

Diyabet hastalarının özbakım bilinci

Self-care agency in diabetic patients

Nilgün Özçakar¹, Mehtap Kartal¹, Emel Kuruoğlu²

Özet

Amaç: Diabetes mellitus, yaşam boyu süren komplikasyonları ile birey ve toplumu etkiler. Diyabetli hastanın özbakım bilinci hastalığın ne derecede kontrol altına alınabileceğini belirler. Bu çalışmanın amacı, üniversite hastanesine başvuran diyabetli hastaların cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey ve sağlık kontrolü davranışları arasındaki farklılıkları incelemek, özbakım bilincini saptamaktır.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran diyabet hastalarının demografik özellikleri ve özbakım davranışları yüz yüze uygulanan bir soru formu ve özbakım ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 214 diyabetlinin yaş ortalaması 60.4±11.5 yıldır ve %58.4'ü kadındır. Hastalığın ortalama süresi 10.1±7.6 yıldır; %42.5'i insülin kullanıyordu. Hastaların ortalama özbakım puanları 81.6±7.5 (57-110)'ti. Özbakım puanı; cinsiyet (p=0.497), medeni durum (p=0.305), eğitim durumu (p=0.865), çalışma durumu (p=0.868), gelir durumu (p=0.996), sigara (p=0.765) ve alkol (p=0.807) kullanımı ile anlamlı ölçüde değişmiyordu. Diyabette ayak bakımını (p=0.008), komplikasyonlarda (p=0.004) ve hipoglisemide yapılması gerekenleri (p=0.044) bilmeyenlerin özbakım puanları anlamlı derecede düşüktü.

Sonuç: Diyabetle ilgili temel komplikasyon ve müdahaleler konusundaki bilgi eksikliği özbakım puanını olumsuz yönde etkilemektedir. Günlük uygulamalarda, hastanın bilgilendirilmesi, bu bilgilerin düzenli olarak gözden geçirilmesi özbakımın iyileştirilmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Diyabet, diyabet bilgisi, özbakım bilinci.

Summary

Objective: Diabetes affects individuals and the society by its life-long complications. Self-care agency of diabetic patients has a great value on governance of the disease. The purpose of this study is to analyze the difference among diabetic patients in terms of gender, age, educational level, marital status, socio-economic level and health care attitudes and to determine self-care agency.

Methods: A questionnaire and the Exercise of Self-Care Agency scale was performed to diabetic patients who applied to Dokuz Eylül University Hospital by face-to-face interaction.

Results: A total of 58.4% of the patients were female, the mean age was 60.4±11.5 years. The mean duration of diabetes was 10.1±7.6 years and 42.5% were using insulin. Their mean scores for Exercise of Self-Care Agency Scale was 81.6±7.5 (range: 57-110). There were no statistically significant differences for gender (p=0.497), marital status (p=0.305), education level (p=0.865), working status (p=0.868), economic status (p=0.996), smoking (p=0.765), and alcohol usage (p=0.807). The patients with inadequate information about foot care (p=0.008), complications of diabetes (p=0.004) and what to do in hypoglycemia (p=0.044) had statistically significantly lower scores.

Conclusions: Inadequacy of information about main complications and interventions related to diabetes affects self-care management of diabetic patients. Informing and over viewing their knowledge regularly in daily practice will be an effective intervention to promote their self-care agency.

Key words: Diabetes, diabetes knowledge, self-care agency.

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dr., İzmir

² Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü, İzmir

Diabetes mellitus (DM), hiperglisemi ile seyreden, kronik, ilerleyici mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara yol açabilen bir grup metabolik bozukluktan oluşur. Yaşam boyu süren, komplikasyonları ile birey ve toplumu etkileyen, ekonomik yük getiren diyabetin tedavi ve bakımı çok sayıda disiplinin katılımını gerektirir.^{1,2}

Diyabet, sık görülen kronik bir hastalıktır: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2030'da dünyamızdaki diyabetli sayısı 300 milyona ulaşacaktır. Hasta sayısının artışı nüfus artışına, yaşlanmaya, kentleşmeye, obeziteye ve fiziksel inaktiviteye paraleldir.^{3,4}

Kronik hiperglisemi; insülin salınımının bozulmasından, etkinliğinin azalmasından ya da her ikisinden kaynaklanır, uzun dönemde göz, böbrek, sinir, kalp ve kan damarlarını harabeder: Toplumsal ve mesleki yaşantıyı olumsuz yönde etkiler. Komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin korunması için, tanıdan itibaren hastalıkla uyumlu yeni bir yaşam biçimi oluşturulmalıdır. Beslenme ve egzersiz bilgilerinin verilmesi kadar, alışkanlıkların değiştirilmesi, ilaçların zamanında, uygun dozda alınması, tıbbi kontrol ve bakımın aksatılmaması gerekir. Diyabetli hasta, yalnız bedence değil; bilgi, beceri, değerler ve tutumları açısından da bütüncül olarak değerlendirilmeli, özbakım gereksinimlerine uygun yaklaşım planlanmalıdır. Eğitim, diyabet tedavisinin önemli bir bölümüdür; kişinin sağlık ekibiyle işbirliği yaparak kararlara aktif katılımını gerektirir.^{2,5} Diyabet gibi, yaşam biçimi ve alışkanlıklarda değişiklik gerektiren hastalıklarda davranış kazandırmak ve sağlığı geliştirmek için kişinin sağlık ve hastalık algısı belirlenmelidir. Bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen kronik hastalıklar kurallar çerçevesindeki bir yaşam tarzını zorunlu kılar. Atılacak ilk ve en önemli adım bireyin gerekli bilgilerle donatılmasıdır.^{2,6}

Orem'in geliştirdiği özbakım kavramı, bireyin, yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için gerekenleri yapmasını içerir. Bu beceri, iletişim, kültür, eğitim ve etkileşimle gelişir. Bireyin, bakımını gerçekleştirme yeteneği ise özbakım gücü/yeteneği/etkinliği (self-care agency) olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, özbakım gücü, bireyin, yaşamını, bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenme ve geliştirme yeteneğidir.⁷ Diyabette özbakım, kan şekeri düzeyini izlemekten diyeti düzenlemeye, ayak bakımına kadar pek çok etkinliği içerir; hastaların

bu bileşenlerden bazılarını yerine getirirken diğerlerini aksattıkları bildirilmektedir.^{8,9} Nitelikli özbakım, daha iyi bir glisemik kontrol sağlar.¹⁰

Sağlıklı birey, temel gereksinimlerini karşılayabilmek için yeterli özbakım gücüne sahip olmalıdır. Özbakım, kişinin kendine dikkat etmesini, fiziksel enerjisini denetleyerek kullanmasını, kararlarını özbakım anlayışıyla yargılamasını, güdülemesini, eylemlerini sıraya koymasını ve sürekliliği sağlamasını gerektirir.^{11,12} Bu özellikleri geliştiren bireyin özbakım gücü yeterli olacak, sağlığının sorumluluğunu alabilecek, başkalarına bağımlı olmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı, diyabetli hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kontrol davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek; sağlık, hastalığın ciddiyeti ve komplikasyonları nasıl algıladıklarını ve özbakım bilincini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel araştırma, Aralık 2006-Şubat 2007 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DE-ÜTF) Hastanesi'ne başvuran diyabet hastalarından çalışmaya katılmayı kabul edenlerle gerçekleştirildi: Yüz yüze görüşerek demografik özellikleri ve özbakım ölçeğini içeren bir soru formu uygulandı. Çalışmadan önce, 50 kişiye, soruların anlaşılabilirliğini, tutarlılığını, eksiklerini ölçen, formun ortalama tamamlanma süresini belirleyen bir ön-test uygulandı. Ön-test sonuçları oldukça güvenilirdir ($\alpha=0.769$) bulunarak uygulamaya geçildi. Uygulanan form, demografik özellikler, diyabet ve komplikasyonları, diyet ve egzersizle ilgili bilgi soruları ile özbakım ölçeğinden oluşuyordu.

Likert tipi 5 basamaklı öz-bakım ölçeğinde her bir ifadeye sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verildi. En yüksek puan 140'tu. Ölçek, durumlar karşısında aktif ya da pasif yanıt, inisiyatif ve öz-sorumluluk, sağlık uygulamaları bilgisi ve öz-değer algısı'ndan oluşan 4 özellik üzerinde temellendirilmişti.^{13,14}

Öz-bakım gücü ölçeği ile her hastanın ham puanı elde edildi: Toplam puan dilimlerinin ilk %25'i **kötü**, ikinci %25'i **orta**, üçüncü %25'i **iyi**, dördüncü %25'i **çok iyi** olarak değerlendirildi. Böylece elde edilen 57-76 puan kötü, 77-82 puan orta, 83-86 puan iyi ve 87-110 puan çok iyi özbakımı gösteriyordu.

Araştırmadan önce DEÜTF Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu'nun onayı alındı. Veriler SPSS 11.0 istatistik programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz için dağılım ölçütleri, ki-kare, ANOVA ve t-testleri kullanıldı; $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamıza katılan diyabetli hasta sayısı 214'tü. Yaşları 26 ile 82 yıl arasında değişen hastaların yaş ortalaması 60.4 ± 11.5 'ti. Kadınların ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 30.1 ± 11.9 kg/m², erkeklerinki 27.5 ± 4.1 kg/m² idi; kadınlar erkeklerden daha şişmandı ($p=0.001$). Hastaların ortalama hastalık süresi 10.1 ± 7.6 yıl (1 ay-34 yıl)'di. Kadınların %15.2'si, erkeklerin %15.7'si sigara içiyordu ($p=1.000$). Kadınların %5.6'sı, erkeklerin %27.0'ı alkol kullanıyordu; fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.000$). Çalışmaya katılanların bazı özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Hastaların %59.8'i diyet, %47.2'si egzersiz yapıyor, %86.4'ü oral anti-diyabetik, %42.5'i insülin kullanıyordu.

Hastalığın akut komplikasyonlarından hipogliseminin en çok bilinen belirtileri terleme; (%60.7), baygınlık hissi (%57.9) ve ağız kuruluğu (%56.5) idi, hastaların ancak %50.9'u baş dönmesini hipoglisemi belirtisi olarak değerlendirmişti.

Kan şekerini etkileyebilecek etkenler stres, bir öğünde fazla yemek (%82.2), farklı bir nedenle hastalanmak (%39.3) oranında bilinirken, egzersiz ise (%10.7) oranında tanınıyordu.

Şişman diyabetlinin kilo vermesinin yararları, kalp krizi riskini azaltması (%69.6), kan şekerini düşürmesi (%67.8), insülin ihtiyacını azaltması (%51.4) oranında işaretlendi; %42.1'i yanlış olarak, kilo vermenin, el ve ayaklardaki his kaybının azaltacağını düşünüyordu.

Hastaların %81.3'ü egzersiz kan şekerini düzenlediğini biliyordu. Kahvaltıda önce egzersiz yapmanın, kan şekerini düşüreceğini bilenlerin oranı %49.1 iken, günün hangi saatinde egzersiz yapmanın hipoglisemiye neden olacağını bilmeyenlerin oranı %30.4 idi.

Kontrolsüz kan şekerinin en fazla bilinen sonuçları; göz (%91.1), ayak (%87.4) ve böbrek komplikasyonları (%82.7) idi, hastaların %4.7'si komplikasyonları tanımlıyor; %24.3'ü, guatrı bir diyabet komplikasyonu sanıyordu.

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri

Özellikler	n	%
Cins		
Erkek	89	41.6
Kadın	125	58.4
Erkek		
50 yaş altı	32	15.0
50-59	60	28.0
60-69	68	31.8
70 yaş ve üzeri	54	25.2
Medeni Durum		
Evli	170	79.4
Bekar	9	4.2
Dul	35	16.4
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	10	4.7
Okuryazar	4	1.9
İlkokul mezunu	57	26.6
Ortaokul mezunu	37	17.3
Lise mezunu	41	19.1
Yüksekokul mezunu	65	30.4
Çalışma Durumu		
Emekli	91	42.5
Ev hanımı	83	38.8
Çalışan	40	18.7
Gelir Durumu		
300-700 YTL	66	30.8
701-1000 YTL	76	35.5
1001-1500 YTL	35	16.4
1500 YTL üzeri	37	17.3
Sigara		
Kullanan	33	15.4
Kullanmayan	181	84.6
Alkol		
Kullanan	31	14.5
Kullanmayan	183	85.5
Diyabet Süresi		
<5 yıl	68	31.8
5-9 yıl	42	19.5
10-14 yıl	38	17.8
15-19 yıl	34	15.9
20 yıl ve üzeri	32	15.0
Vücut Kitle İndeksi		
<25	45	21.0
25-29.9	90	42.1
>29.9	79	36.9

Hastaların %78.5'i, diyabetik ayak problemlerini azaltmak için ayakları her gün gözlemlmek, tırnakları düz kesmek ve sıkı ayakkabı giymemek gerektiğini biliyordu; %14.5'ine göre ise uygun davranış koyu renkli çorap giymekti.

Hastaların %86.4'ü hipoglisemide yapılması gerekenleri biliyor, %7.9'u bilmiyor, %5.6'sı ise yanlış biliyordu.

Diyabet komplikasyonlarını bilmek ile cinsiyet ($p=0.331$), medeni durum ($p=0.230$), eğitim durumu ($p=0.428$), çalışma durumu ($p=0.171$) ve gelir düzeyi ($p=0.482$) arasında anlamlı ilişki bulunmazken, bu konudaki bilgi düzeyi yaş ($p=0.040$) ve hastalık süresi ($p=0.019$) ile ilişkili bulundu.

Hastaların komplikasyonlarla ilgili bilgileri yaşla birlikte artıyor; ancak 70 yaş ve üzerinde azalıyor. Beş yılın altında diyabeti olanlar komplikasyonlar konusunda en bilgili gruptu.

Hastaların ayak bakımını bilmeleri ile cinsiyet ($p=0.926$), yaş ($p=0.100$), medeni durum ($p=0.449$), eğitim durumu ($p=0.902$), çalışma durumu ($p=0.461$), gelir düzeyi ($p=0.505$) ve hastalık süresi ($p=0.160$) arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Hipoglisemide öncelikle yapılması gerekenleri bilme, cinsiyet ($p=0.398$), medeni durum ($p=0.258$), eğitim düzeyi ($p=0.574$), çalışma durumu ($p=0.588$), gelir düzeyi ($p=0.825$) ve hastalık süresi ($p=0.476$) ile ilişkili bulunmazken, yaş ile ilişkili ($p=0.043$) idi. Hastaların hipoglisemide yapılacaklarla ilgili bilgileri yaşla birlikte artıyor, ancak 70 yaş ve üzerinde azalıyor.

Öz bakım puanlarının (Tablo 2) genel ortalaması 81.6 ± 7.5 (57-110) idi. Kadınların öz bakım bilinci erkeklerden daha yüksek olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.497$). Öz bakım puanı, medeni durum ($p=0.746$), yaş ($p=0.971$), eğitim düzeyi ($p=0.865$), çalışma durumu ($p=0.868$), gelir düzeyi ($p=0.996$) ile sigara ($p=0.765$) ve alkol ($p=0.807$) kullanımı ile anlamlı şekilde değişmiyordu. Hastalığın süresi ile öz bakım puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi; ($p=0.024$). Hastalık süresi 5-9 yıl arasında olanların öz bakım puanı daha uzun süredir hasta olanlardan düşüktü. Hastalık süresi 9 yılı aşanlarda öz bakım gücünün giderek arttığı görüldü.

Tablo 2. Katılımcıların özelliklerine göre öz bakım puanları

Özellikler	Öz bakım Puanları	p
Cins*		
Erkek	81.24±8.23	0.497
Kadın	81.91±6.28	
Yaş**		
50 yaş altı	81.56±6.48	0.971
50-59	81.63±8.10	
60-69	81.98±6.88	
70 yaş ve üzeri	81.28±8.16	
Medeni Durum*		
Evli	81.54±7.13	0.746
Diğer	82.00±8.76	
Eğitim Durumu**		
Okuryazar değil	79.40±10.71	0.865
Okuryazar	83.75±8.10	
İlkokul mezunu	82.07±8.67	
Ortaokul mezunu	80.97±7.02	
Lise mezunu	81.37±6.24	
Yüksekokul mezunu	82.00±6.64	
Çalışma Durumu**		
Emekli	81.37±6.98	0.868
Ev hanımı	81.67±8.40	
Çalışan	82.13±6.61	
Gelir Durumu**		
300-700 YTL	81.53±8.252	0.993
701-1000 YTL	81.83±7.939	
1001-1500 YTL	81.57±6.363	
1500 YTL üzeri	81.46±6.140	
Sigara*		
Kullanan	81.27±8.40	0.765
Kullanmayan	81.70±7.31	
Alkol*		
Kullanan	81.94±8.74	0.807
Kullanmayan	81.58±7.26	
Diyabet Süresi**		
<5 yıl	81.37±7.21	0.024
5-9 yıl	78.57±5.51	
10-14 yıl	82.76±10.06	
15-19 yıl	82.82±6.66	
20 yıl ve üzeri	83.59±6.59	
Vücut Kitle İndeksi**		
<25	82.13±5.29	0.294
25-29.9	82.09±8.13	
>29.9	80.82±7.87	

*t-testi, **ANOVA

İnsülin kullananların özbakım puanı daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.381$). Hastalanan diyabetlinin, ağızdan aldığı ilaçları bırakamayacağını ifade edenlerin özbakım puanları daha yüksekti; ancak fark anlamlı değildi ($p=0.077$).

Diyabetin komplikasyonlarını ve hipoglisemide yapacakları bilmeyenler ile ayak bakımı ile ilgili bilgi sahibi olmayanların özbakım puanları anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla, $p=0.008$, $p=0.004$ ve $p=0.044$).

Tartışma

Diabetes mellitus, hastanın tedavi yöntemlerini anlamasını ve işbirliğini gerektiren, morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Diyabetlinin uzun ve sağlıklı yaşamasının anahtarı özbakımdır: Kendine bakabilen ve yaşam tarzını değiştiren kişi, komplikasyonlardan etkin bir şekilde korunur.¹⁵ Diyabet tedavisinin etkinliğini, tıbbi denetim kadar, hasta ve ailesinin bilgi düzeyi de belirler. Hasta eğitimi tedavinin yardımcısı değil, kendisidir. Hastalıkla ilgili bilgilendirme ve eğitimin, hastalığa uyuma katkı sağladığına ilişkin bulguların yanı sıra tek başına eğitimin herhangi bir katkı sağlamadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^{16,17} Diyabetik ayak gibi morbiditeyi etkileyen, tedavisi pahalı bir çok komplikasyon sadece hastaların bilgilendirilmesi ve eğitimi ile önlenemez.¹⁸ TUR-DEP çalışması, diyabet farkındalığının artırılması, Akdeniz tipi beslenme, fiziksel aktivitenin artırılmasını içeren yaşam tarzı değişikliklerinin önemini vurgulamaktadır.³ İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadınlar, özbakımda daha iyidirler: Bu durum, kadınların ailedeki bakım sorumluluğu ile ilgili olabilir; eş ve/veya çocuklarına bakan kadın bu rolüyle erkeğe göre sağlık bakımıyla daha yakından ilgilidir. Yapılan bir çalışmada, kadın ve erkeğin farklı psiko-sosyal, davranışsal ve klinik özellikleri olduğu, kadınların diyabet eğitimi ve ekibinden daha çok yararlandığı, diyabetle ilgili eğitimin erkekler ve kadınlar açısından farklı şekilde yapılandırılması ve erkeklerin daha çok desteklenmesi gerektiği öne sürülmüştür.¹⁹ Hastaların özbakım bilincinin yaşla birlikte artışı, zamanla hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmeye bağlanabilir. Özbakım puanının, 70 yaşından sonra –anlamlı derecede olmasa da – düşmesi dikkat çekicidir; bu durum, kişinin yaşlılıkta kendine bakamaması ile ilgili olabilir. Bunu destekleyen bir diğer bulgu da bu grupta, hipoglisemide ve komplikas-

yonlarda ne yapacağını bilmeyenlerin düzeyinin anlamlı olarak yüksek olmasıdır: Yaşlı hastalardan çok, onlara bakım verenlerin bilgilendirilmesi yararlı olabilir.

İş hayatını sürdürebilmek için kendine bakma zorunluluğu, çalışanların özbakım puanlarının, çalışmayanlardan daha yüksek olmasını kısmen açıklayabilir. Özbakım puanı, gelir düzeyine göre anlamlı derecede değişmemesine rağmen, özbakımı kötü olanların %37.5'inin geliri 700 YTL'nin altında idi. Bununla birlikte her grupta, %21.6 ile %31.8 arasında değişen bir kesimin özbakımının kötü olması, ihmalin her gelir düzeyinde görülebileceğini ve uygun bilgilendirmenin gereğini düşündürmektedir.

Özbakım puanı ortalaması hastalığın süresi ile birlikte anlamlı derecede değişmektedir; ($p=0.024$). Hastalık süresi 5 yıldan az olanlar bir yana bırakılırsa, diyabet süresi 5-9 yıl arasında olan grubun özbakım puanı, diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. İlk tanı döneminde daha duyarlı olan hastaların bir süre sonra, komplikasyonların henüz ortaya çıkmadığı dönemde ihmalkar davranışları, sonrasında ise yaşanan komplikasyonların, özbakımı olumlu yönde etkilemesi söz konusu olabilir. Bir çalışma, çoğu diyabetlinin, komplikasyonlar ortaya çıkmadıkça hastalığın ciddiyetini algılayamadığını belirlemiştir.²⁰

Derinlemesine görüşmeler ve odak gruplarını kapsayan niteliksel bir çalışmada, diyabet hastaları; sık karşılaşılan komplikasyonların görme kaybı, böbrek yetersizliği, bacak ampütasyonu ve periferik dolaşım bozukluğu olduğunu söylediler.²¹ Benzer şekilde, çalışmamıza katılanların da en fazla bildikleri komplikasyonlar sırasıyla göz, ayak ve böbrek ile ilgili olanlardı. Diyabette ayak bakımı ($p=0.008$), komplikasyonlar ($p=0.004$) ve hipoglisemide yapılması gerekenler ($p=0.044$) ile ilgili bilgi sahibi olmayanların özbakım puanları anlamlı derecede düşüktü. Bu konularda anlamlı fark saptamayan çalışmalar da vardır.²² Bir çalışma, diyabet hastalarının ayak sağlığına ilişkin bilgilerini yetersiz, ayak bakımına ilişkin davranış puanlarını düşük bulmuştur.²³

Çalışmamıza katılan hastaların özbakım bilinci orta derecededir. Bireyin sağlık ve hastalık algısı davranışını etkiler. Bireyin hastalığının ciddiyetinin, yapılan önerileri yararlı bulup bulmamasının, bu konudaki inanç ve tutumunun, hastalığına ilişkin düzenlemelere aktif katılımını etkilediği, bunlar göz ardı edildiğinde, girişimlerin sonuçsuz kaldığı bildirilmektedir.²⁴⁻²⁶ Yaş, cinsiyet, sosyo-eko-

nomik durum, öğrenim düzeyi, diyabetin tipi ve süresi gibi değişkenlerin hastalığın ciddiyetini algılamayı, tedavi ve önerileri yararlı görmeyi etkileyebileceği bildirilmiştir.

Sonuç

Toplumun DM hakkında bilgilendirilmesi, sağlık çalışanlarının konuya duyarlılık göstermesi gereklidir. Kolay anlaşılabilir diyabet eğitimi kitapçıkları hastalara ve ilgili bireylere ulaştırılmalıdır. Benzer araştırmaların daha geniş gruplarla tekrarı, özbakım gücünün düşük ya da yüksek olmasının nedenlerine yönelik ayrıntılı çalışmalar yapılması önerilebilir.

Teşekkür

Çalışmadaki destekleri için öğrencilerimiz Hacı Murat Dursun, Zakir Vahabov, Mehmet Ali Derya, Müjdat Karabulut, Özgür Öcal, Öznur Tabak, Mehmet Şirin Türkoğlu, Yusuf Yılmaz, Kaan Arslan, Yakup Duran, Ömer Kocael, Alev Doğan, Sevil Akkaş, Belma Yıkılmaz, İlknur Gümüşbaş, Seher Vatansever, Murat Mansuroğlu'na teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2007 (Position Statement). *Diabetes Care* 2007; 30: 4-41.
- WHO Fact sheet N°312 September 2006.
- Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S ve ark. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 9: 1551-6.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-53.
- Lebovitz H. Diabetes mellitus ve ilgili sorunların tedavisi. Hasta Bakımında Diyabet Eğitiminin Rolü'nde. Çeviri ed. Satman İ. 4. baskı. İstanbul, Sigma Publishing, 2004; 110-5.
- Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. Diabetes mellitusta hasta eğitimi ve Takibi. *Türk Aile Hek Derg* 2002; 6: 132-6.
- Hannucharumcul S. Comparative analysis of Orem's and King's theories. *J Ad Nurs* 1989; 14: 365-72.
- Glasgow RE, Eakin EG. Issues in diabetes self-management. The Handbook of Behaviour Change'de. Ed. Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, McBee WL. 2. baskı. New York, Springer, 1998; 435-61.
- Glasgow RE, Anderson RM. In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough: something entirely different is needed. *Diabetes Care* 1999; 22: 2090-2.
- Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Res Theory Nurs Pract* 2005; 19: 217-30.
- Hartwey DL. Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. *J Adv Nurs* 1990; 15: 35-41.
- Simmons SJ. The health-promoting self-care, system model: Direction for nursing research and practise. *J Adv Nurs* 1990; 15: 62-6.
- Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *West J Nurs Res* 2004; 26: 813-24.
- Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *J Community Health Nurs* 2005; 22: 169-78.
- American Diabetes Association. Diabetes Management in Correctional Institutions (Position Statement). *Diabetes Care* 2006; 29: 159-66.
- Bruce DG, Davis WA, Cullc CA, Davis TME. Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community The Fremantle Diabetes Study. *J Diabetes Complications* 2003; 17: 82-9.
- Tekin O, Erarslan E, Işık B, Özkara A. Diyabetik hastalarda tedavi bariyerleri ve bunların glisemik kontroldeki önemleri: Ankara-Pursaklar bölgesinde kesitsel bir çalışma. *Yeni Tıp Dergisi* 2007; 24: 105-9
- Arıcı Ö, Şaşmaz S. Diyabetik hastalarda ayak bakımı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004; 24: 541-6.
- Gucciardi E, Wang SCT, DeMelo M, Amaral L, Stewart DE. Characteristics of men and women with diabetes. *Can Fam Physician* 2008; 54: 219-27
- Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarının algılamaları ile uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 5: 10-7.
- Lai WA, Chie WC, Lew-Ting CY. How diabetic patients' ideas of illness course affect non-adherent behaviour: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 296-302.
- Hawthorne K, Tomlinson S. Pakistani moslems with Type 2 diabetes mellitus: effect of sex, literacy skills, known diabetic complications and place of care on diabetic knowledge, reported self-monitoring management and glycaemic control. *Diabet Med* 1999; 16: 591-7.
- Batkin D, Çetinkaya F. Diabetes mellitus hastalarının ayak bakımı ve diyabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 6-12.
- Goodall TA, Halford WK. Self-management of diabetes mellitus: a critical review. *Health Psychol* 1991; 10: 1-8
- Kara B, Feşci H. Tip I diyabet hastalarının özbakım gücünün incelenmesi. *Sendrom* 2000; 12: 28-35.
- Nuovo J, Balsbaugh T, Barton S, Fong R, Fox-Garcia J, Levich B, Fenton JJ. Interventions to support diabetes self-management: the key role of the patient in diabetes care. *Curr Diabetes Rev* 2007; 3: 226-8.

Geliş tarihi: 01.08.2008

Kabul tarihi: 10.10.2008

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı 35340 İzmir

e-posta: nilgun.ozcakar@deu.edu.tr