevalansı, Avrupa ülkeleri arasında en hızlı artışla birinci sıradadır. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-II (TURDEP-II), diyabetin Türkiye'deki yaygınlığına ilişkin önemli veriler ortaya koymuştur. Çalışma bulgularına göre, yaş ve cinsiyete göre standardize edilmiş diyabet prevalansı %13,7 (%95 güven aralığı:13,2–14,1) olarak saptanmıştır. Ayrıca, diyabet tanısı almış bireylerin %44,5'inin hastalıklarının farkında olmadığı belirlenmiş; hastalığın, özellikle genç erişkin (20–44 yaş) ve ileri yaş (75 yaş ve üzeri) gruplarında daha sık gözden kaçtığı vurgulanmıştır.[4]

T2 DM, sadece glisemik kontrol bozukluğu ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda mikrovasküler (nefropati, retinopati, nöropati) ve makrovasküler (koroner arter hastalığı, inme, periferik arter hastalığı) komplikasyonlara da yol açmaktadır. Bu komplikasyonlar, bireyin yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık sistemleri üzerinde önemli ekonomik yük oluşturmaktadır [5]Özellikle diyabetik nefropati, hastalığın en ciddi ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlarından biridir. Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık % 40'ı ilerleyici böbrek fonksiyon kaybına bağlı olarak son dönem böbrek hastalığı (SDBH) gelişimi riski altındadır. [6]

SDBH gelişimiyle birlikte hastaların büyük bir kısmı diyaliz tedavisine başlamak zorunda kalmakta; bu süreç, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını doğrudan etkilemektedir. Diyalize giren hastalarda diyabetin kontrolü, tedaviye uyum, diyet ve egzersiz alışkanlıkları daha da karmaşık hale gelmekte, hastaların yaşam kalitesini azaltmakta ve sağlık hizmetlerine erişim gereksinimini artırmaktadır. Ayrıca bu hasta grubunun, sağlık sisteminde çoklu uzmanlık alanlarıyla etkileşim içinde olması, izlem sürecinin bütüncül bir yaklaşımla yönetilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, aile hekimliği disiplininin sunduğu bütüncül, sürekli ve hasta merkezli yaklaşımın, diyabet ve diyaliz sürecinde olan hastaların yönetiminde önemli bir rol üstlenmesi beklenmektedir. Aile hekimi, yalnızca biyomedikal sorunlara değil, aynı zamanda hastanın sosyal, ruhsal ve yaşam tarzı bileşenlerine de müdahale ederek hastalık yönetiminde sürdürülebilirliği artırabilir.[7]

Bu çalışmanın amacı; Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde diyaliz tedavisi alan Tip 2 Diyabetli erişkin bireylerin diyabetle ilgili deneyimlerini, tanıdan itibaren diyaliz hastası olana kadar ki geçirdikleri süreci ve bu süreçte aile hekiminden beklentilerini anlamaktır. Nitel araştırma yöntemiyle yürütülen bu çalışma, hasta perspektifinden yola çıkarak diyabet yönetiminde karşılaşılan sorunları ortaya koymayı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alandaki işlevini yeniden değerlendirmeyi hedeflemektedir. Böylece, diyabetin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasına katkı sağlayacak veriler sunulması ve hasta merkezli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Diyabetes Mellitus Tanımı Ve Sınıflandırılması

Diyabetes mellitus (DM), insülinin rölatif veya mutlak yetersizliği ya da periferik dokulardaki insülin direnci sonucunda gelişen, hiperglisemi ile karakterize bir karbonhidrat metabolizma bozukluğudur ve birden fazla etiyolojiye sahip metabolik bir hastalıktır. [8] Genetik ve çevresel risk faktörleri inflamasyonu, otoimmüniteyi ve metabolik stresi stresi etkileyerek diyabet gelişiminde temel rol oynamaktadır. Bu durumlar pankreastaki β-hücre işlevlerini etkiler, böylece insülin seviyeleri sonunda insülin taleplerine yeterince yanıt veremez ve diyabet tanısı koymak için yeterli hiperglisemi seviyelerine yol açar. Kan şekeri düzeylerinin düzenlenmesinde kritik rol oynayan insülinin mutlak ya da göreceli yetersizliği, zaman içerisinde başta sinir dokusu ve damar sistemi olmak üzere çok sayıda organ sisteminde geri dönüşümsüz yapısal ve işlevsel bozukluklara neden olabilir.[9]

Diyabet genetik faktörler, metabolik özellikler ve patofizyolojik mekanizmalara göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında Tip 1 ve Tip 2 diyabet, gebelik diyabeti, monogenik diyabet, ekzokrin pankreas hastalıklarına bağlı diyabet ve bazı ilaçların kullanımına bağlı gelişen spesifik diyabet türleri yer almaktadır.[10]

Tip 1 ve tip 2 diyabet klinik başlangıç şekilleri ve ilerleme süreçleri sebebiyle heterojen hastalıklardır. Genel olarak tip 1 diyabetin çocuk ve gençlerde akut hiperglisemi veya diyabetik ketoasidoz (DKA) ile başladığı, bunun aksine tip 2 diyabetin erişkinlerde hafif ve nispeten yavaş seyirli olarak başladığı kabul edilse de tanı sırasında bazı olgular bu ayırıma uymaz, bu yüzden sınıflandırmanın kesin olarak yapılabilmesi başlangıçta zordur.[8,10]

2.1.1 Tip 1 Diyabetes Mellitus

Tip 1 Diyabetes Mellitus, çoğunlukla çocukluk ve ergenlik döneminde görülen; pankreastaki insülin üreten beta hücrelerinin otoimmün ya da nadiren otoimmün dışı nedenlerle hasara uğraması sonucunda gelişen, mutlak insülin eksikliği ile karakterize bir hastalıktır. Olguların %90'ında beta hücre yıkımı otoimmünken, %10'unda idiopatiktir.[11]

2.1.2 Tip 2 Diyabetes Mellitus ve Patofizyolojisi

Tip 2 diyabet en yaygın görülen diyabet formu olup tüm diyabet vakalarının yaklaşık %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Dünya genelinde yetişkin nüfusun %10'undan fazlasının tip 2 diyabetli olduğu bildirilmektedir. Tip 2 diyabetin görülme sıklığındaki artışta en önemli

etkenler; kentleşme, nüfusun yaşlanması, fiziksel aktivite düzeyinin azalması, aşırı kilo ve obezite prevalansındaki yükselme olarak belirlenmiştir.[12]Hastalığın temelinde, insülin direnci ve buna eşlik eden beta hücre fonksiyon bozukluğu yer alır. Bu durum, insülin sekresyonunun zamanla azalmasına ve inkretin hormonlarının yetersizliğine neden olur. [13]

İnsülin direnci ve beta hücre disfonksiyonu; genetik eğilim, metabolik bozukluklar ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğu karmaşık bir patofizyolojik süreçle ilişkilidir. Periferik glukoz alımının (özellikle kas dokusunda) azalması ile birlikte endojen glukoz üretiminin artması, insülin direncinin karakteristik özellikleri arasında yer alır. Adipoz dokuda gelişen insülin direnci ve inflamasyon, T2DM gelişiminde önemli rol oynayan mekanizmalardan biri olarak kabul edilmektedir. Artmış lipoliz, serbest yağ asidi düzeylerinin yükselmesi ve ara lipid metabolitlerinin birikimi, glukoz üretiminin daha da artmasına, periferik glukoz kullanımının azalmasına ve beta hücre fonksiyonlarının bozulmasına katkı sağlar. İnsülinin mikrovasküler sistem üzerinden dokulara geçişinin gecikmesi de doku düzeyinde insülin direncinin gelişiminde kısmen sorumludur. [14]

Pankreas beta hücreleri tarafından artan kompansatuvar insülin sekresyonu başlangıçta plazma glukoz düzeylerinin normal kalmasını sağlayabilir; ancak bu evrede dahi beta hücre fonksiyonları bozulmuştur ve zamanla giderek kötüleşir. Aynı zamanda, özellikle postprandiyal dönemde pankreas alfa hücrelerinden uygunsuz glukagon salınımı gözlenir. İnsülin sekresyonundaki yetersizlik ve glukagon fazlalığı, T2DM'de yemek sonrası mide-bağırsak sisteminden salınan inkretin hormonlarına yanıtın azalması ya da salınımındaki yetersizlikle tanımlanan "inkretin defekti" ile ilişkilendirilmektedir. [15]Son yıllarda yapılan araştırmalar göstermiştir ki belirli düzeyde olmakla birlikte, barsak mikrobiyotası da T2DM'ye özgü hormonal ve metabolik bozuklukların gelişiminde rol oynamaktadır. [16]Ayrıca, hipotalamik insülin direnci (merkezi sinir sistemi düzeyinde) de dolaşımdaki insülinin glukoz üretimini baskılama yetisini azaltır. Bunun yanında, böbrek tübüllerinde artmış glukoz geri emilimi, hiperglisemiye rağmen devam edebilir.T2DM'de gözlenen bu patofizyolojik bozukluklar, hiperglisemi tedavisinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu hastalığın önlenmesi ya da geciktirilmesi mümkündür. Ayrıca son yıllarda yapılan araştırmalar, tip 2 diyabetin erken evrelerinde yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tedavi yaklaşımları ile remisyona, ulaşılabileceğine dair kanıtların giderek arttığını ortaya koymaktadır.(IDF 2025).[17]

2.1.3.Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Gestasyonel diyabet (GDM)**,** daha önce diyabet tanısı almamış kadınlarda gebelik sürecinde ortaya çıkan kronik hiperglisemi ile karakterize, önemli bir gebelik komplikasyonudur. Hiperglisemi genellikle, gebelikte artan insülin direnci zemininde pankreas β hücrelerinin yetersiz insülin sekresyonu ile ilişkilidir ve bozulmuş glukoz toleransının bir sonucu olarak ortaya çıkar.[18]

2.2.Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Diyabet, 21. yüzyılın en hızlı artış gösteren küresel sağlık sorunlarından biri olup, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar arasında 2019 yılı verilerine göre ölüme yol açan nedenler arasında dördüncü sırada yer almaktadır. (WHO 2023) Diyabetli populasyonun büyük bir kısmı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta olup Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun yayımladığı 11. Dünya Diyabet Atlası'na göre, 2024 yılı itibarıyla dünya genelinde 20–79 yaş arası yaklaşık 589 milyon yetişkinin diyabetle yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu bireylerin yaklaşık yarısının hastalıklarının farkında olmadıkları bildirilmektedir. Mevcut eğilimler devam ettiği takdirde, 2050 yılına gelindiğinde %46'lık bir artışla diyabetli birey sayısının 853 milyona ulaşması öngörülmektedir. [17]

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi çalışmasına göre ülkemizde diyabet görülme oranı %13.7 iken, Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerinde ülkemizde erişkin nufüsta bu oran %12' dir. Ülkemiz, yaşa göre karşılaştırılmalı prevalans değerlendirmesinde Avrupa bölgeleri arasında en yüksek orana (%11.1) sahipken, orta gelirli ülkeler arasında diyabete bağlı ölümlerin en sık görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır. Tüm dünyada sağlık harcamalarının önemli bir kısmı diyabet nedenli yapılırken ülkemizde de diyabet nedenli harcamalar tüm sağlıkgiderlerinin %23'ünü oluşturmaktadır**.** [19]

2.3. Diyabetes Mellitus Belirti Ve Bulguları

Diyabetin belirtileri ve semptomları, hastalığın yavaş ve sinsi seyri nedeniyle çoğu zaman bireyler tarafından göz ardı edilmektedir. Hipergliseminin etkilerinin genellikle anlık değil, uzun vadede ortaya çıkması, hastalığın başlangıç aşamasında ciddiye alınmamasına neden olabilmektedir. Polifaji, poliüri, polidipsi, iştahsızlık, halsizlik, ağız kuruluğu, noktüri klasik semptomlarını oluştururken bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, tekrarlayıcı ve iyileşmesi zor olan tedaviye dirençli enfeksiyonlar (özellikle üriner ve genital enfeksiyonlar), cilt kuruluğu ve kaşıntı daha az görülen semptomlardır.[20 ,8]

Tip 2 diyabette tanı anında makrovasküler ve mikrovasküler değişimlerin gelişmesine bağlı olarak komplikasyonlar eşlik edebilir ve bu komplikasyonlarla ilişkili birçok semptom görülebilir.

2.4. Diyabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

Diyabetes mellitus (DM) tanısı genellikle 4 temel kriterle ~~bakılarak~~ konulmaktadır. Bu kriterler; açlık plazma glukoz (APG, en az 8 saat süreyle açlık sonrası sabah ölçülen değer) değeri, klasik hiperglisemi semptomlarının eşlik ettiği durumlarda (poliüri, polidipsi, açıklanamayan ağırlık kaybı ya da hiperglisemik kriz) rastgele ölçülen plazma glukoz değeri,75 gr oral glukoz tolerans testine göre 2. saatteki plazma glukozu düzeyi ve HbA1c değeridir. Belirlenen tanı kriterlerinden yalnızca birinin sağlanması diyabetes mellitus tanısı koymak için yeterlidir Hiperglıseminin tipik semptom ve bulgularının olmadığı ve klinik bulguların net olmadığı durumlarda tanının doğrulanması için farklı bir ölçüm yöntemi kullanılmalı veya aynı test farklı bir günde tekrarlanmalıdır. [8,21]

Tablo 1: Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri

Tanı Kategorisi	APG (mg/dL)	OGTT 2.saat PG (mg/dL)	OGTT 1.saat PG (mg/dL)	Rastgele PG (mg/dL)	HbA1c (%)
Diabetes Mellitus (DM)	≥126	≥200	≥209	≥200 + Diyabet semptomları	≥6,5
İzole BAG	100–125	<140	-	-	-
İzole BGT	<100	140–199	-	-	-
BAG + BGT	100–125	140–199	-	-	-
Yüksek Risk Grubu (YRG)	-	-	≥155	-	5,7–6,4

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.sa. PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobin HbA1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, YRG: Yüksek risk grubu

Günlük pratikte OGTT uygulanan bazı bireylerde, açlık ve 2. saat glukoz değerleri normal veya BAG/BGT aralıklarında olmasına rağmen, 1. saat glukoz düzeyinin 200 mg/dL üzerinde olduğu gözlemlenmektedir. Bu nedenle, ara hiperglisemiyi tanımlayabilmek ve diyabet tanı kriterlerinde değerlendirebilmek için OGTT'nin 1. saat ölçümlerine de önem verilmelidir. 75 gram OGTT'nin 1. saatinde glukoz düzeyinin ≥ 155 mg/dL bulunması 'ara hiperglisemi' olarak kabul edilmeli ve yaşam tarzı değişiklikleri planlanmalıdır. Eğer 1. saat glukoz düzeyi ≥ 209 mg/dL olarak saptanır ve ikinci bir test ile diyabet tanısı doğrulanırsa, bu durum aşikâr diyabet olarak değerlendirilmelidir.[8,21] Eğer başlangıçta iki farklı test uygulanmış ve sonuçlar birbirini desteklemiyorsa, eşik değerin üzerinde çıkan test tekrar edilmeli ve yeniden yüksek saptanması halinde diyabet tanısı konulmalıdır. (TEMD2024 sf 16)[8]

Plazma glukoz düzeylerinin normalden yüksek ancak diyabet tanı kriterlerini karşılamadığı durumlar "prediyabet" olarak tanımlanır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) bu durumu “ara hiperglisemi” olarak adlandırmaktadır. Bozulmuş açlık glukozu (BAG), bozulmuş glukoz toleransı (BGT) ve/veya yüksek risk grubu (YRG) kriterlerinden birinin veya birkaçının saptandığı bireylerde prediyabet varlığından söz edilir.

2.5. Diyabetes Mellitus’a Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

Diyabete bağlı doku hasarının temel nedeni hiperglisemi olup neden olduğu komplikasyonlar oldukça yaygındır ve birçok morbidite ve mortaliteden sorumludur. Bu durum, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekle birlikte hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık bakım maliyetlerinin önemli ölçüde artırmasına yol açmaktadır.

Diyabetes Mellitus'un komplikasyonları, akut (hızlı gelişen) ve kronik (müzmin) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.[22]

2.5.1. Akut Komplikasyonlar

Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma (HHNK), diyabetik ketoasidoz (DKA), laktik asidoz (LA) ve hipoglisemi diyabetin akut ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden komplikasyonlardır. Diyabetik ketoasidoz (DKA) ve hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD), insülin eksikliği ve ciddi hiperglisemi sonucunda ortaya çıkan, patogenez ve tedavi yönünden birbirine oldukça benzeyen iki önemli metabolik bozukluktur. Bu durumların temel farkı, DKA’da öne çıkan sorunun mutlak insülin eksikliği, HHD’de ise belirgin sıvı kaybı (dehidratasyon) olmasıdır. Her iki tabloda da benzer oluşum mekanizmaları söz konusudur. DKA’da insülinin tamamen yetersiz olması nedeniyle yağ dokusundaki lipoliz baskılanamaz; bunun sonucunda keton cisimcikleri oluşur ve ketonemi ile ketonüri gelişir.

Buna karşın, HHD’de mevcut az miktardaki insülin, lipolizi baskılamaya yetecek düzeydedir ve bu nedenle keton üretimi genellikle görülmez. Laktik asidoz, daha nadir görülmekle birlikte, özellikle eşlik eden kardiyak, renal ya da serebral hastalıklar varlığında ortaya çıktığında yüksek mortalite riski taşır.[23]

Hipoglisemi ise, diyabetik aciller arasında en sık karşılaşılan ve acil müdahale gerektiren durumdur, genellikle insülin veya oral antidiyabetik ilaçların mutlak ya da göreceli fazlalığı sonucunda gelişir ve zamanında tedavi edilmediğinde yaşamı tehdit edebilir. Kan glikozunun 50 mg/dl’nin altında olması hipoglisemi olarak tanımlanmaktadır.[8] Ancak diyabetli bireylerde bu sınır her zaman geçerli değildir. Özellikle glisemik kontrolü yeterli düzeyde olmayan ve uzun süre hiperglisemik kalan hastalarda, kan şekeri 50 mg/dL’nin altına inmeden de

hipoglisemiye ait belirtiler gelişebilir ve tedavi gereksinimi doğabilir. Bu nedenle, Amerikan Endokrin Derneği ve Amerikan Diyabet Derneği (ADA) gibi uluslararası otoriteler, diyabetli bireylerde hipoglisemi sınırının <70 mg/dL olarak kabul edilmesini önermektedir.

2.5.2. Kronik Komplikasyonlar

Diyabetin patofizyolojik mekanizmasından bağımsız olarak, uzun süreli hiperglisemi; mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların gelişme riskini artırmakta ve bu durum, diyabetli bireylerde morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkilemektedir. Hiperglisemi geliştiğinde, diyabet tipleri arasındaki ilerleme hızları farklılık gösterse de aynı kronik komplikasyonların ortaya çıkma riski mevcuttur.[24] Tıp biliminin diyabet komplikasyonlarının önlenmesine yönelik giderek daha fazla ilerleme kaydetmesiyle birlikte, klinisyenlerin diyabet kontrolü ile vasküler yaralanma arasındaki ilişkiye aşina olması büyük önem taşımaktadır.

2.5.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar

Tip 2 diyabetin makrovasküler komplikasyonları arasında koroner kalp hastalığı, kardiyomiyopati, aritmiler, ani ölüm, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı yer alır. Makrovasküler komplikasyonların temel patolojik mekanizması, arter duvarlarının daralmasına neden olan ateroskleroz sürecidir.[25] Aterosklerozun, periferik veya koroner vasküler sistemde kronik inflamasyon ve arter duvarında meydana gelen hasardan kaynaklandığı düşünülmekle birlikte diyabetin aterosklerotik plak oluşumunu ~~olasılığını~~ artırdığı mekanizmalar tam olarak tanımlanmamış olsa da, ikisi arasında sıkı bir ilişki bulunur. İnsülin direnci/tip 2 diyabet ve makrovasküler hastalık arasındaki bağlantının altında yatan faktörler arasında azalmış adiponektin konsantrasyonu, vasküler hücre adezyon molekülü–1'in artmış ekspresyonu ve buna bağlı olarak T-lenfositlerin koroner endotele yapışması, plazminojen aktivatör inhibitörü–1'in (PAI-1) artmış ekspresyonu ile prokoagülabilite ve makrofajlar tarafından matris metalloproteinazların (MMP'ler) artmış ekspresyonundan kaynaklanan aterosklerotik plakların instabilitesi yer almaktadır.[26]

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) diyabetik hastalarda birincil ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok klinik çalışma, Tip 2 diyabet ile vasküler hastalıkların ilişkili olduğunu göstermiştir ancak diyabetik hastalarda hemen hemen her zaman hipertansiyon, obezite ve dislipidemi gibi diğer risk faktörleri mevcuttur. Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması (UKPDS), kan şekeri ve kan basıncı kontrolünün diyabetik komplikasyonları önlemede önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur.[27]Diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıkların başlıca risk faktörlerinden biri olup, koroner arter hastalığı ve inme riskini yaklaşık 2 ila 4 kat artırmaktadır.[28] KVH diyabetli bireylerde birincil ölüm nedeni olup bir

çalışmada tip 2 DM'li (T2DM) bireylerde ölümlerin %52'sinin kardiyovasküler hastalıktan kaynaklandığını gösterilmiştir.[29] Bu durum, diyabetin yalnızca metabolik bir bozukluk değil, aynı zamanda sistemik etkilerle seyreden ciddi bir kardiyovasküler risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır.

Kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan diyabetli bireylerde bile, kardiyovasküler olay gelişme riski; daha önce kardiyovasküler olay geçirmiş ancak diyabet tanısı almamış bireylerle benzer düzeyde seyretmektedir. Bu yüksek risk profili nedeniyle diyabet, günümüzde 'kardiyovasküler risk eşdeğeri bir hastalık' olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım, diyabetli bireylerin primer koruma stratejileri açısından da yüksek riskli hasta grubu olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

2.5.2.1 Mikrovasküler Komplikasyonlar

Mikrovasküler komplikasyonlar arasında retinopati, nefropati ve nöropati yer almaktadır ve bu komplikasyonların gelişme riski, hiperglisemi süresine ve şiddetine bağlı olarak değişmektedir.

2.5.2.1.1. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati (DR), hafif damar geçirgenliği artışı ile karakterize olan erken dönem bulgulardan başlayarak, ilerleyici kapiller sızıntı ve retinal iskemi ile seyreden orta ve şiddetli non-proliferatif evrelere (NPDR), oradan da yeni damar oluşumunun gözlendiği proliferatif evreye (PDR) kadar ilerleyebilen bir hastalık sürecidir.[30].Diyabetin en yaygın mikrovasküler komplikasyonu olup çalışma çağındaki yetişkinlerde körlüğün önde gelen nedenidir.[31]Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre her üç diyabetik bireyden biri yaşamları boyunca bir tür görme kaybı yaşayabilir.[32]Tip 2 diyabetli hastalarda retinpatinin tanıdan yaklaşık 7 yıl önce gelişmeye başlayabileceği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.[33]NPDR'li hastalar genellikle asemptomatiktir. PDR gelişirse, hasta vitreus kanama nedeniyle ani bir görme kaybıyla gelebilir. Diyabetik makula ödemi (DMO) oluşan hastalarda ise, görme kaybı daha yavaş ve kademeli şekilde ilerler. Yüksek kan şekeri, kan basıncı ve kolesterol seviyeleri, görme bozukluğunun önde gelen nedenleri arasındadır. Diyabetik retinopati gelişiminin hiperglisemi şiddeti ve hipertansiyon varlığı ile doğrudan ilişkili olduğu Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması'nda (UKPDS) bulunmuştur.[27]Bu nedenle, tip 2 diyabetli bireylerde diyabetik retinopati ve diğer komplikasyonların önlenebilmesi için kan şekeri düzenlemesi ve kan basıncı yönetimi büyük önem taşımaktadır. Erken teşhis, düzenli göz kontrolleri ,glikoz ve lipid seviyelerinin önerilen aralıklarda

tutulması ve uygun tedavi yaklaşımları sayesinde bu komplikasyonların gelişimi büyük ölçüde azaltılabilir.

Tip 2 diyabetli bireylerde, hastalık süresine ve metabolik kontrol durumuna bakılmaksızın retinopati taraması tanı anında başlatılmalı ve sonrasında risk düzeyine göre belirli aralıklarla sürdürülmelidir. Bu yaklaşım, diyabetin görme kaybına yol açan komplikasyonlarının önlenmesi ve yönetimi açısından kritik öneme sahiptir. Metabolik kontrolü iyi olan ve diyabet süresi kısa bireylerde, ilk göz muayenesinde herhangi bir retinopati saptanmazsa, takip muayeneleri iki yılda bir yapılabilir. Ancak metabolik kontrolün yetersiz olduğu veya diyabet süresinin uzun olduğu (diyabet süresi 10 yılı aşan) hastalarda, retinopati bulunmasa dahi yıllık tarama önerilmektedir..Hafif dereceli nonproliferatif diyabetik retinopati (NPDR) varlığında, komplikasyonların ilerleme riski nedeniyle hastalar en az yılda bir kez değerlendirilmelidir. Proliferatif diyabetik retinopati (PDR) veya diyabetik makula ödemi (DMO) saptanan olgularda ise daha sık takip ve ileri göz tedavileri gerekebilir.[34]

2.5.2.1.2. Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, diğer nedenlerin dışlanması sonrasında diyabetli bireylerde periferik sinir disfonksiyonunun semptomlarının ve/veya belirtilerinin varlığı olarak tanımlanmaktadır.[25] Hiperglisemi süresi ve ağırlığı diyabetik nöropati gelişiminin en önemli risk faktörüdür.

Diyabete bağlı periferik sinir hasarının kesin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da, poliol yolaklarının aktivasyonu, ileri glikasyon son ürünleri (AGE) aracılığıyla gelişen hücresel hasar ve oksidatif stres gibi mekanizmalarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diyabetik periferik nöropati semptom ve bulgularına göre, en sık distal simetrik polinöropati olmak üzere duyusal, fokal/multifokal ve otonomik nöropatiler gibi farklı klinik formlarda ortaya çıkabilir. Duyusal aksonların kaybıyla birlikte, distal duyu kaybı zamanla ilerleyerek motor akson tutulumuna ve motor güçsüzlüğe yol açabilir. Diyabetik polinöropati (DPN) varlığı, tekrarlayan alt ekstremite enfeksiyonları, ayak ülserleri ve bunlara bağlı amputasyon riskini artıran ciddi bir morbidite nedeni olup amputasyonların yaklaşık %80'inden sorumludur. Bu nedenle DPN'nin erken tanısı, komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşır.[35]

En yaygın belirtiler arasında yanma tarzında ağrı, elektrik çarpması veya bıçak saplanır gibi hissedilen ağrılar, parestezi, hiperestezi ve künt, derin ağrılar yer alır. Nöropatik ağrı çoğunlukla geceleri şiddetlenir ve genellikle ayaklar ile alt ekstremitelerde yoğunlaşmakla

birlikte, bazı olgularda el tutulumuna da rastlanabilir. Hastaların önemli bir kısmı (yaklaşık %50'si) semptomsuz olabilir ve tanı ancak fizik muayene sırasında ya da ağrısız ayak ülseri gibi bir komplikasyon geliştiğinde konulabilir. Bazı hastalar şikâyet belirtmemekle birlikte sorgulama yapıldığında ayaklarında uyuşma veya hissizlik olduğunu kabul eder. Alt ekstremite muayenesinde sıklıkla küçük ve büyük sinir liflerinin aracılık ettiği titreşim, basınç, ağrı ve sıcaklık algılarında azalma gözlenir.

Diyabetik polinöropatinin tanısı yalnızca dikkatli ve sistematik bir klinik değerlendirme ile konulabilir. Tüm Tip 2 diyabetli bireylerde tanıyı takiben yılda en az bir kez, prediyabeti olan bireylerde ise polinöropatiye ait bulguların bulunması durumunda, diyabetik polinöropati (DPN) açısından tarama yapılması önerilmektedir. [36]Bu taramada; iğne batması hissi, sıcaklık ve titreşim algısı (128 Hz'lik ayarlı bir diyapazon ile), ayak başparmağında 10 gramlık monofilamentle basınç algısı ve ayak bileği derin tendon reflekslerinin değerlendirilmesi gerekir. DPN tanısında, birden fazla testin birlikte kullanılması tanısal duyarlılığı %87'nin üzerine çıkarabilmektedir. Özellikle 10 gram monofilament hissinin kaybı ve titreşim algısındaki azalma, ayak ülseri gelişme riskini öngörmede önemli belirteçlerdir. Uzun süreli prospektif çalışmalarda, bu tür basit klinik muayenelerin ileride oluşabilecek ayak ülserlerinin tahmininde etkili olduğu gösterilmiştir.[37]Ayrıca hastaların ayakları, ülser, nasır ve deformiteler açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Giyilen ayakkabıların durumu da incelenmeli; uygun olmayan, basınç oluşturan ya da deformitelere neden olabilecek ayakkabılar tespit edilmelidir. Semptomatik olsun veya olmasın tüm DPN hastaları ayak bakımı eğitimi ve podiatrik sevk için değerlendirme gerektirir.

2.5.2.1.3. Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati (DN), diyabetli bireylerin % 20-30'unu etkileyen en ciddi mikrovasküler komplikasyonlarından biridir ve son dönem böbrek yetmezliğinin (ESRD) en yaygın nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.[38] Hiperglisemi, hipertansiyon, obezite, sigara kullanımı, erkek cinsiyet, dislipidemi, yaş ve genetik faktörler DN gelişimi ve ilerlemesi için başlıca risk faktörleridir.[39]Diyabetik nefropatinin ve buna bağlı gelişen son dönem böbrek yetmezliğinin altında yatan patofizyolojik süreçler oldukça karmaşıktır. Hiperglisemi, ileri glikasyon son ürünlerinin (AGE) oluşumunu ve dolaşıma geçmesini tetikler. Bu durum, büyüme faktörlerinin salınımını, hormonal ve hemodinamik değişimleri beraberinde getirir. Sonuç olarak reaktif oksijen türleri (ROS) ve inflamatuvar medyatörlerin salınımı artar. Tüm bu mekanizmalar, glomerüler hiperfiltrasyon, glomerüler hipertansiyon, böbrek hipertrofisi ve glomerüler yapının bozulmasıyla sonuçlanır.[40]

Klinik pratikte diyabetik nefropati 24 saatlik idrar örneğinde 300 mg üzerinde albümin atılımı (makroalbüminüri) veya daha erken dönemde görülebilen mikroalbüminüri ile birlikte; serum kreatinin düzeyinde yükselme, azalmış kreatinin klirensi ya da glomerüler filtrasyon hızında (GFR) düşüş gibi böbrek fonksiyon bozukluklarıyla tanımlanır. Mikroalbuminüri (30–300 mg/g kreatinin) genellikle tip 2 diyabetli hastalarda diyabet tanısı sırasında veya hemen sonrasında görülür ve vasküler endotel hasarı ve artmış kardiyovasküler riski ile ilişkilidir. Daha çok insülin direncinin ~~sendromunun~~ bir özelliği olarak kabul edilmekle birlikte ve bu hastaların %30-40'ı makroalbuminüriye ve böbrek yetmezliğine ilerler.[41] Amerikan Diyabet Derneği (ADA) önerilerine göre, tip 2 diyabet tanısı alan bireylerde tanı anında ve sonrasında yılda en az bir kez böbrek fonksiyon testleri ve albüminüri değerlendirmesi yapılması önerilmektedir. Albüminüri saptanması durumunda, tanının doğrulanabilmesi için testler 3 ila 6 ay içinde tekrar edilmelidir. Artmış albüminüri tanısı koyulabilmesi için, üç ayı aşan sürelerde yapılan en az iki ayrı testte yüksek AKO düzeyinin bulunması gerekmektedir [42]

2.6. Diyabetik Hastalarda Standart Bakım İlkeleri

Diyabetli bireylerde tedavi başarısı sürekli, planlı ve kapsamlı bir bakım sürecinin yürütülmesini gerektirir. Bu süreçte hasta merkezli bütüncül yaklaşım temel bir ilke olarak öne çıkar. Bireyin yalnızca pasif bir uygulayıcı değil, tedavi sürecinde aktif ve bilinçli bir paydaş olarak yer alması önem taşımaktadır.[43]Klinik karar süreçlerinde hastanın beklenti, değer ve yaşam koşullarının dikkate alınması, tedaviye uyumu ve uzun vadeli başarıyı artıran temel bir unsurdur. Hasta ile sağlık profesyonelleri arasında kurulan iş birliği, diyabet yönetiminde tedaviye etkin katılımı sağlamak açısından kritik önemdedir.[44]

Etkili bir diyabet yönetimi ancak multidisipliner bir yaklaşımla mümkündür. Bu kapsamda diyabet hemşiresi, diyetisyen, fizyoterapist, aile hekimi, uzman hekimler, eczacı, diş hekimi ve ayak sağlığı uzmanı gibi farklı disiplinlerden sağlık çalışanlarının bir ekip anlayışı içinde koordineli biçimde çalışması gerekmektedir.[45]İlk değerlendirme sırasında hastalığın tanısı teyit edilmeli ve kapsamlı bir anamnez alınmalıdır. Anamnezde; hastanın sosyoekonomik durumu, beslenme alışkanlıkları, ailede diyabet öyküsü, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, tütün ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi ve diyabete bağlı komplikasyonların varlığı sorgulanmalıdır. Fizik muayenede boy, kilo, bel çevresi, beden kitle indeksi (BKİ) ve kan basıncı ölçülerek kayıt altına alınmalıdır.[44]

Takip süreci, hastanın klinik durumuna göre planlanmalıdır. Tedavi değişikliği yapılan hastalar üç ay içinde kontrol edilmeli, diğer hastalar ise en geç altı ay içinde değerlendirmeye çağrılmalıdır. Hastaya tanı anından itibaren eğitim verilmesi, hastalık süreci hakkında

bilgilendirilmesi ve bu eğitimin her vizitte sürdürülmesi esastır. Bu süreçte aile hekimi başta olmak üzere; diyabet hemşiresi, diyetisyen, fizyoterapist, uzman hekimler, eczacı, ayak sağlığı uzmanı ve diş hekimi gibi sağlık çalışanlarının katkısı multidisipliner yaklaşımın gereği olarak önem taşımaktadır.[46]

Glisemik kontrol sağlanmış hastalarda HbA1c düzeyi altı ayda bir, kontrolsüz glisemide ise üç ayda bir ölçülmelidir. Evde yapılan kan şekeri ölçümleri ile HbA1c düzeyleri birlikte değerlendirilerek tedaviye yön verilmelidir.[47] Yıllık kontroller, diyabete bağlı komplikasyonların erken tanısı açısından kritik önemdedir. Bu amaçla TSH, lipid profili, serum kreatinin, eGFR, karaciğer enzimleri ve metformin kullanan hastalarda B12 vitamini düzeyi ölçülmeli; idrarda protein, keton, mikroalbuminüri ve kreatinin düzeyleri değerlendirilmelidir. Risk belirlenmesi hâlinde ilgili branşlara yönlendirme yapılmalıdır.[8]

Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle her görüşmede koroner ve periferik dolaşım sistemine yönelik değerlendirme yapılmalı, EKG çekilmeli ve kan basıncı kontrol altında tutulmalıdır (≤140/90 mmHg). Sigara kullanımı, değiştirilebilir en önemli risk faktörlerinden biri olup bırakılması yönünde danışmanlık verilmelidir. Erkek hastalarda erektil disfonksiyon kimi zaman kardiyovasküler hastalığın ilk belirtisi olabilir; bu nedenle sorgulanması önerilmektedir.[48]

Aşılama, diyabetli bireylerde enfeksiyonlara bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından önemlidir. Kılavuzlar, yaşa ve risk durumuna göre yetişkin aşı takviminin uygulanmasını önermektedir. Mevsimsel grip aşısı yıllık olarak yapılmalı; risk durumuna göre pnömokok, tetanoz, varisella ve COVID-19 aşıları da uygulanmalıdır.[49]

Diyabetin yaşam boyu süren kronik bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle hastalarla gerçekleştirilen her klinik görüşmede diyabetle başa çıkma süreçleri sorgulanmalı ve bireylerin mevcut psikososyal durumları hakkında bilgi edinilmelidir. Uzun süreli hastalıklara eşlik edebilen psikolojik sorunlar, özellikle depresyon, hastalık yönetimini ve tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir. Bu bağlamda diyabetli bireyler düzenli olarak psikolojik durum açısından izlenmeli ve gerektiğinde psikososyal destek hizmetlerine yönlendirilmelidir.[50]

Güncel kılavuzlar, diyabetli bireylerde hem fiziksel hem de ruhsal sağlığın bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını önermektedir.[45] Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, aile hekimi hem hasta eğitimi hem de duygusal destek açısından kilit bir rol üstlenmektedir. Bu

kapsamda, hastaların yaşam kalitesini artırmak, diyabetle daha sağlıklı baş etmelerini sağlamak ve komplikasyon riskini azaltmak mümkün olmaktadır.

2.7. Tip 2 Diyabet Risk Faktörleri Ve Tarama Endikasyonları

Tip 2 diyabetes mellitus riski taşıyan bireylerin erken tanısı, komplikasyonların önlenmesi ve hastalık yükünün azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Tüm yetişkinler demografik ve klinik özellikleri dikkate alınarak tip 2 diyabet risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Bu kriterlerin uygulanması, risk altındaki bireylerde erken tanı konulmasını ve uygun yaşam tarzı değişikliklerinin veya tedavilerin başlatılmasını kolaylaştırmaktadır.

Tablo 2: Diyabet riski yüksek bireyler ve önerilen tarama sıklığı (TEMD ve ADA)

1.	Vücut ağırlığı ne olursa olsun, 35 yaşından itibaren 3 yılda bir, tercihen APG ile diyabet taraması yapılmalıdır.
2.	BKİ ≥25 kg/m2 olan asemptomatik kişilerin, aşağıdaki risk gruplarından birine mensup olmaları halinde, daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık (örneğin yılda bir kez) diyabet yönünden araştırılmaları gerekir. • Birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler ¥ Diyabet prevalansı yüksek etnik gruplara mensup kişiler • Makrozomik (doğum tartısı 4 kg veya üzerinde olan) bebek doğuran veya daha önce GDM tanısı almış kadınlar • Hipertansif bireyler (KB ≥140/90 mmHg) • Dislipidemikler (HDL-kol <35 mg/dL veya trigliserid ≥250 mg/dL) • Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar • İnsülin direnci ile ilgili klinik hastalığı veya bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler • Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar • Düşük doğum tartılı doğan kişiler • Sedanter yaşam süren veya fizik aktivitesi düşük olan kişiler • Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıkları olanlar • Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler • Solid organ (özellikle renal) transplantasyonu yapılmış hastalar • Uzun süreli kortikosteroid ya da antiretroviral ilaç kullanan hastalar
3.	Daha önce prediyabet (BAG, BGT veya YRG) saptanan bireylerde yılda bir kez diyabet taraması yapılmalıdır.
4.	GDM tanısı almış kadınlarda doğum sonrası değerlendirmede diyabet saptanmasa da üç yılda bir diyabet taraması yapılmalıdır.

2.8. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tedavisi

Tip 2 diyabet tedavisinin temel amacı, kan şekeri düzeylerini kontrol altında tutarak komplikasyonların gelişimini önlemek ve mevcut komplikasyonların yönetimiyle birlikte hastaların yaşam kalitesini artırmaktır. Bu kapsamda, hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin temelin oluşturur ve tedavinin tüm aşamalarında yeniden değerlendirilmesi gereken önemli bir bileşen olarak kabul edilir.

Güncel kılavuzlarda diyabet tedavisinde hedeflerin ve tedavi planlarının, bireyin tercihleri, değerleri ve yaşam hedefleri doğrultusunda birlikte belirlenmesi esastır.[44] Bu bireyselleştirilmiş yaklaşım; kişinin yaşı, bilişsel düzeyi, eğitim veya iş yaşamı, sağlık inançları, sosyal destek sistemi, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, sosyoekonomik durumu, kültürel yapısı, sağlık ve matematik okuryazarlığı gibi çok sayıda faktörü dikkate almalıdır. Ayrıca hastanın diyabet geçmişi (hastalığın süresi, mevcut komplikasyonlar ve uygulanan tedaviler ve yan etkiler, hipoglisemi riski), eşlik eden hastalıkları, engellilik durumu, sağlık öncelikleri, diğer tıbbi durumları, tedaviye erişim olanakları ve yaşam beklentisi gibi unsurlar da bu planlamaya dâhil edilmelidir.[51]

Diyabetli bireylerin yaşam koşulları zamanla değişebileceğinden, bu bireyselleştirilmiş tedavi planlarının düzenli aralıklarla yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir. Kişinin diyabet yönetimine aktif katılımını desteklemek amacıyla, problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler verilmesi ve çeşitli stratejilerin uygulanması büyük önem taşır. Bu sayede hastaların öz yönetim kapasiteleri artmakta ve yaşam kaliteleri iyileşmektedir.

2.8.1. Diyabet Eğitimi

Diyabet eğitimi, bireyin hastalığını tanıması, tedavi sürecine etkin katılım göstermesi ve öz bakım becerilerini geliştirmesi açısından kritik bir rol üstlenmektedir. Bu yönüyle diyabet eğitimi, hem tedaviye uyumu artırmakta hem de uzun dönemli metabolik kontrolü sağlamada temel bir bileşen olarak değerlendirilmektedir. Tanı konulan hastaların uygun merkezlere yönlendirilmesi ve kan şekeri kontrolü sağlandıktan sonra multidisipliner bir ekibin yürüteceği yapılandırılmış eğitim programlarına dahil edilmesi önerilmektedir. Söz konusu eğitimler; hekim, hemşire ve beslenme uzmanı gibi sağlık profesyonellerinin rehberliğinde yürütülmeli ve belirli aralıklarla tekrarlanarak pekiştirilmelidir.

Eğitim programlarının temel hedefi, bireyin hastalığıyla ilgili bilgi düzeyini artırmak ve hastalığın yönetimine aktif katılımını sağlamaktır. Bu kapsamda bireylere aşağıdaki konularda bilgi ve beceri kazandırılması amaçlanır:

- Sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazanılması ve kilo kontrolü
- Fiziksel aktivitenin günlük yaşama nasıl entegre edileceği
- Kendi kendine kan şekeri takibinin ne zaman ve nasıl yapılacağı
- Kullanılan oral veya parenteral antidiyabetik ilaçların doğru doz ve zamanda uygulanması
- Hastalığın seyri içinde insülin tedavisine geçilmesinin olasılığı ve bunun önemi

- Diyabete eşlik eden diğer sağlık sorunlarının metabolik kontrol üzerindeki etkileri
- Hipoglisemi belirtileri ve uygun müdahale yöntemleri
- Mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlardan korunma yolları
- Akut hastalık durumlarında kan şekeri yönetimi ve ne zaman profesyonel yardıma başvurulması gerektiği
- Ayak sağlığının korunması ve diyabetik ayak riskinin önlenmesi
- Üreme çağındaki kadın hastalarda uygun kontraseptif yöntemlerin seçimi ve gebelikte glisemik kontrolün önemi.[52]

Bu eğitim süreci yalnızca bireyin kendisini değil, ailesini de kapsamalıdır. Aile bireylerinin bilgi düzeyinin artırılması, hastanın tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini artırmada destekleyici bir rol oynar.

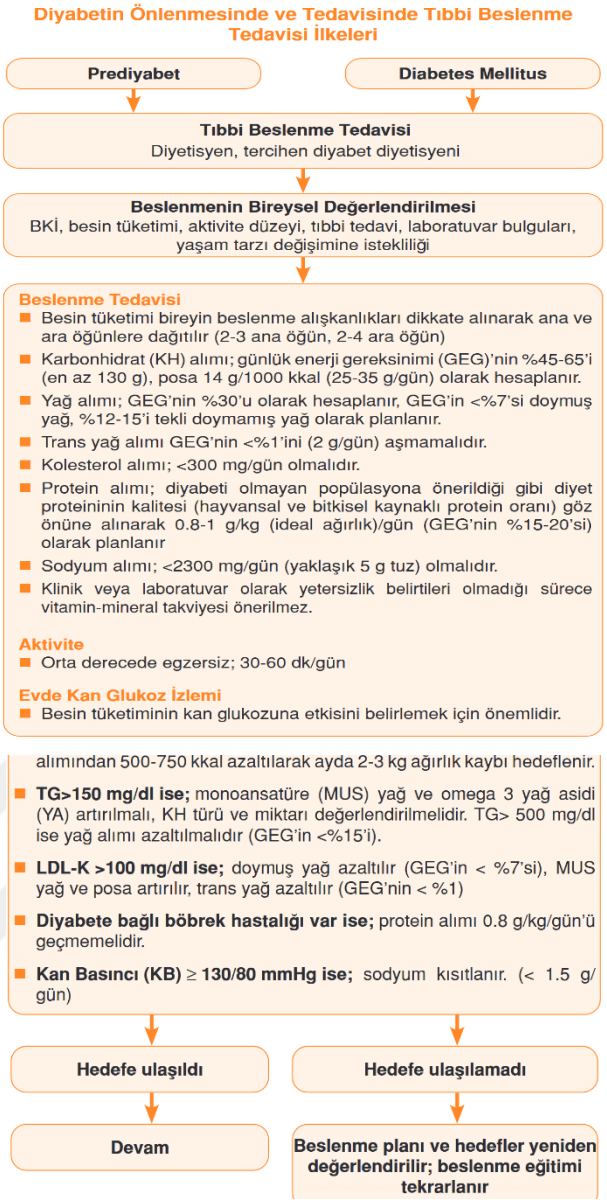
2.8.1.2. Fiziksel Aktivite Önerileri

Egzersiz; kan şekeri düzeylerinin düzenlenmesi, insüline karşı doku duyarlılığının artırılması, yüksek lipid düzeylerinin düşürülmesi, kilo kontrolünün sağlanması ve genel metabolik denge açısından diyabetli bireyler için önemli faydalar sunmaktadır.[53,54] Haftada en az üç gün (gün aşırı) olacak şekilde toplamda 150 dakikalık orta şiddette egzersiz önerilmektedir. Aerobik egzersizlere ek olarak haftada iki kez uygulanan direnç egzersizlerinin (her biri 2–4 set, 8–10 tekrar) kan glukoz düzeylerinin düzenlenmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Esneklik ve denge egzersizlerinin de dahil edilerek kombine egzersizler şeklinde uygulanması önerilmektedir.[53]

Egzersiz yapan diyabetli bireylerin, diyabet hastası olduklarını belirten bir bileklik ya da kimlik kartı taşımaları önerilmektedir. Egzersiz öncesinde ve sonrasında yeterli sıvı alımına özen gösterilmelidir. Hipoglisemi riskini azaltmak amacıyla egzersiz sırasında ve sonrasında kan glukoz düzeyleri sık aralıklarla izlenmelidir. İleri yaştaki bireyler, kardiyovasküler veya pulmoner hastalığı olanlar ile otonom nöropatisi bulunan bireylerde, sıcak ve nemli havalarda açık alanda egzersiz yapılması önerilmemektedir. Egzersiz sırasında baş dönmesi, aşırı yorgunluk, bulantı, göğüste sıkışma hissi veya beklenmedik şiddetli nefes darlığı gibi bulgular ortaya çıkarsa egzersiz derhal sonlandırılmalıdır.[8]

2.8.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetin yönetimi ve diyabete bağlı komplikasyonların azaltılmasında etkili bir yöntemdir. Tanıdan itibaren diyabetli ve prediyabetli bireylere glisemik hedefleri iyileştirmeye veya korumaya, kilo yönetimi hedeflerine ulaşmaya ve kardiyovasküler risk faktörlerini (örneğin, kan basıncı, lipitler, vb.) bireyselleştirilmiş tedavi hedefleri dahilinde iyileştirmeye yönelik beslenme planı oluşturulması önerilir. Bu plan, diyabet yönetimi konusunda deneyimli bir beslenme uzmanı tarafından; bireyin sağlık durumu, sosyoekonomik koşulları ve kişisel tercihleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.[52] Yapılan çalışmalar, tıbbi beslenme tedavisinin ilk altı aylık süreçte HbA1c düzeylerinde ilaç tedavisine benzer düzeyde azalma sağladığını göstermektedir.



ŞEKİL 1:Diyabetin Önlenmesinde ve Tedavisinde Tıbbi Bakım İlkeleri

2.8.3. Medikal Tedavi

ADA 2025 ve TEMD kılavuzlarına göre farmakolojik tedavi önerileri şu şekildedir:

- Tedavi, bireyin komorbidite durumu ve tedavi hedefleri temelinde, hasta merkezli yaklaşımla yapılandırılmalıdır.
- Glukoz düşürücü tedavi, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, diyabet öz yönetim eğitimi, düzenli klinik izlem ve sosyal belirleyiciler dikkate alınarak planlanmalıdır.
- Farmakolojik ajan seçimi; kardiyovasküler ve renal komorbiditeler, hipoglisemi riski, kilo üzerindeki etkiler, maliyet, erişim ve bireysel tercihler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.
- Vücut ağırlığında azalma, Tip 2 diyabet tedavisinde önemli bir faktördür. Bu nedenle uygulanacak glukoz düşürücü tedavi, kilo kontrolünü destekleyici nitelikte olmalıdır.

- Tip 2 diyabetli bireylerde, bireysel tedavi hedeflerine daha kısa sürede ulaşılabilmesi amacıyla tedaviye başlangıç aşamasında kombinasyon tedavisi düşünülebilir.
- Aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı (ASKVH) olan ya da bu hastalık açısından yüksek risk taşıyan Tip 2 diyabetli bireylerde tedavi planı yalnızca glisemik kontrolle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda kapsamlı kardiyovasküler risk azaltımı da hedeflenmelidir. Bu doğrultuda, HbA1c düzeyinden bağımsız olarak kardiyovasküler olayları azaltma etkisi kanıtlanmış GLP-1 reseptör agonistleri (GLP-1 RA) ve/veya SGLT2 inhibitörleri (SGLT2i) öncelikli farmakolojik seçenekler arasında yer almalıdır.
- Kronik böbrek hastalığı bulunan Tip 2 diyabetli bireylerde (özellikle eGFR 20–60 mL/dak/1,73 m² ve/veya albüminürisi olanlarda) glisemik kontrolle birlikte kardiyorenal koruma da önem taşır. Bu hasta grubunda SGLT2 inhibitörleri veya GLP-1 RA grubu ilaçlar, böbrek fonksiyonlarının korunması ve kardiyovasküler riskin azaltılması amacıyla tedaviye eklenmelidir. Ancak eGFR <45 mL/dak/1,73 m² değerinin altına düştüğünde SGLT2 inhibitörlerinin glisemik etkinliğinin azaldığı bilinmektedir. İleri evre kronik böbrek hastalığı (eGFR <30 mL/dak/1,73 m²) bulunan bireylerde glisemik kontrol sağlanırken hipoglisemi riskinin azaltılması ve kardiyovasküler olayların önlenmesi ön planda tutulmalıdır. Bu hasta grubunda, söz konusu avantajları nedeniyle glisemik yönetimde öncelikli olarak GLP-1 reseptör agonistlerinin tercih edilmesi önerilmektedir.
- Kalp yetmezliği bulunan (düşük ya da korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu) Tip 2 diyabetli yetişkin bireylerde, yalnızca glisemik kontrol amacıyla değil, aynı zamanda kalp yetmezliğine bağlı hastane yatışlarını önlemek için de (HbA1c düzeyinden bağımsız olarak) SGLT2 inhibitörü kullanımı önerilmektedir.
- İnsülin yerine GLP-1 reseptör agonisti kullanımının mümkün olduğunca tercih edilmesi önerilmektedir. İnsülin tedavisi gerekiyorsa, GLP-1 reseptör agonistleri ile kombine edilmesi, glisemik kontrol, kilo yönetimi ve hipoglisemi riskinin azaltılması açısından fayda sağlamaktadır.
- HbA1c düzeyinin %10'un üzerinde olması, APG ≥300 mg/dL olması veya belirgin hiperglisemi semptomlarının varlığında insülin tedavisi düşünülmelidir.
- GLP-1 reseptör agonistleri (GLP-1 RA) veya dual GIP/GLP-1 RA tedavisi ile birlikte dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörlerinin eş zamanlı kullanımı, GLP-1 RA'nın tek

başına sağladığı glisemik kontrol üzerine ek bir fayda sağlamadığı için önerilmemektedir.

- İlaç tedavisi ve hastanın ilaç alma davranışı, 3 ila 6 ayda bir gözden geçirilerek yeniden değerlendirilmelidir.
- Bireysel tedavi hedeflerine ulaşamayan yetişkinler için tedavi değişikliği geciktirilmemelidir.

2.8.4. Diyabet Tedavisinde Glisemik Kontrol Hedefleri

Tüm diyabet tiplerinde etkin bir glisemik kontrol sağlandığında, hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonların gelişme riski belirgin şekilde azalmaktadır. Genel olarak HbA1c düzeyinin %7,0'nin altında tutulması hedeflenmektedir. Ancak bu hedef, her birey için sabit olmamalı; bireyselleştirilmiş, hasta odaklı bir yaklaşım benimsenmelidir. Glisemik hedef belirlenirken; hastanın beklenen yaşam süresi, eşlik eden hastalıkların varlığı, kardiyovasküler risk profili, hipoglisemi veya hiperglisemi atakları, mevcut diyabetik komplikasyonlar gibi klinik faktörler dikkate alınmalıdır.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) önerilerine göre glisemik kontrol hedefleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Açlık plazma glukozu (APG): 80–130 mg/dL
- Öğünden 2 saat sonra plazma glukozu (PG): <160 mg/dL
- Yaşam beklentisi >15 yıl ve ciddi eşlik eden hastalığı olmayan bireylerde: HbA1c < %7,0
- Yaşam beklentisi 5–15 yıl olan ve orta düzeyde komorbid hastalığı bulunan bireylerde: HbA1c %7,5–8,0 aralığında
- Yaşam beklentisi <5 yıl olan ve ileri düzeyde komorbid hastalıkları bulunan bireylerde: HbA1c %8,0–8,5 aralığında
- Gebelikte:

  -Açlık plazma glukozu <95 mg/dL

  -Öğün sonrası 2. saat plazma glukozu <120 mg/dL

  -HbA1c <%6,5

Bu hedeflerin belirlenmesinde hekimin hastaya ilişkin klinik değerlendirmesi esas alınmalı ve tedavi süreci hasta ile birlikte planlanmalıdır.

2.9. Diyabet, Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyaliz İlişkisi

Dünya genelinde son evre böbrek hastalığının (ESRD) %30-47'sinin diyabet kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir ve diyaliz tedavisi gerektiren böbrek yetmezliğinin en yaygın nedenidir.[55] Prevalans ve insidans verilerine göre, diyabetli bireylerin yaklaşık %30–40'ında diyabete bağlı böbrek hastalığı gelişmektedir.[56] Ülkemizde kronik böbrek hastalığı (KBH) prevalansını değerlendiren CREDIT (Chronic Renal Disease in Turkey) çalışması, diyabetik böbrek hastalığı (DBH) açısından da önemli epidemiyolojik veriler sunmuştur³. Bu çalışmada, Türkiye genelinde KBH prevalansı %15,7 olarak bulunmuş, KBH'lı bireylerin %26,6'sının diyabetik olduğu tespit edilmiştir. Diyabetik bireylerde KBH prevalansı %32,4 olup, bu oran diyabetik olmayan bireylere kıyasla yaklaşık 2,5 kat daha yüksektir.[57] Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yayımlanan kayıt sistemi raporları, son 5–6 yıllık dönemde Türkiye'de hemodiyaliz tedavisine başvuran hastaların yaklaşık %40'ının diyabet tanısı aldığını göstermektedir.[58]

Diyabetik böbrek hastalığı, glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 3 aydan uzun süreyle <60 mL/dk/1,73 m² olması ya da idrarda albümin atılımının 30 mg/g üzeri olarak saptanmasıyla tanımlanmaktadır. [59] Diyabetik böbrek hastalığının (DBH) gelişimi ve ilerlemesi, çeşitli risk faktörlerinin etkisiyle şekillenmektedir. Bazı faktörler değiştirilemez nitelikte olup hastalığın öngörülmesinde önem taşırken, bazıları yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tedavi yaklaşımlarıyla kontrol altına alınabilir. Değiştirilemeyen risk faktörleri genetik yapı ve demografik özelliklerle ilişkilidir; değiştirilebilen faktörler ise koruyucu ve tedavi edici müdahalelere açıktır. Bu faktörlerin kontrol altına alınması, DBH'nin önlenmesi ve ilerlemesinin yavaşlatılmasında büyük önem taşımaktadır.

Tablo 3: Diyabetik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	**Değiştirilebilen Risk Faktörleri**
Yaş	Glisemik kontrol (kan şekeri düzeni)
Cinsiyet	Hipertansiyon
Genetik yatkınlık	Hiperlipidemi
Diyabetin başlangıç yaşı	Sigara kullanımı
Diyabetin süresi	Aşırı kilo ve obezite
Aile öyküsü (DBH, Tip 2 DM, HT, insülin direnci)	Yetersiz fiziksel aktivite
	Yüksek tuz tüketimi

2.10. Bütüncül Yaklaşımın Tanımı ve Aile Hekimliğindeki Önemi

Bütüncül yaklaşım, bireyin sağlık durumu değerlendirilirken yalnızca fiziksel belirtilerine odaklanmakla kalmayıp, aynı zamanda kişinin değerleri, kültürel yapısı, inançları, aile ilişkileri ve sosyal çevresi gibi bireysel ve toplumsal özelliklerinin de dikkate alınmasını temel alan bir sağlık hizmeti anlayışıdır. Bu yaklaşım, söz konusu özelliklerin kişinin hastalığı algılamasını, tedaviye uyumunu ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini doğrudan etkilediğini kabul eder. Hastayı bu yönleriyle anlamaya çalışmak ve bu unsurlara saygı göstermek, bütüncül yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.[60]

Aile hekimliği, sağlık hizmeti sunumunda bütüncül yaklaşımı en etkin biçimde uygulayan disiplinlerden biridir. Bu anlayışı benimseyen bir aile hekiminin taşıması gereken bazı temel özellikler bulunmaktadır:[61]

1. Bireyin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal yönlerini de değerlendirebilecek bir biyopsikososyal bakış açısına sahip olmalıdır.
2. Bütüncül yaklaşımın kapsamını ve hasta bakımına olan katkılarını kavramış olmalıdır.
3. Hastayı çevresiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirme becerisine sahip olmalıdır.
4. Klinik uygulamalarda bu yaklaşımı yansıtan iletişim ve davranış biçimleri geliştirebilmelidir.
5. Hastanın kültürel arka planı, inançları ve yaşam biçimi hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu bilgileri hasta ile kurulan iletişimde dikkate almalıdır.
6. Hastanın değerlerine, inançlarına ve deneyimlerine empati ile yaklaşmalı, saygı ve anlayış göstermelidir.

Bütüncül yaklaşım, aile hekimliğinin yalnızca temel ilkelerinden biri olmakla kalmayıp, aynı zamanda bireysel hasta bakımının kalitesini artıran ve toplum genelinde sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlayan önemli bir yaklaşımdır. Özellikle tip 2 diyabet gibi yaşam tarzı, çevresel faktörler ve psikososyal unsurlarla yakından ilişkili kronik hastalıkların yönetiminde, bu yaklaşımı benimseyen aile hekimlerinin katkısı son derece belirleyicidir.

Diyabetik böbrek hastalığının (DBH) önlenmesi, diyabetin kendisinin önlenmesine yönelik toplum temelli stratejilerin uygulanmasıyla doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri; bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmesi, risk gruplarının taranması, diyabetin erken tanılanması ve hasta eğitiminin

sağlanmasında kritik bir rol üstlenmektedir. Diyabet gelişen bireylerde ise DBH'nin erken dönemde tespiti ve ilerleyişinin yavaşlatılmasına yönelik bütüncül yaklaşımlar, sağlık sistemine olan yükün azaltılmasına önemli katkı sağlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Yöntemi

Bu tez çalışması, Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı almış ve diyaliz tedavisi görmekte olan bireylerin; hastalık deneyimlerini, tanı, tedavi ve izlem sürecine ilişkin yaşantılarını, sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini, sağlık hakkından yararlanma pratiklerini ve aile hekiminin rolüne dair algılarını, kendi perspektifleri doğrultusunda ve etik ilkeler çerçevesinde ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Diyabet ve kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıkların bireyler üzerinde oluşturduğu fiziksel, duygusal ve sosyal yük, karmaşık duygu ve düşünceleri beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle, bireylerin yaşantılarını kendi bakış açılarıyla anlamak, bu deneyimleri bütüncül bir yaklaşımla ortaya koymak, çalışmanın temel amaçları arasında yer almaktadır.

Bu doğrultuda çalışmanın temel araştırma sorusu şu şekilde belirlenmiştir: Tip 2 diyabet nedeniyle diyaliz tedavisi almakta olan yetişkin bireyler, son dönem böbrek yetmezliği gelişene kadar olan diyabet sürecini nasıl deneyimlemektedirler? Bu kapsamda araştırma bireylerin bu sürece ilişkin öznel algılarını, karşılaştıkları zorlukları, sağlık sistemi içindeki multidisipliner ve bütüncül yaklaşımları nasıl deneyimlediklerini ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekiminin rolünü kendi bakış açılarıyla ortaya koymayı hedeflemektedir.

Bu çalışma, niteliksel bir alan araştırması olarak planlanmıştır. Niteliksel araştırmalar; "gözlem, derinlemesine görüşme ve doküman analizi" gibi yöntemlerle verilerin toplandığı, "algı ve olayların doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik sürecin izlendiği" ve kişilerin karmaşık, kişisel ve duygusal sorunlarının ortaya çıkarılmasına olanak sağlayan araştırmalardır.[1]

Bu araştırmada, bireylerin söylemlerine dayalı olarak anlatısallık kuramından yararlanılmış; kişilerin kendi yaşam deneyimlerine atfettikleri anlamlar yorumlanarak irdelenmiştir. Anlatılar aracılığıyla bireylerin kendilerine, yaşadıkları sürece ve sağlık sistemine dair bakış açıları değerlendirilmiştir.

Anlatıların sağlık hizmetleri alanındaki önemine dikkat çeken çalışmalardan biri, Anne Hudson Jones tarafından geliştirilen Hastalar Hakkında Yazma Çalışmaları'dır. Bu yaklaşımda, hastaların kendi deneyimlerine, algılarına ve bakış açılarına dair anlatıların yazıya dökülerek paylaşılması; hem bireyin kendi sürecini fark etmesini sağlar hem de sağlık

çalışanlarının hastayı daha iyi anlayabilmelerine olanak tanır. Bu yöntemle anlatılar sayesinde, derinlemesine düşünme, ayrıntılara dikkat etme ve belirli bir durumda etik açıdan doğru davranışı tanıma ve uygulama becerilerinin geliştirilebileceği vurgulanmaktadır.[62]

Araştırmanın bu çok katmanlı ve öznel yapısı göz önüne alındığında, katılımcıların deneyim ve algılarını ayrıntılı biçimde anlamak üzere niteliksel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir. Fenomenoloji, bireylerin belirli bir olguyu (bu çalışmada Tip 2 Diyabet ve diyaliz süreci) nasıl deneyimlediklerine odaklanır.[63] Bu yönüyle araştırma, yalnızca betimleyici olmakla kalmayıp, aynı zamanda katılımcıların değer dünyalarına ve deneyimsel anlamlandırma sürçlerine de ışık tutmayı sağlayacaktır.

3.2. Araştırmanın Etik İnceleme ve Onay Süreci

Araştırma planlanmadan önce çalışmanın amacı, bilimsel geçerliği, yöntemi ve uygulanacak işlemler ayrıntılı biçimde belirlenmiştir. Araştırmaya katılacak gönüllüler için içerilme ve dışlanma kriterleri oluşturulmuş; araştırmanın türü, kapsamı ve bütçesi netleştirilmiştir. Bu kapsamda, çalışmada kullanılacak Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu ve Yarı Yapılandırılmış Mülakat Rehberi hazırlanarak, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Yapılan değerlendirme sonucunda, araştırma; 10.10.2024 tarihli, KÜ GOKAEK-2024/16.16 karar numaralı ve 2024/419 proje numaralı kurul kararıyla etik ve bilimsel açıdan uygun bulunarak onaylanmıştır (Bkz. Ek 2: Etik Kurul Onay Belgesi).

Çalışmada herhangi bir kurumdan maddi destek alınmamış, tüm giderler araştırmacı tarafından şahsi olarak karşılanmıştır.

3.3. Katılımcılar ve Örneklem

Araştırmanın katılımcılarını, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi diyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan ve nefroloji polikliniğinde periton diyalizi uygulanan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış ve gruplar arasında eşit oranlı temsil sağlanmaya çalışılmıştır. Örnekleme kriterleri arasında Tip 2 DM nedenli diyaliz tedavisi görüyor olmak, bilişsel olarak görüşmeye katılabilecek düzeyde olmak ve gönüllü onam vermek yer almıştır. Araştırma, veri doygunluğu sağlanana dek sürdürülmüştür.[64]

3.4. Veri Toplama Süreci

Çalışma kapsamında, Ocak–Şubat 2025 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Üniteleri'ne başvuran ve diyabetik nefropatiye bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi almakta olan 8 hemodiyaliz, 10 periton diyalizi tedavisi alan toplam 18 hasta ile görüşülmüştür. Diyabetin etiyolojideki belirleyici rolü hasta dosyaları incelenerek teyit edilmiştir.

Hemodiyaliz hastaları ile görüşmeler, diyaliz seansı sırasında hasta yatağında, perde çekilerek ve mahremiyet ilkesine azami dikkat gösterilerek gerçekleştirilmiştir. Periton diyalizi uygulanan hastalar ile ise ünite içinde uygun ve sessiz bir boş odada görüşülmüştür. Gönüllü katılımcılarla önceden hazırlanmış açık uçlu sorular içeren yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmeler, katılımcıların yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından bire bir yürütülmüş; ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmelerde yöneltilen soruların, olabildiğince açık ve anlaşılır olmasına; katılımcıların kendi üsluplarıyla düşüncelerini rahatça ifade edebilmelerine imkân tanıyacak şekilde yapılandırılmasına özen gösterilmiştir. Sorular, önceden belirlenen sabit bir sırayla değil; görüşmenin doğal akışına uygun olarak, serbest biçimde yöneltilmiştir. Görüşmeler sırasında araştırmacı, katılımcıların verdiği yanıtlar doğrultusunda yeni sorular sorarak esnek ve etkileşimli bir görüşme ortamı sağlamıştır. Araştırmacının önceden öngöremediği temalar ortaya çıktığında, bu temalar da görüşme içeriğine esnek bir biçimde dâhil edilmiştir. Her görüşme yaklaşık 30 ila 45 dakika sürmüştür Ses kayıtları daha sonra kelimesi kelimesine deşifre edilmiş ve transkript haline getirilmiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş, her birine kod numarası verilmiştir.

3.5. Veri Analizi

Niteliksel araştırmalarda elde edilen bulgular genellenemez ve toplanan veriler istatistiksel analiz için uygun değildir. Ancak araştırma sonucunda ulaşılan bulgular, incelenen konunun derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlar ve sosyal olayların bireysel deneyim boyutunu görünür kılar.

Niteliksel veri analizi, birbirini izleyen karmaşık bir dizi işlemi içermektedir. Analiz sürecinin ilk ve en önemli aşaması, görüşme metinlerinin tekrar tekrar okunmasıdır. Bu okumalar sonucunda araştırmacının zihninde belirli fikirler, kavramlar ve temalar şekillenmeye başlar. Verilerden oluşturulan metinler anlamlı parçalara bölünür, bu parçalardan kodlar elde edilir ve metnin genel yapısı ortaya konur. Niteliksel veri analizinde, veriler öncelikle analitik kategorilere indirgenir ve bu kategorilerin oluşturulma süreci

“kodlama” olarak tanımlanır. Bu araştırmada elde edilen görüşme metinlerinin kodlama işlemi, araştırmacı tarafından *MAXQDA(Trial Version)* yazılım programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Toplanan veriler, tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Tematik analiz yöntemi, veriye dayalı kodlama ve teoriye dayalı kodlama olmak üzere iki temel yaklaşıma ayrılmaktadır (Braun ve Clarke, 2006). Bu araştırmada, veriye dayalı kodlama yöntemi benimsenmiştir. Veriye dayalı kodlamada, araştırmacının ön kabulleri ya da literatürde yer alan kuramsal çerçeveler dikkate alınmaksızın, yalnızca verilerin kendisinden türeyen temalar temel alınarak analiz gerçekleştirilir. Bu yöntemle, katılımcıların özgün söylemleri doğrudan veri kaynağı olarak değerlendirilmiş ve temalar, görüşme metinleri doğrultusunda tümevarımsal bir yaklaşımla yapılandırılmıştır (Braun ve Clarke, 2006).Görüşme kayıtlarının yazıya dökülmesinin ardından, veriler bir bütün olarak okunmuş, görüşmeler satır satır incelenmiş ardından anlamlı veri birimleri (kelime, kavram, cümle vb.) belirlenmiş ve kodlamalar yapılmıştır. Bu kodlar benzerliklerine göre temalar ve alt temalar altında gruplandırılmıştır. Kodlama süreci, araştırmanın amacı doğrultusunda bütüncül yaklaşım ilkeleri ve WONCA Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri ile ilişkilendirilerek yürütülmüştür. Her bir katılımcının deneyimleri ayrı ayrı analiz edildikten sonra, ortak ve farklı temalar karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bu temalar, katılımcıların kendi ifadeleriyle desteklenmiş, analiz bulguları hasta söylemleriyle birlikte sistematik biçimde sunulmuştur.Süreç boyunca araştırmacı, katılımcıların deneyimlerini, ait oldukları kültürel ve psikososyal bağlamla birlikte değerlendirmiştir. Bu bağlamda Moustakas'ın (1994) fenomenolojik analiz adımlarından da yararlanılmış; katılımcı deneyimlerinin hem dokusal (ne yaşadıkları) hem yapısal (nasıl yaşadıkları) betimlemeleri yapılarak anlamın özüne ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.6. Araştırmanın Güvenirliği ve Geçerliliği:

Araştırmanın güvenilirliğini ve geçerliliğini sağlamak amacıyla çeşitli stratejiler uygulanmıştır. Bunlar arasında;

- Akran incelemesi ve çapraz kodlama ile verilerin araştırmacılar arasında tutarlılık göstermesi,
- Danışman gözetiminde dış denetim ile analiz sürecinin doğrulanması,

- Katılımcıların onamlarının alınarak etik ilkeler doğrultusunda gizliliklerinin korunması,
- Görüşmelerin kaliteli ses kayıt cihazı ile kaydedilerek eksiksiz biçimde yazıya aktarılması,
- Veri analizinde kullanılan temaların ve yorumların şeffaf biçimde sunulması yer almaktadır.

Araştırmanın kalitesini değerlendirmek amacıyla Howe ve Eisenhardt (1990) tarafından önerilen kriterlerden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, araştırma sorularının verileri yönlendirme gücü, veri toplama ve analiz tekniklerinin uygunluğu, araştırmacının öznelliğinin açıkça ortaya konması ve çalışmanın teorik katkı sağlaması gibi unsurlar dikkate alınmıştır.

Bu çalışma, bireylerin yaşanmış deneyimlerine, değer dünyalarına ve ahlaki içeriklerine odaklandığı için, niteliksel araştırma desenlerinden fenomenoloji (görüngü bilimi) yaklaşımıyla yapılandırılmıştır. Çalışmada yorumsal-açıklayıcı fenomenoloji benimsenmiş; katılımcıların kültürel, psikolojik ve sosyal bağlamları dikkate alınarak ifade ettikleri deneyimler bütüncül şekilde analiz edilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan bireylerle gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin analizinden elde edilen temalar ve bu temalar altında toplanan alt temalar sunulmaktadır. Görüşme verileri, satır satır kodlama yöntemiyle analiz edilmiş; benzer temalara sahip kodlar gruplandırılarak yapısal bir tema çerçevesi oluşturulmuştur. Temalar, katılımcıların özgün söylemlerinden türetilmiş olup, analiz süreci boyunca araştırmanın amacı, bütüncül yaklaşım ilkeleri ve WONCA Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri gözetilerek yürütülmüştür.

Tematik analizle elde edilen bulgular, betimsel anlatım biçiminde, katılımcı ifadeleriyle doğrudan desteklenerek sunulmuştur. Bu anlatım biçimi, katılımcıların yaşantılarını kendi perspektiflerinden görünür kılmayı ve bireysel deneyimlerin bağlamsal yönünü korumayı amaçlamaktadır. Ayrıca analiz sürecinde, Moustakas'ın fenomenolojik yaklaşımı temel alınarak, katılımcıların deneyimleri hem "ne" yaşadıkları hem de "nasıl" yaşadıkları yönünden ele alınmıştır. Bu sayede yalnızca tematik yapı değil, aynı zamanda deneyimlerin özüne dair anlam da ortaya konmaya çalışılmıştır.

4.1.Sosyo-demografik Verilerin Analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile diyabet ve diyaliz süreçlerine ilişkin temel değişkenler tablo hâlinde sunulmuştur. Katılımcı profilinin genel yapısını yansıtmak amacıyla, Tablo 1'de sosyo-demografik özellikler; Tablo 2'de ise bu değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcı Kodu	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek	DM Süresi (yıl)	Diyaliz Süresi (yıl)	İlaç Kullanımı	Kronik Hastalıklar	Diyaliz Türü (Hemodiyaliz:HD) (Periton Diyaliz:PD)
K1	erkek	73	ilkokul	emekli	10	10	insülin	HT,DM	HD
K2	erkek	54	ilkokul	kapıcı	16	0	insülin	SVO,HT	HD
K3	kadın	49	ilkokul	ev hanımı	27	4	insülin	DM	PD
K4	erkek	56	üniversite	din görevlisi	10	1	insülin	DM,HT	PD
K5	erkek	61	ilkokul	emekli	24	8	insülin	KAH,DM	HD
K6	kadın	63	ilkokul	ev hanımı	2	2	insülin	DM	PD
K7	kadın	73	ilkokul	Ev hanımı	18	8	-	DM,HT,Aritmi, Hipertiroidi	PD
K8	kadın	65	ilkokul	ev hanımı	20	0	-	DM,HT	PD
K9	erkek	63	ilkokul	esnaf	30	15	insülin	DM	PD

K10	erkek	54	üniversite	işletmeci	15	2	insülin	DM	HD
K11	erkek	59	ilkokul	emekli	25	12	-	DM,HT,Kronik Venöz Yetmezlik,KAH	PD
K12	kadın	67	ilkokul	ev hanımı	20	1	insülin	DM,HT,KAH	PD
K13	erkek	70	ilkokul	emekli	14	1	insülin	DM,KAH	PD
K14	kadın	61	ilkokul	ev hanımı	20	3	-	DM,HT	HD
K15	erkek	59	lise	emekli	14	5	insülin+OAD	DM,HT	PD
K16	erkek	58	İlkokul	emekli	30	7	insülin	HT,DM	HD
K17	erkek	59	ilkokul	emekli	16	2	insülin	KAH,HT,DM	PD
K18	kadın	63	ilkokul	ev hanımı	27	3	insülin	DM,HT	PD

Çalışmaya toplam 18 birey katılmıştır. Katılımcıların %61,1'i erkek, %38,9'u kadındır. Yaş ortalaması 61,5±6,5 yıl olup, yaşlar 49 ile 73 arasında değişmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilkokul mezunudur (%83,3) ve %38,9'u emekli, %38,9'u ev hanımı, kalanları ise diğer meslek gruplarındandır (esnaf, kapıcı, din görevlisi vb.). Diyabet tanısı alma süresi ortalaması 18,8±7,6 yıl olup, minimum 2 yıl, maksimum 30 yıldır.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Değişken	**Kategori**	**Sayı (n)**	**%**
Cinsiyet	Kadın	7	38,9
	Erkek	11	61,1
Yaş Grubu	40–50	1	5,6
	51–60	5	27,8
	61–70	9	50,0
	71 ve üzeri	3	16,6
Eğitim	İlkokul	15	83,3
	Lise	1	5,6
	Üniversite	2	11,1
Meslek	Emekli	7	38,9
	Ev hanımı	7	38,9
	Diğer	4	22,2
Sigara/Alkol	Yok	8	44.4
	Ex-smoker	8	44.4
	Sigara	2	11.2

Katılımcıların tamamı tip 2 diyabet tanısı ile izlenmekte olup, %88,9'u insülin kullanmaktadır. İnsülin kullanım süresi ortalama 9,4±7,4 yıl olarak bulunmuştur (min: 0 yıl, maks: 25 yıl). Diyaliz tedavisi süresi ortalama 4,7±4,4 yıl olarak hesaplanmıştır. En kısa süreli diyaliz tedavisi yeni başlanmış bireylerde 1 yıl, en uzun süre ise 15 yıl olarak kaydedilmiştir.

Katılımcıların %44,4'ü hiç sigara ya da alkol kullanmamış, %44,4'ü ise bırakmış bireylerden (ex-smoker) oluşmaktadır. Yalnızca %11,2'si aktif sigara kullanımı bildirmiştir. Kronik hastalık öyküsü olarak en sık bildirilen tanılar hipertansiyon (HT), kardiyovasküler hastalıklar (KAH), inme (SVO) ve diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarıdır.

4.2. Tema 1: Tanı Süreci, Bilgilendirme Ve Hastalık Farkındalığı

Tablo 6: Tema 1 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Tesadüfi ve Gecikmiş Tanı	Diyabetle ilk tanışma ve tanı süreci, rastlantısal tanı, tanının başka şikâyet nedeniyle öğrenilmesi, tanı anında komplikasyonların klinik olarak başlangıcı, komplikasyon sonrası tanı, tanının acil durumla konması	~15	Birinci temas ve açık erişim; erken, ayrışmamış evrede sorunların görülmesi
Hastalığın Ciddiyetinin Geç Fark Edilmesi	Hastalığın küçümsenmesi, rahatsızlık vermediği için dikkate almama, geç kabullenme	~5	Kişi merkezli bakım, iletişim ve eğitim
Hastalığın Nedenine Yönelik Algılar	Stres ve diyabet ilişkisi, kader algısı, beslenme alışkanlıkları, hastalığın nedenine dair inanışlar	~15	Biyo-psiko-sosyal model
Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık	Ailede diyabet öyküsü olması/olmaması	~16	Aile ve toplum yönelimi
Semptomların Algılanması ve bilgi eksikliği	Diyabetin algılanışı, diyabet semptomlarını deneyimleme ve semptom farkındalığı olması/olmaması, tanı öncesi bilgi ve farkındalık eksikliği	~18	Kapsamlı bakım, ilk temas
Hekimlerin Bilgilendirme Rolü	Diyabet riski konusunda doktor uyarısı, bilgilendirme eksiklikleri	~17	Savunuculuk, koordinasyon ve sağlık eğitimi

4.2.1. Alt Tema: Tesadüfi ve Gecikmiş Tanı

Kodlar: "diyabetle ilk tanışma ve tanı süreci", "rastlantısal tanı", "tanının başka şikâyet nedeniyle öğrenilmesi", "tanı anında komplikasyonların başlangıcı", "komplikasyon sonrası tanı", "tanının acil durumla konması"

Katılımcıların bir bölümü diyabet tanısını tesadüfen ya da başka bir sağlık sorunu nedeniyle öğrenmiştir. K9, *"Birden başım dönüyor, midem bulanıyor… Dahiliye doktoruna gitmiştim. Sonra işte bir kan verdim, çıktı ortaya. Şeker hastasıymışım meğer."* sözleriyle tanısını rastlantısal olarak öğrendiğini aktarmıştır. K17, *"Aşırı su içiyordum… kız kardeşim ölçtü, baktı ki 400'e çıkmış."* diyerek benzer bir deneyim paylaşmıştır. Bazı katılımcılar tanıyı farklı bir şikâyet nedeniyle başvurdukları hekim aracılığıyla öğrenmiştir. K1, *"Göz bulantısıyla… göz doktoruna gittim. Göz doktoru beni dahiliyeye gönderdi. Dahiliyeci tespitinde şeker çıktı."* ifadesiyle bunu örneklemiştir.

Komplikasyon bulgularının ardından tanı alan katılımcılar da olmuştur. K2, *"Elim ayağım şişti… protein kaçağı araştırmalarında şeker tespit edildi."* diyerek diyabetin böbrek bulgularıyla fark edildiğini belirtmiştir. K16, *"Bu ayaklarım falan işte şişti, öyle diyabet var dediler."* sözleriyle benzer bir durumu paylaşmıştır. Bazı katılımcılar tanıyı acil başvuru sırasında öğrenmiştir. K5, *"Bir an bir başım dönmüştü evde. Direkt acile gittim. Orada o zaman ölçülmüştü işte 500 kadardı ilk çıkışı."* demiştir. Bu ifadeler, diyabet tanısının çoğu hastada rastlantısal biçimde, başka yakınmalar ya da komplikasyonlar sonrasında konduğunu göstermektedir. Bu bulgular ışığında, aile hekimlerinin birinci temas ilkesi gereği erken tarama ve risk değerlendirmesini güçlendirmesi gerektiğini görülmektedir.

4.2.2. Alt Tema: Hastalığın Ciddiyetinin Geç Fark Edilmesi

Kodlar: "hastalığın küçümsenmesi", "rahatsızlık vermediği için dikkate almama" ve "geç kabullenme"

Katılımcıların önemli bir kısmı diyabeti başlangıçta ciddi görmemiş ve bu nedenle tedaviye uyum göstermemiştir. K2, *"Bu rahatsızlığım bana hiç rahatsızlık vermedi, ben de dikkate almadım"* diyerek hastalığı göz ardı ettiğini ifade etmiştir. Benzer şekilde K5, *"Yani hastalığı şöyle söyleyeyim, idare edebiliyorsan sıkıntı yok. Şeylerini uygulayabiliyorsan ben çok sıkıntı çekmedim. Yükseliyordu ama yine de sıkıntı çekmedim"* diyerek diyabetin günlük yaşamını etkilemediği sürece önemsenmediğini dile getirmiştir. K13 ise, fiziksel gücüne güvenerek *"O zaman iyiydim ama çok iyiydi yani gücüm kuvvetim. Dampercilik yaptım ben, çakıl çektim, çimonta çektim. O zaman iyiydim yani... Bana bir şey yapamaz dedim ama yaptı, yaş ilerledikçe yaptı yani"* sözleriyle hastalığı küçümsemiştir. Bazı hastalar bilgi eksikliğini açıkça vurgulamış; K3, *"Hiç bilmiyordum. Şeker hastası nasıl olur bilmiyordum"* diyerek farkındalık eksikliğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, hastaların diyabeti semptom

göstermediği sürece hafife alma eğiliminde olduklarını ve bu nedenle tanı ve tedavinin geciktiğini göstermektedir.

4.2.3. Alt Tema: Hastalığın Nedenine Yönelik Algılar

Kodlar: "stres ve diyabet ilişkisi", "kader algısı", "beslenme alışkanlıkları", "hastalığın nedenine dair inanışlar"

Katılımcıların bir bölümü diyabetin ortaya çıkışını stres ve üzüntüyle ilişkilendirmiştir. K1, *"Biraz da aşırı strese bağlı oldu. Kardeşimin ölümü bizi strese soktu. Oradan kaynaklandığını düşünüyorum."* demiştir. K7, *"Stres… aile ortamında üzüntüden gelebilir."* ifadesiyle benzer bir görüş bildirmiştir. Bazı katılımcılar hastalığı kader algısı ile açıklamıştır. K5, *"Allah'ın takdiri, kader… Ne yapalım?"* ve K8, *"Şekeri de tam düzenli bir şey yapamıyoruz. Onun için kadere razı olacak."* sözleriyle bu yaklaşımı ifade etmiştir. Beslenme alışkanlıkları da sık dile getirilen bir neden olmuştur. K17," *Şeker hastası mı ne bilmiyorum. Oldu işte bir kere… Şimdi şeker dedin de ben çocuk yaştan beri şekere hiç düşkünlüğüm yok. Tatlıya, hiçbir şeye. Yani o hastalık beni niye buldu böyle? Ben hiç tatlı, hiç hoşlanmazdım yani tatlıdan. Geldi beni buldu...*" sözleriyle şeker hastaığını beslenme ile iişkili bir hastalık olarak gördüğünü ifade etmiştir. Benzer şekilde K18,*" Kalıtsal beslenme bozukluğu. Kesinlikle beslenme bozukluğu. Çünkü benim ailemde bir ben şeker hastasıyım. Anne baba da vardı ama... yani şöyle söyleyeyim, ömürlerinin son günlerinde 70-80 yaşındayken oldular. Ben 30 küsur yaşındayken şeker hastası oldum. Tabii bu biraz da şeyden kaynaklanıyor... Yani aşırı stresli bir ortamda yaşamak, çok kaygı üretmek kendi içimde. Ondan dolayı kontrol edemedik yani. Ve bünyem herhalde şeker hastalığı konusunda çok yıprandı."*ifadesiyle diyabetin nedenlerine yönelik düşüncesini belirtmiştir. Bu ifadeler, katılımcıların diyabeti biyolojik nedenlerin yanında stres, kader ve beslenme alışkanlıklarıyla ilişkilendirdiklerini göstermektedir.

4.2.4. Alt Tema: Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık

Kodlar: "ailede diyabet öyküsü olması/olmaması",

Bazı katılımcılar ailelerinde diyabet öyküsü olmadığını belirtmiştir. K1, *"Bizde öyle sülalede nesilde bir şeker hastası diye kimse yok."* ifadesini kullanmıştır. Katılımcıların birçoğu ise ailelerinde diyabet bulunduğunu ifade etmiştir. K7, *"Annem de şeker hastasıydı."* ve K17, *"Rahmetli annem... Onda şeker vardı. Biraderlerde var."* sözleriyle bu durumu aktarmıştır.

Bazı katılımcılar ise aile öyküsünü yanıltıcı bir güven kaynağı olarak yorumlamıştır. K18, *"Annemi de babamı da diyabet hastasıydı ama hiçbiri böbrek hastası olmadı… Ben de kendime konduramadım."* demiştir.K2, *"Annem de şeker hastası. Babam da şeker hastası. Ailede başka şeker hastası illaki vardır da benim aklımda değil. Babamın şekeri yediriyor. Annemin şekeri de yedirmiyor."*sözleriyle benzer şekilde gözlemini ifade etmiştir. Bu ifadeler, aile öyküsünün bazı hastalarda farkındalık oluştururken bazılarında hastalığın prognozu hakkında yanlış güven duygusuna yol açtığını göstermektedir.

4.2.5. Alt Tema: Semptomların Algılanması ve Bilgi Eksikliği

Kodlar: "diyabetin algılanışı", "tanı öncesi bilgi ve farkındalık eksikliği", "diyabet semptomlarını deneyimleme ve semptom farkındalığı olması/olmaması"

Katılımcıların önemli bir kısmı, tanı öncesinde diyabet hakkında bilgisiz olduklarını ifade etmiştir. K3, *"Hayır, hayır, hayır. Şeker hastası nasıl olur bilmiyordum. Hiç bilmiyordum."* diyerek farkındalık eksikliğini açıkça dile getirmiştir. Benzer şekilde K1, *"Yani şekerli komşularımız vardı da bilgimiz yoktu, yani neymiş bu şeker diyorduk... Ama tabii başa gelince değişiyor tabii."* sözleriyle diyabet hakkında bilgi ve farkındalığının kişisel deneyimle değiştiğini vurgulamıştır. Bunun yanısıra birçok katılımcı, diyabetin klasik semptomlarını yaşamış olmasına rağmen bu bulguları zamanında hastalıkla ilişkilendirmemiştir. K13, *"Ben ağız kuruluğu... bol idrara çıkma, bol su içmeden ben şüphelendim. Doktora gittim... Şekerden şüphelenmedim, rahatsız olduğumu zannettim... Dedem benim kadar gece tuvalete kalkmıyordu yani. Musluğuyla beraber içmek istiyorum yani suyu."* sözleriyle belirtileri ayrıntılı biçimde aktarmıştır. K7, *"Ağzım kuruyordu, devamlı idrara çıkıyordum. Şüphelendim kendimden. Zayıflıyordum. Fazla yemek yiyemiyordum."* diyerek hipergliseminin klasik bulgularını ifade etmiştir. K10 ise kilo artışı üzerinden süreci şöyle anlatmıştır: *"Çok aşırı derece şişmanladım, 90 kiloya çıktım bir anda. 95 kilo, 96 kilo geldim. Boyum da kısa, yuvarlak bir insan oldum. İlk baş öyleydi... Ondan sonra gittim, şekerim varmış dediler."*

Bu bulgular, diyabetin erken dönemdeki semptomlarının çoğu zaman yanlış yorumlandığını ya da fark edilmediğini göstermektedir. Bilgi eksikliği ve semptomların göz ardı edilmesi, hastalık farkındalığını geciktirmiştir. Bu nedenle aile hekimlerinin semptom eğitimi ve risk farkındalığına yönelik danışmanlık sunmaları, erken tanıyı kolaylaştırmak ve komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmak açısından kritik öneme sahiptir.

4.2.6. Alt Tema: Hekimlerin Bilgilendirme Rolü

Kodlar: "diyabet riski konusunda doktor uyarısı", "bilgilendirme eksiklikleri"

Katılımcıların büyük çoğunluğu, tanı sürecinde hekimlerden yeterli bilgilendirme almadıklarını belirtmiştir. Bazı katılımcılar önceden uyarıldıklarını ifade etmiştir. Örneğin K2, *"Bana dediler ki, sende gizli şeker var, kendine dikkat et."* diyerek tanı öncesinde uyarı aldığını aktarmıştır. Ancak bu uyarıların çoğu yüzeysel kalmış ve hastalığın ciddiyetini kavramaya yetmemiştir. Çoğu katılımcı ise komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmediklerini vurgulamıştır. K10, *"12–13 sene hiçbir şey duymadım, ya göze vurar ya bilmem nereye vurar diye."* sözleriyle uzun yıllar boyunca komplikasyon risklerinin anlatılmadığını dile getirmiştir. Benzer şekilde K15, *"Yok, öyle bilmiyorduk... Yok yok, doktorlar öyle anlatmadı."* diyerek hekimlerin bilgilendirme rolündeki yetersizliği ifade etmiştir.

Bu bulgular, tanı anında yapılan bilgilendirmenin genellikle sınırlı ve süreksiz olduğunu göstermektedir. Diyabet yönetiminde erken dönemde komplikasyon risklerinin açıklanması, izlem süreçlerinin planlanması ve düzenli takip için bilgilendirme yapılması kritik önemdedir. Aile hekimlerinin danışmanlık, sağlık eğitimi ve savunuculuk rollerini güçlendirmesi, hasta-hekim iletişiminde açıklık ve süreklilik sağlaması açısından belirleyici olacaktır.

4.3. Tema 2: Tedavi Sürekliliği, İlaç Kullanımı Ve Tedaviye Uyum

Tablo 7:Tema 2 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Tedaviye Uyumluluk	İlaç uyumuna yönelik hastanın kendini değerlendirmesi, ilaçları düzenli kullanma/kullanmama, tedaviye bağlılık, ilaç ve insülin kullanımında yaşanan zorluklar	~10	Hasta eğitimi ve kendi kendine bakım; süreklilik ve koordinasyon
Polifarmasi ve Tedavi Yükü	Çoklu ilaç kullanımı, farklı doktorlardan farklı reçeteler, ilaç yan etkileri, tedavi yükü, hastayı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirme eksikliği	~8	Klinik yönetim, entegrasyon, ilaç güvenliği
Motivasyon Eksikliği / Tedavi Yorgunluğu	Sürekli doktor ziyaretlerinden bıkma, hastanelere gitmekten yorulma, tedaviye devam etmeye isteksizlik	~6	Kişi merkezli bakım; destekleyici danışmanlık

Tedaviye Karşı Sorgulayıcı Tutum ve Güvensizlik	Hekimlerin verdikleri ilaçları ve tedaviyi sorgulama, tedavi koordinasyonu eksikliği, eczacıya danışma, bilgilendirme eksikliği,tedaviye güvensizlik	~5	İletişim ve bilgi paylaşımı; hasta savunuculuğu, Süreklilik ve koordinasyon; hasta güvenliği
Tedaviye Dair Algılar ve Endişeler (İnsülin ve İlaçlar)	İnsülin tedavisine yönelik korku ve isteksizlik, ilaçların zararlı olduğuna dair inançlar, yan etkilere bağlı tedaviyi bırakma	~7	Hasta eğitimi; duygusal destek

4.3.1. Alt Tema: Tedaviye Uyumluluk

Kodlar: "ilaç uyumuna yönelik hastanın kendini değerlendirmesi", "ilaçları düzenli kullanma/kullanmama", "tedaviye bağlılık", "ilaç ve insülin kullanımında yaşanan zorluklar"

Katılımcıların ilaç ve insülinlerini nasıl kullandıklarına dair anlatıları büyük farklılıklar göstermiştir. Bazı hastalar haplarını veya insülinlerini düzenli kullandıklarını vurgulamıştır. Örneğin K6 kodlu katılımcı, *"Haplarımı düzenli kullandım… Düzenli ilaçları kullandım."* diyerek tedaviye uyum sağladığını belirtmiştir. Bir başka katılımcı tedavi uyumuna yönelik *"Ya şöyle söyleyeyim, 10 üzerinden dersen 9 diyebilirim titizlik konusunda yani ilaç alma konusunda."* (K18) ifadesiyle kendisini değerlendirmiştir.

Buna karşın K5, ilk dönemlerde ilaçlarını unuttuğunu ancak *"Alışkanlık yoktu, bazen unutuyordum… Sonra sonra devamlı kullandım."* diyerek zamanla uyum geliştirdiğini ifade etmiştir. Bir diğer katılımcı olan K13, mesleği gereği insülini uygun koşullarda saklayamadığını belirterek *"İnsülini… tarih olarak bilemeyeceğim ama kullanmadım ben insülini… Kamyon şoförüyüm… İnsülin soğuk havada durması gerekiyor, bunu cebime koysam bozulur diye düşündüm."* sözleriyle tedaviye uyum gösteremediğini belirtmiştir. K1 kodlu katılımcı ise tedavi uyumsuzluğunu *"Yani gevşeklik yaptık. Mesela dedi ki bugün vurdum, yarın vurmadım iğneyi. Üç vurmam lazım, iki gün vurdum. Biraz iyi hissettim kendimi ölçümlerde. Kullanmadım dediğim o yani."* şeklinde ifade etmiştir.

Bu bulgular, hastaların öz bakım becerilerinin desteklenmesi ve ilaç uyumunun aile hekimi tarafından düzenli olarak izlenmesinin önemini göstermektedir.

4.3.2. Alt Tema: Polifarmasi ve Tedavi Yükü

Kodlar: "çoklu ilaç kullanımı", "farklı doktorlardan farklı reçeteler", "ilaç yan etkileri", "tedavi yükü", "hastayı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirme eksikliği"

Birden fazla hekimden farklı reçeteler almak ve çok sayıda ilaç kullanmak, katılımcıların büyük çoğunluğu için önemli bir yük oluşturmuştur. K3, *"Ağızdan çok ilaç kullandım. Değişik değişik ilaç verdiler. O doktora git, bu doktora git. Çok değişik değişik ilaç."* sözleriyle polifarmasiye bağlı yorgunluğu dile getirmiştir. Aynı katılımcı başka bir bölümde, *"Çok içtim ya. Her doktora gittim, bir poşet verdi. Her doktora gittim, değişik değişik... Yani bir doktora gitsen kendi doktorun olur. O doktora gittim, bir ilaç verdi; bu doktora gittim, bir ilaç verdi. Öyle kullandım onları..."* diyerek tedavi yükünü vurgulamıştır.

K9, birden fazla kronik hastalık nedeniyle farklı ilaçları birlikte kullanmanın fiziksel olarak kendisini zorladığını belirtmiştir: *"Doktor nereye yönlendirirse... Bu doktor da görecek, gidiyorsun. O doktor da görecek, gidiyorsun. Bütün hepsini sırayla geziyorsun. E ne oluyor? O veriyor ilaç, üç dört tane. Öteki veriyor birkaç tane. Öyle öyle. On sekiz tane hap yuttuğumu hatırlıyorum ben."* Aynı katılımcı, *"Kolesterol ilacı, tansiyon ilacı, şeker ilacı... Her şeyime sarmıştı ilaç. İlaçlar kuvvetli geliyor, dokunuyor... Yani hepsini bırakmak zorunda kaldım. Çünkü yanlış gitmeye başlamıştım artık. Dozu yükseltiyorlardı. Dozu yükseldikçe senin hayatından kaydığını anlıyorsun zaten kendin, bilincinden..."* sözleriyle yan etkilerin yaşam kalitesine olumsuz etkisini açıkça ifade etmiştir.

K15 ise yanlış doz ve etkileşimlerden kaynaklanan yan etkileri vurgulamıştır: *"Sonra 'çok ilaç veremeyiz' dediler ama düşük dozda bir ilaç verdiler. O bile beni mahvetti. Beş tane yuttum, bir şuur gidiyor gibi, insanın eli ayağı bir garip oluyor. Zaten uyuşmuş ayaklarım. Sonra telefon etti, 'Kes ilacını.' dedi, kestik."* Aynı katılımcı, doktorlar arasındaki koordinasyon eksikliğine dikkat çekmiştir: *"Şimdi başka hastaneye gitsem, doktorlar ilaç verirken yine hocanıza sorun diyor. Mecbur ben buraya gelmek zorunda kalıyordum."*

Bazı hastalar ilaç etkileşimlerine dair bilgi eksikliğini dile getirmiştir. K10, *"İlaçların yan etkisinden bir şey duymadım yani. Demediler ki bunun şu yan etkisi var, böyle yan etkisi var. Öyle bir şey duymadım. Ama şeker haplarını içtikçe rahatsız olduğumu hissediyordum."* demiştir. K9 ise, *"Ama bak şimdi geldim, sen şimdi bu işe bakıyorsun, sen yazıyorsun, öteki yazıyor, beriki yazıyor ama o şimdi dese bana, 'Senin böbreklerine bu etkileyecek, zaten şeker hastasısın, bunu yazmamamız lazım.' diye beni uyarmıyor."* ifadeleriyle ilaç güvenliği konusundaki bilgilendirme eksikliğini vurgulamıştır.

K6 kodlu katılımcı, diyaliz hastası olarak ilaç seçiminde doktorların da kararsız kalabildiğini ifade etmiştir: *"Ama biz bazen gribal enfeksiyon durumlarında doktorlar bize,*

diyaliz hastası olduğumuz için ne yazayım dediği, düşündüğü günleri biliyorum. Hani şunu kullanmıştım, daha iyi geliyor diye yardımcı olmaya çalıştım."

Bu bulgular, diyabetli ve diyaliz hastalarının tedavi sürecinde çoklu ilaç kullanımının hem fiziksel hem de psikososyal bir yük oluşturduğunu göstermektedir. Polifarmasiye bağlı yan etkilerin azaltılması, ilaçların koordineli biçimde planlanması ve hastaların bilgilendirilmesi, aile hekimlerinin süreklilik ve kordinasyon rollerinin güçlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

4.3.3. Alt Tema: Motivasyon Eksikliği ve Tedavi Yorgunluğu

Kodlar: "sürekli doktor ziyaretlerinden bıkma", "hastanelere gitmekten yorulma", "tedaviye devam etmeye isteksizlik"

Sürekli doktor kontrolü ve hastane ziyaretleri, bazı hastaları zamanla yormuş ve tedaviye yönelik motivasyonlarının azalmasına neden olmuştur. K3, *"Sürekli doktor, doktor, doktor... Yıldım ben, ne edeyim doktora gideyim."* diyerek bir noktadan sonra hastaneye gitmeyi bıraktığını ifade etmiştir. K11 kodlu katılımcı ise, *"Öyle gitmedim ve gitmem de zaten. Hiçbir şeye gitmem. Artık yoruldum hastanelere gitmekten... İyiyim yani, çok şükür. Gitmem."* sözleriyle benzer bir bakış açısını dile getirmiştir.

Bu ifadeler, kronik hastalık yönetiminde hastaların uzun süreli tedavi süreçlerinde motivasyon kaybı yaşayabildiklerini göstermektedir. Psikososyal destek ve motivasyonel danışmanlık hizmetleri, bu süreçte hastaların tedaviye uyumunun sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir.

4.3.4. Alt Tema: Tedaviye Karşı Sorgulayıcı Tutum ve Güvensizlik

Kodlar: "hekimlerin verdikleri ilaçları ve tedaviyi sorgulama", "tedavi koordinasyonu eksikliği", "eczacıya danışma", "bilgilendirme eksikliği", "tedaviye güvensizlik"

Bazı katılımcılar, farklı doktorların yazdığı ilaçlar arasında uyum olmadığını ve kendilerine bu ilaçların böbrek ya da diğer organlar üzerindeki etkilerinin anlatılmadığını dile getirerek tedaviye karşı sorgulayıcı bir tutum sergilemiştir. Bu durum, tedavi koordinasyonu eksikliğinin hastalarda güven kaybına yol açtığını göstermektedir.

K9 kodlu katılımcı, bir keresinde on sekiz hap yuttuğunu hatırladığını ve hekimlerin birbirlerinden habersiz ilaç yazdıklarını şu şekilde ifade etmiştir:

"Doktor nereye yönlendirirse... Bu doktor da görecek, gidiyorsun. O doktor da görecek, gidiyorsun. Bütün hepsini sırayla geziyorsun. E ne oluyor? O veriyor ilaç, üç dört tane. Öteki veriyor birkaç tane. Öyle öyle. On sekiz tane hap yuttuğumu hatırlıyorum ben... Ama bak şimdi geldim, sen şimdi bu işe bakıyorsun, sen yazıyorsun, öteki yazıyor, beriki yazıyor ama o şimdi dese bana, 'Senin böbreklerine bu etkileyecek. Zaten şeker hastasısın, bunu yazmamamız lazım,' diye beni uyarmıyor. Bu ilacı kullanacaksın elin ayağın... Ya da nefrolojiye gidip izin alsaydı, 'Ben bunu yazmak istiyorum.' yaşadım yani. Bilinçsiz yani... Yok yok, hiçbir şey söylemediler. Söyleselerdi ben bu duruma gelmezdim. Bu çok önemli. Ama uyarmaları lazım... Nefroloji uzmanı söylüyor ama ötekiler demedi... 'Sen bu ilacı hiç kullanmaman lazım,' nefroloji söyledi ama ben o zaman ona bir kızdım. Bana lazım olmasa doktor niye versin bana, değil mi? Kızmıştım ona. Ne verdilerse kullanıyorduk... Deselerdi bana ben bunu yaşamazdım. Şu anda burada değildim." (K9) Benzer şekilde K10, ilaçların yan etkileri konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığını vurgulamıştır:
"İlaçların yan etkisinden bir şey duymadım yani. Demediler ki, bunun şu yan etkisi var, böyle yan etkisi var. Öyle bir şey duymadım. Ama şeker haplarını içtikçe rahatsız olduğumu hissediyordum." (K10)

K15, farklı doktorlar arasındaki iletişimsizlik nedeniyle tedavi sürecinde kararsızlık yaşadığını belirtmiştir:
"Şimdi başka hastaneye gitsem, doktorlar ilaç verirken yine hocanıza sorun diyor. Mecbur ben buraya gelmek zorunda kalıyordum. O yüzden ben devamlı bu hastanede." (K15)
Bu ifade, tedavi koordinasyonu eksikliğinin hastada güven boşluğu oluşturduğunu göstermektedir.

Bazı katılımcılar, hekimlerden yeterli açıklama alamadıklarını düşündükleri için tedavi süreçlerini kendi araştırmalarıyla yürütmeye çalışmıştır. K6 kodlu katılımcı, hekim bilgilendirmesinin yetersizliğini şu sözlerle dile getirmiştir:
"Ama bana kimse bunu antibiyotikle alma demedi. Gene araştırdım. Bana böyle bir bilgi verilmiyor. Ben kendiliğimden yapıyorum." (K6) Bir diğer katılımcı, eczacılardan aldığı tavsiyeler doğrultusunda doktor reçetelerini sorguladığını belirtmiştir:
"Bana yazdığı bir ilaç vardı, bunun gereksiz olduğunu, eczacı 'Bunun yerine şu yazılsa daha iyi olur.' dediği günlerde de rastladım. Tekrar gidip o ilaçları da yazdırabildim. Yani ben bazen mesela şu şikâyetime bağlı şu ilaç yazıldı dediğimde eczacının 'Şu ilacı da alman gerektiği' dediği günler çok oldu. Eczacının... Ben eczacının da çok faydasını gördüm." (K6)

Bu ifadeler, tedavi koordinasyonundaki eksikliklerin, bilgilendirme yetersizliğinin ve farklı sağlık profesyonellerinden alınan çelişkili bilgilerin hastalarda tedaviye karşı güvensizlik geliştirdiğini göstermektedir. Aile hekimlerinin hasta ile sürekli iletişim hâlinde olması, ilaç yönetimini koordine etmesi ve bilgilendirme sorumluluğunu üstlenmesi, tedavi güvenini güçlendirmek açısından önemlidir.

4.3.5. Alt Tema: Tedaviye Dair Algılar ve Endişeler (İnsülin ve İlaçlar)

Kodlar: "insülin tedavisine yönelik korku ve isteksizlik", "ilaçların zararlı olduğuna dair inançlar", "yan etkilere bağlı tedaviyi bırakma"

Katılımcıların önemli bir kısmı, insülin ve ilaç tedavisine yönelik farklı endişeler dile getirmiştir. İnsülin tedavisine geçiş çoğu hasta için psikolojik bir eşik olmuş, bazıları enjeksiyon fikrine direnç göstermiştir. K6 bu durumu, *"Psikolojik bir sıkıntı yaşadım, insülin olur mu diye... Hap olunca sevindim."* sözleriyle açıkça ifade etmiştir. İlaçların yan etkileri de tedaviye uyumu olumsuz etkilemiştir. K3, *"İlacı kaldıramıyorum. Ellerim titriyor, fazla vurunca titriyor."* diyerek yan etkilerden dolayı dozunu azalttığını belirtmiştir.

K4 ise ilaçların kan şekeri üzerindeki etkisine dair belirsizlik yaşadığını şöyle ifade etmiştir:*"Bilmiyorum. Haplardan olabilir mi? İlaçlardan yüksek olabilir mi bilmiyorum. Bazı ilaçlar değişti ya, onlar yapabilir mi bilmiyorum. 400–500'lerde gidiyor. Yüksek çıkıyor yani. Sinirleniyor neden böyle oluyor diye. Her ölçtüğünde neden böyle oluyor diye kendine şey yapıyor."* (K4)

Bazı katılımcılar, insülinin bağımlılık yapabileceğine inanarak tedaviyi sınırlamıştır. K16, *"Ara ara kullanıyoruz... Alışmasın bünyem."* ifadesiyle bu kaygısını dile getirmiştir. Benzer şekilde K17'nin, *"Ama zararı var değil mi insülinin?"* sorusu, insüline dair olumsuz algıların hastaların zihninde ne kadar güçlü olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular, insülin ve ilaç tedavisinin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve kültürel boyutlarıyla da ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Yan etkiler, korkular ve yanlış inanışlar tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmekte, hastaların tedavi süreçlerini sorgulamasına yol açabilmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin, hastalara yalnızca teknik bilgi aktarmakla kalmayıp aynı zamanda yanlış inanışları düzeltmeye ve duygusal desteğe de odaklanması önem taşımaktadır.

4.4. Tema 3: Diyabet Yönetimi Ve İzlem

Tablo 8: Tema 3 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Takip ve Kontroller	Takip/yetersiz takip, hasta destek eksikliği, düzenli kontrol çağrılarının olmaması	~10	Süreklilik, bakım koordinasyonu
Öz İzlem ve Kendi Kendine Yönetim	Kan şekeri takibi, bedensel farkındalıkla yönetim, ölçüm ihmali, günlük kan şekeri izlem rutinlerinin kurulması	~9	Öz bakım desteği, hasta eğitimi
Diyabet Eğitimi	Kan şekeri hedefleri konusunda bilgilendirme eksiklikleri, insülin kullanımı eğitimi, insülinin saklanması ve pratik kullanımı, diyetisyene yönlendirilme/yönlendirilmeme, beslenme eğitimi	~12	Sağlık eğitimi, danışmanlık
İnsülin ve Glisemik Kontrol Yönetimi	İnsülin doz atlama, yanlış kullanım, insülin doz ayarlama	~11	Hasta güvenliği, önleyici sağlık
Hipoglisemi ve Önleyici Yaklaşımlar	Hipoglisemi farkındalığı, semptomdan öğrenme, tıbbi bilgilendirme eksiklikleri, basit önleyici öneriler	~8	Kapsamlı bakım, sağlık eğitimi
Diyet ve Beslenme Uyumu	Diyet uyumu/uyumsuzluğu, diyet uyumuna yönelik hastanın kendini değerlendirmesi, porsiyon kontrolü, diyet uyum zorlukları, diyet uyumunun sürdürülmesinde pratik zorluklar, diyabet yönetiminin ilaç temelli algılanması	15	Sağlık eğitimi, yaşam tarzı danışmanlığı, kişi merkezli bakım
Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği	Egzersiz önerileri, diyaliz sonrası yorgunluk, düzenli egzersiz yapanlar/yapmayanlar,yaşam tarzı değişikliği kavramı hakkında hasta bilgi ve farkındalığı	12	Kişi merkezli bakım, biyo-psiko-sosyal yaklaşım, önleyici sağlık

4.4.1. Alt Tema: Takip ve Kontroller

Kodlar: “takip/yetersiz takip”, “hasta destek eksikliği”, “düzenli kontrol çağrılarının olması/olmaması”

Katılımcıların büyük çoğunluğu, diyabet takibinin düzenli olmadığını ve kontrollerin genellikle reçete yeniletmekle sınırlı kaldığını belirtmiştir. Hastalar, aile hekimleri veya uzmanlar tarafından aktif bir takip çağrısı almadıklarını, çoğu zaman kendi inisiyatifleriyle kontrole gittiklerini ifade etmiştir. K8 bu durumu şöyle özetlemiştir:

*"Biz varıyoruz ilaç yazdırmak için doktora. Doktor beni kontrol için çağırmıyor. Ben kendim ilacı almak için gidiyorum."*Benzer biçimde K9, *"İlaç, tansiyon ilacı, şeker ilacı... Belli zamanda ilaç bittiği vakit kan veriyordum, ilacımı yazdırıyordum, geliyordum."* diyerek kontrollerin yalnızca ilaç yenileme üzerinden yürüdüğünü aktarmıştır. K1 ise takip sorumluluğunun tamamen hastaya bırakıldığını vurgulamış ve *"Çağıran bir bölüm yok. Kendimiz gidiyoruz."* sözleriyle bu boşluğu ifade etmiştir. Buna karşılık bazı hastalar, kendi çabalarıyla düzenli takip yaptıklarını söylemiştir. K12, *"Her sene randevu alıyorum, göz arkası filmi çektiriyorum."* diyerek kişisel sorumluluk aldığını belirtmiştir.

Bu bulgular, diyabet takibinde hastaların çoğunun pasif biçimde sistemin yönlendirmesini beklediğini, ancak sağlık sistemi içinde aktif çağrı veya planlı takip mekanizmalarının sınırlı olduğunu göstermektedir. Aile hekimlerinin süreklilik ve koordinasyon rollerini daha etkin biçimde kullanarak hastaları aktif takibe yönlendirmeleri, diyabet yönetiminin sürekliliği açısından büyük önem taşımaktadır.

4.4.2. Alt Tema: Öz İzlem ve Kendi Kendine Yönetim

Kodlar: "kan şekeri takibi", "bedensel farkındalıkla yönetim", "ölçüm ihmali", "günlük kan şekeri izlem rutinlerinin kurulması"

Katılımcıların kan şekeri takibine yönelik deneyimleri farklılık göstermektedir. Bazı hastalar düzenli ölçüm yaparken, bazıları bedensel belirtilere güvenmiş, bazıları ise ölçümü tamamen ihmal etmiştir. K9, kendi deneyimini şu sözlerle aktarmıştır:

"Ben ölçmeden şekerimi anlayabiliyorum. Günde üç beş kere ölçmeme gerek yok artık." K1 ise hiperglisemi ve hipoglisemi belirtilerini ayrıntılı biçimde tanımlamıştır:

"Halsizlik oluyor. Hareketlerde bir monotonluk başlıyor, gözlerde bir hareketsizlik oluyor. Düşüğü de fazla oluyor. Düşüğü olduğu zaman aşırı terleme geliyor. Şekerim düşmüş oluyor o zaman."

K10, ölçüm ihmallerinin tehlikesini şöyle ifade etmiştir: *"Şekerimi ölçmüyorum, iyidir diyorsun. Halbuki şekerin 400–500'lere çıkmış. Öyle zaman olurdu ki 600'den aşağıya hiç makine ölçmüyordu. Şekerim öyle bir yükseğe çıkıyordu."*

Bu bulgular, diyabetli hastalarda kan şekeri izleminin düzenli olarak yapılmadığını ve birçok hastanın öz izlemi bedensel belirtiler üzerinden sürdürdüğünü göstermektedir. Öz izlemin alışkanlık hâline getirilmesi ve düzenli ölçüm yapma becerisinin kazandırılması için hasta eğitiminin sürekliliği büyük önem taşımaktadır.

4.4.3. Alt Tema: Diyabet Eğitimi

Kodlar: "kan şekeri hedefleri konusunda bilgilendirme ve eksiklikler", "insülin kullanımı eğitimi", "insülinin saklanması ve pratik kullanımında bilgi eksikliği", "diyetisyene yönlendirilme/yönlendirilmeme", "beslenme eğitimi"

Katılımcıların büyük bir kısmı, diyabet eğitiminin ya hiç verilmediğini ya da yalnızca tanı anında tek seferlik ve yetersiz biçimde yapıldığını ifade etmiştir. Eğitim çoğunlukla sürdürülebilir olmamış; bu durum, hastaların hedef değerleri, insülin uygulamaları ve beslenme konularında bilgi eksikliğine yol açmıştır.

K1, kan şekeri hedeflerine ilişkin farklı bilgiler aldığını şu sözlerle aktarmıştır:
"80–120 dendi... fakat 170–180'nin aşağıda normal karşılıyorlar." (K1)

Benzer biçimde K18, hedef aralıklar konusundaki belirsizliğini şöyle dile getirmiştir:

"70 ile 100 arasında olması lazım... 120–110 oldum sıklıkla." (K18)

İnsülin kullanımı konusunda da eğitim eksiklikleri dikkat çekmektedir. K16 bu durumu şöyle anlatmıştır:

"Burada gösterdiler. Bir kere oldu, ondan sonra olmadı." (K16)

Katılımcılardan bazıları hiç yönlendirilmediklerini ya da yalnızca kâğıt üzerinde tavsiyeler aldıklarını belirtmiştir. K3 deneyimini şu sözlerle aktarmıştır: *"Göndermediler de diyet kâğıdı yazdı. 'Bunlara dikkat edeceksin.' dedi."* Buna karşılık bazı katılımcılar diyetisyen desteği aldıklarını ifade etmiştir. K4 bu durumu şöyle belirtmiştir:
"Yönlendirdiler, dahiliye doktorları hep yolladı." (K4)

Bu bulgular, diyabet eğitiminin çoğu zaman tek seferlik kaldığını ve hastaların günlük yaşamlarını sürdürecek bilgi ve becerilerden yoksun bırakıldığını göstermektedir. Diyabet

eğitiminin sürekliliğinin sağlanması, aile hekimlerinin ve ekip temelli çalışmanın bireyselleştirilmiş eğitim programlarını desteklemesiyle mümkündür.

4.4.4. Alt Tema: İnsülin ve Glisemik Kontrol Yönetimi

Kodlar: "insülin doz atlama", "yanlış kullanım", "insülin doz ayarlama"

Bu alt temada birçok hasta, insülin uygulamalarını kendi yöntemleriyle yönetmeye çalıştığını belirtmiştir. Bazı hastalar, insülini reçeteye uygun şekilde kullanmadıklarını açıkça ifade etmiştir. K3, *"Üç kere kullanmam gerekiyor herhalde. Ben iki, bir... öyle kullandım."* sözleriyle düzensiz insülin kullanımını dile getirmiştir. K9 ise tedavi sürecini tamamen kendi inisiyatifiyle yönettiğini şu şekilde anlatmıştır:
"Şekeri yükseldikçe dozunu yükselteceksin, düştüyse düşüreceksin." (K9)

Daha dikkatli takip yapan hastalar da vardır. K6, insülin dozlarını günlük ölçümlerine göre ayarladığını şu sözlerle aktarmıştır:
"Şekerim gene düzenleniyor... Sabah, akşam, öğlen ölçerek yapıyorum. O günkü menüye göre ayarlıyorum." (K6)

Buna karşın bazı hastalar, insülin uygulamasını sürdürebilmek için aile üyelerinin desteğine ihtiyaç duymuştur. K16, unutkanlık ve bağımlılığını şu ifadelerle açıklamıştır:
"Sen bana söylüyorsun ama ondan sonra unutuyorum... Oğlan vuruveriyordu." (K16)

Bu bulgular, insülin tedavisinde yalnızca biyomedikal bilginin değil, aynı zamanda hasta eğitimi, düzenli takip ve aile desteğinin de gerekli olduğunu göstermektedir. Aile hekimlerinin insülin tedavisinde eğitim rolünü güçlendirmesi, doz ayarlamaları konusunda hastalara rehberlik sunması ve gerektiğinde aile üyelerini de sürece dahil etmesi, yanlış uygulamaların ve komplikasyon risklerinin önlenmesinde kritik öneme sahiptir.

4.4.5. Alt Tema: Hipoglisemi ve Önleyici Yaklaşımlar

Kodlar: "hipoglisemi farkındalığı", "semptomdan öğrenme", "tıbbi bilgilendirme eksiklikleri", "basit önleyici öneriler"

Katılımcıların çoğu, hipoglisemi riskinin farkında olduklarını ancak kan şekeri düşmesi anında ne yapmaları gerektiği konusunda eksik ya da yüzeysel bilgilendirildiklerini

belirtmiştir. K10'un sözleri bu durumu özetlemektedir:
"Yok, bir bilgi almadım. Öyle bir şey demediler, söylemediler bunu yap." (K10)

Bazı katılımcılar ise hekimlerinden yalnızca basit öneriler aldıklarını dile getirmiştir. K3, *"Anlattı, dedi ki çay şekerinden bir tane ağızdan alabilirsin."* sözleriyle aldığı tavsiyeyi aktarırken; K17, *"Bunları anlattı. Şekerin düşerse bir şeker atarsın ağzına, bir de meyve suyu veya bal... O tip şeyler."* demiştir. Katılımcıların bir bölümü, kendi deneyimleriyle hipoglisemi belirtilerini tanımayı öğrenmiştir.

K6 yaşadığı süreci şöyle anlatmıştır:

"Doktorum da bilgilendirmedi ama şekerim düştüğü zaman terleme geldi. Halsizlik, ayaklarımın canı kesiliyor böyle... Terleme geliyor. O şekilde kendimi algıladım. Onu hafif hissettiğim an yanımda şeker bulunduruyordum. En yakın bir yerde de bir şeyler yemeye çalışıyordum." (K6)

Benzer biçimde K7, hipoglisemi belirtilerini deneyimleyerek öğrendiğini dile getirmiştir:

"Düştüğü zaman ben anlıyordum zaten şekeri. Terliyordum, başım dönüyordu. Şeker yemeye bir şeyler istiyorsun. Zaten şeker düştüğü zaman meyve yiyorsun. Tatlı bir şeyler içiyorsun; çikolata, nikolata, meyve suyu." (K7)

Bazı katılımcılar kendi pratik çözümlerini geliştirmiştir. K8, *"Hemen elim ayağım titriyor, tatlı yiyorum. Böyle çikolata yahut da herhangi bir şey... Hemen yükseliyor, düzeliyor. 40–50'ye düşüyor, elim ayağım titriyor, gözümün önü kararıyor. Böyle şekerin düştüğünü biliyorum yani zaten."* sözleriyle deneyimini aktarmıştır. K14 ise aile desteğini vurgulayarak, *"Hemen tatlı yiyim. Tatlı veriyor çocuklar. Kesme şekeri... Bal ne varsa evde, ondan bir kaşık alıyorum. Az sonra kendime geliyorum."* demiştir.

Buna karşılık K18, belirsizlik ve bilgi eksikliği nedeniyle hipoglisemiyi yönetmekte zorlandığını şu ifadelerle dile getirmiştir: *"Düştüğü zaman... Ne kadar yiyeceğimi bilmiyorum. Kaç gram şeker alacağım? Yani bunun bir ölçüsü yok mu? Yiyorum yiyorum, doymuyorum. Önüne geçemiyorum. Ter basıyor, kalp çarpıntısı... Bunun bilgisi yok."* (K18).

Bu bulgular, katılımcıların hipoglisemiyle baş etme konusunda çoğunlukla kendi deneyimlerine ve çevresel gözlemlerine dayandığını, tıbbi bilgilendirmenin ise yetersiz

kaldığını göstermektedir. Aile hekimlerinin hipoglisemi yönetiminde hasta eğitimini güçlendirmesi, basit ve uygulanabilir önleyici stratejileri öğretmesi büyük önem taşımaktadır.

4.4.6. Alt Tema: Diyet ve Beslenme Uyumu

Kodlar: "diyet uyumu/uyumsuzluğu", "diyete yönelik hastanın kendini değerlendirmesi", "porsiyon kontrolü", "diyet uyum zorlukları", "pratik engeller", "diyabet yönetiminin ilaç temelli algılanması"

Katılımcıların önemli bir kısmı, diyabet diyetini sürdürmekte zorlandıklarını ve yasaklı yiyeceklere karşı irade göstermekte güçlük çektiklerini dile getirmiştir. K1, geleneksel yemek alışkanlıklarının değiştirilmesindeki zorluğu şu şekilde ifade etmiştir:
"Sebze ağırlıklı yedim ama pilav ve etten uzak durmak zordu." (K1)

K2, diyet listesine uymakta zorlandığını belirterek, *"Yasaklı gıdaları yazdım, ekmek ve yumurta sarısını kestim... ama tam uyamadım."* (K2) demiştir. Benzer şekilde K13, günlük hayatta beslenme önerilerini uygulayamadığını şu sözlerle anlatmıştır:

"Üç beyazdan uzak duracaksın dedi... Biz uzak duramadık." (K13)

Katılımcılardan bazıları ise diyet kurallarını teoride bilseler de günlük yaşamda uyum sağlayamadıklarını vurgulamıştır. K2, yemek tercihlerini şöyle aktarmıştır: *"Bugün sevdiğim bir yemek oldu, bana zarar verecek ama geri kalmadım, yedim."* (K2)

Buna karşılık, porsiyon kontrolüyle uyum sağlamaya çalışanlar da vardır. K1, *"Porsiyonları küçülttüm, sebze ağırlıklı beslenmeye çalıştım."* diyerek çabalarını belirtmiştir. Ancak birçok katılımcı, diyet uygulamalarının ilaç tedavisine kıyasla ikincil planda kaldığını ifade etmiştir. K3, *"Bir şey yaptığım yok. İlaç içerim."* diyerek beslenme değişikliğini önemsemediğini; K5 ise benzer biçimde, *"İlaçlarla olduğu için hiç öyle bir şey düşünmedim."* sözleriyle diyeti geri planda bıraktığını aktarmıştır.

Bu bulgular, diyabet diyetine uyumun bireylerin kültürel beslenme alışkanlıkları, günlük yaşam pratikleri ve hastalık yönetimine bakış açılarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Aile hekimlerinin beslenme danışmanlığını yalnızca yasak listeleri üzerinden değil, hastaların sosyal, kültürel ve ekonomik koşullarını da dikkate alarak kişiselleştirmesi, uyumun sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir.

4.4.7 Alt Tema: Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği

Kodlar: "egzeriz önerileri", "diyaliz sonrası yorgunluk", "düzenli egzersiz yapanlar/yapmayanlar", "egzersiz imkânlarındaki zorluklar", "yaşam tarzı değişikliği kavramı hakkında bilgi ve farkındalığı"

Katılımcıların çoğu, hekimlerinden yürüyüş önerisi aldıklarını ancak diyaliz tedavisi, yaşa bağlı güçsüzlük ve motivasyon eksikliği nedeniyle bu önerileri sürdüremediklerini belirtmiştir. K1, yaşadığı zorluğu şöyle dile getirmiştir:
"Tabii ki yürüyüş önerdiler. Fakat bu diyalizle başladıktan sonra yürüyüş, yorgunluk hâli hissetmeye başladım. Onun için pek şey yapmıyorum yani." (K1) Benzer şekilde K8, böbrek hastalığı sonrası fiziksel kapasitesinin azaldığını şu sözlerle ifade etmiştir:
"Vallahi hocam, söylediler yürüyüş yap diye. Ama bu böbrekten sonra hiç yürüyemiyorum. Şişiyorum, daralıyorum." (K8)

K16 halsizlik nedeniyle yaşam gücünü kaybettiğini, *"Rahatsız ediyor kızım. Öyle dermansızlık oluyorsun. Gücün kalmıyor. Öyle yatıyoruz işte, ne yapalım. Başa gelen çekiliyor."* (K16) diyerek anlatmıştır. Bazı katılımcılar günlük işlerini fiziksel aktivite yerine koymuştur. K2, *"Egzersiz hiçbir şey yapmadım ben. Yani egzersiz bir durum oluşmadı ki bende. Ya o zaten yürüyorum, o faal hâlimde hiç oturmuyorum ki hocam ben."* sözleriyle düzenli egzersiz yerine günlük hareketliliğini yeterli görmüştür. Benzer biçimde K17, *"Zaten çalışıyordum ben bedenen. Zaten akşama kadar çalışıyordum, şimdi bile aynı."* demiştir. Düzenli yürüyüş yapan katılımcılar da vardır. K5, *"Sürekli şu şekilde hareket, devamlı hareket yapmam gerekiyor. Yürüyorum zaten ben. Ben şeker hastası olduğum günden beri devamlı yürüyorum. Ben 100 kiloydum şeker hastası olduğumda. Beş ay içinde 80 kiloya kadar geldim. Hep yürüdüm ama. Doktorum da önerdi. Ben de yürüdüm zaten, devamlı."* sözleriyle olumlu bir örnek sunmuştur. K12 de yürüyüşün faydasını vurgulamış, *"Günde mesela en az bir yarım saat falan yürüyüş yapmamı istedi. Kesintisiz yani böyle. Ara vermeden, durmadan, beklemeden... Bu şekilde onun faydasını gördüm yani."* demiştir. Ancak egzersiz imkânlarının kısıtlılığını dile getirenler de vardır. K15, *"Yok öyle. Dışarıda yürürsün, yolda yol var. Öyle bir yerler yok."* diyerek uygun alan eksikliğine dikkat çekmiştir. K18 ise yurtdışındaki deneyimini Türkiye'deki koşullarla kıyaslayarak şu ifadeleri kullanmıştır:
"Mesela işte yurtdışındayken özellikle bisiklet sürüyordum, burada öyle bir imkân olmuyordu. Yani şimdi yürüyüş yapmanın imkânı yok... Ama benim ayaklarımda problem olduğu için yapamıyorum." (K18)

Katılımcıların büyük bir bölümü, "yaşam tarzı değişikliği" kavramını hiç duymadıklarını veya ne anlama geldiğini bilmediklerini belirtmiştir. Bazı katılımcılar, bu konuda kendilerine herhangi bir bilgilendirme yapılmadığını ifade etmiştir. K5, *"Yok, duymadım."* diyerek sağlık çalışanlarından yaşam tarzı değişikliği hakkında hiç bilgi almadığını vurgulamıştır. Benzer biçimde K16, *"Yok. Duymadım. Size hiç bunun konuda bir bilgi verilmedi. Verilmedi, yalan söylemem şimdi."* ifadesiyle bu eksikliğe dikkat çekmiştir. K15 ise eğitimsizlik ve yönlendirme *eksikliğini "Eğitilmemişizdir kızım. Biz şimdi kendi evimizde... öyle gitmedim, bir şey yapmadım yani."* sözleriyle dile getirmiştir.

Bazı katılımcılar kavramı hiç bilmediklerini açıkça ifade etmiştir: K14, *"Bilmiyorum ki*."; K15, *"Bir şey bilmiyorum ki hiç öyle bir şey."*; K3, *"Vallahi ben hiç yaşam şeyi bilmiyorum. Ben akşama kadar evde çaresiz oturuyorum."* demiştir. K11, *"Hiç yaşam tarzı değişmedi. Aynı, vallahi hiç."* sözleriyle hayatında hiçbir değişim yapmadığını belirtmiştir. Buna karşın, az sayıda katılımcı kavramı doğru biçimde anlamlandırmıştır. K12, *"Yaşam tarzı dediğimiz zaman bizim yeme içmemizde bazı şeyleri terk etmemiz gerekiyor. Artık yaşam biçimi olarak mesela sigarayı bıraktık... hamur işleri, şekerli yiyecekleri yemeyeceğiz. O da bizim yaşam tarzımız oluyor."* diyerek kavramı somut davranış değişiklikleriyle ilişkilendirmiştir.

Bu bulgular, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliklerinin diyabet yönetiminde kritik rol oynamasına rağmen hastaların biyolojik (yorgunluk, komplikasyonlar), çevresel (uygun alan eksikliği) ve psikososyal (motivasyon kaybı, bilgi eksikliği) faktörler nedeniyle uyum sağlayamadıklarını göstermektedir. Aile hekimlerinin hastaların bireysel koşullarını, yaş, sosyal destek ve tedavi yükü gibi değişkenleri dikkate alarak yaşam tarzı danışmanlığını kişiselleştirmesi gerekmektedir.

4.5. Tema 4:Komplikasyonlarla Yüzleşme

Tablo 9: Tema 4 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Komplikasyon Farkındalığı	Diyabet komplikasyonları hakkında bilgilendirilme ve eksiklikler, geç fark edilen organ hasarı, komplikasyon sonrası farkındalık gelişmesi	~14	Hasta eğitimi, koruyucu hekimlik, risk yönetimi
Komplikasyon Taramaları	Taramalara yönlendirilme/yönlendirilmeme, semptom olmadan tarama yapılmaması, düzenli kontrol kavramının olmaması, yanlış güven algısı, sorumluluğun hastaya	~12	Süreklilik ve koordinasyon, önleyici sağlık hizmetleri

	bırakılması, taramaların diyaliz süreciyle başlaması		
Komplikasyon Deneyimleri ve Kontrolsüz İzlem	Nöropati, retinopati, nefropati, diyabetik ayak, kardiyovasküler komplikasyonlar, kontrolsüz izlem	16	Kapsamlı bakım, sürekli izlem, hasta merkezli yaklaşım
Nefropati ve Diyaliz Süreci	Diyabetik nefropati, böbrek yetmezliği, geç teşhis, diyalize başlamada direnç, akut dekompansasyon	~18	Klinik yönetim, koordinasyon, hasta savunuculuğu

4.5.1. Alt Tema: Komplikasyon Farkındalığı

Kodlar: "diyabet komplikasyonları hakkında bilgilendirilme ve eksiklikler", "komplikasyon sonrası farkındalık gelişmesi", "geç fark edilen organ hasarı"

Katılımcıların büyük çoğunluğu, diyabetin uzun dönem etkileri hakkında yeterli bilgilendirme almadıklarını ve komplikasyon farkındalığının ancak organ hasarı geliştikten sonra oluştuğunu belirtmiştir. K10 bu durumu, *"On iki, on üç sene hiç öyle bir şey duymadım. Ya göze vurar veya bilmem nereye vurar diye bir şey duymadım."* sözleriyle dile getirmiştir. Bazı hastalar, sağlık çalışanlarının yalnızca kan şekeri düzeyine odaklandığını, organ hasarları ve riskler hakkında bilgilendirme yapılmadığını vurgulamıştır. K6'nın ifadesi bu durumu açık biçimde yansıtmaktadır:
"Kanıma bakıldı, şekerime bakıldı. Diğer organlarımda da zarar vermeye başlamış şeklinde bir konuşma olmadı." (K6)

K9, diyabetin çoklu organ hasarına yol açtığını ancak kendisine bunun önceden anlatılmadığını şu sözlerle dile getirmiştir: *"Organ harabiyetini... Birer birer hepsini kaybediyorsun. Bize anlatmadılar."* (K9)

Bazı katılımcılar, doktorlarının yüzeysel uyarılarını hatırlamakla birlikte bu bilgilerin davranış değişikliğine dönüşmediğini ifade etmiştir. K5, *"Genelde göze vurabileceğini söylediler."* sözleriyle kendisine yapılan kısa bir bilgilendirmeyi aktarırken; K18, aile öyküsüne güvenerek hastalığın ciddiyetini geç fark ettiğini belirtmiştir:
"Annemi de babamı da diyabet hastasıydı ama hiçbiri böbrek hastası olmadı... Ben de kendime konduramadım." (K18)

Bu söylemler, hastaların çoğunda diyabetin sistemik etkilerine ilişkin farkındalığın düşük olduğunu ve komplikasyon bilincinin genellikle reaktif biçimde, ancak fiziksel belirtiler ortaya çıktıktan sonra geliştiğini göstermektedir. Diyabet komplikasyonlarına dair bilgilendirmenin yalnızca tanı anında değil, hastalık sürecinin her evresinde sürdürülmesi gerekmektedir. Düzenli hasta eğitimi, organ taramaları hakkında bilgilendirme ve erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, komplikasyon farkındalığının artırılmasında temel rol oynamaktadır.

Bütüncül yaklaşım çerçevesinde, biyolojik verilerin yanı sıra hastanın algısı ve deneyimi de dikkate alınmalı; bilgi eksikliğinin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikososyal bir boşluk oluşturduğu unutulmamalıdır.

4.5.2. Alt Tema: Komplikasyon Taramaları

Kodlar: "taramalara yönlendirilme/yönlendirilmeme", "semptom vermeden tarama yapılmaması", "düzenli kontrol kavramının olmaması", "yanlış güven algısı", "sorumluluğun hastaya bırakılması", "taramaların diyaliz süreciyle başlaması"

Katılımcıların büyük bir kısmı, komplikasyon taramalarının yalnızca belirti ortaya çıktıktan sonra yapıldığını belirtmiştir. Düzenli kontrol ve erken tarama kavramı birçok hastada yerleşmemiştir. K14, hiçbir yönlendirme yapılmadığını açıkça ifade etmiştir:
"Hiçbir yere gitmedik, hani gidin demediler." (K14)

K7 de benzer biçimde, göz komplikasyonunun ancak kanama sonrası fark edilip müdahale edildiğini şöyle anlatmıştır: *"Gözüm kanama yapmıştı... Ameliyat oldum... Ondan sonra göz kontrolüne başladım."* (K7) Bazı hastalar kontrolleri yalnızca semptom olduğunda yaptıklarını dile getirmiştir. K5, *"O zaman bir şey yoktu gözümde. O zaman gitmedim ben."* (K5) sözleriyle bu durumu açıklamıştır. Benzer şekilde K2, laboratuvar sonuçlarının temiz çıkmasının kendisine yanlış bir güven verdiğini belirtmiştir:
"Düzenli gitmedim. Tahlili aldım, temiz olduğunu öğrenince başka gitmedim." (K2)

Bazı katılımcılar ise takip sorumluluğunun tamamen kendilerine bırakıldığını vurgulamıştır. K1, *"Çağıran bir bölüm yok. Kendimiz gidiyoruz."* sözleriyle izlem sisteminin eksikliğini özetlemiştir. Buna karşılık K18, hastanesinde düzenli tarama uygulandığını belirterek olumlu bir örnek sunmuştur: *"Hastaneye altı ayda bir gidiyorum... Doktor yönlendiriyor; göz taraması, EKG, EKO."* (K18)

Bu bulgular, diyabet hastalarında komplikasyon taramalarının çoğu zaman reaktif biçimde, yani şikâyet sonrası yapıldığını göstermektedir. Düzenli ve planlı izlem programlarının bulunmaması, komplikasyonların erken fark edilmesini engellemektedir. Aile hekimlerinin bu süreçte proaktif bir rol üstlenmesi, sğlık sisteminde hastaları periyodik taramalara davet eden sistematik hatırlatma ve yönlendirme mekanizmaları oluşturulması, erken tanı ve önleyici sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır.

4.5.3. Alt Tema: Komplikasyon Deneyimleri ve Kontrolsüz İzlem

Kodlar: "göz ve ayak komplikasyonları", "hipoglisemi ve hiperglisemi atakları", "bedensel farkındalıkla izlem", "kontrolsüz süreç ve takip yetersizliği"

Katılımcıların anlatıları, diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan çok yönlü komplikasyonların (nöropati, retinopati, nefropati, kardiyovasküler sorunlar ve diyabetik ayak) hem fizyolojik işlevselliği hem de psikososyal iyilik hâlini belirgin biçimde sarstığını göstermektedir. Deneyimler genellikle geç fark edilme ve düzensiz izlem örüntüsüyle aktarılmış; görme kaybı, ayak yarası ve böbrek yetmezliği gibi somut sonuçlara dayalı farkındalık anlatıları öne çıkmıştır.

"Şekerden dolayı gözlerim çok bozuldu, birkaç kez anjiyo oldum. Şimdi zar zor görüyorum." (K1)
"Ayağımda yara çıktı, geçmedi. En sonunda kestiler, ampute oldum." (K2)
"Böbreklerim iflas etti, diyalize başladım. Meğer hep şekerdenmiş." (K3)
"Elim ayağım uyuşuyor, karıncalanma oluyor. Doktor sinirler zarar görmüş dedi." (K4)
"Kalp yetmezliği çıktı, şekeri yıllarca önemsemedim. Şimdi pişmanım." (K5)
"Gözüm gitmeseydi hâlâ dikkat etmezdim. Görmem azalınca hastalığın ciddiyetini anladım." (K6)
"Yürüyemiyordum, ayaklarımda yanmalar başladı. Meğer sinirler zarar görmüş." (K7)
"Ayağımın altı su toplamıştı, 'geçer' dedim ama çürümeye başladı. Doktor diyabetik ayak dedi." (K8)
"Diyalize girmeye başlayınca anladım, böbrekler de bitmiş artık." (K9)

Bu söylemler, diyabet komplikasyonlarının çoğu kez semptomlarla görünür hâle geldiğini ve hastalık ciddiyetinin ancak organ hasarı yaşandığında fark edildiğini göstermektedir. Katılımcı anlatıları, düzenli tarama, sürekli eğitim ve proaktif birinci basamak izleminin

önemini açık biçimde vurgulamaktadır. Aile hekimliği açısından bu bulgular, koruyucu hekimlik ve bütüncül yaklaşım ilkelerinin komplikasyonların önlenmesinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Aile hekimlerinin düzenli komplikasyon taramaları, hasta eğitimi ve sürekli izlem süreçlerini etkin biçimde yürütmesi, hastalık seyrini iyileştirmede kritik öneme sahiptir.

4.5.4 Alt Tema: Nefropati ve Diyaliz Süreci

Kodlar: "diyabetik nefropati", "böbrek yetmezliği", "geç teşhis", "diyalize başlamada direnç", "akut dekompansasyon"

Katılımcıların büyük bölümü, böbrek yetmezliği tanısını aniden, genellikle başka bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurduktan sonra öğrenmiştir. Bu durum, diyabetik nefropatinin çoğunlukla geç fark edildiğini ve erken dönemde böbrek fonksiyonlarının düzenli olarak izlenmediğini göstermektedir. K8, böbrek fonksiyonlarının ciddi biçimde azaldığını ancak bunu doktorunun açıklamasıyla öğrendiğini şu sözlerle dile getirmiştir: *"Yüzde on beş böbreklerin çalışıyor dedi... Diyaliz hastasısın dedi."* (K8) Benzer şekilde K18, böbrek hastalığını ani gelişen fiziksel değişikliklerle fark ettiğini ifade etmiştir: *"Sapasağlamken bir gün kalkıyorum, ayaklarım şişiyor... Böbrek hastası olduğumu öğreniyorum."* (K18)

K17, erken dönemde protein kaçağı bulgusunu ciddiye almadığını şöyle anlatmıştır: *"Protein kaçağı vardı böbreklerde... Gitmedim, ne olduğunu bilmiyordum."* (K17) K11, ani bir hiperglisemi ve bilinç kaybı sonrası böbrek yetmezliği tanısı aldığını belirtmiştir. Yaşadığı klinik tabloyu şu şekilde aktarmıştır:
"Bir gecede düşmüşüm yere, bayılmışım... Böbrek yetmezliği dediler, hemen diyalize bağladılar." (K11) K16 ise diyalizle yaşamı kabullenme sürecini şu ifadelerle özetlemiştir: *"Çok şükür işte şimdi diyalize giriyoruz. Bundan ötesi de Allah kerim."* (K16)

Bu anlatılar, diyabetik nefropatinin erken dönemde fark edilmediğini, hastaların düzenli laboratuvar kontrollerine yönlendirilmediğini ve böbrek fonksiyon kaybının genellikle ileri evrede tanındığını göstermektedir. Diyaliz süreci yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal açıdan da önemli bir dönüm noktası olarak tanımlanmıştır. Bu durum, aile hekimlerinin koruyucu ve bütüncül sağlık hizmeti anlayışıyla düzenli kreatinin, idrar albümin

ve eGFR takibini sağlaması; böbrek fonksiyonlarındaki erken bozulmaları saptayarak hastaları zamanında nefrolojiye yönlendirmesi gerekliliğini açık biçimde ortaya koymaktadır.

4.5. Tema 5: Diyabet Ve Psikososyal Süreçler

Tablo 10: Tema 5 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Diyabetin Duygusal Yükü ve Psikolojik Etkileri	Diyabet yorgunluğu, tükenmişlik, isyan, çaresizlik, kabulleniş, kader algısı	~12	Biyo-psiko-sosyal yaklaşım, kişi merkezli bakım
Diyabetten Bahsetme ve Çekinceler	Hastalığı paylaşma, sosyal çevre desteği, hastalığın normalleştirilmesi, damgalanma korkusu	~10	Toplumsal yönelim, iletişim ve danışmanlık
Hastalığı Kabul, Pişmanlık ve Değişim Fırsatı	Geriye dönük pişmanlık, önlenebilirlik algısı, yaşam tarzı değişikliği, geç kalmışlık hissi, kabullenme	~11	Sağlık eğitimi, motivasyonel danışmanlık
Stresin Diyabet Üzerine Etkisi	Stres, sinirlilik, stresin kan şekerine etkisi	~8	Psikososyal danışmanlık, önleyici sağlık
Psikiyatrik Destek	Psikiyatrik destek ihtiyacı (olması/olmaması), psikiyatrik yardım alma deneyimi, psikolojik destek farkındalığı, tedaviye direnç ve önyargı, sosyal çevreden moral desteği	~6	Entegrasyon, destekleyici danışmanlık
Diyalizin Psikososyal Etkileri	Stres, kaygı, üzüntü, diyaliz sonrası ruhsal etkiler	~7	Biyo-psiko-sosyal yaklaşım, kişi merkezli bakım

4.5.1. Diyabetin Duygusal Yükü ve Psikolojik Etkileri

Kodlar: “diyabet yorgunluğu”, “tükenmişlik”, “isyan”, “çaresizlik”, “kabulleniş”, “kader algısı”.

Bu alt tema, diyabetin yol açtığı duygusal yük, tükenmişlik ve psikolojik etkileri irdeler. Katılımcıların çoğu, kronik hastalığın sürekli takibi nedeniyle yorgunluk ve bıkkınlık yaşadıklarını vurgulamıştır: *“Başka da psikolojik olarak biraz var. Artık çok yoruldum. Hasta olarak yaşamaktan çok sıkıldım yani.”* (K18). Uzun tedavi süreçleri bazen isyana dönüşmüş, *“Allah’ım bu neydi, çektiğim çile neydi diye isyan ediyorum kendime.”* (K3) sözleri bu duyguyu somutlaştırmıştır. Hastalığın kökenine ve anlamına dair sorgulamalar da görülmüştür: *“Var tabii ki. Ben böyle olmasaydım daha iyiydi diye… Nereden oldum? Anlamadım diyorum.”* (K3).

K8 ise *"Şekeri de tam düzenli bir şey yapamıyoruz. Onun için kadere razı olacak"* sözleriyle kaderci bir kabullenmeyi ifade etmiştir.

Bu bulgular, diyabet yönetiminde psikososyal destek ve tükenmişliği önlemeye yönelik danışmanlığın önemini ortaya koymaktadır.

4.5.2 Alt Tema: Diyabetten Bahsetme ve Çekinceler

Kodlar: "sosyal paylaşım", "hastalığın normalleştirilmesi", "damgalanma korkusu".

Diyabet tanısı alan hastaların hastalıklarını çevreleriyle paylaşma tutumları arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Bazı katılımcılar hastalıklarını gizlemeksizin paylaşmakta ve deneyimlerini çevreleriyle açıkça ifade etmektedir.
K7, *"Bazı arkadaşlar şeker olduğu zaman bize soruyorlar… Söylüyoruz yani arkadaşlara."* ve *"Yok, niye çekineyim ki? Allah'ın verdiği bir şey… Herkes biliyor bizim şeker hastalığımızı."* sözleriyle diyabetten bahsetme konusunda herhangi bir çekince duymadığını belirtmiştir. Benzer biçimde K9, *"Herkesi uyarıyorum… Utanılacak bir hastalık değil."* ifadesiyle hastalık hakkında farkındalık yaratma isteğini dile getirmiştir.

Katılımcılardan bazıları ise, toplumsal yargılardan kaynaklanan çekincelerini paylaşmıştır. K12, *"Söylemekten çekindiğimiz oldu… Sanki bunu bir eksiklik gibi gördük… İnsanların bakış açısı farklı olabiliyor."* sözleriyle diyabetini gizleme eğilimini vurgulamıştır. K2, *"Belirli kişilere söyledim; anneme, babama, kardeşlerime."* diyerek kısıtlı paylaşımı ifade etmiştir. K5'in *"Anlattım böyle böyle. Çünkü annemde de vardı aynı hastalık."* ifadesi, aile öyküsünün paylaşımı kolaylaştırıcı bir unsur olduğunu göstermektedir. K11 ise *"Yok yok, hiç çekinmedim. Hayat devam ediyordu."* sözleriyle hastalığını yaşamının doğal bir parçası olarak gördüğünü dile getirmiştir.

4.5.3. Alt Tema: Hastalığı Kabul, Pişmanlık ve Değişim Fırsatı Üzerine Düşünceler

Kodlar: "geriye dönük pişmanlık", "önlenebilirlik algısı", "kabullenme", "geç kalmışlık hissi", "geri dönüşü olmayan hastalık algısı".

Katılımcılar, geçmişte kurallara uymamanın pişmanlığını dile getirirken, bazen kaderci bir yaklaşım benimsemiş, bazen de değişim için geç kalındığını ifade etmiştir.
K2, *"Yaşam güzelmiş ama çok şeyler benim için arkada kaldı. Baştan yapmam lazımmış."* sözleriyle geçmişe yönelik pişmanlığını dile getirmiştir. Aynı katılımcı, *"Biraz daha kendime dikkat etmem lazımmış… Kurallara bazen uydum, bazen uymadım. Ondan pişmanlığım var."*

ifadesiyle öz eleştiride bulunmuş; *"Bu da bulmaca gibi hocam… Harfi harfine kurallara uymam lazımmış. Geri adım atardım yani."* diyerek önlenebilirliğe vurgu yapmıştır. K3, *"Var tabii ki… Neden böyle oldum diye tabii ki içerlerim."* ve *"Vallahi düşündüm… Çok düşündüm, ağladım, kendime isyan ettim. Niye böyle oldum?"* sözleriyle hastalığa karşı duygusal sarsılmasını aktarmıştır. K1, *"Mesela bu diyalize düşme durumunu engelleyebilirdik, daha dikkatli olabilirdik."* diyerek geç kalmışlık hissini ve komplikasyonların önlenebilir olduğu algısını dile getirmiştir.
Buna karşılık K7, *"İnsan olmasını istemez ama işte oldu bir kere. Önüne geçemiyorsun."* diyerek kaderci bir yaklaşım sergilemiştir.

4.5.4. Alt Tema: Stresin Diyabet Üzerine Etkisi

Kodlar: "stresin kan şekeri regülasyonuna etkisi", "stresle baş etme güçlüğü", "stres-diyabet ilişkisi".

Katılımcıların ifadeleri, stresin diyabet yönetimi ve kan şekeri regülasyonu üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Birçok katılımcı, stres ve moral bozukluğu dönemlerinde kan şekeri düzeylerinde artış yaşadığını belirtmiştir.
K7, *"Stres olmayacak. İyi geçineceksin. Moralin yerinde olacak. Stres yapmayacaksın. Günlük hayatta bunlar iyi olduktan sonra kendin de iyi olursun, şekerin de iyi olur."* diyerek stres yönetiminin önemini vurgulamıştır. Benzer şekilde K8, *"İlla yemekten değil. Atıyorum, kızıyorum gelene. Şekerim 500 oluyor. Strese giriyorum. Şeker gene yükseliyor yani. Ben yesem de yemesem de fark etmiyor."* sözleriyle stresle birlikte glisemik dalgalanmaların arttığını belirtmiştir. K6, *"Stres, üzüntü... Bunu yönetemiyorum. Bu da tansiyonu etkiliyor. Üzüldüğüm zaman gözlerim yaşardığı zaman tanıyorum kendimi."* diyerek emosyonel stresin bedensel yanıtları tetiklediğini dile getirmiştir.
K9, *"Yemekten şeker yükselmiyordu. Stresle de yükseliyordu... Yememiş olsam da stres yapınca çıkıyordu."* ifadesiyle stresin glisemik düzeylerde doğrudan artışa neden olduğunu belirtmiştir.

Bazı katılımcılar stresle baş etmede güçlük yaşadıklarını, bu durumun tedavi uyumlarını ve günlük yaşam davranışlarını olumsuz etkilediğini dile getirmiştir. K7, *"Bu bir hastalık yani, sinirsel bir hastalık. Olmadık yere de sinirleniyorsun."* derken, K11 *"Hastane ortamına geldiğimiz zaman böyle stresten şekerim de yükseliyor."* ifadesini kullanmıştır.

Buna karşılık K5, *"Vallahi stres yapmazsam, sakin olursam ne şeker çıkıyor ne hiçbir şey çıkmıyor."* diyerek sakinliğin dengeleyici rolünü vurgulamıştır.

4.5.5. Alt Tema: Psikiyatrik Destek

Kodlar: "psikiyatrik destek ihtiyacı (olması/olmaması)", "psikiyatrik yardım alma deneyimi", "psikolojik destek ihtiyacı ve farkındalık", "tedaviye direnç ve önyargı", "sosyal çevreden moral desteği".

Katılımcıların ifadeleri, diyabetle birlikte yaşanan psikolojik yükün yönetiminde profesyonel destek arayışının sınırlı olduğunu göstermektedir.
Bazı katılımcılar psikiyatriye veya psikoloji uzmanına başvurarak ilaç tedavisi aldıklarını belirtmiştir. K7, *"Psikiyatriye gittim evet... Uyku düzenim bozuktu, her şeye kafayı takıyordum. Destek aldım, hap kullanıyordum."* demiştir.
Benzer şekilde K9, *"Psikoloji doktoruna da gittim... Vücudum rahatlasın diye ilaç aldım. Stresim olmasın diye."* diyerek psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Buna karşılık bazı katılımcılar tedaviyi sürdürmemiş veya mesafeli yaklaşmıştır.
K3, *"Psikiyatriste gittim, ilaç vermişti ama birkaç gün kullandım. Dedim benden ne var ki, deli değilim ki. Bir defa gittim."* ifadesiyle toplumsal önyargının kişisel tutumlara yansıdığını göstermektedir.

K14, *"Çocuklarım götürdü. Anne sen çok sinirli yapıyorsun, gidelim doktora dediler. Ben kullanmak istemedim, bağımlılık yapar diye. O da bana bir hap verdi, rahatlattı."* sözleriyle aile yönlendirmesinin rolünü vurgulamıştır. K10 ise *"Çevrendekiler iyiyse, moral verirler. Moral verdiği zaman zaten daha iyi oluyorsun."* diyerek sosyal desteğin önemini belirtmiştir.
Bazı katılımcılar hiçbir destek almadıklarını ifade etmiştir: *"Yok."* (K4).

4.5.6. Alt Tema: Diyalizin Psikososyal Etkileri

Kodlar: "diyalize bağımlı yaşam", "yalnızlık ve sosyal izolasyon", "aile ve sosyal yaşamda değişim", "yaşam kalitesinde azalma", "alışma ve kabullenme", "sosyal destek ihtiyacı", "yaşamın son aşaması algısı ve ölüm korkusu", "diyalize mecburiyet hissi".

Katılımcı ifadeleri, diyaliz tedavisinin yalnızca fiziksel değil, psikososyal açıdan da önemli etkiler yarattığını göstermektedir. Bu kapsamda, belirlenen kodlar doğrultusunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Bazı katılımcılar, diyalize başlama kararı sonrası yoğun korku ve endişe yaşadıklarını ifade etmiştir. K4, "*İlk zamanlar çok etkiledi de sonra sonra alıştım artık. Ne bileyim böyle kendimi bir strese soktum. Acaba ölecek miyim? Bir şey mi olacak? Çocuklarım ne olacak? Derken derken, sonra sonra, günden güne alıştım artık.*" ifadesiyle diyaliz sürecini başlangıçta yaşamın son aşaması olarak algıladığını ve ölüm korkusu yaşadığını, ancak zamanla uyum geliştirdiğini belirtmiştir. K16, "*Bir sene kaçtım. Diyaliz dedim kötü dedim. Ablam da giriyordu. Gördüm onun yaşayışını. Kaçtım.*" sözleriyle bu durumu açıklamıştır. K6 ise, "*Kateter takılana kadar öldüm öldüm dirildim… Ama aslında çok basitmiş… Kateteri takınca herkes beni tuttu… Sonra hiçbir şey duymadan çıkarıldı. Dünyalar benim oldu.*" diyerek bilgi eksikliğinin kaygı yaratabildiğini ifade etmiştir. Ayrıca K6, "*Kardeşim beni doktora götürdü… Tanıdığım bir banka müdürü düzenli diyalize gidiyor dedi… Rahatladım.*" sözleriyle sürece uyumda sosyal desteğin önemine dikkat çekmiştir.

Bazı katılımcılar, diyaliz sürecini yaşamın son aşaması olarak değerlendirdiklerini ve ölüm korkusu ile birlikte ruhsal yorgunluk yaşadıklarını ifade etmiştir. K8, "*Son hayatımı yaşıyorum… ne zaman öleceğim, onu bekliyorum.*" diyerek ölüm beklentisini açıkça ifade etmiştir. K12, "*Her şeyin bittiğini düşündüm… yarım insan gibi… depresyona girecek gibiydim….Ben artık bundan sonra böyleyim… depresyon hali geliyor.*" sözleriyle bu sürecin duygusal etkilerini belirtmiştir. K3, "*Her şeyden elimi çekmiş gibi oluyorum… hayattan yorulmuş gibi hissediyorum.*" diyerek duygusal tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir.

Bazı katılımcılar, diyaliz sürecinin yaşamlarının merkezine yerleştiğini ve bağımlılık hissi oluşturduğunu ifade etmiştir. K9, "*Böbreklerin bitti dediler. Bundan sonra hayatın böyle dediler. Hortuma bağladılar seni. Elinden ne gelir ki? Kabullenmek zorundasın.*" sözleriyle bu bağımlılığı dile getirmiştir. K6, "*Bu dört diyalizimden dolayı şu anda il dışında bir yere gidemiyorum… gidebilirsem gidiyorum, gidemezsem yalnızım.*" diyerek diyalizin hareket alanını kısıtladığını belirtmiştir. Benzer biçimde K18, "*Bir şeye bağlı olmak… hayatınızı kısıtlıyor… Ama çok daha beteri var diyerek şükrediyorum.*" diyerek bu süreci kabullenme ile birlikte bir bağımlılık ilişkisi içerisinde değerlendirmiştir.

Bazı katılımcılar, diyalize girmenin bir zorunluluk olduğunu ifade etmiştir. K14, "*Üzüldüm ama mecbur giricen dediler.*" ifadesiyle mecburiyet algısını dile getirmiştir. K9, "*İstemediğin bir şeye bağlandığın vakit korkmaz mısın? Hortuma bağladılar seni. Kabullenmek zorundasın.*" diyerek tedaviye mecburiyet hissiyle bağlı olduğunu aktarmıştır. Bu ifadeler, bağımlılıkla zorunluluk arasındaki geçişi yansıtmaktadır. K5, "*Diyaliz yaparken sıkıntı*

çekiyor muyduk, çekiyorduk ama şimdi alıştık. Neden? Ona bağlı bir yaşam düzenimiz oluştuğu için. Yani yapmasak bir çözüm yok, yapsak çaresi var gibi. Sarılıyorsun ister istemez. Zorlu çekiyorsun ama bu benim tedavim diyorsun, sarılıyorsun." sözleriyle bu süreci ifade etmiştir. K11, "*Üzüldüm ama o kadar da değil. Ne yapayım dedim, olan oldu artık.*" diyerek kabullenmeyi vurgulamıştır. K12, "*Alıştık, alıştık… Normalin seviyesine yakın değilim ama.*" diyerek zamanla uyum geliştirdiğini dile getirmiştir.

Katılımcılardan bazıları, diyaliz sürecinin sosyal yaşamdan uzaklaşmaya ve günlük aktivitelerde kısıtlanmaya neden olduğunu belirtmiştir. K10, "*Diyalize girince insanın çevresi azalıyor. Çoğu arkadaş uzaklaştı, arayan soran azaldı.*" diyerek sosyal ilişkilerde yaşanan azalmayı aktarmıştır. Benzer şekilde K7, "*Fazla gidip gezemiyorsun. Topluma giremiyorsun. Bazı ortamlardan uzak kalıyorsun.*" ifadesiyle sosyal izolasyon yaşadığını belirtmiştir. K12, "*Memleketime bile gidip gelemiyorum… Böyle sıkıntılar olunca insan duygusallaşıyor.*" diyerek hem fiziksel sınırlılığı hem de duygusal yansımayı ifade etmiştir. Bazı katılımcılar, diyaliz sürecinin aile düzenini ve sosyal yaşamı etkilediğini dile getirmiştir. K6, "*Evde olunca işler aksıyor, diyaliz günlerinde hiçbir şey yapamıyorum. Ailem de bana göre düzen kurdu.*" sözleriyle tedavinin aile içi rollerde değişiklik yarattığını ifade etmiştir. K1, "*Bazı sıkıntılar oldu sosyal, rahat gezememe, bir yere gidememe gibi.*" sözleriyle bu değişimi özetlemiştir.

Bu söylemler, diyaliz tedavisinin hem fiziksel hem de psikolojik olarak "zorunlu bir yaşam biçimi" hâline geldiğini göstermektedir. Katılımcı ifadeleri genel olarak, diyalizin başlangıçta korku, mecburiyet ve sosyal uzaklaşma ile karakterize olduğunu; ancak zamanla alışma, kabullenme ve sınırlı bir denge süreciyle şekillendiğini ortaya koymaktadır. Diyaliz, hastalar için bir yandan yaşamı sürdürme umudu, diğer yandan bağımlılık ve sınırlılık hissi yaratan karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır.

4.6. Tema 6:Sağlık Sistemi Deneyimi Ve Aile Hekiminin Rolü

Tablo 11 :Tema 6 Tablosu

ALT TEMA	İLGİLİ KODLAR	KATILIMCI SAYISI (FREKANS)	WONCA BAĞLANTISI
Aile Hekiminin Diyabet Takibinde Rolü	Diyabet yönetimi hakkında bilgilendirme, aile hekimi ile iletişim, kısıtlı etkileşim (reaktif takip), aile hekiminin sınırlı yetkinlik algısı, uzman doktora güven, aile hekimi tarafından kontrole çağrılma/çağrılmama, düzenli takip eksikliği	18 (tüm katılımcılar)	Süreklilik, Koordinasyon
Aile Hekimine Başvuru Alışkanlıkları	İlaç yenileme odaklı başvuru, rutin kontrol eksikliği, muayene ve danışmanlık eksikliği, hekim dışı kaynaklardan bilgi alma (örneğin eczacı)	~10	Süreklilik, İlk Temas
Aşılama ve Aşı Bilinci	Aile hekimliğinde aşı takibi, aşı için çağrı yapılması/yapılmaması, aşı eğitimi ve bilgilendirme, rutin aşıların uygulanması, aşı tereddütleri	~16	Kapsamlı Bakım (Önleyici Hizmet)
Aile Hekimine Dair Algı ve Beklentiler	Beklentisizlik, sınırlı etkileşim, iletişim eksikliği, aile hekiminin sınırlı yetkinlik algısı, uzman hekimi tercih etme iletişim tarzına dair beklentiler,	~8	Kişi Merkezli Bakım, İletişim
Sağlık Hizmetlerine Erişim, Memnuniyet, Süreklilik ve Kordinasyon	Randevu zorluğu, uzun bekleme süreleri, sık sevk edilme, kalabalık ortam ve iletişim süresinin kısalığı, memnuniyet düşüklüğü ve güven, parçalı hizmet, takip eksikliği, kurumlar arası koordinasyonsuzluk,hasta–hekim sürekliliği eksikliği,kendini "sahipsiz" hissetme	~12	Erişilebilirlik, Kişi Merkezli Bakım, Süreklilik, Koordinasyon

4.6.1. Alt Tema: Aile Hekiminin Diyabet Takibinde Rolü

Kodlar: "diyabet yönetimi hakkında bilgilendirme", "aile hekimi ile iletişim", "kısıtlı etkileşim (reaktif takip)", "aile hekiminin sınırlı yetkinlik algısı", "uzman doktora güven", "aile hekimi tarafından kontrole çağrılma/çağrılmama", "düzenli kontrol ve takip eksikliği",

Katılımcı ifadeleri, aile hekimlerinin diyabet takibindeki rollerine ilişkin deneyimlerin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bazı katılımcılar, aile hekimlerinin kendilerini düzenli olarak izlediğini ve yaşam tarzı değişikliği konusunda yönlendirmelerde bulunduğunu belirtmiştir. K1, *"İlaç yazdırma durumundan giriyor, görüyor. 'Bir dakika,' diyor, 'uçmuşsun*

bu ay.' Görüyor yani." sözleriyle hekim takibini aktarmıştır. Benzer biçimde K5, *"Diyalize girmeden önce şekerime bakıyordu, kiloma bakıyordu. 'Yürü, tatlı tuzlu yeme,' diyordu."* ifadesiyle verilen tavsiyeleri dile getirmiştir.

Bazı katılımcılar, aile hekimleriyle iletişimlerinin düzenli ve destekleyici olduğunu ifade etmiştir. K2, *"Her ay gidiyorum, hâlimi hatrımı soruyor. 'Nasılsın, şekerin nasıl?' diyor. İlgileniyor yani."*; K9 ise, *"Aile hekimimle konuşurum, bana hep moral verir. 'Dikkat et, insülini aksatma,' der."* sözleriyle bu durumu aktarmıştır. Diğer yandan birçok katılımcı, aile hekiminin diyabet takibinde aktif bir rol üstlenmediğini ve kontrollerin çoğunlukla reçete yenileme düzeyinde kaldığını belirtmiştir. K4, *"Hiç kontrole çağırmıyor. Her ay gidiyor, ilaç yazdırıyor… Zaman içinde selamlaşıyorlar, durumunu soruyor, tamam."*; K7, *"Bir sorun olmazsa aramıyorlar, biz gittiğimizde ilgileniyorlar."* ifadelerini kullanmıştır.

Bazı katılımcılar, teknik imkânların sınırlı olması nedeniyle birinci basamakta takibin yeterli düzeyde yapılamadığını belirtmiştir. K6, *"Aile hekimine gitsem diyecek ki 'şekeri yüksek,' ama elinde cihaz yok ki ölçsün… Onun için uzman doktora gittim."*; K10, *"Aile hekimi çok bir şey yapamaz, insülini zaten endokrin ayarlıyor."* sözleriyle bu duruma değinmiştir. Bazı katılımcılar aile hekimlerinden beklentilerinin düşük olduğunu ifade etmiştir. K3, *"Yok, ne bekleyeyim? Zaten ilaçları yazıyor, işim görülüyor."* ifadesini kullanmıştır.

Katılımcı ifadeleri, kronik hastalık takibinde reaktif yaklaşımın yaygın olduğunu ve düzenli kontrol çağrılarının sınırlı kaldığını göstermektedir. Takip çoğu zaman hastanın kendi inisiyatifiyle sürdürülmüştür. K6, *"Yok, onlar bizi kontrole çağırmıyorlar. Biz ilaçlarımız bittiği zaman… Bir sefer 'hareket yapman gerek' dediğini hatırlıyorum; bunun haricinde öneri yok."*; K7, *"İsterdik tabii… Nasıl gideceğini onlar daha iyi bilir, isterdik ama yok."* sözleriyle bu durumu ifade etmiştir. Benzer şekilde K14, *"Çağırmıyor. Biz kendimiz iniyoruz arada bir."*; K10, *"İlaç bitince gidiyoruz. Onun dışında arayıp sormazlar."* demiştir. Az sayıda katılımcı ise düzenli çağrı ve kontrol uygulamasıyla karşılaştığını belirtmiştir. K5, *"Bazen çağırıyor, 'gel bakalım, kan tahlilini yaptıralım' diyor."* ifadesiyle bu duruma örnek vermiştir.

Genel olarak, bazı katılımcı deneyimlerinde süreklilik ve yönlendirme unsurları görülmekle birlikte, diyabet takibinin çoğunlukla reaktif biçimde ve reçete odaklı yürütüldüğü; proaktif çağrı ve düzenli kontrol mekanizmalarının ise sınırlı kaldığı anlaşılmaktadır.

4.6.2. Alt Tema: Aile Hekimine Başvuru Alışkanlıkları (İlaç Yenileme Odaklı)

Kodlar: "İlaç yenileme odaklı başvuru "muayene ve danışmanlık eksikliği", "rutin kontrol eksikliği "yönlendirme/bilgilendirme beklenmemesi", "hekim dışı kaynaklardan bilgi alma (örneğin eczacı)"

Katılımcıların çoğu, aile hekimine başvurularının büyük oranda reçete yenileme amacıyla gerçekleştiğini belirtmiştir. K8, *"Sağlık ocağı doktoru 'neyin var' diyor. 'İlaç yazdıracağım' diyorum. İlacı yazdırıyorum, çıkıyorum."*; K16, *"Orada bir şey yapmıyorduk canım. İlaçları yazdırmaya gidiyorduk."* demiştir.

K6, *"Sağlık ocağına istediğimiz zaman gidip ilaç yazdırabiliyoruz."*; K12, *"Bazı ilaçları eczacı önerdi, sonra gidip onu yazdırdım."* diyerek başvurunun idari işleve indirgenebildiğini aktarmıştır.

Genel olarak, muayene–danışmanlık ve düzenli takip işlevleri ikinci planda kalmıştır.

4.6.3. Alt Tema: Aşılama ve Aşı Bilinci

Kodlar: "aile hekimliğinden aşı takibi", "aşı için çağrı yapılması/yapılmaması", "aşı eğitimi ve bilgilendirme", "aşı tereddütleri"

Katılımcıların ifadeleri, aşılama süreçlerinde aile hekimlerinin bilgilendirme ve çağrı uygulamalarının farklı biçimlerde deneyimlendiğini göstermektedir. Bazı katılımcılar, aile hekimlerinden düzenli yönlendirme ve bilgilendirme aldıklarını, aşılarını aile sağlığı merkezinde yaptırdıklarını belirtmiştir:

K1, *"Grip aşısını aile hekimimiz yazdı. O yazıyor burada, vurduruyoruz.";*K2, *"Aşıdan hiç geri kalmadım ben. Ne söylenmişse aşı, sarı aşı, tetanoz. Her çeşit aşıdan kullandım."*;K5, *"Burada önerdi. Grip aşısı yaptık. Herhalde sarılık aşısı dediler. Yapılıyor, bütün aşılarımız yapılıyor burada."*;K7, *"Aşıları hep yaptırıyorum. Hepatit yaptırıyorum, grip aşısı zaten hep yaptırıyoruz. Düzenli olarak. Sağlık ocağında yaptırıyorum."*;K10, *"Burada bilgilendirdiler. Burada grip aşısına vuruldum ilk. Burada söylediler, gittim vuruldum.";*K14, *"Çağırıyor, yaptırıyor. Hiç rahatsızlık vermiyor."*;K17, *"Söylediler. Yaptırıyorum.";*K18, *"Evet, bilgilendirildim. Hepatit, tetanoz, grip, zatürre. Sağlık ocağında yapılıyor."*

Bazı katılımcılar ise, aşılama sürecinde aile hekimlerinden çağrı almadıklarını ve bilgilendirme yapılmadığını ifade etmiştir: K3, *"Sorsaydılar bu senede olurdum. Soran olmadı.";*K4, *"Aile hekimi hiç çağırmadı. Hayır, bilgilendirilmedik.";*K6, *"Şimdi buradan bize 'aşı yapın, aşı gününüz geldi' diye bir şey yok."*;K6, *"Aşılama zamanınız geldi, aşı vurdurun demiyor. Biz aramazsak, hiç sormazsak o aşı hakkımız duruyor orada. Bilgilendirme yok. 'Aşın geldi' deme yok. Biz öğreniyoruz, diyoruz ki doktora, 'doktor hanım aşı gelmiş mi?' 'Evet geldi,' diyor. Reçete ettiriyoruz, eczanede vurduruyoruz."*;K8*, "Hiç öyle bir şey diyen de olmadı, hiç de yaptırmadım. Sadece korona aşısı vuruldum."*;K9*, "Aşı ulaşımı da sıkıntılıydı. Kimse arayıp 'gel aşı yapalım' demedi."*;K10*, "Hayır, öyle bir şey yapılmadı. Çağrılmadım."*;K11*, "Buradaki doktorlar da yönlendirmedi. Aile hekimliği tarafından da aranmadım bu konuda."*;K12*, "Yok."*;K13*, "Burada bir kere arandık. Aradılar bizi. Geldik. Aşı yokmuş nedense. Bir daha da aramadılar, bir daha da vurulmadım.";*K15*, "Yok. Verilmedi çünkü sık gitmiyorum hiç. Oraya devamlı gittiğim yok."*

Bazı katılımcılar, aşılarla ilgili olumsuz deneyim veya çekincelerini dile getirmiştir:K9*, "Aşı daha kötü hasta ediyor beni. Domuz gribi gibi kemiklerim dökülüyor."*;K9*, "İlk zamanlar iyiydi, sonra çok kötü yaptı beni. Yatak döşek hasta oldum… Yaptırmasam daha iyi. Ben kendimi koruyorum.*";K14*, "Yapılıyor. İlk aşım fena geçti. Sonra çocuklar dedi bir daha yaptırmayalım dedi. Sonra sene geldi, gene bize haber geldi. Grip aşısı olacaksın diye. Gittik gene yaptırdık. Hiç aşı bir zarar vermedi."* Bazı katılımcılar, aşılama sürecinde pandemi döneminde değişiklik yaşandığını ifade etmiştir:K9*, "Pandemiden önce aile hekimi yönlendiriyordu. Pandemiden sonra olmadı."*

Katılımcıların ifadeleri genel olarak değerlendirildiğinde, bir kısmının aile hekimleri aracılığıyla düzenli aşılama takibi yaptırdığı, bir kısmının ise bilgilendirme veya çağrı yapılmadığı için aşılarını kendi girişimleriyle tamamladığı görülmektedir. Bazı katılımcılar olumsuz aşı deneyimleri yaşamış, bazıları ise düzenli aşılama alışkanlığı sürdürmüştür. Genel olarak, aşılama sürecinde proaktif bilgilendirme ve çağrı uygulamaları tutarsızdır.

4.6.4 . Alt Tema: Aile Hekimine Dair Algı ve Beklentiler

Kodlar: "Beklentisizlik", "sınırlı etkileşim", "aile hekiminin sınırlı yetkinlik algısı", "uzman hekimi tercih etme", "iletişim tarzına dair beklentiler".

Katılımcıların büyük çoğunluğu, aile hekimlerinden diyabet yönetimine ilişkin beklentilerinin sınırlı olduğunu ifade etmiştir.K3, *"Yok yok, ne bekleyeyim."*; K4, *"Yok. Allah razı olsun, iyi ilgileniyorlar."* ; K7 *"Beklentim ne olacak ki?"* şeklindeki ifadeler, birinci basamağın işlevselliğine yönelik bu düşük beklenti düzeyini yansıtmaktadır.

Bazı katılımcılar, aile hekimlerinden memnun olduklarını ancak mevcut sistemin yetki ve imkân sınırlarının farkında olduklarını belirtmiştir. K4,*"Yok. Allah razı olsun, iyi ilgileniyorlar."* ifadesi, memnuniyetle birlikte sınırlı hizmet beklentisini de içeren bir algıyı ortaya koymaktadır. K14, *"Şekerle ilgili bir şey olsa hastaneye giderim; aile hekimiyle uğraşmam."* diyerek yetki–imkân algısını aktarmıştır. Bununla birlikte, katılımcılardan bazıları, aile hekimlerinden daha proaktif bir takip ve yönlendirme beklediklerini dile getirmiştir. Bu katılımcılar, özellikle periyodik kontrol, laboratuvar tetkikleri ve yaşam tarzı danışmanlığı gibi alanlarda daha aktif bir tutumun gerekli olduğunu vurgulamıştır. K8 , *"Takip etse tabii isterim. 15 günde bir 'gel, şekerini ölçelim, tansiyonuna bakalım' dese, geliriz."* ve K10, *"Biz istiyoruz ki o bizi kontrol etsin, devamlı baksın. 'Senin böbreklerin şöyle, tansiyonun böyle, şunu yapman gerekiyor' desin. Ama öyle bir yaklaşım göremiyoruz."* ifadeleriyle aile hekiminden düzenli takip ve yönlendirme beklediklerini dile getirmiştir.

Katılımcıların bir kısmı, aile hekimleriyle kurdukları iletişimin boyutunu belirtmiştir. *"Aile hekimim, aynı bir kardeş gibiyiz…Aile hekimi her şeyimi bilir benim."* (K11) ve *"Tanıyor yani, bizi tanıyor." (K14)*. K1 iletişimin motivasyonel boyutunu şu sözlerle ifade etmiştir: *"Aile hekimliğim, bazen 'ne yaptın, ne ettin, hiç tahlil verdin mi?' diye sorar, gösterdiğimde 'aferin, çok güzel gidiyorsun, bunu bozma' der."* Az sayıda katılımcı iletişim tarzına yönelik beklentisini dile getirmiştir. K18, *"Beklediğim tek şey, lütfen sert olmayın; biraz daha yumuşak olun."* demiştir. Genel olarak, düşük beklenti hem mevcut hizmetten memnuniyet hem de birinci basamağın yetki–imkânlarının sınırlı görülmesiyle ilişkilidir.

4.6.5. Alt Tema: Sağlık Hizmetlerine Erişim, Memnuniyet, Süreklilik ve Kordinasyon

Kodlar: "randevu zorluğu", "uzun bekleme süreleri", "sürekli sevk edilme", "kalabalık ortam ve iletişim süresinin kısalığı", "memnuniyet düşüklüğü ve güvensizlik", "parçalı hizmet", "takip eksikliği", "kurumlar arası koordinasyonsuzluk", "hasta–hekim sürekliliği eksikliği", "kendini 'sahipsiz' hissetme".

Katılımcılar, sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları güçlükleri ve bunun memnuniyetleri üzerindeki etkilerini ayrıntılı biçimde aktarmışlardır. Sık sevk edilme, randevu bulamama ve bekleme sürelerinin uzaması nedeniyle sağlık hizmetinden kaçınma eğilimleri oluşmuştur. K14, *"Devamlı sevk ediyorlar… Ben artık gitmek istemiyorum."* derken; K10, "*Randevu bulmak sıkıntı; gitsen çok bekliyorsun."* diyerek randevu sisteminin işleyişindeki aksaklıkları vurgulamıştır. Kalabalık ortam, hekimle görüşme süresinin kısalmasına ve bilgi alışverişinin yetersiz olmasına yol açmıştır; K6, *"İyi ilgileniyorlar ama çok kalabalık; hemen gönderiyorlar, fazla konuşamıyorsun."* ifadesiyle bu durumu ortaya koymuştur. Benzer biçimde K8, sürekli farklı doktorlarla karşılaştıklarını ve "*Her defasında başka doktor… Bir ilgilenen olsa diye bekliyorsun ama olmuyor."* diyerek süreklilik eksikliğine dikkat çekmiştir.

Bazı katılımcılar, bu aksaklıkların güvenlerini zedelediğini ve memnuniyetsizlik yarattığını belirtmiştir. K16, *"Artık hastaneye gitmek istemiyorum; bir faydasını göremedim."* derken; K4, *"Gidiyoruz, bekliyoruz; doktor bakıyor, hemen gönderiyor.*" ifadesiyle hizmetten duyduğu tatminsizliği dile getirmiştir. Katılımcılar, sevk ve parçalı hizmet nedeniyle sürekli takip edilmediklerini, her gidişlerinde başka bir hekime yönlendirildiklerini belirtmişlerdir. K8, *"Hangi doktordan sıra bulursak oraya gidiyoruz."* cümlesiyle bu parçalanmışlığı özetlerken; K14, "*Oradan oraya yolluyorlar… Kendi başıma yapamıyorum, çocuklar götürüyor."* diyerek koordinasyon eksikliğinin günlük yaşam üzerindeki yükünü ifade etmiştir. Randevu sistemindeki sorunlara bağlı olarak hizmete erişim güçlüğü ve bilgi paylaşımı yetersizliği de vurgulanmıştır. K10, *"Randevu bulmak zor; her seferinde başka yere yönlendiriyorlar, yoruluyorsun."* derken; K9, *"Doktor değişti; yeni gelen ilgilenmedi. Kimse devamını getirmedi."* ifadesiyle takip eksikliğine ve hekim sürekliliği sorunu olduğuna dikkat çekmiştir. Sürekliliğin bozulması, bazı katılımcılarda "sahipsiz kalma" duygusunu artırmıştır. K16'nın, *"Aile hekiminiz takip ediyor muydu? – Yok… Düşmüşün dostu olmuyor."* cümlesi ve K12'nin *"Bir bakıyor bir doktor, bir bakıyor başka doktor. Kimse takip etmiyor."* sözleri, kendilerini yalnız bıraktıklarını düşündüklerini göstermektedir. Yüksek iş yükü nedeniyle takipli doktorlarına ulaşamadıklarını belirten K9, *"Başka doktora gittiğin zaman sanki emanet hasta gelmiş gibi ilacını yazdırıyor gidiyor; üzerine düşme olmadı."* diyerek bu duyguyu pekiştirmiştir. K9 ayrıca, hekimin hastanın geçmişine bakmadan standart ilaç verdiğini ve bunun ciddi yan etkilere yol açtığını dile getirmiş, *"Doktor hastayı ele aldığı zaman her şeyi düşünmeli… Bilgisayarda tüm tablom çıkıyor. Oradan bakıp 'bu ilaç bu hastaya gitmez' demeleri lazım ama öyle olmuyor."* sözleriyle tedavilerin kişiye özel olmamasını eleştirmiştir.

K10 da *"İlaç yazdı yolladı. Gel falan günü git demedi."* diyerek takip çağrılarının yapılmadığını belirtmiştir.

Sağlık profesyonelleriyle kişisel bağ kurmanın ve empatik iletişimin önemine dikkat çeken katılımcılar, sevilen doktorların ayrılması durumunda kendilerini "sahipsiz" hissettiklerini belirtmiştir. K12, uzun süre danışmanlık aldığı hekim emekli olunca yeni hekimlerin yalnızca tahlillere bakıp "her şey iyi" demeleri nedeniyle *"buraya gelme ihtiyacı pek fazla hissetmiyorum"* demiştir. K15, *"Doktorun gözüne bakıyorsun, ne diyecek diye… O kadar moral verirdi ki"* diyerek hekimlerin güler yüzlü ve destekleyici tutumlarının hastalar için ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Yurtdışı deneyimi olan katılımcılar, yurtdışındaki sistemlerde hekimlerin laboratuvar sonuçlarında anormallikler olduğunda evlerine mektup gönderildiğini ve hekimlerin hastayı nazikçe selamladığını anlatmıştır. K18, *"Değerlerim yüksek çıktığında eve mektup gönderiyorlar… Burada öyle bir şey yok."* derken; *"Doktorumun gelip 'Merhaba, nasılsınız?' demesi lazım. Ben hiç görmedim ki onu."* sözleriyle Türkiye'deki uygulamaların kişisel ilgiden yoksun olduğunu ifade etmiştir. Bu karşılaştırmalar, katılımcıların sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin süreklilik, koordinasyon ve kişi merkezli bakım çerçevesinde şekillendiğini göstermektedir.

Genel olarak, katılımcı deneyimleri sağlık sisteminde randevu ve erişim sorunlarıyla takip ve koordinasyon eksikliklerinin birbirini beslediğini ortaya koymaktadır. Randevu bulma güçlüğü, sevk zincirindeki yoğunluk, hekim iş yükü ve kişisel ilgi eksikliği, hastaların hizmeti parçalı ve güvensiz olarak algılamalarına yol açmış; bu da memnuniyeti azaltmıştır. Hizmetin yalnızca fiziksel erişim değil, sürekli ve koordineli bir izlem ve empatik iletişimle yürütülmesi gerektiği yönündeki beklentiler net biçimde ifade edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün *Global Report on Diabetes (2023)* raporuna göre, kronik hastalık yönetiminde bakım kalitesini artıran temel unsurlardan biri, bireyin yalnızca biyomedikal yönleriyle değil; davranışsal, psikososyal ve çevresel boyutlarıyla birlikte değerlendirildiği hasta merkezli, bütüncül bakım anlayışıdır[65] . Raporda, diyabet yönetiminin "kişiye yönelik bakımın multidisipliner ekipler tarafından sunulması, birinci basamak düzeyinde sürekli eğitim, danışmanlık ve izlem ile desteklenmesi" gerektiği vurgulanmaktadır. Benzer biçimde, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) tarafından yayımlanan kılavuzda da, diyabet bakımının yalnızca glisemik kontrol hedefleriyle sınırlı olmadığı; bireysel özellikler, sosyoekonomik koşullar, yaşam tarzı ve psikososyal faktörlerin tedavi planının merkezinde yer alması gerektiği belirtilmiştir[51]. Bu bütüncül bakış açısı, aile hekimliğinin temel ilkeleriyle örtüşmekte olup, WONCA tanımında yer alan "süreklilik, koordinasyon, hasta merkezlilik ve toplum yönelimi" ilkelerini desteklemektedir[66]. Diyabet gibi uzun süreli öz-yönetim gerektiren kronik hastalıklarda bireyin yaşadığı duygusal, sosyal ve fiziksel zorlukların anlaşılması, etkili tedavi planı oluşturmanın ön koşulu olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızın sonuçları; ulusal ve uluslararası literatürdeki birçok araştırmayla benzer biçimde, diyabet yönetiminde hastanın aktif katılımı, bilgi düzeyi ve psikososyal destek bileşenlerinin belirleyici olduğunu göstermiştir. [67–69] Bulgular ayrıca, diyabet yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendiren kanıtlar sunmaktadır. Katılımcıların çoğunun diyabetle ilgili bilgileri parça parça ve genellikle komplikasyon geliştikten sonra edindiklerini belirtmeleri, birinci basamakta süreklilik arz eden eğitim ve izlem mekanizmalarının yeterince etkin olmadığını göstermektedir. Bu durum, aile hekimliği disiplininin temel ilkelerinden biri olan "süreklilik ve koordinasyon" ilkesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Aile hekimleri, hastalık sürecinin tüm aşamalarında yalnızca ilaç yazan değil, bireyin farkındalığını artıran, davranış değişikliğini destekleyen ve kronik hastalık yönetimini koordine eden bir rehber konumunda olmalıdır[66].

Sonuç olarak, bu tartışma bölümünde ortaya çıkan temalar mevcut literatürle karşılaştırılmış ve aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Bu yapı, çalışmanın hem teorik hem de pratik katkılarını daha görünür kılmayı hedeflemektedir.

5.1. Tema 1

5.1.1. Tesadüfi ve Gecikmiş Tanı

Bu çalışmada, birçok katılımcının diyabet tanısını başka bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduğunda veya mevcut yakınmaların değerlendirilmesi sırasında öğrendiği belirlenmiştir. Katılımcıların bir kısmı ise, diyabetle ilişkili semptom yaşamamalarına rağmen, yapılan kan tetkikleri sonucunda yüksek kan şekeri düzeylerinin fark edilmesiyle tanı aldıklarını ifade etmiştir. Bu durum, tanının genellikle tesadüfi biçimde konduğunu göstermektedir. Diyabetin ilk evrelerinde çoğunlukla belirti vermemesi ve bireylerin bu sessiz süreci fark edememesi, tanının gecikmesine neden olmaktadır. Literatürde de benzer şekilde, diyabetin tanı öncesi uzun süre sessiz seyredebildiği, hastaların önemli bir kısmının tesadüfen veya başka nedenlerle yapılan tetkiklerde tanı aldığı bildirilmektedir. Nitekim AshaRani ve ark.(2025) yapmış oldukları bir nitel çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte birinin diyabet tanısını cerrahi işlemler, idrar yolu enfeksiyonları ya da acil servise başvuru gibi başka sağlık sorunları için tedavi ararken aldığı bildirilmiştir.[70] Yine benzer şekilde Du ve ark. (2024) yürüttüğü Çin'de sağlık inanç modeline dayalı nitel bir çalışmada da katılımcıların çoğuna, diyabetle ilgili semptomlar veya komplikasyonları yaşadıklarında diyabet teşhisi konulduğu belirlenmiştir.[71]Bu tanı örüntüsü özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde yaygındır. Bu bireylerin çoğu, koruyucu sağlık hizmetlerine düzenli başvurmadıkları için tanı çoğu zaman komplikasyonlar gelişinceye kadar konulamamaktadır. Klinik ortamlarda başka amaçlarla yapılan tetkiklerde yüksek glikoz seviyeleri tespit edilmekte ve ileri değerlendirmeye yönlendirme yapılmaktadır .[70]

Bu bulgular, Türkiye'deki güncel epidemiyolojik verilerle de uyumludur. IDF Atlası'nın 2024 verilerine göre, Türkiye'de 20–79 yaş aralığında tahmini 9,6 milyon diyabetli birey bulunmaktadır ve bunların yaklaşık %45,5'ine henüz tanı konulmamıştır. Başka bir deyişle, her iki diyabetli bireyden biri tanı almadan yaşamını sürdürmektedir. Bu durum, diyabetin fark edilmeden ilerleyebileceğini, dolayısıyla tesadüfi tanıların neden yaygın olduğunu açıkça göstermektedir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde proaktif tarama ve risk gruplarına yönelik sistematik yaklaşımın önemi açıkça ortaya çıkmaktadır.

5.1.2. Hastalığın Ciddiyetinin Geç Fark Edilmesi

Bu çalışmada elde edilen bulgular, bazı katılımcıların diyabeti başlangıçta ciddi bir sağlık sorunu olarak görmediğini ve rahatsızlık hissetmedikleri sürece hastalığı önemsemediklerini

ortaya koymuştur. Hastaların bir kısmı, diyabeti yaşamlarının aktif döneminde etkisiz gördüklerini, ancak ilerleyen yaşla birlikte komplikasyonların başlamasıyla durumun farkına vardıklarını belirtmiştir. Örneğin bazı katılımcılar fiziksel güçlerine olan güven nedeniyle hastalığı küçümsemiş; kimileri ise semptomları "idare edilebilir" düzeyde olduğu sürece dikkate almamıştır. Katılımcı ifadeleri, bilgi eksikliği ile birlikte risk algısının düşük olmasının tanı ve tedavi süreçlerini geciktirdiğini göstermektedir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Mousavizadeh ve ark. (2018) İran'da yürüttükleri nitel çalışmada, tip 2 diyabetli bireylerin önemli bir bölümünün hastalığı başlangıçta "ciddi bir sağlık tehdidi" olarak görmediğini ve tanıyı inkâr eğiliminde olduklarını bildirmiştir.[72] Benzer şekilde Zhang ve ark. (2025), Çin'in kırsal bölgelerinde yaptıkları araştırmada katılımcıların diyabetin komplikasyonlarına ilişkin farkındalığının düşük olduğunu ve semptomları tanımakta güçlük çektiklerini vurgulamıştır.[73] Hastalığın belirti göstermemesi ya da hafif seyretmesi, bireylerin risk algısını zayıflatarak tedaviye yönelik motivasyonu azaltmaktadır. Ayrıca bu çalışmalar, diyabetin toplumsal olarak yaygınlaşmasının hastalık algısını sıradanlaştırdığını ve bazı bireylerin yaşa bağlı bir durum olarak gördükleri için ciddiyetini küçümsediklerini göstermiştir .[71,74](Du ve ark., 2024; Aweko ve ark., 2018).

Benzer biçimde, Akman'ın (2015) tip 2 diyabetli bireylerle gerçekleştirdiği nitel araştırmada da hastalığın ilk dönemlerinde katılımcıların önemli bir kısmının rahatsızlık hissi yaşamadığı için diyabeti dikkate almadığı ve tanı sonrası durumu hafife aldığı görülmektedir. Akman'ın çalışmasında bazı bireylerin diyabeti ancak komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra ciddiye almaya başladıkları, bir kısmının ise hastalığın ne olduğunu yeterince bilmedikleri için süreci geç kavradıkları ifade edilmiştir.[75] Çalışmamızla ortak bulguları, bireylerin sağlık algısının yalnızca biyolojik belirti ve şikâyetlere bağlı olarak şekillendiğini ve yeterli semptom farkındalığı ya da bilgiye sahip olunmadığında hastalığın öneminin geç kavrandığını göstermektedir. Bu sonuçlar, hastalığın ciddiyetinin hasta tarafından zamanında fark edilmesini destekleyecek sağlık eğitimi, risk iletişimi ve danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır.

Tüm bu veriler doğrultusunda, bireylerin diyabeti ciddi bir sağlık tehdidi olarak algılamaları için sağlık profesyonellerinin risk iletişimini güçlendirmesi, eğitim süreçlerinde sadece bilgilendirici değil aynı zamanda farkındalık geliştirici yaklaşımlar benimsemesi önerilmektedir. Özellikle tanı sonrası dönemde, hastalıkla baş etme sürecini destekleyecek

bireyselleştirilmiş danışmanlık ve izlem hizmetleri, tedavi uyumunu artırma açısından kritik öneme sahiptir.

5.1.3. Hastalık Nedenine Yönelik Algılar

Araştırma bulguları, Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıklarının nedenini yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda stres, kader ve beslenme alışkanlıkları gibi psikososyal ve kültürel faktörlerle ilişkilendirdiğini göstermektedir. Katılımcılar, özellikle ağır stres dönemlerinin ardından hastalığın ortaya çıktığını düşündüklerini ifade etmiş; bazı katılımcılar ise diyabeti "Allah'ın takdiri" veya "kaçınılmaz bir yazgı" olarak değerlendirmiştir. Beslenme alışkanlıkları da hem bireysel hem de ailevi düzeyde sık dile getirilen bir neden olarak öne çıkmıştır.

Bu bulgular, uluslararası literatürle de örtüşmektedir. Hackett ve Steptoe'nin derlemesine göre psikolojik stres, tip 2 diyabet gelişiminde modifiye edilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.[76] Madhu ve ark. (2019) tarafından yürütülen bir vaka-kontrol çalışmasında, Tip 2 diyabetli bireylerin kronik psikolojik stres düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu ve bu stresin hastalık gelişiminde bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, bireyin stresle baş etme gücünü temsil eden *"sense of coherence (SOC)"* yani tutarlılık duygusu düzeyinin düşük olmasının diyabet riskini artırdığı saptanmıştır. SOC'nin stresin diyabet riskine etkisini kısmen aracı ve kısmen düzenleyici bir faktör olarak etkilediği de rapor edilmiştir (Madhu et al. 2019).[77]Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, diyabet tanısı alan bireylerin "şans ya da kader" nedeniyle hastalığın ölümle sonuçlanacağına inanabildikleri; bu tür kaderci bakış açısının kişide çaresizlik ve umutsuzluk yaratarak öz-yönetimi zorlaştırabileceği vurgulanmıştır.[78] Katılımcılarımızın benzer şekilde kader vurgusu yapması, bu inançların kültürel bir fenomen olduğunu göstermektedir. Kaderci bir yaklaşım, hastalığın kontrol edilemez olduğuna dair algı oluşturarak bireylerin hastalık yönetimine ilişkin sorumluluk üstlenmelerini engelleyebilir; bu durum tedaviye uyumun azalmasına yol açabilmktedir.

Türkiye'de Akman (2015) tarafından yapılan tip 2 diyabetli bireylerle gerçekleştirdiği nitel araştırmada da benzer eğilimler görülmektedir. Özellikle stresli yaşam olayları, aile içi kayıplar ya da ekonomik zorluklar gibi durumların bireylerde hastalık gelişimiyle doğrudan bağlantılı algılandığı, dolayısıyla bu süreçlerin tıbbi müdahaleye başvuru sürecini de etkileyebildiği ifade edilmiştir.

Katılımcıların önemli bir kısmı, diyabeti sağlıksız beslenme ile ilişkilendirmiştir. Şekerli ve nişastalı gıdalara yönelik halk arasındaki yaygın inanç, diyabetin nedenine dair kültürel bir çerçeve sunmaktadır. Gana'da yapılan nitel bir çalışmada da diyabet halk arasında "şeker hastalığı" olarak adlandırılmakta ve temel nedeni olarak aşırı şekerli gıdaların tüketimi gösterilmektedir.[79] Benzer şekilde, bu çalışmada bazı katılımcılar, tatlıyı sevmemelerine rağmen diyabet tanısı almalarını "anlaşılmaz" bulmuş; bu durum toplumda beslenme dışındaki risk faktörlerinin yeterince tanınmadığını göstermektedir.

Tüm bu veriler, diyabetle ilişkili sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin yalnızca biyomedikal bilgi aktarımıyla sınırlı kalmaması gerektiğini; bireylerin stresle başa çıkma becerileri, inanç sistemleri ve kültürel değerlerinin dikkate alındığı bütüncül bir yaklaşımın gerekli olduğunu göstermektedir.

5.1.4. Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık

Araştırma bulguları, katılımcıların önemli bir bölümünün ailesinde diyabet öyküsü bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, literatürde Tip 2 diyabet için bilinen en güçlü risk faktörlerinden biri olan genetik yatkınlık ile uyumludur. Aile bireylerinde diyabet bulunması, bireyin yalnızca biyolojik riskini artırmakla kalmayıp, hastalığa ilişkin algı, beklenti ve davranışlarını da şekillendirmektedir. Bazı katılımcılar ailelerinde diyabet öyküsü bulunmadığını belirterek hastalığı kendileriyle bağdaştıramamış; bu durum tanı sürecinde şaşkınlık, inkâr ve kabullenme güçlüğü yaratmıştır. Literatürde, aile öyküsü olmayan bireylerin diyabet riskini olduğundan düşük algılayabildiği; bunun da tarama, erken başvuru ve öz-yönetim motivasyonu üzerinde olumsuz etki yaratabileceği belirtilmektedir.[80]

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ve Amerikan Diyabet Derneği, aile öyküsünü Tip 2 diyabet gelişimi için temel risk faktörlerinden biri olarak tanımlamakta, birinci derece akrabasında diyabet bulunan bireylerde hastalık riskinin 2–3 kat arttığını bildirmektedir.[10,17]

Aile öyküsünün yalnızca genetik aktarımı değil, aynı zamanda aile içi yaşam tarzı örüntüleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlık inanışları üzerinden nesiller arası bir etki yarattığı da vurgulanmaktadır.

Aile öyküsü varlığı, tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı algılaması ve yönetim davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bulgularımız, aile öyküsünün bazı bireylerde farkındalık artırıcı ve önleyici davranışlara yönlendirici bir unsur olduğunu; ancak bazı katılımcılarda ise

hastalığı “kaçınılmaz” olarak görmeye yol açarak kadercilik ve öğrenilmiş çaresizlik hissini güçlendirebildiğini göstermektedir. Nitekim çalışmalar, birinci derece akrabalarında diyabet bulunan bireylerde hastalığa karşı hem dikkat düzeyinin hem de stres ve kaygı düzeyinin arttığını; bunun hastalığa yönelik davranış ve tutumlarda çift yönlü etkiler yaratabildiğini ortaya koymaktadır.[81] Bir sistematik derleme pozitif aile öyküsünün diyabet risk algısını yükselttiğini göstermiştir; aile fertlerinde hastalığın görülmesi, hastalığın “kaçınılmaz” olduğu inancını artırabildiği gibi, genel olarak risk algısını da güçlendirmektedir.[82] Ayrıca katılımcıların aile bireylerinin hastalığına ilişkin gözlemleri, kendi hastalık gidişatlarına dair olumlu ya da olumsuz öngörüler geliştirmelerine yol açmıştır. Bu durum, aile öyküsünün bazı bireylerde farkındalık ve önleyici davranışları desteklerken, bazılarında da yanıltıcı güven duygusu ya da kaderci tutumlar oluşturabildiğini göstermektedir. Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları ve güncel literatür, aile öyküsünün tip 2 diyabetle ilişkili farkındalık, risk algısı ve öz-yönetim davranışları üzerinde önemli ve çok boyutlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, bireylerin aile öyküsünü yalnızca genetik bir risk faktörü olarak değil, aynı zamanda hastalık algısını şekillendiren bilişsel ve duygusal bir unsur olarak değerlendirmeli; eğitim ve danışmanlık süreçlerinde bu çerçevede ele almalıdır.

5.1.5. Semptomların Algılanması ve Bilgi Eksikliği

Çalışma bulguları, katılımcıların büyük kısmının klasik diyabet semptomlarını yaşamasına rağmen bu bulguları diyabet ile ilişkilendiremediklerini ve tanının geciktiğini göstermiştir. Türkiye Diyabet Programı raporlarında da Tip 2 diyabette hiperglisemi yavaş geliştiği için hastaların başlangıçta genellikle asemptomatik olduğu veya yakınmalarını başka nedenlere bağladığı vurgulanmaktadır.[13]AshaRani ve arkadaşlarının (2025) diyabetli bireylerle yaptığı nitel çalışmada, özellikle düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip hastaların semptomları sıradan rahatsızlıklar gibi algıladığı ve tanı sürecinin geciktiği rapor edilmiştir.[70]Bu durum, halk sağlığı düzeyinde semptom farkındalığını artırıcı eğitim programlarının önemine dikkat çekmektedir.

5.1.6. Hekimlerin Bilgilendirme Rolü

Bu çalışmada elde edilen bulgular, katılımcıların tanı ve takip sürecinde hekimlerden yeterli bilgilendirme almadıklarını ortaya koymaktadır. Bazı hastalar, tanı öncesinde “gizli şeker” uyarısı aldıklarını belirtmiş, ancak bu uyarıların çoğu yüzeysel kaldığı için hastalığın ciddiyetinin yeterince anlaşılmadığını ifade etmişlerdir. Mainous ve ark. çalışmasında teşhis

edilmemiş prediyabetli hastaların çok azına diyabet açısından yüksek risk altında oldukları söylendiğini belirtmiş ve sağlık profesyonelleri tarafından risk uyarısı yapılmasının önemini vurgulamıştır [83]Katılımcıların önemli bir kısmı ise, özellikle komplikasyonlar konusunda yeterli açıklama yapılmadığını, uzun yıllar boyunca göz, böbrek, sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem komplikasyonları gibi riskler hakkında bilgi verilmediğini belirtmiştir. Bu durum, tanı anında ve takip sürecinde yapılan bilgilendirmenin hem sınırlı hem de süreksiz olduğunu göstermektedir.

Literatürde de benzer sorunlar dile getirilmektedir. Paiva ve arkadaşlarının (2019) nitel çalışmasında, diyabetli bireylerin hekimlerin teknik dil kullanımını çoğu zaman anlamakta güçlük çektiği, açık ve bireye özgü açıklamalar yapılmadığında bilgilendirme sürecinin etkisiz kaldığı bildirilmiştir.[84] Bu bağlamda, hastayla kurulan empatik iletişim ve kişiselleştirilmiş danışmanlık, hasta katılımını ve tedaviye uyumu destekleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır.

Türkiye'den Özonuk ve Yılmaz'ın (2019) çalışmasında da benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bilgilendirme kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuş; bilgilendirme yetersizliğinin tedavi uyumunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir.[85] Uluslararası derlemelerde, bilgilendirmenin yalnızca tanı anıyla sınırlı kalmaması; komplikasyon riskleri, yaşam tarzı değişiklikleri ve izlem gereklilikleri konusunda sürekli danışmanlıkla desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, hastaların sağlık kararlarına katılımı açısından hekimlerin bilgilendirme rolü belirleyici kabul edilmektedir. Peimani ve ark. (2025) çalışmasına göre, hasta-hekim etkileşiminde paylaşımlı karar verme, tedavi motivasyonunu artırmakta; bilgilendirme eksikliği ise hastalarda pasifleşmeye ve tedavi sürecinden kopmaya neden olabilmektedir.

Bu bağlamda, çalışmanın bulguları mevcut literatürle örtüşmekte ve aile hekimlerinin diyabetli bireylere yönelik bilgilendirme, danışmanlık ve savunuculuk rollerini güçlendirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle komplikasyon risklerinin açık bir dille anlatılması, riskin kişiselleştirilmesi ve takip planlarının hasta ile birlikte yapılandırılması, erken önleme ve tedavi uyumuna katkı sağlayacaktır.

5.2. Tema 2

5.2.1. Tedeviye Uyumluluk

Bu çalışmada elde edilen bulgular, diyabetli bireylerde tedaviye uyumluluğun önemli ölçüde değişkenlik gösterdiğini ve uyum sürecinin yalnızca ilaç kullanımını değil, hastalığa yönelik tutum, motivasyon, bilgi düzeyi, psikososyal yük ve sağlık sistemi etkileşimleri gibi çok boyutlu faktörleri içerdiğini göstermiştir. Katılımcıların bir kısmı ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ederken, önemli bir bölümde ilaç atlama, insülin tedavisini geciktirme veya kendi kendine doz değiştirme gibi uyumsuzluk davranışları ortaya çıkmıştır. Bu durum, uluslararası literatürde tedavi uyumsuzluğunun Tip 2 diyabette hâlen önemli bir küresel sorun olarak tanımlanmasıyla uyumludur.[86,87]Örneğin, bazı katılımcılar kendi ilaçlarını "düzenli kullandım" ya da "10 üzerinden 9 diyebilirim" şeklinde yüksek düzeyde bir uyum algısıyla tanımlarken; diğerleri ilaca başlama ya da insülin kullanımı bağlamında alışkanlık eksikliği, mesleki koşulların yarattığı fiziksel sakınca (örneğin şoförlük nedeniyle insülini uygun saklayamamak) gibi sebeplerle uyumsuzluk yaşamışlardır.

Uluslararası çalışmalar, Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında ilaç-uyum oranlarının geniş bir aralıkta yer aldığını; örneğin bir derlemede %38,5 ile %93,1 arasında değiştiğini göstermektedir.[87] Literatürde, tip 2 diyabetli hastaların yaşantılarında ilaç tedavisini günlük rutinlerine uydurmada güçlük yaşadıkları vurgulanmakta olup Brundisini ve ark. (2015) tarafından yapılan meta-sentez çalışmasında, hastaların ilaç kullanımına dair yaşadıkları engeller "tedavi rejimini yaşam tarzlarına uyarlama zorluğu" ekseninde tanımlamıştır.[88] Ülkemizde diyaliz tedavisi alan Tip 2 DM'li bir grupta yapılan çalışmada ise hastaların %23,5'i diyabet ilaçlarını düzenli kullanmadığını, %69,1'i doktoruna danışmadan ilaç dozlarını kesebildiğini bildirmiştir.[89] Katılımcılarımızda görülen bu uyum farkları, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin bilinçlenme, alışkanlık kazanma ve sosyal imkân farklılıkları gibi çoklu faktörlerin etkisiyle açıklanabilir. Aloudah ve ark. hastaların diyabet komplikasyonlarına ve özellikle insülin enjeksiyonlarına ilişkin inançlarının da uyum üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamıştır.[90]Örneğin K6 kodlu katılımcı psikolojik olarak insülin fikrine sıcak bakmadığını söylerken, bu tür "psikolojik insülin direnç"lerine dair olumsuz tutumlar literatürde sıkça yer almaktadır. Örneğin, insülin kullanan Tip 2 diyabetlilerle yapılan bir nitel çalışmada, hastaların tedaviye başlarken yaşadıkları korku, bilgi eksikliği ve toplumsal engeller gibi zorluklar ortaya konmuştur.[91]Yine bizim çalışmamızda K5'in alışkanlık kazanma sürecinde alıştıkça uyumunu artırması, tedaviye zaman içinde alışmanın uyumu

güçlendirdiğini göstermektedir. Psikososyal faktörler de tedavi uyumunda kritik rol oynamaktadır. Çalışmamızdaki bazı örnekler (ilaçların unutulması, doktor güveninin azalması, iğne yapmayı aksatma vb.) literatürdeki bulguları destekler niteliktedir. Örneğin Mostafavi ve ark. (2020) tarafından İran'da yürütülen bir kalitatif çalışmada, diyabetli hastaların tedavi uyumunu önleyen en önemli etmenlerin "hastanın korku, güvensizlik ve yaşadığı hayat olaylarının neden olduğu ruhsal sıkıntılar" olduğu bulunmuştur.[92]

Diyabetli bireylerde düzenli sağlık profesyoneli takibi ve sürekliliğinin tedavi uyumunu önemli ölçüde artırdığını göstermektedir.[93] Elde edilen bulgular, birinci basamakta hasta takibinin ve danışmanlığının önemini ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de birinci basamağın kronik hastalık yönetiminde anahtar rol üstlendiğini vurgular.[94] Tong ve arkadaşlarının (2025) Çin'de yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, aile hekimliği sistemine kayıtlı tip 2 diyabetli hastalarda ilaç kullanımı oranlarının ve iyi uyum gösteren hasta oranının belirgin biçimde arttığı gösterilmiştir.[95]

Sonuç olarak, katılımcıların tedaviye uyum davranışları; bilgi eksikliği, bilişsel bariyerler, psikososyal yük, polifarmasi, sağlık sistemi sorunları ve yaşam tarzı engellerinin etkileşimiyle belirlenmektedir. Bu bulgular, tedavi uyumunun yalnızca ilaç reçete edilmesiyle sağlanamayacağını; bütüncül yaklaşım, sürekli eğitim, motivasyon desteği ve aile hekimliği temelli koordineli takip gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

5.2.2. Polifarmasi ve Tedavi Yükü

Katılımcıların ifadeleri, çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) hem fiziksel hem de psikososyal yönden önemli bir yük oluşturduğunu göstermektedir. Katılımcılar çok sayıda ilacın kullanımını "ağızdan çok ilaç" olarak tarif etmiş; günde on sekiz hap yutmak gibi ifadelerle ilaç yükünün fiziki ağırlığını vurgulamışlardır. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur: Örneğin bir çalışmada diyaliz hastalarının çoğu, ilaç tedavisini "ağır bir yük" olarak algılamış ve polifarmasinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.[96] Benzer şekilde, bir çalışmada diyabetik hastalarda çoklu ilaç kullanımı daha kötü glisemik kontrol, azalmış fonksiyonel kapasite ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir.[97] Türk Diyabet Tedavi Rehberi de yaşlı diyabetiklerde tedavi rejimlerinin mümkün olduğunca basitleştirilmesi, hipoglisemi riski, polifarmasi ve tedavi yükünün azaltılması gerektiğini açıkça belirtmektedir.[96] Bu veriler ışığında, katılımcıların ifade ettiği polifarmasi kaynaklı yorgunluk ve güçlük; literatürde de tedavi yükü kavramıyla tutarlı sonuçlar vermektedir.

Polifarmasiyle birlikte ortaya çıkan ilaç yan etkileri de hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Katılımcılar, yüksek doz ilaçların kafa karışıklığı, el ayağın uyuşması gibi şikayetlere yol açtığını söylemiş; bu nedenle bazı ilaçları kesmek zorunda kaldıklarını belirtmiştir. Literatürde, çoklu ilaç kullanımının ilaç-ilaç etkileşimlerini ve yan etki riskini artırdığı; bunun da klinik yanıtı bozarak tedavi uyumsuzluğu ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olabildiği vurgulanmıştır.[96,97] Örneğin Yang ve ark., polifarmasinin ve depresyon ile birlikte hastalığın ağır yükünün, kişilerin ilaç tedavilerinden kaynaklanan yük algısını anlamlı şekilde artırdığını bildirmiştir.[98][95] İlaç etkileşimleri ve yan etkileri konusunda bilgi eksikliği de dikkat çeken bir konudur. Katılımcılar, doktorların olası yan etkiler veya böbrek fonksiyonuna etkiler hakkında bilgilendirme yapmadığını belirtmiştir. Bu durum, ilaç tedavi memnuniyetsizliğini ve tedavi yükünü artıran faktörlerden biridir. Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düşük ve tedavi sürecinde yeterince bilgilendirilmeyen hastaların tedavi yükünün daha yüksek olduğunu göstermektedir.[98]

Polifarmasi yükünü azaltmak için tedavi rejimlerinin basitleştirilmesi, gereksiz ilaçların gözden geçirilmesi ve doz ayarlamalarının titizlikle yapılması gerekmektedir. İlaç etkileşim riskini minimuma indirmek için çoklu ilaç kullanımının her aşamada hasta merkezli olarak değerlendirilmesi; ilaç uyumunu kolaylaştırmak için hastaların ilaçları ve yan etkileri konusunda düzenli bilgilendirilmesi önemlidir. Ayrıca aile hekimlerinin, hastanın tüm ilaç listesini gözden geçirerek koordineli bakım sağlaması, bütüncül ve entegre bir yaklaşım için gereklidir.[99,100] Bu öneriler doğrultusunda polifarmasiye bağlı yan etkiler azaltılabilir ve tedavi yükü hafifletilebilir.

Doktorlar arasındaki koordinasyon eksikliği de tedavi yükünü ağırlaştırmaktadır. Katılımcılar, farklı branş doktorlarına gittikçe ilave ilaçlar reçete edildiğini, ancak doktorların birbiriyle iletişim kurmadığını vurgulamışlardır. Bu noktada aile hekimlerinin rolü önem kazanmaktadır. Aile hekimleri, bireye sürekli, boylamsal ve kapsamlı bakım sağladıkları için, ilaç tedavisini koordine etmede en etkili hekim grubudur.[100] İlaç etkileşimlerini önlemenin temel şartı da hastanın bütüncül değerlendirilmesi ve tüm sağlık sunucuları arasında koordineli bir yaklaşımın sağlanmasıdır.[99]

Sonuç olarak, bu nitel çalışmanın ortaya çıkardığı katılımcı anlatıları, diyabetli bireylerin ilaç tedavisine uyumunun çok boyutlu bir problem olduğuna işaret etmektedir. Literatürde önerildiği gibi, hastaların kendi kendine bakım becerilerinin geliştirilmesi, eğitimsel girişimler ve psikososyal destek araçlarıyla tedavi uyumu artırılabilir.[92,95] Ayrıca aile hekimlerinin

rolünün güçlendirilmesi, düzenli ilaç uyumu takibi ve hasta-hekım iletişiminde hasta perspektifine daha fazla odaklanılması; tedavi sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

5.2.3. Motivasyon Eksikliği ve Tedavi Yorgunluğu

Bu çalışmada katılımcıların sürekli kontrol ve hastane ziyaretlerinden bıkkınlık duyduklarını ve giderek izlemden uzaklaştıklarını ifade etmeleri (ör. "*Sürekli doktor… yıldım" K3; "Artık yoruldum… gitmem" K11),* diyabet bakımında tedavi yükü ve tedavi yorgunluğu kavramlarıyla örtüşmektedir. Heckman ve ark. çalışmalarında tedavi yükü arttıkça hasta uyumunun bozulduğunu vurgular; "tedavi yorgunluğu, tedavi yükünün artmasından kaynaklanabilir ve tedavi uyumunu olumsuz etkileyebilir [101]Literatürde tedavi yorgunluğu; tekrarlayan öz-izlem, ilaç uygulamaları, randevular ve davranışsal taleplerin zamanla duygusal tükenme, kaçınma ve bakım sisteminden kopma davranışlarına yol açabilen bir süreç olarak tanımlanır. Bu durum, "diyabet sıkıntısı" çerçevesinde ele alınmakta ve öz-yönetim davranışlarının azalmasıyla ilişkilendirilmektedir.[101] Benzer biçimde, uzun süren tedavi süreçleri ve sürekli belirsizlik hastalarda umutsuzluk ve motivasyon kaybı yaratarak tedaviye devam etmeyi güçleştirmektedir

Motivasyonel görüşme (MG) ve yapılandırılmış psikososyal destek, tedavi yorgunluğunu azaltmada ve yeniden katılımı artırmada etkili müdahalelerdir. Randomize çalışmalar ve hizmet sunumu araştırmaları, MG'nin diyabete bağlı duygusal sıkıntıyı azalttığını, katılım/öz-etkililik göstergelerini iyileştirdiğini ve kısa-orta vadede glisemik kontrolü desteklediğini göstermiştir. ADA psikososyal bakımın rutin diyabet izleminin parçası olmasını, diabetes distress taramasını ve kişi-merkezli davranış değişikliği stratejilerini (MG dâhil) kuvvetle önermektedir.[50]

Bulgularınız; ziyaret sıklığının bireyselleştirilmesi, randevu ve görev yükünün sadeleştirilmesi, motivasyonel danışmanlığın aile hekimliği izlemlerine entegrasyonu ve empatik, açıklayıcı iletişimin sistematik uygulanması gerektiğine işaret etmektedir. [102]

5.2.4. Tedaviye Karşı Sorgulayıcı Tutum ve Güvensizlik

Hastaların tedaviye güveni, hekimle kurdukları iletişim, ilaç koordinasyonu ve aldıkları bilgilerin tutarlılığıyla yakından ilişkilidir. Birden fazla doktorun bağımsız ilaç reçetesi yazması ve bu konuda koordinasyon olmaması, tedavi sürecinde polifarmasiye neden

olmakta, ilaç güvenliğini azaltmakta ve hasta güvenini zedelemektedir. [103]Katılımcı anlatıları bu nedenlerle tedaviye karşı sorgulayıcı tutum ve güvensizlik geliştiğini göstermektedir (ör. K9'un birbirinden habersiz yazılan çoklu ilaçlar ve olası böbrek etkileri için uyarılmama deneyimi; K10'un yan etkiler konusunda bilgilendirilmediğini belirtmesi; K15'in hekimler arası iletişim eksikliği nedeniyle kararsızlık yaşaması). Niteliksel ve derleme çalışmalar, zayıf hasta-hekim ilişkisi ve yetersiz danışmanlığın hastayı "ilaç sorunlarıyla baş başa" bıraktığını ve bunun güvensizlikle birlikte tedaviye uyumu zayıflattığını göstermektedir.[104]

Literatürde, hastada tedavi güvenini güçlendirmek için hasta-hekim ilişkisinin sürekli, açık ve destekleyici olması önerilmektedir. Birinci basamak hekimlerinin hastayla yakın iletişim kurması, tedavi yönetimini organize etmesi ve gerektiğinde bilgilendirme sorumluluğunu üstlenmesi, tedavi güvenini artırmak için kritik önemdedir.

5.2.5. Tedaviye Dair Algılar ve Endişeler (İnsülin ve İlaçlar)

Katılımcıların ilaç ve insülin tedavisine yönelik anlatıları, biyopsikososyal faktörlerin tedaviye uyum üzerinde belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı, özellikle insülin tedavisini "psikolojik bir eşik" olarak tanımlamış; enjeksiyon korkusu, bağımlılık endişesi ve ilacın vücuda zarar vereceği yönündeki inançlar nedeniyle insüline karşı isteksizlik göstermiştir. K6'nın "Psikolojik bir sıkıntı yaşadım, insülin olur mu diye... Hap olunca sevindim" ve K16'nın "Alışmasın bünyem" ifadeleri, insüline geçişteki direnç ve algısal bariyerleri açık biçimde yansıtmaktadır. Literatürde bu durum, "psikolojik insülin direnci" kavramıyla açıklanmaktadır. Katılımcıların bir kısmı, ilaçların yan etkileri nedeniyle dozlarını değiştirmiş veya ilaç kullanımını bırakmıştır (ör. K3: "İlacı kaldıramıyorum... Ellerim titriyor."). Bu durum, ilaç yan etkilerine dair bilgilendirme eksikliğinin tedaviye olan güveni zedelediğini ve öz yönetim davranışlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Kardas ve ark. (2013), hastaların yaklaşık üçte birinin ilaç yan etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını, bilgilendirilmeyen hastalarda tedavi bırakma oranının anlamlı şekilde arttığını belirtmiştir.[105]

Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalar da benzer biçimde, diyabetli hastaların ilaçlara ilişkin kaygılarının genellikle yan etki korkusu, insülnin son çare olduğu algısı, ilaçlara bağımlı kalma hissi ve uzun vadeli zarar endişesi etrafında şekillendiğini bildirmektedir.[106] Ayrıca, birinci basamakta yürütülen nitel araştırmalar, hastaların özellikle insülin hakkında

"geri dönüşsüzlük" ve "bağımlılık" algısına sahip olduklarını ve bu algıların hekimin iletişim tarzı, açıklama düzeyi ve güven ilişkisiyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.[106,107]

Bu bulgular ışığında, tedaviye yönelik yanlış inanışların düzeltilmesi ve psikolojik bariyerlerin aşılması için aile hekimlerinin hasta merkezli eğitim, empatik iletişim ve motivasyonel danışmanlık yaklaşımlarını benimsemeleri gerekmektedir. WONCA Europe (2011) tanımı da aile hekiminin, yalnızca farmakolojik tedavi reçete eden değil; hastanın psikososyal bağlamını dikkate alarak inanç, korku ve değer sistemleriyle etkileşim içinde danışmanlık yapan bir sağlık profesyoneli olması gerektiğini vurgulamaktadır.[66]

5.3. Tema 3 Diyabet Yönetimi

5.3.1. Takip ve Kontroller

Bu araştırmada elde edilen bulgular, tip 2 diyabet hastalarının izleminde takip süreçlerinin büyük ölçüde ilaç yenilemeye indirgenmiş olduğunu, aktif çağrı ve kontrol sistemlerinin yeterince işleyemediğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların çoğu, sağlık kuruluşuna yalnızca ilaç yazdırmak veya tetkik yaptırmak amacıyla başvurduklarını, kontrole çağrılmadıklarını ya da takip planlarının sistematik biçimde sunulmadığını belirtmiştir. Bu durum, diyabet yönetiminin önemli bir bileşeni olan düzenli ve bütüncül izlem süreçlerinin eksikliğine işaret etmektedir. Birinci basamakta takip genellikle hekimin inisiyatifine veya hastanın talebine bağlı kalmakta, bu da birçok hastanın ancak ilacı bitince sağlık kuruluşuna başvurması gibi durumlara yol açmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların "çağıran yok, kendimiz gidiyoruz" şeklindeki ifadeleri, takipteki bu yapısal boşluğun somut bir örneğidir.

Literatür, çalışmamızdaki bu durumu destekler niteliktedir. Yapılan araştırmalarda diyabet hastalarının önemli bir bölümünün önerilen kontrolleri düzenli yaptırmadığı bildirilmektedir. Örneğin, ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %53'ünün kan şekeri kontrollerini düzenli yaptırmadığı saptanmıştır.[108]

Düzenli ve planlı takip yapılmasının diyabet sonuçlarına olumlu etkileri olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır.[109,110] Klinik kılavuzlar, diyabetli hastaların metabolik kontrol durumuna göre en az 3-6 ayda bir doktor kontrolüne çağrılmasını, hedefe ulaşıldığında dahi yılda en az bir kez kapsamlı değerlendirme yapılmasını önermektedir.[8,111] Türkiye'de de son yıllarda aile hekimliği kapsamında kronik hastalık izlem programları (Hastalık yönetim platformu gibi) devreye alınmıştır. Bu programlar, kayıtlı diyabet hastalarının belirli aralıklarla çağrılarak

HbA1c, kan basıncı, lipid profili, göz ve nöropati taramaları gibi izlemlerinin yapılmasını hedeflemektedir. Ancak çalışmamız, uygulama ve pratiğin henüz istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Hastalarımızın ifadelerine göre aile hekimleri veya ilgili uzmanlar tarafından sistematik bir çağrı almadıkları, takibin sürekliliğinin büyük ölçüde hastanın talebiyle sağlandığı anlaşılmaktadır.

5.3.2. Öz İzlem ve Kendi Kendine Yönetim

Bu alt tema bulguları, diyabetli hastaların kan şekeri öz izlemi (*self-monitoring of blood glucose,* SMBG) konusundaki uygulamalarının oldukça değişken olduğunu göstermektedir. Bazı hastalar kan şekerini düzenli ölçüp izlerken, bazıları ölçüm sıklığını azaltmakta veya tamamen ihmal etmektedir. Literatürde de SMBG uygulama oranlarının genellikle önerilenin altında kaldığı bildirilmektedir. Örneğin, ABD ve İtalya'da insülin kullanan diyabet hastalarının sadece %26'sı ve %13,9'u (sırasıyla) kan şekerini her gün ölçmektedir. Kore'de tip 2 diyabetli bireylerin ancak %32'si düzenli SMBG uygularken, Çin'de hastaların yalnızca %39,5'inin ayda en az bir kez kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır.[112]

Çalışmamızdaki bazı katılımcılar, sık ölçüm yapmaksızın bedensel duyumlarına güvenerek kan şekeri düzeylerini "anlayabildiklerini" ifade etmişlerdir (örneğin K9, günde defalarca ölçüm yapmaya gerek duymadığını belirtmiştir). Nitekim K1 de hiperglisemi ve hipoglisemiye ait belirtileri (halsizlik, monotonluk hissi; aşırı terleme vb.) ayrıntılı biçimde tanımlayabilmiştir. Bu durum, bazı hastaların kendi kendine yönetim sürecinde objektif ölçümler yerine vücut belirtilerine dayanarak glisemik kontrol sağlamaya çalıştıklarını göstermektedir. Literatürde de diyabet hastalarının çoğunlukla semptom hissettiklerinde kan şekerlerini ölçmeye yöneldiği vurgulanmıştır.[113]

Ülkemizde de diyabet hastalarının kan şekeri ölçüm alışkanlıklarına dair veriler, çoğu hastanın düzenli SMBG yapmadığını desteklemektedir. 2018–2019 yılları arasında bir aile sağlığı merkezine başvuran 390 tip 2 diyabetli birey ile gerçekleştirilen bir anket çalışmasında, katılımcıların yalnızca %5,9'u kan şekeri ölçümünü hekim tarafından önerilen sıklıkta her zaman gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Ölçümü sıklıkla yaptığını ifade edenlerin oranı %26,9 iken, hiçbir zaman önerilen şekilde ölçüm yapmadığını belirtenlerin oranı %45,9 olarak bildirilmiştir.[114]Diyabetli hastalarda kan şekeri öz izlemi etkili bir öz yönetim için önemlidir. Güncel çalışmalar özellikle insülin kulanan hastalarda SMBG'nin glukoz kontrolünün sağlanmasında hayati rol oynadığını ve diyabet bakımının vazgeçilmez bir

parçası olduğunu belirtmektedir.[115,116], İnsülin kullanmayan tip 2 diyabetli (T2D) hastalarda ise uluslararası diyabet kılavuzları kan şekerinin kendi kendine ölçülme sıklığını belirlememiştir. Bir meta-analiz çalışmasında insülin kullanmayan T2D hastalarında haftada 8 ila 14 SMBG ölçümü, glisemik kontrolün iyileşmesi ve vücut kitle indeksinin azalması ile ilişkilendirilmiştir.[117]

Sonuç olarak, hem uluslararası literatür hem de ulusal çalışmalar, diyabet hastalarında semptom odaklı kan şekeri takibinin yaygın bir davranış modeli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu eğilimin altında yatan nedenler çok boyutludur: yanlış algılar ve bilgi eksikliği nedeniyle SMBG'nin değersiz görülmesi, ölçümü günlük rutine katmadaki zorluklar, cihaz/strip erişim problemleri, yetersiz eğitim ve destek ile psikolojik dirençler bu alışkanlığı pekiştirmektedir. Özellikle tip 2 diyabetli ve insülin kullanmayan hastalarda gözlenen bu semptom odaklı izlem alışkanlığını değiştirmek için, eğitim programlarıyla farkındalığı artırmak, SMBG'yi kolaylaştıracak cihaz ve maliyet desteği sağlamak ve hastaların psikososyal bariyerlerine yönelik danışmanlık hizmetleri sunmak önerilmektedir.

5.3.3. Diyabet Eğitimi

Araştırmamızda elde edilen bulgular, diyabet eğitimine ilişkin uygulamaların büyük oranda yetersiz, tek seferlik ve sürdürülebilirlikten uzak olduğunu göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı, eğitimlerini yalnızca tanı anında ve yüzeysel bir biçimde aldıklarını, sonrasında takip eden bilgilendirme ya da destek görmediklerini ifade etmiştir. Örneğin K16 kodlu katılımcının ifadesiyle "Bir kere gösterdiler, sonra olmadı" şeklinde tarif edilen durum, literatürde de sıkça vurgulanan bir soruna işaret etmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2022 yılında yayımladığı küresel araştırma sonuçlarına göre, diyabetli bireylerin yaklaşık %26'sı tanı anında yeterli bilgi alamamakta, %20'si ise yaşamları boyunca hiç eğitim desteği görmemektedir (IDF, 2022). Katılımcılar ayrıca kan şekeri hedef değerlerine ilişkin bilgi eksikliklerini dile getirmiştir. K1 ve K18 kodlu katılımcıların çelişkili hedef aralıklarını belirtmeleri (örneğin 80–120 mg/dL ile 170–180 mg/dL arasında değişen algılar), eğitimin hem standardize edilmediğini hem de bireyselleştirilmediğini ortaya koymaktadır.

İnsülin kullanımına dair eğitim eksiklikleri de çalışmamızın önemli çıktılarından biridir. Katılımcılar, enjeksiyon tekniklerine, doz ayarlamalarına ve pratik uygulamalara dair ya yetersiz bilgiye sahip olduklarını ya da sadece bir kez bilgilendirme aldıklarını ifade

etmişlerdir. Ilyan ve ark. (2025) tip 2 diyabetlilerle yürüttüğü çok merkezli çalışmada, katılımcıların yalnızca %25'inin insülin saklama koşullarını doğru bildiği, enjeksiyon pratiğinde ise yaygın hataların (enjeksiyon bölgesi rotasyonunun yapılmaması, insülini soğukken uygulama vb.) olduğu saptanmıştır.[118] Bu durum, tek seferlik eğitimin hasta davranışı üzerindeki etkisinin sınırlı kaldığını, insülin tedavisinde doğru uygulamaların ancak tekrarlı ve uygulamalı destekle sürdürülebileceğini göstermektedir. ADA (American Diabetes Association) da bu doğrultuda, insülin kullanıcılarının eğitimlerinin ilk gösterimle sınırlı kalmaması, düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (ADA, 2023).

Beslenme eğitimi ve diyetisyene yönlendirme açısından da katılımcılar arasında ciddi eşitsizlikler gözlenmiştir. Bazı katılımcılar yalnızca "diyet listesi verilerek" bilgilendirildiklerini, herhangi bir diyetisyen yönlendirmesi almadıklarını belirtirken; bazıları (örneğin K4) düzenli destek aldıklarını ifade etmiştir. Uluslararası literatürde de diyabetli bireylerin önemli bir bölümünün diyetisyen veya eğitim hemşiresi desteği almadan yaşamlarını sürdürdükleri vurgulanmaktadır. IDF verilerine göre, diyabetli bireylerin yaklaşık %36'sı hiç diyetisyen, eğitim hemşiresi veya danışman desteği almamaktadır (IDF, 2022). Ancak, tıbbi beslenme tedavisinin (MNT) tip 2 diyabetli kişilerde HbA1c düzeylerini %0,3-2,0 varan oranda düşürdüğü ve komplikasyonları azalttığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır (ADA, 2023).[119] Bu nedenle yalnızca broşür ya da liste verilmesi yerine, bireysel koşullara göre planlanan ve sürdürülen beslenme danışmanlığı diyabet eğitiminin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Tüm bu bulgular, diyabet eğitiminde aile hekimlerinin ve birinci basamak ekiplerinin rolünü yeniden tanımlama gerekliliğini ortaya koymaktadır. Eğitim yalnızca bir "bilgi verme" faaliyeti değil, sürekli danışmanlık, izlem ve bireye özgü uyarlama gerektiren çok boyutlu bir süreçtir. Gucciardi ve arkadaşlarının (2020) Kanada'da gerçekleştirdiği birincil basamak temelli bir müdahale çalışmasında, aile hekimliği kliniklerine entegre edilen hemşire ve diyetisyenlerden oluşan diyabet eğitim ekiplerinin, hastaların HbA1c düzeylerini anlamlı biçimde düşürdüğü gösterilmiştir.[120] Bu sonuç, ekip temelli ve sürekli diyabet eğitiminin hem klinik hem de davranışsal çıktılar açısından etkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, araştırmamızın katılımcı anlatıları ile literatürdeki kanıtlar arasında yüksek düzeyde bir tutarlılık bulunmaktadır. Diyabet eğitimi, ülkemizde ve dünyada hâlâ tek seferlik, standart dışı ve kişiselleştirilmemiş biçimde yürütülmektedir. Hastaların diyabetle baş etme becerilerini geliştirmesi; kan şekeri hedeflerini doğru yorumlaması, insülin ve beslenme

yönetimini etkin biçimde sürdürebilmesi için sürekliliği olan, bireyselleştirilmiş, ekip temelli eğitim programlarına gereksinim vardır. Bu eğitim programları, aile hekimliği pratiği içerisinde, hemşire, diyetisyen ve gerekirse psikososyal destek personeliyle birlikte yapılandırılmalı ve izlem süreçlerine entegre edilmelidir. Böylece hastaların yalnızca bilgi sahibi olması değil, bu bilgiyi yaşamlarına uygulayabilmeleri sağlanabilecektir.

5.3.4. İnsülin ve Glisemik Kontrol Yönetimi

Yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, insülin tedavisi sürecinde hastaların çeşitli güçlüklerle karşılaştığını ortaya koymaktadır. Katılımcı ifadeleri, özellikle insülin enjeksiyonlarının atlanması, hatalı ya da yanlış uygulamalar ve hastaların kendi inisiyatifleriyle doz ayarlama girişimlerinin yaygın olduğunu göstermektedir. Bazı bireylerin insülin dozlarını kendi yöntemleriyle değiştirmeye çalıştığı, bazı hastaların ise enjeksiyon uygulamaları ve doz takibi konusunda aile desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların büyük çoğunluğu insülin tedavisine ilişkin yeterli rehberlik ve eğitim desteği alamadığını ifade etmiştir. Bu bulgular, insülin tedavisinin etkinliği açısından hasta eğitimi, düzenli izlem ve sosyal destek unsurlarının önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular literatürde bildirilen hasta deneyimleri ve sorunlarıyla büyük ölçüde örtüşmektedir.[121] Örneğin, uluslararası bir araştırmada insülin kullanan hastaların yarısından fazlasının kasıtlı olarak zaman zaman insülin enjeksiyonlarını atladığı, yaklaşık %20'sinin ise düzenli olarak enjeksiyon atladığı rapor edilmiştir.[122] Benzer şekilde, bir meta-analizin sonuçları dünya genelinde insülin tedavisine bağlılık oranının yalnızca yaklaşık %55 civarında olduğunu göstermiştir.[121] Bu oranlar, insülin kullanan her iki hastadan birinin tedaviye tam olarak uymadığını ortaya koymaktadır. Bulgularımızda bazı hastaların önerilen insülin enjeksiyonlarını aksattığını, doz atladığını veya tedavi planına tam olarak uymadığını göstermektedir. Türkiye özelinde yapılan çalışmalar da benzer bir tablo çizmektedir. Örneğin, insüline yeni başlayan tip 2 diyabetli hastalarda yürütülen bir çalışmada, hastaların sadece %44,3'ünün insülin tedavisine önerildiği biçimde düzenli olarak uyabildiği saptanmıştır. Ülkemizde Aslan ve Korkmaz'ın (2015) 110 diyabetli birey üzerinde yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %31.8'inin insülini bilerek atladığı. %59.1'inin insülini yapmayı unuttuğu, %20.9'unun insülini yapıp yemek yemediği %20.7'sinin gece ile gündüz kalemini yanlış seçtiği saptanmıştır. Hastaların %49.1'inin insülin dozunda asla değişiklik yapmadığı, %17.3'ünün kan şekerine göre bazen değişiklik yaptığı, %33.6'sının ise kan şekerine göre insülin dozunda sık sık değişiklik yaptığı belirlenmiştir. Bu bulgular, hastaların önemli bir

kısmında insülin tedavisine ilişkin bilgi eksiklikleri ve öz-yönetim becerilerinde yetersizlik olduğunu göstermektedir. Bu oranlar, diyabetli bireylerin tedaviye uyumunda bilişsel ve davranışsal düzeyde ciddi sorunlar yaşandığını ortaya koymaktadır. İnsülin enjeksiyonlarının bilinçli olarak atlanması ya da doz değişikliklerinin rastgele yapılması, glisemik kontrolün sağlanamamasına ve hipoglisemi–hiperglisemi epizotlarının artmasına neden olabilmektedir. Bu durum, Aslan ve Korkmaz'ın da belirttiği gibi, diyabet eğitiminin sürekliliğinin ve uygulamalı destek mekanizmalarının yetersizliğiyle ilişkilendirilmektedir. Düzenli ve kapsamlı eğitim programları ile hastaların yanlış uygulama oranlarının azaltılması ve tedaviye uyumun artırılması mümkündür.

5.3.5. Hipoglisemi ve Önleyici Yaklaşımlar

Bu çalışmada elde edilen bulgular, diyabetli hastaların hipoglisemi riskinin farkında olmalarına karşın hipoglisemi anında ne yapmaları gerektiği konusunda yetersiz tıbbi bilgilendirmeye sahip olduklarını göstermektedir. Katılımcıların çoğu, hekimlerinden hipoglisemi yönetimine dair hiç eğitim almadıklarını veya sadece yüzeysel tavsiyeler aldıklarını belirtmiştir. Nitel verilerimizde K10 kodlu katılımcı "Hiçbir bilgi almadım. Öyle bir şey demediler, söylemediler bunu yap" diyerek hekim eğitimindeki eksikliği vurgulamıştır. Bu durum literatürde de yaygın bir sorundur. Örneğin, Türkiye'de insülin kullanan diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların %51'inin hipoglisemi konusunda hiç eğitim almadığı, eğitim alanların da %54,4'ünün bu eğitimi yeterli bulmadığı bildirilmiştir. Ayrıca hastaların %54,8'i yılda 1-2 kez hipoglisemi yaşadığını ifade etmiştir.[123] Bilgi düzeyindeki eksiklikler, hipoglisemi yönetiminin kritik yönlerinde kendini göstermektedir. Katılımcılarımızdan bazıları (örn. K18) kan şekeri düştüğünde ne kadar şeker tüketmesi gerektiğini bilmediğini, "Kaç gram şeker alacağım? Bunun bir ölçüsü yok mu? Yiyorum yiyorum, doymuyorum" şeklinde ifade etmiştir. Bu ifadeler, hipoglisemi tedavisinin standardize edilmiş yöntemlerinden haberdar olunmadığını göstermektedir. Oysa uluslararası kılavuzlar, hipoglisemi durumunda "15-15 kuralı" olarak bilinen yöntemi önermektedir: Yaklaşık 15 gram hızlı etkili karbonhidrat alındıktan 15 dakika sonra kan şekeri tekrar ölçülmeli, eğer hala <70 mg/dL ise aynı işlem tekrarlanmalıdır. Standartlara göre 15 gram karbonhidrat; 3-4 glukoz tableti, yarım bardak meyve suyu veya 1 yemek kaşığı bal/şeker gibi gıdalarla sağlanabilir. Bulgularımız, katılımcıların önemli bir bölümünün hipoglisemi belirtilerini kendi deneyimleriyle öğrendiğini göstermiştir. Örneğin K6, doktoru bilgilendirmese de "şekerim düştüğü zaman terleme geldi, halsizlik, ayaklarımın canı

kesiliyor... Onu hafif hissettiğim an yanımda şeker bulunduruyordum" diyerek deneyim yoluyla belirtileri tanımayı ve çözüm üretmeyi başardığını aktarmıştır. Katılımcılarımız sıklıkla terleme, baş dönmesi, titreme, halsizlik, göz kararması gibi klasik hipoglisemi semptomlarını tarif etmişlerdir. Nitekim Kore'deki bir anket çalışmasında da en sık tanınan hipoglisemi belirtilerinin baş dönmesi (%55), terleme (%53,8) ve titreme (%40,8) olduğu bildirilmiştir.[124] Bu örtüşme, hastaların kişisel tecrübelerle edindiği farkındalığın aslında hipogliseminin evrensel semptom paternine uyduğunu göstermektedir. Ancak, sadece deneyime dayalı öğrenme riskli olabilir. Literatür, tekrarlayan ve tedavi edilmeyen hafif hipoglisemi ataklarının zamanla bireyde hipoglisemi semptomlarını algılama yeteneğinin bozulmasına yol açabileceğini belirtmektedir.[125] Bu durum hipoglisemi farkındalığının kaybı olarak adlandırılır ve özellikle uzun süre diyabetli olan veya sık hipoglisemi geçiren hastalarda görülebilir. Böyle bir durumda kişi kan şekeri tehlikeli düzeylere inse de uyarıcı semptomları hissetmeyebilir. Dolayısıyla, hipoglisemiyi tanımak ve önlemek konusunda farkındalığı artırmaya yönelik eğitim faaliyetleri hayati öneme sahiptir. Katılımcılar kendi çabalarıyla çeşitli pratik baş etme stratejileri geliştirmişlerdir. Örneğin K8 "Hemen elim ayağım titriyor, tatlı bir şeyler yiyorum. Çikolata ya da herhangi bir şey... Hemen yükseliyor, düzeliyor" sözleriyle hipoglisemi hisseder hissetmez tatlı bir gıda tüketerek sorunu çözdüğünü anlatmıştır. K14 ise ailesinin desteğiyle "Hemen tatlı yiyeyim; çocuklar kesme şeker, bal ne varsa veriyor, bir kaşık alıyorum, az sonra kendime geliyorum" diyerek hipoglisemiyle mücadelede yakın çevrenin yardımına başvurduğunu belirtmiştir. Bu tür uygulamalar, aslında genel tıbbi önerilerle uyumludur: hızlı etkili karbonhidrat alımı (örneğin meyve suyu, bal, şeker gibi) kan şekerini kısa sürede yükselterek hipoglisemiyi düzeltir.

Mevcut bulgular ve ilgili literatür, hipoglisemi yönetiminde hasta eğitiminin kritik önemini ortaya koymaktadır. Katılımcılarımızın büyük kısmı, hipoglisemiyle baş etme konusunda kendi kendine yöntemler geliştirse de, bu yöntemlerin daha etkili ve güvenli olabilmesi için tıbbi rehberliğe ihtiyaç duyulduğu açıktır. Literatürde pek çok çalışma, yapılandırılmış diyabet eğitimlerinin hipoglisemi farkındalığı ve yönetimi üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir. Örneğin Hindistan'da yürütülen bir müdahale çalışmasında, hekim tarafından verilen planlı bir diyabet eğitiminin hipoglisemi konusundaki bilgi düzeyi ve tutumları belirgin biçimde artırdığı, hastaların özbakım uygulamalarını iyileştirdiği ve hipoglisemi ataklarının sıklığını anlamlı oranda azalttığı rapor edilmiştir.[126]

Sonuç olarak, gerek Türkiye'de gerekse dünyada yapılan çalışmalar, hipoglisemi yönetiminde hasta eğitiminin güçlendirilmesinin şart olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın bulguları da söz konusu literatürle örtüşmekte ve diyabetli bireylerde hipoglisemi farkındalığını artırmaya, önleyici stratejileri öğretmeye yönelik girişimlerin sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir. Aile hekimliği pratiğinde bu tür eğitim odaklı yaklaşımların yaygınlaştırılması, hipoglisemiye bağlı riskleri azaltacak ve diyabet bakım kalitesini yükseltecektir.

5.3.6. Diyet ve Beslenme Uyumu

Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu diyabet diyetine uymakta güçlük çektiğini, yasaklı yiyecekleri hayatlarından tamamen çıkaramadığını belirtmiştir. Bu durum, Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaların sadece %28,8'inin önerilen tıbbi beslenme tedavisine tam uyduğunun, %32,5'inin ise diyet reçetesini hiç uygulamadığının saptanmasıyla da paralellik göstermektedir.[127] Uluslararası literatürde de benzer biçimde, tip 2 diyabetlilerde diyet uyumsuzluğu yaygın bulunmuştur. Örneğin bir çalışmada, diyete uyum sağlamamanın hastalığın seyrini ağırlaştırdığı ve dünya genelinde %30–%80 arasında çok yüksek oranda uyumsuzluk görüldüğü belirtilmiştir.[128] Katılımcılarımızdan K1'in "geleneksel yemek alışkanlıklarını değiştirmek zor" ifadeleri, K13'ün "Üç beyazdan uzak duracaksın dedi… Biz uzak duramadık." çıkışı, kültürel etkenlerin diyet uyumunu doğrudan etkilediğini göstermektedir. Literatürde de kültürel normlar ve geleneksel beslenme alışkanlıkları diabet diyetine uyumda önemli engeller olarak tanımlanmıştır.[129]Katılımcılarımızdan K3 ve K5'in "Bir şey yapmıyorum, ilaç içerim" benzeri ifadeleri, diyabet yönetimini yalnızca ilaç tedavisine indirgeme eğilimini göstermektedir. Yani diyet önerilerini ihmal eden birçok hastada, diyabetin ilaçla kontrol edildiği algısı hakimdir.

Çalışma katılımcılarının dile getirdiği diyet uyum zorlukları, kültürel beslenme kalıpları, pratik/kültürel engeller ve ilaç merkezli tedavi algısıyla tutarlı olarak literatürde rapor edilmektedir. Örneğin sosyal normlar ve geleneksel gıdaların tüketimi diyet uyumunu azaltırken, düşük sosyoekonomik durum ve bilgi eksikliği gibi faktörler de uyumu engellemektedir. Bu bulgular, aile hekimlerinin ve diyetisyenlerin beslenme eğitimini sadece yasak listesi vermekle sınırlamayıp, hastaların sosyal-kültürel bağlamını gözeterek kişiselleştirmesi gerektiğini göstermektedir.

5.3.7. Egzersiz ve Yaşam Tarzı Değişikliği

Katılımcıların çoğu, hekimlerinden yürüyüş yapmaları yönünde öneriler aldıklarını ancak biyolojik, çevresel ve psikososyal nedenlerle bu önerileri sürdürmekte zorlandıklarını ifade etmiştir. Diyaliz tedavisi, yaşa bağlı güçsüzlük, halsizlik ve genel yorgunluk en sık dile getirilen engeller arasındadır. Örneğin K1, "Diyalizle başladıktan sonra yürüyüş, yorgunluk hâli hissetmeye başladım." derken; K8 ise böbrek hastalığı sonrası fiziksel kapasitesinin düştüğünü "Şişiyorum, daralıyorum." sözleriyle açıklamıştır. K16 ise "Öyle dermansızlık oluyorsun. Gücün kalmıyor. Öyle yatıyoruz işte." diyerek genel halsizliği dile getirmiştir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Jhamb M. ve ark. diyaliz hastalarının egzersize katılımındaki en yaygın engellerin motivasyon eksikliği, yorgunluk ve komorbid durumlar olduğunu belirtmiştir.[130]Bazı katılımcılar ise günlük ev içi işleri veya bedensel işlerini fiziksel egzersiz yerine koyduklarını ifade etmiştir. K2, "O faal hâlimde hiç oturmuyorum ki." derken; K17, "Zaten çalışıyordum ben bedenen." ifadesiyle aktif yaşamı yeterli görmektedir. Buna karşılık K5 ve K12 gibi bazı katılımcılar, hekim önerilerine uyarak yürüyüş alışkanlığı edinmiş, bunun kan şekeri kontrolü ve kilo kaybı üzerindeki olumlu etkilerini gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. K5, "Beş ay içinde 100 kilodan 80 kiloya düştüm." derken; K12, düzenli yürüyüşün faydasını "Ara vermeden yürüyüş yapmamı istedi, faydasını gördüm." şeklinde aktarmıştır. Bununla birlikte çevresel faktörler de egzersiz uyumunu sınırlandırmıştır. K15, "Yolda yol var. Öyle bir yerler yok." diyerek uygun alan eksikliğine işaret ederken; K18, yurtdışındaki koşullarla Türkiye'yi kıyaslayarak "Bisiklet sürüyordum, burada öyle bir imkân olmuyordu." demiştir.

Türkiye'de tip 2 diyabetli bireylerde egzersiz farkındalığının oldukça düşük olduğunu gösteren Küçük ve ark. (2022) çalışmasında 793 bireyin %77,6'sının egzersiz ve diyabet, %83,1'inin egzersiz ve beslenme, %55,4'ünün egzersiz ve kilo kontrolü arasındaki ilişkiyi bilmediği; buna karşın %88,9'unun yürüyüşü tercih ettiği, ancak egzersiz süresinin çoğunlukla 0–30 dakika ile sınırlı kaldığı bildirilmiştir.[131]Advika TS ve ark. yapmış oldukları bir nitel çalışmada fiziksel aktiviteye engel teşkil eden faktörler ; zaman eksikliği, başkalarına karşı yükümlülükler, egzersizi kan şekeri kontrolüyle ilişkilendirememe, obezitenin bir sağlık sorunu olarak algılanmaması, hekimlerin egzersize yeterince önem vermemesi, sosyal/kültürel sorunlar, altyapı eksikliği ve fiziksel kısıtlamalar olarak tespit edilmiştir.[132]

Bulgularımızdaki "günlük iş ve hareketliliği egzersiz yerine koyma" eğilimi (K2, K17), diyabette hedefe yönelik, süre, şiddet ve yapılandırılmışlığı tanımlı fiziksel aktivitenin

önerildiği kılavuzlarla uyumsuz bir algıya işaret etmektedir. ADA 2025, yetişkin diyabetliler için haftalık ≥150 dk orta-şiddette aerobik aktiviteyi, direnç egzersizini ve uzun oturma sürelerinin en az 30 dakikada bir kesilmesini önermekte; "işte ayakta olma" veya "günlük hareketlilik" tek başına yeterli kabul edilmemektedir. Bu durum, danışmanlığın içeriğinin somut hedeflere (süre, yoğunluk, sıklık) çevrilmesi gerektiğine işaret etmektedir.[50]

"Yaşam tarzı değişikliği" kavramına ilişkin bilgi/farkındalık boşluğu ise (K3, K5, K11, K14–16) birincil basamakta fiziksel aktivite danışmanlığının var olan kurumsal çerçevesine rağmen (Sağlık Bakanlığı çatısı altındaki danışmanlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam merkezi uygulamaları) uygulama düzeyinde eksiklik ve süreklilik sorununa işaret eder. Türkiye'de aile hekimlerinin fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamalarını inceleyen yakın tarihli çalışmalar, danışmanlığın düzenli ve reçetelendirilmiş biçimde verilmesinin sınırlı kaldığını; hekimlerin bilgi/güven eksikliği ve zaman baskısı gibi engellerle karşılaştığını bildirmektedir.[133] Bu durum, katılımcılarınızın "bize bu konuda kimse eğitim vermedi" izlenimiyle uyumludur.

Fiziksel aktivite, glisemik kontrolü ve insülin etkisini iyileştirir, kardiyovasküler riski azaltır ve ayrıca kilo kaybına ve genel refaha yardımcı olur. 8 haftalık klinik çalışmalarda yapılandırılmış egzersiz müdahalelerinin etkileri üzerine yapılan sistematik bir inceleme ve meta-analizde, müdahale sonrası HbA1c'nin egzersiz grubunda önemli ölçüde daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.[134]

5.4. Tema 4:Komplikasyonlarla Yüzleşme

5.4.1. Komplikasyon Farkındalığı

Diyabetli bireylerde retinopati, nefropati, nöropati, kardiyovasküler ve ayak problemleri gibi komplikasyonlar yaygındır ve önlenebilir sakatlıklara yol açabilir. Amerikan Diyabet Derneği gibi kuruluşlar bu komplikasyonlar için düzenli tarama önerse de, pratikte tarama kapsamı genellikle eksiktir. Araştırma bulguları, katılımcıların büyük çoğunluğunun diyabetin sistemik etkileri ve kronik komplikasyonları hakkında yeterli bilgi almadığını göstermiştir. Katılımcı anlatıları, komplikasyon bilgisinin çoğunlukla reaktif biçimde ve organ hasarı geliştikten sonra oluştuğunu gösteriyor. K10'un *"On iki, on üç sene… göze vurar… diye bir şey duymadım."* ifadesi ile K6'nın *"Kanıma bakıldı, şekerime bakıldı. Diğer organlarımda da zarar… konuşma olmadı."* sözü, izlemin glisemik değerlere odaklanıp sistemik risk iletişiminin zayıf kaldığını düşündürmektedir. Literatür, bu tabloyu destekler niteliktedir. Örneğin Tayland'da 722 tip 2 diyabetli hastayı kapsayan retrospektif bir çalışmada hastaların

yalnızca %38,4'üne göz muayenesi, %42'sine nefropati taraması ve %17,3'üne ayak muayenesi yapılmıştır. Aynı çalışmada diyabetik komplikasyon prevalansları da yüksektir: %37'sinde nefropati, %48,2'sinde kronik böbrek hastalığı (Evre ≥3), %31,2'sinde retinopati, %28,9'unda kardiyovasküler hastalık, %10,6'sında inme ve %40'ında diyabetik ayak saptanmıştır. Bu durum, "bilgilendirme–tarama döngüsü"nün kırıldığı bağlamlarda komplikasyonların geç fark edilmesine neden olduğunu göstermektedir.[135] Diyabetik komplikasyonların dünya çapında yaygınlığı konusunda meta-analizler de yapılmıştır. Örneğin Teo ve ark. (2021) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, diyabetli bireylerde tüm dünyada retinopati prevalansı yaklaşık %22,3 (%19,7–25,0) olarak hesaplanmıştır.[136] Türkiye'de yapılan 2025 tarihli bir retrospektif çalışmada 723 tip 2 diyabetli hastanın verileri incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların %80,1'inde en az bir diyabetik komplikasyon görülmüş; en yaygın eşlik eden durumlar dislipidemi (%63,6) ve hipertansiyon (yaklaşık %60–70) olarak belirlenmiştir. Hastaların %34,7'sinde diyabetik nöropati, %32,8'inde nefropati, %31,3'ünde retinopati ve %8,6'sında diyabetik ayak tespit edilmiştir.[137] Chu ve ark. Yaptıkları bir çalışmada hasta verileri, hastaların %51,5'inin KBH tanısından habersiz olduğunu ve daha önce KBH tanısı almış hastaların %75,6'sının daha erken tanı almayı tercih edeceğini göstermiştir.[138]

Sonuç olarak bulgularımız, komplikasyon farkındalığının tanı anıyla sınırlı bilgilendirme ve semptom odaklı başvurular nedeniyle geç geliştiğini; bunun da tarama kapsayıcılığını ve erken önlem şansını azalttığını göstermektedir. Literatür ve kılavuzlarla uyumlu biçimde, aile hekimliğinde periyodik, aşamalı ve anlaşılır eğitim; otomatik hatırlatmalarla tarama sürekliliği; aile öyküsü/çoklu riskte proaktif yönlendirme ve danışmanlıkla algısal engelleri (örn. "bana olmaz" inancı) hedefleyen müdahaleler, komplikasyonların daha erken fark edilmesi ve önlenmesi için öncelikli stratejilerdir.

5.4.2. Komplikasyon Taramaları

Diyabetik komplikasyonların erken tanısı için semptomsuz dönemde düzenli taramalar yapmak hayati öneme sahiptir. Örneğin TEMD kılavuzunda, tip 2 diyabetlilerde tanı konur konmaz (tip 1'lerde ise tanıdan 5 yıl sonra) yılda bir göz muayenesi ve retinopati taraması önerilmektedir. Benzer şekilde böbrek fonksiyonlarının izlenmesi için tip 2'de teşhis anında, tip 1'de tanıdan 5 yıl sonra yıllık idrar albümin/kr kreatinin oranı taraması yapılmalıdır. Bu proaktif yaklaşımlar, semptomlar belirginleşmeden önce hasarı tespit ederek komplikasyon gelişimini yavaşlatmayı ve tedavi şansını artırmayı hedefler. Ancak bizim bulgularımız,

hastaların çoğunun komplikasyon taramalarını yalnızca şikâyet ortaya çıktıktan sonra yaptırdığını, semptomsuz dönemde tarama alışkanlığının yerleşmediğini ortaya koymuştur. Örneğin K7, *"Gözüm kanama yapmıştı… ameliyat oldum… ondan sonra göz kontrolüne başladım"* diyerek ancak görme kaybı sonrası göz takibine alındığını belirtmiştir. Benzer şekilde K5, *"O zaman bir şey yoktu gözümde. O zaman gitmedim ben."* diyerek yalnızca belirti olduğunda tarama ihtiyacı hissettiğini ifade etmiştir. K2 ise, *"Tahlili aldım, temiz olduğunu öğrenince başka gitmedim."* sözleriyle laboratuvar sonuçlarının 'iyi' olması durumunda kontrole gerek duymadığını dile getirmiştir. Bu ifadeler, düzenli tarama kavramının yerleşmediğini açıkça göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, yüksek maliyet, zaman ve farkındalık eksikliği gibi nedenlerle sistemli taramaların aksadığını bildirmiştir.[139] Ayrıca büyük ölçekli bir Kore çalışmasında, hastaların kendilerini iyi hissetmeleri, düşük eğitim düzeyi veya son yıl içinde HbA1c takibine gitmemiş olmalarının, düzenli komplikasyon taramalarını yaptırmamayı öngördüğü bulunmuştur.[140] Diğer bir deyişle, laboratuvar sonuçları temiz olduğunda veya belirti yokken hastalar tarama gereksizmiş gibi algılayabilmekte (K2, K5) ve bu da yanlış güvene yol açmaktadır.

Araştırmamızda öne çıkan bir sorun, taramanın tamamen hastanın insiyatifine bırakılmasıdır (K14: "Bize gidin demediler"). Bu da proaktif tarama yerine genellikle şikayet üzerine başvuruya neden olmaktadır. Oysa kılavuzlar aksini işaret eder: "Tarama yapılmadığı sürece diyabetin varlığı göz ardı edilebileceği için" (Türkiye Diyabet Programı 2023-2027), aile hekimleri gibi primer bakım sağlayıcılarının düzenli izlemde aktif rol alması tavsiye edilir.[8]

Sonuç olarak bulgularımız ışığında hasta eğitimi ve sistematik takip önlemleri gerekmektedir. Aile hekimliği uygulamaları çerçevesinde diyabetli tüm hastalar kayıt altına alınmalı ve belirli aralıklarla (örneğin altı ayda bir) rutin göz, EKO, EKG ve ayak muayenelerine çağrılmalıdır. Kayıtlı hastalara SMS veya telefonla tarama hatırlatmaları gönderilerek erken tarama alışkanlığı teşvik edilmelidir. Hasta eğitim toplantılarında da komplikasyonların belirti vermeden ilerleyebileceği, bu nedenle semptomsuz dönemde bile düzenli muayenenin hayati olduğu vurgulanmalıdır. Bu tür proaktif önlemler, sadece şikayet sonrası yaklaşımı değiştirmekle kalmayacak, aynı zamanda erken tanı sayesinde önleyici tedavi başarısını artıracaktır. Böylece diyabetik komplikasyonların yükü ve sağlık sistemi maliyeti azalacak, hastaların yaşam kalitesi yükselecektir.

5.4.3. Komplikasyon Deneyimleri ve Kontrolsüz İzlem

Bu araştırmada, katılımcıların anlatıları diyabet komplikasyonlarının genellikle geç fark edildiğini ve düzenli izlem yetersizliğinin komplikasyon gelişiminde belirleyici olduğunu göstermektedir. Hastalar, yıllar süren kontrolsüz seyir sonucunda ortaya çıkan retinopati, nöropati, nefropati ve diyabetik ayak gibi komplikasyonları hastalığın ciddiyetinin dönüm noktaları olarak tanımlamıştır. K1'in *"Şekerden dolayı gözlerim çok bozuldu, birkaç kez anjiyo oldum. Şimdi zar zor görüyorum."* ve *K2'nin "Ayağımda yara çıktı, geçmedi. En sonunda kestiler, ampute oldum."* ifadeleri, komplikasyonların çoğu zaman klinik geri dönüşsüzlükle fark edildiğini göstermektedir.

Bu bulgular, Akman'ın (2015) Tip 2 Erişkin Diyabetlilerin Hastalıkla İlişkili Deneyimleri çalışmasında tanımladığı "gecikmiş farkındalık ve kontrolsüz izlem" temasıyla örtüşmektedir. Akman'a göre diyabetli bireyler, semptomsuz dönemi "normalleşmiş hastalık" olarak algılamakta ve organ hasarı gelişmeden düzenli kontrolleri önemsememektedir. Benzer biçimde katılımcılarımızdan K6, "Gözüm gitmeseydi hâlâ dikkat etmezdim. Görmem azalınca hastalığın ciddiyetini anladım." sözleriyle farkındalığın komplikasyonla eşzamanlı geliştiğini ifade etmiştir.

Uluslararası literatürde de diyabetli bireylerin yaklaşık %50'sinin düzenli komplikasyon taramasına katılmadığı, özellikle göz, böbrek ve ayak kontrollerinde ciddi izlem boşlukları bulunduğu bildirilmektedir (IDF 2023; WHO 2022). Türkiye Diyabet Programı (2023) verilerine göre hastaların sadece %32'si yıllık göz muayenesi yaptırmakta, %18'i ayak muayenesi almakta ve %40'ı böbrek fonksiyon testlerini düzenli yaptırmaktadır.[13] Katılımcıların *"Böbreklerim iflas etti, diyalize başladım. Meğer hep şekerdenmiş."* (K3) ve *"Diyalize girmeye başlayınca anladım, böbrekler de bitmiş artık."* (K9) ifadeleri, bu istatistiklerle tutarlı olarak komplikasyonun geç tanı ve yetersiz takip sonucunda fark edildiğini göstermektedir.

Aile hekimliği bakış açısından değerlendirildiğinde, bu sonuçlar birinci basamakta süreklilik ve koordinasyon eksikliğine işaret etmektedir. Aile hekimleri tarafından düzenli komplikasyon taramalarının yapılmaması veya danışmanlık süreçlerinin yetersizliği, hastalığın ilerlemesine zemin hazırlamaktadır. K8'in *"Ayağımın altı su toplamıştı, 'geçer' dedim ama çürümeye başladı. Doktor diyabetik ayak dedi."* sözü, erken yönlendirme ve tarama eksikliğinin somut bir örneğidir.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları hem ulusal hem uluslararası literatürle paralel olarak, diyabet komplikasyonlarının çoğunlukla reaktif bir farkındalık süreciyle ortaya çıktığını göstermektedir. Aile hekimlerinin düzenli komplikasyon taramaları yapması, hastaları kendi kendine izlem ve erken başvuru konusunda eğitmesi, sosyal destek mekanizmalarıyla entegre izlemler yürütmesi komplikasyon yükünü azaltacaktır. Bu bağlamda, koruyucu hekimlik ve bütüncül yaklaşım ilkeleri, diyabetin uzun dönemli yönetiminde yalnızca tıbbi değil, biyopsikososyal bir koruma kalkanı işlevi görmektedir.

5.4.4. Diyabetik Nefropati ve Diyaliz Süreci

Çalışmamızda katılımcılar, böbrek yetmezliği tanısını genellikle beklenmedik bir anda, ileri evrede öğrenmiştir. Bu bulgu, literatürde de karşılık bulmaktadır. Örneğin, diyabetli bireylerin önemli bir kısmında kronik böbrek hastalığının tanı almadan ilerlediği; ABD'de yapılan bir çalışmada diyabetlilerin yaklaşık yarısının böbrek yetmezliğinin farkında olmadığı ve bu grubun çoğunluğunun zaten orta-ileri evre hasar ile tanı aldığı bildirilmiştir.[141,142] Örneğin Etiyopya'da yapılan bir araştırmada, diyabet ve hipertansiyon hastalarının yalnızca %28,4'ünün kronik böbrek hastalığı farkındalığına sahip olduğu, buna karşın KBH prevalansının %26 olduğu bildirilmiştir.[143] Çalışmada kontrolsüz kan şekeri (>150 mg/dl) ve hipertansiyonun süresi, KBH gelişimiyle güçlü biçimde ilişkilendirilmiştir (AOR = 3.70 ve 4.55). Ayrıca ACE inhibitörü kullanmayan ve böbrek sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan bireylerde riskin anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir. Bu veriler, bizim katılımcı grubumuzda da gözlenen "bilgilendirme ve yönlendirme eksikliği" bulgusunu desteklemektedir.

Diyabetik nefropati genellikle erken dönemde belirti vermez; bu nedenle mikroalbüminüri gibi erken belirteçler üzerinden tarama hayati önemdedir. Gerçekten de Amerikan Diyabet Derneği ve benzeri kılavuzlar, Tip 2 diyabette tanı anından itibaren, Tip 1 diyabette ise tanıdan beş yıl sonra başlayarak yıllık idrar mikroalbüminüri ve eGFR ölçümü önermektedir. [144] Böylece, böbrek fonksiyonlarındaki en ufak bozulmalar bile erken dönemde saptanabilir. Ayrıca böbrek hastalığı ilerleyip evre 3 ve üzerine ulaştığında, hastaların zamanında nefrolojiye yönlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Bir derlemede diyabetli hastaların erken dönemde nefrolojiye sevk edilmesinin, glomerüler filtrasyon hızında azalmayı yavaşlattığı vurgulanmıştır [145] Ancak bizim verilerimiz, bu düzenli tarama uygulamalarının çoğu hasta için yeterince yapılmadığını, dolayısıyla böbrek fonksiyon bozukluklarının gizli kalarak ileri aşamada ortaya çıktığını göstermektedir. Sonuç olarak aile hekimlerinin glisemik ve kan

basıncı kontrolüyle birlikte düzenli böbrek takipleri yapması ve bozulma başlangıcında sevk kararını geciktirmemesi gerekmektedir. Aksi hâlde böbrek yetmezliği çoğunlukla geri dönüşümsüz aşamaya ilerleyebilir.

5.5. TEMA 5 : Diyabet ve Psikososyal Süreçler

5.5.1. Diyabetin Duygusal Yükü ve Psikolojik Etkileri

Bu çalışmada katılımcıların büyük kısmı, diyabetin sürekli izlem ve öz-yönetim gereksiniminin zamanla yorgunluk ve tükenmişlik duygularını artırdığını ifade etmiştir. Özellikle uzun süreli izlem ve çoklu tedavi yükü, bireylerde umutsuzluk, isyan ya da kaderci kabullenme gibi duygusal tepkilere yol açabilmektedir. Bazı katılımcılar bu süreci *"Artık çok yoruldum… Hasta olarak yaşamaktan çok sıkıldım" (K18)* şeklinde tanımlarken, diğerleri duygusal tepkilerini *"Allah'ım bu neydi, çektiğim çile neydi diye isyan ediyorum kendime" (K3)* ya da *"Şekeri de tam düzenli yapamıyoruz, kadere razı olacak" (K8)* sözleriyle dile getirmiştir. Bu ifadeler, diyabetin uzun süreli yönetiminin bireylerde farklı düzeylerde duygusal yük, tükenmişlik, isyan ve kabullenme tepkileriyle ilişkilendiğini göstermektedir.

Diyabetin yol açtığı duygusal yük, son yıllarda literatürde 'diyabet sıkıntısı' kavramı altında incelenmektedir. Güncel popülasyon temelli ve çok merkezli çalışmalar, diyabet sıkıntısı prevalansının azımsanmayacak düzeyde olduğunu ve HbA1c ile olumsuz ilişki gösterdiğini bildirmektedir. Farklı ülkelerden verilerde erişkin Tip 2 diyabetlilerde yüksek distress oranı %20–35 bandında raporlanmış; distress ile depresyon ve kötü glisemik kontrol arasında anlamlı birliktelikler saptanmıştır. Bu sonuçlar, katılımcıların "uzun tedavi süreçlerinin yorduğu" anlatıları ve zaman zaman öz-bakımda gevşeme eğilimleriyle tutarlıdır.[146]

Egede ve ark. (2025) sistematik derlemesinde, Tip 2 diyabetli bireylerde kadercilik düzeyinin yükselmesinin hem öz-bakım davranışlarını hem de glisemik kontrolü olumsuz etkilediği; buna karşılık yüksek öz-etkililik inancının tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.[147] Türkiye'de yürütülen güncel çalışmalar da benzer biçimde, kadercilik puanları arttıkça bireylerin hastalığa ilişkin risk algısı ve öz-yönetim motivasyonunun azaldığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, araştırmamda K8'in dile getirdiği "kadere razı olma" ifadesinin, diyabetli bireylerde düşük öz-etkililik ve yüksek kadercilik döngüsünü yansıttığını göstermekte; aile hekimliği pratiğinde psikoeğitim ve güçlendirme temelli müdahalelerin gerekliliğini desteklemektedir. Türkiye

literatürü, poliklinik düzeyinde yaşlı Tip 2 diyabetlilerde diyabet sıkıntısı ve depresyon puanlarının yüksek seyrettiğini; bunun uyum ve yaşam kalitesi üzerinde yük oluşturduğunu göstermektedir. Bulgularımızda kattılımcıların ifade ettiği duygusal yük, rutin psikososyal taramanın aile hekimliği izlemlerine entegre edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

5.5.2. Diyabetten Bahsetme ve Çekinceler

Bu çalışmanın bulguları, Tip 2 diyabet tanısı alan bireylerin hastalıklarını sosyal çevreleriyle paylaşma biçimlerinin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Katılımcı ifadeleri, bir yanda diyabetin açıkça paylaşılması ve normalleştirilmesi yönünde bir eğilimi; diğer yanda ise damgalanma korkusuna bağlı çekingenlik ve sınırlı açıklık eğilimini yansıtmaktadır. Bu ikili yapı, ulusal ve uluslararası literatürde tanımlanan "diyabet damgalanması" (*diabetes-related stigma*) olgusuyla yakından ilişkilidir.[148,149]

Katılımcıların büyük çoğunluğu diyabetten bahsetme konusunda çekincesinin olmadığını ifade etmiştir. K7 ve K9'un ifadeleri *("Yok, niye çekineyim ki? Allah'ın verdiği bir şey.", "Herkesi uyarıyorum… Utanılacak bir hastalık değil.")* diyabetin açıkça konuşulmasında özgüvenli ve normalleştirici bir tutumu yansıtmaktadır. Özellikle ailede benzer hastalık öyküsünün bulunması, diyabetin daha tanıdık ve "paylaşılabilir" bir deneyim olarak algılanmasını kolaylaştırmaktadır.

Buna karşılık, K12 ve K2 gibi katılımcılar, hastalıklarını yalnızca sınırlı bir çevreyle paylaştıklarını belirtmiş; K12'nin *"Sanki bunu bir eksiklik gibi gördük. …* İnsanların bakış açısı farklı olabiliyor*""* ifadesi, damgalanma algısının diyabetle ilişkili sosyal çekinceleri nasıl şekillendirdiğini göstermektedir. Son on yıl içinde yapılan çok sayıda araştırma, diyabetli bireylerin özellikle toplumda "disiplin eksikliği", "kendine bakmama" ya da "kendi suçu" gibi algılamalara maruz kalma korkusuyla hastalıklarını gizleme eğiliminde olduklarını göstermektedir.[150,151]. Diyabeti gizleme eğilimi, yalnızca bir iletişim tutumu değil; aynı zamanda hastalığın kendisiyle kurulan ilişkinin, öz-kabulün ve psikososyal destek düzeyinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Nitekim diyabetle ilgili damgalanma yaşayan bireylerde depresyon, stres ve tedaviye düşük uyum oranları daha yüksek bulunmuştur.[152] Türkiye bağlamında yapılan çalışmalar da, diyabetin yaşam tarzı temelli bir hastalık olarak algılanmasının, hasta üzerindeki sosyal baskıyı artırarak öz-bakım süreçlerini olumsuz etkileyebildiğini ortaya koymaktadır.[153]Bu durum, Hart ve ark.'nın (2023) ortaya koyduğu "sosyal model of disease" yaklaşımıyla da örtüşmektedir. Çalışmada, diyabetin yalnızca

biyomedikal değil, aynı zamanda sosyal bağlam içinde şekillenen bir deneyim olduğu, bu nedenle öz-bakım süreçlerinde bireyin toplumsal konumunun ve ilişki ağlarının göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bakış açısı, hastalığın paylaşımını artırarak damgalanmanın azalmasına ve toplumsal farkındalığın güçlenmesine katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu alt temada elde edilen bulgular, diyabetin açıklanma biçimlerinin bireysel psikolojik özelliklerin ötesinde sosyal destek, öz-yeterlilik, damgalanma algısı ve aile kültürü gibi çok katmanlı faktörler tarafından belirlendiğini göstermektedir. Aile hekimliği bağlamında, hastaların hastalıklarını paylaşma veya gizleme eğilimlerinin değerlendirilmesi, hasta görüşmelerinde damgalanmayı tetikleyebilecek dil ve tutumlardan kaçınılması; hastaların diyabet deneyimini yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla ele alması; sosyal desteğin güçlendirilmesine yönelik danışmanlık vermesi, bütüncül bakım yaklaşımının bir gereğidir. Ayrıca aile hekimlerinin bireyin sosyal çevresiyle hastalığını paylaşma biçimine duyarlı olması ve gerekirse hastayı gizlilik ve sosyal destek dengesini kurabilecek şekilde bilgilendirmesi, damgalama ile baş etme sürecine katkı sunabilir.

5.5.3. Hastalığı Kabul, Pişmanlık ve Değişim Fırsatı Üzerine Düşünceler

Katılımcıların ifadeleri, diyabetle uzun yıllar süren mücadelenin ardından geçmişte yapılan hatalar, ihmaller ve geç fark edilen komplikasyonlar nedeniyle pişmanlık duygusunun yoğun yaşandığını göstermektedir. K2'nin *"Yaşam güzelmiş ama çok şeyler benim için arkada kaldı. Baştan yapmam lazımmış… Biraz daha kendime dikkat etmem lazımmış… Kurallara bazen uydum, bazen uymadım. Ondan pişmanlığım var*." sözleri, bireyin geçmişteki davranışlarına yönelik öz-eleştirisini ve önlenebilirliğe dair farkındalığını açıkça ortaya koymaktadır. Benzer biçimde K3, *"Var tabii ki… Neden böyle oldum diye tabii ki içerlerim… Vallahi düşündüm… Çok düşündüm, ağladım, kendime isyan ettim. Niye böyle oldum?"* diyerek hastalığına karşı duygusal sarsılmasını ve kendini suçlama eğilimini dile getirmiştir. Bu söylemler, diyabetin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda yoğun bir duygusal deneyim olarak yaşandığını göstermektedir. Literatürde, Tip 2 diyabetli bireylerde geçmiş davranışlara ilişkin pişmanlığın, sıklıkla davranışsal değişim için bir dönüm noktası oluşturabileceği belirtilmiştir. Wang ve ark. (2025) çalışmasında, kısa süreli motivasyonel görüşme (MI) müdahalelerinin pişmanlık ve suçluluk duygularını eyleme dönüştürerek öz-yönetim davranışlarını, diyet uyumunu ve glisemik kontrolü anlamlı düzeyde iyileştirdiğini göstermiştir. Bu bulgu, K2 ve K3'ün duygusal farkındalığının değişim fırsatı olarak ele alınabileceğini düşündürmektedir.

K1'in *"Mesela bu diyalize düşme durumunu engelleyebilirdik, daha dikkatli olabilirdik."* sözü, hastalığın önlenebilirlik algısına ve komplikasyonların erken fark edilmesi hâlinde farklı bir seyir izlenebileceğine dair bir farkındalığa işaret etmektedir. Türkiye'den yapılan güncel araştırmalar (Gosak, 2024; İşleyen, 2025) hastalık algısının bireyin öz-bakım düzeyiyle güçlü biçimde ilişkili olduğunu; önlenebilirlik algısı yüksek olan hastaların öz-bakım ve tedaviye uyumda daha başarılı olduklarını ortaya koymuştur.[154] K1'in bu anlatımı, diyabet yönetiminde farkındalık temelli danışmanlığın önemini vurgulayan bu bulgularla uyumludur. Diğer yandan K7'nin *"İnsan olmasını istemez ama işte oldu bir kere. Önüne geçemiyorsun."* ifadesi, diyabetin gelişim sürecine ilişkin kaderci bir kabullenme ve "kaçınılmazlık" algısını yansıtmaktadır. K3'ün "Ağladım, kendime isyan ettim." sözlerinde görülen yoğun duygusal tepki, hastalığın kabul sürecinin her bireyde farklı hızlarda geliştiğini ve kimi zaman duygusal destek eksikliğinde gecikebildiğini göstermektedir. Literatür, hastalığı kabul düzeyinin yalnızca psikolojik bir uyum göstergesi değil, aynı zamanda diyabet yönetiminde klinik olarak anlamlı bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Kabul düzeyinin yüksek olması, bireylerin yaşam kalitesini, tedaviye katılımını ve öz-bakım davranışlarını güçlendirmekte; buna karşılık düşük kabul düzeyi tedaviye uyumsuzluk, motivasyon kaybı ve psikososyal zorlanma ile ilişkilendirilmektedir.[155]Bu sonuçlar, katılımcıların duygusal yüküyle birleştiğinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalık algısı ve kabul düzeyinin rutin olarak değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.[156]

Özetle, bu alt temada yer alan anlatılar—pişmanlık (K2, K3), önlenebilirlik farkındalığı (K1), duygusal sarsılma (K3) ve kaderci kabullenme (K7)—literatürle uyumlu olarak Tip 2 diyabetin bireylerde kognitif, duygusal ve inanç temelli bir iç hesaplaşma süreci yarattığını göstermektedir. Bu bulgular, diyabet yönetiminde yalnızca tıbbi izleme değil, aynı zamanda motivasyonel danışmanlık, değer-temelli hedef belirleme ve öz-etkililik güçlendirme yaklaşımlarının da birinci basamak hizmetlerine entegre edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

5.5.4. Stresin Diyabet Üzerine Etkisi

Katılımcı anlatıları, psikolojik stresin kan şekeri düzeni üzerinde görünür dalgalanmalara yol açtığını ortaya koymaktadır. K8'in *"Kızıyorum… Şekerim 500 oluyor…"* ve K9'un *"Yemekten değil, stres yapınca çıkıyordu"* ifadeleri glisemik dalgalanmaların yalnızca beslenme veya ilaç uyumuyla açıklanamayacağını, duygusal uyarılmanın da kan şekeri düzeyini belirgin biçimde etkilediğini göstermektedir. Güncel derlemeler, stresle tetiklenen sempatik aktivasyon ve HPA ekseni yanıtının katekolaminler ve kortizol üzerinden insülin

direnci ve glukoneogenezi artırdığını; bunun stres hiperglisemisine dönüştüğünü bildirir.[157]Böylece besinden bağımsız glisemik artışlar görülebilir (K8–K9'un anlatılarıyla uyumlu).[158] K6'nın *"Stres, üzüntü… Bunu yönetemiyorum. Bu da tansiyonu etkiliyor"* ve K11'in *"Hastane ortamında stresten şekerim yükseliyor"* sözleri, katılımcıların stresle baş etme güçlüğü yaşadıklarını ve çevresel faktörlerin glisemik dengeyi kolaylıkla bozabildiğini ortaya koymaktadır. Yapılan çok merkezli araştırmalarda, yüksek stres düzeyinin HbA1c değerleriyle pozitif korelasyon gösterdiği, aynı zamanda tedavi uyumunu ve öz-bakım davranışlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Karger Publishers, 2022; Nature, 2023). K7'nin *"Günlük hayatta bunlar iyi olursa şekerin de iyi olur"* ifadesi, duygusal denge ile metabolik kontrol arasındaki bu karşılıklı ilişkiyi halk diliyle özetlemektedir.

Türkiye'de yürütülen çalışmalar da bu tabloyu desteklemektedir. Özellikle poliklinik düzeyinde yapılan gözlemler, yaşlı Tip 2 diyabetli bireylerde depresyon ve stres birlikteliğinin sık olduğunu; bu duygusal yükün öz-bakım yetersizlikleri, motivasyon kaybı ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunduğunu göstermektedir (Akgün Şahin & Sarıaslan, 2025).[158] Son yıllarda yapılan müdahale araştırmaları, stres ve diyabet sıkıntısının bilişsel davranışçı ve farkındalık temelli yaklaşımlarla azaltılabileceğini göstermektedir. Meta-analiz düzeyindeki bulgular, bu yaklaşımların yalnızca stresi ve depresif belirtileri azaltmakla kalmayıp, HbA1c düzeyinde klinik olarak anlamlı iyileşme sağladığını ortaya koymuştur.[159] Bu sonuçlar, K5'in "Sakin olursam ne şeker çıkıyor ne bir şey" ifadesinde somutlaşan "duygusal denge ve glisemik kontrol" ilişkisini bilimsel düzlemde doğrulamaktadır.

Elde edilen tüm bu veriler, stresin diyabet yönetiminde yalnızca psikolojik bir değişken değil, metabolik kontrolün de belirleyici bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Aile hekimliği uygulamaları açısından bakıldığında, stres düzeyinin izlenmesi ve stresle baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, diyabet yönetiminde koruyucu ve destekleyici bir strateji olarak ele alınmalıdır. Özellikle K7'nin "moral yerinde olacak" vurgusu, bireysel farkındalık, sosyal destek ve duygusal iyilik hâlinin diyabet kontrolünde oynadığı tamamlayıcı rolü hatırlatmaktadır. Bu doğrultuda, kısa süreli farkındalık temelli danışmanlık oturumları ve stres azaltıcı egzersizlerin birinci basamak izlemlerine entegre edilmesi, hem ruhsal hem metabolik sonuçlar açısından etkili bir müdahale alanı sunmaktadır.

5.5.5. Psikiyatrik Destek

Araştırmamızda katılımcı ifadeleri, diyabetle yaşamanın oluşturduğu psikolojik yükün fark edilmesine rağmen, psikiyatrik destek arayışının sınırlı kaldığını göstermektedir. Bazı katılımcılar, psikiyatriye veya psikoloji uzmanına başvurarak ilaç tedavisi aldıklarını

belirtmiştir. K7'nin *"Psikiyatriye gittim evet... Uyku düzenim bozuktu, her şeye kafayı takıyordum. Destek aldım, hap kullanıyordum."* ve K9'un *"Psikoloji doktoruna da gittim... Vücudum rahatlasın diye ilaç aldım. Stresim olmasın diye."* ifadeleri deneyimlerini yansıtmaktadır. Bununla birlikte, bu desteklerin sürekliliği sınırlı kalmış, bazı katılımcılar ilaç tedavisini kısa süreli denedikten sonra bırakmıştır. K3'ün *"Psikiyatriste gittim, ilaç vermişti ama birkaç gün kullandım. Dedim benden ne var ki, deli değilim ki. Bir defa gittim."* sözleri, psikiyatrik desteğe yönelik toplumsal önyargıların bireylerin yardım arayışını engelleyebildiğini göstermektedir.

Literatürde, diyabetli bireylerde depresyon ve anksiyete sıklığının genel popülasyona göre 2–3 kat daha yüksek olduğu; ancak profesyonel destek alma oranının belirgin biçimde düşük kaldığı bildirilmiştir.[160,161] WHO ve IDF raporları (2023) diyabetli bireylerin yalnızca yaklaşık %20'sinin psikiyatrik destek veya danışmanlık hizmetine başvurduğunu, bunun en önemli nedenlerinin damgalanma korkusu, ilaç bağımlılığı endişesi ve zaman/maddi engeller olduğunu vurgulamaktadır.[17,65] K3 ve K14'ün ifadeleri ("bağımlılık yapar diye kullanmak istemedim") bu engellerin yerel örneklerini somut biçimde göstermektedir.

Türkiye'den yapılan araştırmalar da benzer bir tablo ortaya koymaktadır. Akgün Şahin ve Sarıaslan (2025), geriatrik Tip 2 diyabetli bireylerde depresyon belirtilerinin yüksek, ancak psikiyatriye başvuru oranlarının düşük olduğunu; çoğu hastanın stresle baş etmede aile desteğine dayandığını bildirmiştir. Benzer biçimde, DergiPark veritabanında yayımlanan çalışmalarda diyabetli hastaların %70'inin psikolojik destek ihtiyacı farkında olmasına rağmen profesyonel yardıma başvurmadığı, bunun yerine "moral desteği" ve "inanç temelli dayanıklılığı" öncelikli gördüğü belirtilmiştir. Bu bulgu, K10'un "Çevrendekiler iyiyse, moral verirler. Moral verdiği zaman zaten daha iyi oluyorsun." ifadesiyle doğrudan örtüşmektedir.

Psikiyatrik destek almama eğilimi yalnızca farkındalık eksikliğinden değil, aynı zamanda sağlık sisteminin parçalı yapısından da kaynaklanmaktadır. Birinci basamakta psikososyal izlem ve yönlendirme protokollerinin eksikliği, diyabetli bireylerin ruhsal destek hizmetlerinden yararlanma olasılığını azaltmaktadır. Oysa güncel kılavuzlar (ADA 2024; NICE 2023) ve yapılan çalışmalar entegratif bakım modellerinin, yani diyabet yönetimine psikolojik danışmanlık, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve stres yönetimi programlarının eklenmesinin hem HbA1c düzeylerini hem de yaşam kalitesini anlamlı biçimde iyileştirdiğini göstermektedir.[162–164]

Bu bağlamda, katılımcıların "ilaç bağımlılığı korkusu", "damgalanma endişesi" ve "aile desteğine yönelim" şeklindeki tutumları, diyabet yönetiminde psikolojik bakımın normalleştirilmesi ve bütüncül yaklaşımın güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Aile hekimliği pratiğinde, diyabet izlemleri sırasında duygudurum ve stres taraması yapılması; gerektiğinde kısa süreli psikososyal danışmanlık veya psikiyatriye yönlendirme yapılması önerilmektedir. K7 ve K9'un olumlu deneyimleri, psikiyatrik desteğin uygun biçimde sunulduğunda hastalarda uyku düzeni, stres düzeyi ve genel yaşam kalitesinde belirgin iyileşme yaratabildiğini göstermektedir.

5.5.6. Diyalizin Psikososyal Etkileri

Bu alt temada elde edilen bulgular, diyaliz sürecinin yalnızca fiziksel değil, psikososyal düzeyde de çok yönlü etkiler yarattığını göstermektedir. Katılımcıların ifadeleri, yaşamlarının yeniden şekillendiğini, sosyal ilişkilerinin değiştiğini, bağımlılık hissi yaşadıklarını ve ölüm-kaygısı gibi duygusal yüklerle baş etmek zorunda kaldıklarını ortaya koymuştur. Literatürde hemodiyaliz hastalarının makineye bağlı yaşama, özgürlük kaybı ve diyalizin yaşamı belirleyen bir unsur hâline gelmesi nedeniyle yoğun bir bağımlılık hissi yaşadığı birçok çalışmada bildirilmiştir.[165,166] Bu çalışmadaki K9, K6 ve K18 ifadeleri (örneğin, *"Hortuma bağladılar seni… Kabullenmek zorundasın" K9*) bu literatürle uyum göstermektedir. Mecburiyet hissi ve bağımlılık algısı, psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilir ve tedaviye katılımı veya yaşam kalitesini azaltabilir.

5.6. Tema 6: Sağlık Sistemi Deneyimi ve Aile Hekiminin Rolü

5.6.1. Aile Hekiminin Diyabet Takibinde Rolü

Katılımcı ifadeleri, aile hekimlerinin diyabet yönetimindeki rollerini farklı deneyimlediklerini göstermektedir. Bu bulgular literatürle kısmen paralellik göstermektedir. Katılımcıların bir bölümü, aile hekimlerinin düzenli takip, ölçüm ve yaşam tarzı değişikliği önerileri sunduğunu belirtmiştir. Bu durum, aile hekimlerinin hastalık yönetiminde sürekliliği ve danışmanlık rolünü kısmen yerine getirdiklerini göstermektedir. Örneğin K1, *"İlaç yazdırma durumundan giriyor, görüyor. 'Bir dakika,' diyor, 'uçmuşsun bu ay.' Görüyor yani."* sözleriyle hekimin düzenli kontrolünü aktarırken; K5, *"Diyalize girmeden önce şekerime bakıyordu, kiloma bakıyordu. 'Yürü, tatlı tuzlu yeme,' diyordu."* ifadesiyle yaşam tarzı danışmanlığının bir örneğini sunmuştur. Benzer şekilde K2, *"Her ay gidiyorum, hâlimi hatrımı soruyor. 'Nasılsın, şekerin nasıl?' diyor. İlgileniyor yani."* ve K9, *"Aile hekimimle konuşurum, bana hep moral verir. 'Dikkat et, insülini aksatma,' der."* ifadeleriyle aile hekimi ile kurdukları iletişimde empati ve motivasyon desteğini vurgulamıştır. Bununla birlikte,

katılımcıların önemli bir kısmı aile hekimlerinin diyabet takibinde daha sınırlı bir rol üstlendiğini, kontrollerin genellikle reaktif bir biçimde, yalnızca reçete yenileme amaçlı gerçekleştiğini ifade etmiştir. K4'ün *"Hiç kontrole çağırmıyor. Her ay gidiyor, ilaç yazdırıyor… Zaman içinde selamlaşıyorlar, durumunu soruyor, tamam."* ve K7'nin *"Bir sorun olmazsa aramıyorlar, biz gittiğimizde ilgileniyorlar."* sözleri bu durumu somut biçimde yansıtmaktadır. Ayrıca teknik donanım ve olanak eksikliğine vurgu yapan K6 (*"Aile hekimine gitsem diyecek ki 'şekeri yüksek,' ama elinde cihaz yok ki ölçsün… Onun için uzman doktora gittim."*) ve K10 (*"Aile hekimi çok bir şey yapamaz, insülini zaten endokrin ayarlıyor."*) ifadeleri, birinci basamakta teknik altyapının ve algılanan yetkinliğin sınırlı olduğuna işaret etmektedir. Katılımcıların bir kısmı ise aile hekimlerinden beklentilerinin düşük olduğunu, temel olarak reçete ve idari işlemlerin karşılandığını dile getirmiştir (K3: *"Yok, ne bekleyeyim? Zaten ilaçları yazıyor, işim görülüyor."*).

Bu anlatılar, aile hekimliği uygulamalarında diyabet izleminin genellikle reaktif bir model içinde yürütüldüğünü, hastaların ise çoğunlukla kendi girişimleriyle takip süreçlerini sürdürdüğünü göstermektedir. Katılımcı ifadelerinde yer alan "kontrole çağrılmama" (K6, K7), "ilaç bitince gitme" (K10, K14) ve "öneri yok" (K6) gibi vurgular, proaktif takip sistemlerinin yetersizliğine işaret etmektedir.

Uluslararası literatürde, birinci basamakta sürdürülen planlı ve sürekliliğe dayalı izlem uygulamalarının diyabet kontrolünde anlamlı klinik ve sistemsel yararlar sağladığı gösterilmiştir. Chan ve ark. (2021) tarafından yapılan sistematik derleme, düzenli birinci basamak izlemi ve hatırlatma/geri çağrı sistemlerinin uygulanmasının, ortalama HbA1c düzeylerinde 0.5–1.2 puanlık düşüş, yıllık göz, ayak ve böbrek tarama oranlarında %20–35 oranında artış ve diyabete bağlı hastaneye yatışlarda %15–30 azalma sağladığını ortaya koymuştur.[93]Yüksek bakım sürekliliğine sahip aile hekimi-hasta ilişkisinin komplikasyon oranlarını azalttığını ve hasta memnuniyetini artırdığını bildirmiştir.[167]

Bu bulgular, diyabet yönetiminin pasif bir izlemden ziyade proaktif, planlı ve sürekliliğe dayalı bir yapıya kavuşmasının hem klinik hem de sağlık hizmeti kullanımı göstergelerinde iyileşme sağladığını ortaya koymaktadır. Örneğin Başer D. ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada diyabet hastaları aile hekimleriyle çoğunlukla samimi ve güvene dayalı ilişki kurduklarını belirtmiş; "Sürekli aynı hekim tarafından bakım veriliyor olmasını… bir avantaj" saymışlardır.[168] Çalışmamızdaki bazı katılımcılar da güvene vurgu yapmış, K6'nın *"güveniyorum… aile hekimim artık bütün hastalıklarımı bildiği için daha kolay tanı koyuyor*

ve ilaçlarımı ona göre düzenliyor" sözleri bu güvene işaret etmektedir. Bazı katılımcılar, diyabet takibinin uzmanlık alanı olduğunu düşünerek aile hekimine başvurmamaktadır. Bu durum, literatürde de aile hekimliği ile uzmanlık arasındaki tercih ve yetki algısının değişkenliğine işaret eden bulgularla örtüşmektedir. Bu alt tema bulgularımız birinci basamağın temel işlevleri ile kronik bakım modelinin (öz-yönetim desteği, karar destek, planlı vizit ve geri-çağrı) beklenen pratikleri arasındaki boşluğu görünür kılar. Kronik bakımın planlı ve proaktif yürütülmesi, HbA1c ve kullanım göstergelerinde iyileşme ile ilişkilidir; sistematik derlemeler ve uygulama araştırmaları, hatırlatma/geri-çağrı ve ekip-temelli izlem bileşenlerinin etkisini doğrulamaktadır.

Türkiye bağlamında, Hastalık Yönetim Platformu (HYP) ve Türkiye Diyabet Programı 2023–2027, aile hekimlerine kayıtlı diyabetli bireylerin düzenli izlemini, komplikasyon taramasını ve sağlık eğitimi planlamasını sağlayacak dijital ve idari altyapıyı sunmaktadır[3–4]. Ancak katılımcı ifadelerindeki "çağrı yapılmaması" ve "reçete yenileme odaklı etkileşim" örüntüsü, bu sistemlerin sahadaki uygulanabilirliğinin hâlen sınırlı düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durum, literatürde de vurgulanan, birinci basamakta izlem sürekliliğinin sistematik olarak güçlendirilmesi gerekliliğiyle örtüşmektedir.

Katılımcıların aile hekimliğini teknik donanım ve yetkinlik bakımından sınırlı görmesi, birinci basamakta klinik kapasite algısının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. ADA kılavuzu, diyabetin izlenmesi, komplikasyon taramaları ve tedavi sürecinin birinci basamak düzeyinde yürütülebileceğini, aile hekiminin bu süreçte koordinatör rol üstlenmesinin hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir[6]. Bu nedenle, birinci basamak personelinin sürekli tıp eğitimi programlarıyla desteklenmesi, laboratuvar ve ölçüm altyapısının güçlendirilmesi ve geri-çağrı mekanizmalarının yaygınlaştırılması önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, Türkiye'de diyabet ve kronik hastalık takibinde aile hekimlerinin rolünün süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon ilkeleri temelinde yeniden güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Katılımcıların bir kısmında gözlenen düzenli takip ve moral desteği, aile hekimliğinin potansiyel etkinliğini ortaya koyarken; reçete odaklı yaklaşımlar ve çağrı eksiklikleri, sistemin planlı bakım modeline tam olarak geçemediğini göstermektedir. Literatür, sürekliliğe dayalı planlı izlem sistemlerinin klinik sonuçları iyileştirdiğini ve sağlık hizmeti verimliliğini artırdığını güçlü biçimde desteklemektedir[1–3]. Bu bağlamda, aile hekimliği uygulamalarında proaktif izlem kültürünün yerleşmesi, geri-çağrı

sistemlerinin yaygınlaştırılması ve ekip-temelli kronik bakım modellerinin kurumsallaştırılması, diyabet yönetiminin kalitesini ve hasta güvenliğini artıracak stratejik adımlar olarak değerlendirilmektedir.

5.6.2. Alt Tema: Aşılama ve Aşı Bilinci

Bu araştırmada elde edilen bulgular, diyabetli bireylerde aşılama süreçlerine ilişkin farkındalık, bilgilendirme ve uygulamaların aile hekimliği düzeyinde heterojen bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Katılımcı ifadelerinde, bir grup birey aile hekimlerinden düzenli bilgilendirme ve yönlendirme aldığını, grip, tetanoz, hepatit ve pnömokok aşılarını aile sağlığı merkezlerinde yaptırdığını belirtmiştir. Bu katılımcılar, aile hekimlerinin proaktif bir tutum sergileyerek kendilerini çağırdığını ve bilgilendirdiğini ifade etmiştir (ör. K2, K14). Ancak katılımcıların önemli bir bölümü, aile hekimlerinden herhangi bir çağrı ya da bilgilendirme almadığını; aşılanma kararlarını genellikle kendi insiyatifleriyle veya çevresel kaynaklardan öğrendiklerini dile getirmiştir (K6, K9, K3). Bazı katılımcılar, aşılardan olumsuz etkilendiklerini veya yan etkiler nedeniyle tedirginlik yaşadıklarını belirtmiş; bu durum, aşı tereddüdü ve bireysel deneyimlerin aşılanma davranışını etkileyebildiğini göstermiştir. Katılımcı ifadeleri genel olarak değerlendirildiğinde, aşılama süreçlerinde proaktif bilgilendirme ve çağrı sistemlerinin henüz tam olarak başarıyla uygulanamadığını anlaşılmaktadır.

Bu bulgular, hem Türkiye'de hem de uluslararası literatürde bildirilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. Türkiye Diyabet Programı 2023–2027, diyabetli bireyleri riskli kronik hastalık grubu içinde değerlendirerek grip, pnömokok, tetanoz ve hepatit B aşılarının birinci basamakta düzenli yapılmasını önermekte; aile hekimlerini bilgilendirme, yönlendirme ve çağrı süreçlerinden sorumlu tutmaktadır. [13]Buna karşın, ülkemizde yapılan çok sayıda çalışmada diyabetli bireylerin aşılama oranları ve aşı farkındalığı düşük bulunmuştur.[169,170]

Gücük ve Boztaş (2013) tarafından yapılan çalışmada, aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında koruyucu hizmet farkındalığında artış olduğu, ancak izlem ve hatırlatma sistemlerinin yeterince etkin kullanılmadığı bildirilmiştir.[108] Katılımcıların "Kimse arayıp 'gel aşı yapalım' demedi" ve "'Aşın geldi' deme yok; biz öğrenip soruyoruz" biçimindeki ifadeleri, bu bulgularla örtüşmektedir. Benzer şekilde TEMD Aşılama Çalışması, Türkiye'de diyabet hastalarının grip ve pnömokok aşılama oranlarının çok düşük olduğunu göstermektedir.[171]

Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar da diyabetli bireylerde aşılama oranlarının hedeflenen düzeyden düşük olduğunu ve hekim önerisinin belirleyici etkisini vurgulamaktadır. Hung ve ark.(2020) ABD Ulusal Sağlık Görüşme Anketi verileri üzerinde yaptıkları geniş ölçekli analizde, 2007-2018 yılları arasında diyabetli erişkinlerde influenza aşı kapsamının %62,6 – %64,8 arasında değiştiği ve diyabetsiz bireylere kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırmada, diyabet varlığının aşılama olasılığını artıran bağımsız bir değişken olduğu; daha fazla hekim ziyareti, sağlık hizmetine düzenli erişim ve yoksulluk sınırı üzerindeki gelir düzeyinin de aşılama oranlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.[172] Buna karşın, diyabetli yetişkinlerin yaklaşık üçte birinin hâlâ aşılanmadığı saptanmış ve yazarlar, kapsama oranlarını artırmak için birinci basamak düzeyinde hedefe yönelik bilgilendirme ve hatırlatma sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.[172] Bu bulgular, aile hekimlerinin aktif çağrı mekanizmaları kurmasının aşılanma davranışını güçlendirdiğini göstermekte; çalışmadaki katılımcıların "çağrı yapılmaması" ve "bilgilendirme eksikliği" yönündeki ifadeleriyle uyumluluk sergilemektedir.

Yetişkin aşı farkındalığının düşük olduğu yönündeki bulgular, Türkiye literatüründe de sıklıkla vurgulanmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışma, tip 2 diyabetli bireylerin yalnızca yaklaşık %48'inin influenza ve pnömokok aşıları konusunda herhangi bir aşı yaptırdığını ya da aşı gereksinimi hakkında farkındalığa sahip olduğunu; geri kalan yaklaşık %52'lik kesimin ise hiçbir aşı yaptırmadığını ve yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir.[173]Bu oran, araştırma katılımcılarının önemli bir kısmının aşıları kendi insiyatifleriyle yaptırdığını ve aile hekimlerinden yeterli yönlendirme almadığını ifade etmesiyle örtüşmektedir. Aynı şekilde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2020) ve ADA rehberleri de diyabetli bireylerde düzenli influenza ve pnömokok aşılamasının mortalite, hastaneye yatış ve komplikasyon riskini azalttığını belirtmekte; ancak bu etkilerin yalnızca aşılanma oranlarının yeterli düzeyde olduğu toplumlarda görülebileceğini vurgulamaktadır.[174]

Katılımcı ifadelerinde yer alan "aşıdan kötü etkilenme" ve "aşı bana yaramıyor" gibi söylemler, literatürde "aşı tereddüdü" olarak tanımlanan olgunun bir yansımasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 raporunda, aşı tereddüdünün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış eğiliminde olduğu; nedenleri arasında güven eksikliği, yanlış bilgi, önceki yan etkiler ve sosyal çevrenin etkisinin bulunduğu belirtilmiştir[3]. Bu durum, aile hekimlerinin sadece teknik bilgilendirme değil, güven temelli iletişim kurma ve olumsuz deneyimlerin etkisini azaltma rolünü de üstlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları diyabetli bireylerde aşılama ve aşı bilinci konusundaki uygulamaların birinci basamakta sistematik biçimde yürütülmediğini, çağrı ve bilgilendirme mekanizmalarının yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Literatür, aile hekimlerinin düzenli bilgilendirme ve hatırlatma uygulamalarının erişkin aşılama oranlarını anlamlı biçimde artırdığını ve komplikasyon riskini azalttığını göstermektedir. Türkiye bağlamında ise, ulusal programlar bu yönde çerçeve sunmakta ancak uygulamada izleme, kayıt ve geri bildirim mekanizmalarının güçlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulamalarında proaktif çağrı sistemlerinin yaygınlaştırılması, erişkin aşılama farkındalığını artıracak eğitim ve danışmanlık yaklaşımlarının desteklenmesi ve aşı tereddüdünün azaltılması, diyabetli bireylerde koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır.

Literatürde yapılan çeşitli araştırmalar, aşılama konusunda önceden bilgi edinmiş veya eğitim almış bireylerin aşılanma oranlarının daha yüksek olduğunu, aşı önerisinin yapılmamasının aşı yaptırmama nedenleri arasında ön sıralarda yer aldığını ve hekim önerisinin aşılanma davranışını belirlemede en güçlü etkene sahip olduğunu ortaya koymaktadır.[175,176]

5.6.3. Aile Hekimine Dair Algı ve Beklentiler

Bu çalışmada katılımcıların önemli bir bölümü aile hekimlerinden belirgin bir beklenti taşımadıklarını, genellikle reçete yazımı veya sevk işlemleri gibi sınırlı hizmetlerden yararlandıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların *"Yok yok, ne bekleyeyim." (K3) veya "Aile hekimi ilaçtan başka bir şey yapmıyor."* (K8) , *"Şekerle ilgili bir şey olsa hastaneye giderim; aile hekimiyle uğraşmam."* (K14) gibi ifadeleri, birinci basamak hizmetlerinin kapsamına dair dar bir algının varlığına işaret etmektedir. Bu düşük beklenti düzeyi, bir yandan mevcut hizmetten memnuniyetle, diğer yandan birinci basamak hizmetlerinin yetki ve imkânlarının sınırlı görülmesiyle ilişkilidir. Diğer taraftan, bazı katılımcılar aile hekimlerinden daha düzenli takip ve çağrı beklediklerini ifade etmiştir. *"Takip etse tabii isterim."* (K15) *veya "15 günde bir gel, şekerini ölçelim dese geliriz."* (K8) gibi ifadeler, aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biri olan süreklilik ve kapsamlı bakım ilkesinin sahadaki beklentilerle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların aile hekiminden beklediği hizmet kapsamı ile aile hekimliğinin disipliner olarak tanımlanan çekirdek yeterlilikleri arasındaki fark dikkat çekicidir. Güldal ve ark.(2012) yürüttüğü nitel çalışmada hastaların aile hekimlerinden beklentilerinin iyi bir hasta-hekim iletişimi, kapsamlı ve sürekli bakım, kolay erişilebilirlik, empati ve tıbbi kararlarda rehberlik

edilmesi yönünde olduğu; bu beklentilerin de aile hekimliğinin tanımlanmış çekirdek yeterlilikleriyle yüksek düzeyde örtüştüğü gösterilmiştir.[177] Buna karşın, bizim katılımcılarımızın aile hekimlerinden bekledikleri hizmet alanı oldukça dar bir çerçevede kalmıştır. Bu fark, aile hekimliği uygulamasının teorik çerçevesi ile sahadaki deneyim arasında "işlevsel bir kopukluk" olduğunu düşündürmektedir. Bu karşılaştırma, çalışmamızda gözlenen "beklentisizlik" temasının, aslında sistemsel ve algısal engeller nedeniyle bastırılmış veya karşılanmamış bir potansiyel beklentinin yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Delican ve ark. (2019)'un ailelerin aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma biçimlerini incelediği çok merkezli bir araştırmada, katılımcıların aile hekimini çok büyük oranda ilaç yazdırmak, rapor almak, ikinci/üçüncü basamakta istenen bazı tetkikleri yaptırmak amacıyla tercih ettikleri, kronik hastalık yönetimi ve danışmanlık hizmetlerinde ise doğrudan uzman hekimlere yöneldikleri bildirilmiştir.[178] Bu durum, çalışmamızdaki "uzman hekimi tercih etme" ve "beklentisizlik" örüntüsüyle benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da aile hekimliği, hastalar nezdinde yetkisel ve teknik açıdan sınırlı bir alan olarak algılanmaktadır. Bu durum, sistemin kapı tutuculuk (*gatekeeping)* işlevinin tam olarak yerleşmediğini ve birinci basamağın kronik hastalık yönetiminde görünür bir aktör olarak konumlanamadığını düşündürmektedir.

Katılımcılar aile hekimleriyle iletişim deneyimlerini genel olarak olumlu bir çerçevede değerlendirilmiştir. *"Aile hekimim, aynı bir kardeş gibiyiz… Aile hekimi her şeyimi bilir benim."* (K11) ve *"Tanıyor yani, bizi tanıyor."* (K14) gibi ifadeler, aile hekimlerinin hastayı tanıma, kişisel bağ kurma ve süreklilik sağlama konularında güçlü bir algıya sahip olduklarını göstermektedir. Bazı katılımcılar, hekimlerin olumlu geri bildirimlerinin kendilerini motive ettiğini ve tedavi sürecine bağlılıklarını artırdığını dile getirmiştir. K1 bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir: *"Aile hekimliğim, bazen 'ne yaptın, ne ettin, hiç tahlil verdin mi?' diye sorar, gösterdiğimde 'aferin, çok güzel gidiyorsun, bunu bozma' der."* Bu örnek, aile hekimi-hasta iletişiminin yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda psikolojik destek ve davranış pekiştirme işlevi de gördüğünü göstermektedir. Katılımcılarımızın az bir bölümü aile hekimlerinden daha proaktif bir izlem ve empatik iletişim beklediklerini dile getirmiştir. *"Beklediğim tek şey, lütfen sert olmayın; biraz daha yumuşak olun."* (K18) ifadesi, hastalar açısından iletişimin yumuşaklığı ve duygusal güven ortamının önemini açıkça ortaya koymaktadır. Kırılmaz ve Öztürk (2018)'ün Eskişehir'de yürüttüğü çalışmada aile hekimlerinden en yüksek memnuniyet puanının "sizi dinlemesi" (%90,8) ve "muayene etmesi" (%87,5) ifadelerine verildiği; en düşük memnuniyetin ise "doktoruna telefonla

ulaşabilme" (%23,34,) gibi iletişim ve süreklilik unsurlarında olduğu bildirilmiştir.[179] Bu paralellik, birinci basamakta iletişim kalitesinin memnuniyetin temel belirleyicisi olduğunu, ancak süreklilik ve bilgilendirme boyutlarında eksikliklerin sürdüğünü göstermektedir. Biçer ve Kaya (2021) tarafından yürütülen "Aile Sağlığı Merkezlerinde Hizmet Kalite Algısı" araştırmasında ise aile sağlığı merkezlerinde algılanan hizmet kalitesinin en güçlü boyutları "güvenilirlik" olarak tanımlanırken, en zayıf boyutların "empati" ve "kişisel ilgi" olduğu saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki ortak payda, aile hekimliği hizmetlerinin teorik çerçevede hasta merkezli, kapsamlı ve koordineli bir yapı sunmasına karşın, hasta deneyiminde bu rollerin görünür olmamasıdır. Katılımcılarımız, birinci basamak hizmetlerine erişimde kolaylık ve iletişimde yakınlık gibi unsurları olumlu değerlendirseler de, bilgilendirme, yönlendirme ve sürekli izlem gibi çekirdek yeterliliklerin sahada sınırlı biçimde işlediğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, hem bu araştırmanın bulguları hem de incelenen literatür, Türkiye'de aile hekimliği sisteminin yapısal erişilebilirlik hedeflerine büyük ölçüde ulaştığını, ancak iletişimsel ve yönetsel boyutlarda (özellikle kronik hastalık yönetimi, hasta eğitimi, geri çağrı sistemleri ve multidisipliner ekip çalışması gibi alanlarda) gelişmeye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bu eksiklikler, aile hekimliğinin toplumda "ilaç yazan hekim" kimliğinden "rehberlik eden, koordinasyon sağlayan sürekli bakım sorumlusu" kimliğine evrilmesi için politik ve eğitimsel düzenlemeler gerektirmektedir.

5.6.4. Alt Tema: Sağlık Hizmetlerine Erişim, Memnuniyet, Süreklilik ve Koordinasyon

Hizmet alanlarının erişilebilirliği ve bu hizmetlerden duyulan memnuniyet, sağlık hizmetlerinde eşitliğin, hizmet sürekliliğinin, tedaviye uyumun, genel sağlık sonuçlarının ve kalite düzeyinin önemli bir belirleyicisidir.[180] Katılımcı ifadeleri, sağlık hizmetlerine erişimin pek çok açılardan kolaylaşmış olmasına karşın, özellikle randevu sistemi, bekleme süreleri ve kalabalık ortamlar nedeniyle memnuniyetin sınırlı kaldığını göstermektedir. Diyaliz ve kronik hastalığı olan katılımcılar için erişim zorlukları daha belirgin hale gelmiştir. *"Randevuya giriyorsun, bir hafta iki hafta alamadığın gün oluyor… Engelli hastalara biraz ayrıcalık olsa iyi olurdu."* (K6) ifadesi, sistemin farklı hasta gruplarının ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamadığını düşündürmektedir. Randvu alımındaki zorluklar, özellikle kronik hastalar ve engelli bireyler için önemli bir bariyer oluşturduğu yönünde çalışmalar mevcuttur.[181] Bazı katılımcılar, fiziksel olarak hastaneye erişimin kolay olduğunu belirtmiştir: *"Evimiz zaten hastaneye çok yakın… Öyle bir şey olsa hemen giderim."* (K11). Ancak erişim kolaylığı, hizmetin kalitesine ve memnuniyet düzeyine her zaman yansımamaktadır. *"İyi ilgileniyorlar*

ama çok kalabalık; hemen gönderiyorlar, fazla konuşamıyorsun." (K6) ve *"Her defasında başka doktor, bir ilgilenen olsa diye bekliyorsun ama olmuyor."* (K8) ifadeleri, hasta yoğunluğunun iletişimi ve sürekliliği olumsuz etkilediğini göstermektedir. Katılımcıların bir kısmı, sık sevk edilme ve tekrar eden başvurular nedeniyle sistemden uzaklaşma eğilimi göstermiştir: *"Devamlı sevk ediyorlar… Ben artık gitmek istemiyorum."* (K14). *"Gidiyoruz, bekliyoruz; doktor bakıyor, hemen gönderiyor."* (K4) diyen katılımcı ise kısa görüşme süreleri ve iletişim eksikliğinin güven duygusunu azalttığını vurgulamıştır. Katılımcılardan bazıları, yoğun iş yükü nedeniyle hekimlerin kendi hastalarını her zaman göremediğini; randevu bulamayan hastaların mecburen başka hekimlere yönlendirildiğini ifade etmiştir. Bu durum, kendilerini "emanet hasta" gibi hissetmelerine yol açmaktadır. K9'un anlatımı bu algıyı somutlaştırmaktadır: *"Takipli doktorunu da her zaman sıra bulamadığın için, arada başka bir doktora gittiğin zaman sanki 'emanet hasta bana gelmiş, ilacını yazdırıyor gidiyor' gibisinden üzerinde durulmadı."* K8 de benzer şekilde, geç insülin başlandığını ve hastalığının yıllarca yüksek şekerle seyrettiğini, ancak takipli doktoru hastanede bir ay yatırıp tedaviye başlayana kadar kimsenin ilgilenmediğini dile getirmiştir. Bu ifadeler, hekim iş yükünün ve sevk sıklığının hastaların kendilerini sahipsiz hissetmesine neden olduğunu göstermektedir.

Bu deneyimler, hasta-hekim ilişkisinde duygusal tatmin ve güven bileşenlerinin hizmet memnuniyetinin önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir. Hem ulusal hem de uluslararası çalışmalar, hekim-hasta iletişiminin (özellikle empati, bilgilendirme ve açıklık) memnuniyet üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir. [182,183]Türkiye'de aile hekimliği ve hastanelerde kalabalık nedeniyle iletişim süresinin kısalması, hastaların kendilerini 'ilgilenilmiyor' hissetmelerine yol açmaktadır. Bu durum, hasta memnuniyetini artırmak için yalnızca sağlık profesyonellerine odaklanmanın değil, aynı zamanda sağlık sisteminin organizasyonel yapısına ve sürdürülebilirliğine olan güveni de güçlendirmenin gerekli olduğunu göstermektedir.[180] Bu deneyimler, Türkiye'nin Bakanlık sisteminden elde edilen verilerle kısmen uyumludur. 2016–2023 döneminde 11,4 milyon hastanın 37,6 milyon memnuniyet skorunun incelendiği ulusal analizde ortalama memnuniyet puanı yüksek olsa da, bekleme süresi ve hastanede kalış süresi memnuniyet üzerinde belirleyici faktörler olarak saptanmıştır.[184] 2025 yılında yayımlanan bir çalışmada, şikayet platformu üzerindeki 1485 şikayet analiz edilerek randevu sisteminin sorunları değerlendirilmiştir. En önemli üç sorun randevu almakta zorluk, sistem/teknik hatalar ve randevuların iptal edilme sıklığı olarak belirlenmiştir.[185]Aile hekimliğini reçete ve sevk odaklı bir hizmet olarak algılayan hastalar,

düzenli takip ve bilgilendirme eksikliği nedeniyle memnuniyet düzeylerinin düştüğünü belirtmektedir.[181]

Çalışmamızın verileri, Türkiye'de sağlık hizmetlerine fiziksel erişimin büyük ölçüde sağlanmış olmasına rağmen, erişim sürekliliği ve hizmet kalitesi alanlarında önemli iyileştirme gereksinimleri bulunduğunu göstermektedir. Sık sevk edilme, randevu bulamama, uzun bekleme süreleri ve kalabalık ortamlar; hekim-hasta iletişiminin yüzeysel kalmasına ve hizmeti "parçalı" deneyimlemelerine yol açmıştır. Özellikle kronik hastalar, birden fazla hekime gitmek zorunda kaldıklarını, randevu alınamadığında "sahipsiz kalma" duygusunun arttığını ifade etmişlerdir. Bu bulgular, ulusal sağlık sistemine özgü düzenlemelerin etkinliği kadar, hasta-hekim sürekliliğinin korunması ve koordinasyonun güçlendirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Sonuç olarak, erişim ve memnuniyet boyutunda yaşanan bu aksaklıklar, aile hekimliği uygulamasının temel hedeflerinden biri olan hızlı erişim ile kaliteli, bütüncül bakım arasındaki dengeyi koruma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hasta memnuniyetini artırmak için erişim kolaylığı kadar iletişim süresinin artırılması, hasta önceliklendirme sistemlerinin geliştirilmesi ve randevu yönetiminde esnek, hasta odaklı yaklaşımların uygulanması önerilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu nitel çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde diyaliz tedavisi alan Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastaların diyabet yönetimi deneyimlerini hasta perspektifinden incelemiştir. Bulgular, tanı sürecinin çoğu hastada tesadüfen veya komplikasyon ortaya çıktıktan sonra gerçekleştiğini, hastalık ciddiyetinin başlangıçta yeterince fark edilmediğini ve diyabetin nedenine ilişkin algıların genellikle stres, kader ve beslenme alışkanlıkları gibi biyomedikal olmayan faktörlerle ilişkilendirildiğini göstermiştir. Aile öyküsü, hastalık algısını şekillendirmekte; ancak semptom bilgisi ve sağlık okuryazarlığı eksikliği nedeniyle birçok hasta klasik diyabet belirtilerini tanıyamamaktadır.

Araştırmada tedaviye uyumun bireyler arasında geniş bir yelpazede değiştiği, polifarmasi ve tedavi yükünün fiziki ve psikososyal açıdan önemli bir sorun olduğu, sürekli kontrollerin ve hastane ziyaretlerinin motivasyon kaybına yol açabildiği görülmüştür. İnsülin ve ilaç tedavisine yönelik korku ve yanlış inanışlar, hastaların tedaviye karşı sorgulayıcı ve güvensiz bir tutum geliştirmesine neden olmaktadır. Takip ve kontrol süreçleri çoğunlukla ilaç yenilemeye indirgenirken, öz-izlem, diyabet eğitimi, insülin uygulaması, hipoglisemi yönetimi ve beslenme/egzersiz uyumunda çeşitli eksiklikler bulunmaktadır.

Komplikasyon farkındalığının yetersizliği ve taramaların reaktif biçimde yapılması, retinopati, nefropati, nöropati ve diyabetik ayak gibi komplikasyonların geç tanınmasına yol açmaktadır. Diyabet yönetiminin psikososyal boyutlarında duygusal yorgunluk, tükenmişlik, stres ve kaderci kabulleniş öne çıkmakta; psikiyatrik destek hizmetlerinden yararlanma oranı oldukça düşük kalmaktadır. Diyaliz tedavisi, hastalarda bağımlılık hissi, sosyal izolasyon ve aile yaşamında değişikliklere sebep olarak ek bir psikososyal yük getirmektedir.

Sağlık sistemi deneyimleri açısından birinci basamakta aile hekimlerinin rolü çoğu zaman reçete yenilemeyle sınırlı kalmakta, düzenli çağrı ve izlem mekanizmaları yeterince işletilememektedir. Randevu alma güçlükleri, sevk zincirindeki kopukluklar ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurularda farklı hekimlerle karşılaşma, birinci basmak sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı süreklilik ve koordinasyonu zayıflatmaktadır. Bununla birlikte bazı hastalar, aile hekimleriyle kurdukları yakın iletişimin ve moral desteğinin önemine vurgu yapmış, ekip temelli yaklaşımların yarar sağlayabileceğini belirtmiştir.

Öneriler

Erken Tanı ve Proaktif Tarama: Diyabetin sessiz seyirli doğası dikkate alınarak, risk gruplarında birinci basamak düzeyinde düzenli tarama programları uygulanmalı; tanı süreci şikâyet temelli olmaktan çıkarılmalıdır. Proaktif davet ve hatırlatma sistemleriyle HbA1c, mikroalbüminüri, retinopati ve ayak muayeneleri belirlenen aralıklarla yapılmalıdır.

Sürekli ve Bireyselleştirilmiş Eğitim: Tanı anında verilen tek seferlik bilgiler yerine, hastaların bilgi düzeyini ve ihtiyaçlarını dikkate alan süreklilik arz eden eğitim programları geliştirilmeli; bu programlar hemşire, diyetisyen ve psikologların da yer aldığı ekiplerce yürütülmelidir. Öz-izlem, hipoglisemi yönetimi, insülin uygulama teknikleri ve yaşam tarzı değişiklikleri bu programların temel unsurları olmalıdır.

Psikososyal Destek ve Motivasyonel Danışmanlık: Diyabet sıkıntısı, kadercilik ve tükenmişlik gibi duygusal tepkileri azaltmak için aile hekimliği uygulamalarına psikolojik danışmanlık ve motivasyonel görüşme teknikleri entegre edilmelidir. Diyalize giren hastalar için grup destekleri ve aile odaklı programlar geliştirilerek bağımlılık ve izolasyon duyguları hafifletilmelidir.

Tedavi Yükünün Azaltılması ve Polifarmasi Yönetimi: Hastaların kullandığı ilaç listeleri düzenli aralıklarla gözden geçirilerek gereksiz ilaçlar azaltılmalı, yan etki riskleri hastalarla paylaşılmalıdır. Tek doz kombinasyonlar ve basitleştirilmiş tedavi rejimleri tercih edilerek ilaç uyumu artırılmalıdır. Tedavi planlarının hazırlanmasında hasta ile paylaşımlı karar verme süreci benimsenmelidir.

Yaşam Tarzı Müdahalelerinin Güçlendirilmesi: Beslenme ve egzersiz önerileri kültürel ve sosyoekonomik bağlam gözetilerek kişiselleştirilmeli; yalnızca “yasak listeleri” yerine porsiyon kontrolü ve besin değişimlerini öğreten yaklaşımlar benimsenmelidir. Diyaliz ve diğer kronik durumlara bağlı kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak fiziksel aktivite konusunda esnek ve pratik seçenekler sunulmalıdır.

Birinci Basamakta Süreklilik ve Koordinasyonun Artırılması: Aile hekimliği kurumu, kronik hastalık yönetiminde merkezî bir rol üstlenmelidir. Reçete yazmanın ötesinde izlem planı hazırlama, periyodik çağrı yapma, aşı takibini yürütme, komplikasyon taramalarını koordine etme ve diğer branşlarla iletişimi sağlama gibi görevler için dijital destek sistemleri ve

protokoller oluşturulmalıdır. Randevu sistemi kronik hastalar için önceliklendirilmeli ve sevk zincirinde bilgi akışı güçlendirilmelidir.

Bu önerilerin hayata geçirilmesi, Tip 2 diyabetli hastaların yaşam kalitesini yükseltirken sağlık sisteminin yükünü de azaltacak; aile hekimliğinin hasta merkezli ve bütüncül yaklaşımlarla güçlendirilmesine katkıda bulunacaktır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu nitel araştırmanın sonuçları, çalışmanın kapsamı ve yöntemsel özellikleri nedeniyle bazı sınırlılıklara sahiptir. Öncelikle örneklem büyüklüğü küçük olup tek bir üniversite hastanesinin diyaliz ünitelerinde tedavi gören on sekiz katılımcıyla sınırlıdır. Katılımcılar, hemodiyaliz veya periton diyalizi tedavisi görmekte olan Tip 2 diyabet hastaları arasından amaçlı örnekleme yöntemiyle seçildiğinden, elde edilen bulgular genellenebilirlik iddiası taşımaz; farklı sosyoekonomik ve kültürel ortamlarda, farklı tedavi modüllerinde veya kronik böbrek yetmezliği olmayan diyabetli bireylerde farklı sonuçlar elde edilebilir.

Veri toplama süreci Ocak–Şubat 2025 döneminde, araştırmanın yürütüldüğü hastanede gerçekleştirilmiş ve yalnızca hasta perspektifine odaklanılmıştır. Aile hekimleri, nefroloji uzmanları veya diğer sağlık profesyonelleri ile görüşmeler yapılmadığından, bulgular sadece hasta deneyimlerini yansıtmaktadır. Diyaliz seansları sırasında yapılan görüşmelerde, yorgunluk veya tedavinin yarattığı stres gibi faktörler katılımcıların anlatımlarını etkileyebilmiş; ayrıca kendi sağlık durumlarını anlatırken sosyal olarak arzu edilen yanıtlar verme eğiliminde olmaları da sözel verilerde önyargı oluşturmuş olabilir. Katılımcıların kendi geçmiş deneyimlerini hatırlayarak aktarmalarına dayanan anlatılar, hatırlama yanlılığı içerme potansiyeline sahiptir.

Çalışmanın veri analizi, yarı yapılandırılmış görüşme transkriptlerinin tematik analizine dayanmaktadır. Her ne kadar kodlama sürecinde akran incelemesi ve danışman denetimi gibi güvenilirlik stratejileri uygulanmış olsa da, nitel veri analizinde araştırmacının öznelliğinin tümüyle ortadan kaldırılması mümkün değildir; araştırmacının kişisel yorumları temaların oluşturulmasında etkili olmuş olabilir. Ayrıca veriler tek zamanlı ve kesitsel olarak toplandığından, katılımcıların deneyimlerinin zaman içindeki değişimini izleme veya nedensel ilişkiler kurma olanağı yoktur.

Son olarak, araştırmaya yalnızca türkçe konuşan ve bilişsel olarak görüşme yapmaya uygun olan gönüllüler dâhil edilmiş, diyaliz tedavisi sırasında ciddi komplikasyonu olan veya

iletişim güçlüğü yaşayan hastalar kapsam dışı bırakılmıştır. Bu durum, bulguların farklı eğitim düzeyine, farklı dille iletişim kuran ya da bilişsel engeli bulunan diyabet hastalarının deneyimlerini yansıtmada yetersiz kalmasına neden olabilir. Bu sınırlılıklar göz önünde bulundurularak, gelecekte daha geniş ve farklı örneklemlerle, çok merkezli ve uzunlamasına tasarımlar kullanılarak yapılacak çalışmaların alanyazına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

ÖZET

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARIN DİYABET İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ; BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM VE AİLE HEKİMİNİN ROLÜNE İLİŞKİN HASTA PERSPEKTİFİNİN NİTEL ÇALIŞMASI

Giriş ve Amaç

Tip 2 Diyabetes Mellitus, Türkiye'de ve dünyada giderek artış gösteren, çok yönlü komplikasyonlara yol açan kronik bir hastalıktır. Diyabetik nefropati nedeniyle diyaliz tedavisine ihtiyaç duyan bireylerde hastalık yükü belirgin derecede artmakta, bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü daha kritik hâle gelmektedir. Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde diyaliz tedavisi alan yetişkin Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet tanısından diyaliz sürecine uzanan deneyimlerini, karşılaştıkları güçlükleri ve aile hekimlerinden beklentilerini hasta perspektifinden ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, fenomenolojik yaklaşım temelinde nitel desende yürütülmüştür. Ocak–Şubat 2025 tarihleri arasında diyaliz tedavisi gören, diyabetik nefropatiye bağlı son dönem böbrek yetmezliği bulunan 18 yetişkin amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Katılımcılarla yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmış; ses kayıtları kelimesi kelimesine çözümlenerek MAXQDA(deneme sürümü) programı ile tematik analiz gerçekleştirilmiştir. Analizde bütüncül yaklaşım ilkeleri ve aile hekimliğinin WONCA çekirdek yeterlilikleri dikkate alınmıştır.

Bulgular

Tematik analiz sonucunda altı ana tema ortaya çıkmıştır:

1.Tanı süreci, bilgilendirme ve hastalık farkındalığı,

2.Tedavi sürekliliği, ilaç kullanımı ve tedaviye uyum,

3.Diyabet yönetimi ve izlem,

4.Komplikasyonlarla yüzleşme,

5.Diyabet ve psikososyal süreçler,

6.Sağlık sistemi deneyimi ve aile hekiminin rolü.

Katılımcıların büyük kısmı diyabet tanısını tesadüfen öğrendiğini, hastalığın ciddiyetini ancak komplikasyonlar geliştiğinde fark ettiğini ifade etmiştir. İlaç kullanımı, beslenme düzeni, glisemik kontrol ve diyaliz tedavisi gibi süreçler hastalık yükünü artırmış; psikososyal açıdan kaygı, bağımlılık hissi, sosyal izolasyon ve tükenmişlik sıkça dile getirilmiştir. Birinci basamakta randevu erişimi, hekim sürekliliği, sevk zinciri ve kurumlar arası iletişimde yaşanan aksaklıklar hastaların bakım süreçlerini olumsuz etkilemiştir. Bununla birlikte, bilgi veren, izlem yapan ve yönlendiren aile hekimlerinin hastaların yönetim sürecine anlamlı destek sağladığı görülmüştür.

Sonuç

Bu araştırma, diyabetik nefropatiye bağlı olarak diyaliz tedavisi alan Tip 2 diyabetes mellituslu bireylerin, tıbbi, psikososyal ve sağlık sistemiyle ilişkili boyutlarda çok katmanlı deneyimlere sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular, birinci basamakta proaktif diyabet taraması, düzenli eğitim, psikososyal destek, tedavi yükünü azaltacak planlamalar ve aile hekimliği hizmetlerinde süreklilik ile koordinasyonun güçlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Çalışma, diyabetli diyaliz hastalarının bakımında bütüncül ve hasta merkezli yaklaşımların gerekliliğine ışık tutmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Tip 2 diyabet; diyaliz; aile hekimliği; bütüncül bakım.

ABSTRACT

DIABETES-RELATED EXPERIENCES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS UNDERGOING DIALYSIS TREATMENT AT KOCAELI UNIVERSITY HOSPITAL: A QUALITATIVE STUDY FROM THE PATIENT PERSPECTIVE ON A HOLISTIC APPROACH AND THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN

Introduction and Aim

Type 2 Diabetes Mellitus is a chronic disease with a rapidly increasing prevalence in Türkiye and worldwide, leading to substantial multisystem complications. Among individuals who develop diabetic nephropathy, the initiation of dialysis significantly increases the burden of illness while highlighting the critical role of primary care services. This study aims to explore, from the patient perspective, the experiences of adult individuals with Type 2 diabetes receiving dialysis treatment at Kocaeli University Hospital—from diagnosis to the dialysis stage—and to identify their expectations regarding family physicians.

Materials and Methods

This research was conducted using a phenomenological qualitative design. A total of 18 adult patients with end-stage renal disease secondary to diabetic nephropathy and undergoing dialysis treatment were selected through purposive sampling between January and February 2025. Semi-structured, in-depth interviews were performed, audio recordings were transcribed verbatim, and thematic analysis was carried out using MAXQDA (trial version). The analysis framework incorporated holistic care principles and the WONCA core competencies of family medicine.

Results

The thematic analysis revealed six main themes:

1.Diagnosis process, patient education, and illness perception,

2.Treatment continuity, medication use, and adherence,

3.Diabetes management and follow-up,

4.Confronting complications,

5.Diabetes and psychosocial processes,

6.Healthcare system experiences and the role of the family physician.

Most participants reported learning about their diabetes diagnosis incidentally and recognizing the seriousness of the disease only after complications developed. Challenges

related to medication use, dietary changes, glycemic control, and dialysis increased the treatment burden. Psychosocial difficulties—including anxiety, dependency, social isolation, and emotional exhaustion—were frequently expressed. Problems with appointment availability, continuity of care, referral pathways, and inter-institutional coordination negatively affected primary care experiences. Participants stated that family physicians who provided information, follow-up, and guidance contributed meaningfully to their disease management.

Conclusion

This study demonstrates that individuals with type 2 diabetes mellitus undergoing dialysis treatment due to diabetic nephropathy have multilayered experiences across medical, psychosocial, and healthcare system–related dimensions. The findings emphasize the need for proactive diabetes screening, continuous patient education, psychosocial support, reduction of treatment burden, and strengthened continuity and coordination in primary care. The study highlights the importance of holistic and patient-centered approaches in the care of dialysis patients with diabetes.

Keywords

Type 2 diabetes; dialysis; family medicine; holistic care.

9.EKLER

EK-1:Etik Kurul Onayı

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-80418770-020-671042
Konu : Olurlar 2024/419

Sayın Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR

GOKAEK-2024/16.16 Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yürütülmesi planlanan 2024/419 proje numaralı "Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde Diyaliz Tedavisi Alan Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Diyabet İle İlgili Deneyimleri; Bütüncül Yaklaşım ve Aile Hekiminin Rolüne İlişkin Hasta Perspektifinin Nitel Çalışması" başlıklı proje değerlendirilmiş, projenin yürütülmesi uygun bulunmuştur. KARAR: KABUL, PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ UYGUNDUR. Projenizin yürütülmesi uygun bulunmuştur, çoklu imza formu ekte sunulmaktadır. Araştırmaya Etik Kurul onay tarihinden sonra en geç 90 gün içinde başlamanız, (i) Başlayamadığınızda veya protokolde bildirdiğiniz hususlarda herhangi bir değişiklik yaptığınızda Değişiklik Bilgi Formu ile, (ii) Araştırmanızı onay aldığınız şekilde tamamladığınızda Sonuç Raporu ile Etik Kurul'a başvurmanız gerekmektedir.

Prof.Dr. Bülent KARA
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : BSCRU9FD812 Belge Doğrulama Adresi :https://turkiye.gov.tr/kocaeli-universitesi-ebys

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/
Kep Adresi: kocaeliuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için: Songül Gür
Sekreter
Telefon No: 7302

EK-2:Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda "**Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde Diyaliz Tedavisi Alan Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıkları İle İlgili Deneyimleri;Bütüncül Yaklaşım ve Aile Hekiminin Rolüne İlişkin Hasta Perspektifinin Nitel Çalışması "**isimli bilimsel bir araştırma çalışması yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacı dünya genelinde prevelansı giderek artmakta olan Tip 2 diyabet ve buna bağlı olarak en önemli komorbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan son dönem böbrek yetmezliği komplikasyonu gelişmiş diyaliz tedavisi almakta olan hastalarda, hastalığın ilk tanı alındığı zaman diliminden bugüne dek hastalık deneyiminini hasta perspektifinden aktararak bütüncül yaklaşım ve aile hekiminin rolüne yönelik tip 2 diyabetli hastaların deneyimlerini keşfetmek ve elde edilen veriler ile diyabet hasta bakım planlarına katkıda bulunmaktır. Katılımcılarla yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile ses kayıt cihazı kullanılarak 45-60 dk sürmesi öngörülen görüşmeler yapılacaktır Bu görüşmeler aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Araştırma sonucunuz hakkında bilgi almak isterseniz aşağıda yer alan iletişim bilgilerinden bize ulaşabilir, sorularınızı iletebilirsiniz.

Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur

Dr. Berna Birankar (bernabirankar19@gmail.com) □ Onaylıyorum.

EK-3:Ses Kayıt İzin Formu

KATILIMCININ SES KAYITLARININ KULLANILMASI İÇİN İZİN FORMU

Katılımcının Adı-Soyadı:

İzni Talep Eden Araştırmacının Adı-Soyadı:

Bu belge ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülen "Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde Diyaliz Tedavisi Alan Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Diyabet İle İlgili Deneyimleri;Bütüncül Yaklaşım ve Aile Hekiminin Rolüne İlişkin Hasta Perspektifinin Nitel Çalışması" adlı çalışma kapsamında kendime ait ses kaydımın alınmasına, ses kaydımın transkripsiyonu yapıldıktan sonra kişisel verilerin gizliliğine uygun şekilde imha edilmesi kaydıyla izin veriyorum.

Ses kayıtlarım, kimlik bilgilerim gizli tutulmak koşuluyla iznimin alındığı tarihten itibaren sadece bilimsel ve eğitimsel amaçlarla kullanılabilir.

İzin Tarihi:

Katılımcının İmzası:

İzni Talep Eden Araştırmacının İmzası:

EK-4: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Görüşme yapılan kişi: Görüşme yapan kişi:

Yaşı: Görüşme Süresi:

Cinsiyeti:

Medeni Durumu:

Okur-yazarlık durumu ve eğitimi:

Mesleği ve Çalışma Durumu:

1) Sizi daha önce de bilgilendirdiğim üzere diyabet yaşantınız üzerine konuşacağız. İlk önce isterseniz teşhisten başlayalım. Diyabet teşhisi aldığınız günden bugüne kadar neler yaşadığınızdan biraz bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Diyabet hastalığı sizce nasıl bir hastalık?
b. Diyabet teşhisinizi nasıl öğrendiniz? Tanınız hangi branş hekimi tarafından konuldu?
c. Sizce diyabet hastası olmanızın nedeni nedir?
d. Kaç yıldır şeker hastasısınız? Kaç yaşında DM tanısı aldınız?
e. DM tanısı aldığınızda eşlik eden ek hastalıklarınız var mıydı ya da tanı aldığınız dönemde hastalığa bağlı bir komplikasyon yaşadınız mı?
DM tanısı ilk aldığınız dönemde hastalığınız ile ilişkili olarak herhangi bir komplikasyon eşlik ediyor muydu (KBH, retinopati, nefropati, nöropati, KVH vb.)?
f. DM tanısı almadan önce potansiyel bir şeker hastası olabileceğinizi biliyor muydunuz? Daha önce herhangi bir doktor tarafından bilgilendirildiniz mi?
g. DM dışında kronik hastalığınız var mı?

2) Bu teşhisi aldıktan sonra hayatınızda değişiklik oldu mu? Neler oldu?

3) Teşhis konduğundan beri diyabetiniz ne şekilde ilerledi?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Hastalığın sizi özellikle zorladığı, günlük hayatınızı etkilediği zamanlar oldu mu?
b. Hangi zamanlar?
c. Şu anda diyabet sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?

4) Bu süreç içerisinde en zorlayıcı bulduğunuz şeyler nelerdir?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Günlük hayatta şeker kontrolü ya da diyet yapmayı engelleyen; sosyal hayatınızda, evde, iş yerinizde durumlar var mı?
b. DM tanısı aldıktan sonra hastalığınızı çevrenizdeki kişilere bahsetmek konusunda çekinceleriniz oldu mu? Varsa sebepleri nelerdir?

c. DM tanısı aldıktan sonraki süreçte ruhsal ve ailevi problemler yaşadınız mı? Yaşadıysanız neler?
d. Yaşadığınız problemler için sosyal ve/veya tıbbi-psikiyatrik destek ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?
e. Hastalığınızın yönetiminde destek aldığınız kimseler var mı?
f. Hekime ve sağlık hizmetlerine ulaşmakta problemler yaşadınız mı? Yaşadıysanız zorluklar nelerdir?

5) Diyabet tedavinizden biraz bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Neler önerildi?
b. Neler yapmanız gerekiyor?
c. Sigara-alkol kullanımı (daha önce kullanıyor muydu, bırakıldı mı?)
d. Egzersiz
e. Beslenme ve diyetisyene gitme
f. İlaç/insülin kullanımı
g. Evde kan şekeri ölçümlerinizi düzenli yapıyor musunuz? Yapıyor iseniz ne zaman ve ne sıklıkla yapıyorsunuz?
h. Kan şekeri düzeylerinizin hedefleri hakkında doktorunuz tarafından bilgilendirildiniz mi?
ı. Sizce kan şekerinizi neler olumsuz etkiliyor? Neler iyi geliyor?
j. Diyabet eğitimi?

6) Tedaviye uyum gösterme konusunda kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. İlaç tedavinizi düzenli olarak aldınız mı? İlaçlarınızı düzenli olarak kullanmadıysanız kullanmama nedenleriniz nelerdir?
b. Tedaviye uyumunuzu zorlaştıran faktörler var ise sizce nelerdir?
c. Diyetiniz, yani beslenme kontrolünüz ve spor aktiviteleri ile ilgili olarak daha iyi uyum ve kontrol sağlayabilmeniz için neler yapılmasını istersiniz?
d. Yaşam tarzı değişikliği sizin için ne ifade ediyor?

7) Şeker hastalığınızın takibi için belirli bir hekime ve/veya sağlık kuruluşuna gidiyor musunuz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Tedavinizin takibini yapan bir hekiminiz var mı? Var ise kimlerdir?
b. Kontrollerinize ne sıklıkta gidiyorsunuz?
c. Tedaviniz ve takibiniz için aile hekiminize başvuruyor musunuz? Şeker hastalığınız aile hekiminiz tarafından da takip ediliyor mu?
d. Aile hekiminize DM ile ilgili hangi sebeplerle başvuruyorsunuz?
e. Aile hekiminizden beklentileriniz neler?
f. Aile hekiminiz kontrollerinizde diyet ve beslenme kontrolünüz, düzenli fiziksel egzersiz yapmanız ve kilo kontrolünüz için teşvik edici ve bilgilendirici konuşmalar yapıyor mu? Yapılmıyorsa ister miydiniz?

8) DM ile ilişkili olduğunu düşündüğünüz hastalıklarınız neler?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. DM ile ilgili gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili hekiminiz tarafından bilgilendirildiniz mi?
b. DM komplikasyonları ile ilgili kontrollerinize düzenli olarak gittiniz mi?
c. Göz kontrolüne gidiyor musunuz? Ne sıklıkla?
d. Kardiyolojik muayene yaptırdınız mı? HT açısından kontrollerinize gidiyor musunuz? Önerilerde bulunuldu mu?
e. Nöropati açısından kontrole gidiyor musunuz? Hiç EMG yaptırdınız mı?
f. Diyabetik ayak kontrolü? Ne sıklıkla? Önerilerde bulunuldu mu?
g. Kemik kırıkları açısından hiç tarama yaptırdınız mı? Yaptırmanız önerildi mi?
h. Hastalıklardan korunmak amacıyla aşı yaptırmanız konusunda bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirildiyseniz hangi aşıları yaptırdınız?

9) Böbrek hastalığınızın ve diyaliz tedavisi alma sebebinizin ne olduğunu düşünüyorsunuz? Tanınız ve tedavi sürecinizden bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Şeker hastalığınızın böbreklerinizi etkileyeceğini biliyor muydunuz?
b. Diyaliz öncesi dönemde böbrek hastalığınızın gelişmesi ve ilerlemesi sürecinde neler yaşadınız? Bahseder misiniz?
c. Tedavinizde ve yaşantınızda nasıl değişiklikler oldu? Neler önerildi?
d. Diyaliz tedavinizin diyabet kontrolünüzü nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
e. Diyaliz tedavisine başlayacağınızı öğrendiğinizde neler hissettiniz?

10) Diyabetinizi çok olumsuz etkilediğini bildiğiniz ama vazgeçemediğiniz alışkanlıklarınız var mı? Varsa neler? Niye vazgeçemiyor? Vazgeçmeyi hiç denediniz mi?

11) Günlük hayatta şeker kontrolü ya da diyet yapmayı kolaylaştıran; sosyal hayatınızda, evde, iş yerinizde durumlar var mı? (Varsa) Bunlardan bana biraz bahseder misiniz?

Bu soruda gelecek cevaplara göre konuları açmak için:
a. Diyabetinizi kontrol etmenizde size çok yardımcı olacağını bildiğiniz ancak bir türlü fırsat bulup hayata geçiremediğiniz şeyler var mı?
b. Varsa neler?
c. Neden hayata geçiremiyor?

12) DM tanısını aldığınız ilk zamana dönmek isteseniz neyi değiştirmek istersiniz?

13) Benim sormadığım ama sizin bahsetmek istediğiniz bir şey var mı?

KAYNAKÇA

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;183:109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119

2. 9789240102248-eng.pdf. Accessed June 16, 2025. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379529/9789240102248-eng.pdf?sequence=1

3. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Accessed June 22, 2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789241512824

4. Satman İ. Türkiye'de diyabetin toplumsal ve ekonomik yükü. Published online 2018. Accessed June 17, 2025. https://avesis.istanbul.edu.tr/yayin/59b1bbd3-9112-4de7-b5dd-e448eaf57ffe/turkiyede-diyabetin-toplumsal-ve-ekonomik-yuku

5. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2022;45(11):2753-2786. doi:10.2337/dci22-0034

6. Thipsawat S. Early detection of diabetic nephropathy in patient with type 2 diabetes mellitus: A review of the literature. *Diab Vasc Dis Res*. 2021;18(6):14791641211058856. doi:10.1177/14791641211058856

7. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors. Routledge & CRC Press. Accessed June 18, 2025. https://www.routledge.com/The-Contribution-of-Family-Medicine-to-Improving-Health-Systems-A-Guidebook-from-the-World-Organization-of-Family-Doctors/Kidd/p/book/9781846195549

8. diabetesmellitus2024 TEMD.

9. Skyler JS, Bakris GL, Bonifacio E, et al. Differentiation of Diabetes by Pathophysiology, Natural History, and Prognosis. *Diabetes*. 2017;66(2):241-255. doi:10.2337/db16-0806

10. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S27-S49. doi:10.2337/dc25-S002

11. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2010;33(Suppl 1):S62-S69. doi:10.2337/dc10-S062

12. Ev, Kaynaklar, yaşamak D ile, et al. IDF Diyabet Atlası 2021 | IDF Diyabet Atlası. Accessed February 1, 2025. https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/

13. Turkiye-Diyabet-Programi.pdf. Accessed June 16, 2025. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/Turkiye-Diyabet-Programi.pdf

14. Solis-Herrera C, Triplitt C, Cersosimo E, DeFronzo RA. Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., eds. *Endotext*. MDText.com, Inc.; 2000. Accessed June 30, 2025. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279115/

15. Zaccardi F, Webb DR, Yates T, Davies MJ. Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: a 90-year perspective. *Postgraduate Medical Journal*. 2016;92(1084):63-69. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133281

16. Altered Gut Microbiota in Type 2 Diabetes: Just a Coincidence? | Current Diabetes Reports. Accessed June 30, 2025. https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-018-1057-6

17. IDF Diabetes Atlas 2025. Diabetes Atlas. Accessed June 19, 2025. https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/

18. Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*. 2018;19(11):3342. doi:10.3390/ijms19113342

19. Satman Dİ. TURDEP-II'nin Düşündükleri: Türkiye'de Diyabetin Toplumsal ve Ekonomik Yükü.

20. Ramachandran A. Know the signs and symptoms of diabetes. *Indian J Med Res*. 2014;140(5):579-581. Accessed June 20, 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311308/

21. DIYABET_TANI_ve_TEDAVI_REHBERI_2024.pdf. Accessed February 2, 2025. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/DIYABET_TANI_ve_TEDAVI_REHBERI_2024.pdf

22. Eroğlu N. DIABETES MELLITUS'UN KOMPLİKASYONLARI DIABETIC COMPLICATIONS. *DIABETES MELLITUS*.

23. İğci N, Seringeç Akkeçeci N. Diyabetin Komplikasyonları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2024;19(3):162-166. doi:10.17517/ksutfd.1239400

24. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2020;44(Supplement_1):S15-S33. doi:10.2337/dc21-S002

25. Fowler MJ. Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. *Clinical Diabetes*. 2011;29(3):116-122. doi:10.2337/diaclin.29.3.116

26. Lardizabal JA, Deedwania PC. The Role of Renin-Angiotensin Agents in Altering the Natural History of Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Cardiol Rep*. 2010;12(6):464-471. doi:10.1007/s11886-010-0138-1

27. Group UPDS. Tight Blood Pressure Control and Risk of Macrovascular and Microvascular Complications in Type 2 Diabetes: UKPDS 38. *BMJ: British Medical Journal*. 1998;317(7160):703-713. Accessed February 20, 2025. https://www.jstor.org/stable/25180360

28. Annose RT, Asefa H, Gezahagn Y, Abebe G, Hailu Zewde T. Determinants of cardiovascular disease among type 2 diabetic patients attending diabetic follow-up clinic in Arba Minch general hospital, southern Ethiopia: an unmatched case-control study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2024;86(5):2467-2473. doi:10.1097/MS9.0000000000001951

29. Siam NH, Snigdha NN, Tabasumma N, Parvin I. Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease: Exploring Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment Strategies. *Rev Cardiovasc Med*. 2024;25(12):436. doi:10.31083/j.rcm2512436

30. Fung TH, Patel B, Wilmot EG, Amoaku WM. Diabetic retinopathy for the non-ophthalmologist. *Clinical Medicine*. 2022;22(2):112-116. doi:10.7861/clinmed.2021-0792

31. Cheung N, Wong TY. Diabetic retinopathy and systemic vascular complications. *Progress in Retinal and Eye Research*. 2008;27(2):161-176. doi:10.1016/j.preteyeres.2007.12.001

32. Diabetes and the eyes. International Diabetes Federation. Accessed June 23, 2025. https://idf.org/about-diabetes/diabetes-complications/eyes/

33. Fong DS, Aiello LP, Ferris FL III, Klein R. Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*. 2004;27(10):2540-2553. doi:10.2337/diacare.27.10.2540

34. Akkaya S, Açikalin B, Asilyazici E, Yilmaz A, YamiÇ M, Kocapinar Y. Diyabetik Retinopatinin Tanı ve Tedavisi.

35. Ertur E, Keskinler MV, Çakır İB, Erbakan A, Oğuz A. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Diyabetik Periferik Nöropati Sıklığı, İlişkili Faktörler ve Farkındalık Durumunun Değerlendirilmesi. *KOU Sag Bil Derg*. 2020;6(3):180-185. doi:10.30934/kusbed.669099

36. Boulton AJM, Vinik AI, Arezzo JC, et al. Diabetic Neuropathies: A statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(4):956-962. doi:10.2337/diacare.28.4.956

37. Abbott CA, Carrington AL, Ashe H, et al. The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabet Med*. 2002;19(5):377-384. doi:10.1046/j.1464-5491.2002.00698.x

38. McGill JB, Haller H, Roy-Chaudhury P, et al. Making an impact on kidney disease in people with type 2 diabetes: the importance of screening for albuminuria. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2022;10(4):e002806. doi:10.1136/bmjdrc-2022-002806

39. Lim AK. Diabetic nephropathy – complications and treatment. *IJNRD*. 2014;7:361-381. doi:10.2147/IJNRD.S40172

40. Umanath K, Lewis JB. Update on Diabetic Nephropathy: Core Curriculum 2018. *American Journal of Kidney Diseases*. 2018;71(6):884-895. doi:10.1053/j.ajkd.2017.10.026

41. Ahmad J. Management of diabetic nephropathy: Recent progress and future perspective. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2015;9(4):343-358. doi:10.1016/j.dsx.2015.02.008

42. Samsu N. Diabetic Nephropathy: Challenges in Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Biomed Res Int*. 2021;2021:1497449. doi:10.1155/2021/1497449

43. Chen TT, Su WC, Liu MI. Patient-centered care in diabetes care-concepts, relationships and practice. *World J Diabetes*. 2024;15(7):1417-1429. doi:10.4239/wjd.v15.i7.1417

44. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S59-S85. doi:10.2337/dc25-S004

45. Levengood TW, Peng Y, Xiong KZ, et al. Team-Based Care to Improve Diabetes Management: A Community Guide Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019;57(1):e17-e26. doi:10.1016/j.amepre.2019.02.005

46. Bain S, Cummings MH, McKay GA. Multidisciplinary Approach to Management and Care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *EMJ Diabet*. Published online 2019:73-81. doi:10.33590/emjdiabet/10314374

47. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S97-S110. doi:10.2337/dc23-S006

48. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Accessed November 28, 2025. https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines?utm_source=chatgpt.com

49. DIYABET TANI ve TEDAVI REHBERI 16x23-2025.indd. Accessed October 31, 2025. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/DIYABET_TANI_ve_TEDAVI_REHBERI_16x23_2025.pdf

50. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S86-S127. doi:10.2337/dc25-S005

51. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2023;47(Supplement_1):S52-S76. doi:10.2337/dc24-S004

52. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 2019;42(5):731-754. doi:10.2337/dci19-0014

53. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, et al. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*. 2022;54(2):353-368. doi:10.1249/MSS.0000000000002800

54. Delevatti RS, Bracht CG, Lisboa SDC, et al. The Role of Aerobic Training Variables Progression on Glycemic Control of Patients with Type 2 Diabetes: a Systematic Review with Meta-analysis. *Sports Med - Open*. 2019;5(1):22. doi:10.1186/s40798-019-0194-z

55. Collins: United States Renal Data System 2011 Annual... - Google Akademik. Accessed June 24, 2025. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=United%20States%20Renal%20Data%20System%202011%20Annual%20Data%20Report%3A%20atlas%20of%20chronic%20kidney%20disease%20%20end-stage%20renal%20disease%20in%20the%20United%20States&publication_year=2012&author=AJ%20Collins&author=RN%20Foley&author=B%20Chavers&author=D%20Gilbertson&author=C%20Herzog&author=K%20Johansen&author=B%20Kasiske&author=N%20Kutner&author=J%20Liu%20St&author=W%20Peter&author=H%20Guo&author=S%20Gustafson&author=B%20Heubner&author=K%20Lamb&author=S%20Li&author=Y%20Peng&author=Y%20Qiu&author=T%20Roberts&author=M%20Skeans&author=J%20Snyder&author=C%20Solid&author=B%20Thompson&author=C%20Wang&author=E%20Weinhandl&author=D%20Zaun&author=C%20Arko&author=SC%20Chen&author=F%20Daniels&author=J%20Ebben&author=E%20Frazier&author=C%20Hanzlik&author=R%20Johnson&author=D%20Sheets&author=X%20Wang&author=B%20Forrest&author=E%20Constantini&author=S%20Everson&author=P%20Eggers&author=L%20Agodoa

56. ElSayed NA, Bannuru RR, Bakris G, et al. Diabetic Kidney Disease Prevention Care Model Development. *Clinical Diabetes*. 2023;42(2):274-294. doi:10.2337/cd23-0063

57. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, et al. A population-based survey of Chronic REnal Disease In Turkey-the CREDIT study. *NEPHROLOGY DIALYSIS TRANSPLANTATION*. 2011;26(6). doi:10.1093/ndt/gfq656

58. TND Kayıt Raporları - Türk Nefroloji Derneği. Accessed June 25, 2025. https://nefroloji.org.tr/tr/tnd-kayit-raporlari

59. De Boer IH, Caramori ML, Chan JCN, et al. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2020;98(4):S1-S115. doi:10.1016/j.kint.2020.06.019

60. Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:8. doi:10.1186/1471-2296-8-8

61. Çaylan A. Aile Hekimliğinde Bütüncül Yaklaşım. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2016;7(6):26-28. Accessed June 27, 2025. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-aile-hekimliginde-butuncul-yaklasim-77686.html

62. Mustafa Volkan K. Anlatısallık ve Tıp Etiği Eğitimindeki Yeri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2011;64(2):59-73. doi:10.1501/Tipfak_0000000787

63. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ*. 2019;8(2):90-97. doi:10.1007/s40037-019-0509-2

64. Esterberg KG. *Qualitative Methods in Social Research*. Boston : McGraw-Hill; 2002. Accessed July 3, 2025. http://archive.org/details/qualitativemetho0000este

65. World Health Organization. *Global Report on Diabetes*. World Health Organization; 2016. Accessed February 1, 2025. https://iris.who.int/handle/10665/204871

66. Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA). Accessed June 18, 2025. https://www.globalfamilydoctor.com/Resources/Guidebook.aspx

67. Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes - Carolan - 2015 - Journal of Clinical Nursing - Wiley Online Library. Accessed October 30, 2025. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12724

68. Emine Ş. TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARIN HASTALIKLARINI KABULLENME VE KENDİ BAKIMLARINDAKİ ÖZ YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. 2017. Accessed October 30, 2025. https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/260687

69. Ekici E. An examination of diabetes policy in Turkey :|a qualitative documentary analysis. Published online 2022. Accessed October 30, 2025. https://digitalarchive.library.bogazici.edu.tr/handle/123456789/17565

70. AshaRani PV, Kumarasan Roystonn, Ramu M, et al. Through the eyes of the patients: a qualitative study of diabetes patients' experiences navigating the healthcare system. *Frontiers in Endocrinology*. 2025;Volume 16-2025. https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2025.1588192

71. Du Q hui, Zhang Z chen, Yang Y, Luo X xi, Liu L, Jia H hong. How health seeking behavior develops in patients with type 2 diabetes: a qualitative study based on health belief model in China. *Front Public Health*. 2024;12. doi:10.3389/fpubh.2024.1414903

72. Mousavizadeh S, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. From Negligence to Perception of Complexities in Adherence to Treatment Process in People with Diabetes: A Grounded Theory Study. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2018;43:150-157.

73. Zhang Z chen, Wang X wei, Li S bo, Liu Y qin, Li Y min, Jia HH. Barriers and facilitators of complications risk perception among rural patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative content analysis. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1110. doi:10.1186/s12889-025-22299-x

74. Aweko J, De Man J, Absetz P, et al. Patient and Provider Dilemmas of Type 2 Diabetes Self-Management: A Qualitative Study in Socioeconomically Disadvantaged Communities in Stockholm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(9):1810. doi:10.3390/ijerph15091810

75. Akman H. TİP 2 ERİŞKİN DİYABETLİLERİN HASTALIKLA İLİŞKİLİ DENEYİMLERİ.

76. Object object. Type 2 diabetes mellitus and psychological stress - a modifiable risk factor. Accessed October 30, 2025. https://core.ac.uk/reader/111019027?utm_source=linkout

77. Chronic stress, sense of coherence and risk of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(1):18-23. doi:10.1016/j.dsx.2018.08.004

78. Akgül E, Yıldız E, Gürçay B, Taşkın Yılmaz F. Diyabetli Bireylerde Kaderciliğin Komplikasyonlara İlişkin Risk Algısına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2025;7(1):21-26. doi:10.48071/sbuhemsirelik.1449243

79. Awuah RB, Antwi P, Sanuade OA, et al. Perceptions and knowledge of diabetes in poor urban communities in Accra, Ghana. *Global Public Health*. 2025;20(1):2516700. doi:10.1080/17441692.2025.2516700

80. Ling MYJ, Ahmad N, Aizuddin AN, Ja'afar MH. A systematic review on the level of risk perception of diabetes mellitus: The role of environmental factor. *PLOS ONE*. 2024;19(7):e0308152. doi:10.1371/journal.pone.0308152

81. Pijl M, Timmermans DRM, Claassen L, et al. Impact of Communicating Familial Risk of Diabetes on Illness Perceptions and Self-Reported Behavioral Outcomes. *Diabetes Care*. 2009;32(4):597-599. doi:10.2337/dc08-1049

82. Airikkala E, Laaksonen M, Halkoaho A, Kaunonen M. Perception of inherited risk in type 2 diabetes: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1293874. doi:10.3389/fpubh.2023.1293874

83. Mainous AG, Mansoor H, Rahmanian KP, Carek PJ. Perception of Risk of Developing Diabetes Among Patients With Undiagnosed Prediabetes: The Impact of Health Care Provider Advice. *Clin Diabetes*. 2019;37(3):221-226. doi:10.2337/cd18-0050

84. Paiva D, Abreu L, Azevedo A, Silva S. Patient-centered communication in type 2 diabetes: The facilitating and constraining factors in clinical encounters. *Health Serv Res*. 2019;54(3):623-635. doi:10.1111/1475-6773.13126

85. Yılmaz M, Özonuk E. Relationship Between Health Literacy And Compliance with the Treatment Among Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *HEAD*. Published online 2019. doi:10.5222/HEAD.2019.096

86. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:516. doi:10.1186/s12913-015-1174-8

87. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabet Med*. 2015;32(6):725-737. doi:10.1111/dme.12651

88. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):516. doi:10.1186/s12913-015-1174-8

89. PDF. Accessed October 31, 2025. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1128135

90. Aloudah NM. A Qualitative Study on the Perception of Medication Adherence by the Social Circles of Patients with Type 2 Diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:973-982. doi:10.2147/PPA.S404092

91. Gülşen G. TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERİN İNSÜLİN TEDAVİSİNİ KABULLENME VE UYUM SÜREÇLERİNDEKİ DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ.

92. Mostafavi F, Alavijeh FZ, Salahshouri A, Mahaki B. The psychosocial barriers to medication adherence of patients with type 2 diabetes: a qualitative study. *BioPsychoSocial Medicine*. 2021;15(1):1. doi:10.1186/s13030-020-00202-x

93. Chan KS, Wan EYF, Chin WY, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021;22:145. doi:10.1186/s12875-021-01493-x

94. Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. Accessed October 31, 2025. https://iris.who.int/items/9180146b-2e02-4ab2-b469-31de7e03138c

95. Impact of the family doctor system on medication adherence among type 2 diabetes patients in China: a difference-in-differences analysis | BMC Public Health | Full Text. Accessed October 31, 2025. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-21656-0

96. Colombijn J, Colombijn F, Berkom L, et al. Polypharmacy and Quality of Life Among Dialysis Patients: A Qualitative Study. *Kidney Medicine*. 2023;6:100749. doi:10.1016/j.xkme.2023.100749

97. Tamene FB, Zeleke TK, Desalew AF, et al. Polypharmacy and associated factors among patients with type two diabetes mellitus with comorbidity: a multicenter cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *BMC Endocrine Disorders*. 2025;25(1):188. doi:10.1186/s12902-025-02011-1

98. Yang C, Zhu S, Hui Z, Mo Y. Psychosocial factors associated with medication burden among community-dwelling older people with multimorbidity. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):741. doi:10.1186/s12877-023-04444-6

99. Ketenci S, Akpinar NG. Aile Hekimliği Yaşlı Hasta İzlemi Kapsamında Polifarmasinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2022;48(3):279-285. doi:10.32708/uutfd.1143088

100. Akyon ŞH, Yılmaz TE, Akyon FÇ. Family Medicine Residents Awareness of Rational Drug Use in Geriatric Patients and Their Need for a Web Application. *lms*. Published online April 5, 2023:2. doi:10.54584/lms.2023.31

101. Heckman BW, Mathew AR, Carpenter MJ. Treatment Burden and Treatment Fatigue as Barriers to Health. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:31-36. doi:10.1016/j.copsyc.2015.03.004

102. Li Z, Chen Q, Yan J, Liang W, Wong WCW. Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):57. doi:10.1186/s12913-019-4776-8

103. Thomas C, Cohen AB, Mecca MC. POLYPHARMACY, DEPRESCRIBING, AND TRUST IN THE CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP. *J Am Geriatr Soc*. 2024;72(5):1562-1565. doi:10.1111/jgs.18756

104. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*. 2021;13(7):1100. doi:10.3390/pharmaceutics13071100

105. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013;4:91. doi:10.3389/fphar.2013.00091

106. Yilmaz A, Ak M, Cim A, Palanci Y, Kilinc F. Factors influencing insulin usage among type 2 diabetes mellitus patients: A study in Turkish primary care. *European Journal of General Practice*. 2016;22(4):255-261. doi:10.1080/13814788.2016.1230603

107. Liu C, De Roza J, Ooi CW, Mathew BK, Elya, Tang WE. Impact of patients' beliefs about insulin on acceptance and adherence to insulin therapy: a qualitative study in primary care. *BMC Primary Care*. 2022;23(1):15. doi:10.1186/s12875-022-01627-9

108. Adresi Y. Sebahat Gücük1 Güledal Boztaş2.

109. Çİfçİlİ SS. Birinci basamakta hasta-hekim iş birliği ile oluşturulan ortak takip planının tip 2 diyabetes mellitus hastalarının öz yönetimine etkisi: randomize olmayan kontrollü bir çalışma. Published online April 1, 2022. Accessed November 2, 2025. https://www.ailehekimligiakademisi.org/panel/datas/genel/files/ahag19_bildiri_ozeti_kitabi_20220421.pdf

110. Zhao Q, Li H, Ni Q, et al. Follow-up frequency and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes: A prospective analysis based on multicenter real-world data. *J Diabetes*. 2022;14(5):306-314. doi:10.1111/1753-0407.13271

111. Xu W, Mak IL, Zhang R, et al. Optimizing the frequency of physician encounters in follow - up care for patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):41. doi:10.1186/s12875-024-02277-9

112. Ong WM, Chua SS, Ng CJ. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: a qualitative study. *PPA*. 2014;8:237-246. doi:10.2147/PPA.S57567

113. Liu Y, Jiang J, You W, et al. Exploring facilitators and barriers to self-management engagement of Chinese people with type 2 diabetes mellitus and poor blood glucose control: a

descriptive qualitative study. *BMC Endocrine Disorders*. 2022;22(1):294. doi:10.1186/s12902-022-01214-0

114. Özsaydi S, Borlu A, Bal H. TİP 2 DİYABET HASTALARININ HASTALIKLARINI YÖNETME DAVRANIŞLARI. *Ahi Evran Med J*. Published online February 3, 2023. doi:10.46332/aemj.1185832

115. Lin M, Chen T, Fan G. Current status and influential factors associated with adherence to self-monitoring of blood glucose with type 2 diabetes mellitus patients in grassroots communities: a cross-sectional survey based on information-motivation-behavior skills model in China. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1111565. doi:10.3389/fendo.2023.1111565

116. Zou Y, Zhao S, Li G, Zhang C. The Efficacy and Frequency of Self-monitoring of Blood Glucose in Non-insulin-Treated T2D Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2023;38(3):755-764. doi:10.1007/s11606-022-07864-z

117. Xu Y, Tan DHY, Lee JYC. Evaluating the impact of self-monitoring of blood glucose frequencies on glucose control in patients with type 2 diabetes who do not use insulin: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2019;73(7):e13357. doi:10.1111/ijcp.13357

118. Ilyan A, Abuhalima D, Al-Jabi SW, Zyoud SH. Assessment of diabetes knowledge, hypoglycaemia awareness, and adherence to insulin pen usage practices among diabetic patients: a cross-sectional study of determinants and educational needs. *BMC Public Health*. 2025;25:2305. doi:10.1186/s12889-025-23566-7

119. 5. Sağlık Sonuçlarını İyileştirmek İçin Olumlu Sağlık Davranışlarını ve Refahı Kolaylaştırma: Diyabette Bakım Standartları—2025 | Diyabet Bakımı | Amerikan Diyabet Derneği. Accessed November 2, 2025. https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S86/157563/5-Facilitating-Positive-Health-Behaviors-and-Well?utm_source=chatgpt.com

120. Gucciardi E, Xu C, Vitale M, et al. Evaluating the impact of onsite diabetes education teams in primary care on clinical outcomes. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):48. doi:10.1186/s12875-020-01111-2

121. The prevalence of adherence to insulin therapy in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2024;20(3):255-295. doi:10.1016/j.sapharm.2023.11.009

122. Peyrot M, Rubin R, Kruger D, Travis L. Correlates of Insulin Injection Omission. *Diabetes care*. 2010;33:240-245. doi:10.2337/dc09-1348

123. Turkish Journal of Diabetes Nursing. Accessed June 30, 2025. https://tjdn.org/?mod=tammetin&makaleadi=&makaleurl=04a2f10b-37cf-4386-b2e7-ab83bcecdb26.pdf&key=77510

124. Cho NH, Kim NK, Han E, et al. Patient Understanding of Hypoglycemia in Tertiary Referral Centers. *Diabetes Metab J*. 2018;42(1):43-52. doi:10.4093/dmj.2018.42.1.43

125. Kodaz L, Karaman ST, Basat O, Kodaz L, Karaman ST, Basat O. Tip 2 Diyabetli Kişilerde Yeme Bozukluklarının ve Hipoglisemi Farkındalığının Araştırılması. *Namık Kemal Medical Journal*. Published online December 18, 2024. doi:10.4274/nkmj.galenos.2024.19327

126. Bhutani G, Kalra S, Lamba S, Verma PK, Saini R, Grewal M. Effect of diabetic education on the knowledge, attitude and practices of diabetic patients towards prevention of hypoglycemia. *Indian J Endocrinol Metab*. 2015;19(3):383-386. doi:10.4103/2230-8210.152781

127. Erdem S. Adaptation to lifestyle changes in patients with type 2 diabetes mellitus. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*. 2016;2(4):243-246. doi:10.5606/fng.btd.2016.043

128. Abose S, Dassie GA, Megerso A, Charkos TG. Adherence to recommended diet among patients with diabetes mellitus type 2 on follow-up at Adama Hospital Medical College, Ethiopia. *Front Med*. 2024;11. doi:10.3389/fmed.2024.1484071

129. Mostafavi-Darani F, Zamani-Alavijeh F, Mahaki B, Salahshouri A. Exploring the barriers of adherence to dietary recommendations among patients with type 2 diabetes: A qualitative study in Iran. *Nurs Open*. 2020;7(6):1735-1745. doi:10.1002/nop2.558

130. Jhamb M, McNulty ML, Ingalsbe G, et al. Knowledge, barriers and facilitators of exercise in dialysis patients: a qualitative study of patients, staff and nephrologists. *BMC Nephrol*. 2016;17:192. doi:10.1186/s12882-016-0399-z

131. Küçük S, Karşıgil P, Uludaşdemir D, Güven İ. Tip 2 diyabetes mellitus tanılı bireylerde egzersiz alışkanlıkları ve diyabet öz yeterliliği.

132. Advika T, Idiculla J, Kumari Sj. Exercise in patients with Type 2 diabetes: Facilitators and barriers - A qualitative study. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(2):288. doi:10.4103/2249-4863.219998

133. Kurdak DDH. Aile Hekimliğinde Sağlıklı Bireyler içinFiziksel Aktivite Danışmanlığı. *Aile Hekimliği*. 2017;9(2):43-47. Accessed November 18, 2025. https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/47179/572582

134. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001;286(10):1218-1227. doi:10.1001/jama.286.10.1218

135. Sriwijitkamol A, Moungngern Y, Vannaseang S. Assessment and prevalences of diabetic complications in 722 Thai type 2 diabetes patients. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 Suppl 1:S168-174.

136. Teo ZL, Tham YC, Yu M, et al. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology*. 2021;128(11):1580-1591. doi:10.1016/j.ophtha.2021.04.027

137. Yazbeck AS, Nguyen SN, Escobar ML. How Health Systems World-wide Fail Type 2 Diabetics. *Health Systems & Reform*. Published online December 31, 2025. Accessed February 2, 2025. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23288604.2024.2437898

138. Chu L, Bhogal SK, Lin P, et al. AWAREness of Diagnosis and Treatment of Chronic Kidney Disease in Adults With Type 2 Diabetes (AWARE-CKD in T2D). *Can J Diabetes*. 2022;46(5):464-472. doi:10.1016/j.jcjd.2022.01.008

139. Yudistira Y, Hendrawan KA, Andayani A, et al. Gelişmekte Olan Ülkelerde Diyabetik Retinopati Tarama Yaklaşımları: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analiz. *Turkish Journal of Ophthalmology*. Published online October 27, 2025. doi:10.4274/tjo.galenos.2025.32916

140. S-EPMC9258727 - COVID-19 Pandemisi Altında Diyabet Komplikasyon Testlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler: Makine Öğrenmesi Yaklaşımı. - OmicsDI. Accessed November 6, 2025. https://www.omicsdi.org/dataset/biostudies-literature/S-EPMC9258727

141. 2019 İlkbahar Klinik Toplantılarında Sunulan Çalışmaya Göre Diyabetli Hastalarda Böbrek Hastalığı Teşhis Edilemiyor | Ulusal Böbrek Vakfı. Accessed November 7, 2025. https://www.kidney.org/press-room/kidney-disease-patients-diabetes-going-undiagnosed-says-study-presented-2019-spring

142. Middleton RJ, Foley RN, Hegarty J, et al. The unrecognized prevalence of chronic kidney disease in diabetes. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21(1):88-92. doi:10.1093/ndt/gfi163

143. Kumela Goro K, Desalegn Wolide A, Kerga Dibaba F, et al. Patient Awareness, Prevalence, and Risk Factors of Chronic Kidney Disease among Diabetes Mellitus and Hypertensive Patients at Jimma University Medical Center, Ethiopia. *Biomed Res Int*. 2019;2019:2383508. doi:10.1155/2019/2383508

144. Diabetic Kidney Disease: Diagnosis, Treatment, and Prevention | AAFP. Accessed November 7, 2025. https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0615/p751.html

145. George C, Echouffo-Tcheugui JB, Jaar BG, Okpechi IG, Kengne AP. The need for screening, early diagnosis, and prediction of chronic kidney disease in people with diabetes in low- and middle-income countries—a review of the current literature. *BMC Medicine*. 2022;20(1):247. doi:10.1186/s12916-022-02438-6

146. Batais MA, Alfraiji AF, Alyahya AA, et al. Assessing the Prevalence of Diabetes Distress and Determining Its Psychosocial Predictors Among Saudi Adults With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021;12. doi:10.3389/fpsyg.2021.759454

147. Egede LE, Campbell JA, Walker RJ, Fraser RA, Ekwunife O. Understanding the Roles of Fatalism and Self-Efficacy on Clinical and Behavioral Outcomes for African American with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Curr Diab Rep*. 2025;25(1):31. doi:10.1007/s11892-025-01586-2

148. What is Diabetes Stigma? dStigmatize. Accessed November 7, 2025. https://www.dstigmatize.org/resources/what-is-diabetes-stigma/

149. Eitel KB, Pihoker C, Barrett CE, Roberts AJ. Diabetes Stigma and Clinical Outcomes: An International Review. *J Endocr Soc*. 2024;8(9):bvae136. doi:10.1210/jendso/bvae136

150. Liu NF, Brown AS, Folias AE, et al. Stigma in People With Type 1 or Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes*. 2017;35(1):27-34. doi:10.2337/cd16-0020

151. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social Stigma in Diabetes. *Patient*. 2013;6(1):1-10. doi:10.1007/s40271-012-0001-0

152. Ma T, Li A, Han Y, Jiang Q, Hou Y. The impact of diabetes stigma on psychological, behavioral and clinical outcomes in young and middle-aged Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: the moderating effects of psychosocial factors. *Psychol Health*. Published online August 28, 2025:1-26. doi:10.1080/08870446.2025.2552234

153. Bakır G, Zengin N. Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2023;5:9-17. doi:10.33308/2687248X.202351289

154. Gosak L, Stiglic G. Cognitive and Emotional Perceptions of Illness in Patients Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(2):199. doi:10.3390/healthcare12020199

155. Krzemińska SA, Kostka AM. Acceptance of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021;11(5):86-100. doi:10.12775/JEHS.2021.11.05.009

156. Krzemińska S, Kostka A. Acceptance of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021;11:86. doi:10.12775/JEHS.2021.11.05.009

157. Chan O, Inouye K, Riddell MC, Vranic M, Matthews SG. Diabetes and the hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) axis. *Minerva Endocrinol*. 2003;28(2):87-102.

158. Sarıaslan A, Şahin Z. Evaluation of Diabetic Stress and Depression in Patients with Geriatric Type 2 Diabetes. *Curr Res Health Sci*. 2025;2(1):1-10. doi:10.62425/crihs.1597310

159. Ee CC, Al-Kanini I, Armour M, et al. Mindfulness-based interventions for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Integr Med Res*. 2025;14(2):101138. doi:10.1016/j.imr.2025.101138

160. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24(6):1069-1078. doi:10.2337/diacare.24.6.1069

161. Holt RIG, de Groot M, Golden SH. Diabetes and Depression. *Curr Diab Rep*. 2014;14(6):491. doi:10.1007/s11892-014-0491-3

162. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2023;47(Supplement_1):S77-S110. doi:10.2337/dc24-S005

163. Dong N, Wang X, Yang L. The short- and long-term effects of cognitive behavioral therapy on the glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Biopsychosoc Med*. 2023;17:18. doi:10.1186/s13030-023-00274-5

164. Abbas Q, Latif S, Ayaz Habib H, et al. Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):86. doi:10.1186/s12888-023-04546-w

165. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis*. 2009;53(4):689-700. doi:10.1053/j.ajkd.2008.10.050

166. Polikandrioti M, Koutelekos I, Gerogianni G, et al. Factors Associated with Hemodialysis Machine Dependency. *Med Arch*. 2017;71(2):122-127. doi:10.5455/medarh.2017.71.122-127

167. Oh SW. The Role of Continuity of Care in the Management of Chronic Disease. *Korean J Fam Med*. 2022;43(4):207-208. doi:10.4082/kjfm.43.4E

168. Ayhan Başer D, Kahveci R, Aksoy H, et al. Tip 2 diyabetli hastaların aile hekimiyle iletişimi ile ilgili görüş ve deneyimleri: Kalitatif çalışma. *Cumhuriyet Med J*. 2014;36(4):495. doi:10.7197/cmj.v36i4.5000078192

169. Işik AC, Akin S, Aladağ N, ŞİMşek EE. Pneumococcal, Influenza, Hepatitis B, and Tetanus Vaccination Rate and Vaccine Awareness in Patients with Type 2 Diabetes. *Turk J Endocrinol Metab*. 2020;24(4):327-334. doi:10.25179/tjem.2020-75288

170. YeşİLova A, BİLge M, Özsoy N, Adaş M. Evaluation of Influenza, Pneumococcus, Zoster, Measles, Diphtheria, and Pertussis Vaccination Rates in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus; a Single-Center Experience From Turkey. *Turk J Endocrinol Metab*. 2021;25(1):68-77. doi:10.25179/tjem.2020-79458

171. Demirci I, Haymana C, Salman S, et al. Rates and associates of influenza and pneumococcus vaccination in diabetes mellitus: A nationwide cross-sectional study (TEMD vaccination study). *World J Diabetes*. 2021;12(12):2107-2118. doi:10.4239/wjd.v12.i12.2107

172. Hung M chuan, Lu P jun, Srivastav A, Cheng YJ, Williams WW. Influenza vaccination coverage among adults with diabetes, United States, 2007–08 through 2017–18 seasons. *Vaccine*. 2020;38(42):6545-6552. doi:10.1016/j.vaccine.2020.08.008

173. Bayar E, Koç Z, Akın S. Change in Pneumococcal and Influenza Vaccine Awareness in Diabetic Patients in the Last 2 Years. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2023;13(3):224-230. Accessed November 18, 2025. https://dergipark.org.tr/en/pub/kaftbd/issue/82580/1414526

174. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S59-S85. doi:10.2337/dc25-S004

175. Apaydın H, Aydın A, Doğan B, Yılmaz SA, Pala E, Basat SU. Influenza, Hepatitis B and Pneumococcal Vaccination Rates and Factors Influencing Vaccination Status in Patients with Diabetes. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2021;11(1):148-154. doi:10.31832/smj.842236

176. Kirik A, Cem Y, Eroğlu M, Ürk A, Çağlar Y. Diyabetik Hastalarda Aşılanma Eğitimi ve Oranları Vaccination Education and Rates in Diabetic Patients. Published online April 25, 2020.

177. Aile hekimli¤i çekirdek yeterlilikleri.

178. Delican O, Yılmaz E. Families satisfaction and getting services from family medicine. *tjtfp*. 2019;10(1):18-34. doi:10.15511/tjtfp.19.00118

179. Kırılmaz H, Öztürk K. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *SagAkaDerg*. 2018;5(1):60-70. Accessed November 11, 2025. https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/43167/522918

180. Topuz İ, Nal M, Durmuş V, Bektaş G. Trust in the healthcare system as a predictor of patient satisfaction: a cross-sectional survey in Türkiye's primary care setting. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3887. doi:10.1186/s12889-025-25117-6

181. Özen O, Köse İ, Yıgıt P, Güner Ş, Aydın S. Can Nationwide Central Appointment Systems Reduce Waiting Times in Turkish Public Hospitals? *Journal of Health Systems and Policies*. 2024;6(1):1-26. doi:10.52675/jhesp.1355139

182. Pochrzęst-Motyczyńska A, Ostrowski J, Sys D, Pinkas J, Religioni U. Patient Satisfaction in Primary and Specialised Ambulatory Healthcare: A Web-Based Cross-Sectional Study in the Polish Population. *Healthcare*. 2025;13(10):1147. doi:10.3390/healthcare13101147

183. Chen X, Liu C, Yan P, Wang H, Xu J, Yao K. The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: implications for medical training and practice. *BMC Med Educ*. 2025;25:830. doi:10.1186/s12909-025-07433-y

184. Birinci S, Guven SC, Ata N, Ulgu MM, Kucuksahin O. Patient satisfaction with health care services in Turkiye: A glimpse from nationwide Ministry of Health database. *North Clin Istanb*. 2024;11(6):495-500. doi:10.14744/nci.2024.84584

185. Uslu Y, Aygün S, Gökalp Y, Sevim B, Şahin K, Koç S. Analysis of the Problems Encountered in the Central Physician Appointment System with DEMATEL Method. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*. 2025;7:431-442. doi:10.46413/boneyusbad.1551077