

Editörden

Değerli Okuyucularımız,

Diyabet Obezite ve Hipertansiyon'da Hemşirelik" dergimizin sekizinci yılının birinci sayısıyla sizlere yeniden merhaba diyoruz.

Bu sayımızda da meslektaşlarımızın gelişmelerine katkı sağlayacak araştırma makaleleri ve diyabet, obezite ve hipertansiyon bakımına güncel yaklaşım sunan derleme makaleleri yer almaktadır. Bu konuda bize birbirinden değerli meslektaşlarımız yardımcı oldu.

Uzm. Hemş. Deniz Sarı ve Doç. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz "Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Metabolik Kontrol Parametreleri Yaşam Kalitesini Etkiler mi?" konulu araştırma makalesini meslektaşları ile paylaşmışlardır. Yrd. Doç. Dr. Azime Karakoç Kumsar ve Yrd. Doç. Dr. Feride Taşkın Yolmaz "Obezite ve Astım İlişkisi" konulu derleme makalesinde konunun önemini literatür doğrultusunda tartışmışlardır. Araş. Gör. Dr. Hamdiye Sürücü "Diyabet Özyönetim Eğitiminde Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolleri Etkili mi? konulu derleme makalelerinde güçlendirme için davranış değiştirme protokolünün etkinliğini araştırma sonuçları ışığında sunmuştur. Zeynep Erdoğan, Türkan Akyol ve Ebru Ofluoğlu "Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu araştırma makalesinde obez bireylere yönelik olumlu tutumlara sahip olduklarını belirlemişlerdir. Doç. Dr. Sibel Karaca Sivrikaya, Uzm. Hemş. Derya Çınar "Diyabet ve Kültürel Yaklaşım" konulu derleme makalelerinde diyabet eğitiminde kültürel yaklaşımın önemini vurgulamışlardır. Yrd. Doç. Dr. Sebahat Ateş, Yrd. Doç. Dr. Hale Tosun ve Suat Gezalan "Diyabetik Nöropati ve Bitkisel Tedavi" konulu derleme makalelerinde diyabetik nöropatilerin yönetiminde bitkisel tedavilerin yerini literatür doğrultusunda gözden geçirmişlerdir. Öğr. Gör. Mehtap Buğdaycı, Arş. Gör. Ezgi Eralp "Diabetes Mellitus ve Miyokard İnfarktüsü İlişkisi" konulu makalelerinde diyabet ve miyokard infarktüsü arasındaki ilişki incelenmiştir. Yrd. Doç. Dr. Saadet Can Çiçek, Doç. Dr. Yasemin Yıldırım Usta, Hemş. Satı Can ve Hemş. Nazmiye İkbal Berto "Kronik Hastalık Yönetimi ve Karar Destek Sistemleri" konulu derleme makalelerini meslektaşları ile paylaşmışlardır. Uzm. Hemş. Behice Kahraman "Steroid Kullanımına Bağlı Diyabet ve Hemşirelik Bakımı konulu: Olgu Sunumu" konulu olgu makalesinde steroid kullanımına bağlı gelişen bir Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı olgusu sunulmuştur. Emine Kol ve Fatma Arıkan "Watson İnsan Bakım Modeli Işığında Diyabet Tanısı Almış Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu" nda Model doğrultusunda olgunun tedaviye uyumu ve bakımını tartışmışlardır. Uzm. Hem. Nurdan Yıldırım, Doc. Dr. Şenay Savaş Erdeve, Doc. Dr. Semra Çetinkaya, Çocuk Psikiyatrisi Uzm. Dr. Yetiş Işıldar, Psikolog Meriç Onbaşıoğlu ve Uzm. Dr. Havva Nur Peltek Kendirci, Hem. Sevim Kocak, Prof. Dr. Zehra Aycan "Diyabetes Mellituslu Munchausen ve Munchausen by Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi" konulu makalelerinde konuyu dokuz olgu serisiyle konunun önemine dikkat çekmişlerdir.

Tüm yazarlarımız ve bu sayının hazırlanmasında emeği geçen danışma kurulu üyelerine teşekkür ederim. Gelecek sayılarımızda da sizlerden gelecek farklı değerlendirmeler ve araştırmalarla yeniden birlikte olmak üzere sağlıklı kalın...

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, GAZİANTEP

Dergi Adı

Hemşirelik Forumu

Diyabet, Obezite ve

Hipertansiyon

(Özel sayı)

İmtiyaz Sahibi ve

Genel Yayın Yönetmeni

Bahattin ÇİBİR

Yayın Türü

Yerel - Süreli - İki ayda bir

Yönetim Yeri

Cihangir Mah. Pürtelaş Sokak

Köşe Palas Apt B Blok No: 1 D: 2

Taksim - İSTANBUL

Tel: (0212) 661 61 46

www.bilmedya.com

yazi.isleri@bilmedya.com

bilmedya@bilmedya.com

Yayına Hazırlık

Merajans Ltd. Şti.

Basım Yeri

Gülmat Matbaa

Mücellit ve Baskı Hizmetleri

Litrosyolu 2. Matbaacılar Sitesi

E Blok Kat: 3 No: 4

Topkapı - İSTANBUL

Dergimizde yayınlanan yazı, fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu yazarına aittir, kaynak gösterilerek kullanılabilir.

Dergimiz basın meslek ilkelerine uymaktadır.

Hemşirelik Forumu

Bilmedya Grup yayınıdır

ISSN 1301-9880

Cilt 8 - Sayı 1

Ocak - Haziran 2016

İçindekiler

- 1 Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Metabolik Kontrol Parametreleri Yaşam Kalitesini Etkiler mi?**
Uzm Hemş. Deniz SARI, Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
- 11 Obezite ve Astım İlişkisi**
Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR
Yrd. Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ², Prof. Dr. Nermin OLGUN
- 16 Diyabet Özyönetim Eğitiminde Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolleri Etkili mi?**
Araş. Gör. Dr. Hamdiye ARDA SÜRÜCÜ
- 24 Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**
Zeynep Erdoğan, Türkan Akyol Güner, Ebru Ofluoğlu
- 30 Diyabet ve Kültürel Yaklaşım**
Doç. Dr. Sibel Karaca Sivrikaya, Uzm. Hemş. Derya Çınar
- 38 Diyabetik Nöropati ve Bitkisel Tedavi**
Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ, Yrd. Doç. Dr. Hale TOSUN
Suat GEZALAN, Prof. Dr Nermin OLGUN
- 42 Diabetes Mellitus ve Miyokard İnfarktüsü İlişkisi**
Prof. Dr. Nermin OLGUN, Öğr. Gör. Mehtap BUĞDAYCI
Arş. Gör. Ezgi ERALP
- 46 Kronik Hastalık Yönetimi ve Karar Destek Sistemleri**
Yrd. Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK, Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
Hemşire Satı CAN, Hemşire Nazmiye İkbal BERDO
- 54 Steroid Kullanımına Bağlı Diyabet ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**
Uzm. Hemş. Bahice KAHRAMAN
- 58 Watson İnsan Bakım Modeli Işığında Diyabet Tanısı Almış Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu**
Emine KOL, Fatma ARIKAN
- 67 Diyabetes Mellituslu Munchausen ve Munchausen by Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi**
Uzm. Hem. Nurdan Yıldırım, Doc. Dr. Şenay Savaş Erdeve
Doc. Dr. Semra Çetinkaya, Uzm. Dr. Yetiş Işıldar
Psikolog Meriç Onbaşıoğlu, Uzm. Dr. Hawva Nur Peltek Kendirci
Hem. Sevim Kocak, Prof. Dr. Zehra Aycan
- 75 İçimizden Biri: İyi Ki Varsınız**

Danışma Kurulu

Editör

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı/GAZİANTEP

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Sevgi OKTAY
Diyabet Hemşireliği Derneği
Onursal Başkanı, İ.Ü. Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim
Dalı Emekli Öğretim Üyesi/İST.

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN

İ.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı/İSTANBUL

Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/İSTANBUL

Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÇOŞANSU

İ.Ü. Florence Nightingale

Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği

Anabilim Dalı/İSTANBUL

Uz. Hemşire Dr. Selda ÇELİK

İstanbul Üniversitesi İstanbul

Tıp Fakültesi İç Hastalıkları

Anabilim Dalı Diyabet Eğitim

Hemşiresi/İSTANBUL

Uz. Hem. Feride Badur GÖRÜRGÖZ

Diyabet Hemşireliği Derneği

Yönetim Kurulu Üyesi/İSTANBUL

Uz. Hemşire Belgin BEKTAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hastanesi Diyabet Eğitim

Hemşiresi/İZMİR

Uz. Hemşire Hülya DEMİR

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi

Diyabet Eğitim Hemşiresi/

İSTANBUL

Uz. Hemşire Gülay BAYRAK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Uygulama ve Araştırma

Hastanesi/SAMSUN

Uz. Hemşire Nurdan YILDIRIM

Dr. Sami Ulus Çocuk

Hastanesi Diyabet Eğitim

Hemşiresi/ANKARA

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Emekli Öğretim Üyesi /ANKARA

Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK

Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/GAZİANTEP

Prof. Dr. Hediyet ARSLAN ÖZKAN

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU

Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/GAZİANTEP

Prof. Dr. Sevim BUZLU

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale

Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği

Anabilim Dalı/İSTANBUL

Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Prof. Dr. Zehra DURNA

Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Prof. Dr. Aynur ESEN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Bahçeşehir Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İSTANBUL

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Emekli Öğretim Üyesi/ANKARA

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Emekli Öğretim Üyesi/İZMİR

Prof. Doç. Dr. Gülten KAPTAN

Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı / İSTANBUL

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU

Acıbadem Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/SİVAS

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/GAZİANTEP

Prof. Dr. Mehtap TAN

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/ERZURUM

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/KAYSERİ

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/EDİRNE

Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL

Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı/İSTANBUL

Prof. Dr. Bilsen YÜRÜGEN

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Doç. Dr. Aysel BADIR

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/MANİSA

Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale

Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL

Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

Gediz Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Doç. Dr. Sakine BOYRAZ

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Y.okulu

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/AYDIN

Doç. Dr. Güleendam KARADAĞ

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği

Anabilim Dalı/GAZİANTEP

Doç. Dr. Nesrin NURAL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İç Hastalıkları Anabilim Dalı/TRABZON

Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı/İSTANBUL

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale

Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Öğretim

Anabilim Dalı/İSTANBUL

Yrd. Doç. Dr. Zeliha TÜLEK

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale

Hemşirelik Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı/İST.

Yazarlara Bilgi

GENEL BİLGİLER

Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, konu başlıkları ile ilgili araştırma makaleleri, derleme makaleleri, olgu sunumları, editöryel tartışmalar, editöre mektuplar, eğitsel çalışmalar, soru-cevaplar ve gündemi belirleyen güncel konuları yayınlayan bilimsel bir dergidir.

Derginin yayın dili Türkçedir ve makaleler Türk Dil Kurumu'nun dilbilgisi ve imla kurallarına göre yazılmalıdır. Kongre ya da sempozyumda sunulmuş ise kongrenin adı, tarihi ve düzenlendiği şehir ilk sayfada dipnot olarak belirtilmelidir.

Yayın hakkının Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu'na devri için geliştirilen form yazar(lar) tarafından imzalanmalıdır. Dergiye yayınlanmak üzere gönderilecek yazı çeşitleri şu şekilde özetlenebilir.

a. Araştırma Makaleleri

Bilimsel araştırma sürecini tamamlamış ve raporlandırılmış makale türüdür. Tez, bilimsel toplantıda sunulan sözel/poster bildirisi vb. bu kategori içinde yer almaktadır.

b. Derleme Makaleleri

Uluslararası ve ulusal kaynaklardan yararlanarak, konu ile ilgili temel tartışmaların ortaya koyulduğu ve yazarların tartışmalar ile ilgili görüşlerini belirttiği makale türüdür. Doğrudan ya da davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır.

c. Olgu Sunumları

Ender görülen, tanı, tedavi ve bakımında farklılık gösteren, bakım kalitesini artırmaya yönelik yeni ve farklı yaklaşımları tartışan makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğrafı ve şemaları desteklenmiş olmalıdır.

d. Editöryel Yorum

Yayımlanan orijinal araştırma makaleleri ile ilgili, araştırmanın yazarları dışındaki o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. Konu ile ilgili makalenin sonunda yayınlanır.

e. Editöre Mektup

Dergide daha önceden yayımlanmış makaleye katkıda bulunmak amacıyla Editöre yazılan mektuptur.

Yayımlanmak Üzere Dergiye Gönderilen Yazılarda Dikkat Edilecek Noktalar

- Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Dergisi'nin yazım kuralları Amerikan Psikoloji Derneği (APA) yazım kuralları temel alınarak belirlenmiştir.
- Dergide yayımlanması istenen metin Microsoft Word programında, Times New Roman yazı karakterinde, sayfanın tek tarafının kullanıldığı, (A4) boyutlarında (21x29,5 cm.) beyaz kağıda her yanından 2,5 cm. boşluk kalacak şekilde 12 punto ve 2 satır aralığı ile yazılmalıdır. 3 kopya (tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte) Yazılarn 3 nüsha (2'inde yazar isim(leri), unvan(lar) ve kurum(lar) olmayacak) lazerli çıktısına metnin aynen yer aldığı bir CD ile (kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda) etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.
- Araştırma ve derleme makaleleri 5000 kelimeyi, editöre mektup 700 kelimeyi geçmemelidir. Bu sınırlamada özet, kaynaklar, tablo, şekil, grafik ve teşekkür bölümleri yer almaz. İlk sayfa hariç diğer sayfalar numaralandırılmalıdır.
- Her metnin bir başlık sayfası bulunmalı; yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını, yazarların açık adlarını, unvanlarını, kurumlarını, yazışma yapılacak yazarın adı, adresi, telefon ve faks numaraları ile elektronik posta adresini içermelidir.
- Kısaltmalar metinde kısaltma yapılmış ise ilk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve kısaltılmış şekli parantez içinde gösterilmelidir.

Makalenin Yapısı

Makale, makalenin adı, Türkçe ve İngilizce özet, ana metin, kaynaklar, tablolar, şekil ve grafik bölümlerinden oluşmaktadır. Gerekli olduğu durumlarda (örneğin, ölçek geliştirme ya da geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında) ekler de yer alabilmektedir. Ana metin: a) giriş ve amaç b) gereç ve yöntem c) bulgular d) tartışma e) sonuç ve öneriler bölümlerinden oluşmaktadır. Bu bölümler büyük harf ve koyu renk ile ayrı bir sayfadan başlanarak yazılmalıdır.

Makalenin Adı: Metnin geneli ile ilişkili olmalı ve ele alınan konuyu yansıtmalıdır. Makalenin adının altına yazar isimleri eklenmemelidir.

Özet: Türkçe ve İngilizce (Abstract) olarak yazılmalı ve 200 kelimeyi aşmamalıdır.

Amaç, gereç-yöntem, bulgular ve tartışma sonuç ve öneriler bölümlerinden oluşmalıdır. Kısaltma kullanılmamalı ve kaynak gösterilmemelidir.

Anahtar kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerin altında (en az 3, en fazla 5 adet) belirtilmelidir. Kelimeler küçük harf ile alfabetik dizine göre sıralanmalıdır.

Giriş: Konu ile ilgili uluslararası ve ulusal literatüre dayalı problemin tanımı yapılır. Konu

ile ilgili önceki çalışmalar kısaca özetlenerek bu çalışmaya neden gerek duyulduğu açıklanır. Çalışmanın temel hipotezi ya da ana sorunsalları açık olarak belirtilir. Bir cümle ile makalenin genel amacı belirtilmelidir.

Gereç-Yöntem: Araştırma tasarımı, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, verilerin toplanması, verilerin değerlendirilmesi ve araştırmanın sınırlılıkları bölümlerinden oluşur. Araştırmanın etik boyutu açıklanmalıdır. Makalelerde araştırma ve yayın etiğine uyulmalıdır.

Bulgular: Çalışmanın temel sonuçları, istatistiksel sonuçları ve bunların anlamlı olup olmadığı ile birlikte verilir. Çalışmada kullanılan önemlilik testleri açık olarak yazılmalıdır. Tablo, şekil, grafiklerin yerlerinin belirtilmesi gerekir.

Tartışma: Sonuçların anlamı, bu sonuçların hangi bilgileri desteklediği, hangi bilgileri çürüttüğü, kaynaklar ile desteklenerek gösterilir. Karmaşık istatistikler ve bulgular sadeleştirilerek, bulguların şu andaki hemşirelik bakımına etkileri tartışılır. Bulgular ve tartışma ayrı bölümler halinde yazılmalıdır.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç ve öneriler ayrı başlıklar altında, araştırma bulgularına dayalı olarak yazılmalıdır. Öneriler, konu ile ilgili araştırma yürütecek araştırmacılara yol gösterici nitelikte olmalıdır.

Teşekkür: Bu bölüm gerekli olduğu durumda kullanılmalıdır. Araştırma finansal olarak bir kurum tarafından desteklendi ise, araştırmada anketör kullanılması gibi benzeri yardımlar alındı ise bu ve benzeri durumlarda teşekkür makalenin sonunda yer almalıdır.

Kaynaklar

Metin içinde kaynak gösterme:

- Cümle sonunda kaynak gösteriminde, yazar soyadı ve yayın yılı arasında virgöl kullanılmaktadır. Örneğin, (Olgun, 2006). Eğer alıntı belirli bir sayfadan yapıldıysa, (Özcan, 2007, s. 11).
- Birden fazla farklı kaynak kullanıldı ise kaynaklar alfabetik dizine göre sıralanmalı, kaynaklar arasında noktalı virgöl konulmalıdır. Örneğin, (Erdoğan, 2005; Oktay ve Özcan, 2002).
- Alıntı yapılan kaynaklardan aynı soyadlı yazarlar mevcutsa ve alıntının yayın yılı farklı ise, cümle sonunda ya da cümle içinde yazar isimlerinin baş harfi belirtilmelidir. Örneğin cümle sonunda (E. Aslan 1988 s.22; H. Aslan 1987, s.421) şeklinde belirtilmelidir.
- Beş yazara kadar bir kaynaktan alıntı yapıldığında, ilk kaynak gösteriminde üç yazar belirtilip, daha sonraki cümlelerde sadece tek yazarın soyadı "ve ark./et al" biçiminde belirtilmelidir.
- Kaynak iki yazarlı ise cümle sonunda (Choi ve Shi, 2001) olarak, cümle içinde ise Choi ve Shi (2001) şeklinde kullanılmalıdır.
- Yazarı olmayan bir kaynaktan cümlenin sonuna parantez içerisinde makalenin başlığı ya da kaynağın giriş cümlesi ve yayın yılı, gerekli olduğu durumlarda sayfa numarası da belirtilmektedir. Örneğin, (Diabetes Management, ADA, 2005).
- Kaynağın yazar adı ve soyadı belirli değilse, elektronik adres cümle sonunda belirtilmelidir. Örneğin, (www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/f1dgch2b.htm#Empower)

Metin sonunda kaynak gösterme:

- Kaynaklar bölümünde kaynakların sıralanması yazar soyadlarına göre alfabetik olarak yapılmalı ve tüm yazarlar yazılmalıdır.
- Aynı yazarın, aynı tarihte yayınlanmış iki yayınından yararlanıldı ise, yayın tarihinden sonra (a) ve (b) ibareleri ile belirtilmesi gerekmektedir. Örneğin, Ferrans, C.E.; Povvers, M.S. (1985a) Quality of life Index: Development and psychometric properties, Advances in Nursing Science 8(1);15-24. Ferrans, C.E.; Povvers, M.S. (1985 b) Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing and Health 15; 26-36.
- Kaynak bir dergiden alınmış ise, yazar soyadı ve adının ilk harfi, basım tarihi, makalenin başlığı, derginin tam adı, cilt ve sayısı, ilk ve son sayfa numaraları yazılmalıdır. Örneğin, Gotzsche, P. (2000) Why we need a broad perspective on meta-analysis, BMJ 321, 585-586.
- Kurum adı veya yazarın belli olan kitabın kaynak gösterilmesi: Kurum adı, ya da yazarın soyadı, adının baş harfi, basım yılı, makale başlığı, varsa makalenin alt başlığı, kitabın birden fazla baskısı varsa baskı sayısı, yayımlandığı yer, yayınevi mutlaka yer almalıdır. Örneğin: Whitehead, A. (1998). Science and the modern world. Free Press, New York.
- Editörlü bir kitabın bir bölümünden alıntı yapılmış ise, editör ve yazarın ayrıntılı bilgisi basım yeri verilmeli ve kaçınıcı basım olduğu belirtilmelidir. Türkçe kaynaklarda aynı şekilde editör (Ed) ile kısaltarak belirtmeniz gerekmektedir. Örneğin, Olgun, N. (2002) Hipoglisemi ve hiperglisemi. S.Erdoğan (Ed.), Diyabet hemşireliği temel bilgiler. İstanbul: Yüce reklam/yayım/dağıtım a.ş.

• Çeviri kitap ise:

Freud, S. (1970) An outline of psychoanalysis (J. Strachey, Trans.). New York: Norton. (Original work published 1940).

• İnternet ortamından bir kitap ise,

Beers, M. H., Berkow, R. (1999). Mood disorders. In The Merck manual of diagnosis and therapy (17th ed., sec. 15, chap. 189). Retrieve January 17, 2003, from <http://www.merck.com/pubs/mmanual/section15/chapter189/189a.htm>

• Tezler:

Çil Akıncı, A. (2008). KOAH'lı hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyonun fiziksel ve psikolojik parametrelere etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

• Elektronik ortamda elde edilen bir tez özeti ise,

Embar-Seddon, A. R. (2000). Perceptions of violence in the emergency department. (Abstract). Dissertation Abstracts International, 61 (02), 776A. Retrieved August 23, 2001, from <http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit>

• Bildiri sunumu:

Olgun, N., Koçak Kaymaz, D. (Ağustos 2006) To be acquired of foot caring skill to the type 2 diabetic patients. FEND 11th Annual Conference, Kopenhag.

• Kongre kitabında yayımlanan bildiri:

Olgun, N. (2007) Diyabette vaka yönetimi. 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kongre Kitabı. 5-9 Eylül 2007, Antalya, 328-29.

• Elektronik ortamda kullanılan kaynak bir üniversite ya da web sayfasından alındı ise,

Chou, L., McClintock, R., Moretti, F., Nix, D. H. (1993). Technology and education: New wine in new bottles: Choosing pasts and imagining educational futures. Retrieved August 24, 2000, from Columbia University, Institute for Learning Technologies Website:

<http://www.ilt.columbia.edu/publications/papers/newwine1.html>.

Tablolar, Grafikler, Şekiller

Kaynaklar bölümünden sonra, her bir tablo, grafik, şekil ayrı bir sayfada yer almalıdır. Her bir tablo, grafik, şekil bir sayfaya sığdırılmalı, gerekirse yazı aralığı ve karakteri küçültülmelidir. Tablo başlıkları koyu ve küçük harfler ile üste, grafik ve şekillerin başlıkları ise alta yazılmalıdır.

Önemli Not

Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Formuna makale gönderilirken ekte yer alan "Editöre Sunum Sayfası Son Kontrol Listesi"nin doldurulması ve "Yayın Hakları Devir Formu"nun tüm yazarlar tarafından imzalanması gerekmektedir.

EDİTÖRE SUNUM SAYFASI SON KONTROL LİSTESİ

Makalenin Türü

() Araştırma () Derleme () Olgu Sunumu () Diğer.....

1. Başka bir dergiye gönderilmedi ()
2. Sponsor veya ticari bir firma ile ilişkisi () Yok () Var
3. İstatistiksel kontrol yapıldı ()
4. Yayın hakları devir formu imzalandı ()
5. Daha önce basılmış materyal için izin alındı ()
6. Etik kurallara uygunluğu gereç ve yöntemde belirtildi ()

Kapak Sayfası

7. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı ()
8. Yazarlar ve kurumları belirtildi ()
9. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, cep tel, e-posta belirtildi ()

Özetler

10. Türkçe ve İngilizce özet (en fazla 200 kelime) yazıldı ()
11. 3-5 arası anahtar kelime (Türkçe-İngilizce) belirtildi ()

Yazım Dili

12. Türkçe ve İngilizce dil bilgisi kurallarına uygunluğu kontrol edildi ()

Teşekkür

13. Makalede teşekkür edilecek kişi/kişiler varsa belirtildi ()
(Araştırmaya katkı sağlayan ve/veya *İstatistiksel yönden değerlendiren kişinin ismi)

Kaynaklar

14. Kaynak gösterimi metin içinde ve metin sonunda belirtilen kurallara uygun olarak yapıldı ()

Tablo ve Resimler

15. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı (en fazla 5 tablo) ()
16. Başka kaynaklardan alınan şekil, resim, tablolar için yazarından Yazılı izin alındı ()

* İstatistik değerlendirmeyi yapan uzmanın onayı (makalede yer alan yazarlardan biri değilse belirtilmelidir.)

Unvanı, adı-soyadı-çalıştığı kurum:
İmzası

Yazarların unvanı, adı-soyadı, çalıştığı kurum

İmzası

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

YAYIN HAKLARI DEVİR FORMU

Yayınlanması dileğiyle gönderdiğimiz:

.....
.....

başlıklı makalenin yazar(lar)ı olarak, yazının; her türlü yayın haklarının "Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik" Dergisine ait olduğunu, derginin belirttiği yazım ve yayın kurallarına uygun olduğunu, makalenin daha önce yurtiçinde veya yurtdışında Türkçe veya yabancı bir dilde yayınlanmadığını veya yayınlanmak üzere değerlendirme aşamasında olmadığını, bilimsel ve etik sorumluluğunun tarafımıza ait olduğunu, diğer yazarlara ulaşılamaması halinde, tüm yazarların çalışmadan haberdar olduklarını ve diğer yazarların sorumluluklarını, makalenin birinci yazarı olarak üzerime aldığımı kabul ve beyan ederim. / /

Yazarların unvanı, adı-soyadı, çalıştığı kurum

İmzası

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Tüm yazarlar makalede belirtilen sıraya uygun olarak bu formu imzalamalıdır.

Tip 2 Diyabetli Hastalarda Metabolik Kontrol Parametreleri Yaşam Kalitesini Etkiler mi?

Uzm Hemş. Deniz SARI¹, Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ²

¹Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Diyabet Polikliniği, MANİSA.

²Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, MANİSA.

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı; tip 2 diyabetli hastalarda metabolik kontrol parametrelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın örneklemini tip 2 diyabetli 195 hasta oluşturdu. Araştırma verileri; hasta tanıtım formu ve Diyabetli Hastalar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (DQOL) ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %63,1 kadın olup yaş ortalaması $56\pm 9,84$ yıl ve diyabet süreleri ortalaması $10,43\pm 6,99$ yıldır. HbA1c ortalaması $9,19\pm 2,05$, toplam DQOL ölçeği puan ortalaması $165,71\pm 16,92$ 'dir. Beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c düzeyleri azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Toplam yaşam kalitesi puanları ile yaş ve medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksektir.

Sonuç ve öneriler: Diyabetli hastalarda metabolik kontrol parametreleri yaşam kalitesini etkilemektedir. Buna göre; diyabetli hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmek için metabolik kontrol parametrelerinin hedef düzeylerde tutulmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Diyabet, yaşam kalitesi, metabolik değişkenler

Abstract

Is Effect of Metabolic Parameters on Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes?

Objective: The aim of this study was to evaluate whether effecting of metabolic parameters on quality of life in patients with type 2 diabetes or not.

Material and method: This study included 195 patients with type 2 diabetes. We collected data from subjects via Patient Introduction Form and Quality of Life Questionnaire (DQOL) for patients with type 2 diabetes by face to face interview method. T-test, ANOVA and Pearson correlation analysis were used for data analysis.

Results: 63.1% of the patients were female, mean age was $56 \pm 9,84$ and mean duration of diabetes was $10,43 \pm 6,99$ years. The mean HbA1c level was $9,19 \pm 2,05\%$, mean total DQOL score was $165,71 \pm 16,92$. In patients with type 2 diabetes, increased quality of life was associated with reduced body mass index, fasting blood glucose, urea, creatinine, albuminuria and Hba1c levels. There was no significant correlation between total quality of life score and marriage status. The quality of life of men was higher than women.

Conclusion: The metabolic parameters have an effect on quality of life in patients with type 2 diabetes. We suggest that the metabolic parameters should be kept the target levels for improving the quality of life in patients with type 2 diabetes.

Key words: Type 2 diabetes, quality of life, metabolic parameters.

Giriş ve Amaç

Diyabet çok yaygın görülen kronik bir hastalıktır. International Diabetes Federation (IDF) verilerine göre; sayısının tüm dünyada 382 milyon diyabetli birey bulunmakta, eğer gereken önlemler alınmazsa bu sayı 2035 yılında 592 milyona ulaşabileceği ileri sürülmektedir (IDF 2013). Ülkemizde diyabet epidemiyolojisi ile ilgili Satman ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışmasında (TURDEP-I) diyabet prevalansı %7 olarak saptanmıştır. Bunların %32.3'ünün yeni diyabet vakası olduğu bildirilmektedir (Satman ve ark. 2002). Yine Satman ve arkadaşları tarafından 2010 yılında TURDEP-II çalışması yapılmış; bu çalışmada ise diyabet prevalansı %13.7 olduğu bildirilmiştir. İki çalışma arasında geçen sekiz yılda diyabet prevalansı %90'lık artış göstermiştir (Satman 2010).

Diyabet yaygın bir hastalık olmakla birlikte akut komplikasyonları yanı sıra uzun dönemde renal, retinal, vaskü-

ler ya da nöropatik bozukluklara yol açan morbidite ve mortalite riski yüksek bir hastalıktır. Bu nedenle, diyabet akut komplikasyonları ile yaşamı tehdit edebildiği gibi, kronik komplikasyonları ile de yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (Sundram ve ark. 2007; Fu, Qiu, Radican ve ark. 2011). Hastayı diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarından korumak, tedavi maliyetini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için hastaların eğitimi ve düzenli izlemi önemlidir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tarafından diyabetli hastanın izleminde ve metabolik kontrol parametrelerinde yeni hedefler bildirilmiştir. Buna göre; HbA1c<%7, açlık kapiller plazma glikozu<180 mg/dl, trigliserid<150 mg/dl, kadınlarda HDL>50mg/dl, erkeklerde HDL>40mg/d, LDL<100mg/dl, hastada kanıtlanmış kardiyovasküler hastalık varsa LDL hedef değeri<70 mg/dl olması önerilmektedir (ADA 2012). Günümüzde, diyabetik hastaların metabolik kontrol parametreleri yansıra psikososyal açıdan da değerlendirilmesinin gerekliliği kabul edilmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi konularına ilgi giderek artmaktadır. Diyabet Atlas'ında da diyabetli bireylerin düzenli aralıklarla yaşam kalitesi yönünden uygun ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin sonuçlarının hastayla paylaşılması gerektiğini vurgulamaktadır (IDF 2013).

Yapılan bazı çalışmalarda; diyabetli bireylerde diyabet süresi ve diyabet tipinin yaşam kalitesini etkilemediği bildirilirken (Rubin ve Peyrot 1999), bazılarında aksine insülin kullanmanın ve 10 yıldan uzun diyabet süresinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (Daher, AlMashoor ve Winn 2015) bildirilmiştir. Buna karşın diyabete özgü retinopati ve nöropati gibi kronik komplikasyonların varlığının (Daher, AlMashoor ve Winn 2015), makrovasküler ko-morbid durumların (Fu ve ark. 2011) ve hiperglisemik semptom sıklığının (Tabaei ve ark. 2004) veya hipoglisemik atak sıklığının (Hajos ve ark. 2012) yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Ayak ampütasyonu olan bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutu ile depresyonu olanların yaşam kalitesinin mental alt boyutu daha

kötü olduğu (Laiteerapong ve ark. 2011), diyabetik ayak yarası olmayan hastalara göre, diyabetik ayak yarası olan hastaların hem hastalığa psikososyal uyumları hem de metabolik kontrol parametrelerinin daha kötü olduğu (Akça ve Çınar 2008) bildirilmiştir. Düzenli ayak bakım eğitimi ve muayenesi ile diyabetlilerde olumlu ayak bakım alışkanlığı geliştirilebileceği, diyabetik ayak riskinin azalacağı gösterilmiş, ayak muayenesin sırasında duyu testinin yapılması, ayak problemlerinin erken tanınması ve tedavisinin sağlanması önerilmiştir (Koçak Kaymaz ve Olgun 2009). Ayrıca, tip 2 diyabetli bireylerde egzersiz uyumun yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ancak diyet uyumun etkili olmadığı (Maddigan ve 2005), yaş, cinsiyet gibi bazı sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Rubin ve Peyrot 1999; Tabaei ve ark. 2004). Bazı çalışmalarda; glisemik kontrolü kötü olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu bildirilirken (Hajos ve 2012; Daher, AlMasoor ve Winn 2015), bazılarında glisemik kontrolün yaşam kalitesine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Sundaram 2007).

Literatürde tip 2 diyabetli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler ile ilgili birçok çalışma bulunmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Bu nedenle, bu çalışma tip 2 diyabet tanısı alan hastalarda metabolik kontrol parametrelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tip 2 diyabet hastalarında metabolik kontrolün yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma Şubat-Nisan 2014 tarihleri arasında, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Diyabet Hasta Eğitimi Polikliniği'nde yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni; Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Diyabet Hasta Eğitimi Polikliniği'ne başvuran 270 tip 2 diyabetli hastalardan oluştu.

Çalışmanın örnekleme; Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Diyabet Hasta Eğitimi Polikliniği'ne başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 195 tip 2 diyabetli hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri: ADA tanı kriterlerine göre tip 2 diyabet tanısı alma, oral anti diyabetik veya insülin tedavisi kullanma, 18-75 yaş arası olma, iletişim sorunu olmama, diyabetik ayak amputasyonu olmama ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmadır. Tip 1 diyabet tanısı olan, gestasyonel diyabeti olan, Cushing hastalığı ve diğer sekonder nedenlere bağlı diyabeti olan, ileri derecede karaciğer hastalığı olan, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı olan ve psikiyatrik hastalık tanısı alanlar çalışma dışı bırakıldı.

Araştırma Soruları

1. Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi) yaşam kalitesini etkiler mi?
2. Metabolik kontrol parametreleri iyi olan hastalar ile kötü olan hastaların yaşam kalitesi farklı mıdır?
3. Oral antidiyabetik kullanan hastalar ile insülin kullanan hastaların yaşam kalitesi farklı mıdır?
4. Kronik komplikasyon varlığı yaşam kalitesini etkiler mi?

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Hasta Tanıtım Formu ve Diabetes Mellitus Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life-DQOL) ile toplandı.

Hasta Tanıtım Formu: Yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi (BKİ), medeni durum, eğitim durumu gibi demografik özellikler ve doktor kontrolüne gitme sıklıkları gibi sorulardan oluşmaktadır

Diabetes Mellitus Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life-DQOL): Türk toplumu için geçerlilik ve güve-

nilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından (2007) yapılmıştır. DQOL ölçeği 45 soru ve 4 alt boyuttan (tedaviden memnuniyet, psikolojik etki, hastalığının gelecekteki seyri ve sosyal/mesleki kaygı) oluşmaktadır. Orijinal DQOL ölçeğinde olduğu gibi her bir boyut 1-5 puan arasında puanlandırılır. Psikolojik memnuniyet alt boyutunda (DQOL 22-24. sorular) 'çok memnun ediyor' yanıtı 1, 'hiç memnun etmiyor' yanıtı 5 puan olarak hesaplanırken, diğer boyutlarda 1 puan 'hiçbir zaman' yanıtı, 5 puan ise 'her zaman' yanıtı içindir. Tüm alt boyutlarda soruların yanıtlarına göre verilen puanların hesaplanması sonucunda 1 puana yakın puanlar yüksek yaşam kalitesini 5 puana yakın puanlar düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir. Ölçek toplam puanı en az 45 ve en fazla 225'tir. Ölçek toplam puanı ve her bir alt boyut puanları maddelerinin sayısına bölünmektedir. 1 puan 5 puan dönüştürülerek yüksek puanlar iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçeğin tüm alanları içerdiği genel Cronbach alfa değeri 0.89, alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri 0.80 ile 0.94 arasında değişmektedir (Yıldırım 2007).

Bu çalışmada DQOL ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulundu.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Sosyodemografik özellikler ve DQOL ölçeği verileri hastalardan, biyokimyasal veriler ise hasta dosyalarından elde edildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Veriler sayı (yüzde) veya ortalama \pm standart sapma (SS) ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Parametrik verilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi, iki grup karşılaştırmalarında t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ANOVA varyans analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven ara-

lığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı ve kurumdan araştırma için izin alındı. Çalışma hakkında hastalara bilgi verilerek çalışmaya katılmaya karar veren hastalardan Hasta Onam Formunu imzalamaları istendi.

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara, çalışmanın amacı hem sözlü hem de bilgilendirme formu ile açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara kendilerinden alınan bilgilerin isimleri kullanılmamak şartıyla yalnızca bu çalışma için kullanılacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı belirtildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 195 tip 2 diyabetli hastanın yaş ortalaması $56,66 \pm 9,84$ yıl olup %63,1 kadındır (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler (n=195)

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
<i>Kadın</i>	123	63,1
<i>Erkek</i>	72	36,9
<i>Medeni Durum</i>		
<i>Evli</i>	176	90,3
<i>Bekar</i>	19	9,7
<i>Eğitim Durumu</i>		
<i>Okur yazar değil</i>	33	16,9
<i>İlköğretim</i>	118	60,5
<i>Lise</i>	35	17,9
<i>Lisans ve Yüksek lisans</i>	9	4,6
<i>Yaş (yıl)</i>	Ort. \pm SS.	Min. - Maks.
	56,66 \pm 9,84	29 - 84

Hastaların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Hastaların diyabet yılı ortalaması $10,43 \pm 6,99$ (1-35) yıldır. Hastaların % 57,4’ü hastalığı hakkında daha önce eğitim aldığı, %37,9’unun düzenli doktor kontrolüne gitmediği, %59’u hipoglisemi atağı geçirdiği ve %56,4’ünde kronik komplikasyonların bulunduğu belirlendi. Bu kronik komplikasyonları; %27,7 retinopati, %26,7 nöropati, %19,5 nefropati, %14,9 kardiyovasküler hastalık ve %1,5’i diyabetik ayak oluşturmaktadır. Hastaların boy ortalamaları $162,42 \pm 9,28$ (143-188) cm, kilo ortalamaları $77,83 \pm 13,01$ (45-112) kg, beden kütle indeksi ortalamaları ise $29,89 \pm 4,86$ (18-47)’dir.

Hastaların kan biyokimyasına ilişkin verileri Tablo 2’de, yaşam kalitesi ve alt boyut puanları Tablo 3’de gösterildi.

Yaşam kalitesi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaş ile DOOL alt boyutlarından sosyal ve mesleki kaygı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunurken ($r=0,314$, $p<0.01$), toplam DOOL pu-

anları ve diğer alt boyutları arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0,05$).

Kadın ve erkekler arasında yaşam kalitesi alt boyutlarından tedavinin psikolojik etkisi ve hastalığının gelecekteki seyri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), tedaviden memnuniyet, sosyal ve mesleki kaygı ve toplam DOOL açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.05$, $p<0.05$ ve $p<0.05$). Buna göre; erkeklerin tedaviden memnuniyetleri ve yaşam kaliteleri kadınlardan daha iyi iken, kadınların sosyal ve mesleki kaygıları erkeklerden daha fazladır. Evli ve bekar hastalar arasında toplam DOOL ve alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ve alt boyutları farklı bulundu. Okur yazar olmayanların tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, hastalığının gelecekteki seyri, ve toplam DOOL puanları diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşük, lisans ve yüksek lisans mezunlarının sosyal ve mesleki kaygı puanları ise diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşüktür ($p<0,01$, $p<0.01$, $p<0.01$, $p<0,05$ ve $p<0.01$).

Yaşam kalitesi ve alt boyut puanları ile metabolik kontrol parametreleri arasındaki korelasyon Tablo 4’de gösterildi. Toplam DOOL ölçek puanları ile kolesterol, trigliserit, HDL ve LDL arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0,05$), beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Buna göre; beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c düzeyleri azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Ayrıca, beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça tedaviden memnuniyet artmakta, beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albumi-

Tablo 2: Kan Biyokimyasına İlişkin Veriler (n=195)

Değişkenler	Ort. ± SS.	Min.	-	Maks.
AKŞ (mg/dl)	196,50 ± 85,35	80		591
Üre (mg/dl)	33,15 ± 14,04	5		109
Kreatinin (mg/dl)	0,84 ± 0,31	0,43		3,11
Kolesterol (mg/dl)	200,60 ± 54,84	62,00		647,00
Trigliserit (mg/dl)	184,73 ± 122,51	44,00		779,00
HDL (mg/dl)	47,81 ± 12,41	7,00		95,00
LDL (mg/dl)	114,13 ± 36,11	11,00		240,00
Albuminüri (mg/24s)	55,34 ± 156,76	1,00		1684,00
HbA1c (%)	9,19 ± 2,05	5,60		17,40

Tablo 3: Yaşam Kalitesi ve Alt Boyut Puanları (n=195)

Toplam DOOL ve Alt Boyutları	Ort. ± SS.	Min.	-	Maks
Tedaviden memnuniyet	47,69 ± 7,79	27		70
Tedavinin psikolojik etkisi	68,71 ± 8,70	45		87
Hastalığının gelecekteki seyri	15,27 ± 2,43	10		20
Sosyal ve mesleki kaygı	34,03 ± 1,82	19		35
Toplam DOOL	165,71 ± 16,92	112		205

nüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça tedavinin psikolojik etkisi artmaktadır. Buna ilaveten, beden kütle indeksi, üre, albuminüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça hastalığın

gelecekteki seyri üzerinde duyulan kaygı da azalmakta, HDL kolesterol arttıkça sosyal ve mesleki kaygı düzeyi artmakta ve HbA1c ortalaması arttıkça sosyal ve mesleki kaygı düzeyi azalmaktadır (Tablo 4).

Diyabetin kronik komplikasyonu olan ve olmayan hastalar arasında sosyal ve mesleki kaygı açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), toplam DQOL puanları, tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi ve hastalığının gelecekteki seyri açısından fark bulundu ($p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,01$ ve $p<0,01$). Buna göre; komplikasyonu olmayan hastaların yaşam kalitesi komplikasyonu olan hastalardan daha iyidir.

Tartışma

Tip 2 diyabet tanısı alan hastalarda metabolik kontrol parametrelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada 195 tip 2 diyabetli hasta örnekleme alındı. Hastaların yaş ortalaması $56,66\pm 9,84$ (29-84) yıl olup %63,1 kadın, %90,3 evli ve çoğunluğu %60,5'lik oranla ilköğretim mezunudur. Literatürde de tip 2 diyabetli hastaların yaş ortalaması 57- 63 yıl olarak bulunmuştur (Martin ve ark. 2006; Hajos ve ark. 2012; Daher ve ark. 2015). Tip 2 diyabet sıklıkla yetişkinlerde görüldüğü için çalışmamızdaki yaş ortalaması bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadın diyabetlilerin oranı erkeklere göre biraz yüksek bulundu. Hajos ve ark. (2012) ise kadın erkek oranını (220/227) birbirine çok yakın bulurken, Daher ve ark. (2015) erkeklere göre kadın oranını daha yüksek bulunmuştur. Diyabetli kadın oranının yüksek olmasının nedeni, erkeklerin çoğunlukla bir işte çalışıyor olması ve poliklinik hizmetlerinden daha az yararlanmaları olabilir.

Hastalarımızın öğrenim düzeyi büyük çoğunluğunda oldukça düşüktür. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre ülkemizde kadınların %6,8'i, erkeklerin %1,4'ü okuma yazma bilmezken, kadınların %38,4'ü, erkeklerin %38,6'sı yüksek öğrenim mezunudur (TÜİK 2013). Yaptı-

Tablo 4: Yaşam Kalitesi ile BKİ ve Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki Korelasyon

	Beden kütle indeksi	Açık kan glukozu	Üre	Kreatinin	Kolesterol	Trigliserit	HDL	LDL	Albuminüri miktarı	HbA1c
Tedaviden memnuniyet	r	-0,315	-0,250	-0,193	-0,012	-0,042	0,056	0,049-	0,213-0,	405
	P	0,000***	0,000***	0,007**	0,870	0,564	0,437	0,497	0,004**	0,000***
Tedavinin psikolojik etkisi	r	-0,147	-0,346	-0,237	0,087	0,108-	0,061	0,128-	0,273-	0,330
	P	0,040*	0,000***	0,001**	0,228	0,134	0,396	0,076	0,000***	0,000***
Hastalığının gelecekteki seyri	r	-0,366	-0,156	-0,034	-0,012	-0,012	-0,088	0,045-	0,240-	0,185
	P	0,000***	0,030*	0,637	0,873	0,865	0,221	0,531	0,001**	0,010*
Sosyal ve mesleki kaygı	r	0,074-	0,038	0,089-	0,064-	0,064	0,158	0,032-	0,011-	0,199
	P	0,301	0,597	0,214	0,378	0,375	0,027*	0,655	0,887	0,005**
Toplam DQOL	r	-0,245	-0,311	-0,206	0,031	0,028-	0,001	0,098-	0,269-	0,404
	P	0,001**	0,000***	0,004**	0,671	0,702	0,986	0,173	0,000***	0,000***

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ ve $p<0,001$.

ğımız çalışmada; diyabeti hastaların %16.9'unun okuma yazma bilmediği, %60.5'inin ise ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Azak ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada; diyabetli bireylerin %43,5'i ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir. Hajos ve ark. (2012); yaptıkları çalışmada %50'sinin eğitim düzeyini düşük bulurken, Daher ve ark. (2015) çoğunluğunun eğitim düzeyini orta bulmuştur. Eğitim ile ilgili bulgularımız Azak ve arkadaşları, Hajos ve arkadaşlarının bulguları ile paralellik göstermektedir. Buna göre; diyabetli hastaların eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Bu bulgular, diyabet hemşiresi tarafından yapılan hasta eğitiminin, farklı eğitim gruplarında farklı yöntemlerin ve dilin kullanılarak yapılması gerekliliğini ortaya koymasından önemlidir.

Literatürde diyabetli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için çok farklı ölçüm araçları kullanılmış ve diyabetten dolayı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Maddigan ve ark. 2005; Fu ve ark. 2011; Laiteerapong ve ark. 2011; Hajos ve ark. 2012; Daher ve ark. 2015). Yaptığımız çalışmada; tip 2 diyabetli hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu, özellikle diyabet ile ilgili endişe, sosyal ve mesleki kaygı boyutunun daha kötü olduğu belirlendi. Çalışma sonuçlarımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgular, diyabetik hastalarda yaşam kalitesi ölçeklerinin izlem parametresi olarak kullanılması ve değerlendirilmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Tip 2 diyabetli hastalarda yaşam kalitesi sosyodemografik özellikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yaptığımız çalışmada; yaş arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal ve mesleki kaygı puanlarının arttığı belirlendi. Hastaların yaş ortalaması $56,66 \pm 9,84$ yıl olması nedeniyle çoğu hastada sosyal ve mesleki kaygıların artması beklenen bir sonuçtur. Literatürde sonuçlarımıza benzer şekilde yaş arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Rubin ve Peyrot 1999; Tabaei ve ark. 2004).

Çalışmamızda; erkeklerin tedaviden memnuniyet alt boyut puan ortalamaları ve toplam DQOL puan ortala-

malarının kadınlardan daha yüksek, kadınların sosyal ve mesleki kaygı endişe alt boyut puan ortalamaları ise erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı. Bunun nedeni; kadınların ev ile ilgili sorumluluklarının erkeklere göre daha fazla olması ve sosyal yaşamdaki rolleri olabilir. Benzer şekilde, erkelerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha iyi olduğunu gösteren başka çalışmalar bulunmaktadır (Rubin ve Peyrot 1999; Tabaei ve ark. 2004). Bunun tersine, Fadiloğlu ve ark. (2006) ise yaptığı çalışmada; yaşam kalitesi puanları açısından kadın ve erkek tip 2 diyabetli hastalar arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır.

Çalışmamızda; okuyazar olmayanların tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, hastalığının gelecekteki seyri ve toplam DQOL puanları diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşük, lisans ve yüksek lisans mezunlarının sosyal ve mesleki kaygı puanları ise diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşüktür. Bulgumuza göre; eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalıklarının yönetimini yapmada yetersiz kaldıkları ve buna bağlı olarak yaşam kaliteleri düştüğünü düşünmekteyiz. Ayrıca, lisans ve yüksek lisans mezunu olup bir mesleğin eğitimini almış olmak ve hastalık nedeni ile yetersizlik yaşamak sosyal ve mesleki kaygıları arttırdığını söyleyebiliriz.

Yaptığımız çalışmada; diyabetin kronik komplikasyonu olmayan hastaların yaşam kalitesi ve alt boyut puanları komplikasyonu olan hastalardan daha iyi olduğu belirlendi. Pala ve Eser (2004), diyabette yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada da komplikasyon sayısının fazla olması ve hipoglisemi deneyiminin sık olması düşük yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Daher ve ark. (2015); diyabete özgü retinopati ve nöropati gibi kronik komplikasyonların varlığının, Fu ve ark. (2011) makrovasküler ko-morbid durumların olmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirirken, Tabaei ve ark. (2004) hiperglisemik semptom sıklığının, Hajos ve ark. (2012) hipoglisemik atak sıklığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermişlerdir. Laiteerapong ve ark (2011) ise ayak

ampütasyonu olan bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutu ile depresyonu olanların yaşam kalitesinin mental alt boyutunun daha kötü olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlara göre; diyabetli hastanın eğitiminde düzenli kontrollerin önemi ve diyabete bağlı olabilecek komplikasyonlar ile baş etmeye yönelik konular hakkında daha fazla bilgi verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Düzenli kontrollerini yaptıran hastalarda, diyabete bağlı oluşabilecek komplikasyonlar daha erken tanılanabilecek, tedavi ve bakım planlanarak yaşam kalitelerinin bozulması önenebilecektir.

Diyabetli hastalarda metabolik kontrolün en iyi belirteçlerinden olan HbA1c ortalaması çalışmamızda $9,19 \pm 2,05$ olarak bulundu. IDF (2013)'e göre hedef HbA1c düzeyi %6,5'in altında, ADA (2012)'ya göre hedef HbA1c düzeyi ise %7'nin altında olması önerilmektedir. Çalışmamızda bulunan ortalama HbA1c düzeyi ADA ve IDF'in önerdiği hedef düzeylerin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu sonuç, diyabetli hastalarda metabolik hedeflere ulaşmakta ciddi sorunlar yaşandığını ve diyabetin kronik komplikasyonlarının oluşma riskinin çok yüksek olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Avrupa ülkelerinde yapılmış olan pek çok diyabette yaşam kalitesi çalışmasında hastaların metabolik açıdan bizim vakalarımız kadar kötü olmadığı görülmektedir (Redekop ve Koopmanschap 2002).

Diyabetik hastalarda metabolik kontrol parametreleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Yaptığımız çalışmada; HbA1c, açlık kan glikozu, serum üre, serum kreatinin ve albuminüri düzeyleri azaldıkça toplam yaşam kalitesi puanlarının arttığı belirlendi. Diyabetik hastada, mikroalbuminüri (idrarda albümin 30-300mg/gün) varlığı diyabetik nefropatinin başladığını gösterir (Olgun 2014). Albüminüri, serum üre ve kreatinin düzeylerinin yükselmesi diyabetik nefropatinin ilerlediğinin göstergesidir. Bu bulgumuz; kan glikozunun kontrol altında tutulması ve diyabetik nefropatinin önlenmesinin yaşam kalitesini iyileştirmedeki önemini göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca metabolik açıdan bu kadar kötü kontrollü ve

çok sayıda komplikasyona sahip hastalarda yaşam kalitesinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Yapılan bazı çalışmalarda; glisemik kontrolü kötü olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu bildirilirken (Hajos ve ark. 2002; Daher, AlMashoor ve Winn 2015), bazılarında glisemik kontrolün yaşam kalitesine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Sundaram ve ark. 2007).

Yaşam şekli değişikliği ile 'Diabetes Prevention Program (DPP)' çalışmasında; prediyabet evresindeki kişilerde %5-7 kilo kaybı ile diyabet gelişme riski %58 oranında azaldığı bildirilmiştir (DPP çalışması 2002). Yaptığımız çalışmada; beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça yaşam kalitesi alt boyutlarından olan tedaviden memnuniyet artmakta, beden kütle indeksi, açlık kan glikozu, üre, kreatinin, albuminüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça tedavinin psikolojik etkisi artmakta olduğu bulundu. Buna ilaveten, beden kütle indeksi, üre, albuminüri ve HbA1c ortalaması azaldıkça hastalığın gelecekteki seyri üzerinde duyulan kaygı da azalmakta, HDL kolesterol arttıkça sosyal ve mesleki kaygı düzeyi artmakta ve HbA1c ortalaması arttıkça sosyal ve mesleki kaygı düzeyi azalmakta olduğu belirlendi. Savlı ve Sevinç (2005)'nin yaptığı çalışmada; iyilik hali ile BKİ ve lipid düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir. Özer ve ark. (2003); diyabet eğitiminin iyilik halini etkilediğini, ancak BKİ ve iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Kara ve Çınar (2011) yaptıkları çalışmada ise; diyabet kontrol problemleri arttıkça BKİ, kan basıncı, total kolesterol ve LDL düzeylerinin arttığını, HbA1c'de ise anlamlı değişiklik olmadığını bildirmiştir. Buna göre; diyabetik hastalarda metabolik kontrolün sağlanması ile diyabetin komplikasyonlarında azalma sağlanırken, yaşam kalitelerinde de artış sağlanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Tip 2 diyabetli hastalarda metabolik kontrol parametrelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki

sonuçlar elde edildi:

- Tip 2 diyabetli hastalarda yaşam kalitesi düşüktür.
- Açlık kan glikozu, HbA1c, üre, kreatinin ve albüminüri düzeyleri azaldıkça toplam yaşam kalitesi puanları artmaktadır.
- Yaş arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal ve mesleki kaygı puanlarının artmaktadır.
- Erkeklerin tedaviden memnuniyet alt boyut puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puanları kadınlardan daha yüksek, kadınların sosyal ve mesleki kaygı endişe alt boyut puan ortalamaları ise erkeklerden daha yüksektir.
- Okuryazar olmayanların tedaviden memnuniyet, tedavinin psikolojik etkisi, hastalığının gelecekteki seyri ve toplam yaşam kalitesi puanları diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşük, lisans ve yüksek lisans mezunlarının sosyal ve mesleki kaygı puanları ise diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşüktür.
- Diyabetin kronik komplikasyonu olmayan hastaların yaşam kalitesi ve alt boyut puanlarının komplikasyonu olan hastalardan daha iyidir.

Sonuç olarak; diyabetli hastalarda metabolik kontrolün sağlanması ile yaşam kalitesinde artış sağlanabilmektedir. Diyabetli hastaların düzenli aralıklarla eğitimlerinin tekrarlanması, düzenli kontrollerine gelmelerinin sağlanması, tedaviye uyumları, diyabetin komplikasyonları ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi, diyabet yönetimi ve metabolik kontrolün sağlanması için desteklenmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI'ya çok teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Akca, T.A., Çınar, S. (2008) Comparison of Psychosocial Adjustment in People with Diabetes with and without Diabetic Foot Ulceration. Australian Journal of Advanced Nursing 25(4), 87-96.
2. American Diabetes Association V. (2012) Diabetes Care. Diabetes Care 35(suppl 1): p.18.
3. Azak, A., Altundağ, S., Sert, H., Çınar, S. (2008) Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 22(2):73-76.
4. Daher, A.M., AlMashoor, S.A.H., Winn, T. (2015) Glisemic control and quality of life among ethnically diverse Malaysian diabetic patients. Quol Life Res 24: 951-958.
5. Diabetes Prevention Program Research Group. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 346: 393-403.
6. Fadiloğlu, Ç., Yeşilbalkan, Ö., Yıldırım, Y., Özer, S., Tokem, Y. (2006) Yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarının saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (2): 161-170.
7. Fu, A.Z., Oiu, Y., Radican, L., Luo, N. (2011) Marginal differences in health-related quality of life of diabetic patients with and without macrovascular comorbid conditions in the United States. Quol Life Res 20: 825-832.
8. Hajos, T.R.S., Pouwer, F., de Grooth, R., Holleman, F., Twisk, J.W.R., Diamant, M., Snoek, F.J. (2012) The longitudinal association between glycaemic control and health-related quality of life following insulin therapy optimisation in type 2 diabetes patients. A prospective observational study in secondary care. Qual Life Res 21:1359-1365.
9. International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. 6th Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013.
10. Kara, K., Çınar, S. (2011) Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 1(2) 57-63.
11. Kaymaz, K.D., Olgun, N. (2009) Tip 2 diyabetli hastalarda ayak bakım becerisinin kazandırılması. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Formu 1(1): 28-37.
12. Laiteerapong, N., Karter, A.J., Liu, J.Y., Moffet, H.H., Sudore, R., Schillinger, D., John, P.M., Huang, E.S. (2011) Correlations of quality of life in older adults with diabetes. Diabetes Care 34:1749-1753.
13. Maddigan, S.L., Mjumdar, S.R., Johnson, J.A. (2005) Understanding the complex associations between patient-provider relationships, self-care behaviours, and health-related quality of life in type 2 diabetes: A structural equation modeling approach. Qual Life Res 14: 1489-1500.
14. Martin, S., Schneider, B., Heinemann, L., Ludwig, V. (2006) Tip 2 diyabetlilerde kendi kendine kan şekeri izleme ve uzun dönem sonuçları: bir epidemiyolojik kohort çalışması. Diabetologia 49:271-78.
15. Olgun, N., Aslan, E.F., Coşansu, G., Çelik, S. (2014) Diabetes mellitus. A., Karadokovan ve F., Eti Aslan (Eds). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi. ss: 769-806. (ISBN: 978-605-397-055-2).
16. Ozer, E, Sengul, A.M., Gedik, S., Salman, S., Sargın, M., İşsever, H., Satman, İ. (2003) Diabetes education: a chance to improve well-being of Turkish people with type 2 diabetes. Patient Educ

- Couns 51(1): 39-44.
17. Pala, T., Eser, E., Özmen, B., Aydemir, Ö., Boyvoda, S. (2004) The Determinants of quality of life including treatment satisfaction in patients with type two diabetes mellitus: are different generic qol instruments sensitive to the same determinants? Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 3: 91-99.
 18. Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk, R.P., Rutten, G.E., Wolffenbuttel, B.H., Niessen, L.W. (2002) Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 25(3):458-63.
 19. Rubin, R., Peyrot, M. (1999) Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev 15:205-218.
 20. Savli, H., Sevinc, A. (2005) The evaluation of the Turkish version of the Well-being Questionnaire (WBO-22) in patients with Type 2 diabetes: The effects of diabetic complications. J Endocrinol 28:683-691.
 21. Satman, İ., Yılmaz, T., Sengul, A., Salman, F., Salman, S., Uygur, S., et al. (2002) Population-based study of diabetes and risk characteristics in turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 25 (9):1551-6.
 22. Satman, İ., TURDEP-II Çalışma Grubu. (2010). TURDEP-II Sonuçları. [http:// www.turkendokrin.org](http://www.turkendokrin.org). (erişim tarihi: 17.03.2014).
 23. Semiz, H. (2013) Bazal-bolus insülin tedavisi almakta olan tip 2 diyabetli hastalarda diyabet tedavi memnuniyeti ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi.
 24. Sundaram, M., Kavookjian, J., Patrick, J.H., Miller, L.A., Madhavan, S.S., Scott, V.G. (2007) Quality of life, health status and clinical outcomes in type 2 diabetes patients. Qual Life Res 16:165-177.
 25. Tabaci, B.P., Shill-Novak, J., Brandle, M., Burke, R., Kaplan, R.M., Herman, W.H. (2004) Glycemia and the quality of well-being in patients with diabetes. Qual Life Res 13:1153-1161.
 26. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK 2013). Toplumsal cinsiyet istatistikleri.
 27. Yıldırım, A., Akinci, F., Gozu, H., Sargin, H., Orbay, E., Sargin, M. (2007) Translation, cultural adaptation, cross-validation of the Turkish diabetes quality-of-life (DQOL) measure. Qual Life Res 16:873-879.

Obezite ve Astım İlişkisi

Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR¹, Yrd. Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ², Prof. Dr. Nermin OLGUN³

¹Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

²Cumhuriyet Üniversitesi Şuşehri Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, SIVAS

³Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

Özet

Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi obezite prevalansı ve obezite ile ilişkili hastalıkların insidansı özellikle yetişkin nüfusta hızla artmaktadır. Obezite, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalık için ilişkili risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda, bu hastalıklar arasında astım da yer almaktadır. Astım, dünyada en yaygın görülen solunum sistemi hastalıklarından biridir. Obezite ve astım prevalansındaki artış ve birliktelik, son yıllarda her iki hastalık arasında ilişki olabileceğini akıllara getirmektedir. Yapılan çalışmalara rağmen, henüz astım ve obezite arasındaki mekanizma tam olarak açıklanamamaktadır. Ancak, obezite hem astım için bir risk faktörü olarak hem de astım semptomlarının kontrolü ve tedaviye yanıtı bozan faktörler arasında dikkatle ele alınması gereken bir faktör olarak dikkat çekmektedir. Obezite ile astım arasındaki bağlantının aydınlanmasıyla, astımın önlenmesi ya da tedavisinde önemli gelişmeler sağlanabileceği savunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Astım, obezite, semptom kontrolü.

Summary

Relationship between Obesity and Asthma

The incidence of diseases associated with obesity prevalence and incidence is increase rapidly, especially in the adult population as in many parts of the world. Obesity is considered to be one of risk factors associated many diseases like especially type 2 diabetes and cardiovascular diseases, in recent years, asthma is located between these diseases. Asthma is one of the most common respiratory disorders in worldwide. The unity and increase in the prevalence of obesity and asthma brings to mind a possible relationship between both diseases in recent years. Despite the works done, a mechanism between asthma and obesity has not fully explained yet. However, obesity is draws attention as a factor to be considered carefully for both a risk factor for asthma both the factors distorting the response to treatment and asthma control symptoms. The illumination of the link between asthma and obesity can be achieved significant improvements in the prevention or the treatment of asthma.

Keywords: Asthma, obesity, symptom control.

Giriş

Obezite ve astım tüm dünyada milyonlarca bireyi etkileyen, günlük yaşama önemli etkileri olan ve yaygın görülen kronik hastalıklardır (Çapan, 2013; Eneli, Skybo and Camargo, 2008; Soyer ve Kalaycı, 2007). Obezite ve astım prevalansındaki artış ve birliktelik, son yıllarda her iki hastalık arasında ilişki olabileceğini akillara getirmektedir (Dixon, Holguin, Sood et al. 2010; Forte, Grutcki, Menegetto et al. 2013; Novosad, Khan, Wolfe and Khan, 2013; Tavasoli, Heidarnazhad, Kazemnejad and Miri, 2005; Enfield, Shim and Sharma, 2009). Bu birliktelik hastalık yönetimini de olumsuz etkilemektedir. Obez astımlı bireylerin genellikle, astım tedavisine rağmen daha kötü astım kontrolü, düşük astım kaynaklı yaşam kalitesi ve sağlık kuruluşundan daha fazla tedavi gördükleri rapor edilmektedir. Bu gerçeklere rağmen, henüz astım ve obezite arasındaki mekanizma tam olarak açıklanamamaktadır. Oysa, obezite ile astım arasındaki bağlantının aydınlanmasıyla astımın önlenmesi ya da tedavisinde önemli gelişmeler sağlanabileceği öngörülmektedir (Baffi, Winnica and Holguin, 2015). Bu derleme ile, pek çok bireyin sağlığını olumsuz etkileyen obezite ve astım hakkında literatürde yer alan güncel bilgileri bir araya getirmek, aralarındaki bağlantıyı kurarak tartışmak ve konuya dikkat çekmek, her iki hastalığın yönetimi konusunda sağlık profesyonellerine yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

Obezite

Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi obezite prevalansı ve obezite ile ilişkili hastalıkların insidansı özellikle yetişkin nüfusta hızla artmaktadır. Vücut yağının, erkeklerde vücut kütlelerinin %30'un, kadınlarda %25'in üzerine çıkması obezite olarak tanımlanmakta (Berköz ve Yalın, 2008), vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle hesaplanan Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerine göre obezite şiddeti belirlenmektedir. DSÖ, aşırı kilolu olmayı BKİ'nin 25 ve üzerinde, obez olmayı BKİ'nin 30 ve üzerinde olarak sınıflandırmaktadır (http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, Erişim tarihi: 20.11.2015). Obezite ve aşırı kiloluluk durumu, tip 2 diya-

bet ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalık için ilişkili risk faktörlerinden biri olarak kabul edilen önemli sağlık sorunlarından biridir (Brumpton, Langhammer, Romunstad et al. 2013; Sismanopoulos, Delivanis, Mavrommati et al. 2013).

Astım

Astım tekrarlayıcı hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize, hastaların yaşam kalitesinde ve ruhsal durumlarında bozulmaya neden olabilen ve dünyada en yaygın görülen kronik solunum yolu hastalıklarından biridir (Savaş Bozbaş, Akıncı Özyürek ve Ulubay, 2011; Serafino-Agrusa, Spatafora and Scichilone, 2015). Astım gelişimde genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ülkemizde yürütülen bir bölgesel prevalans çalışmasında, astım semptomları ve prevalansı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda bulunmuştur (Bozkurt, Bozkurt, Taş ve Çatak, 2006).

Son yıllarda astım prevalansında artışa paralel morbidite ve mortalitesiyle birlikte getirdiği ekonomik yükler de göz önüne alınmaya başlamıştır (Çeldir Emre, Özdemir, Baysak ve ark. 2014). Bu nedenle yapılan çalışmalarda astıma neden olabilecek ve astım yönetimini etkileyebilecek hastalıkların ya da faktörlerin belirlenmesine odaklanılmıştır.

Obezite ve Astım Birlikteliği

Astım prevalansı ve insidansı normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında, hem obez çocuklarda hem de obez yetişkinlerde giderek artmaktadır (Tavasoli, Heidarnazhad, Kazemnejad and Miri, 2005; Çeldir Emre, Özdemir, Baysak ve ark. 2014; Enfield, Shim and Sharma, 2009; Perez and Piedimonte, 2014). Sistematik bir derlemede, ABD'de astım ve obezite sıklığının 1980 ve 2000 yılları arasında, sırasıyla %50 ve %73 artış olduğu bildirilmiş ve bu eşzamanlı yükselişin ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Eneli, Skybo and Camargo, 2008). Yeni astım tanı almış ya da henüz tedavisi başlanmamış 110 yetişkin hasta ile yürütülen bir çalışmada, hastaların ortalama BKİ değeri 27.64 olup, %66'sı kilolu ya da obez olarak sınıflandırılmıştır (Varol, Demir, Varol ve ark. 2009). Forte, Grutcki,

Menegotto ve ark. (2013) çalışmasında da, astım hastalarında obezite prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir.

Obezite ve Astım İlişkisi

Günümüzde astım ve obezite arasındaki risk araştırılmasına rağmen, altta yatan mekanizma tam olarak çözülememiştir. Obezite ve astım arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere immünolojik ve inflamatuvar, hormonal, genetik, mekanik, insülin direnci, beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite gibi çeşitli biyolojik mekanizmalar ileri sürülmüştür (Castro-Rodríguez 2007; Çapan, 2013). Ancak, bu ilişkiyi her iki hastalığın tetikleyicisi genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi olarak açıklamak güç olup, aynı anda birden fazla mekanizmanın katılımı ile obezite ve astım birlikteli-

ğinin ortaya çıkabileceği olasılığı öngörülmektedir (Castro-Rodríguez 2007). Bu bağlamda obezite ve astım ilişkisinde rol alabilecek faktörler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Literatürde, obezitenin hava akımında kısıtlama ve artmış hava yolu duyarlılığı üzerine etkisine de vurgu yapılmaktadır. Vücut ağırlığının artmasıyla artan yumuşak dokunun göğüs kafesine basan ağırlığı, göğüs duvarına yağ infiltrasyonu ve pulmoner kan akımında artış sonucu solunum yolu kompliyansı azalmaktadır. Pulmoner kompliyanstaki azalma, solunum sırasında artmış oksijen tüketimine yol açmakta ve bu durumda hava yolu akımında azalma, zorlu vital kapasitede ve birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon volümünde düşme meydana gelmektedir. Obez bireyler, zayıf bireylere oranla daha hızlı frekansta ve daha düşük tidal hacimler ile solumakta ve sonuçta bu güçlü bronkodilatör mekanizma bozularak artmış hava yolu duyarlılığına yol açabilmektedir (Soyer ve Kalaycı, 2007).

Obezite ve astıma yol açan ortak genetik mekanizmaların varlığı da tartışılmakta; hem obezite hem de astımla ilişkili aday genler tanımlanmaktadır. TNF- α gen haplotiplerinin ve inflamatuvar yanıtta rol alan glikokortikoid reseptör geni NR3C1’in astım ve obezitenin her ikisi ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır (Beuther, Weiss and Sutherland, 2006).

Obez bireylerde astım kontrolünün daha zor olmasının altındaki mekanizma belirsizliğini korumakla birlikte; kronik inflamatuvar mekanizmaların rolü üzerinde de durulmaktadır (Kim, Rand Sutherland, Gelfand, 2014; Sismanopoulos et al, 2013; Maalej, Yaacoub, Fakhfekh et al. 2012). Diğer taraftan, son araştırmalar adipokinler ve mast hücrelerinin solunum yollarının üzerindeki rolü üzerine odaklanmış, ancak veriler henüz netlik kazanmamıştır (Novosad, Khan, Wolfe and Khan 2013; Kim, Rand Sutherland and Gelfand 2013). Günümüzde yağ dokusu, adipokin adı verilen bazı faktörleri salgılayan önemli endokrin ve sekretuar organlardan biri olarak kabul edilmektedir. Adipokinler inflamasyon, inflamatuvar yanıt ve insülin direnci, tip 2 diyabet, metabolik sendrom, hipertansiyon gibi bazı metabolik ve immünolojik hastalıkların gelişimi ile ilişki içerisindedir (Berköz ve Yalın 2008). Lite-

Tablo 1: Obezite ve astım ilişkisinde rol alabilecek faktörler

Bronş hiperreaktivitesi mekanizmaları

Mekanik faktörler

- Hava yolu çapında daralma
- Derin solumanın inhibisyonu
- Gastroözefagealreflü
- Pulmonervaskülerkonjesyon

İmmünolojik etkiler

- Proinflamatuvarsitokinlerde artma: TNF- α , IL-1 β , IL-6, leptin

Genetik etkiler

- Aday genler: TNF- α , β 2 adrenerjik reseptör
- Aday bölgeler: kromozom 5q, 6p, 11q, 12q

Hormonal etkiler

- İnsülin direnci
- Seks hormonlarının etkisi

Çevre etkisi

- Beslenme değişiklikleri
- Fiziksel aktivite
- Sedarter hayat şekli nedeniyle ev içi allerjenleredahafazla maruz kalma

Bronş hiperreaktivitesi dışındaki mekanizmalar

Restriktif fizyoloji

Nefes darlığının farklı algılanması

Özgül olmayan hisli

Uyku apnesi ilişkili gece semptomlar

Kaynak: Soyer, Ö.U., Kalaycı, Ö. (2007) Astım ve obezite. Hacettepe Tıp Dergisi 38(4):194-198.

ratürde adipokinlerin eozinofil sağ kalımı ve fonksiyonu üzerinde düzenleyici rolü olabileceği ve bu faktörlerin hava yollarına kemik iliğinden eozinofil kaçakçılığı etkileyebileceği belirtilmektedir. Bu nedenle obezitenin akciğer uyumu ve akciğer hacimlerini azaltmak ve ventilasyon perfüzyonunda meydana getirdiği bozukluk ile astım ilişkisi olabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca obezitenin, adipoz dokuda üretilen hormon seviyelerindeki artışa yol açarak gelişen bazı proinflatuarların salınımına yol açtığı belirtilmektedir. Görülen bu sistemik pro-enflatuar durum astım hastalarında görülen hava yolu inflamasyonunu kötüleştirilmektedir (Juel and Ulrik, 2013; Enfield, Shim and Sharma, 2009). Erişkinlerde yapılan çalışmada; obez astımlılarda obez olmayan astımlılara göre serum leptin düzeyinde anlamlı artış olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada atopik hastalarda, total immunglobulin E düzeyleri ile leptin düzeyleri ($r = 0.329, = 0,038$ P) arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (Kilic, Oguzulgen, Bakir and Turktas, 2011).

Astımlı Bireylerde Obezitenin Etkisi

Obezite erişkinlerde ve çocuklarda astım başlangıcı için bir predispozan faktör olarak gözükmektedir. Buna ek olarak, obez hastada astım semptomlarını kontrol etmek ve tedavi etmek daha zor olabilmektedir (Serafino-Agrusa, Spatafora and Scichilone, 2015; Sismanopoulos et al. 2013; Novosad, Khan, Wolfe and Khan, 2013; Akerman, Calcanis and Madesn, 2004). Yapılan çalışmalarda, aşırı kilo ve obez bireylerin normal ağırlıklı bireylere oranla, daha ciddi astım tablosu ile karşılaştıkları ve yaşam kalitesinde bozulma olduğu gösterilmiştir (Tavasoli, Heidarnazhad, Kazemnejad and Miri, 2005; Dixon, Holguin, Sood et al. 2010; Juel and Ulrik, 2013; Novosad, Khan, Wolfe and Khan, 2013; Malej, Yaacoub, Fakhfekh et. al 2012).

Astımlı obez hastalarda, obez olmayan astımlılarla kıyaslandığında daha fazla ve daha sık semptom seyri vardır, tedaviye yanıt azalmıştır ve morbidite artmıştır (Çapan, 2013). Seksen bir kadın astım kontrol testine göre sınıflandırıldığında, BKİ yüksek olanlarda astım kontrolünün kötü olduğu bildirilmiştir (Kilic, Oguzulgen, Bakir and

Turktas, 2011). Bununla birlikte başka çalışmalarda, obezitenin astım için hazırlayıcı bir faktör olduğunu, kilo artışı ile astım ataklarının daha şiddetli olduğu (doz-cevap etkisi), kilo kaybı ile astım semptomlarında iyileşme gözlemlendiğini vurgulamaktadır (Castro-Rodríguez, 2007; Enfield, Shim and Sharma, 2009). Başka bir çalışmada da, astım kontrolünün kilolu bireylerde daha güç olduğu saptanmıştır (Lavoie, Baco, Labrecque et al. 2006). Taylor, Mannino, Brown ve ark. (2008) tarafından, astım şiddeti ve BKİ arasındaki ilişkiyi tespit etmek üzere 3095 yetişkin bireyler ile yürütülen çalışmada (National Asthma Survey, USA), son 5 yıl içinde astım belirtileri sorgulanmıştır. Hastaların 1080 (% 35)'i normal kilolu, 993 (%32)'ü fazla kilolu (BKİ > 25) ve 1022 (%33) birey ise obez (BKİ > 30) olarak sınıflandırılmıştır. Obez astımlı bireyler olmayanlara göre sürekli semptom varlığını daha fazla oranda rapor etmiştir. Aynı çalışmada, solunum semptomlarının, ilaç kullanımının ve kayıp iş günü sayısının obez bireylerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Taylor, Mannino, Brown et al. 2008). Astım tanısı alan 843 yetişkin birey ile yürütülen bir prospektif çalışmada da, BKİ'nin astım sağlık durumuna etkisinin olumsuz olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, obez ve aşırı kilolu bireylerin normal kilolu bireylere göre daha sık daha yoğun astım semptomları yaşadıkları belirlenmiştir. Yine obez bireylerde kısıtlı yaşanan gün sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Vortmann and Eisner, 2008).

Sistemik bir derleme de, obezitenin astım için bir risk faktörü olduğu ve BKİ'ndeki artışın astımın seyri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada incelenen pek çok mevcut yayınlanmış çalışma ile; astımlı obez bireylerde normal kilolulara göre astım belirtilerinin daha ciddi seyrettiği, astım semptom kontrolünün daha zor olduğu, sabah erken belirtileri ya da gece nefes darlığı nedeniyle daha sık karşılaştığı ve günlük yaşam aktivitelerinde daha yaygın kısıtlama yaşandığı açıkça gösterilmiştir. Bu durum daha sık hekim kontrolü, daha uzun hastanede yatış süresi ve düşük yaşam kalitesine bağlanmıştır (Juel and Ulrik, 2013).

Sonuç olarak; obezite ve astımın varlığı aynı anda belir-

lendiği için neden-sonuç ilişkisi kurulamaması kesitsel çalışmalarla ilgili önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Soyer ve Kalaycı, 2007). Ancak, obeziteye hem bir risk faktörü olarak hem de astım semptomlarının kontrolü ve tedaviye cevabı bozan faktörler arasında dikkatle ele alınması gereken bir faktör olarak dikkat çekilmektedir. Aralarındaki ilişki henüz netlik kazanmamakla birlikte, bu ilişkiyi daha iyi anlamak için geniş çaplı, uzun süreli araştırmalara ihtiyaç vardır. Obezite ve astım arasındaki mekanizmalarının daha iyi anlaşılması ve netlik kazanması, bireysel kilo verme girişimlerinin artırılması ve desteklenmesi, astımlı hastaların tedavisinde obezitenin de titizlikle ele alınması yeni tedavi stratejilerinin belirlenmesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda, astımlı hastaların eğitiminde ve astım yönetiminde obezitenin bir risk faktörü olarak dikkatle ele alınması ve bireysel girişim planlarının yürütülmesi, astımın önlenme ve tedavisi yönünde önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Akerman, M.J.H., Calcanis, C.M., Madsen, M.K. (2004). Relationship between asthma severity and obesity. *J Asthma* 41(5):521-526.
- Baffi, C.W., Winnica, D.E., Holguin, F. (2015). Asthma and obesity: Mechanisms and clinical implications. *Asthma Research and Practice* 1(1):1-7.
- Berköz, M., Yalın, S. (2008). Yağ dokusunun immünojenik ve inflamatuvar fonksiyonları. *Mersin Üniv. Sağlık Bilim Derg* 1(1):1-9.
- Beuther, D.A., Weiss, S.T., Sutherland, E.R. (2006). Pulmonary perspective: Obesity and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;174:112-119.
- Bozkurt, N., Bozkurt, A.İ., Taş, E., Çatak, B. (2006). Denizli il merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfusta astım prevalansı. *Toraks Dergisi* 7(1):5-10.
- Brumpton, B.M., Langhammer, C.A., Romunstad, P., Chen, Y., Mai, X.M. (2013). General and abdominal obesity and incident asthma in adults: The HUNT study. *Eur Respir J* 2013;41(2):323-329.
- Castro-Rodríguez, J.A. (2007). Relationship between obesity and asthma. *Arch Bronconeumol* 43(3):171-175.
- Çapan, N. (2013). Astım ve obezite. *Solunum Hastalıkları* 24(2):82-84.
- Çelidir Emre, J., Özdemir, Ö., Baysak, A., Aksoy, Ü., Özdemir, P., Öz, A.T., Dirican, N., Sayiner, A. (2014). Devlet hastanesi göğüs hastalıkları servisinde yatan hastalarda astım maliyeti. *Asthma Allergy Immunol* 12:140-145.
- Dixon, A.E., Holguin, F., Sood, A., Salome, C.M., Pratley, R.E., Beuther, D.A., Celedó'n, J.C., Shore, S.A., American Thoracic Society Ad Hoc An Subcommittee on Obesity and Lung Disease (2010). An Official American Thoracic Society Workshop Report: Obesity and Asthma. *Proc Am Thorac Soc* 7(5):325-335.
- Eneli, I.U., Skybo, T., Camargo Jr, C.A. (2008). Weight loss and asthma: A systematic review. *Thorax* 63:671-676 (doi:10.1136/thx.2007.086470).
- Enfield, K., Shim, M., Sharma, G. (2009). Asthma, obesity and type 2 diabetes – mechanisms, management and prevention. *Diabetes Voice* 54(2):30-33.
- Fortea, G.C., Grutckia, D.M., Menegottoa, S.M., Pereira, R.P., Dalcina, P.T.R. (2013). Prevalence of obesity in asthma and its relations with asthma severity and control. *Rev Assoc Med Bras* 9(6):594-599.
- Kilic, H., Oguzulgen, I.K., Bakir, F., Turkas, H. (2011). Asthma in obese women: Outcomes and factors involved. *J Investig Allergol Clin Immunol* 21(4):290-296.
- Kim, S.-G., Sutherland, E.R., Gelfand, E.W. (2014). Is there a link between obesity and asthma? *Allergy Asthma Immunol Res* 6(3):189-195.
- Lavoie, K.L., Bacon, S.L., Labrecque, M., Cartier, A., Ditto, B. (2006). Higher BMI is associated with worse asthma control and quality of life but not asthma severity. *Respir Med* 100(4):648-657.
- Maalej, S., Yaacoub, Z., Fakhfekh, R., Yaalaoui, S., Kheder, A.B., Drira, I. (2012). Association of obesity with asthma severity, control and quality of life. *Tanaffos* 11(1):38-43.
- Novosad, S., Khan, S., Wolfe, B., Khan, A. (2013). Role of obesity in asthma control, the obesity-asthma phenotype. *Journal of Allergy Article ID 538642:1-9* (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/538642>).
- Perez, M.K., Piedimonte, G. (2014). Metabolic asthma is there a link between obesity, diabetes, and asthma? *Immunol Allergy Clin N Am* 34:777-784.
- Savaş Bozbaş Ş, Akıncı Özyürek B, Ulubay G. Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. *Tur Toraks Der* 2011;12:139-144.
- Serafino-Agrusa, L., Spatafora, M., Scichilone, N. (2015). Asthma and metabolic syndrome: Current knowledge and future perspectives. *World J Clin Cases* 3(3):285-292.
- Sismanopoulos, N., Delivanis, D.-A., Mavrommati, D., Hatzigelaki, E., Conti, P., Theoharides, T.C. (2013). Do mast cells link obesity and asthma? *Allergy* 68:8-15.
- Soyer, Ö.U., Kalaycı, Ö. (2007). Astım ve obezite. *Hacettepe Tıp Dergisi* 38(4):194-198.
- Tavasoli, S., Heidarnazhad, H., Kazemnejad, A., Miri, S. (2005). Association between asthma severity and obesity in two asthma clinics in Tehran. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 4(4):179-184.
- Taylor, B., Mannino, D., Brown, C., Crocker, D., Twum-Baah, N., Holguin, F. (2008). Body mass index and asthma severity in the National Asthma Survey. *Thorax* 2008;63:14-20.
- Juel, C., Ulrik, C.S. (2013). Obesity and asthma: Impact on severity, asthma control, and response to therapy. *Respir Care* 58(5): 867-873.
- Varol, Y., Demir, A., Varol, U., Başer, Z.M., Mertoğlu, A., Özacar, R. (2009). Astımlı hastalarda obezite ve metabolik sendrom ilişkisi. *Solunum Hastalıkları* 20(3):89-93.
- Vortmann, M., Eisner, M.D. (2008). BMI and health status among adults with asthma obesity. *Obesity* 16(1):146-152.

Diyabet Özyönetim Eğitiminde Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolleri Etkili mi?

Araş. Gör. Dr. Hamdiye ARDA SÜRÜCÜ

Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü, DIYARBAKIR

Özet

Diyabet özyönetim eğitimi (DÖYE); diyabetli veya diyabet riski olan bireylerin, hastalığı ve hastalıkla ilgili durumları başarılı bir şekilde yönetebilmesi ve davranış değişikliği yapabilmesi için, gerekli bilgi ve beceriyi kazanması amacıyla bir işbirliği sürecidir. DÖYE'nin diyabetli bireylerin sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Güçlendirmenin diyabet eğitiminde çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Güçlendirme temelli davranış değişikliği protokollerin diyabet özyönetim eğitiminde kullanımı sonucu diyabetli bireylerin lipid düzeylerinde, özbakım davranışlarında, öz yeterliliklerinde ve yaşam kalitelerinde anlamlı gelişme olduğu saptanmıştır. Ancak yeterli örneklem ile daha fazla randomize kontrollü çalışmanın yapılması güçlendirme temelli davranış değişikliği protokollerin gerçek etkisini ortaya koymak için önemli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Diyabet özyönetim eğitimi, güçlendirme, davranış değişikliği.*

Summary

Is Empowerment Based Behavior Change Protocols Effective in Diabetes Self-Management Education?

Diabetes self-management education (DSME) is a collaborative process through which people with or at risk for diabetes gain the knowledge and skills needed to modify their behavior and successfully self-manage the disease and its related conditions. DSME on the health problems of people with diabetes has been shown to have positive effects. It is emphasized that the empowerment is very important in the diabetes education. Empowerment based behavior change protocols as a result of using in diabetes self-management education, were found to be significant improvement in the lipid levels, the self-care behaviors, quality of life and self-efficacy. However, more randomized controlled trials with adequate sample studies done empowerment based change behavior-protocols has been determined that it is important to demonstrate the real effect.

Key words: *Diabetes self-management education, empowerment, behavior change.*

Giriş

Diyabet Özyönetim Eğitimi Nedir?

Diyabet yönetiminde önerilen tedavi; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, insülin/oral antidiyabetik ve diyabet öz-yönetim eğitimi/desteğidir (Amerika Diyabet Derneği [ADA], 2015). Diyabet özyönetim desteği; etkili diyabet yönetimi için sosyal destek ve metabolik iyileşmeyi destekleyen ve davranışsal stratejilerin geliştirilmesinin devamlılığını sağlayan programları kapsamaktadır (ADA, 2015). Diyabet özyönetim eğitimi (DÖYE); diyabetli veya diyabet riski olan bireylerin, hastalığı ve hastalıkla ilgili durumları başarılı bir şekilde yönetimi ve davranış değişikliği yapabilmesi için, gerekli bilgi ve beceriyi kazanması amacıyla bir işbirliği sürecidir (Amerika Diyabet Eğitimcileri Derneği [AADE], 2011). DÖYE'nin diyabetli bireylerin sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (AADE, 2011). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda DÖYE'nin diyabetli bireylerin HbA1c düzeyinde azalma sağladığı (Warsi ve ark., 2004; Norris ve ark., 2002; Rickheim, 2002; Chen et al., 2015), açlık kan glikozu düzeyi ve kan basıncını düşürdüğü (Warsi ve ark.,2004), diyabet bilgisini arttırdığı, ilaca gereksinimi azalttığı, yaşam kalitesini geliştirdiği (Deakin, McShane, Cade ve Williams, 2005; Chen et al., 2015), öz yeterlilik ve özbakım davranışlarını geliştirdiği (Chen et al., 2015) bulunmuştur. DÖYE'de, plan ve uygulamalarda kültürel özellikler dikkate alındığında pozitif sonuçlarının hastanın kendi özyönetimine odaklanmasını sağladığı vurgulanmaktadır (Duncan ve ark., 2009; Ellis ve ark., 2004). Diyabet özyönetim eğitimi; bireysel eğitim ve/veya grup eğitimi yöntemi ile yapılmaktadır. Bireysel Eğitim; bireysel eğitim teke tek eğitim veya yüz yüze eğitim şekli olarak tanımlanmıştır (Goudswaard ve ark., 2004; Hokanson ve ark., 2006; Duke, Colagiuri,Colagiuri, 2009). Grup eğitiminde, gruplara katılan katılımcı sayısı iki ile 20 arasında değişen, ortak ilgi alanı olan insanların bir araya toplanması olarak tanımlanmaktadır (Mensing, Norris, 2003). Uygulanacak diyabet özyönetim eğitiminde hangi eğitim yönteminin seçileceği ise eğitim verilecek diyabetli bireylerin özelliklerine, eğitimin amacına, seçilecek eğitim yönteminin avantaj ve dezavantajına göre karar ve-

rilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sürücü, 2014). Amerika Diyabet Eğitimcileri Derneği (2011) tarafından diyabet öz-yönetim eğitiminin; kuramsal bir teoriye/modele dayalı yapılması önerilmektedir (AADE,2011). Kuramsal yaklaşımlar davranış değişikliği için hasta güçlendirme ve hasta merkezli iletişim kullanılarak hedef belirlemeyi kolaylaştırmaktadır. Hasta güçlendirme eğitimcilerin bakış açılarını/vizyonlarını ve değerlerini konuşmak için felsefik bir yaklaşımdır. DÖYE'de kullanılan kuramsal yaklaşımlar; Sosyal Bilişsel Kuram (Social Cognitive Theory), Gereçeli Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action), Transtheoretical Modeli (Transtheoretical Model), Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behavior) (AADE,2011) ve Güçlendirme teorisi'ni (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008) içermektedir. Bu teoriler ve modeller, hastaların özbakım davranışlarını belirlemek ve diyabet eğitimcisi ile birlikte özbakım davranışları değişiklik planını oluşturmak için hastayı desteklemektedir (Anderson, Funnell, Tang, 2006). Bu derleme makalede özellikle diyabet alanına spesifik Anderson ve Funnel tarafından 2000 geliştirilen Güçlendirme Teorisi üzerinde durulacak ve güçlendirme temelli hazırlanan davranış değişikliği protokollerin diyabet eğitimdeki yeri tartışılacaktır.

Diyabet Eğitiminde Güçlendirme Teorisi

Güçlendirme, kavram olarak diyabet eğitiminde 1991 yıllarında konuşulmaya başlanmış ve bir felsefe veya bir bakış açısı olduğu vurgulanmıştır. Güçlendirme kavramı 1991 yıllarda sık kullanılmasına karşın diyabet bakımı için içeriğinin doldurulamadığı ve farklı eğitimsel içeriklerle desteklenmesine karşın gereksinimi karşılamadığı belirlenmiştir. Diyabet eğitim ve bakımında güçlendirme kavramının içeriğinin doldurulması gerektiği belirlenmiştir. Diyabet eğitim ve bakımında güçlendirme kavramının kullanımıyla ilgili yayınlar 1991 yıllarından önce hiç yok iken 2003 yılında 54 çalışma olduğu belirlenmiştir (Funnell ve Anderson, 2003). Bu gelişmeler ışığında diyabet bakım ve eğitiminde güçlendirme kavramıyla ilişkili olabilecek farklı boyutlar incelenmiştir. Diyabet alanında güçlendirme kavramındaki gerek araştırmaların artması ve gerekse eski eğitim modellerin etkinliğinin olmadığı düşüncesi ile Ander-

son ve Funnel tarafından 2000 yılında diyabet bakımında ve eğitiminde diyabete özel güçlendirme grounded teorisi geliştirilmiştir (Funnel ve Anderson, 2003; Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008). Güçlendirme teorisinin yazımında iki teoriden yararlanılmıştır. İlk teori Carl Rogers tarafından geliştirilen “Kendini Gerçekleştirme Teorisi” olup teorisin “Özfarkındalık” ve “İlişkiler Yoluyla Kişisel Gelişim” boyutlarını/kavramlarını kapsamaktadır. İkinci teori ise Albert Bandura tarafından geliştirilen “Sosyal Öğrenme Teorisi” olup “öz-yeterlilik” kavramı üzerinde durulmuş ve güçlendirme teorisinde kullanılmıştır (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008). Güçlendirme teorisinde sık kullanılan kavramlar ise güç, güçlendirme ve hasta güçlendirme’dir.

Güç (Power); Kendini tanıma ve öz disiplin duygusu olarak tanımlanmaktadır (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008). Sağlık bakım içeriği; hastanın sağlık ile ilgili kendi değerlerine, inanç, algıları ve birlikte yaşadığı çevre ile ilişkileri ve kendi gereksinim ve hedeflerine farkındalık kazandırmaya yardımcı olmayı kapsamaktadır.

Güçlendirme (Empowerment); kelime anlamı olarak güç verme veya otorite kazandırma, bir şeyi yapabilme yeteneği, yeterliliği ve izin verme olarak tanımlanmıştır (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008; Olgun ve Ulupınar, 2003).

Hasta güçlendirme (Patient Empowerment); hastaların yaşamları için doğuştan gelen sorumluluk alma kapasitelerini bulmasına ve geliştirmesine yardımcı olma olarak tanımlanmaktadır (Funnell ve Anderson, 2004). Güçlendirme genellikle özbakımı geliştirmek için kişisel sorumluluğa olanak tanıma, otonomi ve özgüveni geliştirmeyi amaçlayan çabaları/gayretleri içermektedir. Güçlendirme “süreç” ve “sonuç” olmak iki süreçten oluşmaktadır (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008; Chen ve ark., 2015). Bu iki sürecin amacı; diyabetli bireyin ilk aşamada potansiyelinin gelişmesi ve son aşamada ise bu potansiyelinin olgulaşmasıdır (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008; Chen ve ark., 2015). Diyabetli Bireyin güçlendirme sürecinde; hastaların kişisel bilgi ve beceri düzeyini artırma, problem çözme becerilerini geliştirme, sağlığı ile ilgili değerlere farkındalık kazandırma, otonomisini kazandırma, hedef belirleme ve hedeflerle ilgili kararlar alabilme, hasta deneyimleri, açık

iletişim ve sosyal destek önemlidir. Güçlendirme diyabet eğitimin temel bir sonucudur (Funnel ve Anderson, 2003). Güçlendirme yaklaşımları diyabet eğitimleri ile diyabetli bireylerin özbakım bilgisi, beceriler, öz farkındalık, kişisel otonomi duygusunu en düzeye çıkarmayı hedeflemektedir (Sigurdardottir, Jonsdottir, 2008). Güçlendirmenin bir sonucu olarak kişinin öz yeterliliği, hedef belirleme ve hedefe ulaşmasının artması ve hasta özgüveni, otonomisi ve sorumluluğunun gelişmesiyle özbakım davranışlarının gelişmesi beklenmektedir (Sigurdardottir & Jonsdottir, 2008; Chen ve ark., 2015).

Diyabet Özyönetim Eğitiminde Uygulanmış Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolleri ve Sonuçları

Diyabet eğitiminde güçlendirme temelli davranış değişikliği yapılabilmesi için Funnell ve Anderson tarafından 2004 yılında davranış değişikliği protokolü geliştirilmiş ve uygulamada kullanımını bir örnek ile vermişlerdir (Tang, Funnell, Anderson, 2006). Diyabetli bireylerin, diyabetini başarılı bir şekilde yönetebilmesi için, hedeflerini belirlemesi ve günlük kararlar alması gerekir. Diyabet eğitimcilerinin girişim stratejileri; diyabetli bireylerin hedefleri, terapötik seçenekleri ve özbakım davranışları ile ilgili kararları alması ve kendi bakımlarında etkili olabilmesi için günlük diyabet bakım sorumluluğunu üstlenmeleri için geliştirilmelidir (Funnell ve Anderson, 2004). Güçlendirme temelli girişimler de birincil kullanılan davranışsal stratejiler; beş adımdan oluşan davranış değişikliği modelidir. Funnell ve Anderson (2004) tarafından geliştirilen, diyabetli bireylerde davranış değişikliği ile ilgili bir protokol örneği Tablo 1’de verilmiştir. Davranış değişikliği protokolünde uygulanan problem çözme süreci; diyabetli bireylere diyabet ile ilgili bilgi sağlamakta, diyabet ve yaşam şekli ile ilgili hedefler geliştirmekte ve hedeflere ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu süreç beş adımdan oluşmaktadır. İlk iki adım, diyabetli bireylerin problemlerini ve problemler ile ilgili duygu ve düşüncelerini tanımlar. Üçüncü adımda, hedefler ve hastanın tercihi konuşulur. Hasta, hedeflerini gerçekleştirmede yardımcı olacak davranışsal değişiklik yapacağına dair söz

verir. Dördüncü adımda ise, hastaların hedeflere ulaşmak için neler yapabilecekleri ve sonuçlarını nasıl değerlendirecekleri konuşulur. Beşinci adımda ise eğitim süreci değerlendirilir. Bu süreçte; sorunun gerçek doğası hakkında daha fazla bilgi sahibi olunabilecek, diyabetli bireylerin baş etmeleri için etkili stratejiler geliştirilecek, diyabetli bireylerin sahip olduğu engeller ve yaşadığı duygular öğrenilecektir (Funnell ve Anderson, 2004).

Literatürde güçlendirme temelli davranış değişikliği protokolüne dayalı uygulanmış diyabet özyönetim eğiti-

mi ile ilgili Amerika ve Tayvan'da yapılmış iki çalışmaya ulaşılmıştır.

Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolüne Amerika Örneği

Tip 2 diyabetli Afrikalı Amerikalılarda uygulanan güçlendirme temelli davranış değişikliği protokolü Tablo 2'de verilmiştir. Diyabet Yaşam Boyu Destek Programı Tip 2 diyabetli Afrikalı Amerikalılar için toplum merkezleri veya kiliselerde düzenlenen haftalık destek grubundan oluşmuştur. Destek grupların haftalık seans biçimi diyabet özyönetim eğitimi programı ile aynıdır. Diyabetli bireyler çoğu eğitim oturumun gerekli olduğuna inandıkları kadar eğitim oturumlarına katılmaları için teşvik edilmiştir. Eğitim programına 400'den fazla Afrika kökenli Amerikalı katılmıştır. Bu programın pilot çalışması 65 kişide yapılmış olup altı ay boyunca haftalık 90 dakikalık oturumlarla destek grupları yapılmıştır. Gruplar 10-15 kişiden oluşmuştur. Eğitim programı sonrası 6.ayda diyabetli bireylerin BkI (Beden kitle indeksi), Total Kolesterol, HDL (High Density Lipoprotein) ve LDL (Low Density Lipoprotein) kolesterol düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düşme saptanmıştır. Tip 2 diyabetli bireylerin HbA1c düzeyleri %7.5'ten %7.1 düşüş olmasına karşın bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Diyabet tedavisinde önemli bir yeri olan diyet, egzersiz ve kan şekeri testi özbakım davranışlarında da istatistiksel olarak anlamlı gelişme olmuştur (Anderson, Funnell, Nwankwo, Gillard, Oh, Fitzgerald, 2005).

Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolüne Tayvan Örneği

Tip 2 diyabetli uygulanmış güçlendirme temelli davranış değişikliği protokolüne Tayvan Örneği Tablo 3'te verilmiştir. Çalışmada Tip 2 diyabetli bireylere davranış değişikliği protokolü bireysel eğitim ile uygulanmış ve girişimler üç ay sürmüştür. İlk üç hafta hasta ile yüz yüze görüşme sağlanmış ve sonraki aylar aylık telefon görüşmeleri sağlanmıştır. Bireysel görüşmeler 60-70 dakika sürerken telefon görüşmeleri 30-40 dakika sürmüştür. Çalışmada bireysel eğitim sonrası Tip 2 diyabet bireyler 6 ay izlenmiş

Tablo 1: Davranış Değişikliği Protokolü

1. adım: Problem ya da durumu inceleme

- Diyabet bakımınızda size en zor gelen nedir?
- Bu konuyu biraz daha açabilir misiniz?
- Bu konuyla ilgili bir örnek verebilir misiniz?

2. adım: Duygu ve düşünceler

- ...konu/konular hakkındaki duygu ve düşünceniz nedir?
- nedeniyle mi böyle düşünüyor / hissediyorsunuz?

3. adım: Plan yapmaya karar verme

- Ne olmasını istiyorsunuz?
- Ne olursa/ne değişirse kendinizi daha iyi hissedersiniz?
- Bu durum ...[hafta/ay...] sürede düzeler mi?
- Sizin tercihiniz nedir?
- Sizin için engeller nedir?
- Size kim yardım edebilir?
- Bu seçiminizin faydaları ve maliyeti nedir?
- Eğer bu konuda bir şey yapmazsanız sonuç ne olabilir?
- Hadi bir plan yapalım.

4. adım: Plan yapma

- Bu problemi çözmek için bir şeyler yapmak istiyor musunuz?
- Neler yapabilirsiniz?
- Ne yapacaksınız?
- Bu planı başarmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
- Başardığınızı nasıl anlayacaksınız?
- Bugün, buradan ayrıldıktan sonra yapacağınız bir şey nedir?

5.adım: Değerlendirme

- Görüşme nasıl gitti?
- Bu görüşmede ne öğrendiniz? Ne oldu?
- Bu görüşme sırasında bir sıkıntı yaşadınız mı? Ne oldu?
- Gelecek görüşmede, bu görüşmeden farklı olarak neyin olmasını/olmamasını istersiniz?

Funnell, M.M., Anderson, R.M., (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*. 22, 123-127.

ve izlem sonucunda 6. ayda özbakım davranışlarında, öz yeterlilik düzeyinde ve yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı gelişme sağlanırken glisemik kontrolün deney gurunda 3.ayda kendi içerisinde anlamlı gelişme sağlanma-

sına karşın 6.ayda gruplar arasında fark saptanmamıştır (Chen ve ark., 2015).

Diyabetli Bireyi Nasıl Güçlendirebiliriz? Öneriler

Diyabet özyönetim eğitimi farklı toplumlarda farklı yollarla uygulanabileceği ancak güçlendirme temelli eğitimlerde ve bakımın oluşturulacak programlarda aşağıda belirtilen spesifik stratejiler kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu spesifik stratejiler için öneriler;

- Hastanın diyabet yönetimi ile ilgili kararlar da karar verici eğitimci olmamalı!!!, onun yerine tercih önerileriyle hastanın kendi kadere karar verme şansı verilmeli... (En iyisini doktor veya hemşire bilir!!!!)
- Günlük özyönetim kararlarını kontrol edilmeli ve sorumlulukları onaylanmalı,
- Diyabette yaşam boyu karar alma durumunun devamlılığı için bilgi verilmeli,
- Bireysel olarak seçilmiş davranışsal hedeflerin belirlenmesi, uygulanması ve sonucu için hastaların çabaları kolaylaştırılmalı,
- Diyabetle yaşama; klinik, psikososyal, davranışsal yönlerini entegre edilmeli (Açlık Kan Şekeri, Tokluk Kan Şekeri, HbA1c vs),
- Sosyal ve emosyonel destek fırsatları oluşturulmalı ve problem çözmek için oluşturulan bir gruba diyabetli bireyler dahil edilmeli,
- Eğitimlere hastalarla birlikte aile ya da herhangi bir sosyal destek sağlayan bireyin de katılımı desteklenmeli/sağlamalı,
- Hedef grubun etnik, kültürel, dini inançlarına saygı duyulmalı,
- Hastaların konunun uzmanından almaları gereken diğer destek ihtiyaçları için desteklenmeli/yönlendirilmeli (Diyetisyen, psikologa vs yönlendirme),
- Hastaların yaşamları boyunca yapacakları diyabet özyönetim davranışlarını belirleme-

Tablo 2: Güçlendirme Temelli Davranış Değişikliği Protokolüne Amerika Örneği, 2005

1. adım: İlgili Deneyimler Üzerine Düşünme (~10 dakika)

- Son oturumdan bu yana belirlenen ve uygulanan (eylem planı) hedefler üzerinde yorumlamada bulunmaları için grup hastaları davet edilir.
- Hastalar deneyimlerini pozitif olarak mı negatif olarak mı değerlendiriyorlar?
- Hastalar bu deneyimden ne öğrendiler?
- Hastalar diyabet özyönetimlerine dair ne öğrendiler?
- Öğrendiklerini bütün özyönetim planları ile birleştirebilirler mi?

2. adım: Duygunun Rolünü Tartışmak (~10 dakika)

- Grup hastaları son oturumdan bu yana olan bir şey hakkında konuşmak ve onlarda ne gibi duygular uyandırdığını paylaşmak için davet edilir.
- Bu duygular özyönetim kararlarını nasıl etkileyebilmektedir?

3. adım: Sistemik Problem Çözmeyi Kavrama (~ 30 dakika)

- Gruptan bir hasta kendisinin yüzleştiği bir problem veya endişe hakkında konuşmak için davet edilir.
- Probleme olası çözümler üretilir.
- Muhtemel çözümleri uygulamayı kolaylaştırıcı öğeler ve engeller tespit edilir.
- Bireysel, hasta kendi deneyimine bağlı çözümün "uyum derecesini" tespit eder.
- Bireysel, hasta özyönetime yönelik belirlenmiş problem ve hedeflere dayalı bir eylem planının taslağını oluşturur.
- Her hafta hastalar kendilerinin seçtiği kısa vadeli hedefe ulaşmaya çalışarak bir öz bakım deneyimi yürütmek için davet edilir.

4. adım: Klinik Soruları Cevaplandırmak (~ 20 dakika)

- Diyabete ilişkin klinik ve sağlık sorularından bahsedilir.
- Katılımcılar grup içerisinde bilgi paylaşımı ve alışverişinde bulunurlar.
- Katılımcılar gerektiğinde sağlık hizmeti çalışanlarından (diyetisyen, fizyoterapist vs) destek almaları için teşvik edilir.
- İçerik ile hastaların davranış ve yaşam deneyimlerini bir araya getirme yolu olarak tespit edilen her bir klinik alan için psikolojik ve davranışsal yönlerden bahsedilir

5. adım: Geribildirim verilmesini sağlama (~ 20 dakika)

- Bu oturum ile ilgili faydalı bulduğunuz şeyler nelerdir?
- Gelecekteki oturumları daha iyi yapabilmek adına yapabileceğimiz bir şey var mı?
- Gelecek hafta bahsetmek istediğiniz tartışmalar veya konu başlıkları nelerdir?

Tang TS, Funnell MM, Anderson RM: Grup education strategies for diabetes self-management. *Diabetes Spectrum* 2006;19:99-1005

Tablo 3: Güçlendirme temelli davranış değişikliği protokolüne Tayvan Örneği, 2015

1. Adım: Hastanın öz farkındalığı için Motivasyonun artırılması

- Diyabetli bireyler ile HbA1c, kan basıncı ve lipid düzeylerinin normal değerleri ile karşılaştırarak tartışılması
- Kısa ve uzun vadeli komplikasyon riski ile ilgili kişisel değerlerin tartışılması
- Diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi gibi uyguladığı özbakım davranışları ile ilgili yaşadığı deneyimleri paylaşması için hastanın cesaretlendirilmesi
- Diyabetli bireylerin HbA1c, kan basıncı, lipid ve olası komplikasyonların özbakım davranışlarını nasıl etkilediğini göstermek/dile getirmek için hastalara yardım edilmesi/rehberlik edilmesi
- Öncelikli problemlerin belirlenmesinde ve özbakım davranışları problemlerine farkındalığın artırılmasında hastalara yardım edilmesi/rehberlik edilmesi

2. Adım: Problemlerin nedenlerinin değerlendirilmesi

- Diyabetli bireylerin özbakım davranışları uygulamalarını desteklemek ve engelleyen faktörlerin belirlenmesi için hastalara yardım edilmesi/rehberlik edilmesi. Bunun için örnek yönlendirici sorular;
"Özbakım davranışlarınızı uygulamanızı önleyen engeller nedir?"
"Bu engellerden hangisi aşılabılır?"
"Özbakım davranışlarınızı uygulamak için ne şartlar altında/şartlarda gönüllü/isteklisiniz/hazırsınız?"
"Özbakım davranışlarınızı uyguladığınız zaman size destek olabilecek birileri var mı?"

3. Adım: Hedef Belirleme

- ADA tarafından HbA1c, kan basıncı ve kan lipidleri ile ilgili önerilen hedefler değerlendirilmesi/gözden geçirilmesi
- Kısa, orta ve uzun dönem hedeflerin tartışılması
- Diyabetli bireylerin diyabet bakımı ile ilgili beklentilerini paylaşmaları için cesaretlendirilmesi
- Diyabetli bireylerin, müdahilcilerin (gruptaki diğer bireylerin) desteğiyle ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi için cesaretlendirilmesi

4. Adım: Bireysel Özbakım planlarının geliştirilmesi

- Diyabetli bireylerin ulaşılabilir hedefleri için en uygun planların seçilmesinde cesaretlendirilmesi,
- Diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerine özbakım planlarını dahil etmesi için cesaretlendirilmesi,
- Diyabetli birey ile diyabet eğitimcisinin karşılıklı Spesifik, Ölçülebilir, Ulaşılabilir, Gerçekçi, Zaman (SMART) stratejileri kullanarak bir özbakım davranış planının belirlenmesi
- Erişimi gerekli diyabetle ilişkili sağlık bilgileri, kaynaklar ve hizmetlere sağlık bakım sağlayıcıları tarafından sağlanması.
- Eğer gerekiyorsa, diyabete ile ilgili duyguların tartışılması ve diyabetli bireyin özbakım davranışlarını düzenlemesinde diyabetli bireye nasıl yardım edebilecekleriyle ilgili önemli aile üyeleri davet edilir.
- Diyabetli bireylere özbakım davranışlarını kaydetmek için kendini izlem kontrol listesini nasıl kullanabileceği gösterilir.

5. Adım Hedefe ulaşma durumunun değerlendirilmesi

- Diyabetli bireylerin hedeflerine ulaşmada ve özbakım davranışlarını uygulamada yaşamış olduğu deneyimleri yansıtmaması/göstermesi için rehberlik edilmesi. Bunun için örnek yönlendirici sorular;
"Lütfen, geçen hafta özbakım davranışları uygulamanızda yaşamış olduğunuz deneyimleri paylaşın"
"Hangi engeller ile baş edebildiniz?"
"Hangi hedeflere ulaşabildiniz?"
"Yaşamış olduğunuz bu deneyiminizden ne öğrendiniz?"
- Hedeflerine ulaşan diyabetli bireylerin övün/övülmesi ve gelecek /yaşanacak problemlerin tekrar çözülmesi için 1'den 4'e kadar olan adımları uygulayın.
- Hedeflerine ulaşamayan diyabetli bireyler için, hedeflerine neden ulaşamadıklarının nedenlerin tartışılması ve adım 2 ve 4'ün uygulanarak çözümlerin incelenmesi

Kaynak: Chen MF, Wang RH, Lin KC, Hsu HY, Chen SW. Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial *Applied Nursing Research* 28 (2015) 366–373.

leri için yetenekleri onaylanmalı,

- Hastayı kontrol etmeden çok diyabet bakımında hastaya sorululuk verilmeli (problem çözmede), bunun içinde hasta deneyimleri çok önemli olduğu unutulmamalı,

- Diyabetli bireylerin, bireysel problemlerini belirleme ve çözme yeteneklerinin desteklenmeli,

- Eğitimcinin hastaları ile telefon, mail vs aracılığıyla sürekli iletişim halinde olmalı,

- Eğitimcilerin diyabet eğitimde hastalık algısının özellikle değerlendirmeli (Hasta olduğum için insülin veya egzersiz yapamam),

- Diyabet okuryazarlığı artırılmalı/desteklenmeli,

- Diyabet eğitiminde hastanın kullandığı dilde eğitim sağlanmalı (Arapça, Türkçe vs, örnek eğitim CD) ve hasta ile aynı dil kullanılmalı,

- Diyabetli bireyi önemseyişinizi ve değerli olduğunuzu hissettirmeli (Daha rahat insülin uygulayabiliyor musunuz? Kan şekeri değerleriniz nasıl seyrediyor?) (Anderson, Funnell, 2005; Salmon, Hall, 2004; Chen, 2015; Sigurdardottir & Jonsdottir, 2008; Funnell ve Anderson, 2003; Funnell and Anderson 2004; Funnell, Tang, Anderson, 2007)

Diyabet eğitiminde diyabet eğitimcisinin rolü hastalara deneyim, motivasyon ve yeterli bilgi vermek, hastaların kendi kararlarını vermesi/almasına izin vermek özbakım davranışları için becerilerini geliştirmektir. Bütün bunları yaparken diyabet eğitimcisi hastaların sorularının cevaplarını vermekten çok hastalara soru sorarak bunların tümünü yapmalıdır. Diyabet eğitimcinin diğer bir rolü ise hastaların emosyonel ve sosyal desteklendiklerini hissetmelerini için kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmak, öz yeterliliklerini geliştirmek için etkinleştirmek/aktifleştirmek, davranışsal değişiklik ile ilgili aldıkları kararlarda hastalara inanmak ve hastalara başarıya ulaşmak için umutlarını/isteklerini hedeflerine ve seçimlerine yansıtmaktır (Petersen, Tribler, Mølsted, 2008; Sigurdardottir & Jonsdottir, 2008).

Sonuç

Güçlendirmenin diyabet eğitiminde çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Güçlendirme temelli davranış deği-

şikliği protokollerin diyabet özyönetim eğitiminde kullanımı sonucu diyabetli bireylerin lipid düzeylerinde anlamlı gelişme sağlarken glisemik kontrolde klinik olarak anlamlı iyileşme olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte hastaların özbakım davranışlarında, öz yeterlilik düzeyinde ve yaşam kalitelerinde anlamlı gelişme olduğu saptanmıştır. Ancak yeterli örneklem ile daha fazla randomize kontrollü çalışmanın yapılması güçlendirme temelli davranış değişikliği protokollerin gerçek etkisini ortaya koymak için önemli olduğu anlaşılmıştır.

Kaynaklar

1. American Diabetes Association (2015). Standards of medical care in diabetes 2015, *Diabetes Care* 38(Suppl. 1):S1–S2. DOI: 10.2337/dc15-S001
2. American Association of Diabetes Educators (AADE) (2011). Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training (DSME/T). (10 şubat 2016). Available from <https://www.diabeteseducator.org/news-publications/the-diabetes-educator-journal>
3. Anderson, B; Funnell, M.M; Tang, TS. (2006) Self-management of health. In: Mensing C, ed. *The Art and Science of Diabetes Self-Management Education: A Desk Reference for Healthcare Professionals*. Chicago: American Association of Diabetes Educators 43 -58.
4. Anderson, R.M; Funnell, M.M; Nwankwo, R; Gillard, M.L; Oh, M; Fitzgerald, JT (2005) Evaluating a problem based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethn Dis* 15;671–678.
5. Anderson, R.M; Funnell, M.M (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling* 153-157.
6. Chen, MF; Wang, RH; Lin, KC; Hsu, HY; Chen, SW. (2015) Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial *Applied Nursing Research* 28;366–373.
7. Deakin, T.; McShane, C.E.; Cade, J.E.; Williams. RDRR. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No:CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.
8. Duncan, I.; Birkmeyer, C.; Coughlin, S.; Li, O.; Sherr D.; Boren S. (2009). Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator* 35(5);752-60. DOI:0.1177/0145721709343609.
9. Duke, S.A; Colagiuri, S; Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 21, CD005268.
10. Ellis, S.E; Speroff, T; Dittus, R.S; Brown, A; Pichert, J.W.;Elsay, T.A. (2004). Diabetes patient education: a metaanalysis and meta-

- regression. Patient Education and Counseling Journal 52:97-105.
11. Funnell, I MM; Tang, TS; Anderson, RM. (2007) From DSME to DSMS: Developing empowerment-based diabetes self-management support. Diabetes Spectrum 20(4):221-226.
 12. Funnell, M.M.; Anderson, R.M., (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clinical Diabetes 22; 123-127.
 13. Funnell, M; Anderson, R (2003). Patient Empowerment: A Look Back, A look Ahead. The Diabetes Educator 29:454-464.
 14. Goudswaard, A.N; Stolk, R.P; Zuithoff N.P; Valk, H.W; Rutten, G.E. (2004) Long-term effects of self management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy: a randomized trial in primary care. Diabetic Medicine 5;491-496.
 15. Hokanson, J.M; Anderson, R.L; Henrikus D.J; Lando, H.A; et al., (2006) Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. Diabetes Educator. 32;562-570.
 16. Mensing, C.R; Norris, S.L. (2003) Group Education in Diabetes: Effectiveness and Implementation. Diabetes Spectrum 16;96-103.
 17. Norris, S.L.; Nichols, P.J.; Caspersen, C.J.; et al. (2002). The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine 22, 15-38.
 18. Olgun, N; Ulupinar, S. (2003). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi, Erişim Tarihi: 10.02.2016. http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf.
 19. Petersen SK , Tribler J, Mølsted S. Empowerment-inspired patient education in practice and theory. Eur Diabetes Nursing 2008; 5(3): 99–103.
 20. Rickheim, PL.; Weaver, TW.; Flader, JL.; Kendall, DM. (2002). Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. Diabetes Care 25(2);269–74.
 21. Sigurdardottir, AK; Jonsdottir, H (2008) Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. Scand J Caring Sci 22:284–291.
 22. Salmon, P.; Hall, G.M (2004) Patient empowerment or the emperor's new clothes. Journal of The Royal Society of medicine 97;53-56.
 23. Sürücü, HA (2014) Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. DEUHYO ED7 (1); 46-51.
 24. Tang, TS; Brown, MB; Funnell, MM; Anderson, RM. (2008) Social Support, Quality of Life and Self-Care Behaviors among African Americans with Diabetes. The Diabetes Educator 34(2):266-276.
 25. Tang TS, Funnell MM, Anderson RM (2006). Group education strategies for diabetes self-management. Diabetes Spectrum 19:99-1005.
 26. Warsi, A.; Wang, P.S.; LaValley, M.P.; Avorn, J.; Solomon, D.H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Archives of Internal Medicine 164;1641-1649.

Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye Yönelik İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Zeynep Erdoğan, Türkan AKYOL GÜNER, Ebru OFLUOĞLU

Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ZONGULDAK

Özet

Amaç: Bu çalışma Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda (SHMYO) öğrenim gören öğrencilerin obeziteye yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Çalışmanın evrenini SHMYO'nda kayıtlı 836 öğrenci, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü, devamsızlığı olmayan 654 öğrenci oluşturdu. Veriler 9 sorudan oluşan sosyodemografik özellikleri içeren Tanıtım Formu, Obez Bireyler Hakkında İnanç Ölçeği (BAOP) ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (ATOP) ile toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin BAOP puan ortalaması 23.58 ± 0.82 'dir. BAOP ile yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). ATOP puan ortalaması 59.99 ± 1.11 'dir. ATOP ile cinsiyet arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Kız öğrencilerin, obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığına yönelik güçlü inançları olduğu ve obez bireylere yönelik olumlu tutuma sahip oldukları bulundu.

Anahtar Kelimeler: Obezite, tutum, inanç, üniversite öğrencisi

Summary

Objective: This study was performed with the aim of determining the beliefs and attitudes of students studying at the Bulent Ecevit University Ahmet Erdoğan Health Services Vocational High School towards obesity.

Material and Method: The universe of the study consisted of 836 students enrolled in the HSVHS and the sample consisted of 654 students who volunteered for the study and weren't absent. Data was collected using the Identification Form that consisted of 9 questions regarding socio demographic characteristics, The Attitudes towards Obese Persons Scale (ATOP) and the Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP).

Results: Average score from BAOP of the students was 23.58 ± 0.82 . The variance between BAOP and age and gender was found to be statistically meaningful ($p < 0.05$). The ATOP score average of the students was 59.99 ± 1.11 , and the variance between ATOP scores and gender was found to be statistically meaningful ($p < 0.05$).

Conclusion: Female students were found to have a positive attitude towards obe-

se individuals and a strong belief that obesity isn't within the control of the obese individual

Keywords: *Obesity, attitude, belief, stigma, university student*

Giriş

Obezite hem dünyada hem de ülkemizde görülen, birçok hastalığa sebep olabilen, ciddi ekonomik ve sosyal boyutları olan, vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan bir sağlık sorunudur. Dünyada obezite sıklığı 1980 yılından beri ikiye katlanarak artmıştır. 2014 yılında 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan fazla kişi aşırı kilolu ve 600 milyon kişi obezdir. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>Erişim Tarihi:21.08.2015). Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Obezite Önleme ve Kontrol Programı'na göre ülkemizde obezite sıklığı kadınlarda (%41.5) erkeklerden (%21.2) daha fazladır. (Obesity prevention and control programme (2010-2014), <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/obezite.pdf>. erişim tarihi:20.08.2015)

Obezite, enerji dengesi bozukluğuna sebep olan kronik bir hastalık olup, hipertansiyon, hiperkolesterol, tip 2 diyabet, atherosklerotik kalp hastalıkları, solunumsal hastalıklar ve bazı kanser türleri gibi çeşitli hastalıklara bağlı meydana gelen ölümleri artırmaktadır (Malnick and Knobler, 2006). Obezite gelişiminin etyolojisinde, genetik faktörler, sedanter yaşam, sosyo-ekonomik nedenler, beslenme alışkanlıkları, endokrin bozukluklar ve kullanılan ilaçlar yer almaktadır (Hatemi, Turan, Arık ve ark., 2002). Araştırmalar obezitenin sağlık risklerinden başka negatif sosyal ve psikolojik sorunlara da sebep olduğunu göstermektedir (Allison and Lee, 2015).

Bazı toplumlarda zayıflığa ve beden imajına verilen önemden dolayı obez insanlar, tembel ve kontrolsüz olarak düşünülmektedir. Medya yada çeşitli basın yayın organları özellikle kadınlar için zayıf olmanın, fiziksel görüntü ve ideal görünümün başarı ve kabullenmedeki önemini vurgulamaktadır (Lissner, 1997). Obez bireyler normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında daha yeteneksiz, özensiz, dağınık (Puhl and Heuer, 2010), iradesiz (Fardouly

and Vartanian, 2012), sevimsiz, tembel, sorumsuz (Yanover and Thompson, 2010), isteksiz (Swami, Frunham, Amin et al., 2008) ve kişisel sorunlara sahip bireyler olarak algılanmaktadırlar (Puhl and Heuer, 2010). Obez bireyler akademik ve iş çevresinde önyargı ve ayrımcılığa, sağlık birimleri, medya ve kişilerarası ilişkiler gibi hayatın birçok alanında sözel olarak alay etme, aşağılama, fiziksel olarak itme, vurma şeklinde ortaya çıkan davranışlara maruz kalmaktadırlar (Latner, O'Brien, Durson et al. 2008). Bu gibi durumlar, obez bireylerde psikolojik sorunlara neden olmakta (Douketis, Macie, and Thabane 2005) ve kişilerarası ilişkilere zarar vermektedir (Friedmann, Reichmann, and Costanzo et al. 2005). Yapılan çalışmalar sağlık alanında ki öğrenciler ve çalışanlar arasında da obez bireylere karşı önyargı, damgalama ve ayrımcılık gibi negatif tutumların olduğunu göstermektedir (Friedmann, Reichmann, and Costanzo et al. 2005; Swift, Hanlon and El-Redy et al. 2013; Jiménez, Bacardi, Armendariz et al. 2008). Eğitim alanında da obez bireyler, hem arkadaşları hem de öğretmenleri tarafından istismar ve alay gibi negatif yaklaşımlara maruz kalmaktadırlar. Daha nitelikli olmasına rağmen obez olmayan öğrenciler kilolulara göre daha çok tercih edilmektedirler (Sztainer, Story and Harris, 1999; Gipson, Reese, and Vieweg et al. 2005).

Bu nedenle bu çalışma Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin obez bireylere yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO'nda Nisan-Haziran 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini SHMYO'nda kayıtlı 836 öğrenci, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü, devamsızlığı olmayan 654 öğrenci oluşturdu. SHMYO iki yıllık eğitim vermekte olup, 12 bölümden oluşmaktadır. Çalışma öncesi Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nde yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere çalışmanın amacı anlatılmış ve tüm katılımcıların onayları alınmıştır.

Veri Toplama

Veriler; Sosyodemografik özelliklerin bulunduğu 9 sorudan oluşan Tanıtım Formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, bölüm, sosyal güvence, gelir düzeyi, boy, kilo, BKİ) Obez Bireyler Hakkında İnanç Ölçeği (BAOP) ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (ATOP) ile toplandı. Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (ATOP) : Allison ve ark. (1991) tarafından geliştirilen Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği, 20 maddeden oluşmuştur. Skorlar 0-120 arasında değişir. Yüksek skorlar obez bireylere yönelik olumlu tutumu gösterir. Cronbach alfa değeri .80 ile .84 arasında bulunmuştur.

Obez Bireyler Hakkında İnanç Ölçeği (BAOP): Allison ve ark. (1991) tarafından geliştirilen 8 maddeden oluşmuş bir ölçek olup, Skorlama 0-48 arasında değişir. Yüksek skorlar obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığına dair güçlü inançları olduğunu gösterir. Cronbach alfa değeri .65 ile .82 arasında bulunmuştur.

Her iki ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dedeli ve ark (2014) tarafından yapılmıştır. ATOP ve BAOP ölçeklerinin güvenilirlik kat sayısını sırasıyla 0.86 ve 0.84 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) kendilerine sorularak bilgi alınmıştır. Vücut ağırlığı (Kg)/ Boy uzunluğu(m) x Boy uzunluğu (m) olan BKİ, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bilgi notu baz alınarak değerleri sınıflandırılmıştır. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49232/h/bkiwebbilginotu.doc

BKİ değerleri (kg/m ²)	Sınıflama
<18.5	Zayıf
≥18.5 - <24.9	Normal
≥25.0 - <29.9	Toplu, hafif şişman, fazla kilolu
≥30.0 - < 39.9	Şişman (Obez)
≥40.0	Aşırı şişman

Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi, spearman korelasyon testleri kullanıldı. Anlamlılık değeri p<0.05 olarak alındı.

Etik Boyutu

Çalışma öncesi Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’nden izin alındı. Çalışmanın amacı öğrencilere açıklandı ve öğrencilerden yazılı ve sözlü onam alındı. Çalışmada Helsinki Deklerasyonu esas alınarak veriler toplanmıştır. (World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects Available from URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>, Erişim Tarihi 12 Nisan 2015)

Bulgular

Öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1.’de verilmiştir. Yaş ortalaması 20.03 ±2.32 olan öğrencilerin % 76’sı kız olup, büyük çoğunluğu bekar (95.7). Öğrenci sayılarına göre okudukları bölümlere bakıldığında sırasıyla; İlk ve Acil Bakım (%15), Tıbbi Dokümantasyon (%11.5), Anestezi (%10.2), Çocuk Gelişimi (%10.1), Odiyometri (%9) Yaşlı Bakım (%8.3) Radyoloji (%7.5), Ağız Diş Sağlığı (%6.9), Ameliyathane (%6.7) Tıbbi Laboratuvar (%6.3), Saç Bakımı (%5.2) ve Tıbbi Tanıtım Pazarlama’dır (% 3.4). Öğrencilerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır (% 81.5) ve orta düzeyde (%71.4) gelir durumuna sahiptir. Öğrencilerin vücut ağırlıklarının ortalaması 60.40±12.1 kg, boy ortalamaları ise 165.92±8.26 cm.dir. Beden Kitle İndeksi ortalaması 21.82±3.33 kg/m² olan öğrencilerin BAOP puan ortalaması 23.58±0.82, ATOP puan ortalaması ise 59.99±1.11’dir.

Tablo 2’de öğrencilerin bazı özelliklerine göre, obez bireylere yönelik inanç ve tutum puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Öğrencilerin ATOP puanı ile yaş, medeni durum, gelir düzeyi, okuduğu sınıf, bölüm ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; cinsiyetle istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Kız öğrencilerin ATOP puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve obez bireylere yönelik olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır.

BAOP puanı ile medeni durum, gelir düzeyi, okudukları sınıf, bölüm ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaş ve cinsiyet arasındaki fark ista-

tistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yaş ile BAOP puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış olup, yaş arttıkça BAOP puanının da arttığı bulunmuştur (Tablo 2). Yine kız öğrencilerin erkeklere göre BAOP puan orta-

lamaları daha yüksek bulunmuş ve obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığına dair güçlü inançlara sahip olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

BAOP ve ATOP ölçekleri arasında istatistiksel açıdan $p<0.05$ düzeyinde pozitif yönde anlamlı ancak zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=-.269$; $p<0.05$). Mevcut çalışmada ölçeklerin cronbach alfa; BAOP;0.84 ve ATOP 0.78'dir.

Tartışma

Obez insanlar, çalıştıkları kurumlarda, sağlık bakım merkezlerinde, eğitim kurumlarında, kişilerarası ilişkilerde ve medyada önyargı ile karşı karşıya kalabiliyorlar. Damgalama, ayrımcılık ve önyargı gibi olumsuz toplumsal davranışlar obez genç ve yetişkinlere karşı sık sık uygulanmaktadır (Puhl and Heurer, 2010). Çalışmamızda, öğrencilerin bazı özelliklerine göre, obez bireylere yönelik inanç ve tutum puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin obez bireylere yönelik nötr tu-

Tablo 1: Öğrencilere Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (N=654)

	Ortalama \pm SD	Min-Max
Yaş	20.03 \pm 2.32	17-51
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	500	76.5
Erkek	154	23.5
Medeni durumu		
Evli	28	4.3
Bekar	626	95.7
Sınıfı		
1. sınıf	343	52.4
2. sınıf	311	47.6
Bölüm		
İlk ve Acil Bakım	98	15.0
Tıbbi Dokümantasyon	75	11.5
Anestezi	67	10.2
Çocuk Gelişimi	66	10.1
Odiyometri	59	9.0
Yaşlı Bakım	54	8.3
Radyoloji	49	7.5
Ağız Diş Sağlığı	45	6.9
Ameliyathane	44	6.7
Tıbbi Laboratuvar	41	6.3
Saç Bakımı	34	5.2
Tıbbi Tanıtım Pazarlama	22	3.4
Sosyal Güvence		
Var	533	81.5
Yok	121	18.5
Gelir düzeyi		
İyi	128	19.6
Orta	467	71.4
Kötü	59	9.0
BKİ Grup		
>18.5	94	14.4
18.6-24.9	458	67.8
25-29.9	81	12.3
>30	21	5.5
	Ortalama \pm SD	Min-Max
Vücut ağırlığı	60.40 \pm 12.1	40-110
Boy	165.92 \pm 8.26	145-193
BKİ	21.82 \pm 3.33	14.34-34.05
BAOP	23.58 \pm 0.82	21.63-25.75
ATOP	59.99 \pm 1.11	57.00-62.25

Tablo 2: Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Obez Bireylere Yönelik İnanç ve Tutum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	BAOP ort p değeri	ATOP
Yaş	$r=0.109$ $p=0.005$	$r=-0.042$ $p=0.280$
Cinsiyet	$U=-1.898$ $p=0.048$ $K=23.54$ $E:23.71$	$U=-2.72$ $p=0.006$ $K=60.07$ $E=59.75$
Medeni durum	$U=-0.346$ $p=0.730$	$U=-0.917$ $P=0.359$
Gelir düzeyi	$KW=2.123$ $p=0.52$	$KW=1.398$ $P=0.49$
BKİ	$r=0.034$ $p=0.386$	$r=-0.055$ $p=0.157$
Sınıf	$U=-4.521$ $p=0.64$	$U=-0.961$ $p=0.33$
Bölüm	$KW=34.451$ $p=0.061$	$KW=24.80$ $p=0.17$
BAOP	$r=0.269$	$p=0.000$
ATOP		
BAOP cronbach alfa	0.84	
ATOP cronbach alfa	0.78	

tum sergilediği bulunmuştur. Soto ve ark.nın (2014) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada psikoloji öğrencilerinin ATOP ortalaması 75.6, tıp öğrencilerinde 69.6 bulunmuş olup, sonuçlar çalışmamızla paralel değildir. Bunun nedeni örneklem grubumuzdaki farklılıktan kaynaklanabilir. Çünkü okulumuzdaki bölümlerin eğitim süresi iki yıllık olup, müfredat içeriği lisans eğitimine göre farklılık göstermektedir. Dedeli ve ark.nın (2014) çalışmasında da ATOP puan ortalaması 57.4 bildirilmiş olup, çalışma sonuçlarımıza paralellik göstermektedir. Öğrencilerin ATOP puanı ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, okuduğu sınıf, bölüm ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; cinsiyetle arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kız öğrencilerin ATOP puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve obez bireylere yönelik olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır. Ülkemizde yapılan Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre kadınlarda erkeklere göre eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığının azaldığı bildirilmektedir. <http://www.istanbulsaalik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/obezite.pdf>. Dolayısıyla, kız öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığının azaldığını ve beden imajına dikkat ettiğini düşünürsek, obeziteye yönelik önlemler alındığını ve obezitenin nedenleri hakkında bilgi sahibi oldukları için de obez bireylere yönelik daha olumlu tutum sergilediklerini söyleyebiliriz. Hansson ve ark.nın (2014) İsveç toplumunda 16-84 yaş arası bireylerde yaptığı çalışmada, ATOP puanlarıyla BKİ, eğitim ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, kadınların obez bireylere yönelik daha olumlu tutumları olduğunu bildirmiştir. Soto ve ark. da (2014) tıp ve psikoloji öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada erkeklerin obez bireylere yönelik olumsuz tutum sergilediklerini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da kadınların obez bireylere yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuş olup, bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin BKİ ile obeziteye yönelik tutumları arasında anlamlı ilişkiler saptamadık. Ambwani ve ark.nın (2014) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ve Gujral ve ark.nın (2011) hemşirelerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulun-

muş olup, çalışmamızı desteklemektedir. Dedeli ve ark.nın (2014) çalışmasında gelir düzeyi ve BKİ arttıkça, başka bir çalışmada da (Hansson and Rasmussen (2014) obez bireylerin kilolarından memnuniyet düzeyleri arttıkça obeziteye yönelik daha olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bunun da nedeninin örneklem grubumuzda obez birey sayısının yetersizliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Öğrencilerin BAOP puan ortalaması 23.58 ± 0.82 'dir. Dedeli ve ark.nın (2014) çalışmasında da BAOP puanı ortalaması 20.1, Hansson ve ark.nın (2014) çalışmasında 20.2, bulunmuş olup çalışmamızla paraleldir. BAOP puanı ile medeni durum, gelir durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaş ve cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş ile BAOP puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuş olup, yaş arttıkça BAOP puanının da arttığı saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde yaşla BAOP arasında anlamlı ilişki içeren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim sonucumuzun anlamlı çıkmasının nedeni, yüksekokulumuzda okuyan öğrencilerin büyük çoğunluğunun sınavsız geçiş sistemiyle geldiği için yaş gruplarının farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre ülkemizde yaş grupları arttıkça BKİ'nin arttığı bildirilmiştir. Türk toplumunda kilolu olmak hala sağlık göstergesi olarak algılanmaktadır. Ve yaş arttıkça kilo almanın doğal bir süreç olduğu düşünüldüğü için, obezitenin bireylerin kontrolünde olmadığı düşünülmesi ağırlık kazanmış olabilir. Kız öğrencilerin BAOP puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığına dair güçlü inançlara sahip olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Ülkemizde kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığının az olması, kadınların obezitenin nedenleri hakkında bilgi sahibi olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle kız öğrencilerin obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığı hakkında güçlü inançlara sahip olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızda BAOP puanı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunama-

mıştır. Dedeli ve ark.(2014) ve Hanson ve ark.nın (2014) çalışmasında ise BAOP puanı ile BKİ arasında anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Bunun da nedeni örneklem grubumuzdaki obez birey sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda BAOP ve ATOP ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptadık. Soto ve ark.(2014) ve Gujral ve ark.(2014) ve Hanson ve ark.(2014) çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada kız öğrencilerin obez bireylere yönelik olumlu tutum sergilediklerini ve obezitenin obez bireylerin kontrolünde olmadığı hakkında güçlü inançlara sahip olduğu bulunmuştur. Bu nedenle dünyada ve ülkemizde global bir halk sağlığı sorunu olarak görülen obezitede stigmatı önlemek için, üniversitelerde obezitenin nedenleri, kontrolü ve obeziteyle mücadeleyle yönelik eğitim müfredatları planlanmalıdır. Örneklem grubumuzda obez bireylerin yeterli sayıda olmaması çalışmamızın sınırlılıklarından biridir. Obezitede stigmatı ortaya çıkarabilmek için, obez bireylerin sayısının fazla olduğu örneklem gruplarında çalışmalar yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Allison, D.B; Basile, V.C.; Yaker, H.E. (1991) The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Dis* 10,599-607.
- Allison, M.; Lee, C. (2015). Too Fat, Too Thin: Understanding bias against overweight and underweight in an Australian female university student sample. *Psychol Health* 30(2):189-202.
- Ambwani, S.; Thomas, K.M.; Hopwood; C.J.; Moss, S.A.; Grilo, C.M. (2014) Obesity stigmatization as the status quo: structural considerations and prevalence among young adults in the U.S. *Eat Behav* 15(3): 366-70.
- Dedeli, O.; Bursalioğlu, S.A; Deveci, A. (2014) Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clinical Nursing Studies* 2(4):105-117.
- Douketis, J.D.; Macie, C.; Thabane, L.; Williamson, D.F. (2005) Systematic review of longterm weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes* 29(10):1153-67.
- Fardouly, J.; Vartanian; L.R. (2012) Changes in weight bias following weight loss: the impact of weight-loss method. *Int J Obes* 36(2): 314-9.
- Friedmann, K.E.; Reichmann, S.K.; Costanzo, P.R.; Zelli, A.; Ashmore, J.A.; Musante, G.J. (2005) Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res* 13(5):907-16.
- Gipson, G.W.; Reese, S.; Vieweg, W.V.R.; Anum, E.A.; Pandurangi, A.K.; Olbrisch, M.E.; Sood, B.; Silverman, J.J. (2005) Body image and attitude toward obesity in an historically black university. *J Natl Med Assoc* 97(2): 225-36.
- Gujral, H.; Tea, C.; Sheridan, M. (2011) Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surg Obes Relat Dis* 7(4):536-40.
- Hansson, L.M.; Rasmussen, F. (2014) Attitudes towards obesity in Swedish general population: The role of one's own body size, weight satisfaction and controllability beliefs about obesity. *Body Image* 11(1):43-50.
- Hatemi, H.; Turan, N.; Arık, N.; Yumuk, V. (2002) Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 11:1-16.
- Jiménez, C.A.; Bacardí, G.M.; Armendáriz, A.A.; Márquez, I.B.; Sepúlveda, R.M.; Revelles, R.I.C. (2008) Mexican physicians' bias towards the obese child. *Nutr Hosp* 23(1):77-8.
- Latner, J.D.; O'Brien, K.S.; Durson, L.E.; Brinkman, L.A.; MacDonald, T. (2008) Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes (Lond)*, 32(7): 1145-52.
- Lissner, L. (1997) Psychosocial aspects of obesity: Individual and societal perspectives. *Scand J Nutr/ Naringsforskning* 41:75-79.
- Malnick, S.D.H.; Knobler, H. (2006) The medical complications of obesity. *Q J Med* 99: 565-579
- Puhl, R.M.; Heuer, C.A. (2010) Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 100:1019-1028.
- Soto, L.; Armendariz-Anguiano, A.L.; Bacardí-Gascón, M.; Cruz, J.A. (2014) Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutr Hosp* 30(1): 37-41.
- Swami, V.; Furnham, A.; Amin, R.; Chaudhri, J.; Joshi, K.; Jundi, S.; Miller, R.; Mirza Bequm, J.; Bequm, F.N.; Sheth, P.; Tovée, M.J. (2008) Lonelier, lazier, and teased: the stigmatizing effect of body size. *J Soc Psychol*. 148(5): 577-93.
- Swift, J.A.; Hanlon, S.; El-Redy, L.; Puhl, R.M.; Glazebrook, C. (2013) Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet* 26(4):-: 395-402.
- Sztainer, D.N.; Story, M.; Haris, T. (1999) Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *J Nutr Educ Behav* 31(1):3-9.
- Yanover, T.; Thompson, J.K. (2010) Perceptions of health and attractiveness: The effects of body fat, muscularity, gender, and ethnicity. *J Health Psychol* 15(7): 1039-48.

Diyabet ve Kültürel Yaklaşım

Doç. Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA, Uzm. Hemş. Derya ÇINAR

Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, BALIKESİR

Balıkesir Asker Hastanesi, BALIKESİR

Özet

Tüm dünyada en fazla görülen hastalıklardan biri olan diyabet 21. yüzyılın acil sağlık sorunu olarak görülen küresel bir salgındır. Günümüzde diyabetin tedavi ile ortadan kaldırılması mümkün değildir, ancak kilo verme, fiziksel aktivite artışı, sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile tip 2 diyabetin büyük ölçüde önlenemediği bildirilmektedir. Diyabet bakımı bireysel farklılıklar gösteren ve bireye özgü farklı bireysel yaklaşımları gerektiren dinamik bir süreçtir. Diyabetli bireylerin yaşadığı toplum, yaşam tarzı, kültürel inanışları, hastalık algısı bireysel başa çıkma stratejilerini içeren bir diyabet yönetimi için kültürel yaklaşım gerekmektedir. Hemşireler bireylerin farklı inanç, değer ve beklentileri nedeniyle kültürel özelliklerini tanıyarak kültüre uygun bakım vermelidir. Tip 2 diyabetli etnik azınlık gruplarına kültürel olarak uygun sağlık eğitiminin verilmesinin etkinliğinin değerlendirildiği metaanaliz ve sistematik derlemede, kültüre özgü verilen sağlık eğitiminin glisemik kontrolü ve sağlıklı yaşam tarzlarını geliştirdiği sonucuna varılmıştır. Hemşirelerin holistik bakım verebilmesi için kültürel odaklı yaklaşım çerçevesinde diyabetli bireye kültürel değerlendirme yapmalıdır. Hemşireler bireylerin hastalığa uyum sağlamalarında yol gösterici olmak için; bireyin kültüre özgü davranışlarını gözlemlemeli, kültürü hakkında bilgi edinmeli ve hemşirelik bakımı bu değerler üzerine temellendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Kültür, Hemşirelik

Summary

Cultural Approach in Diabetes

Diabetes, being one of the most commonly seen diseases over the world, is global epidemic regarded as an urgent health problem of 21st century. Today; it is not possible to eliminate diabetes with medical treatments but it is reported that Type 2 diabetes can be considerably prevented through such life style changes as losing weight, increasing physical activities, having a healthy diet. Diabetes care is a dynamic process that varies across individuals and requires individual based treatment approaches. A cultural approach is necessary for the management of diabetes that includes society in which diabetic individuals live, cultural beliefs, disease perceptions and individual coping strategies. Nurses should provide a care that is consistent with

the culture by knowing individuals' cultures due to their different beliefs, values and expectations. In a meta-analysis and systematic review in which the effect of a culture-based training given to ethnic minority groups with Type 2 diabetes was assessed; it was concluded that culture-based training improved glycemic control and healthy life styles. Nurses should perform a medical evaluation that includes cultural characteristics for the diabetic individuals by using culture-based approaches in order to offer a holistic care. Nurses should observe culture-based behaviors of individuals, gather information about their culture and base their care on these values so that they can guide individuals to adapt to the disease.

Key words: Diabetes, Cultur, Nursing

Giriş

Tüm dünyada en fazla görülen hastalıklardan biri olan diyabet 21. yüzyılın acil sağlık sorunu olarak görülen küresel bir salgındır (IDF, 2015). Özellikle hızlı sosyal ve kültürel değişimler, nüfusun yaşlanması, kentleşme oranındaki artış, fiziksel aktivitelerde azalma, sağlıksız yaşam tarzı ve davranış biçimleri gibi nedenlerle diyabetli birey sayısı her geçen gün artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre tüm dünyada diyabetli birey sayısı 2015 yılında 11 yetişkinden 1'i diyabetli (415 milyon), 2 diyabetli yetişkinden 1'i (%46,5) ise diyabetli olduğunu bilmemektedir. 2040 yılında 10 yetişkinden 1'inin diyabet hastası olacağı (642 milyon) tahmin edilmektedir. Bu istatistikler diyabetin küresel prevalansının ortalama %8.8' den %10.4' e yükseleceği anlamına gelmektedir (IDF, 2015). Türkiye' de diyabet prevalansı Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP)- I ve TURDEP- II çalışmasına göre Türk erişkinlerde tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %7.2' den %13.7' ye ulaştığı görülmüştür (Satman, Ömer, Tütüncü ve ark. 2013).

Günümüzde diyabetin tedavi ile ortadan kaldırılması

mümkün değildir, ancak kilo verme, fiziksel aktivite artışı, sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile tip 2 diyabetin büyük ölçüde önlenildiği bildirilmektedir (ADA, 2016). Başarılı bir diyabet yönetiminin amacı, öncelikle diyabetli bireylerin öz yönetimini sağlayarak optimal metabolik hedeflere ulaşmak, diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişmesini geciktirmek veya ilerlemesini engellemek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (Olgun, Eti Aslan, Coşansu ve ark. 2014). Diyabet bakımı bireysel farklılıklar gösteren ve bireye özgü farklı bireysel yaklaşımları gerektiren dinamik bir süreçtir (Arslan ve Korkmaz, 2015). Hemşireler bireylerin farklı inanç, değer ve beklentileri nedeniyle kültürel özelliklerini tanıyarak kültüre uygun bakım vermelidir. Bu süreçte bakım alan bireylerin tedaviye uyumu, hastalığı kabullenme, yaşam tarzı değişiklikleri gibi optimal hedeflere ulaşmak için hemşirelik bakımı kültürel yeterliği ve kültürel duyarlılığı içermektedir.

Diyabet öz yönetiminde bireysel ihtiyaçlara ve tercihlere göre kültürel olarak uygun bakım verildiğinde, klinik iyileşme, glisemik hedeflere ulaşma, öz bakım ve yaşam kalitesinde artma, sağlıklı başa çıkma ve hastalık maliyetinde azalma gibi olumlu sonuçlara neden olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Piatt, Anderson, and Brooks et al. 2010; Tang, Funnell and Brown et al. 2010; Renders, Valk and Griffin 2001; ADA 2015).

Literatürde farklı kültürlerin yaşadığı toplumlarda, kültüre özgü toplum temelli müdahalelerin yapıldığı çalışmalar diyabet öz yönetimi, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, tıbbi tedavi, kan şekeri takibi, egzersiz ve stres yönetimi konularına odaklanmaktadır. Diyabet eğitim sertifikasına sahip hemşireler ve endokrinologlardan oluşan bu eğitim programları düzenli ve periyodik aralıklarla uygulanmaktadır. Toplum temelli bu girişimler ile eğitim ve davranışsal stratejilerin yanı sıra hastaların başarılı bir öz yönetime ulaşmaları hedeflenmektedir. Çalışmalar sonucunda, etkin bir diyabet öz yönetimine kültürel yaklaşımın entegre edilmesi ile diyabetle ilişkili morbiditenin azaldığı bildirilmektedir (Collins-McNeil, Edwards and Batch,2012; Choi and Rush 2012).

Geleneksel diyabet yönetim stratejilerinin kültürel esnekliğinin olmaması, kültürel olarak duyarsız olması farklı etnik ve kültürel gruplar için büyük ölçüde etkisiz kılacaktır. Klinik uygulama kılavuzları başarılı bir diyabet yönetiminde hasta eğitimin önemini vurgularken kültürel farklılıklar yönünden yetersiz kalmaktadır (Choi and Rush 2012). Bu nedenle bireylerin yaşadığı toplum, yaşam tarzı, kültürel inanışları, hastalık algısı bireysel başa çıkma stratejilerini içeren bir diyabet yönetimi için kültürel yaklaşım gerekmektedir.

Kronik diyabet yönetimi; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, ilaç tedavisi (oral antidiyabetikler, insülin), bireysel izlem ve diyabet eğitimi bileşenlerinden oluşmaktadır (ADA 2016). Bu stratejilerin etkili olabilmesi için diyabetli bireylerin bireysel tercihleri, kültürü, dini inançları ve gelenekleri göz önünde bulundurulmalıdır (Sohal, Sohal and King-Shier 2015). Tip 2 diyabetli etnik azınlık gruplarına kültürel olarak uygun sağlık eğitiminin verilmesinin etkinliğinin değerlendirildiği metaanaliz ve sistematik derlemede, kültüre özgü verilen sağlık eğitiminin glisemik kontrolü ve sağlıklı yaşam tarzlarını geliştirdiği sonucuna varılmıştır (Hawthorne, Robles and Cannings-John 2008; Attridge, Creamer and Ramsden 2014).

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi; kapsamlı tip 2 diyabet yönetiminde gerekli bir komponenttir. Prediyabet ve diyabet hastalarına sunulan sağlık bakım hizmetlerinin diyabet yükünü azaltması ve yaşam kalitesini artırması bakımından oldukça önemlidir. Diyabetli bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığı, pişirme şekli, besin seçimi, porsiyon büyüklüğü ve öğün planlaması gibi bireye ve kültüre özgü tercihleri dikkate alınmalıdır (Collins-McNeil, Edwards and Batch 2012).

Yapılan bir sistematik derlemede, Asya kültüründe diyabetli bireylerin tıbbi beslenme tedavisine uymalarında toplumsal baskının engel teşkil ettiği bildirilmiştir. Bu kültürde "yemek"; sosyal etkinliklerde ve kişilerarası ilişkileri sürdürmede önemli rol oynamaktadır. Ev ziyaretleri, dü-

ğünler, toplantılar ve seyahat sırasında beslenme düzeninin değiştiği, beslenme yönetimini zorlaştırdığı belirlenmiştir (Stone, Pound and Pancholi,2005; Meetoo and Meetoo 2005; Sohal, Sohal and King-Shier 2015). Diyabet öz yönetim davranışları besin seçenekleri de dahil olmak üzere kültür ve yaşam tarzından etkilenmektedir. Örneğin, diyabetli Afrikalıların diyabetin ciddi bir hastalık olduğuna inanmadıkları, hastalığa uyum sağlayamadıkları, hastalıkla başa çıkmada zorlandıkları ve bunların diyabetle beslenme arasındaki ilişkiyi anlamada engel teşkil ettiği bulunmuştur (Collins-McNeil, Edwards and Batch 2012). Benzer sorunların Türk toplumunda da yaşandığı, bireylerin genellikle öğün ayarlama sıkıntısı yaşadıkları, geç kahvaltı yapıp ara öğün almadan diğer öğüne geçmeleri beslenme yönetimini zorlaştırmaktadır. Kültürel olarak ekme (beyaz ekme, kepekli ekme, köy ekmeği, vb.) yeme ve beyaz şeker tüketme bireylerin vazgeçemediği alışkanlıkları arasında yer almakta bu durumda diyabeti yönetme konusunda engel teşkil etmektedir.

Beslenme kültürü toplumdan topluma farklılık gösterirken, bireyler arasında da farklılıklar olabilmektedir. Önemli olan sağlık bakım ekibinin diyabetli bireylerin beslenmesini en iyi glisemik kontrolü sağlama üzerine temellendirmesidir. Bireysel beslenme planı yapılması, kültürel farklılıklara, yaşadığı toplumun, coğrafyanın koşullarına uygun sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması, yaşam tarzına ve isteklerine uygun beslenme gereksinimlerinin belirlenmesi diyabetli bireylerin beslenme yönetiminde göz önünde bulundurulmalıdır (Çevirme, 2012).

Fiziksel Aktivite

Klinik uygulama kılavuzlarında belirtildiği üzere düzenli egzersiz; diyabetli bireylerin glisemik kontrolü sağlmasına, insülin direncinin azalmasına, kilo kontrolüne ve kardiyovasküler risk faktörlerinin azalmasına katkıda bulunmaktadır. Düzenli yapılan 8 haftalık egzersiz ile glikozillenmiş hemoglobin (HbA1C) düzeyinin, Beden Kitle İndeksinde (BKI) değişim olmaksızın ortalama %0.66 düştüğü bildirilmiştir (ADA, 2016).

Diyabetli bireylerin fiziksel aktivite konusunda bilgi eksikliği, yanlış inanışlar ve motivasyon eksikliği engeller olarak sıralanmaktadır. Bazı kültürlerde hastalık güçsüzlük ve zayıflık olarak görülmekte, bu nedenle diyabet ve komplikasyonlarının gerçekleşmesi kaderci bir anlayışla karşılanmaktadır. Bu nedenle fiziksel aktivite artışının diyabet yönetiminde gerekli olmadığı görüşü ortaya çıkmaktadır. Özellikle yaşlılarda egzersiz sırasında nefes darlığı olmasının bir hastalık işareti olduğuna inanılmaktadır. Diyabetli kadınların ev dışında egzersiz yapmanın güvenlik ve gizlilik zafiyetine yol açtığı, öz güven eksikliği ve kötü sağlık anlayışına sahip oldukları saptanmıştır (Sohal, Sohal and King-Shier 2015). Sosyal ve kültürel odaklı egzersizler planlanması, hoşlanacakları egzersiz tipleri, kültürel olarak uygun ortamlar ve rol modeller oluşturulmasıyla diyabetli bireylerin düzenli fiziksel aktivite düzeyleri arttırılabilir.

İlaç Tedavisi

Diyabetli bireylerde ilaç tedavisi diyabetin tipine ve komplikasyonların varlığına göre değişir. İlaç tedavisinin seçimi hasta merkezli bir yaklaşıma dayalı olmalıdır. Tedavi hedefleri ve planları bireyselleştirilmiş olmalıdır. Diyabetli bireylerin yaşı, okul/ iş programı ve koşulları, eğitim düzeyi, fiziksel aktivite, yeme alışkanlıkları, komplikasyonların varlığı, sosyal statüsü ve kültürel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle etkinlik, maliyet, yan etkiler, komorbiditeler, hipoglisemi riski ve hasta tercihleri ilaç yönetiminde dikkate alınmalıdır (ADA, 2015).

Diyabette ilaç tedavisinin devamlı ve düzenli bir şekilde alınması gerekliliği konusunda hastalarda bilgi eksikliği olduğu, tedavinin uzun vadede zararlı sonuçlara yol açacağı inancı olduğu bildirilmiştir. Asyalı hastaların daha az yemek yiyerek seyahat ederken ilaç almaya ihtiyaç duymadıkları saptanmıştır. Ayrıca geleneksel, tamamlayıcı tedavileri ve fitoterapiyi tercih ettikleri, bu tedavilerin etkili olduğunu ve batı tıbbından daha güvenli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Sohal, Sohal and King-Shier 2015). Amerika' da yaşayan İspanyol göçmenlerle yapı-

lan bir çalışmada da diyabetli bireylerin, diyabetin ilerleyici bir hastalık olmasıyla ilgili anlayış eksikliği olduğu, insülin tedavisine karşı korku yaşadıkları gösterilmiştir (Hu, Amirehsani and Wallace, 2012).

Tip 2 diyabetli bireyler arasında insülin tedavisine karşı isteksizliğin yaygın olduğu, olumsuz tutum ve korku nedeniyle tedaviye başlamayı geciktirdikleri bildirilmiştir. Farklı kültürlerle yapılan çalışmalarda insülinin yaşam tarzında kısıtlama, hipoglisemi korkusu, düşük öz yeterlik ve kişisel başarısızlık kaygılarına neden olduğu bulunmuştur (Hu, Amirehsani and Wallace, 2012). Benzer kaygıların Türk toplumunda da yaşandığı; bireylerin insülin tedavisinin bağımlılık yapacağı korkusu, gün içinde insülin yapma sayısının birden fazla oluşu, toplum içinde insülin yapmama kaygıları vb. gibi nedenlerle tedaviyi reddettikleri bildirilmiştir. İnsülin tedavisine başlamadan önce bu durumu kendi çabalarıyla çözebilecekleri inancı yaygın olarak gelişmiştir. Bu durumda tedavi ve bakımı üstlenen sağlık profesyonelleri hastanın hastalığa uyumunda büyük çaba sarfettikleri belirtilmiştir.

Sağlık profesyonelleri ilaç tedavisine karşı bu olumsuz tutumları, diyabetlilerin diyabet hakkındaki kültürel inanç ve değerlerine saygı göstermeli, onları tedavinin yararları konusunda eğitim vermelidir.

Bireysel İzlem

Sağlık bakım profesyonellerinin diyabetli birey takibinde zorlandıkları konuların başında gelmektedir. Oysa bireysel izlem diyabet tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Glisemik hedeflere ulaşip ulaşılmadığını ve tedaviye bireysel yanıtı değerlendirmede önemli bir komponenttir. Diyabet yönetimine bireysel izlem sonuçlarının entegre olması, ilaç dozu ayarlama, hipoglisemiyi önleme, fiziksel aktivite ve tıbbi beslenme tedavisine rehberlik etmede yararlı bir araç olabilir (ADA, 2015).

Uzun dönem glisemik kontrolü değerlendirmede HbA1C altın standarttır. Ancak anlık glisemi takibinde hipoglisemi yönetimi için bireysel izlem yapılmalıdır (Eleni and Sotirios 2009). Kanıtlar bireysel izlem sıklığı ile

düşük HbA1C arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bireylerin özel ihtiyaçları ve hedefleri doğrultusunda bireysel izlem sıklığı ve zamanı ayarlanmalıdır (ADA, 2016). Çoğu zaman diyabetli bireyler hastalığı kabullenmek istemedikleri ya da toplum baskısından çekindikleri için kendi kendilerine glisemi takibi özellikle de tokluk glisemi takibini yapmamaktadırlar. Bu durumda sağlık profesyonelleri diyabetli birey takibinde güçlükler yaşamaktadırlar.

Sosyoekonomik düzeyi düşük ve diyabete ilişkin bilgi eksikliğinin bireysel izlem oranlarını düşürdüğü etnik azınlıklarda yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Leak, Davis and Houchin 2009). Hastalar, hipo/hipergliseminin önlenmesinde bireysel izlemin önemli olduğu gerçeğine şüphe duymakta, genel durumu iyi olduğunda glisemi takibi yapmazken, kendilerini kötü hissettiklerinde glisemi takibini sık yapmaktadırlar. Diyabetli bireylerin kendi başarılı bir öz yönetim için sorumluluk üstlenmeleri, bireysel izlemin gerekliliğinin önemini kavramaları sağlanmalıdır (Song and Lipman, 2008).

Diyabet Eğitimi

Diyabetin metabolik değişkenlerinin uygun sıklıkta izlenmesi ve diyabetlinin eğitimi diyabet bakımının en önemli bileşenleridir. Diyabetli bireyin hastalık yönetimi bilgi, beceri ve tutumlarını içeren dinamik bir süreçtir. Bu süreçte verilen diyabet eğitiminin bireylerin ihtiyaçlarını, hedeflerini ve yaşam deneyimlerini öz bakım, yaşam tarzı değişikliği, problem çözme ve sağlık bakım ekibi ile işbirliğine yansıtılması önem taşımaktadır.

Hasta merkezli ve bireysel tercihlere saygılı ve kültüre duyarlı yaklaşım diyabet eğitimine rehberlik etmektedir (ADA, 2016). Hastanın etnik/ kültürel özellikleri, mesleği, sosyoekonomik durumu, sağlık inancı, sosyal güvenlik bilgisi ve bireysel özellikleri diyabet eğitiminin bireye özgü planlanmasında dikkate alınmalıdır. Bunların yanı sıra verilen eğitimin öğrenme sürecinde, diyabetli bireyin yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu göz önünde bulundurulmalıdır (Bayrak ve Çolak 2012).

Diyabetli Bireylerin Kültürel Değerlendirmesi

Kültür, bir toplumun maddi ve manevi değerlerinin bütünüdür ifade etmektedir. Kültürel değerler, günlük yaşam (yeme, içme, öğün zamanı, beslenme alışkanlıkları, dinlenme ve çalışma saatleri, boş zaman faaliyetleri, hobbiler, sporlar vb.), yaşam koşulları (yaşam tarzı, konut durumu, refah durumları), kişiler arası ilişkiler (sınıfsal yapı ve ilişkiler, aile yapıları ve ilişkileri, kuşaklar arası ilişkiler, siyasi ve dinsel gruplar arası ilişkiler), değerler-inançlar-davranışlar, beden dili, sosyal gelenekler (beslenme, giyinme, yasaklar, hediyeler vb.), gelenekselleşmiş davranışlar (dini etkinlikler, doğum, evlilik, düğün,, seremoniler, danslar vb.) şeklinde sıralanmaktadır (Okçay 2012). Bu değerler toplumdan topluma kültürler arası farklılıklar göstermektedir.

Kültürel değerler ve inançlar, hastanın hastalık inançlarını, hasta-hemşire ilişkilerini ve hemşirelerin bakımını da etkileyebilmektedir. Tarihsel süreçte insanlar kültürel alt yapılarının etkisiyle hastalıklarını tanımlamak, açıklamak ve ondan kurtulmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır. Hastalıkları ile baş etmede kültüre özgü öğrenilmiş davranışlar geliştirmişlerdir (Köksal ve Taşçı Duran 2013).

Hemşireler bireylerin hastalığa uyum sağlamalarında yol gösterici olmak için; bireyin kültüre özgü davranışlarını gözlemlemeli, kültürü hakkında bilgi edinmeli ve hemşirelik bakımı bu değerler üzerine temellendirilmelidir (Sungur 2012). Hemşirelerin holistik bakım verebilmesi için kültürel odaklı yaklaşım çerçevesinde diyabetli bireye kültürel değerlendirme yapmalıdır. Kültürel değerlendirme için hemşirelerin hastaya sorulabilecek soru örneklerinden bazıları şunlardır;

- Diyabet hakkında neler düşünüyorsunuz?
- Sizin için diyabetin anlamı nedir?
- Diyabet hakkında herhangi bir korkunuz var mı?
- Diyabetle ilgili kültürel tedaviler uyguluyor musunuz? Nelerdir?
- Diyabetle ilgili ailenizde konuşabileceğiniz ve destek gördüğünüz kişiler var mı?

Kültüre Özgü Davranışlar

Günümüzdeki profil ve istatistikler dünyada olduğu gibi ülkemizde de diyabet prevalansında bölgesel farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bölgesel farklılıklar, beslenme alışkanlıklarından egzersize, tedaviye uyumdan eğitime kadar diyabetli bireyin yaşam tarzı, diyabet yönetimine büyük ölçüde etki etmektedir. Sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, kişilerarası ilişkiler, alışkanlıklar ve tutumların yanı sıra gelenekler, ahlak, din, dil, göç ve coğrafi koşullar diyabetli bireylerin kültüre özgü davranışlarını belirlemektedir.

Diyabet bakım ve tedavisinde bazı hastalarda dini boyutun etkisi gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada diyabetli hastaların %2.7'sinin mahremiyet açısından giysinin üzerinden enjeksiyon yaptıkları bildirilmiştir. Müslümanların dini gereklilik nedeniyle oruç tuttıkları ve öğünleri ve insülin tedavisini aksattıkları belirtilmiştir. Tedaviyi aksatmalarının hipoglisemiye yol açabileceği ve glisemik regülasyonda bozulmaya neden olacağından hastaların oruç tutması önerilmemektedir (Korkmaz ve Aslan 2015). Ayrıca Müslüman kadınların mahremiyet nedeniyle ev dışında egzersiz yapamadıkları daha çok ev içinde egzersiz yapmayı tercih ettikleri gösterilmiştir (Sohal, Sohal and King-Shier 2015).

Diyabetli bireylerde göçle birlikte kültürlerini gittikleri yere taşıdıkları belirlenmiştir. Amerika' da Afrika, Asya, Hindistan, Meksika kökenli etnik gruplarda besin ve kültür üzerine yapılan bir çalışmada, etnik gruplar arasında beslenmeye ilişkin kültürel çeşitlilik olduğu, her kültüre özgü geleneksel yiyecekler ve beslenme alışkanlıkları olduğu tespit edilmiştir (Karmeen ve Kulkarni 2004).

Coğrafi koşullar bölgesel farklılıklar yaratmakta ve diyabetli bireylerin yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına etki ederek kültüre özgü yansımalar gözlenmektedir. Türkiye'nin doğu ve güneydoğu bölgelerinin dağlık olması nedeniyle coğrafi koşullara bağlı olarak hayvancılık yapılmaktadır. Bu nedenle bölgede yaşayan bireylerin daha çok et, tahıl ve hayvansal yağ ağırlıklı beslenmeleri yaygındır. Buna karşılık Türkiye'nin kuzey kesimlerde balıkçılık

yapılması ile balık, batıdaki kıyı kesimlerde geniş tarım alanları olması nedeniyle de sebze ve zeytinyağı ağırlıklı beslenmeleri yaygındır. Beslenme planı yapılırken ara ve ana öğün seçenekleri sunmada bölgesel beslenme alışkanlıkları, uygun ve sağlıklı besine ulaşılabilir koşulları göz önünde bulundurulmalıdır (ADA 2015).

Diyabet hemşirelerinin hastalara diyabet eğitimi verdikleri, ancak hastaların sosyokültürel ve eğitim düzeylerinin hastalığa uyum göstermede zorlandıkları, engeller olduğu ve verilen eğitimi yaşam tarzlarına yansıtmadıkları birçok çalışmada gösterilmiştir (Özen ve Bayram 2009, Korkmaz ve Aslan 2015, Sohal, Sohal and King-Shier 2015, Baykal ve Kapucu 2015). En çok diyet ve insülin tedavisinde uyumsuzluklar yaşandığı gözlenmiştir. Hastaların ara öğün yapmadıkları, insülin tedavisini atladıkları, insülin enjeksiyonlarını hep aynı bölgeye yaptıkları (sadece kol ya da sadece bacak), egzersiz yapmada isteksiz oldukları, bireysel izlem yapmadıkları, insülin yapmadan önce kan şekeri ölçümü yapmadıkları, kendilerini kötü hissedilerse kan şekere baktıkları, tokluk kan şekeri ölçümü yapmadıkları, ayak bakımını aksattıkları, açık ayakkabı ve terlikle dolaştıkları, çorap giymedikleri diyabet hemşireleri ile yapılan görüşmelerden edinilen hasta deneyimlerinden bazılarıdır.

Diyabet Yönetiminde Kültüre Bağlı Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanması

Diyabetli bireylerin farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri kullandıkları veya farmakolojik tedavilerine ek olarak tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullandıkları bilinmektedir. Fizik tedavi, akupunktur, flebetomi, homeopati gibi geleneksel yöntemler tercih edilmekle birlikte bitkisel ürünlerin kullanımı daha yaygındır (Aslan ve Korkmaz 2015, Arıkan, Sivrikaya ve Olgun 2009, Moravej ve ark. 2016).

İran' da yapılan bir çalışmada diyabet tedavisinde daha çok ceviz, çemenotu, yeşil çay, sumak ve tarçın gibi bitkisel ürünler kullandıkları gösterilmiştir (Moravej ve ark. 2016). Asyalı diyabetli kadın hastaların acı kabak, bamyacı

ve greyfurtun glisemik kontrolü sağlamada etkili olduğuna inandıkları yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Sohal, Sohal and King-Shier 2015).

Türkiye' nin doğusunda Erzurum bölgesinde yaşayan tip 1 diyabetli çocukların aileleriyle yapılan çalışmada; bireylerin diyabeti tedavi etmek ve kan şekerini düşürmek için tamamlayıcı yöntemler kullandıkları saptanmıştır. En çok kullanılan yöntemin bitkisel ürünler olduğu, kekik, yer elması, ısırgan otu, maydanoz, adaçayı, dut yaprağı ve yabani gül bitkilerinin tercih edildiği bildirilmiştir. Katılımcıların %25' ininde diyabeti tedavi etmek için dua ve ibadet etmek gibi spiritüel uygulamalara başvurdukları belirtilmiştir (Arıkan, Sivrikaya ve Olgun 2009). Yine aynı yörede yaşayan tip 2 diyabetli bireylerde de en çok kullanılan yöntemin bitkisel ürünler olduğu bunlardan kuşburnu, dut yaprağı, tarçın, nar ekşisi ayrıca yöreye ait çarşır isimli bitkiyi kullandıkları belirlenmiştir. Bitkinin yanı sıra bir çeşit odun olan çırayı suya koyup suyunu içtikleri bildirilmiştir.

Türkiye' nin batısında yapılan bir araştırma sonuçlarına göre tip 2 diyabetli bireylerin yaklaşık üçte biri tamamlayıcı tedavi kullandığı belirlenmiştir. Tamamlayıcı tedavi kullanma amacının tıbbi tedavilere ek olarak fayda sağlayacağını düşündükleri ve taze veya toz halinde bitkisel ürün kullandıkları saptanmıştır. En fazla kullanılan ürünlerin tarçın, limon, yoğurt ve zeytin yaprağı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çorbaya sirke koyma ve geceleri yoğurt suyu içme oranının da yüksek olduğu özellikle de yoğurt suyu içmenin HbA1C düzeyinde önemli düşüşler sağladığı bildirilmiştir. Bunun yanı sıra bu bölgedeki hastaların bir kısmı ozon tedavisine yöneldiklerini bu tedavinin kanlarını temizlediğini dolayısıyla da insülin kullanma ihtiyacının ortadan kalktığını belirtmişlerdir.

Kaynaklar

1. ADA (2016) Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 39 (Supp 1):1-119.
2. ADA (2015) Standards Of Medical Care In Diabetes. Diabetes Care. 38(Suppl 1):1-93.
3. Aslan Ü, Korkmaz M (2015) Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar. DEUH FED 8(1):18-26.
4. Arıkan D, Sivrikaya SK, Olgun N (2009). Complementary Alternative Medicine Use In Children With Type 1 Diabetes Mellitus In Erzurum, Turkey. Journal Of Clinical Nursing, 18(15), 2136-2144.
5. Attridge M, Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K. (2014) Culturally Appropriate Health Education For People In Ethnic Minority Groups With Type 2 Diabetes Mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 4;9:CD006424.
6. Baykal A, Kapucu S (2015). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2(2).
7. Bayrak G, Çolak R (2012) Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine 29:7-11.
8. Choi SE, Rush EB (2012) Effect Of A Short Duration, Culturally Tailored, Community-Based Diabetes Self Management Intervention For Korean Immigrants: A Pilot Study. The Diabetes Educator 38(3):377-85.
9. Collins-McNeil J, Edwards CL, Batch BC, Benbow D, McDougald CS, Sharpe D.A (2012) Culturally Targeted Self Management Program For African Americans With Type 2 Diabetes Mellitus. Canadian Journal of Nursing Research 44(4):126-41.
10. Çevirme A (2012) Kültür ve Beslenme. Kültürlerarası Hemşirelik. Editörler: Seviğ Ü, Tanrıverdi G. İstanbul Kitabevi, 1:75-91.
11. Eleni I. B, Sotirios A. R (2009) Self-Monitoring of Blood Glucose as Part of the Integral Care of Type 2 Diabetes Diabetes Care November 32(2):205-210.
12. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. (2008) Culturally Appropriate Health Education For Type 2 Diabetes Mellitus In Ethnic Minority Groups. Cochrane Database Syst Rev. 16;(3):CD006424.
13. Hossein Moravej, Salehi A, Shamsedini A, Kolouri S, Karamzadeh Z (2016). Complementary and Alternative Medicine to Treat Diabetes Mellitus Type 1 in Southern Iran. Iran J Med Sci 41;(1);71-72.
14. Hu J, Amirehsani KA, Wallace DC, Letvak S (2012). The Meaning Of Insulin To Hispanic Immigrants With Type 2 Diabetes And Their Families. The Diabetes Educator 38(2):263-70.
15. International Diabetes Federation (IDF) (2015) Diabetes Atlas Seventh Edition, IDF_Atlas_2015_UK.pdf. (Erişim tarihi:20.02.2016).
16. Karmeen D, Kulkarni,MS (2004). Food, Culture, and Diabetes in the United States. Clinical Diabetes 22;(4);190-192.
17. Leak A, Davis E, Houchin L, Mabrey M (2009) Diabetes Management And Self-Care Education For Hospitalized Patients With Cancer. Clinical Journal Of Oncology Nursing. 13(2): 205-210.
18. Meetoo D, Meetoo L (2005) Explanatory Models of Diabetes Among Asian And Caucasian Participants. British Journal of Nursing. 14(3):154-159.

19. Okçay H (2012) İnsan ve Kültürel Yapı. Kültürlerarası Hemşirelik. Editörler: Seviğ Ü, Tanrıverdi G. İstanbul Kitabevi, 1:3-18.
20. Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S (2014) Diabetes Mellitus. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi, Adana, 39:817-854.
21. Özen AT, Bayram ŞA (2009). İnsülin Kullanan Diabetes Mellituslu Hastaların Uygulamada Yaptıkları Hatalar. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu 2:(2);36-41.
22. Piatt GA, Anderson RM, Brooks MM, Songer T, Siminerio LM, Korytkowski MM, Zgibor JC (2010) 3-Year Follow-Up Of Clinical And Behavioral Improvements Following A Multifaceted Diabetes Care Intervention: Results Of A Randomized Controlled Trial. The Diabetes Educator 36:301–309.
23. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Van JT (2001) Assendelft WJ. Interventions To Improve The Management Of Diabetes In Primary Care, Outpatient, And Community Settings: A Systematic Review. Diabetes Care 24:1821–1833.
24. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol (2013) 28:169–180. DOI 10.1007/s10654-013-9771-5
25. Sohal T, Sohal P, King-Shier KM, Khan NA (2015) Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. PLoS One. 18;10(9) :e0136202.
26. Song, M., Lipman, T. H (2008) Concept Analysis: Self-Monitoring in Type 2 Diabetes Mellitus. International Journal of Nursing Studies, 45:1700–1710.
27. Stone M, Pound E, Pancholi A, Farooqi A, Khunti K (2005) Empowering Patients With Diabetes: A Qualitative Primary Care Study Focusing On South Asians In Leicester, UK. Fam Pract. 22(6):647-52.
28. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE (2010) Self-Management Support In "Real-World" Settings: An Empowerment-Based Intervention. Patient Education Counseling 79:178–184.

Diyabetik Nöropati ve Bitkisel Tedavi

Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ¹, Yrd. Doç. Dr. Hale TOSUN², Suat GEZALAN¹, Prof. Dr Nermin OLGUN³

¹Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

²Bezmialem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

³Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, GAZİANTEP

Özet

Bu makalede, diyabetle birlikte ortaya çıkan ve hastaların yaklaşık olarak yarısını etkileyen diyabetik nöropatilerin yönetiminde bitkisel tedavilerin yeri literatür doğrultusunda gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Diyabet, diyabetik nöropati, bitkisel tedavi*

Abstract

Diabetic Neuropathy and Herbal Treatment

In this article has been reviewed herbal medicines' effect in the management of diabetic neuropathy that affects about half of diabetic patients according to the literature.

Key words: *Diabetes, diabetic neuropathy, herbal medicines*

1. Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropatiler (DN) diyabetle birlikte ortaya çıkan ve diyabet hastalarının yaklaşık olarak yarısını etkileyen sinir hastalıklarıdır (Hinder et al, 2012). Diyabetik nöropati, klinik olarak aşikar olabildiği gibi subklinik olarak da seyredilebilen, periferik nöropatiye neden olabilecek diğer faktörlerin olmadığı sadece diyabetes mellitus zemininde gelişen bir hastalık olarak tanımlanır. Periferik sinir sisteminin somatik ve veya otonomik kısımlarına ait bulguları içerir (Satılmış, 2007; Terzi ve ark, 2004).

Beden boyunca sinir liflerine zarar verebilen diyabetin bu yaygın komplikasyonu, hiperglisemiden kaynaklanmaktadır (Yagihashi et al, 2011). Uzun sürede hastaların yaklaşık yarısında nöropati gelişmektedir. Nöropati nadiren ölüme yol açar, ancak morbiditenin de en önemli nedenidir. Ağrılı DN gelişmiş ülkelerdeki en sık görülen nöropati tipidir ve nontravmatik amputasyonların %50-75'inden sorumludur. Diyabetik ayak sorunlarının etyolojisindeki en önemli nedendir. Sinirleri içeren tipteki diyabetik nöropati periferik, otonomik, proksimal ve fokal nöropati olarak sınıflandırılabilir.

Marchal De Calvi 1864'de periferik nöropatinin diyabet sonucu olabileceğini; 1884 de Bouchard bazı diyabetik hastalarda patellar tendon refleksinin muhtemelen nöropatik hasara bağlı olarak kaybolduğunu; Pavy (1885) ağrı ve hiperestezi bulgularının

patellar tendon refleksi kaybıyla birlikte olabileceğini bildirmiştir. Daha sonra bu bilgiler zaman içinde artmış ve 1950'li yıllardan sonra hastalığın yarattığı komplikasyonlar daha iyi anlaşılır hale gelmiştir (Yaşar, 2009; Okur, 2010).

Klinik olarak çeşitli tipte diyabetik nöropati vardır.

Tablo 1: Diyabetik nöropati sınıflandırması

1. *Hiperglisemik nöropati*
2. *Simetrik polinöropati*
 - 1) *Duyusal / otonom nöropati*
 - 2) *Akut ağrılı diyabetik nöropati*
3. *Fokal ve multifokal nöropati*
 - 1) *Kranial nöropati*
 - 2) *Torakoabdominal nöropati*
 - 3) *Fokal ekstremité nöropatisi*
 - 4) *Diyabetik amyotrofi*
4. *Karışık formlar*

Diyabetik nöropatinin subjektif semptomları, diyabet hastalarında ilk olarak ortaya çıkan ve en yüksek insidansa sahip olan komplikasyonlarından. Diyabetik nöropatinin belirtileri etkilenen sinirlere, etkilenme şiddetine ve hastalığın süresine bağlı olarak değişiklik gösterir (Olgun ve Eti Aslan, 2013) Diyabetik nöropatiye ağrı, uyuşma ve distress gibi duysal semptomlar eşlik eder, sonradan ortaya çıkan hipoestezi ise alt ekstremité ampütasyonu ve diyabetik gangrenin primer nedeni olmaktadır. Hastalığın başlangıcında ellerde, ayak uçlarında hafif uyuşma, karıncalanma, yanma, üşüme gibi belirtiler varken daha ileri vakalarda diyabetik otonomik nöropatinin; konstipasyon, diyare, gastrik hipokinezi, baş dönmesi (ortostatik hipotansiyon), göğüs ağrısı olmaksızın anjina veya miyokard efarktüsü, dizüri, erektil disfonksiyon, non-semptomatik hipoglisemi gibi hastaların yaşam kalitesini etkileyen çeşitli semptomları ortaya çıkmaktadır (Kawano, 2014).

Diyabetik nöropatinin önlenmesi ve tedavisinde kan glukoz düzeyinin kontrolü oldukça önemlidir. Tedavide, diyabetik nöropatinin gelişmesine neden olan poliölm metabolik aktivitesinin artışı önlemek için aldoz redük-

taz inhibitörleri, nörolojik ve fiziksel bulguları düzeltmek için serbest radikal oluşumunu azaltan ve bir antioksidan olan a-Lipoik asit ve insülin salınımını artıran inkretin hormonları kullanılmaktadır.

Optimal kan şekeri kontrolü, Diyabetik periferik nöropatinin (DPN) oluşumu ve ilerleyişini %60 oranında azalttığı (Tkac and Bril 1998), hastaların tedavisinde B12 vitamini kullanmasının yararlı olmasının yanı sıra, fiziksel aktivitenin de DPN'li hastaların glisemik kontrollerinde ve periferik sinir sistem fonksiyonlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Günümüzde DPN'nin tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar; ağrının kontrol edilmesinde düşük doz trisiklik, antidepresanlar, antikonvülzanlar, opioidler, tramadol topikal analjezikler ve non-steroidal antieflamatuarlardır (Chen et al, 2011; Hao et al, 2013).

DPN'li hastaların yönetimde non-farmakolojik yaklaşımlar ve konvansiyonel olmayan tedaviler; akupunktur, elektrostimülasyon ve Geleneksel Çin Tıbbi (TCM) ni içermektedir (Galuppo et al, 2014). Geleneksel Çin tıbbında bitkisel tedavi, akupunktur ve ilaç dışı uygulamalar binlerce yıldır kullanılmakla birlikte, DPN tedavisinde bitkisel tedavi kullanımı oldukça yoğundur (Hao et al, 2013).

2. Diyabetik Nöropatide Bitkisel Tedavisi

Binlerce yıldır ve geniş çapta kullanılmakta olan geleneksel Çin tıbbının genel yaklaşımı, bireyi çevresi ile bir bütün olarak ele alarak etiyoloji ve semptom doğrultusunda en uygun yöntemi belirlemektir. Bu kapsamda yaygın olarak geleneksel Çin tıbbının bir bileşeni olarak bitkisel tedavi kullanılmaktadır. Bitkisel tedavi enjeksiyon, oral ve topikal ilaçların kombinasyonu ile birlikte ya da tek başına da kullanılmaktadır (Chen et al, 2011). Özellikle son dönemde topikal kullanım, ağrısız olması ve uygulama kolaylığı açısından daha da artmıştır (Chen et al, 2011).

Bitkisel tedavinin DPN için terapötik potansiyele sahip olduğu ileri sürülmektedir (Chen et al, 2011). Bazı randomize kontrollü çalışmalarda, DPN sürecinde, bitkisel tedavi ile kan şekeri düzeyinin ve semptomların azaltılabileceği, motor sinir sistemi iletilsinin iyileşebileceği ve duysal

sinir ileti hızının yavaşlamasının geciktirilebileceği belirtilmektedir (Fan et al, 1999; Tong and Hou, 2006). Topikal bitkisel tedavi uygulaması DPN'li hastanın sinir ileti hızında olumlu etkiler sağlayabilir fakat bu güçlü bir kanıt değildir. Bu uygulamanın desteklenmesi için daha fazla pozitif bulguya gereksinim vardır. Bitkisel tedavinin, DPN'de, 3-8 hafta arasında değişen kısa sürede uygulanması, ağrı ve hissiyatsız kısa süreli etki etmesi ne kadar etkili olduğu konusunda şüphe taşımaktadır (Chen et al, 2011).

DPN'nin bitkisel tedaviye yönelik sinir ileti hızını arttırılabileceği gibi pozitif bulguları olsa da, bazı yan etkileri de bulunmaktadır. DPN yüksek klinik heterojenite içerir. Bu nedenle, çalışmalarda küçük gruplar ile meta analiz tercih edilmelidir. Çalışma raporlarında bitkisel tedavinin tüm hastalar tarafından tolere edilebildiği ve güvenli olduğu bilgisi yer almalıdır. Ancak bu şekilde DPN'de bitkisel tedavinin tam olarak güvenilir bir yöntem olduğu sonucuna varılabilir (Hao et al, 2013).

Çin bitkisel tedavisinde kullanılan bazı uygulamalar incelenecek olur ise, örneğin; Aloenin DPN'li hastalar üzerinde tedavi edici herhangi bir etkisi gösterilememiştir. Fakat aloe'nin özellikle motor ve duyuşal sinir ileti hızına önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (Chen et al, 2011).

Ciwujia enjeksiyonu, Çin Devlet Gıda ve İlaç Yönetimi tarafından 1983 yılında onaylanmıştır. Kan damarlarının genişlemesi, koroner kan akımının artması, oksijen tüketiminin azaltılması, kan viskozitesinin azalması, sedasyonun sağlanması, uykunun düzenlenmesi gibi majör etkileri olan ciwujia enjeksiyonu, temel olarak kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların yanı sıra diyabet ve alt ekstremiteler vasküler hastalıklarında kullanılmaktadır. Ancak bu enjeksiyon, uygulanan bireylerde alerjik şok, ürtiker ve dispne görülme oranı, enjeksiyon almayan bireylere göre daha yüksektir (Shag et al, 2010). Ciwujia enjeksiyonu ile B1 ve B12 vitamini kullanımının DPN'nin genel semptomları üzerindeki etkileri arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır (Chen et al, 2011).

Sinir ileti parametrelerinde objektif sonuçlar elde edilen; aloe vera, ve tangluan kapsüllerinin etkinliğini daha net şekilde ortaya konulması için randomize kontrollü ça-

lışmalara ihtiyaç vardır (Chen et al, 2011).

1980'lerden sonra keşfedilen ve günümüzde birçok alanda kullanılmaya başlanan lipoik asit (tioctic asit) evrensel bir antioksidan olarak değerlendirilmekte, klinik kullanımına ait veriler çok kısıtlı olmasına rağmen diyabetik nöropati tedavisinde kullanılmaktadır (Tetikçok, Özçetin, Çeltek, 2015).

Çin bitkisel tedavi uygulamalarında, formülasyon, doz ve tedavi sürecinin yönetiminde büyük farklılıklar vardır. Toplamda 30 farklı bitkisel tedavi test edilmiştir. Çok az bitkisel tedavi birden fazla kez test edilmiştir. Bitkisel uygulamalar aynı olsa bile, tedavi rejiminin uygulamasında doz ve süre açısından hâlen farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle alt gruplar arasında analiz yapmak ve tedavi üzerinde etkileri açıklayabilmek oldukça güçtür. Bu bağlamda yapılması gerekenler; bitkisel tedavide kullanılacak ürünler hakkında standart bilginin sağlanması, kalite kontrol çalışmalarının artırılması, preparasyonların kalitesi, saflığı, dozu, tedavi rejimi ve süresinin belirlenmesi gerekmektedir (Chen et al, 2011; Hao et al, 2013). Kullanılan bitkisel tedavi sonuçlarından elde edilen subjektif ve kalitatif çalışma bulguları sıklıkla, "belirgin etkili", "etkili" ve "etkisiz" olmak üzere üç sınıfta gruplandırılmaktadır. Bu sınıflama sıklıkla Çin'de kullanılmakta olup evrensel olarak kabul görmemektedir (Chen et al, 2011).

Sinir ileti parametreleri için aloe vera, furong tongmani kapsülü ve tangluoan kapsülleri daha fazla incelenmelidir. Çalışmaların sıklıkla odaklandığı nokta kısa, orta ve uzun vadeli sonuçlardır. Yan etkilere yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çin'de genel algı bitkilerin tıpta kullanımının güvenli olduğudur. Yan etkilere yönelik yapılan çalışmaların sınırlı olması göz ardı edilmemelidir. Yan etkilerin az olduğuna dair çalışma sonuçları olmasına rağmen özellikle karaciğer toksisitesine bağlı yan etkilerdeki artış rapor edilmektedir (Gottlieb, 2000; Ishizaki et al, 1996; Melchart et al, 1999).

Geleneksel tedavi ile ilgili yeterli kanıt olmadıkça, bitkisel tedaviden daha etkili sonuçlar edilmesi çok mümkün değildir (Chen et al, 2011). DPN'de gelecekteki çalışmalara rehberlik etmek amacı ile bitkisel tedavideki mevcut

uygulamaların güvenilirliğinin izlenerek ve yapılacak klinik çalışmalarla rapor edilerek, kanıta dayalı sistematik çalışmalara gereksinimi vardır (Chen et al, 2011; Hao et al, 2013).

Kaynaklar

1. Chen W, Luo YF, Liu JP (2011) Topical herbal medicine for treatment of diabetic peripheral neuropathy: a systematic review of randomized controlled trials. *Forsch Komplementmed* 18: 134–145. Doi: 10.1159/000328457. PubMed: 21701182.
2. Chen W, Zhang Y, Liu JP (2011) Chinese herbal medicine for diabetic peripheral neuropathy (review). *The Cochrane Collaboration*.6:1-17. <http://www.thecochranelibrary.com>.
3. Fan DF, Weng XG, Dou JF (1999) The clinical observation of Tetramethylpyrazine for diabetic peripheral neuropathy. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*.19:550–1.
4. Galuppo M, Giacoppo S, Bramanti P and Mazzone E. (2014) Use of Natural Compounds in the Management of Diabetic Peripheral Neuropathy. *Molecules* 19: 2877-2895 doi:10.3390/molecules19032877
5. Gottlieb S (2000) Chinese herb may cause cancer (news). *British Medical Journal*. 17:320 (7250):1623.
6. Hao CZ, Wu F, Lu L, Wang J, Guo Y, Liu AJ, Liao WJ, Zheng GO (2013) Chinese herbal medicine for diabetic peripheral neuropathy: An updated meta-analysis of 10 high-quality randomized controlled studies. *CHM for Diabetic Peripheral Neuropathy*. 8 (10) : 1-13. www.plosone.org
7. Hinder, LM., Vincent, AM., Burant, CF., Pennathur, S. & Feldman, EL. Bioenergetics in diabetic neuropathy: what we need to know. *J Peripher Nerv Syst* 2012; 17(Suppl.2) 10-4.
8. Hu J, Shag H, Li J, Zhag Li, Zhang J, Zheng W, Li T, Zhang B, Li Y (2010) Adverse drug reactions linked to ciwujia injection: a systematic review of 521 cases. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 3: 37-43. Doi : 10.1111/j.1756-5391.2101.01066.x
9. Ishizaki T, Sasaki F, Ameshima S, Shiozaki K, Takahashi H, Abe Y (1996) Pneumonitis during interferon and/or herbal drug therapy in patients with chronic active hepatitis. *European Respiratory Journal* .9(12):2691–6. DOI: 10.1183/09031936.96.09122691
10. Kawano T (2014) A Current Overview of Diabetic Neuropathy –Mechanisms, Symptoms, Diagnosis, and Treatment. Chapter 5. <http://dx.doi.org/10.5772/58308>
11. Melchart D, Linde K, Weidenhammer W, Hager S, Shaw D, Bayer R (1999) Liver enzyme elevations in patients treated with traditional Chinese medicine. *JAMA* .282(1):28–9.
12. Okur T (2010) Prediyabette Nöropati Varlığı. *Uzmanlık Tezi. Mersin*
13. Olgun N, Eti Aslan F. *Endokrin Hastalıkları . Karadokovan A, Eti Aslan F, editör. Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.3.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2013 p.807-830.*
14. Senol MG (2003) Diyabetes Mellitus'ta Nöropati: Tipleri, Sıklığı, Çeşitli Etmenlerle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi. İstanbul*
15. Terzi M, Cengiz N, Onar MK (2004) Diyabetik Nöropati. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 21(1): 39–49
16. Tetikçok R, Özçetin M, Celtek N, Oktay G, Ünlü U, Şengül M (2015) Lipoik asit. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 5(3):206-209. Doi: 10.16899/CDT.87418
17. Tkac I, Bril V. (1998) Glycemic control is related to the electrophysiologic severity of diabetic peripheral sensorimotor polyneuropathy. *Diabetes Care*. 21(10): 1749–52.
18. Tong Y, Hou H (2006) Effects of Huangqi Guizhi Wuwu Tang on diabetic peripheral neuropathy. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 12(6):506–9.
19. Vincent AM, Brownlee M, Russell JW (2002) Oxidative stress and programmed cell death in diabetic neuropathy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2002;Apr;959:368–83.
20. Vinik AI (1999) Diabetic neuropathy: pathogenesis and therapy. *American Journal of Medicine* 20:198–204.
21. Yagihashi S, Mizukami H, Sugimoto K. Mechanism of diabetic neuropathy: Where are we now and where to go? *Journal of Diabetes Investigation* 2011; 2(1) 18–32.
22. Yaşar H (2009) Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Asimetrik Dimetilarginin Düzeyleri İle Diyabetik Nöropati ve Diğer Olası Etmenler Arasındaki İlişki. *Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.*

Diabetes Mellitus ve Miyokard İnfarktüsü İlişkisi

Prof. Dr. Nermin OLGUN, Öğr. Gör. Mehtap BUĞDAYCI, Arş. Gör. Ezgi ERALP

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, GAZİANTEP

Özet

Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) Dünyada en çok görülen hastalıklardan olup, sıklığı giderek artmaktadır. Diyabet ateroskleroz gelişme riskini artırarak koroner arter hastalıklarının oluşumuna sebep olmaktadır. Koroner arter hastalıkları Tip 2 DM'li hastalarda önemli mortalite ve morbidite oranını oluşturmaktadır. Diyabet özellikle akut miyokard enfarktüsü olan hastalarda koroner arter hastalığının bir sonucu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu derlemede diyabet ve miyokard infarktüsü arasındaki ilişki incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: *Diyabet, kardiyovasküler hastalık, miyokard infarktüsü, kalp krizi, kardiyomyopati.*

Summary

Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is the most common diseases in the world, it is increasing the frequency. Diabetes increases the risk of development of atherosclerosis leads to the formation of coronary artery disease. Coronary artery disease in type 2 diabetes mellitus constitutes a significant mortality and morbidity in patients. Diabetes emerges particularly as a result of coronary artery disease in patients with acute myocardial infarction. The relationship between diabetes and myocardial infarction were examined in this review.

Key words: *Diabetes mellitus, cardiovascular disease, myocardial infarction, heart failure, cardiomyopathy*

Giriş

Diabetes Mellitus (DM) toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren sonuçları olan, insidansı ve prevalansı çok hızlı bir şekilde artan global bir hastalıktır (Hazman, 2011). Tüm dünyada en fazla görülen hastalıklardan biri olan diyabet 21. yüzyılın acil sağlık sorunu olarak görülen küresel bir salgındır (IDF, 2015). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre, tüm dünyada diyabetli birey sayısı 2015 yılında 11 yetiştikten 1'i olarak 415 milyona ulaşmış olmasına karşın her 2 diyabetli yetiştikten 1'inin yani %46,5'inin diyabetli olduğunu bilmediği bildirilmiştir olup 2040 yılında 10 yetiştikten 1'inin diyabet hastası olacağı (642 milyon) tahmin edilmektedir. Bu istatistikler diyabetin küresel prevalansının ortalama %8.8' den %10.4' e yükseleceği anlamına gelmektedir (IDF, 2015). Türkiye' de diyabet prevalansı Türkiye Diyabet Epide-

miyolojisi (TURDEP)- I ve TURDEP- II çalışmasına göre Türk erişkinlerde tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %7.2' den %13.7' ye ulaştığı görülmüştür (Satman, Ömer, Tütüncü ve ark. 2013).

Diyabet ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Diyabet kardiyovasküler hastalık oluşmasında ve kalp yetmezliği gelişmesinde bağımsız ve kuvvetli bir risk faktörüdür. (Gürsoy, 2008). 1979 yılında yayınlanan Framingham çalışması, 20 yıllık takipler sonrasında aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişme oranının diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara göre 2–3 kat arttığını göstermiştir. (Kannel, 1979) Diyabetik hastalarda kardiyovasküler olaylardaki artışın nedeni olan fizyopatolojik bağlantılar son derece karmaşık bir yapıya sahiptir ve tam olarak anlaşılabilir değildir. Bununla birlikte diyabetik hastalarda oluşan endotel disfonksiyonu ve hızlanmış aterosklerozun kardiyovasküler komplikasyonların oluşumunda anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. Diyabetik hastalarda kardiyovasküler komplikasyon gelişim fizyopatolojisi şekil 1'de özetlenmiştir. (Keskin, Balcı, 2011)

Diabetes Mellitusda kardiyovasküler sistemi etkileyen diğer bir önemli fizyopatolojik mekanizma da bağışıklık sisteminin aktive olmasıdır. Bunun sonucunda yavaş seyirli, kronik bir inflamasyon gelişir. Özellikle obez diyabetiklerde TNF Alpha, IL1, PAI-1 gibi adipokinler artarak inf-

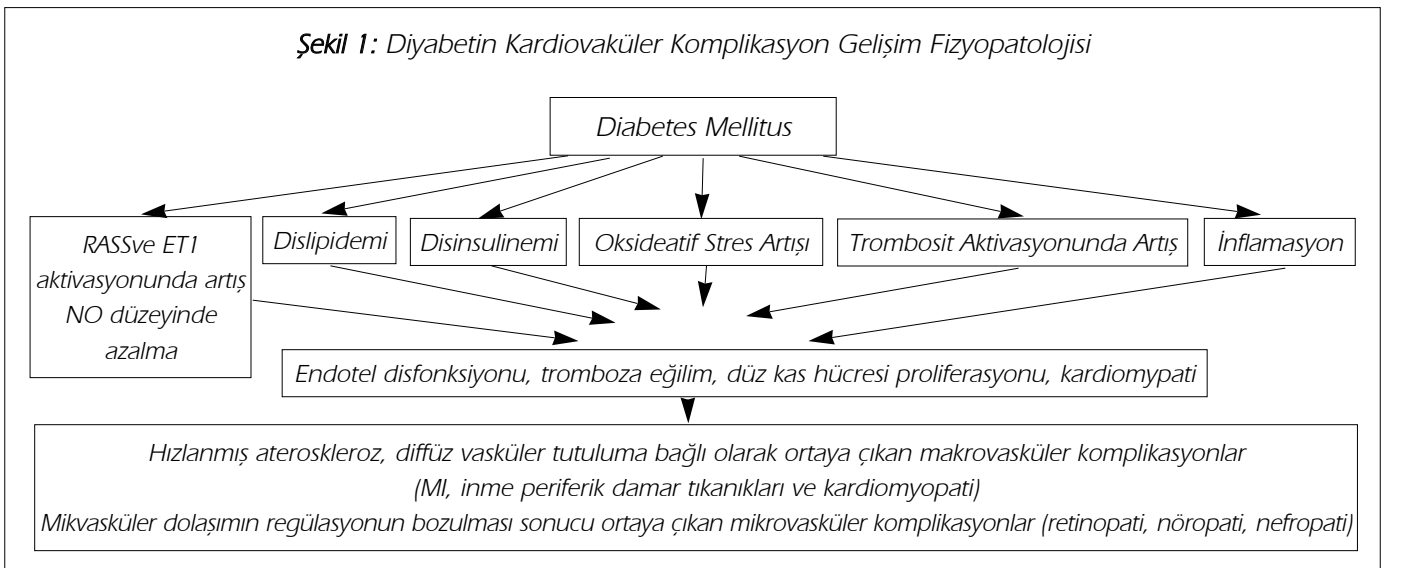
lamasyonu tetikler. Ayrıca artmış inflamatuvar yanıtla bağlantılı artan lökosit sayısı da oksidatif stresin artışına katkı sağlar. Sonuç olarak artmış inflamatuvar yanıt insülin rezistansına ve endotel disfonksiyonuna neden olarak, kardiyovasküler komplikasyon gelişimine katkı sağlar. (Kannel, 1979) Ayrıca diyabetli hastalarda, diyabetli olmayanlara kıyasla, gerek kardiyovasküler hastalıklar ve miyokard infarktüsünün, gerekse kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatinin prognozu kötüdür (Gürsoy, 2008). Diyabetlilerin %60-75'i kardiyovasküler hastalıklar (KAH, inme) nedeniyle kaybedilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Diyabetli hastaların büyük bir kısmında retinopati, nefropati, nöropati gibi mikrovasküler ve KAH, periferik arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık gibi makrovasküler komplikasyonlar görülür. Bu komplikasyonlar önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Aynı zamanda miyokardın duysal ve motor sinir liflerinde ileti yavaşlaması sempatik ve parasempatik denervasyonu sonucu diyabetik kardiyonöropati oluşur. Diyabetik kardiyonöropati göğüs ağrısının algılanmasını engellediği gibi, miyokard iskemisi ve ani kardiyak ölümlere de neden olan bir faktör olarak tespit edilmiştir (Zorlu ve ark, 2010, Çayır ve Turan, 2015).

Diyabet ve Ateroskleroz İlişkisi

Diyabetin, ateroskleroz için bağımsız bir risk faktörü olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir (Gürsoy, 2008).

Şekil 1: Diyabetin Kardiyovasküler Komplikasyon Gelişim Fizyopatolojisi



Aterosklerozun oluşumu, yayılması ve akut koroner olayların oluşumunda endotel disfonksiyonu majör rol oynar (Çayır ve Turan, 2015). Koroner ateroskleroz diyabetli hastalarda sık görülmektedir (Bayraktar,2003). Koroner arter hastalığına aterosklerotik plak hastalığı ile karakterize arteriyel intima tabakası kronik inflamatuvar bir hastalığı olan aterosklerozdan kaynaklanmaktadır (Akıllı, 2010).

Miyokard Enfarktüsü ve Diyabetin Tanı Kriterleri

Amerikan Diabetes Association (ADA) 2015 diyabet tanı kriterleri;

1) A1C \geq %6.5 üzerinde olması

2) Açlık plazma glikozunun 126 mg/dL üzerinde olması

3) Oral glikoz tolerans testi (OGTT) esnasında 2. saat kan şekeri değerinin 200 mg/dL veya üzerinde bulunması.

Bu 3 kriterden herhangi birinin varlığı ADA tarafından diyabet tanısı için yeterli bulunmuştur (ADA, 2016). Yukarıda belirtilen kriterlerin yanında ADA 2009 yılı önerilerine göre diyabet ve pre-diyabet teşhisi için kan şekeri düzeyleri yanında, HbA1c değerlerinin de kullanılması yararlı olacaktır. HbA1c değerlerine göre diyabet tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir. Bu kriterlere göre;

a. HbA1c değerleri $<$ %5.7 saptanan hastaların diyabet olmadığını,

b. HbA1c değerleri $<$ %5.7- %6.5 arasında saptanan hastaların prediyabet olduğu,

c. HbA1c değerleri %6.5 ve üzeri saptanan hastaların ise diyabet tanısı aldığı kabul edilir

Tanı kriteri olarak HbA1c'nin kullanılması hastalara birçok avantaj sağlamaktadır. HbA1c kriterlerinin kullanımıyla; hastaların 3 aylık glisemik düzeyi değerlendirilerek, şeker yüklemesi testleri ve açlık kanı aldırma gibi daha zor ve hatalı sonuç olasılığı daha yüksek testlere bakılmaksızın, daha fazla sayıda hasta prediyabetik dönemde yakalanarak önleyici tedbirler alınması mümkün olur. Bunlarla birlikte Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; ülkemizde HbA1c'nin her merkezde rutin olarak bakılmaması, teknik sorunlar, maliyet ve standardizasyon eksikliği nedeniyle tanı kriteri olarak HbA1c'nin şimdilik kullanımının uy-

gun olmadığı görüşündedir. (Keskin, Balcı, 2011)

Miyokard infarktüsü (MI) birincil bir olay olmayıp her zaman iskemi sonucunda gelişir. Miyokard iskemisi ise miyokardın oksijen gereksiniminin artması ya da sunumunun azalmasıyla ortaya çıkmaktadır. İskemi hangi şiddette olursa olsun miyositlerde geri dönüşümsüz hasar yapacak kadar sürerse Mİ gelişir (Boydak, 2001).

Tip 2 diyabette sessiz miyokard iskemisi, ağrısız MI ve kalp yetersizliği normal popülasyondan daha sık görülmektedir (1). Önceden Mİ geçirmemiş bir diyabetlide Mİ riski, diyabeti olmayanlara göre %20 daha fazladır, buda önceden Mİ geçirmiş diyabeti olmayan kişinin riskine denktir (Bayraktar, 2003). Diyabetli erkeklerle karşılaştırıldığında ise diyabetli kadınların tekrarlayan MI riskinin iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Akıllı, 2010). Miyokard enfarktüsü gelişme riski diyabetli hastalarda her yaşta artmıştır. Bu nedenle 'National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel-3' (NCEP, ATP 3) diyabeti kardiyovasküler risk faktörleri içerisinde koroner arter hastalığı eşdeğeri olarak kabul etmiştir (Işık, Delibaşı, Berker, Aydın ve Güler, 2009).

Akut Mİ nedeniyle acil servise gelen bireylerde genellikle tekrarlayan Mİ larda kalp yetmezliği ve inme riskinin artmasında diyabetin varlığı önemli bir faktördür. Ancak, Le, ve arkadaşlarının çalışmalarında açıkladığı gibi, çoğu Mİ li hasta çoğu zaman diyabet tanısı almadan kaybedilmekte veya hastaneye yatışta tanısı konulmaktadır, bununla birlikte diyabetleri iyi tedavi edilmemektedir.

Araştırmacılar, 2002 ve 2013 yılları arasında MI tedavisi gören yaklaşık 6000 hastayı incelemişler ve bunların 3778'inin hastaneye yatmadan önce diyabet öyküsü olmadığını, 707 hastanın hastaneye yatışta diyabet tanı kriterlerini karşıladığını tespit etmişlerdir. Ancak bu 707 hastanın yalnızca %30'unun hastanede klinik tanısı konulmuş ve derhal tedavi edilmiştir.

Tanısı konamayan ancak diyabet tanısı için gerekli kriterleri karşılayan geri kalan hastaların taburcu edildikten bir yıl sonra ciddi bir istenmeyen kardiyak olay yaşama riskinin, diyabet öyküsü olmayanlara kıyasla 1.5 kat fazla olduğu belirlenmiştir (odds oranı [OR], 1.5; %95 güven

aralığı [CI], 1.3-1.7; P <.0001) (Frellick, 2015).

Araştırmacılar eğer akut MI sırasında bir tanı konursa bu riskin azaldığını tespit etmişlerdir. MI sırasında diyabet teşhisi konanlarla diyabeti olmayanlar arasında ciddi bir istenmeyen kardiyak olay bakımından önemli bir fark yoktu (OR, 1.3; P =.15).

Diyabet tanısı için gerekli kriterler en az 126 mg/dL açlık glikoz seviyesi, en az 200 random glikoz seviyesi veya en az %6.5 glikoze hemogloblin (HbA1c) seviyesiydi.

Le, bireylerin MI nedeniyle kliniğe yattıklarında diyabet tanısı koymanın çok basit olmasına rağmen klinisyenlerin diyabet tanısı koyma ve tedavi etme fırsatını kaçırdıklarına dikkat çekmiş, acil servis klinisyenlerinin MI ile gelen tüm hastalara diyabet kontrolü yapmasını tavsiye etmiştir. Eğer diyabet varlığı doğrulanırsa, diyabet tedavisine hemen başlanılmasını önermiştir. Acil serviste yeni tanı almış diyabetliler için aşırı derecede agresif, sıkı diyabetik kontrolü önerilmemekte, ancak glikoz kontrolüne başlamanın önemli olduğu belirtilmekte, HbA1c seviyeleri 8 ve üzerinde olanların 8'in altına indirildiğinde iyileşmelerinin artacağı vurgulanmaktadır (Frellick, 2015).

Klinisyenler MI geçiren hastanın tedavisiyle ilgilenirken diyabet için test yapmak çoğu zaman akıllarına gelmemektedir. Ancak Le acil serviste zaten alınmış olan kan örneğinden HbA1c seviyesi için bir istek ekleyerek kontrolün basitçe yapılabileceğini ifade etmiştir. Le, zamansızlık veya finansman yokluğundan ziyade diyabetin yeterince önemsenmemesinin bu testlerin yapılmasını engellediğini açıklamış ve "Eğer diyabetliyseniz, koroner hastalık riskiniz olduğunu söyleriz, ancak eğer bir kalp krizi geçirdiyerseniz muhtemelen diyabetli riski altında olduğunu unutturuz," ifadesini kullanarak MI geçiren hastanın yüksek bir diyabet prevalansına sahip olmasına karşın hastaya diyabet varlığı düşünülerek yaklaşılmadığını ve bunun sonucu olarak tanı koymada yetersiz kalındığını belirtmiştir. Bu nedenle HbA1c testi yapılarak diyabetli bireylerin tanısının konulması sonucu diyabetli bireylerin tedavi edilmeleleri sağlanacağından diyabet tanı kriterlerinin MI geçiren hastalar için de aynı şekilde uygulanması önerilmiştir (Frellick, 2015).

Kaynaklar

1. Akıllı RE (2010). Çukurova Bölgesinde yeni genetik risk faktörlerinin genç yaşta miyokart enfarktüsü üzerine etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD, uzmanlık tezi, Adana.
2. ADA (2016) Standards of Medical Care in Diabetes American Diabetes Association. Diabetes Care 39 (Supplement 1):1-119.
3. Başkal N (2007). diyabet tedavisinde yeni açılımlar, Endokrinolojide Diyalog 4(özel sayı); 215-222.
4. Bayraktar M (2003). Kardiyovasküler risk faktörü olarak olarak hiperglisemi. 26. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, Adana. Syf:33-34
5. Boydak B (2001). Akut miyokard infarktüsü ve anstabil anjina pektoris. Sted, 10;10; 378
6. Çayır A, Turan Mİ.(2015) Diabetes mellitusla ilişkili kardiyak bozukluklar. Ankara Med J, 15:4; :231-234.
7. Frellick M (2015). Many Patient With Acute MI Have Undiagnosed Diabetes, From Medscape Education Clinical Briefs. <http://www.medscape.org/viewarticle/855149>. (Erişim tarihi: 10.03.2016).
8. Gürsoy G (2008). Diyabet ve miyokard infarktüsü, kardiyomiyopati, Türkiye Klinikleri J. Endokrin- Special Topics 1:1; 29-37.
9. Hazman Ö (2011). Tıp 2 diyabet tedavisi için yeni oral antidiyabetik ajan, AKU J. Sci. 11: 21201;1-13.
10. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S (2009). Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 9; 238-247.
11. International Diabetes Federation (IDF) (2015) Diabetes Atlas Seventh Edition, IDF_Atlas_2015_UK pdf. (Erişim tarihi: 20.02.2016).
12. Kannel WB, McGee DL.(1979) Diabetes and Cardiovascular Disease. The Framingham Study. JAMA 1979; 241: 2035-8.
13. Keskin Ö, Balcı B (2011). Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar Kafkas J Med Sci 1:2:81-85 ■ doi: 10.5505/kjms.2011.09797.
14. Oto A (2007). Diyabet ve koroner arter hastalığı: Gelişen dünyanın korkunç ikilisi, Kardiyovasküler Tıp e-journal. <http://turkkardiyovaskulertipe-dergisi.com/?sayfa=sayilar&id=80>. (Erişim tarihi:20.02.2016).
15. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol (2013) 28:169-180. DOI 10.1007/s10654-013-9771-5
16. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Ankara. http://diyabet.gov.tr/content/files/turkiye_diyabet_programi_2015-2020.pdf (Erişim tarihi:20.02.2016).
17. Zorlu M, Helvacı A, Kıskaç M, Yolbaş S, Ardiç C, Oran M, Adaş M (2010) Tıp2 diabetes mellituslu hastalarda sessiz miyokard iskemisi ve ilişkili risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi, 37:2; 140-144.

Kronik Hastalık Yönetimi ve Karar Destek Sistemleri

Yrd. Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK¹, Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA¹

Hemşire Satı CAN², Hemşire Nazmiye İkbal BERDO³

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, BOLU

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Eğitim Hemşiresi, BOLU

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi, BOLU

Özet

Kronik hastalıklar sıklığının giderek artması nedeniyle tüm Dünya'da sağlık sistemlerini ciddi şekilde tehdit eden küresel bir sorundur. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilerken ekonomik açıdan da global bir yük getirmektedir. Kronik hastalık yönetiminin başarısında birey ve toplum bazında hasta merkezli, kanıta dayalı ve multidisipliner uygulamalarla bilgi ve farkındalığın artırılması önemlidir. Bu derlemede kronik hastalık yönetimi ve kronik hastalık yönetiminde Karar Destek Sistemleri'nin kullanımı literatür bilgileri doğrultusunda ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık Yönetimi, Karar Destek Sistemleri, Hemşirelik.

Summary

Chronic Disease Management and Decision Support Systems

Chronic diseases are global problems threatening the health systems all around the world due to the rise of their prevalence. As well as affecting life quality of the patient negatively, they bring about a global burden in terms of economy. For the success of chronic disease management, it is crucial to raise the consciousness and knowledge in individual and community based, patient oriented and multidisciplinary implementations. In this review, chronic disease management and the use of Decision Support Systems in chronic disease management have been discussed in accordance with literature knowledge.

Key Words: Chronic Disease Management, Decision Support Systems, Nursing.

Giriş

Tüm dünyada beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, kronik hastalıkların görülme sıklığı da giderek artmakta olup sağlık sistemlerini ciddi bir şekilde tehdit etmektedir. Kronik hastalıklar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). Kro-

nik hastalıklar yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir sorunu da oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilerken aynı zamanda ülkelerin ekonomik ve sosyolojik sağlık taleplerine cevap vermede bir tehdit oluşturmakta, en güçlü ekonomilerin bile uzun süre dayanamayacağı bir yük getirmektedir. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha fazla işsiz kalmakta, daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve ulusal sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmı da artan bir şekilde bu alana ayrılmaktadır (Akalın, Durusu ve Sayran, 2012; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Kronik hastalıklardaki her %10'luk artış ekonomik büyümede %5'lik azalmaya sebep olmaktadır. 1960 yıllarındaki sıtmanın ve 1990 yıllarındaki Edinsel İmmün Eksikliği Sendromu'nun (AIDS) yol açtığı ekonomik tehditin bile bu etkinin altında olduğu belirtilmektedir (Akalın, Durusu ve Sayran, 2012). Avrupa Halk Sağlığı İttifakı'na (EPHA) göre, Avrupa'da sağlık bakım maliyetlerinin %70-80'i kronik bakım hizmetlerine harcanmaktadır (pages.eiu.com/rs/eiu2/.../EIU_BestCities.pdf).

Dünya Sağlık Örgütü 2013-2020 Küresel Raporuna göre; her yıl 30-70 yaş aralığında kronik hastalıklar nedeniyle 16 milyondan fazla ölüm meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %82'si ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf).

Dünya Sağlık Örgütü 2014 Kronik Hastalık Profili Türkiye Verileri'ne göre 30-70 yaş arası ölüm oranları; kardiyovasküler hastalıklar %47, kronik akciğer hastalıkları %8, kanser %22 ve diyabet %2'dir. Bu dört hastalık nedeniyle 30-70 yaş arası ölüm olasılığı (prematüre ölüm) %18'dir. Risk faktörleri açısından değerlendirme yapıldığında ise; tütün kullanımı 2011 yılı itibarıyla %27, alkollü bir içecek içme 2010 yılı itibarıyla %2, kan basıncı yüksekliği 2008 yılı itibarıyla %22, obezite sıklığı 2008 yılı itibarıyla %27.8'dir (http://www.who.int/nmh/countri-

es/tur_en.pdf?ua=1)

Kronik hastalık; bir ya da daha fazla yıl süren, kişinin sürekli tıbbi destek almasını gerektiren ve günlük yaşamı kısıtlayan durum olarak tanımlanabilir. Kronik hastalıklar yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Ailevi yatkınlık ve genetik temel gibi bazı değiştirilemez faktörlerin dışında altta yatan risk faktörlerinin birçoğunun tamamen önlenilebilir (Şamancıoğlu ve Karadakovan, 2010; Kahveci, Dilmaç, Özseri, et al. 2013).

Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıklarla mücadelede öncelikle birey ve toplum bazında, yöneticilerde ve sağlık hizmeti sunanlarda farkındalık oluşturulmalıdır. Kronik hastalıkların tek sorumlusu kişilerin kendi yaşam tarzları değildir. Sağlık bakım sistemlerinin bu kişiye doğru zamanda, doğru hizmeti sunabilmesi ve çocukluk çağından itibaren kişinin kendi iradesi dışında olan risklerden korunabilmesi son derece önemlidir. DSÖ, kronik hastalıkların önlenmesinde halk sağlığı yaklaşımlarını ön plana koymaktadır. Etkin bir süreyans sistemi ile teknolojik altyapının halk sağlığı uygulamalarına entegre edilmesi, yapılan sistem değişikliği sonuçlarının izlenmesi, her ülkenin şartlarına göre maliyet etkin stratejileri uygulaması gerektiği vurgulanmaktadır. Son 10 yılda DSÖ, bulaşıcı olmayan hastalıklar epidemisi ile mücadele etmek için birçok politika geliştirmiştir (Akalın, Durusu ve Sayran, 2012).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklara yaklaşımda DSÖ kararları ve önerileri ile uyumlu politikalar geliştirmekte ve izlemektedir. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Türkiye Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı 2015-2018, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017 bu programlara örnek olarak verilebilir (sbu.saglik.gov.tr/ Ektuphane/.../Kalp%20Damar%202015-2020%20Pdf).

Kronik hastalıklarla mücadele birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu, tedavi edici ve

rehabilite edici hizmetler açısından ortak bir yaklaşım ve eşgüdüm gerektirir. Hastalık yönetimi tüm kronik hastalığı olan bireyleri kapsayan, hastanın katılımının önemli olduğu, sağlık profesyonelleri ve hasta arasında ilgili iletişimin ve sağlık hizmetlerinin organize edildiği ve kanıta dayalı uygulamaları teşvik eden, hastalar için geliştirilmiş bir sistemdir. Kronik hastalıkların yönetimi ile geleneksel tedavi ve bakım anlayışının yerine hasta merkezli, multidisipliner ve kanıta dayalı uygulamalarla bilgi ve farkındalığın artması amaçlanmaktadır. Hastayla ilgili problemlerin tanımlanabilmesi ve çözümünde hasta merkezli öz-yönetim programları ile hastaların kendi yeterliliklerini kazanması ve güven sorunuyla başa çıkmaları önemlidir (Beaglolehole, Jordan-Epping, Patel, et al. 2008; Gillespie, 2000; Grover ve Joshi, 2015; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Kronik hastalık yönetimi bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakım kalitesinin geliştirilmesinde, hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakım maliyetlerinin azaltmada önemli ve pratik bir yöntemdir (Akman ve Çifçili, 2010; Geyman, 2007). Hemşireler tarafından yapılan kronik hastalık yönetimi ile ilgili çalışmalarda hastaneye yatış sayısı ve acil servislere başvuruda azalma, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, hasta bilgi düzeyinin artırılması gibi konularda olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2011; Üstünova ve Nahcivan, 2015, s.12).

Kronik hastalık yönetiminde, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi, kronik hastalıklar nedeniyle daha üst basamaklara başvuruların azaltılmasında önemlidir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Sağlık bakım profesyonelleri uygun eğitim ve ekip çalışması ile desteklendiğinde bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimini sağlayabilmektedir (Grover ve Joshi, 2015; İncirkuş ve Nahcivan, 2011).

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler ise kro-

nik hastalık yönetiminde giderek daha fazla lider bir role sahiptir. Hastayla daha fazla zaman geçiren ve iletişim kurarak hemşireler hasta eğitimini, bakımda sürekliliği ve işbirliğini sağlamakta; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişim kurmakta; özellikle uzun süreli tedavilerde hastanın tedaviye uyumunu desteklemektedir (ICN, 2011).

Kronik hastalık yönetiminin başarısında hasta merkezli, kanıta dayalı ve multidisipliner uygulamalarla bilgi ve farkındalığın artırılması önemlidir. Bu derlemede kronik hastalık yönetiminde en çok kullanılan modellerden biri olan Kronik Bakım Modeli'nin bileşenlerinden Karar Destek Sistemleri'nin (KDS) literatüre dayalı olarak incelenmesi hedeflenmiştir.

Kronik Hastalık Yönetimi ve Karar Destek Sistemleri

Karar verme genellikle ileriye yönelik bir etkinlik olup, sağlık ekip üyeleri hizmet verdikleri bireyler için etkili ve doğru kararı verebilmede var olan seçeneklerden en mantıklı olanı seçmek ve kullanmak durumundadır (Aydın, 2011). Karar verme sürecinde; karar veren bireyin duygu durumu, bilgi düzeyi, deneyimleri etkilidir (Çorapçoğlu, 2006; Breasfelean, Ghisou, 2010). Karar verme aşamasında birey var olan bilgi ve deneyimiyle karar verdiği için karar verecek kişinin bu alanda uzman olması gerekmektedir.

Karar Destek Sistemleri; problem çözme işlemi sırasında alternatif çözümleri test etme, verileri yeniden gözden geçirme imkanı veren, bilgi paylaşım hızını artıran, multidisipliner çözüm üretilmesini sağlayan, maliyet etkinliği sağlayan, sürekli olarak yenilenmesi gereken, hastanın güçlendirilmesi ve katılımının sağlanabilmesi için de sonuçların hastalarla paylaşılma gerekliliği olan sistemlerdir (Akman ve Çifçili, 2010; Breasfelean, et al, 2010; Grover, Joshi, 2015; İncirkuş ve Nahcivan, 2015; Özata ve Aslan, 2004). KDS'leri özellikle risklerin belirlenmesi ve bilgi yetersizliğine bağlı karar verme hatalarını azaltarak hasta güvenliğini artıran, tanı ve tedavide etkileşimi sağlamak için kullanılan bir bilgi güvenliği uygulamasıdır (Altındış S,

2010).

Hasta ve sağlık ekibi arasındaki etkileşimler; kanıta dayalı uygulamalar, hatırlatıcı sistemler, destekleyici eğitimler ve klinik uygulama rehberlerine dayanmalıdır. Klinik bilgi sistemleri ve kronik hastalık yönetiminin verimli olabilmesi için sağlık ekibinin eğitimlerini destekleyen programlarının uygulanması ve hastanın kendi bakımıyla ilgili sürece dahil edilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte sağlık ekibinin eğitimi, ekip içerisindeki koordinasyonu, rehberlik ve danışmanlığı da son derece önemlidir (Bononi, et al, 2002; Hung, et al, 2007; Zwar, et al, 2006; Landon, et al, 2007; Tsai, Morton, Mangione, Keeler, 2005).

Günümüzde bilgisayar ortamında geliştirilmiş çeşitli karar destek sistemlerinin kullanımı da kronik hastalığı olan bireylere faydalı olabilmektedir. KDS'nin klinik tanının konulması, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri, ilaç dozu ayarlama, acil durumların tespiti ve uyarısı gibi uygulamaları içeren çeşitli modelleri bulunmaktadır (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Bilgisayar teknolojisindeki ilerlemeler; sağlık personeline var olan bilgilerini saklama ve kayıt altına alma imkanı vermekle beraber aynı zamanda bu bilgileri yeniden kullanma, yönetme, yeni bilgi oluşturma imkanı sunan sistemleri de beraberinde getirmektedir. Hemşireler kanıta dayalı bilgiler kullanarak bakım verdikleri kişilere güven, kalite ve devamlılığı olan bakım vermeyi amaçlarlar. Günümüzde kanıta dayalı bilgilere elektronik yollarla hızlı bir şekilde ulaşılabilir (Aydın, 2011).

Karar Destek Sistemlerinin Gelişimi

Sağlık alanında uzun yıllar boyunca toplanmış olan hastalık sınıflama sistemleri tanı ve tedavide standart oluşturmuştur. Ancak bilgilere kolay ulaşım ve analiz edilebilecek bilgisayar programları oluşturmak için, var olan tüm bilgilerin, aynı anda analiz edilip tanı koymada kolaylık sağlayacak programların oluşturulması amaçlanmıştır (Miller, 1994). Klinik karmaşıklığı önlemek, protokolleri yö-

netmek, maliyet kontrolü sağlamak amacıyla tanı ve tedavi sürecini destekleyecek KDS sistemleri planlanmıştır. Bu çalışmaların ilk örnekleri 1950'li yıllarda ortaya çıkmış 1960'larda kullanılmaya başlanmıştır. İlk uygulanan modellerde hastalıklara ait belirtilerin toplanarak bu belirtiler ışığında tanılara ulaşılmıştır. Daha sonraki uygulamalar ise bilginin kaydı, depolanması, açıklanması ve tanı-tedavi yöntemlerinin önerilmesi şeklindedir. Günümüzde ise tanı koymada, laboratuvar değerlendirmesinde, reçete yazımında KDS'leri oluşturulmuştur. Erken uyarı sistemlerinin de bulunduğu pek çok modelde hastalık yönetimi, erken tanı, komplikasyonların önlenmesi ve bakım kalitesinin artması sağlanabilmektedir (Aydın, 2011). Örneğin Bertsche ve ark.'ın geliştirdikleri modelde yoğun bakım hastalarının semptomlarının daha erken belirlenmesini sağlayan bir KDS kullanmışlardır (Bertsche, Pfaff, Schiller, et al, 2010). Sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak bilişim uzmanları da KDS kolaylaştıracak modeller üzerinde çalışmaktadır. Kan şekeri, kan basıncı, ekokardiyografi değerlendirmesi yaparak sağlık personeline uyarı veren modeller mevcuttur (Aydın, 2011).

Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelikte Kullanımı

Karar Destek Sistemleri tıp alanında ilk kullanılmaya başlandığında hemşirelikte henüz böyle bir uygulama bulunmamaktaydı. 1970'lerde Hemşirelik Tanılarının oluşturulmasından sonra, 1988'de hemşireliğe yönelik ilk KDS olan Hemşirelik Minimum Bilgi Seti (Nursing Minimum Data Set=NMDs), 1993'te hemşirelik yönetimine yönelik Hemşirelik Yönetimi Minimum Bilgi Seti (Nursing Management Minimum Data Set=NMMDS) oluşturulmuştur. Hemşirelik bilişiminin ayrı bir alan olarak kabul edilmesi, standartlarının belirlenmesi ve bu alanda hemşire uzmanların yetiştirilmesi ile yeni KDS'nin oluşturulması, denenmesi ve yaygınlaştırılması çalışmaları hızlanmıştır. Bu tarihten itibaren KDS ile ilgili pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir (Aydın, 2011).Gelişmiş ülkelerin çoğunda elektronik hasta kayıt sistemine geçilmiş ancak finansal

kaynak eksikliği nedeniyle KDS uyumu beklenen düzeyde değildir. KDS'nin yararları kanıtlarla ortaya çıkarılabilirse kullanım oranında artış sağlanacağı düşünülmektedir (Hillestad, Bigelow, Bower, et al, 2005; Abbottand, Coenen, 2008).

Karar Destek Sistemleri hemşirelik alanında en çok evde bakım hizmetlerinde uygulanmaktadır. Özellikle yaşlı ve yatağa bağımlı kişilerin takibinde maliyetin düşürülmesi, komplikasyonların önlenmesi ile ilgili olarak pek çok çalışma yapıldığı, yapılan bir çalışmada evde bakılan yaşlıların bası yarısından korunması için oluşturulan ve erken uyarı modülleri iki farklı KDS kullanılarak karşılaştırılmış; sistemler arasında belirgin bir fark olmadığı ve bası yaralarının önlenmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Aydın, 2011). Ayrıca KDS lisans ve lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin karar verme, analiz etme ve kritik düşünme yeteneklerinin geliştirilmesinde de kullanılmaktadır. Bilgisayar programları ve bu programların birlikte kullanılabilirdiği simülasyon sistemleri öğrenciye kliniğe çıkmadan önce becerisini geliştirme fırsatı verirken, eğitimi de bu sayede öğrenciyi değerlendirebilmektedir (Hillestad, et al, 2005). Elektronik ortamda işlenen veriler KDS'de erişimine izin verilen herkes tarafından aynı anda görülebilir. Bu sayede aynı anda çok sayıda kullanıcıya hizmet sunumu sağlanabilmektedir (Aydın, 2011).

Teknolojik gelişmelere paralel olarak hemşirelik bakım uygulamalarında da KDS'lerinin kullanımı giderek artmakta ve önem kazanmaktadır. Tüm sağlık profesyonellerinde olduğu gibi hemşirelerin de doğru ve güncel bilgiye ulaşmalarını ve bu sayede kritik düşünme ve karar vermelerine yardımcı olmak için KDS'nin kullanımı önemlidir (Aydın, 2011; İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Karar Destek Sistemleri'nin hemşirelik bakımında kullanımı; mali yetersizlikler, sistem kullanıcılarının bilgisayar kullanımıyla ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları gibi sisteme ilişkin kurum ve kullanıcı kaynaklı bir takım sorunlar nedeniyle Dünya'da ve Ülkemizde henüz istenilen düzeye gelememiştir. KDS'nin kullanımını engel-

leyen sebeplerden bir diğeri de farklı hastalar için aynı kararların alınması ve kaydedilen hasta bilgilerinin mahremiyeti ilişkin konuların varlığıdır. Sağlık hizmetlerinin birden fazla alanda sürdürülmesi, birden fazla sağlık disiplini içinde barındırması güvenlik ve gizliliği daha önemli hale getirmiştir. Hasta kayıtlarının bilgisayar ortamına aktarılması, hastanelerde bilişim teknolojisinin yaygın olarak kullanılması, internet kullanımı ve hasta verilerinin yetkisi olmayan kişilerin kullanımına da açık olması hasta verilerinin güvenliğinin sağlanması ile ilgili etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle elektronik sağlık verileri etik ilkelere dayandırılmalıdır (Ay F, 2009; Aydın, 2011).

Karar Destek Sistemleri'nin Kronik Hastalık Yönetiminde Kullanımına İlişkin Literatür Örnekleri

Kaushal ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; tanıya uygun ilaç seçimi ve ilaç dozu hesaplamak için oluşturulan KDS uygulaması ile ilaç hatalarının önlenmesinin kolay olacağı belirtilmiştir (Kaushal, Shojenja, Kayeh et. al. 2003).

Karar Destek Sistemleri diyabetik ayak ile ilgili bir uygulamada kullanılmış; elektronik sağlık kayıtları tutulmuş ve morbiditenin azaltılacağı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada kanıta dayalı rehberler oluşturularak diyabet yönetiminde elektronik diyabetik ayak risk değerlendirmesi uygulaması oluşturulmuştur. Ancak iş akışı ile ilgili olarak bilgi teknolojisini kullanmada yetersizlik ve klinisyen eksikliği ile ilgili kullanımına ilişkin engellerin olduğu belirtilmiştir (Schoen, Glange and Thompson, 2015).

İngiltere'de (2015) yapılan bir çalışmada göğüs ağrısı şikayeti olan hastalarda hastalığın incelenmesi ve ilaç seçimini desteklemek için web tabanlı bilgisayarlı anjina yönetim programı oluşturulmuştur. Bu programla anında tanı koyma, anjinayı hızlı bir şekilde tespit ederek müdahale ile kardiyovasküler olaylarda azalma amaçlanmıştır (Johnson, Evans, Cramer et. al. 2015).

Grover ve Joshi'nin 2003-2011 yılları arasında Diya-

bet, Kardiyovasküler Hastalık (KVH) ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ile ilgili Kronik Bakım Modeli (KBM) ve modelin bileşenlerine yönelik yaptıkları sistematik literatür taramasında sağlık hizmetleri sunum planı ve öz yönetim desteği major elementler olarak belirtilmiştir. Toplamda her hastalıktan 23'er çalışma incelenmiş ve KDS kullanımı %87 olarak en yüksek bulunmuştur. KBM incelendiğinde ise %91 (21/23) diyabet, %43 (10/23) KVH, %13 (3/23) KOA olarak bulunmuştur. En yaygın kullanılan süreç değişkenleri olan; yıllık göz, ayak, nöropati muayenesi, nörolojik testler ve rutin lipid testleri diyabet testlerinin kanıta dayalı olarak tamamlanmasını içerir. Sıklıkla kullanılan klinik çıktılar değerlendirildiğinde aynı çalışmada KDS'nin kullanımı ile ilgili; HbA1c düzeyi için %56, lipid ölçümü için %48, kan basıncı ölçümü için %43, tedaviye bağlılık %26 ve öz yönetim %13 olarak olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Grover ve Joshi, 2015).

Karar Destek Sistemleri KOA'da da yaygın olarak kullanılmakta olup; Velickovski ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda KOA' ta erken tanı tedavi, spirometre kalite kontrol desteği ve hasta güvenliği değerlendirilmesinde kullanıldığı ve başarılı sonuçlar elde edildiği tespit edilmiştir (Velickovski, Ceccaroni, Roca et. al. 2014).

Stellefson ve ark. tarafından diyabet yönetiminde KBM ve bileşenlerinin kullanımına yönelik 1999-2011 yılları arasında yapılan 9 tanesi randomize kontrollü çalışma olmak üzere toplam 27 çalışma incelenmiştir. Bu sistematik literatür taramasında; hemşire ve endokrinologlar e-mail ve telefon aracılığıyla oluşturulan tele tıp teknolojisi ile KDS'lerini kullanarak, probleme dayalı öğrenme toplantıları düzenlemişler, bu uygulama sonucunda hastalarda bilgi düzeyi, HbA1c ve HDL seviyelerinde olumlu gelişmeler kaydedildiği tespit edilmiştir (Stellefson, Dipnarine, Stopka, 2013, s. 6). Aynı çalışmada 27 meta analiz incelenmesi sonucunda diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi hastalıkların yönetiminde Amerikan Diyabet

Derneği'nin standart bakıma yönelik kanıta dayalı oluşturulan rehberleri eşliğinde bakım sağlayıcılara hasta çıktılarının iyileştirilmesi ve KBM uygulanması ve KDS'nin kullanımıyla ilgili eğitim verilmesi önerilmiştir. Ayrıca bu sistemlerin geliştirilmesinde organizasyon liderlerine ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde, modelin kullanımı ile özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve diyabet yönetiminin çeşitli aşamalarında ve sağlık sunumu sırasında pozitif klinik çıktılar elde edilmiştir. Ancak Karar Destek Sistemleri ile ilgili klinik karar verme, öz etkililik algılanan sosyal destek ve diyabet öz bakım uygulamalarındaki bilgiye yönelik çıktılar çok azdır.

Sonuç ve Öneriler

Kronik hastalık sıklığının ve yükünün giderek artması nedeniyle pozitif hasta çıktılarının elde edilebilmesi için kronik hastalık yönetiminde birinci basamaktan başlayan toplum temelli ve hasta merkezli program ve politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Etkili kronik hastalık yönetiminin temelini hasta ve sağlık ekibi arasındaki ortaklık oluşturmaktadır. Kronik hastalık yönetiminin etkili bir şekilde sağlanabilmesi için hasta tercihleri ve bilimsel kanıtlara dayalı olarak oluşturulan kanıta dayalı rehberler kullanılmalıdır. Bu rehberlere dayalı olarak oluşturulan KDS'leri günlük pratiklerin içine entegre edilmeli, katılımı cesaretlendirmek için sonuçları hastalarla paylaşılmalıdır. Daha güçlü ve bilgili hastanın daha fazla iletişime girebileceği ve daha iyi sağlık sonuçları için gayret göstereceği düşünülmektedir. Fakat çoklu bütünleştirilmemiş bilgi kaynakları, bilgi teknolojilerinin yokluğu, eğitim hizmetlerinde uzmanların kullanılmaması, maddi yetersizlikler ve zaman yetersizliği gibi faktörler nedeniyle kronik hastalık yönetimi zor olabilmektedir. Gelişen teknolojiye paralel olarak hemşirelerin de uygulama ve pratiklerinde problemlerin tanımlanabilmesi ve çözümünde yardım eden gelişmiş bilgi teknolojileriyle oluşturulan programları kullanmaları gerekmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde Karar Destek Sistemleri'nin hemşirelik uygulamaları içine entegre

re edilmesi ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Abbott, P. A., Coenen, A. (2008). Globalization and Advances in Information and Communication Technologies: the Impact on Nursing and Health, *Nursing Outlook*, 56: 238-246.
2. Akalın, E., Durusu, M., Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. İstanbul: Sis Matbaacılık Prom. Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti.
3. Akman, M., Çiççili, S. (2010). Aile Hekimliği ve Kronik Bakım Modeli, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 14(1): 32-37.
4. Altındış S. (2010). Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Katkısı: Kavramsal Bir Çerçeve, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 15(3): 325-352.
5. Ay F. (2009). Elektronik Hasta Kayıtları ve Etik Sorunlar, *İş Ahlakı Dergisi*, 2(3): 67-74.
6. Aydın, N. (2011). Klinik Karar Destek Sistemleri ve Hemşirelikte Kullanımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3): 59-63.
7. Beaglolehole, R., Jordan-Epping, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care, *The Lancet*, 940-949.
8. Bertsche, T., Pfaff, J., Schiller, P., Kaltschmidt, J., Pruszydo, M.G., Stremmel, W., Walter-Sack, I., Haefeli, W.E., Encke, J. (2010). Prevention of Adverse Drug Reactions in Intensive Care Patients by Personal Intervention Based on an Electronic Clinical Decision Support System, *Intensive Care Medicine*, 36: 665-672.
9. Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., VonKorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement, *Health Services Research*, 37(3): 791-820.
10. Breasfelean, V. P., Ghisou, N. (2010). Higher Education Making and Decision Supportsystem, *Wseas Transaction on Advancesin Engineering Education*, 2(7): 43-51.
11. Çorapçioğlu, M. E. (2006). TIPÇIT Tıbbi Karar Destek Sistemi Çekirdeği. Başkent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Ankara.
12. Geyman, P. J. (2007). Disease Management: Panacea, Another False Hope, or Something in Between?, *Annals of Family Medicine*, 5:257-260.
13. Gillspie, J.L. (2000)Disease management:Balancing cost and quality, *NPC Health Fous*
14. Grover, A., Joshi, A. (2015). An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review, *Global Journal of Health Science*, 7(2): 210-227.
15. Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Girosi, F., Meili, R., Scaville, R., Taylor, R. (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs, *Health Affairs*, 24(5): 1103-17.
16. Hung, D. Y., Rundall, G. T., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, A. H., Crabtree, B. F. (2007). Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors, *The Milbank Quarterly*, 85(1):69-91.
17. International Council of Nurses (ICN). (2011). World Diabetes Day 2011 - International Council of Nurses, Retrieved January 9, 2015, from [http:// www.icn.ch](http://www.icn.ch) _ ... _ What's new – Archives
18. İncirkuş, K., Nahcivan, Ö. N. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1): 102-109.
19. İncirkuş, K., Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1): 66-75.
20. Johnson, R., Evans, M., Cramer, H., Bennert, K., Morris, R., Eldridge, S., Juttner, K., Zaman, M. J., Hemingway, H., Denaxas, S., Timmis, A., Feder, G. (2015). Feasibility and Impact of a Computerised Clinical Decision Support System on Investigation and İntial Management of New Onset Chest Pain: A Mixed Methods Study, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15:71.
21. Kahveci, R., Dilmaç, E., Özşarı, H., Aydın, M., Arslantaş, B. A., Ayhan, D., Koç, M. (2013). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi, Retrieved December 18, 2015, from <http://www.saglikliturkiye.org/projeler/saglikli-yaslanma-ve-kronik-hastaliklar-...>
22. Kaushal, R., Shojania, K. G., Bates, D. W. (2003). Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety, *Arch Intern Med*, 163(12): 1409-1416.
23. Landon, B. E., Hicks, L. S., O'Malley, A. J. (2007). Improving the Manager of Chronic Disease at Community Health Centers, *The New England Journal Medicine*, 356: 921-934.
24. Miller, R. A. (1994). Medical Diagnostic Decision Support Systems-Past, Present, and Future: a Threaded Bibliography and Brief Commentary, *Journal of American Medical Informatics Association*, 1(1): 8-27.
25. Özata, M., Aslan, Ş. (2004). Clinical Decision Support Systems and Model Applications, *The Medical Journal of Kocatepe*, 5: 11-17.
26. Samancıoğlu, S., Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13):125-141.
27. Schoen, D. E., Gance, D. G., Thompson, S. C. (2015). Clinical Decision Support Software for Diabetic Foot Risk Stratification: Development and Formative Evaluation , *Journal of Foot and Ankle Research*, 8:73.
28. Stelfson, M., Dipnarine, K., Stopka, C. (2013). The Chronic Care

- Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review, *Preventing Chronic Disease*, 10: 1-21.
29. The Economist Intelligence Unit Raporu. (2012). Retrieved December 18, 2015, from http://www.pages.eiu.com/rs/eiu2/.../EIU_BestCities.pdf
30. Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., Keeler, E.B. (2005). A Meta- Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses, *Am J Manag Care*, 11: 478-488.
31. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Kontrol ve Önleme Programı 2015-2020 Ankara: Anıl Matbacılık 4-18 (2010). Retrieved December 18, 2015, from <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/.../Kalp%20Damar%202015-2020%20Pdf>
32. Üstünova, E., Nahcivan, N. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler, *Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23(1): 11-22.
33. Velickovski, F., Ceccaroni, L., Roca, J., Burgos, F., Galdiz, J. B., Marina, N., Lluch-Ariet, M. (2014). Clinical Decision Support Systems (CDSS) for Preventive Management of COPD Patients, *Journal of Translational Medicine*, 12(2):59.
34. World Health Organization (WHO). (2014). World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, Retrieved December 19, 2015, from <http://www.euro.who.int/...country-profiles-2014/nc>
35. World Health Organization (WHO). (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases, Retrieved December 18, 2015, from apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
36. World Health Organization (WHO). (2014). World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, Retrieved December 19, 2015, from http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1
37. Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R., Roland, M., Dennis, S., Davies, P. G., Hasan, I. (2006). A Systematic Review of Chronic Disease Management, Research Centre for Primary Health Care and Equity, Sydney: Australian Primary Health Care Research Institute, 1-67.

Steroid Kullanımına Bağlı Diyabet ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Uzm. Hemş. Bahice Kahraman

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Eğitim Hemşiresi, İSTANBUL

Özet

Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) çok yaygın görülen metabolik bir bozukluktur. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de oldukça siktir; toplumun %10'dan fazlası tip2 DM' ludur. Tüm dünyada tanı konulan DM vakalarının %90-95'ini tip 2 DM, %5-10'unu tip 1 DM ve %2-3'ü ise diğer DM formları oluşturmaktadır. Steroidler çeşitli nedenlerle oldukça sık kullanılan ilaçlar olup bazı insanlarda uzun ve yüksek dozlar da kullanımı DM, hipertansiyon, osteoporoz, dislipidemi gibi birçok hastalığın olasılığını artırırlar. Steriode bağlı gelişen diyabet genelde steroidin doz ve süresine bağlı olarak gelişen ve steroidin kesilmesi ile düzelebilen bir tablodur. Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı, nedeni tam olarak bilinmeyen, ana özelliği akşamları daha belirgin olan ateş ve eş zamanlı deri döküntüsü, eklem ağrıları ve bazen organ tutulumlarına yol açan bir bağ dokusu hastalığıdır. Tedavisinde kortikosteroidler sıklıkla kullanılan ilaçlardır. Burada steroid kullanımına bağlı DM gelişen bir Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus, Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı, Hipertansiyon, Glukokortikoidler, Steroide Bağlı Diabetes Mellitus

Summary

Steroid Induced Diabetes Mellitus and Nursing

Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is a common metabolic disorders. As in developed countries, it is also quite frequent in our country; more than 10% adult population of our country has type 2 DM. Approximately 90% of diabetic patients have type 2 DM, 5-10 % have type 1 DM, rests, have other type Diabetes such as steroid induced Diabetes. Steroids using is fairly common for various reasons; with long and high doses increases the likelihood of many diseases such as DM, hypertension. In Steroid induced diabetes usually develops depending on dose and duration of steroids usage and is a condition that regressed by steroid withdrawal. Adult Onset Still's disease, is an auto-inflammatory disease that the exact cause is unknown, and main features of the disease consists of evening fevercoexisted by skin rash; joint pain and sometimes leading to organ involvement.. Corticosteroids are drugs commonly used to treat Here in, we

presents a patients with Adult Onset Still's disease, who developed steroid-induced DM.

Keywords: *Adult Onset Still Disease, Diabetes Mellitus, Glucocortids, Hypertension, Steroid induced Diabetes Mellitus.*

Giriş

Diabetes Mellitus genellikle kalıtsal ve çevresel etkenlerin birleşimi ile oluşan ve kan glikoz seviyesinin yükselmesi ve bunun sonucunda çeşitli organ bozuklukları ile sonuçlanan metabolik bir bozukluktur(1). Diyabet ya insülin üretiminin azalması yüzünden (Tip1 DM) ya da insülinin etkisine karşı direnç gelişmesiyle (Tip 2 DM ve gestasyonel diyabet) oluşur. Ayrıca kortikosteroidler başta olmak üzere birçok ilacın kullanılması sonucunda geçici ya da kalıcı diyabet gelişebilir. kortikosteroidlere bağlı diyabet sıklıkla geçici bir diyabet olup uzun dönem ve yüksek dozda glukokortikoid kullananlarda risk daha yüksektir. Çok sık kullanılan bu ilaçlara bağlı gelişen diyabet hem hastalık morbiditesini hem de maliyetini artırır kortikosteroidler yeni diyabet oluşumunu tetikleyebildikleri gibi, bilinen diyabeti olanlarda da diyabet kontrolünü zorlaştıran bir faktördür (2).

kortikosteroidlerin etkisi geçici ve geri dönüşlüdür. Greenstone ve Shaw (3), gūnaşırı KKS alan hastalarda, KKS verilen günlerde kan glikozunun daha yüksek olduğunu ve glikoz yüklemesi yapıldığı zaman daha da yükseldiğini, hipergliseminin açlıktan çok öğleden sonra tokluk hiperglisemisi olduğunu göstermişlerdir. Hastaların kortikosteroid almadığı günlerde kan glikoz düzeyleri normale dönmüştür. kortikosteroidlerin kesilmesi insülin veya oral antidiyabetik (OAD) ilaç ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır.

Ailede diyabet öyküsü, ileri yaş, obezite, yüksek kortikosteroid dozu, bilinen diyabeti olmayan hastalarda steroidle bağlı diyabet (SBD) riskini arttıran faktörlerdir (4). Henriksen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, Tip 2 DM hastaların diyabetli olmayan birinci derece akrabalarında deksametazon verilmesini takiben kontrol grubuna göre glikoz toleransının bozulduğu gösterilmiştir (5).

Bu yazıda uzun süreli kortikosteroid kullanımına bağlı diyabet gelişen bir Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı olgusu sunulmuş, konu hakkındaki literatürler gözden geçirilmiş ve hemşirelik bakım süreçleri açısından irdelenmiştir.

Olgu

46 Yaşında kadın hasta. boğaz ağrısı, akşamları belirginleşen, titreme ile 38 dereceyi aşan ateş, o esnada deri döküntüleri, el parmaklarında daha belirgin eklem ağrıları yakınmaları olmuş ve enfeksiyon tanısı ile çeşitli antibiyotikler ile tedavi edilmiş. Yapılan kültürlerinde her hangi bir üreme saptanmamış. Sedimantasyon: 85mm/saat, CRP: 16 mg/dl; serum ferritin düzeyi 5322 ng/dl; açlık kan şekeri: 206 mg/dl, HBA1c: 7.6 mg/dl; total kolesterol 256 mg/dl, LDL 146, HDL 50 mg/dl, trigliserid 250 mg/dl idi. Üre, kreatinin, ürik asit, ALT AST, ALP, normal sınırlarda saptandı. Malignansi açısından yapılan tetkiklerde patoloji saptanmadı. Kemik dansitometrisinde lomber vertebralarda T skoru -2 olarak saptandı. Klinik yakınma ve bulgularının verilen tedavilerle geçmemesi, serum ferritin düzeyinde anormal artış saptanması nedeni ile Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı ön tanısı ile prednisolon 64 mg; hidrosiklorokin 2x200 mg ve sülfasalazin 2x500 mg tedavisi başlanmış. Hastanın yakınmalarının devam etmesi nedeni ile haftalık düşük doz metotreksat eklenmiş. Aşırı bulantı olması nedeni ile metotreksat kesilerek, leflunomid 20 mg tedavisi başlanmış. Ancak hastanın prednisolon dozu 16 mg'ın altına inildiğinde semptom ve bulguları tekrarlamakta imiş. Hasta 4 yıl boyunca sürekli 16 mg ve üstünde steroid kullanmıştı. 6 ay önce yapılan tetkiklerde kan şekeri değerleri yüksek saptanmaya başlamış, diyet ve gliklazid 30 mg tedavisi başlanmıştı.

Son vizitinde genel durumu orta, yüzde yanaklarda şişkinliği vardı (Cushingoid görünüm), TA: 150/100 mmHg, Nabız 88/dk, düzenli, Ateş 36.6 °C. Kalp S1, S2 normal, ek ses üfürümü yok, akciğer sesleri bronkovesiküler idi. Santral obezitesi, karın derisinde ve kalçalarda pembe renkli striaları vardı. Organomegali ve lenfadenopatisi yoktu. Nörolojik defisiti yok, kas gücü ve göz muayenesi normaldi.

Tartışma

DM erişkin toplumun %10 dan fazlasını ilgilendiren ve tedavi edilmediğinde çok ciddi sağlık sorunlarına yol açan bir hastalıktır (6). Kortikosteroidler ise çok çeşitli hastalıklarda yaygın olarak kullanılan ilaçlardır. Uzun süreli ve yüksek dozlarda kullanıldığında karbonhidrat metabolizması, kemik metabolizması ve kardiovasküler sistem başta olmak üzere birçok organ sistemi ve dokularda önemli yan etkilere yol açabilirler (2). Sunduğumuz olgu, inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığı olan ve uzun süreli yüksek doz kortikosteroid kullanılması sonucunda SBD, hipertansiyon ve osteopeni gelişmiş olan bir olgudur. Ayrıca hastada santal türde obezite, Cushingoid görünüm (ay dede yüzü), pembe renkli strialar da hastada uzun dönem kullanılmış olan steroidin yan etkisi olarak değerlendirilmiştir.

Yüksek doz ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı diyabet olasılığını arttırmaktadır. Hastamız yaklaşık 4 yıl 16 mg/gün ve daha yüksek dozlarda prednisolon kullanmıştır. Hrick ve ark. renal organ nakli yapılmış ve kronik kortikosteroid tedavisi altındaki hastalarda %25'e varan oranda steroide bağlı diyabet görüldüğünü bildirmiştir (7). Veenstra ve ark (8). yaptıkları bir literatür taramasında, renal transplantasyon sonrası kronik kortikosteroid kullanan hastalarda steroide bağlı yan etkilerin insidansını ve maliyetini hesaplamış ve steroide bağlı diyabet insidansının %10 olduğunu bildirmişlerdir. Olgumuzda da sıklıkla yüksek dozlarda kortikosteroid kullanılmış olması SBD gelişmesi riskini arttırmıştır. Ailede diyabet öyküsü, ileri yaş obezite, yüksek kortikosteroid dozu, bilinen diyabeti olmayan hastalarda steroide bağlı diyabet riskini arttıran faktörlerdir (2,4,5). Hastamızda prednisolon tedavisi öncesinde bilinen diyabet tanısı yoktu. Ailesinde diyabet öyküsü yoktu. Hastamız ileri yaşta değildi, tedavi öncesinde obezitesi yoktu. Uzun dönem ve yüksek dozda kortikosteroid kullanılmış olması hastamızda steroide bağlı diyabet gelişimini tetiklemiş gibi durmaktadır. Daha erken dönemlerde TNF alfa blokleri gibi steroidden kurtarıcı tedavilerin başlanması bu riski azaltabilirdi.

Kısa süreli kortikosteroid tedavisinde açlık insülin düzeyi ve glikozla veya sülfonilüreler ile uyarılan insülin cevabı

yeterli olduğundan, insülin sekresyon defekti steroide bağlı diyabet gelişiminden sorumlu tutulmamaktadır. Ancak, uzun süreli kortikosteroid tedavisinde pankreas hücreleri yeterli insülin salgılayamazlar ve plazma insülin konsantrasyonu düşer. Bu aşamada hastalara insülin tedavisi başlanmalıdır. Gün aşırı kortikosteroid alan hastalarda uygun olan tedavi seçeneği ise insülini kortikosteroid verilen günlerde vermektir (9). Eğer hasta prednizon alıyorsa, etki süresi 20 saat olduğu için akşam uzun etkili NPH insülin vermek gerekemeyebilir. Açlık kan glikozu 200 mg/dl'den yüksek olan ve sabit dozda kortikosteroid alan hastalarda insülin tedavisi başlanması önerilmektedir. Tercih edilecek insülin, preprandiyal kısa etkili insülinidir(4). Hastamızda öğünlerden önce kısa etkili regüler insülin başlanmıştır. Sabah açlık şekerlerinin de yüksek seyretmesi nedeni ile uzun etkili glarjin insülin eklenmiştir. Bu tedavi ile hastamızın kan şekerleri stabil seyretmiştir.

Genel olarak, kortikosteroid dozu ve kullanma süresi arttıkça yan etkilerin görülme sıklığı da artar. Günde 5 mg prednizolon veya eşdeğerinden daha düşük kortikosteroid kullanan hastalarda yan etkiler minimaldir. Doz, 10-15 mg/gün prednizolonu aştıkça yan etkiler artmaya başlar. Yan etkiler, doz ve kullanım süresine göre değişir. Öfori, uykusuzluk, huy değişiklikleri, kilo artışı ve su tutulumu gibi yan etkiler tedavinin ilk günleri ve haftaları içinde görülürken; metabolik yan etkiler (hiperglisemi, hiperlipoproteinemi, osteoporoz), deride incelme, akne ve Cushingoid görünüm gibi diğer yan etkiler daha geç ortaya çıkar. Katarakt, psikoz ve avasküler nekroz gibi bazı yan etkilerin kullanılan kortikosteroid dozu ve süresinden bağımsız olarak idiyosenkratik olarak ortaya çıkabileceği de unutulmalıdır (10-19). Hastamızda SBD dışındaki diğer metabolik yan etkilerin de bir kısmı(Lipit düzeylerinde yükselme, osteopeni ve hipertansiyon) gelişmiştir.

Gerek deneysel gerekse de klinik çalışmalarda kortikosteroidlerin hiperlipidemiye yol açtıkları gösterilmiştir (10-14). Hipofizektomi sonrasında kortikosteroid replasmanının en belirgin olarak trigliseridler ve non HDL kolesterol seviyelerinde artışa yol açtığı saptanmıştır (12). Hastamızda da trigliseridler ve LDL kolesterolda artış vardı. Di-

yet ve egzersiz düzenlemesi ile yeterli düşme sağlanmazsa statin tedavis planlanacaktır.

kortikosteroidlerin kemik metabolizması üzerinde olumsuz etkileri vardır. Uzun süre kortikosteroid kullanan hastaların yaklaşık %25-50'sinde osteoporoz görülür. Hastaları osteoporoz riskine karşı korumak için kronik kortikosteroid dozunu maksimum 10 mg/gün prednizolon ile sınırlamak ve mümkünse 5 mg/gün'ün altında tutmak gerekir. Uzun süre (>6 ay) 5 mg/gün ve üzerindeki dozlarda prednizolon alan hastalara, kalsiyum (1000 mg/gün) ve vitamin D (400-800 IU/gün) desteği verilmelidir. Kalsiyum ve D vitamini desteğine rağmen kemik kaybı devam eden hastalarda, tedaviye bifosfonat eklenmelidir. Postmenopozal kadınlarda steroid nedeniyle oluşan kemik kaybını en aza indirmek için hormon desteği başlanmalıdır. Olgumuz 16 mg ve üstünde prednizolon kullanmak zorunda kalmış olması sonucunda lomber bölgede osteopenisi gelişmiştir. Bu amaçla hastaya D Vitamini ve kalsiyum desteği başlanmıştır.

Uzun dönem kortikosteroid tedavisin diğer önemli yan etkisi kalp damar sistemi üstüne olanlardır (18,19). Kortikosteroidlerin su - tuz tutucu etkilerinden kaynaklanan tansiyon yükselmesi hastamızda da saptanmıştır. Diyetle tuz kısıtlaması yapılarak kontrol altına alınmaya çalışılan hipertansiyon kortikosteroid dozunun azaltılması ile normal sınırlara gelmişti.

Sonuç

Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı gibi uzun süreli ve yüksek doz da kortikosteroid kullanmak zorunda olan hastalarda diyabet gibi bir çok metabolik komplikasyon gelişebilir. Bu durumdaki hastalar sadece tedavi etkinliği yönünden değil, kronik kortikosteroid kullanımına bağlı komplikasyonlar yönünden de yakından takip edilmeli, komplikasyonları azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastalara uygulanan tedavinin olası komplikasyon ve riskleri konusunda eğitim verilmelidir.

Kaynaklar

1. ADA (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 31 (Suppl 1) : 55-60.

2. Süzer Ö (2008). *Tıbbi Farmakoloji Ders Kitabı. Adrenal Korteks Hormonları ve İnhibitörleri. Bölüm 35. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul. Sayfa 357-369.*

3. Greenstone MA, Shaw AB (1987). Alternate day corticosteroid causes alternate day hyperglycemia. *Postgrad Med J*, 63: 761- 7.

4. Hirsch IB, Paauw DS (1997). Diabetes management in special situations. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 26: 631-45.

5. Henriksen JE, Alford F, Ward GM, Beck-Nielsen H (1997). Risk of mechanism of dexamethasone-induced deterioration of glucose tolerance in non-diabetic first-degree relatives of NIDDM patients. *Diabetologia*, 40: 1439-48.

6. Kabalak T, Çetinkalp Ş (2009). *Tip2 Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus 2009 kitabında Ed.(Şazi İmamoğlu, Canan Ö. Ersoy); Deomed, İstanbul. Sayfa 55-72.*

7. Veenstra DL, Best JH, Hornberger J, Sullivan SD, Hricik DE. Incidence and long-term cost of steroid-related side effects after renal transplantation. *Am J Kidney Dis* 1999;33(5):829-39.

8. Volgi JR, Baldwin D (2001). Glucocorticoid therapy and diabetes management. *Nurs Clin North Am*, 36: 333-9.

9. Hricik DE, Bartucci MR, Moir EJ, Mayes JT, Schulak JA. Effects of steroid withdrawal on posttransplant Diabetes mellitus in cyclosporin-treated renal transplant recipients. *Transplantation* 1991; 51: 374-8.

10. Hilbrands LB, Demacker PN, Hoitsma AJ, Stalenhoef AF, Koene RA. The effects of cyclosporine and prednisone on serum lipid and (apo) lipoprotein levels in renal transplant recipients. *J Am Soc Nephrol*. 1995 Jun;5(12):2073-81.

11. Stern MP, Kolterman OG, Fries JF, McDevitt HO, Reaven GM. Adrenocortical Steroid Treatment of Rheumatic Diseases Effects on Lipid Metabolism. *Arch Intern Med*. 1973;132(1):97-101.

12. Dullaart RP, Schols JL, van der Steege G, Zeliszen PM, Sluiter WJ, van Beek AP. Glucocorticoid replacement is associated with hypertriglyceridaemia, elevated glucose and higher non-HDL cholesterol and may diminish the association of HDL cholesterol with the -629C>A CETP promoter polymorphism in GH-receiving hypopituitary patients. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2008 Sep;69(3):359-66.

13. Thomson SP, Stump CS, Kurukulasuriya LR, Sowers JR. Adrenal steroids and the metabolic syndrome. *Curr Hypertens Rep*. 2007 Dec;9(6):512-9.

14. Dujovne, C.A., and Azarnoff, D.L. : Clinical complications of glucocorticoid therapy. *Med. Clin, of North Amer*. 54 (5):1331, 1973.

15. Angelopoulos TP, Tentolouris NK, Bertsias GK, Boumpas DT. (2014) Steroid-induced diabetes in rheumatologic patients. *Clin Exp Rheumatol*. 32(1):126-30.

16. Seibel MJ, Cooper MS, Zhou H Glucocorticoid-induced osteoporosis: mechanisms, management, and future perspectives. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2013;1(1):59-70.

17. Woolf AD. An update on glucocorticoid-induced osteoporosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2007 Jul;19(4):370-5.

18. Whitworth JA1, Gordon D, Andrews J, Scoggins BA. The hypertensive effect of synthetic glucocorticoids in man: role of sodium and volume. *J Hypertens*. 1989 Jul;7(7):537-49.

19. Whitworth JA, Saines D, Scoggins BA. Blood pressure and metabolic effects of cortisol and deoxycorticosterone in man. *Clin Exp Hypertens A*. 1984;6(4):795-809.

Watson İnsan Bakım Modeli Işığında Diyabet Tanısı Almış Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu

Emine KOL, Fatma ARIKAN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, ANTALYA

Özet

Diyabet makrovasküler (kardiyovasküler, strok vb.), mikrovasküler (retinopati, nefropati vb.) ve nöropati gibi komplikasyonlara neden olan fiziksel hastalık olmanın ötesinde insanın emosyonel, sosyal, spiritüel tüm yönleriyle etkilendiği yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. Kronik bir hastalık olan diyabette hastanın hastalık ile baş etmesi ve tedaviye uyumunun önemi giderek artmaktadır. Sağlıklı olmayı uyum olarak değerlendiren Jean Watson, sağlığı algılanan benlik ile yaşanan benlik arasındaki uyum derecesi olarak tanımlar. Bu nedenle özellikle diyabet yönetimi ve diyabet eğitiminde Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli en iyi çerçeve olarak değerlendirilmektedir. Bu makalede İnsan Bakım Merkezinin kurucusu Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli ışığında diyabet tanısı almış bir olgunun tedaviye uyumu ve bakımı tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Diyabetes Mellitus, Bakım Modeli, Watson İnsan Bakım Modeli*

Summary

The Care of A Patient Diagnosed with Diabetes in

The Light of Watson's Human Caring Theory: Case Report

Diabetes is a disease impairing quality of life of a person in terms of all the emotional, social and spiritual aspects beyond being a physical illness causing complications such as macrovascular (cardiovascular, stroke etc.), microvascular (retinopathy, nephropathy etc.), and neuropathy. In diabetes that is a chronic disease, importance of the patient's coping with the disease and adherence to therapy has gradually increased. Evaluating being healthy as adherence Jean Watson defines health as degree of congruence between the self as perceived and the self as experienced. Therefore, the Jean Watson's Human Caring Model is evaluated as the best framework especially in diabetes management and diabetes education. In this study, adherence to therapy and care of a case diagnosed with diabetes were discussed in the light of the Human Caring Model of Jean Watson, who is the founder of Center for Human Caring.

Key Words: *Diabetes Mellitus, Caring Model, Watson's Human Caring Theory*

Giriş

Diyabetmakrovasküler (kardiyovasküler, strok vb.), mikrovasküler (retinopati, nefropati vb.) ve nöropati gibi komplikasyonlara neden olan fiziksel hastalık olmanın ötesinde insanın emosyonel, sosyal, spiritüel tüm yönleriyle etkilendiği yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır (Kim, et al., 2015). Son derece kompleks bir hastalık olan diyabetin tedavi ve yönetimi çoğunlukla zordur. Bu bağlamda hastanın hastalık ile baş etmesi ve tedaviye uyumunun önemi giderek artmaktadır (Wallace, et al., 2015). Sağlıklı olmayı uyum olarak değerlendiren Jean Watson, sağlığı algılanan benlik ile yaşanan benlik arasındaki uyum derecesi olarak tanımlar (Watson, 1988). Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli bireyi bütüncül olarak değerlendirir ve bireyin duygusal, ruhsal ve zihinsel iyiliği ile birlikte tıbbi sorunlarını da ele alır. Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin kullanımına ilişkin araştırma örnekleri, modelin bazı özel hastalıklar/durumlarda etkili olduğunu göstermektedir (Arslan-Özkan ve ark., 2014; Durgun-Ozan ve ark., 2015; Erci ve ark., 2003; Smith, 2004). Watson'ın modelini kullanarak bir hasta eğitim planı hazırlamak için öncelikle hastayı bir insan olarak ele almak gereklidir. Diyabet eğitiminde olabildiğince etkili olmak için bireylerin kendi yetenekleri doğrultusunda önceliklerini belirlemek gereklidir (Munshi, et al., 2016). Watson'un Bakım Modelinde sağlık, hem hasta hem de sağlık çalışanı için bir öğrenme deneyimi olarak değerlendirilmektedir (Watson, 2008). Bu nedenle özellikle diyabet yönetimi ve diyabet eğitiminde Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli en iyi çerçeve olarak değerlendirilmektedir (http://wikieducator.org/K.I.S.S.ing_Diabetes). Bu makalede İnsan Bakım Merkezinin kurucusu Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli ışığında diyabet tanısı almış bir olgunun tedaviye uyumu değerlendirilmiştir.

Diyabetes Mellitüs

Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan yeni bin yılın önemli halk sağlık sorunları arasında kabul etmektedir (Düzöz ve ark., 2009; Türkiye Diyabet Programı, 2013). Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve

gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. 2013 yılı itibarı ile dünyadaki diyabetli birey sayısı 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Türkiye Diyabet Programı, 2013). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışması sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7.2, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) sıklığı ise %6.7 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2013). TURDEP-II çalışmasında ise ülke genelinde 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %13.7'ye ulaştığı görülmüştür (Satman ve ark., 2013). Tüm dünyada diyabetli bireylerin %46'sını henüz tanı konulmamış vakalar oluşturmaktadır. Türkiye'de TURDEP-II çalışması verilerine göre diyabetli bireylerin %45,5'i hastalıklarının varlığından haberdar olmadığı saptanmıştır (Satman ve ark., 2013; Türkiye Diyabet Programı, 2013).

Diyabetin yönetim sürecinde bireyin yaşı, hastalığın süresi, tedavinin karmaşıklığı, ekonomik ve psikososyal faktörler gibi çok sayıda değişken etkili olmaktadır (Lerman, 2005). Diyabet hastaları, beslenme, fiziksel aktivite, ilaç kullanımı, kan şekeri takibi ve stres yönetimi gibi günlük bir planlamanın yanı sıra yaşam tarzını değişikliği gibi zorlu süreçlere girerler (Wong et al., 2005; Kim, et al., 2015). Diyabet tanısı alan hastada "utanma", "reddetme" gibi bazı psikolojik değişiklikler gelişebilir ve bunlar bireyin hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olur. Tanı koyulması kişinin öz-saygısını azaltabilir, direnç ve depresyon gelişebilir (Olgun ve Ulupınar, 2014). Diyabet bir yaşamdır, diyabet yönetimi sürekli, dinamik ve hasta merkezli olmalıdır. Diyabet hemşireleri bireyin hastalığını, bakımını ve tedavisini yönetmesinde yol gösterici, eğitici ve danışman olarak önemli sorumluluklar taşımaktadırlar (Wong et al., 2005; Boström et al., 2014; Olgun ve Ulupınar, 2014; Munshi, et al., 2016).

Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli

Seçkin bir hemşirelik profesörü ve teorisyeni olan Jean Watson, kendi ismini taşıyan Bakım Bilim Enstitüsü'nün

kurucusu ve direktörüdür. Dr. Jean Watson Kolorado Üniversitesi'nde eğitimci olarak çalışırken 1975-1979 yılları arasında "İnsan Bakım Modeli"ni geliştirdi (Watson, 2015). Jean Watson, İnsan Bakım Modelini kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı, iyileştirme süreçleri olmak üzere üç temel kavram üzerinde ele alır (Watson, 2008).

1) Kişilerarası Bakım İlişkisi: İnsan Bakım Bilimi'nde "Kişilerarası" terimi hemşire ile birey arasında insan insana yüce bir ilişki olarak yer alır. "Kişilerarası ilişki", fiziksel olarak orada bulunmanın yanında birey ile birlik olma/bütünleşme anlamında kullanılır (Watson, 2012). Kişiler arası bakım ilişkisinde bakım veren ve bakım alan arasında yüksek düzeyde bir enerji alanı oluşur. Bu enerji, hasta ve hemşirenin benliğinde manevi bir bağ kurar ve onları "Şu An"ın çok ötesine götürür (Watson, 2015).

2) Bakım Durumu ve Bakım Anı: İnsan Bakım Modeli'nde, insan insana etkileşim sürecinin ilk aşaması olan "Bakım Anı" hemşire ile bireyin ilk karşılaştıkları andır. Hem hemşire hem hasta "Bakım Anını" yaşarken kendine özgü yaşam deneyimleri ile oradadırlar. O anda öncelikli olarak hemşirenin bilinci, niyeti ve enerjik olarak varlığı gereklidir. Hemşire böylesi bir varlığı; tüm benliği ile hastaya dokunması, duruşu, ses tonu, duyuları, seçtiği kelimeleri, hisleri ile hastaya yansıtabilir (Watson, 2012). Dolayısı ile bakım ancak hemşirenin bireyin yaşam alanına veya varoluşsal alanına girmesi ile başlayabilir. Hemşire bireyin varoluş (ruh) durumunu saptar, bunu hisseder ve tepki gösterir. Bu tepki öylesine kişiye özeldir ki, diğerinin uzun zamandır açığa vurmayı ertelediği duygu ve düşüncelerini açığa vurur. Böylesi bir bakımda hemşire ve birey arasında iç/öznel bir akış vardır (Mc Ewenand Wills, 2007). Hemşire hasta ile karşılaştığı anda şu sorulara yanıt arar;

- Bu ruhla dolu insan kim?
- Hastalığının ötesinde bu insanın neye ihtiyacı var?
- O'na bakım verebilir miyim?
- Onunla nasıl bir bağlantı kurabilirim?

Bakım anında "Hemşirenin Bilinci" zaman ve mekanın ötesine geçer, yani "bilinç" bedenden ayrılır. Hemşire, bilinci ile hastanın dünyasındadır ve sessizlikte bile hastası

ile konuşur durumdadır. "Bilinç" sayesinde hastasının ruhunun gizemini görür (Watson, 2012).

3) İyileştirici Faktörler ve İyileştirici Süreçler: Watson, hemşirelik fenomeni için bir biçim sağlamak amacıyla 1979 yılında "İyileştirici/Carative Faktörleri" geliştirdi. İyileştirici Faktörler halen hemşireliğin özü olarak kullanılmasına rağmen, Watson'ın anlayışına göre "Faktör" teriminin anlamı oldukça durgundur. Bu nedenle Watson, "İyileştirici/Carative Faktör"leri "İyileştirici/Caritas Süreç" olarak genişleterek daha dinamik hale getirmiştir (Watson 2015). Caritas, "değer verme, takdir etme, özel ilgi gösterme, sevgi" anlamına gelen Latince bir kelimedendir. Caritas sözcüğünün Türkçe karşılığı "İyileştirici" olarak kullanılmaktadır. Watson "İyileştirme Süreçlerini" yaratıcı problem çözme süreci olarak tanımlamakta ve "İyileştirme Süreci"nin özelliklerini Tablo.1'de belirtildiği gibi sıralamaktadır (Watson, 2007; Watson, 2008; Jesseand Allgood, 2014).

Vaka

Bay RU, 60 yaşında emekli bir muhasebecidir. RU, yaklaşık iki gün önce İç Hastalıkları Polikliniği'ne, alt ekstremitelerde +3 gode bırakan ödem, çok susama, hafif bulantı şikayetleri ile başvurmuştur.

RU'nun geçmiş sağlık öyküsünde sağlık kontrolünü nadiren yaptırdığı belirlenmiştir. Yaklaşık 10 yıl önce hipertansiyon nedeni ile başvurduğu sağlık kurumunda prediyabet olduğu belirtilmiş, diyet ve beslenme önerilerinde bulunulmuş, ancak Bay RU, önerileri uygulamamıştır. Travma sonucu meydana gelen radiusfraktürü nedeni ile acil servise başvurduğunda AKŞ:458 mg/dl olduğu saptanmış ve diyabet polikliniğine yönlendirilmiştir. Beş yıl önceki bu acil durum sonrasında Diyabetes Mellitus (DM) tanısı konan RU, reçete edilen oral antidiyabetik ilaçlarını da kullanmamıştır.

Hastaneye son başvurusunda RU'nun açlık kan şekeri 290 gr/dl, kan basıncı 168/94 mm/Hg ve her iki alt ekstremitelerinde ödem ile birlikte GFR>150ml/dk ve idrarda bir (+) protein belirlenmiştir. Aynı zamanda özellik le sol ayak başparmağında 3-5 mm çapında sınırları dü-

Tablo 1: İyileştirici Faktörler ve İyileştirici Süreçler*

İyileştirici Faktörler-İF	İyileştirici Süreçler-İS	Bakım Veren İyileştirme Bilinci
1. İnsancılık-Adanmışlık	Vakur olma, kendine ve diğerlerine sevgi ve şefkatle yaklaşma	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin eşsizliğini kabul etmek - İyilik ve şefkat eylemlerini bilmek - Bireyin yaratılıştan gelen özelliklerine, yeteneklerine saygı duymak - İncinebilirliğin farkında olmak - Gerçek bir kaygı ile dinlemek - İnsanın yüceliğine saygı duymak
2. İnanç-Umut	Bireye inanç ve umudu aşılama	<ul style="list-style-type: none"> - Dinlerken sessizlik, yansıtma, duraklama için fırsat yaratmak - Yaşamı bir problem çözümü gibi görmekten daha çok keşfedilmesi gereken bir gizem olarak görmek - Bireydeki daha büyük gücü görmek için esnek olmak - İyileştirici ve bütüncül bakım için bilim ve sanatla etkileşmek - Bireylere kendine inanmaları için yardım etmek - Bireyin inançlarını öğrenmek ve desteklemek - Umudu desteklemek - Bireyi bir obje gibi değil, insan gibi görmek
3. Duyarlılık	Bireyde "Benlik-Ego"nun ötesine geçerek farkındalığı derinleştirmek, bireyin manevi/spiritüel uygulamalarını geliştirme	<ul style="list-style-type: none"> - Durumları değerlendirmede sezgileri kullanmak - Minnet duyma, bağışlama, teslimiyet ve şefkat için anlamlı ritüeller geliştirmek - Bizim saygı ve bakıma verdiğimiz değer kadar bireyin temel spiritual gereksinimlerine değer vermek - Görevleri iyileştirici etkileşimlere dönüştürmek - Kendini ve başkalarını bağışlama yeteneğini göstermek - İnsan olarak kendine ve başkalarına iyi davranmak - Kalp merkezli bakım vermek
4. Yardım-Güven ilişkisi	Yardım edici-güven verici, otantik bakım ilişkisi geliştirme	<ul style="list-style-type: none"> - Koşulsuz sevgi ve saygı göstermek - Bireylerin ihtiyacı olduğunda iyileşme için kutsal bir alan yaratmak - Yargısız davranmak - Yaşam deneyimlerine uyum ile karşılık vermek - Otantik varlığı kullanmak: tam anlamı ile dürüst ve kendisi olarak bulunmak - Başkalarına hassas ve açık olmak - Kendisinin ve başkalarının sözel-sözel olmayan iletişim tarzının farkında olmak - Doğrudan saygılı, yapıcı iletişim kurmak
5. Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama	<ul style="list-style-type: none"> - Kutsal bir alan yaratmak - İyileşmeyi derin bir iç yolculuk olarak düşünmek - Belirsizlik ve bilinmezliklere izin vermek - Bireyin kendini ifade etmesi için öykü ve hikaye

6. Problem Çözme	- Bakım sürecinin parçası olarak, çeşitli bilme ve yapma yollarını kullanarak problem çözümüne yardım etme	- anlatımını kullanmak - Bireye dua, ritüeller gibi spiritual uygulamaları önermek - Bireye kendi durumunun iyi yönlerini görmesine yardım etmek - Bireyin kendi negatif duyguları ile baş etmesine yardım etmek - Bakımın bilimsel ve sanatsal yönü ile tam olarak ifade edilmesi için yaratıcı ve kritik düşünme ile estetik, ampirik, kişisel, metafiziksel bilme yollarını entegre etmek - Bireyin katılımının bakım planında etkili olduğunu kabul etmek - İyileştirici bir ortam yaratmak için kendi yeteneklerini kullanmak (dokunma, ses, otantik varlık, gülme, mizah, jest, düşünme, gevşeme v.b.) - Bireyleri soru sormaları için cesaretlendirmek - Bireyin sağlık sorunları ile baş etmesi için kendi yaşamında yeni anlamlar bulma, alternatif yolları geliştirme konusunda ona yardım etmek
7. Öğretme-öğrenme	- Bireysel gereksinimlere ve kendi tarzına uygun bir şekilde öğrenme ve öğretme yaşantıları sağlama	- Bireylerin yaşam deneyimlerini paylaşmaları için aktif dinlemek - Tüm dikkati vererek sakin, dikkatli ve saygılı bir şekilde konuşmak - Öncelikle bireyden öğrenmek için onun yaşam dünyasını anlamaya çalışmak, sonra onun ihtiyaçlarını karşılamak için bilgi, araç ve fırsatları sağlamak, rehberlik yapmak - Öğrenme, bilgi ve öğrenmeye hazır oluşluk için bireyin bulunduğu her yerde ve her şekilde onunla olmak - Bireyin sağlık/hastalık konusundaki düşüncelerini anlaması için ona yardım etmek - Sağlık/hastalık konusunda bildiği şeyleri öğrenmek
8. İyileşme Çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel ve huzurlu bir çevre oluşturma	- Birey ile doğal bir ilişki kurmak için ortam oluşturmak - Bakım için hazır olmak - İyileştirici bir çevre için gereklilikleri sağlamak: hemşirenin varlığı, bireyin eşsizliğinin kabulü, ışık, sanat, sessizlik, temizlik, gizlilik, beslenme, su, güzellik, güvenlik, el yıkama - Bireyin rutin ve ritüellerine izin vermek - Bireyi dinlerken birey ile olmak
9. Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma	- Bireyi bir bütün olarak görmek - Bireyin gereksinimlerinin eşsizliğine saygı duymak - Mümkün olan en üst düzeyde rahatlığı sağlamak - Daha az endişe hissetmeleri için bireye yardım etmek - Bireyin ailesi, sevdikleri ve önemli gördükleri

10. Varlıksal-fenomenolojik manevi boyutlara izin verme

Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma; ruh bakımı için onunla olma, gizemleri ortaya çıkarma, mucizeye izin verme

- kişilere saygı duymak*
- *Gizlilik gereksinimine saygı duymak*
 - *Dinlenme, gevşeme ve uyku gibi özel gereksinimleri konusunda bireye yardım etmek*
 - *Bilinmeyenleri ortaya çıkarması için bireye yardım etmek*
 - *Mucizeleri beklemek, yaşamın kontrolünden vazgeçmek*
 - *Umudu beslemek, desteklemek*
 - *Uygun bir şekilde bakım anları yaratmak, bakım anlarına katılmak*
 - *Kendisi ve bireylerin daha derin duygularının farkında olmak*
 - *Kendisi ve diğerleri için neyin önemli olduğunu bilmek*
 - *Birey için anlamı olan her şeye saygı duymak*
 - *Yaşamın var olduğu her yerde ve her durumda güzelliklerin ve sevginin temel olduğuna inanmak*
 - *Anlaşılmayan bazı yaşam olaylarını kabul etmek*

*Bu tablo, temelde Watson (2008) olmak üzere parantez içinde belirtilen yazarlardan derlenip hazırlanmıştır (Watson 2007; Watson CaringScienceInstitute/<https://www.watsoncaringscience.org/>; JesseandAlligood, 2014).

zensiz kızarıklık mevcuttur. Bay RU kendisi bu bulguyu mantar hastalığına bağlı kaşıntı olarak tanımlarken kaşıdığı bölgelerin yara olduğunu ve iyileşmediğini ifade etmektedir.

Bay RU, son bir yıldır kan basıncı kontrolü için gittiği sağlık kurumunda antidiyabetiklerimutlaka kullanması gerektiği, diyetin önemi ile ilgili bilgilendirildiğini ancak bunları uygulamadığını belirtmekte ve gerekçe olarak da sağlığında ciddi düzeyde bir bozulma olmadığını, sık idrara çıkma, çok su içme gibi durumlara ise alıştığını ifade etmektedir. Beslenmede bahçe işlerinden dolayı öğünlerinin düzenli olmadığını, iki öğün beslendiğini dolayısı ile az yediğini az yemenin sağlık için iyi olduğunu belirtmektedir. Kendisinin zaten çok dinç olduğunu ufak tefek sorunları dert etmediğini bu nedenle de sağlık kontrolü ve ilaç kullanımına gerek duymadığını sık sık belirtmektedir.

Bay RU, 25 yıl büyük bir fabrikada muhasebe şefi olarak görev yapmıştır. RU'ya göre, emekli olmayı kendisi istememiş, çocuklarının eğitimi için zorunlu bir tercih yapmıştır. Çocukların eğitimi tamamlandıktan sonra ise alışık olduğu şehir yaşamından uzaklaşmış, köyüne yerleşmiş, yoğun bir şekilde bahçe işleri ile meşgul olmaya başlamış-

tır. Birlikte çalıştığı iş arkadaşlarından uzaklaşmış, sadece ev ve bahçe arasında bir yaşam sürmeye başlamıştır. Bay RU sosyal yaşamdan uzaklaştığını belirtmekte, çalışma dönemindeki günlerini sık sık anlatmakta ve o günlere ilişkin özlemini ifade etmektedir. Emekli olmanın yaşlılık ve sosyal hayattan çekilme ile eşdeğer görüldüğünü ancak kendisinin bunu kabul etmediğini belirtmektedir.

RU poliklinikteki muayenesi boyunca hekime; ayaklarındaki ödemin böbrek yetmezliği belirtisi olup olmadığını, diyalize girip girmeyeceğini sormuştur. Muayene sonrasında doktor kendisine böbreklerinin etkilendiğini ama tedavi planının düzenli uygulanması ile düzelebileceğini açıkladığında rahatlamakla birlikte insülinin subkutanolarak önerilmesi onda yoğun bir kaygı yaratmıştır. Bay RU insülin kullanımı ve diyet programı için hemşire ile görüşmesinde kaygılı görünse de insülin uygulamasının diyalize göre daha alışılabilir bir durum olduğunu belirtiyordu.

İnsan Bakım Modeline Göre Bay RU İçin Planlanan Hemşirelik Bakımı

Değerlendirme ve problemin tanımlanması

Hemşire ŞD, Bay RU ile ilgili çok az şey biliyordu. Bay RU için alt ekstremite ödemi, yüksek GFR ve AKŞ, proteinüri, sık idrara çıkma ve ağız kuruluğu gibi birkaç fiziksel bulgu mevcuttu. RU'nun üretken ve sosyal olmayı seven bir birey olması, sağlık kontrollerini ihmal etmesi, önerilen tedaviyi uygulamaması, kendisini sağlıklı ve dinç olarak tanımlaması, beslenme ve diyet ile ilgili yanlış uygulamalarının olması, poliklinikteki hekim tarafından muayene edilirken sık sık diyalize girme korkusunu ifade etmesi ve kaygılı görünmesi de bilinen diğer verilerdi. Bu kısa rapor sonucunda Bay RU'nun diğer fiziksel bulguları, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi, ilaçlarını kullanmama nedenleri, şu anki yaşam biçimine uyumu, diyaliz korkusunun temelindeki varoluş ile ilgili düşünceleri konusunda detaylı bir değerlendirme ve bilgiye ihtiyaç vardı.

Watson'ın İnsan Bakım Modeline göre Bay RU için kişiler arası öznel bir ilişki gereklidir. Bu ilişkide amaç yardımcı ve güven ilişkisi ile RU'da "Benlik-Ego"nun ötesine geçerek farkındalığı derinleştirmek, hastalığı kabul etmesini sağlamaktır (Watson, 2013). Aslında hemşire ŞD hastayı hekim muayenesi sırasında gördüğünde, O'nun korkularına tanık olduğunda, ayaklarında ödeme bağlı yürümekteki zorlanmasını gördüğünde hemşire ve hasta arasındaki "Bakım Anı" başlamıştı. Watson'a göre "Bakım Anı" oldukça otantik, hasta ve hemşire yararına özel bir andır (Watson, 2012). Watson'a göre hemşire hasta ile karşılaştığı anda şu sorulara yanıt arar; Bu ruhla dolu insan kim? Hastalığının ötesinde bu insanın neye ihtiyacı var? O'na bakım verebilir miyim? Onunla nasıl bir bağlantı kurabilirim? (Watson, 2012)

Fiziksel olarak iyileşme önemlidir, ancak Jean Watson'ın özellikle belirttiği gibi spiritüel iyileşme olmaksızın optimal bakım ve iyileşme başarısızdır (Childs, 2006). Hemşire, hastanın yaşam tanımını, yaşam anlamı ve yaşam kalitesine ilişkin görüşleri ve onun yaşamını önemli kılan şeyleri, eylemleri ve olayları derin bir şekilde anlamalıdır. Bu nedenle Hemşire Bay RU'yu daha detaylı tanımak için görüşme planladı. RU eğitim ve görüşme için hemşire odasına girerken bir eli ile ceketinin düğmelerini kapatmaya çalışıyor, diğer eli ile dosyasını tutuyordu. Bay

RU'nun postürü öne eğikti ve ödeme bağlı yürümeye kısıtlılık vardı, yüz ifadesi kaygılı görünüyordu. Hemşire ŞD, kendi kendine şu soruları sordu;

Bay RU, şu an ne hissediyor olabilir?

Bay RU'nun içindeki korku ne kadar yoğundur?

Bay RU büyük bir kurumun muhasebesini yürütülmüş etkin bir kişilik olmasına rağmen kendi sağlığını neden ihmal ediyor olabilir?

Hemşire ŞD kendi enerji alanının, duygu ve düşüncelerinin kişiler arası bakım ilişkisinde önemli olduğunun bilincindeydi. Watson'ın önerilerini düşündü ve hasta ile görüşmede aradığı sorulara yanıt bulabilmesi için önce iyileştirici bir görüşme ortamı gerekiyordu. Hemşire, Bay RU odaya girdiğinde ayağa kalktı, O'nu karşıladı ve rahat olabileceğini, kendisi için yeterince zaman ayırdığını ifade etti. Hemşire ŞD, İyileştirici Süreçleri (İS:1,2, 3,4, 5) kullanarak görüşmeyi sürdürdü. Bay RU, görüşmede özellikle emekli olmasından duyduğu pişmanlığından söz etti. Emekli olduğu için üretkenliğinin azaldığını, düzenli bir iş ve aile yaşantısının bozulduğunu, eşinin meme kanseri tanısı aldığını, kızları evli olduğu için ev işleri ve yemek yapma işinin de düzenli olmadığını ifade etti. Bu koşullarda kendisinin hasta olmaması gerektiğini, eşini çok sevdiğini ve ona zayıf görünmek istemediğini, henüz yaşlı olmadığını ve eğer isterse çok şey başarabileceğini belirtti. Bay RU bugüne kadar hastalığı önemsemediğini, ama sonuçlarının bu kadar kötü olacağını bilemediğini, asla diyalize girmek istemediğini, ölmek istemediğini belirtirken yardım isteyen bir yüz ifadesi vardı. Hemşire Bay RU için benlik kavramının ve varlık koşulunun tehdit altına girdiğini düşünerek O'na cesaret ve umut vermek istedi. Hemşire ŞD, hastalığının kontrol edilebileceğini söylediğinde Bay RU gülümsedi ve bunun için ne gerekiyorsa yapabileceğini belirtti.

Bay RU görüşme sonrasında daha umutlu olmasına rağmen insülin uygulaması ve diyetine ilişkin bilgilendirme sürecinde farklı kaygılar ifade etti. Bay RU, nun şu soruları hemşireye hastanın psikolojik ve sosyal benliğinin tehdit altına girdiğini düşündürdü. "Acaba ben insülini hesaplayabilir miyim? İğne yapmayı becerebilir miyim?"

Beni iğne yaparken ya da iğne yerlerimi gören olursa ne yapmam lazım? Hemşire ŞD, Bay RU'nun başarılı olduğu alanları (iyi muhasebe yapması, bahçe işlerini iyi yürütmesi ve bunun bir egzersiz programı gibide olabileceğini, eşine saygı duyması, yaşamını biçimlendirmek için çaba göstermesi) öne çıkararak O'nu destekledi. Ayrıca O'na insülini doğru hesaplama ve öğrenmesini desteklemek için her zaman hazır olduğunu, doğru uygulamayı öğreninceye kadar sabırla maket üzerinde tekrarlı uygulamalarına destek olacağını belirtti.

Görüşmeler sonunda Hemşire ŞD, Bay RU için fizik muayene ve laboratuvar bulgularını da içeren tam bir değerlendirme yaptı. Elde ettiği tüm verileri analiz etti ve fiziksel problemlerin yanında RU'nun hasta olmayı kabul etme ile ilgili yoğun bir sorun yaşadığını düşündü. Hemşire ŞD'ye göre Bay RU için öncelikli hedef hastalığa uyum sağlamak, yaşamında istediği sosyalleşmeyi ve üretkenliği yeniden kazanmak, ikinci hedefi ise kaliteli bir yaşam sürmektir. Bu amaç doğrultusunda yapılan müdahaleler sonunda Bay RU, hastalığa ve tedaviye uyumunda kendisine iyi gelecek her bir öneriyi değerlendirmek isteyecek ve yaşam tarzını diyabetle uyumlu bir biçimde

düzenleyecekti. Hemşire ŞD, Bay RU için planladığı ve bir kısmını gerçekleştirmiş olduğu müdahaleleri iyileştirici süreçlerin rehberliğinde sistematize etti (Tablo 2).

Sonuç

Watson'ın iyileştirme süreçleri kullanılarak diyabet hastasına verilen bakım hastalık modeline göre uygulama yapmakta ya da tıbbi istemleri yerine getirmekten oldukça ötesindedir. Verilen bakım daha çok bireyin kendi kararıyla iyileşme sürecini kapsayan bütüncül bir bakımdır. Watson bakımın sadece girişimsel uygulamalardan ibaret olmadığını, girişimsel uygulamaları yaparken bile iyileştirme süreçlerine göre bakımın şekil aldığını vurgular. Diyabet tanısı alam ve hastalığa, tedaviye uyumda güçlük yaşayan olguda insülin eğitiminin daha ötesine gidilmiş hastanın tedaviye uyumun sağlanması desteklenmiştir. Watson insan bakım modelini kullanan hemşire bakım anını iyi değerlendirmiş, kişiler arası öznel bir iletişim ile hastanın uyumla ilgili problemlerini tanımlamış ve iyileştirici süreçlerin rehberliğinde bakımı hasta ile birlikte planlamıştır.

Tablo 2: Bay RU İçin İyileştirici Süreçlerin Kullanımı

Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Yaklaşımları	İyileştirici Süreçleri (İS)
Bay RU ile poliklinikte ilk karşılaşma	İnsancılık ve adanmışlık (İS1), Yardım-güven ilişkisi (İS4)
Bay RU ile hastalığı hakkında görüşme	İnsancılık ve adanmışlık (İS1), İnanç- Umut (İS2), Yardım-güven ilişkisi (İS4), Duyarlılık (İS3), Duygu ve hislerin ifadesi (İS5), İyileşme çevresi (İS8)
Bay RU ile insülin kullanımı ve diyetinin planlanmasına ilişkin görüşme	İnsancılık ve adanmışlık (İS1), İnanç- Umut (İS2), Yardım-güven ilişkisi (İS4), Duyarlılık (İS3), Duygu ve hislerin ifadesi (İS5)
Bay RU ile diyabetle uyumlu yaşam tarzına ilişkin görüşme	Problem çözme (İS6), Öğretme öğrenme (İS7), Gereksinimlere yardım (İS9), Güçlere olanak sağlama (İS10)
Bay RU cilt bütünlüğünün korunması yönelik girişimlerin planlanması	Problem çözme (İS6), Gereksinimlere yardım (İS9), Öğretme öğrenme (İS7), İyileşme çevresi (İS8)
Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının önlenmesine ilişkin görüşmelerin planlanması	Gereksinimlere yardım (İS9), İnanç- Umut (İS2), Öğretme öğrenme (İS7), İyileşme çevresi (İS8), Gereksinimlere yardım (İS9)

Kaynaklar

1. Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self efficacy and adjustment in infertile woman. *Journal of Advanced Nursing* 70(8); 1801-1812.
2. Boström, E., Isaksson U., Lundman, B., Graneheim, U.H., Hörnsten, A. (2014). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Educ Couns* 94(2), 187-92.
3. Childs, A. (2006). The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support, *Gastroenterology Nursing* 29(4), 283-290.
4. Durgun- Ozan, Y., Okumuş, H., Aytekin-Lash, A. (2015). Implementation of Watson's Theory of Human Caring: A Case Study. *International Journal of Caring Sciences* 8(1); 25-35.
5. Düzöz, T.G., Çatalkaya, D., Uysal, D.D. (2009). Tip 2 Diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 26; 210-213.
6. Erci, B., Sayan, A., Tortumluoğlu, G., Kılıç, D., Sahin, O., Güngörmüş, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patient with hypertension. *Journal of Advanced Nursing* 41(2); 130-139.
7. http://wikieducator.org/K.I.S.S.ing_Diabetes (Erişim Tarihi: 16.01.2016)
8. Jesse, E., Alligood, M.R. (2014). Watson's Philosophy and Science of Caring in Nursing Practice. In Alligood M.R. (Ed), *Nursing Theory Utilization & Application*. (5th Ed.), Mosby, Elsevier.
9. Kim, Chun_Ja., Schlenk, E.A., Kim, D.J., Kim, M., Erlen, J.A., Kim, S.E. (2015). The role of social support on the relationship of depressive symptoms to medication adherence and self_care activities in adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 71(9); 2164-2175.v
10. Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. *Archives of Medical Research*. 36(3):300-306.
11. McEwen, M.(2007). Grand Nursing Theories Based on Human Needs. In M. McEwen, & E. M. Wills (Eds), *Theoretical Basis for Nursing* (2nd ed.), Philadelphia, PA: Lippincott.
12. Munshi, M. N., Florez, H., Huang, E. S., Kalyani, R. R., Mupanomunda, M., Pandya, N., Haas, L. B. (2016). Management of Diabetes in Long-term Care and Skilled Nursing Facilities: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 39(2); 308-318.
13. Olgun, N., Ulupınar, S. (2014). Güçlendirme ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf. (Erişim Tarihi: 16.01.2016)
14. Satman, I., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., ve ark. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and pre diabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 28(2):169-180.
15. Smith, M. (2004). Review of research related to Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 17(1); 13-25.
16. Türkiye Diyabet Programı (2014). 2. Baskı, Ankara.
17. Wallace, A. S., Driessnack, M., Bohr, N., Tripp-Reimer, T. (2015). Diabetes Self-Management: Using The Colored Eco-Genetic Relationship Map to Assess Social Support. *Nursing Research* 64(2); 111-116.
18. Watson Caring Science Institute /<https://www.watsoncaringscience.org/>(Erişim Tarihi: 20.12.2015)
19. Watson, J.(1988). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.
20. Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to Professional nursing practice, *Text & Context to – enferm*. *Florianopolis* 16(1), 129-135.
21. Watson, J. (2015). Jean Watson's Theory of Human Caring. In Smith M.C. & Parker M.E. (Eds), *Nursing Theories and Nursing Practice*. (Forth ed.), F.A. Davis Company. Philadelphia
22. Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring revised edition* (2nd ed.), Boston: Little, Brown.
23. Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing* (2nd ed.), Jones & Bartlett Learning, LLC.
24. Watson, J.(2013). *New Dimensions of Human Caring Theory*. In Smith, M.C., Turkel, M.C., Wolf, Z.R. (Eds.), *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource*. Springer Publishing Company, LLC, Newyork.
25. Wong, F. K., Mok, M. P., Chan, T., Tsang, M. W. (2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 50(4), 391-402.

Diyabetes Mellituslu Munchausen ve Munchausen by Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi

Uzm. Hem. Nurdan YILDIRIM, Doc. Dr. Şenay SAVAŞ ERDEVE, Doc. Dr. Semra ÇETINKAYA, Uzm. Dr. Yetiş İŞILDAR
Psikolog Meriç ONBAŞIOĞLU, Uzm.Dr. Hawa Nur PELTEK KENDIRCI, Hem. Sevim KOCAK, Prof. Dr. Zehra AYCAN
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği, ANKARA

Özet

Bu makalede "Munchausen sendromu" ve "Munchausenby Proxy sendromu" olarak tanımlanan dokuz olgu tanı dönemindeki klinik bulguları doğrultusunda sunuldu.

Anahtar kelimeler: *Munchausen sendromu, Munchausenby Proxy sendromu, olgu sunumu*

Summary

This article presented nine cases with "Munchausen syndrome" and "Munchausen Syndrome By Proxy" defined clinical symptoms terms of diagnosed

Key words: *Munchausen syndrome, Munchausenby Proxy syndrome, case report*

Giriş

Munchausen sendromu (MS) gösterilebilir bir neden olmaksızın, kişinin tasarlayarak bir organik ve/veya ruhsal hastalık ortaya çıkarttığı durumdur. Ortaya çıkan bu organik ve/veya ruhsal hastalık kişide önemli ölçüde fonksiyon kaybına hatta ölüme neden olabilir ve toplum sağlığı yönünden önemli sağlık harcamalarına yol açar. Birey için aynı zamanda sekonder kazançlar yaratır (Asher 1951; Hancı2000).Çocuk istismarı olarak kabul edilen Munchausenbyproxy sendromunda (MBPS) ise aile işbirliği hatta direk ailenin çocuğa müdahalesi söz konusudur (Davis1998; Hancı, 2000; Polat ve Dokgöz, 2007; Rocha, 2004; Rosenberg, 1987; Senner ve Ott, 1989)

Bu yazıda MS ve MBPS tanısı alan 9 diyabetli çocuk ve adolesan sunulacak ve diyabetli olgularda nedeni açıklanamayan hipoglisemi veya ketoasidoz ataklarının varlığında bu sendromların akla gelmesi gerektiği vurgulanacaktır.

Gereç - Yöntem

Munchausen sendromu kişinin kendisine bir hastalık tanısı belirleyerek ya da var olan hastalığını ilerleterek ikincil kazanç sağlamak amacıyla oluşturduğu nadir bir psikiyatrik hastalıktır (Asher 1951; Hancı, 2000). Benzer durumu çocuklarında oluşturan

ebeveynler için "Munchausenby Proxy sendromu" olarak tanımlanmıştır (Schreier 2004). Bu tanım doğrultusunda hastanemizde izlenen ve tanı için psikiyatri uzmanının onayını alan olgular Munchausen ve Munchausenby Proxy sendromu olarak kabul edildi.

1997-2016 yılları arasında Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniğinde 9 diyabetli çocuk ve adolesan MS ve MBPS tanısı aldı. Olguların tanı dönemindeki klinik bulguları aşağıda sunuldu.

Bulgular

Munchausen Sendromu ve MunchausenBy Proxy Sendromu tanısı alan altısı kız, üçü erkek 9 olgunun yaş dağılımına bakıldığında %33'ü 10-15 yaş, %67'si 15-20 yaş aralığında bulunmaktaydı. Ebeveynleri %11.1'i köy, %22'si kasaba, %67'si kentte yaşamakta olan olguların

ebeveyn birlikteliği ve ebeveynlerin sağ olup olmadıkları sorgulandığında %77'sinde anne baba birlikte, %11'inde boşanmış ve %11'inde ebeveynlerden biri vefat etmişti. Anne eğitim durumuna bakıldığında okur yazar olmama %22 iken, ilköğretim %55, lise %11 ve üniversite mezunu %11 idi. Baba eğitim durumuna bakıldığında %11.1 okur yazar değilken, %67'si ilköğretim, %11.1 lise ve %22'si üniversite mezunuydu. Gelir durumu sorgulandığında ise % 22'si asgari ücret altında,%45'i asgari ücret ve %35'i asgari ücret üzeri gelire sahipti.

Dokuz olgunun 7'si Tip 1 diyabetli, 3'ü Tip 2 diyabetliydi. Diyabet süreleri incelendiğinde en kısa diyabet tanı süresi 1 ay iken, en uzun diyabet izlem süresi 17 yıldır. Tanı öncesi 4 olguda (%44.4) psikiyatrik tanı var olup ilaç kullanım hikayesi vardı. Olguların bu yöntemlere başvurmadaki sorunları sorgulandığında maddi yardım almak, hastanede kalmak, hipoglisemideyken kendini iyi hissetme, okul başarısındaki kaygılar, diyabet değilim mesajı vermek, ilgi çekmek, başka kentte yaşamak gibisekonder kazançlar sağlamak istedikleri gözlemlendi.

Olgu 1

Onüç yaşında kız hasta baş ağrısı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde hiperglisemi saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. Fizik incelemesinde vücut ağırlığı 60 kg (90p), boy 166 cm (90-97p) olup patolojik fizik muayene bulgusu yoktu.Laboratuvar incelemesinde açlık kan şekeri 221 mg/dl, açlık insülin 20,4 _IU/mL, C-peptid 1,44 ng/mL, HbA1c %8, anti-insülin antikor, anti-GAD antikor ve anti-adacık antikor negatif bulunarak tanıda öncelikle tip 2 diyabet düşünöldü ve 0,5 Ü/kg/gün, sabah-akşam 70/30 karışım insülin tedavisi başlandı. Onbeş günlük izlemi sırasında insülin ihtiyacı giderek azaldı ve insülin tedavisi kesildi. Ancak hastanın insülin tedavisinin kesilmesine karşın hipoglisemileri devam etti. Direngen hipoglisemilerinin olması nedeniyle intravenözglukozinfüzyonu başlandı.İzlemi sırasında hipoglisemiye bağlı nöbeti olan olguya hiperinsülinizim tedavisi için octreotid ve Ca kanal blokörü başlandı ve insülinoma ön tanısı ile görüntülemeler yapıldı. Pankreas adacık hücre adenomuna yö-

Tablo1: Munchausen ve Munchausen by proxy sendromu tanısı alan 9 olgunun Sosyodemografik Verileri

		n	%
Cinsiyet	10-15 yaş	3	33
	15-20 yaş	6	67
	Kız	6	67
Geldiği Yer	Erkek	3	33
	Kent	6	67
Anne-Baba	Kasaba	2	22
	Köy	1	11
	Birlikte	7	77.8
Anne Eğitimi	Boşanmış	1	11.1
	Yok	1	11.1
	Okur yazar değil	2	22.2
	İlköğretim	5	55.6
Baba Eğitimi	Lise	1	11.1
	Üniversite	1	11.1
	Okur yazar değil	0	0
	İlköğretim	6	67
Gelir Düzeyi	Lise	1	11
	Üniversite	2	22
	Asgari ücret altı	2	22
	Asgari ücret	4	45
	Asgari ücret üstü	3	33

nelik yapılan abdominal tomografisi ve endoskopik ultrasonografisi normal bulundu. Dirençli hipoglisemileri süren, hipoglisemik konvülsiyonu tekrarlayan olguya 24 saatlik octreotidin fuzyonu başlandı. Pankreatektomi açısından gastroenterolojik cerrahi konseyinde tartışıldı, endoskopik biopsiye karar verildi. Bu invaziv işlem kararı hasta ve ailesine açıklandıktan sonra hipoglisemik ataklar kesildi. Bu süreçte hipoglisemi sırasında insülin ve C-peptid düzeyi için kan örneği alındı. Hipoglisemi anında serum insülin düzeyi 75 μ U/mL ve C-peptid düzeyi $<0,5$ ng/mL bulunarak ekzojen insülin kullanımına bağlı hiperinsülinemik hipoglisemi olduğu kanıtlandı. Munchausenby Proxy sendromu tanısıyla psikiyatriye danışıldı. Babasını kaybeden olgunun, baba tarafının ilgisini çekmek için anneye ortak olarak insülin enjeksiyonu yaptığı anlaşıldı. Durumun saptanılmasından sonra bir kez kontrole gelen hasta daha sonra poliklinik takibini bıraktı.

Olgu 2

Onbir yaşında 2 yıldır Tip 1 diyabet tanısı ile kliniğimizde izlemde olan erkek hasta 3 kez hipoglisemik konvülsiyon geçirme öyküsünün olması nedeniyle araştırıldı. İnsülin tedavisi kesilmesine karşın hipoglisemi atakları devam etti. Munchausen sendromu şüphesi ile kan şekeri 22 mg/dl iken hipoglisemi anında bakılan insülin düzeyi >300 mIU/ml ve C-peptid düzeyi de $<0,1$ ng/ml geldi. Yapılan gözlemede tuvalette kendine insülin uygularken bulundu. Maddi yardım alabilmek için hastanın babasıyla birlikte sağlık personeli bilgisi dışında insülin kullandığı belirlendi. Psikiyatriye yönlendirilen hasta Munchausenby Proxy sendromu tanısı aldı. Durumun saptanılmasından sonra iki kez poliklinik kontrolüne gelen hasta daha sonra kontrole gelmedi.

Olgu 3

Dokuz yaş on aylık 5 yıldır tip 1 diyabet tanısı ile izlemde olan erkek hasta sık hipoglisemik ataklarının olması nedeniyle değerlendirildi. İnsülin tedavisi kesilip glukozinfuzyonu uygulanmasına rağmen hipoglisemi atakları devam etti. Munchausen sendromu şüphesi ile kan şekeri 31

mg/dl iken, hipoglisemi anında bakılan insülin düzeyi >300 mIU/ml ve C-peptid $<0,1$ ng/ml idi. Yapılan gözlemede hastanede yattığı odasındaki tuvaletin rezervuarına saklanmış insülin bulundu. Yaşam şartları çok kötü olan evine gitmemek için, hastanede yatış süresini uzatmak amacıyla ve hipoglisemik dönemde istediği gıdalara ulaşımının daha kolay olması nedeniyle ailesinin ve sağlık personelinin bilgisi dışında insülin kullandığı öğrenildi. Durumun saptanılmasından sonra hasta bölümümüzde takibi bıraktı.

Olgu 4

On sekiz yaşında 17 yıldır tip 1 diyabet tanısı ile izlenen kız hasta 3 kez hipoglisemik nöbet geçirme yakınması ile değerlendirildi. Sık hipoglisemilerin olması nedeni ile insülin dozları azaltıldı. Hipoglisemik ataklar ve doz azaltma amacı ile hastaneye yatışında; kan şekeri 38 mg/dl iken hipoglisemi anında bakılan insülin düzeyi 141 mIU/ml ve C-peptid $<0,1$ ng/ml idi. Yapılan görüşmede anne babasının ayrı olması ve maddi sıkıntılar yaşaması nedeni ile dikkat çekmek istediğini hatta hiperglisemide daha mutsuz olduğunu ve baş ağrısı hissettiğini fakat hipoglisemide daha mutlu ve sağlıklı olduğunu bu nedenle fazla insülin yaptığını itiraf etti. Psikiyatri bölümü tarafından antidepresan tedavi başlanmasına karşın bu tedaviyi kullanmadığı belirlendi. Hasta psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile halen izlemimize devam etmektedir.

Olgu 5

On beş yaşında 2,5 yıldır Tip 1 diyabet tanısı ile bir başka merkezde izlemde olan kız hasta son birkaç gündür durdurulamayan hipoglisemik nöbetlerinin olması üzerine yoğun bakımda takibe alınmış ve munchausen sendromu düşünülmüş ancak bu tanıya yönelik kanıt sağlanamamıştı. İleri tetkik ve tedavi için hastanemize yönlendirilen hastanın kliniğimizde de hipoglisemik ataklarının devam etmesi üzerine insülin tedavisi tamamen kesildi. İnsülinizasyonun 36. saatinde yatağında tekrar hipoglisemik nöbet geçirdi. Kan şekeri 14 mg/dl iken hipoglisemi esnasında alınan tetkiklerde insülin düzeyi 184,9 mIU/ml, C peptid

0.8ng/ml saptandı. Çocuk ve aile ile yapılan görüşmede bilinçli olarak hastanın kendisine insulin yaptığı anlaşıldı. Okulda başarı düzeyinin yüksek olduğunu, TEOG sınavında başarısız olmaktan çok korktuğunu, kan şekerlerini düşürdüğünde başarısızlığına bir neden gösterebileceğini ayrıca diyetisyenin belirlediği kalori ile doymadığını rahat yiyebilmek için gizli insulin yaptığını belirtmesi üzerine psikiyatriye yönlendirildi. Munchausen sendromu tanısı ile takibe alındı. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimize devam etmektedir.

Olgu 6

On yedi yaşında 2 yıldır Tip 1 diyabet tanısı ile takipli olan erkek hastada hipoglisemilerin olması nedeniyle insülin dozu azaltılarak kesilmişti. Son kontrolünde terleme, treme şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın insülin kullanmamasına rağmen hipoglisemilerinin olması ve hipoglisemik atak esnasında alınan kontrreguluar hormonların normal çıkması üzerine araştırılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Klinik izlem esnasında alınan tetkiklerinde aslında ciddi insülin ihtiyacı olduğu (HbA1c 15.4) fark edildi. Kan şekeri düzeylerinin 450 mg/dl civarında olduğu anlaşılacak şekilde insülin tedavisi tekrar başlandı. Yapılan görüşmelerde hastanın yüksek kan şekeri değerlerinin olduğunu bildiği fakat bilinçli olarak düzenli ölçüm yapmadığı ancak koma ya girmeyecek kadar insülin uyguladığını belirtmesi üzerine psikiyatriye yönlendirildi. Psikiyatri görüşmesi sonucu Munchausen sendromu açısından tam bir değerlendirme yapılamadığı hastanın takibinin gerekli olduğu bildirildi. Taburculuk sonrası ilk kontrolde " insülin kullanmadığım halde şekerim düşüyor algısı oluşturmak istediğini bu sayede dilediğini yiyebileceğini düşündüğünü" bildirmesi üzerine Munchausen sendromu düşünüldü. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta izleme alındı.

Olgu 7

On yedi yaşında 5 yıldır tip 2 diyabet tanısı ile izlemimizde olan kız hasta metformin ve insülin tedavisi kullanı-

mı esnasında kan şekerlerinin düşmesi üzerine acil servise başvurdu. Kan şekeri 30 mg/dl iken hipoglisemi anında bakılan insülin düzeyi >300mIU/ml ve C-peptid 2,5ng/ml idi.. Daha öncede depresyon tedavisi alan olgunun tekrarlayan davranışları (içinden sürekli aynı cümleleri tekrarlaması gibi) mevcuttu. Yapılan görüşmede ailesinin dikkatini çekmek ve diyabet kontrolünü kötü göstererek eğitimini bırakmak için bunu yaptığını belirterek munchausensendromu düşünüldü. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatri ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta takibe alındı.

Olgu 8

On dokuz yaşında sekiz yıldır tip 1 diyabet tanısı ile izlemde olan kız hastaya kan şekerleri regüle edilemediği için brittle diyabet (düzensiz/oynak) tanısı ile insülin pompası takıldı. Ancak izlemde aile ile çatışmaları ve uyumsuzluklarının artması üzerine hasta adölesan bölümü ve Psikiyatriye yönlendirildi. Görüşmelerde insülin pompasının kendisine çok iyi geldiğini söyleyen hastanın ailesi tarafından sürekli "iyi gitmez ise pompanı çıkarttırırız" tehdidi nedeni ile korktuğunu bu nedenle kaçamak yaptığında sürekli ek doz yaptığını dile getirdi. Fakat birkaç kez dozun fazla gelmesi nedeni ile hipoglisemik atak geçirdiğini, ailesinin ve erkek arkadaşının kaygılanmasından hoşlandığı için artık sürekli hipoglisemik atak geçirmek istediğini, zaman zaman da ketoasidoz geliştirdiğini belirtmesi üzerine Munchausen sendromu düşünülerek hasta psikiyatriye yönlendirildi. Munchausen sendromu tanısı aldıktan sonra takiplere gelmeyen olgunun 3 yıl sonra ailesinden aldığımız bilgiye göre iki kez intihar girişiminde bulunduğu öğrenildi.

Olgu 9

On üç yıldır tip 1 diyabet tanısı ile izlemde olan onsekiz yaşında kız hasta son bir yıl içerisinde sürekli diyabetik ketoasidoz komasına girmesi nedeni ile araştırıldığında ilk komasında Çorum da ailesiyle yaşamak istemediğini, Ankara'da çalışan ablası ile yaşamak istediğini fakat babasının buna izin vermemesi nedeniyle sürekli insülin dozlarını at-

Tablo 2: Munchausen ve Munchausen by proxy sendromu tanısı alan 9 olgunun tanıdaki ve izlemdeki bulguları

Diyabet Tanı ve İzlem Verileri	Olgu 1 (M.A)	Olgu 2 (M.E.E)	Olgu 3 (B.T)	Olgu 4 (M.I)	Olgu 5 (B.N.Ö)	Olgu 6 (T.Y.K)	Olgu 7 (Y.Ü)	Olgu 8 (Y.B)	Olgu 9 (A.D)
Cinsiyet	Kız	Erkek	Erkek	Kız	Kız	Erkek	Kız	Kız	Kız
Yaş	13 yaş	11 yaş	9 yıl 10 ay	18 yaş	15 yaş 1 ay	16 yıl 11 ay	17	19 yaş	18
Diyabet Tipi	Tip 2	Tip 1	Tip 1	Tip 1	Tip 1	Tip 1	Tip 2	Tip 1	Tip 1
Süresi	1 ay	2 yıl	5 yıl	17 yıl	2,5 yıl	2,5 yıl	5 yıl	8 yıl	13 yıl
Tanı Şekli	Hiperglisemik	DKA	DKA	DKA	DKA	DKA	Hiperglisemik	DKA	DKA
Başvuru Şikayeti	Hipoglisemik	Tekrarlayan Hipoglisemik	Tekrarlı Hipoglisemik	Tekrarlı Hipoglisemik	Tekrarlı Hipoglisemik	Tekrarlı Hipoglisemik	Hipoglisemik	Tekrarlayan Hipo/hiperglisemik	Tekrarlayan Hiperglisemik
HbA1c (%)	8	7.8	13.8	15.4	7.7	15.4	11.2	10,1	13
Hipoglisemik atakta	34	22	31	38	14	15,4	30	54(müdahale sonrası)	0
İnsülin (mU/ml)	75	>300	>300	141	184,9		>300	?	0
C-peptid (ng/ml)	<0.5	<0.1	<0.1	<0.1	<0,05	<0,09	2.5	<0,5	<0.5
DKA(Diyabetik KetoAsidoz)						450			564
Kullandığı insülin dozu (Ü/kg/gün)	0.5	0.2	1	0.8	0,08	Kesilmiş	1.2	1,1	0.8
Diğer Tetkikler	ACTH, Kortizol, GH, Abdominal BT, Endoskopik USG=Normal	ACTH, Kortizol, GH, Prolaktin, EEG, Kranial MR Normal	ACTH, Kortizol, GH Normal	ACTH, Kortizol, GH Abd.USG Normal	ACTH, Kortizol, Amonyak, Pirüvat, Laktat, GH, Potasyum Normal	ACTH, Kortizol, GH Normal	ACTH, Kortizol, GH Normal	ACTH, Kortizol, GH Normal	Kan Ketonu+ HCO3(Z1)
Ek Psikiyatrik Tanı	Yok	0	0	Depresyon	0	0	Depresyon	Depresyon	0
Var Tedavi Yaşı				9 yaş			14 yaş	11 yaş	17 yaş

layarak ve meyve suyu içerek kendisini komaya soktuğunu ifade etti. Bir yıldır bu sayede ablasının yanında kaldığını hatta işe girdiğini fakat babasının tekrar geri dön dememesi için ara ara kendisini tekrar komaya soktuğunu belirtti. İkinci diyabetik ketoasidoz komasında ise annesini özlediğini, onu görmek ve ilgisini çekmek için yaptığını, üçün-

cü diyabetik ketoasidoz komasına ise çalıştığı işyerinden izin alamadığını izin almak için kendisini ketoasidoza soktuğunu belirtmesi üzerine Munchausen Sendromu tanısı olarak psikiyatriye yönlendirildi. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimize devam etmektedir.

Tablo 3: Munchausen ve Munchausen by proxy sendromu tanısı alan 9 olgunun tanıdaki ve izlemdeki bulguları

Sekonder Kazanç Ne?

- Olgu 1** Babasını kaybeden olgunun, halanın ilgisini çekmek ve yurtdışındaki ailesinden maddi yardım alabilmek için anneye ortak olarak insülin yaptığı anlaşıldı. Durumun saptanmasından sonra bir kez kontrole gelen hasta daha sonra takibi bıraktı.
- Olgu 2** Maddi yardım alabilmek için hastanın babasıyla birlikte sağlık personeli bilgisi dışında insülin kullandığı saptandı. Durumun saptanmasından sonra iki kez kontrole gelen hasta daha sonra takibi bıraktı.
- Olgu 3** Yaşam koşulları çok kötü olan ve evine gitmek istemeyen hastanın hastanede yatış süresini uzatmak amacıyla ve hipoglisemik dönemde daha fazla yiyebildiği için ailesinin ve sağlık personeli bilgisi dışında insülin kullandığı saptandı. Durumun saptanmasından sonra hasta takibi bıraktı.
- Olgu 4** Anne baba ayrı olması ve maddi sıkıntılar nedeni ile dikkat çekmek istediğini hatta hiperglisemikken daha mutsuz ve baş ağrısı olduğunu fakat hipoglisemikken daha mutlu ve sağlıklı olduğunu ayrıca anne baba ayrı olduğu için anneye birlikte babadan maddi destek almak için sağlık personeli bilgisi dışında fazla insülin yaptığı anlaşıldı. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimizde.
- Olgu 5** Okul başarı düzeyi yüksek olduğunu TEOG sınavında başarısız olmaktan çok korktuğunu kan şekerlerini düşürdüğünde başarısızlığına bir neden gösterebileceğini ayrıca diyetisyenin belirlediği kalori ile doymadığını rahat yiyelemek için gizli insülin yaptığı anlaşıldı. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimizde devam etmektedir.
- Olgu 6** Görüşmede diyabetli olduğu anlaşılmasını gizli insülin yaptığını insülinizken bile şekerim düşüyor algısı oluşturmak istediğini bu sayede dilediğini yiyebileceğini itiraf etti. Durumun saptanmasından sonra psikolog, psikiyatrist ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimizde devam etmektedir.
- Olgu 7** Yapılan görüşmede ailesinin dikkatini çekmek ve diyabet kontrolünü kötü göstererek eğitimini bırakmak için bunu yaptığını belirterek munchausen düşünüldü. Munchausen tanısından sonra birkaç kez kontrole gele hasta daha sonra kontrollere gelmedi.
- Olgu 8** Ailesinin ve erkek arkadaşının kaygılanmasından hoşlandığı için sürekli hipoglisemik atak geçirmek isteğini zaman zaman da ketoasidoz geliştirdiğini belirtmesi üzerine Munchausen düşünülerek psikiyatriye yönlendirildi. Munchausen tanısı aldıktan sonra takiplere gelmeyen olgunun 3 yıl sonra ailesinden aldığımız bilgiye göre iki kez intihar girişiminde bulunduğu anlaşıldı.
- Olgu 9** İlk komasında Çorum'da ailesiyle yaşamak istemediğini Ankara'da çalışan abla ile yaşamak istediğini fakat babasının buna izin vermediği için sürekli insülin atlayarak ve meyve suyu içerek kendisini komaya soktuğunu belirtti. Bir yıldır bu sayede ablanın yanında kaldığını hatta işe girdiğini fakat babasının tekrar geri dön dememesi için ara ara kendisini komaya soktuğunu belirtti. İkinci diyabetik ketoasidoz da annesini özlediğini, onu görmek ve ilgisini çekmek için yaptığı üçüncü diyabetik ketoasidoz da ise çalıştığı işyerinden izin alamadığını izin almak için kendisini ketoasidoza soktuğunu belirtmesi üzerine Munchausen Sendromu düşünüldü ve psikolog, psikiyatri ve adölesan bölümü işbirliği ile hasta halen takibimizde devam etmektedir.

Tartışma

Munchausen sendromu ilk kez 1951'de hastane hastane dolaşıp hastalık öyküleri uyduran ve kendilerine gereksiz yere çok sayıda medikal veya cerrahi girişimler uygulanmasına razı bir grup hastayı tanımlamak için kullanılmıştır. Benzer durumu çocuklarında oluşturan ebeveynler ise "Munchausenby Proxy sendromu" olarak tanımlanmıştır(Schreier 2004).Sendroma ismini veren Baron Karl vonMunchausen 18. yy.'da yaşamış, savaştan döndükten sonra arkadaşlarına, kahramanlıklarıyla ilgili öyküler anlatmaya başlamıştır. Öykülerinin doğru olmadığı ortaya çıkınca yalancılığıyla ünlenmiş eski bir süvari subayıdır. Bu nedenle yalan hastalık öyküleri anlatanları tanımlayan sendroma bu isim verilmiştir. Munchausen hastalarında hastaların öykülerigenellikle yalanlarla doludur (Asher 1951; Davis et al. 1998; Hancı2000; Mercer ve Perdue1993; Parrish ve Perman 2004; Rocha, 2004; Polat ve Dokgöz, 2007). Buhastaların çok sayıda hastanelere gittiği ve sağlık çalışanlarını aldattığı görülür. Tıbbi öykü uydurabilirler, yanlış isim ve laboratuvar sonuçları verebilirler. Çoğunlukla yapılan tetkiklerin sonuçlarını almazlar ve aynı tabloyu yineleyerek tekrar hastaneye başvururlar. En zeki gözlemcileri bile aldatabilirler. Bu hastalar sık olarak yaşamın erken dönemlerinde yoksunluk tanımlamaktadırlar (Davis et al. 1998; Hancı 2000;Polat ve Dokgöz, 2007; Robertson MM. 1997)

Munchausenbyproxy sendromu ise özel bir durumdur ve çocuk istismarı sayılmaktadır. ilk kez 1977'de Meadow tarafından tanımlanmıştır. Aile, çocukta bir hastalık varmış gibi hastalık üretmekte ve "hasta" çocuğu doktora götürmektedir. Burada daha çok anne baba sorun yaratmaktadır. Bildirilen pek çok vakada zehirlenme ve ilaç verme gibi ciddi durumlar söz konusudur(Davis et al. 1998; Polat ve Dokgöz, 2007; Rocha, 2004). En sık antikonvulsanlar ve opioidler (morfin türevleri) kullanıldığı saptanmıştır. Anne genellikle zeki ya da sağlıklı ilgili bilgisi bulunan, sevimli, işbirlikçi, sağlık personelinin iyi tıbbi bakımdan dolayı minnettar biri olarak tanımlanır(Davis et al. 1998). Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak güçtür. Narsistik frajilite (kendini beğenen, kırılgan) ve borderline

(sınırdaki) kişilik çok sıktır, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerek kişilik ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da bulunabilir (Hancı 2000; Meadow, 1982).

Bizim takibimizdeki 3 olgu (olgu 1,2,4) Munchausenby Proxy sendromu tanısı aldı. Bu 3 olgunun ikisinin annesinin ağır depresyon tanısı vardı. Kendi olgularımızın sorunları için psikiyatristlerin görüşü alındığında tanı koymanın zor olduğu fakat tetkik ve tedavi ile açıklanamayan durumlarda gözlemci olunması gerektiği vurgulanmıştır. Yine kişinin itirafı olmasa bile yaşantısında sorunlu dönemlerdehipoglisemik veya hiperglisemik atakların olduğu, sorunlar çözümlendiğinde bu atakların durduğu ve sağlık personelinin de munchausen düşündüğü durumlar da mutlak bir itirafın şart olmadığı vurgulandı. Tanı koymanın zorluğu bu ailelerin ve olguların iyi tıbbi bilgiye sahip olmaları ve yaptıklarını iyi kamufle etmelerinden kaynaklanmaktadır (Özbesler2010). Takibimizdeki olguların da diyabet bilgilerinin ileri düzey olduğu gözlemlenmiştir. Yine olgularımız incelendiğinde zeminde psikolojik sorunların ve ailesel yoksunlukların mevcut olduğu görüldü. Sorunlarla baş etme yöntemi geliştirmek yerine, hastalıklarını ikincil kazanç sağlamak için kullandıkları görüldü ki, bu şekilde Munchausen Sendromu tanısı aldılar. Bu nedenle diyabet merkezlerinde takipli çocuk ve gençlerin bu gözle de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu olgularda iyi bir öykü, dikkatli bir fizik muayene, iyi seçilmiş laboratuvar ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır.İstismar olgusuyla karşılaşan sağlık personeli tanıdan emin olmasa bile diğer birimlerden görüş alarak iyice araştırmalıdır (Hancı2000). İstismar olduğuna karar verilen olgularda mümkünse adli destek alınmalıdır. Munchausen Sendromu tanısı alan olguların psiko-sosyal yönlerinin, aile özelliklerinin ve çocuk üzerine etkilerin değerlendirilmesi, çocuğun korunması ve tedavisi sürecinde sosyal hizmet disiplininin de rol alması gerekmektedir (Özbesler 2010).

Munchausen sendromu'nun spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavi ve takipte üç ana hedef, morbidite ve mortalite riskini düşürmek, hasta kimliğinin altında yatan duygusal ihtiyaç ve psikiyatrik tanıları anlamak ve

yasal ve etik durumlar hususunda dikkatli olmaktadır (Kaplan 2007). Bu hastalarla uygun bir ilişki biçimi geliştirilmesi, reddedici ve yargılayıcı bir tutum yerine anlayışlı, hoşgörülü ve tarafsız bir tutum sergilenmelidir (İnal-Emiroglu ve Pekcanlar-Akay 2007). Uzun süreli izlemde destekleyici görüşmeler, bilişsel davranışçı terapi ve dinamik yönelimli psikoterapilerden yararlanım olduğu, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun tedavisinin de önem arz ettiği bildirilmiştir (Gattaz WF, ve ark., 2003).

Sonuç olarak; diyabetli hastalarda özellikle adolesan yaş grubunda yineleyen hipoglisemik veya diyabetik ketoasidoz ataklarının varlığında akla Munchausen ve Munchausen by Proxy sendromu gelmelidir (Aycan 2002). Bu konuda sağlık personelinin bilgilenebilmesi ve bu ihtimalin de akılda tutulması amacı ile olgular paylaşılmıştır.

Kaynaklar

1. Asher R. Munchausensyndrome. Lancet. 1951;1:339-41.
2. Aycan Z, Öcal G, Berberoğlu M, Adıyaman P, Evliyaoğlu O, Çetinkaya E. "Tip 1 Diyabet ve Hipoglisemi (Adolesan Dönemde Unutulmaması Gereken Bir Antite: Munchausen Sendromu)" Endokrinolojide Yönelişler, 2002 ;11(1):38-40
3. Davis, P. R. J. McClure, K. Rolfe, N. Chessman, S. Pearson, J.R. Sibert, R. Meadow (1998) "Procedures, Placement, and Risks of Further Abuse After Munchausen Syndrome by Proxy, Non-accidental Poisoning, and Non-accidental Suffocation". Archives of Disease Childhood. 78 : 217-221.
4. Gattaz WF, Dressing H, Hewer W, Nunes P. Münchhausen syndrome: diagnosis and management. Rev Assoc Med Bras. 2003 Apr-Jun;49(2):220-4
5. Hancı İ.H, Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. Toprak Ofset ve Matbaacılık, Genişletilmiş 2.baskı, İzmir,2000.
6. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). (2007). xv 1470 pp
7. F.Neslihan İnal-Emiroglu, Aynur Pekcanlar-Akay. Factitious Disorders in Children and Adolescents. Tepecik Eğitim Hast Derg. 2007; 17(3): 131-136).
8. Meadow, R. (1982) "Munchausen Syndrome by Proxy". Archives of Diseases in Childhood, 57, 92-98.
9. Mercer S.O., Jeanette D. Perdue (1993) "Munchausen Syndrome by Proxy: Social Work's Role." Social Work. Jan. 38.(1).
Özbesler C, Çoban İA, Ebeveyn Yoluyla Munchausen Sendromu Olgularında Sosyal Hizmetin Rolü, Aile ve Toplum Yılı: 11 Cilt: 6 Sayı: 22 Nisan-Mayıs-Haziran 2010 ISSN: 1303-0256
11. Parrish, Margarette, Jay Perman (2004) "Munchausen Syndrome by Proxy: Some Practice Implications for Social Workers" Child and Adolescent Social Work Journal. Vol. 2 21, No. 2 April. 137-154.
12. Polat, Oğuz, Halis Dokgöz (2007) "Munchausen Sendromu". Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, 1. Tanımlar. Seçkin Yayıncılık, (Ed.) Prof. Dr. Oğuz Polat. Ankara.
13. Robertson MM, Cervilla JA. Munchausen's syndrome. Br J Hosp Med. 1997;58(7):308-12.
14. Rocha, Devon (2004) "The Phenomena of Phantom Illness: A Discussion of Munchausen Syndrome by Proxy". Praxis. Fall. Vol. 4, 52-58.
15. Rosenberg D.A. (1987) "Web of Deceit: A literature Review of Munchausen Syndrome by Proxy". Child Abuse and Neglect. 11. 547-563.
16. Schreier H. Munchausen by Proxy. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2004;34:126-43
17. Senner, Anne, Mary Jane Ott (1989) "Munchausen Syndrome by Proxy". Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 12:5. 345-35.

İçimizden Biri: İyi Ki Varsınız



Diyabet eğitim polikliniğimize gelen her hastanın eğitim ihtiyaçları birbirinden farklıdır. Vereceğimiz eğitim hastanın beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamalıdır. O yüzden önce iyi dinleyici ve gözlemci olmalıyız. Hastaları dikkatli dinlemenin önemli olduğunu yaşadığım bir olay ile size de aktarmak istedim.

45 yaşında 10 yıldır DM olan ve 1 yıldır insülin kullanan EÇ isimli erkek hasta kan şekeri yüksek gittiği için hastanemiz endokrin polikliniğine müracaat eder. Evde kan şekeri ölçümleri ile yapılan HA1C testi (14) uyumsuzdur. Endokrin uzmanımız kan şekeri ölçümü eğitimi verilmek üzere hastayı polikliniğimize yönlendirir.

Hastaya kan şekeri ölçümü eğitimini verdikten sonra insülini doğru yapıp yapmadığını kontrol etmek istedim. Bana insülini nasıl kullandığını anlatır mısın? diye sordum. Hasta insülini doğru muhafaza ediyor, uygulama tekniği doğru, uyguladığı bölgeleri doğru söylüyordu ancak karın

bölgesini söylerken göbekten yapıyorum demesi dikkatimi çekti. Karın bölgenizde nelerle insülin yapıyorsunuz görebilir miyim? diye sorduğumda hasta göbek deliğine uyguladığını gösterdi. Hatta bazen insülini yaptığımda hepsi dışarı akıyor dedi. O anda o kadar üzuldüm ki anlatamam. Neden böyle yaptığını sorduğumda ise eczane- den ilacı alırken kollarından, göbeğinden bacaklarından yapabilirsin dediler diye böyle yaptığını söyledi. Bir insan tedavi olabilmek için kendisine enjeksiyon yapıyor ama doğru bilgilendirilmediği için yeterli faydayı göremiyordu. Hastaya bir buçuk saat süren diyabet eğitimi verdim hasta memnun olarak ayrıldı. Ayrılmadan öncede bana iyi ki varsınız hocam sizi buraya kim getirdiyse Allah hepsinden razı olsun dedi. Bir kez daha iyi ki diyabet hemşiresiyim dedim kendi kendime.

Hastaya sadece kan şekeri ölçümünü anlatıp gönderseydim hasta zaten memnun ayrılacaktı ama insülinlerini yanlış bölgeye yapmaya devam edecekti.

Bizler hastalara eğitim verirken sadece o anı kurtarmamalıyız. Hastayı bütün yönleri ile değerlendirmemiz gerekiyor. Bize bu bilinci yerleştirdiğiniz için teşekkür ederim.

Hemşire olmayı seviyorum ama diyabet hemşiresi olmayı daha çokook seviyorum.

Hülya DOĞAN

Diyabet Eğitim Hemşiresi