

Editörden

Değerli Okuyucularımız,

Diyabet Obezite ve Hipertansiyon'da Hemşirelik dergimizin sekizinci yılının ikinci 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.

Yrd. Doç. Dr. Bahar Vardar İnkaya, Yrd. Doç. Dr. Özlem Bulantekin Düzalan, Yrd. Doç. Dr. Nurhan Özpancar "Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabulün Özbakım Aktivitelerine Etkisi" konulu konulu araştırma makalesini meslektaşları paylaşmışlardır. Arş. Gör. Ezgi Dirgar bugüne kadar ele alınmamış bir konu olan "Palyatif Bakımda Diyabet Yönetimi" konulu derleme makalesiyle konuya dikkat çekmiştir. Uzm. Hemşire Funda Sofulu ve Doç. Dr. Elif Ünsal Avdal "Tip 2 Diyabette Aile Desteği ve Aile Çatışmasının Özyönetim Sürecine Etkisi" konusu güncel literatür bilgileri doğrultusunda ele alınmıştır. Prof. Dr. Nimet Owayolu ve Doç. Dr. Özlem Owayolu diyabette nefropatiye gidişatı önlemeye yönelik "Diyabetik Hastalarda Böbrek Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü" konulu derleme makalesini meslektaşlarımızla paylaşmıştır. Yrd. Doç. Dr. Mehtap Kavurmacı, Prof. Dr. Mehtap Tan, Yrd. Doç. Dr. Ali Erdal Güneş "Diyabetik Ayak Tedavisinde Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Yara İyileşmesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu araştırma sonuçlarını bizimle paylaşmışlardır. Yrd. Doç. Dr. Kevser Sevgi Ünal ve Öğr. Gör. Seval Ağaçdiken Alkan "Holistik Bakımda Refleksoloji" konusunun önemini vurgulamışlardır. Yrd. Doç. Dr. Sevgin Samancıoğlu, Uzm. Hemşire Esra Keşer "Obez Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Kullanılması" konulu makalesinde obezite yönetiminde bir rehber kullanılmasının önemini vurgulamışlardır. Uzm. Hemşire Gülay Gülşen "İnsülin Kullanan Erişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Süreçlerindeki Deneyimleri" konulu niteliksel araştırma sonuçlarını meslektaşlarıyla paylaşmıştır. Uzm. Hemşire Hanife Akman'ın "Erişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlgili Duyguları ve Deneyimlerini Niteliksel Araştırma" makalesi olarak yer almıştır. Hemşire Ayşe Şimşek ve Doç. Dr. Sibel Karaca Sivrikaya "Obezite ve Stigma" konulu makalesi ile toplumsal bir sorunun önemine dikkat çekmiştir. Araş. Gör. Duygu Kes "Hipertansif Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumunu Artıran Girişimler" konusunda sistematik derleme makalesini meslektaşlarımızla paylaşmıştır. Uzm. Hemşire Nurdan Yıldırım, Uzm. Dr. Melikşah Keskin, Uzm. Dr. Elvan Bayramoğlu, Uzm. Dr. Erdal Kurnaz, Doç. Dr. Semra Çetinkaya, Prof. Dr. Zehra Aycan, Hemşire Nimet Barna, Hemşire Gülay Sağlam, Hemşire Hasivet Karabil, Ebe Ebru Ercanlı Ağdaş "Tip 1 Diyabetli hastaların Doğru Bildiği Yanlışlar" konusunda araştırma sonuçlarını bizlerle paylaşmışlardır. Ve Tip 1 diyabetli bir çocuğumuzdan gelen bir mektup kendi duygularını ifade ederken birçok diyabetli çocuğun duygularını da dile getirmektedir.

Tüm yazarlarımıza ve bu sayının hazırlanmasında emeği geçen danışma kurulu üyelerine teşekkürü bir borç biliyoruz. Gelecek sayılarımızda da sizlerden gelecek farklı değerlendirmeler ve araştırmalarla yeniden birlikte olmak üzere sağlıklıca 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 2

Temmuz - Aralık 2016

İçindekiler

- Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabulün Özbakım Aktivitelerine Etkisi**
Yrd. Doç. Dr. Bahar VARDAR İNKAYA,
Yrd. Doç. Dr. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN
Yrd. Doç. Dr. Nurhan ÖZPANCAR
- Palyatif Bakımda Diyabet Yönetimi**
Arş. Gör. Ezgi DİRGAR, Prof. Dr. Nermin OLGUN
- Tıp 2 Diyabette Aile Desteği ve Aile Çatışmasının Özyönetim Sürecine Etkisi**
Uzm. Hemş. Funda SOFULU, Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
- Diyabetik Hastalarda Böbrek Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü**
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU, Doç. Dr. Özlem OVAYOLU
- Diyabetik Ayak Tedavisinde Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Yara İyileşmesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**
Yrd. Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI, Prof. Dr. Mehtap TAN
Yrd. Doç. Dr. Ali Erdal GÜNEŞ
- Holistik Bakımda "Refleksoloji"**
Yard. Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL, Öğr. Gör. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN
- Bir Rehber: Obez Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Kullanılması**
Yard. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU, Uzm. Hemş. Esra KEŞER
- İnsülin Kullanan Erişkin Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Süreçlerindeki Deneyimleri**
Uzm. Hemş. Gülay GÜLŞEN, Prof. Dr. Nermin OLGUN
- Erişkin Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlişkili Duyguları ve Deneyimleri/Niteliksel Araştırma**
Uzm. Hemş. Hanife AKMAN, Prof. Dr. Nermin OLGUN
- Obezite ve Stigma**
Hemş. Ayşe ŞİMŞEK, Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
- Hipertansif Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumunu Artıran Girişimler: Sistemik Derleme**
Arş. Gör. Duygu KES, Prof. Dr. Nermin OLGUN
- Tıp 1 Diyabetli Hastaların Doğru Bildiği Yanlılar**
Uzm. Hemş. Nurdan YILDIRIM, Uzm. Dr. Melikşah KESKİN
Uzm. Dr. Elvan BAYRAMOĞLU, Uzm. Dr. Erdal KURNAZ
Doç. Dr. Semra ÇETİNKAYA, Prof. Dr. Zehra AYCAN, Hemş. Nimet BERNA
Hemş. Gülay SAĞLAM, Hemş. Hasivet KARABİL, Ebe Ebru ERCANLI AĞDAŞ
- Çocuklar Diyabeti Anlatıyor**

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
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi /ANKARA
Prof. Dr. Hediyeye ARSLAN ÖZKAN
Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL
Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi /ANKARA
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ
Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/AYDIN
Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı/İSTANBUL
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKVÜZ
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı/MANİSA
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 Sağlık Bilimleri Fakültesi
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. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL
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
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi/New York
Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU
Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/SİVAS
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
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 Sağlık Yönetimi Bölümü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı/İSTANBUL
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL
Doç. Dr. Aysel BADİR
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İSTANBUL
Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR
Doç. Dr. Sevgi KIZILCI
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi/İZMİR
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 Eğitim
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) Yazılarnın 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 tipi, 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 yapılmalıdır. 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 virgül kullanılmamalıdır. 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 virgül 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.

Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabulün Özbakım Aktivitelerine Etkisi

Yrd. Doç. Dr. Bahar VARDAR İNKAYA¹, Yrd. Doç. Dr. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN²
Yrd. Doç. Dr. Nurhan ÖZPANCAR³

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ANKARA.

²Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ÇANKIRI

³Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, TEKİRDAĞ

Özet

Giriş: Hastalığın kabul edilmesi, bireyin, bedeni üzerinde var olan duruma ilişkin negatif duygularında azalma sağlar ve özbakım aktivitelerinde artmaya neden olur. Bu çalışma diyabetli bireylerde hastalığı kabulün özbakım aktivitelerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı ve yapıldı.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 127 diyabetli birey oluşturdu. Veriler; sosyo-demografik özellikler formu, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi ile toplandı.

Bulgular: Hastalığı kabul ölçeğinin sosyodemografik özelliklere göre ilişkisi incelendiğinde ilk tanı alındığında hastaneye yatanların puanı, hastaneye yatmayanlara göre anlamlı derecede düşük ve eğitim düzeyi arttıkça hastalığı kabul düzeyinin arttığı görüldü. Diyabet özbakım aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde bir işte çalışanların, çalışmayanlara göre genel diyet puanlarının anlamlı derecede düşük, ilk tanı alındığında hastaneye yatanların, yatmayanlara göre kan şekeri testi puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Evde kan şekeri ölçümü yapanların kan şekeri testi puanı ölçüm yapmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sonuç: Diyabet hastalığında, hastalığı kabul ile eğitim düzeyi arasında pozitif ilişki bulundu. Özbakım aktiviteleri ölçeği alt boyutları ile bazı sosyodemografik veriler arasında ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Diyabet, Özbakım, Hastalığı kabul.

Summary

The Effect of Acceptance of the Illness on Self-care Activities of the Patients.

Background and objective: Acceptance of the illness results in a decrease in negative feelings of patients about their body and brings about an increase in self-care activities. This study aims to determine the effect of acceptance of the illness on self-care activities of the patients.

Methods: The study has a descriptive and cross sectional design. The sample of

the study consists of 127 volunteer patients with diabetes. The data were gathered using socio-demographic profile form, the acceptance of the illness scale and self-care activities for diabetes questionnaire.

Results: When acceptance of illness scale was analyzed in relation to socio-demographic features, it was observed that the figures of the in-patients after the first diagnosis were significantly low compared with the out-patients and the acceptance of the illness increases along with the educational level. Analyzing the relationship between the socio-demographic variables and the subdivisions of the questionnaire of self-care activities for diabetes, it was discovered that the test figures of working people were meaningfully lower than non-working people. Secondly, blood glucose test score of in-patients after the first diagnosis was found to be higher than that of outpatients which was proved to be statistically meaningful. Furthermore, the test scores of the patients self-monitoring the blood glucose at home were found to be higher and statistically meaningful than the ones who do not.

Conclusion: The result of the study shows that regarding diabetes there is a positive relationship between the acceptance of the illness and education level. It was also found that there is a correlation between the subdivisions of the questionnaire for self-care activities and some socio-demographic data.

Key Words: Diabetes, Self-care, Acceptance of disease.

Giriş ve Amaç

Kabul etme; bir insanı, bir olayı, bir olguyu, bütün özelliklerini ayırmadan, reddetmeden ve sıkıntı yaratmadan, memnuniyetle veya gönüllü olarak kabul etmek olarak tanımlanmaktadır (Büyükkaya- Besen &Esen, 2011; Stuijbergen A, Becker H, Blozis S, Beal C. 2008). Kabul etmek, bireyin sağlığını; sınırlılıklara, engellere ve bozukluklara rağmen üst düzeyde tutabilmesini ve karşılaştığı durumla baş edebilmesini ve dolayısıyla yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlar (Carpenter, 2005; Moulton, 1984; Newbould, Taylor, Bury 2006).

Öz bakım; Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı'nın ana kavramlarından biridir. "Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumu-

nu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler" olarak tanımlanır. Öz bakım bireyin kendi sağlığı için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Öz bakım hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir ve öz bakım etkinlikleri sürekliliği olan kararlarla ve güdülenme ile gerçekleştirilir. Öz bakım gücü bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlayan, bireyin karmaşık ve kazanılmış, yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir (Orem, 1991; Velioğlu, 1999).

Hastalık gibi olumsuz bir durum bireylerin yaşamına girdiğinde, kabul etmek büyük bir sorun olarak görülebilir. Çünkü hastalıklar bireyin yaşamına aniden girer, kronik bir hal aldıklarında yaşam boyu devam eder; kendiliğinden düzelmez, bireyin fonksiyonlarını yerine getirme durumunu tehdit eder, iyileşme ve alevlenme dönemleriyle bireyin yaşamına kısıtlılıklar getirebilir. Hastanın hastalığını kabul etmesi, öz bakım uygulamaları ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri yaparak hastalığın kontrolünün sağlanmasında ciddi bir öneme sahiptir. Hastalığın kabul edilmesi, bireyin, bedeni üzerinde var olan duruma ilişkin negatif duygularında azalma, sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarında ise artma olmasını sağlar. Hastalığı kabul etmemek ise, hastalığın getirdiği sınırlamalara boyun eğme ile sonuçlanır ve bağımlılık duygusunda artma, öz yeterlikte, öz saygı duygusunda azalmaya ve öz bakım aktivitelerini yerine getirememeye neden olur (Büyükkaya-Besen & Eser, 2011; Garay-Sevilla, Malacara, Gutierrez-Ro, Gonzalez 1999; Hornsten, Sandstrom, Lundman 2004; Lewko, Politynska, Kochanowicz, 2007; Livneh & Antonak, 2005; Kralik, Brown, Koch 2001; Madhu & Sridgar, 2001). Bu noktadan yola çıkarak; bu çalışma diyabetli bireylerde hastalığı kabulün öz bakım aktivitelerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Mart 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma

Merkezi'nde yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde en az 1 yıldır Tip 2 diyabet tedavisi alan, konuşma-duyma-görme engeli olmayan, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18 yaş ve üzeri erişkin bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise; katılım için gönüllü olan ve anketi eksiksiz olarak dolduran 127 diyabetli birey oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Veriler sosyo-demografik özellikler formu, Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale-AIS) ve Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire- SDSCA) ile toplandı.

Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale-AIS)

Hastalığı Kabul Ölçeği (AIS) Felton ve Revenson tarafından Amerika'da 1984 yılında geliştirilmiştir. Hastalığı Kabul Ölçeği, Linkowski'nin Hastalık Etki Ölçeği'nden (Sickness Impact Scale) alıntıdır; Geçerlik ve güvenilirliği, hipertansiyon, diyabet, romatoid artrit ve kanser hastalarında yapılan ölçeğin Chronbach alpha değeri 0.83'tür. Hastalığı Kabul Ölçeği, hasta bireyin hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılır. Ölçeğin bütün alanları, hastalık nedeni ile olan özel zorlukları ve sınırlılıkları içerir. Hastalık nedeniyle yaşama dayatılan öz yeterlilik eksikliği, diğer kişilere bağımlılık duygusu ve öz saygıda azalma gibi sınırlılıkları, negatif duyguları ve bu duygulara rağmen değerlilik ve kabul edici duyguları değerlendirmektedir. Hastalığı Kabul Ölçeği sekiz maddeden ve her bir madde beş puandan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 8 en yüksek 40 puan alınabilir ve hastalığı kabul düzeyinin genel ölçümü olarak kabul edilir. Likert tipi olan ölçek 5 puanlı katılma-katılmama durumuna göre oranlanır. Ölçekte tanımlanan ifadeler katılma durumu (puan 1) düşük puan ile değerlendirilir ve kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade eder. Tanımlanan ifadeler katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puanla değerlendirilir ve yüksek puan hastalık durumunu kabulün kanıtıdır ve hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını, hastalığı kabu-

lun varlığını ifade eder.

Hastalığı kabulün yüksek oluşu, uyumu ve fiziksel rahatsızlığın az hissedilmesini gösterir. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın getirdiği negatif duyguların ve olumsuz tepkilerin azlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Büyükkaya-Esen tarafından 2009 yılında yapılmış olup Cronbach alpha değeri 0.79 olarak bulunmuştur.

Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire- SDSCA)

Toobert ve Glaskow (1994) tarafından geliştirilen 'Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketinin (DÖBA) yeniden düzenlenen şekli kullanılmıştır. Diyabet Özbakım Aktiviteleri anketinin uzun yıllardır çok yaygın olarak kullanılan formunun alt boyutlarının geçerlilik ve güvenilirlik değerlerini rapor eden pek çok çalışma bulunmaktadır. Ölçek 2000 yılında Toobert ve arkadaşları tarafından bu ölçeğin kullanıldığı yedi büyük çalışmanın bulguları dikkate alınarak yeniden düzenlenmiş ve daha önce bu kapsamda sorgulanmayan ayak bakımı ve sigara ile ilgili maddelerde eklenerek kapsamı genişletilmiştir. Araştırmacılara ve klinisyenlere puanlama kolaylığı sağlayan ve kullanılmış en geçerli maddeleri içeren bu yeni 11 maddelik formun kullanılması ve bu şeklinin geçerlik ve güvenilirliğinin kanıtlanması için çalışması önerisinde bulunulmuştur. Bu araç ile hastaya; diyet, egzersiz, kan şekeri testi, ayak bakımı ve sigara başlıkları altında yer alan özbakım aktivitelerini son 7 gün içinde kaç gün gerçekleştirdiği (gün/hafta) sorulmaktadır. Yanıtlar bir sayı doğrusu üzerinde gün olarak (0-7 arasında) işaretlenmekte, sadece sigara içimini sorgulayan 11. madde 0- içmiyorum, 1- içiyorum (içilen sigara miktarı/adet) şeklinde belirtilmektedir.

Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı puanlanmakta ve bağımsız olarak kullanılabilir. Buna göre;

Diyet: ilk 4 madde beslenme uygulamalarına ilişkin durumu belirlemek için kullanılır.

1. ve 2. maddenin toplamının ortalaması genel diyet puanını, 4. madde ters puanlamak koşulu ile 3. ve 4. maddenin toplamının ortalaması ise önerilen özel diyet puanını oluşturur. Tüm maddelerin toplamının ortalaması ise "diyet puanını" oluşturur.

Egzersiz: 5. ve 6. maddenin toplam puan ortalaması

"egzersiz puanını" oluşturur.

Kan şekeri Testi: 7. ve 8. maddenin toplam puan ortalaması "kan şekeri testi puanını" oluşturur.

Ayak Bakımı: 9. ve 10. maddenin toplam puan ortalaması "ayak bakımı puanını" oluşturur.

Sigara içme Durumu: 11. madde sigara içme durumunu (0= içmiyor, 1= içiyor) ve günde içilen sigara sayısını gösterir.

Sigara içmeyi sorgulayan 11. madde dışındaki bölümlerde puanın yüksek olması beklenir. Puanın yüksekliği o özbakım aktivitesinin daha fazla gerçekleştirildiğini gösterir.

Ölçeği geliştiren ve yeniden düzenleyen araştırmacılar yeni form ile (gün /hafta seklinde) elde edilecek verilerin, daha önceki çalışmalardan elde edilmiş olan bulgularla (100 puan üzerinden) doğrudan karşılaştıramayacağını ancak dönüştürme işlemi yapıldıktan sonra elde edilecek sayıların kıyaslamaya olanak vereceğini belirtmiştir. Türkiye'de Gülhan Coşansu (2009) tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucuna göre; alt boyutlarının cronbach alpha katsayıları Diyet .59, Egzersiz .70, Kan Şeker testi .94 ve Ayak Bakımı .77 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar Türk diyabetlilerde aracın geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada; verilerin analizi için SPSS versiyon 20 istatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama ve standart sapma; analitik istatistiklerden ki-kare, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak

$p < 0.05$ kabul edildi.

Çalışmanın Etik Yönü

Çalışma için etik kurul izni ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden uygulama izni alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bir il'deki (Tekirdağ) bir hastanede yapılması, bu nedenle de sonuçların genellenememesi bu çalışmanın en önemli sınırlılığdır.

Bulgular

Çalışmaya katılanların %79.9'u kadın, %81.1'i evli, %69.6'sı ilkokul mezunu, %81.1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. %96.9'unun sosyal güvencesi vardır. %74.8'inin gelir-gider durumu eşit, %40.2'si eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır.

Diyabetli bireylerin; %87.4'ü ilk tanı aldığı anda hastaneye yatmamış, %69.3'ünün ailesinde ya da yakın akrabalarında diyabet tanısı vardır. Araştırmaya katılanların; %41.7'si OAD kullanmakta, %76.4'ü evde kan şekeri ölçümü yapmaktadır. Büyük çoğunluğu (%81.9) diyabete yönelik eğitim almamış ve %58.3'ünde diyabete ait komplikasyon olup, %65.7'sinde hipertansiyon ortaya çıkmıştır. Ayrıca %70.9'unun diyabetten başka bir kronik hastalığı daha bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %81.1'i son yedi gün içinde sigara içmemiştir.

Hastaların açlık kan şekeri ortalaması 146.12 ± 59.41 , tokluk kan şekeri 211.9 ± 88.32 , ve HbA1c değeri 7.68 ± 1.93 olarak bulundu. Hastalığı kabul ölçeği ortalama puanı 27.8 ± 7.07 , genel diyet puanı 3.78 ± 2.45 , özel diyet puanı 3.59 ± 1.55 , diyet puanı 3.69 ± 1.46 , egzersiz puanı 2.19 ± 2.51 , kan şekeri testi puanı 3.1 ± 2.7 , ayak bakım puanı 3.56 ± 2.77 'dir (Tablo 1).

Hastalığı kabul ölçeğinin sosyodemografik özelliklere göre ilişkisi incelendiğinde ilk tanı alındığında hastaneye yatanların puanı, hastaneye yatmayanlara göre anlamlı derecede düşük ($p < 0.05$), okuryazar olanların hastalığı kabul ölçeği puanları ilkokul ve üniversite mezunu olanlara göre; ortaokul mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p < 0.05$) (Tablo2).

Tablo 1. Ölçek puanlarına ilişkin dağılım tablosu

Ölçek	n	$\bar{X} \pm Sd$	Min-Max
Hastalığı Kabul			
Ölçeği Puanı	127	27.8 ± 7.07	10-40
Genel Diyet Puanı	127	3.78 ± 2.45	0-7
Özel Diyet Puanı	127	3.59 ± 1.55	0-7
Diyet Puanı	127	3.69 ± 1.46	0-7
Egzersiz Puanı	127	2.19 ± 2.51	0-7
Kan Şeker Testi Puanı	127	3.1 ± 2.70	0-7
Ayak Bakımı Puanı	127	3.56 ± 2.77	0-7

Tablo 2: Hastalığı kabul ölçek puanı ve bazı tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki

Tanıtıcı Özellikler	Hastalığı Kabul Ölçek Puanı $\bar{X}\pm Sd$	İstatistik
Eğitim Durumu		
Okuryazar	22.92±7.51	H=10.452 p=0.03*
İlkokul	28.6±6.78	
Ortaokul	25±7.67	
Lise	28.07±7.35	
Üniversite	31.1±4.2	
İlk Tanıda Hastaneye Yatma Durumu		
Evet	23.88±7.65	z=-2.194
Hayır	28.37±6.83	p=0.02*

Diyabet özbakım aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde bir işte çalışanların, çalışmayanlara göre genel diyet puanlarının anlamlı derecede düşük, ilk tanı alındığında hastaneye yatanların, yatmayanlara göre kan şekeri testi puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı, evde kan şekeri ölçümü yapanların kan şekeri testi puanı ölçüm yapmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05), diyabete yönelik komplikasyon gelişenlerin gelişmeyenlere göre ayak bakım puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı (p<0.05) bulunmuştur. Ayrıca yaş arttıkça ayak bakım puanı azalmakta ve aralarında ters yönlü negatif bir ilişki (r=-0.18, p<0.05) bulunmaktadır. İçilen sigara sayısı arttıkça ayak bakımı puanı azalmakta ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (r=-0.46, p<0.05) (Tablo 3).

Diyabet özbakım aktiviteleri ölçeği alt boyutu genel di-

Tablo 3: Diyabet özbakım aktiviteleri alt boyut ölçek puanları ve bazı tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki

Tanıtıcı Özellikler	Genel Diyet Puanı $\bar{X}\pm Sd$	Kan şekeri Testi Puanı $\bar{X}\pm Sd$	Ayak Bakım Puanı $\bar{X}\pm Sd$
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	2.92±2.26	3.63±2.87	4.15±2.59
Çalışmıyor	3.99±2.46	2.98±2.66	3.42±2.81
	z=-1.986 p=0.04*	z=-1.007 p=.31	z=-1.102 p=.27
İlk tanıda hastanede yatma durumu			
Evet	3.63±2.55	4.22±2.28	3.53±2.84
Hayır	3.81±2.45	2.94±2.73	3.56±2.78
	z=-0.179 p=.85	z=-2.118 p=0.03*	z=-0.078 p=.93
Evde kan şekeri ölçme			
Evet	3.94±2.33	3.87±2.5	3.61±2.72
Hayır	3.28±2.79	0.62±1.66	3.4±2.98
	z=-1.199 p=.23	z=-6.516 p=0.00*	z=-0.586 p=.55
Diyabete yönelik eğitim alma			
Evet	4.39±1.95	4.8±2.67	4.41±2.6
Hayır	3.65±2.54	2.72±2.57	3.37±2.79
	z=-1.196 p=.23	z=-3.294 p=0.00*	z=-1.578 p=.11
Diyabete ait komplikasyon gelişti mi?			
Evet	3.7±2.24	3.3±2.67	3.19±2.66
Hayır	3.91±2.74	2.82±2.75	4.08±2.87
	z=-0.717 p=.47	z=-1.073 p=.28	z=-1.831 p=0.04*

yet puanı ile egzersiz puanı arasında güçlü olmamakla birlikte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.19$, $p<0.05$). Genel diyet puanı arttıkça egzersiz puanı da artmaktadır.

Kan şekeri testi ile ayak bakım puanı arasında güçlü olmamakla birlikte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=.18$, $p<0.05$). Kan şekeri puanı arttıkça ayak bakım puanı da artmaktadır.

Tartışma

Bu araştırmada hastalığı kabul ölçeği ortalama puanı 27.8 ± 7.07 , genel diyet puanı 3.78 ± 2.45 , özel diyet puanı 3.59 ± 1.55 , diyet puanı 3.69 ± 1.46 , egzersiz puanı 2.19 ± 2.51 , kan şekeri testi puanı 3.1 ± 2.7 , ayak bakım puanı 3.56 ± 2.77 olarak bulundu (Tablo 1).

Eğitim düzeylerine göre bakıldığında; okuryazar olanların hastalığı kabul ölçeği puanları, ilkokul ve üniversite mezunu olanlara göre; ortaokul mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu (Tablo 2). Hastalığı kabul etmenin, hastalığın kontrolü üzerindeki önemi de tartışılmazdır. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan diyabetli hastaların, hastalığı kabul düzeyinin de yüksek olduğu görülmüştür (Gregg, Callaghan, Hayes, Lawson 2007). Bien, Rzonca, Kanczugowska, Iwanowicz-Palus'un (2016) gebe diyabetli kadınlar ile yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan grupta hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğu, yaşam kalitesi puanlarının da bu duruma paralel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yine kronik obstrüktif akciğer hastaları ile yapılan bir başka çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların, hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastalığı kabul düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin de daha iyi olduğu belirlenmiştir (Polanska, Kasprzyk, Chudiak, Uchmanowicz 2016). Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

İlk tanı alındığında hastaneye yatanların HKÖ puanı, hastaneye yatmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. İlk tanı alındığında hastaneye yatma ve birdenbire yeni ve hoş olmayan bir duruma düşme nedeni ile hastaların hastalıklarını kabullenemedikleri, bu nedenle HKÖ puanının düşük olduğu söylenebilir ve bu aslında beklendik bir durumdur. Kötü klinik sonuçlar negatif emosyonel deneyimlere neden olmakta, bu durum has-

talığı kabulü de olumsuz etkilemektedir (Palmer et al., 2013). Ayrıca Chiang, Livneh, Yen ve Tsai'nin (2015) çalışmasına göre kötü klinik sonuçlar ile hastalığı kabul düzeyinin düşük olması arasında ilişki vardır. Bu nedenle hastaların psikososyal izlemlerinin yapılmasının oldukça önemli olduğu belirtilmiştir. Sonuçlar bu bakımdan benzerdir.

Diyabet özbakım aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde çalışanların, çalışmayanlara göre genel diyet puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo 3). Diyabetik hastaların çalışma ortamı ve şartlarında diyabete yönelik olarak yeterli alternatif bulamamaları ve öğün saatlerinin sürekli aksaması bu durumun nedeni olarak düşünülebilir. Sonuçta diyabeti olan kişilerin 3 ara 3 ana öğünle belli saatlerde dengeli bir beslenme programları olması gerektiği şüphesizdir. (<http://www.ndei.org/ADA-nutrition-guidelines-2013.aspx>).

İlk tanı alındığında hastaneye yatanların, yatmayanlara göre kan şekeri testi puanı daha yüksek bulundu. Bu durum ilk tanı alındığında hastaneye yatan hastaların yaşanan şoka rağmen takibe alınması ve onlara eğitim verilmesi nedeni ile kan şekeri izleminin önemini kavramış olmalarıyla açıklanabilir.

Evde kan şekeri ölçümü yapanların kan şekeri testi puanlarının, ölçüm yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Karakurt, Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın (2013) yaptığı çalışmada düzenli kan şekeri ölçümü yapan hastaların özbakım puanları daha yüksek bulunmuştur. Düzenli kan şekeri ölçümü yapma sonuç olarak hastalığı kabul ve özbakım uygulamasının bir göstergesidir. Ünsal ve Kızılcı'nın (2009) yaptığı çalışmada kan glikoz kontrolü için diyabet eğitiminin önemli olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada düşük kan şekeri testi puanı alan hastaların daha yüksek nefropati ve nöropati düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Mehravar et al. 2016). Diyabetli bireyin HbA1c düzeyinin kontrolü için eğitimin önemli olduğu bulunmuştur. ADA (2008) diyabet hakkında yeterli bilgisi olan hastaların hareket, beslenme ve ilaç tedavisini yönetebildiğini yani özbakımlarını sağlayabildiğini ifade etmiştir. Çalışma sonuçlarımız bu açılarından benzerlik göstermektedir.

Diyabete yönelik komplikasyon gelişenlerin gelişmelerine göre ayak bakım puanları daha yüksek ve istatis-

tiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 3). Literatüre göre hastalara ek olarak eğitim vermek, bilgi düzeyinin artmasına, ayak özbakım davranışlarının oluşmasına ve ayakla ilgili komplikasyonların azalmasını sağlamaktadır (Matricciani ve Jones 2015). Bilgi eksikliği ayak özbakım uygulamalarının yetersiz olmasına neden olmaktadır (Harvey ve Lawson 2009). Bizim çalışmamızda komplikasyonu olan hastaların ayak bakım puanlarının daha yüksek olmasının nedeni olarak; komplikasyonların uzun yıllar içinde gelişmesi ve bu sürede hastaların bilgi düzeylerinin artmış olması düşünülebilir.

Ayrıca yaş arttıkça ayak bakım puanı azalmakta ve aralarında ters yönlü negatif bir ilişki ($r=-.18$, $p<0.05$) bulunmaktadır. Yaşlı diyabetli bireylerde dolaşım problemleri, duyu kaybı, cilt kuruluğu, tırnak batması, mantar gibi nedenlerle diyabetik ayak daha çok görülmekte ancak yine de yeterli ayak bakımı yapılmamaktadır (Haas, 2014). Bununla birlikte yaş arttıkça hastaların özbakım aktivitelerinden biri olan ayak bakımını, görme kaybı, yalnızlık gibi nedenlerle yapmakta zorlanması ve bunun sonucunda da etkin ayak bakımı yapamaması çıkan bu sonuçun nedeni olarak açıklanabilir.

İçilen sigara sayısı arttıkça ayak bakımı puanı azalmakta ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.46$, $p<0.05$). Düzöz, Çatalkaya ve Uysal'ın (2009) çalışmasında sigara kullanmayan hastaların özbakım puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da içilen sigara sayısı arttıkça bir özbakım aktivitesi olan ayak bakım puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Diyabet özbakım aktiviteleri ölçeği alt boyutu genel diyet puanı ile egzersiz puanı arasında güçlü olmamakla birlikte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=.19$, $p<0.05$). Genel diyet puanı arttıkça egzersiz puanı da artmaktadır. Bu sonuçta, benzer şekilde hastalığını kabul etmiş ve özbakım aktivitelerini yerine getiren diyabetli bireylerin bir yaşam şekli olarak yorumlanabilir. Bien ve ark. (2016) yaptığı çalışmada; sadece diyetle tedavi edilen gebe diyabetlilerin yaşam kalitelerinin insülin-diyetle tedavi edilen hastalardan daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu durumda diyetle regüle olan diyabetle hastalığa uyumun arttığını ve özbakım davranışlarının da daha pozitif olduğu sonucuna varılabilir.

Kan şekeri testi ile ayak bakım puanı arasında güçlü ol-

mamakla birlikte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=.18$, $p<0.05$). Kan şekeri puanı arttıkça ayak bakım puanı da artmaktadır. Bu sonuç beklenilen bir durumdur. Hastaların kan şekeri alt boyutundan yüksek puan almaları, kan şekeri kontrolünün iyi olduğunu göstermekte, bu durumda uzun vadede nöropati oluşmasını önlemekte/geciktirmekte yani diyabetik ayak oluşumunu engellemektedir (Neder ve Nadash 2003). Mehraavar ve ark. (2016) yaptığı çalışmada kan şekeri testi puanı düşük, diyabetik ayağa neden olan nöropati komplikasyonu yüksek oranda saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; hemşirelik mesleğinde ve diyabet gibi kronik hastalıklarda hastalığı kabul etmenin özbakım davranışlarında etkili olabileceğinden yola çıkarak;

- Hastalara tanı anından itibaren her an eğitim verilmesi,
- Kliniklerde hastaların özellikle diyabet hemşirelerine kolay ulaşabilmesi,
- Özbakım aktivitelerini yerine getirmesi için desteklenmesi,
- Gerekiyor ise klinik hemşirelerine bu konuyla ilgili eğitimler verilmesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. American Diabetes Association (ADA 2008) (01.04.2008). Standarts of medical care in diabetes. Eris_im: 06.11.2008. <http://www.diabetes.org>.
2. Avdal Ü E, Kızılı S. (2009). Diyabetli Bireylerin Bilgi Düzeyi Özbakım Gücü ve A1c Düzeyi Arasındaki İlişki. DEUHYO Dergisi, 2(2):16-26.
3. Bien A, Rzonca E, Kanczugowska A, Iwanowicz-Palus G. (2016). Factors Affecting the Quality of Life and the Illness Acceptance of Pregnant Women with Diabetes International Journal of Enviromental Research Public Health, 13: 68; doi:10.3390/ijerph13010068
4. Büyükkaya-Besen D, Esen, A. (2011). Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması. TAF Preventive Med Bulletin, 10(2): 155-164.
5. Carpenter, R. (2005). Perceived threat in compliance and adherence research. Nursing Inquiry 12(3): 192-199.
6. Chiang HH, Livneh H, Guo R, Yen ML, Tsai TY. (2015). Effects of acceptance of disability on death or dialysis in chronic kidney disease patients: a 3-year prospective cohort study BMC Nephrology 16:202 DOI 10.1186/s12882-015-0197.

7. Çoşansu G. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel Sosyal Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
8. Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 26: 210-213
9. Garay-Sevilla, ME., Malacara, JM, Gutierrez-Ro,a A, Gonzalez E. (1999). Denial of disease in Type 2 Diabetes Mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. Diabetic Medicine, 16: 238-244.
10. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Lawson JI. (2007). Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75 (2):336–343.
11. Haas L. (2014). S-special Considerations for Older Adults With Diabetes Residing in Skilled Nursing Facilities Diabetes Spectrum, Feb; 27(1): 37 <http://dx.doi.org/10.2337/diaspect.27.1.37>
12. Harvey J, Lawson V. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. Diabetic Medicine, 26: 5-13.
13. Hornsten, A, Sandstrom, H, Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. Journal of Advanced Nursing, 47(2):174-182.
14. Karakurt, P, Hacıhasanoğlu, R, Yıldırım A.(2013). Diyabetli hastaların özbakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 14(1): 1 – 9.
15. Kralik, D, Brown, M, Koch, T. (2001). Women's experiences of being diagnosed with a long-term illness. Journal of Advanced Nursing, 33(5): 594-602.
16. Lewko, J, Politynska, B, Kochanowicz, J, et all. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. Advances in Medical Sciences. 52(1): 144-146.
17. Livneh, H, Antonak, RF. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. Journal of Counseling &Development, 83: 12-20.
18. Madhu, K, Sridgar, GR. (2001). Coping with diabetes: a paradigm for coping with chronic illness. Diabetes Developing Countries, 21: 103 111.
19. Matricciani L, Jones S. (2015). Who cares about foot care? Barriers and enablers of foot self-care practices among non-institutionalized older adults diagnosed with diabetes: an integrative review. Diabetes Educator; 41: 106-17.
20. Mehravar F, Mansournia MA, Naieni Kh, Esfahani EN, Mansournia N, Hashiani AA. (2016). Associations between diabetes self-management and microvascular complications in patients with type 2 diabetes. Epidemiology and Health, 38-6. doi: 10.4178/epih/e2016004.
21. Moulton, P. (1984). Chronic illness, grief and the family. Journal of Community Health Nursing; 1(2): 75-88.
22. Neder S, Nadash P. (2003). Individualized education can improve foot care for patients with diabetes. Home Health Nurse; 21: 837-40.
23. Newbould, J., Taylor, D., Bury, M. (2006). Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. Chronic Illness 2: 249-261.
24. Orem, D.E. (1991). Nursing: Concept of Practice (4 Th Ed.) St.Louis. Mosby Year Book.
25. Palmer SC, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. (2013). Association between depression and death in people with CKD: a meta- analysis of cohort studies. American Journal of Kidney Disease, 62:493–505.
26. Polanska Jankowska B., Kasprzyk M., Chudiak A., Uchmanowicz I. (2016). Relation between illness acceptance and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Pneumonologia Alergologia Polska, 84: 3–10.
27. Stuijbergen, A., Becker, H., Blozis, S., Beal, C. (2008). Conceptualization and development of the acceptance of chronic health conditions scale. Issues in Mental Health Nursing, 29: 101-114.
28. Toobert DJ, Glasgow RE (1994). Assessing diabetes self_management: the summary of diabetes self_care activities questionnaire. In Handbook of Psychology and Diabetes. Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic p. 351–375.
29. Velioglu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Ofset.
30. <http://www.ndei.org/ADA-nutrition-guidelines-2013.aspx>. Erişim tarihi: 30.06.2016.

Palyatif Bakımda Diyabet Yönetimi

Arş. Gör. Ezgi DİRĞAR, Prof. Dr. Nermin OLGUN

Hasan Kalyonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, GAZİANTEP

Özet

Palyatif bakım "hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikosozyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım" olarak tanımlanmaktadır. Diyabet tüm Dünya' da ve ülkemizde sıklığı gittikçe artan kronik, metabolik bir durumdur. Özellikle palyatif ve yaşam sonu dönemde diyabet yönetimi zordur. Diyabetin bazı semptomları/ komplikasyonları yaşamının son günlerini sürdüren hastalar için daha şiddetli olabilir. Hipoglisemi ve hipergliseminin önlenmesi konfor ve yaşam kalitesinin önemli bir yönüdür. Literatür taraması sonucunda palyatif bakımda diyabet yönetimiyle ilgili kanıta dayalı çalışmalar görülmemiştir. Bu derlemede palyatif bakımda diyabet yönetimi ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, diyabet yönetimi

Summary

Diabetes Management in Palliative Care

Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social, and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is the achievement of the best quality of life for patients and their families. Diabetes prevalence is increasing all over the world and our country is a chronic metabolic condition. Managing diabetes is challenging, especially in palliative and end-of-life situations. Some symptoms/ complications of diabetes can be more severe who for patients continued to the last days of life. Preventing hypo- and hyper-glycemia is an important aspect of comfort and quality of life. Evidence-based studies on palliative care in diabetes management is seen as a result of the literature. Diabetes management in palliative care are discussed in this review.

Key words: Palliative care, diabetes management.

Palyatif Bakım ve Diyabet

Palyatif bakım "hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikosozyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım" olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>; Costa, 2012; <http://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#q1>.) Diyabet sürekli tıbbi bakım gerektiren, karmaşık, kronik, metabolik bir hastalıktır (ADA, 2016). Tüm dünyada en fazla görülen hastalıklardan biri olan diyabet 21. yüzyılın acil sağlık sorunu olarak görülen küresel bir salgındır (IDF 2015, Coşansu, 2015). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ve rilerine göre, tüm dünyada diyabetli birey sayısı 2015 yılında 11 yetişkinden 1'i olarak

415 milyona ulaşmış olmasına karşın her 2 diyabetli yetişkinden 1'inin yani %46,5'inin diyabetli olduğunu bilmediği bildirilmiş olup 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 ve ark, 2013; http://diyabet.gov.tr/content/files/turkiye_diyabet_programi_2015-2020.pdf). Dünyada ve ülkemizde diyabetin bu kadar yüksek oranlarda görülmesi diyabet bakımının karmaşıklığı özellikle palyatif ve yaşam sonu dönemde diyabet yönetimini daha da zor hale getirmektedir. Diyabetin bazı semptomları/ komplikasyonları yaşamının son günlerini sürdüren hastalar için daha şiddetli olabilir. Hipoglisemi ve hipergliseminin önlenmesi konfor ve yaşam kalitesinin önemli bir yönüdür (Dunning et al, 2014; Rowles, Kilvert and Sinclair, 2011). Literatür taraması sonucunda palyatif bakımda diyabet yönetimiyle ilgili kanıt dayalı çalışmalara rastlanılmamış (Quinn, Hudson and Dunning, 2006; Alshammary et al, 2016) palyatif bakım veren kurumlar uzman görüşleri doğrultusunda klinik bakım önerileri ve rehberleri hazırlamışlar (Sinclair and MacLeod, 2013; Bentley, MacLeod and Peacock, 2012) ve rehber geliştirmek için araştırmalar yapılmıştır (http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Diabetes%20Palliative%20care%20guidelines-%20general%20principles.pdf, Dampetla et al, 2014).

Palyatif Bakımda Diyabet Yönetiminin Önemi

Birleşik Krallık' ta her yıl 75 yaş ve üstü bireylerin 3/4'ünden fazlası hayatını kaybetmekte olup bu ölümlerin %6-9'undan diyabet sorumlu olduğu bildirilmiştir (Rowles, Kilvert and Sinclair, 2011; Dampetla et al, 2014). Palyatif bakımda diyabet yönetiminin amacı hastaya çok fazla acı çektirmeden, rahatlatmaktır. Optimum kan şekeri seviyesi sağlanamazsa, çok düşük veya çok yüksek kan şekeri; hastalıkla ilgili diğer durumların kötüleşmesi, rahatsız edici semptomlar gelişmesi, hastanın kendini kötü hissetmesi ve baş etme yeteneğinde azalma gibi sorunlara yol açabilir. Birey kendini kötü hissettiğinde kan şekerinin çok yüksek ya da çok düşük olduğunu fark etmeyebilir ve bazen bireyin kendini kötü hissetme nedeninin diyabet, alınan ilaçlar veya diğer hasta-

lıklardan kaynaklı olup olmadığını anlamak zordur. Kan şekeri seviyesinin kontrolü, kan şekerinin probleme katkıda bulunup bulunmadığını anlamının yoludur. Bu yüzden kan şekeri kontrolü sağlık profesyonellerinin hastayı nasıl daha iyi hissettireceğini bilmelerine yardım edebilir. Palyatif bakım, hastanın konforunu ve onurunu korumayı amaçlar; yüksek/ düşük kan şekerinin rahatsız edici semptomlarından kaçınmayı içerir. Bundan dolayı kan şekeri seviyesinin kontrol edilmesi önemlidir (www.palliativecare.org.au).

Palyatif Bakım ve Diyabet İlişkisi

Palyatif bakımda diyabet primer ya da sekonder olarak görülebilir. Primer diyabet, daha diyabet tanısı olan ve yıllar içinde diyabete bağlı komplikasyonları ortaya çıkmış palyatif dönemdeki diyabet, sekonder diyabet ise; altta yatan neden pankreatektomi, malignite ve pankreatit gibi pankreas hastalıkları ile, Cushing, akromegali gibi endokrin bozukluklar ya da ilaçlara bağlı ortaya çıkabilir.

Diyabetli bireylerin beklenen yaşam süresi artmasına rağmen; çoğu diyabetli birey ilişkili organ yetmezlikleri sonucu diyabetli olmayan bireylere göre daha erkenden ölmektedir. Diyabetin komplikasyonlarıyla mücadele eden bireylerle, ölümün yakınlığı konusu nadiren gündeme gelir; bu nedenle onlar yaşam sonu bakım için isteklerini ifade etme şansından yoksun bırakılır. Yaşamlarının son 6- 12 ayına giren bireylerin hem tıbbi hem duygusal olarak belirlenmesi zordur. Kötü prognozun bazı iyi tanınan genel göstergeleri vardır ve diyabetli hastalarla yakın çalışanlar bunların farkında olmalı, bakımı bunlara göre planlamalı ve başlatmalıdır. Diyabetli bireylerin kötü duruma girdiğini düşündüren göstergeler; Multiple komorbiteler, altı ay içinde istenmeden %10'un üzerinde kilo kaybı, genel fiziksel düşüş, serum albumin <2.5g/dL ve günlük yaşam faaliyetlerinin çoğunda bağımlılıktır (Rowles, Kilvert and Sinclair, 2011). Palyatif Bakım alanlarında hasta sıklıkla terminal dönemdedir. Bu nedenle gastrointestinal özellikle pankreas kanserlerinde diyabetle ilişkili faktörler yüksek, metabolik değişiklikler fazla, obezite, kortikosteroidler ve diüretiklerin kullanımı yüksektir (King et al., 2012). Kanser gibi terminal hastalıkları olan bireylerde diyabet komorbite olarak ortaya çıktığında tedavi rejimleri hastaya danışılarak, hastanın ve hastaya bakım verenlerin yeteneklerine uygun olarak bireysel hazırlanmalıdır. Diyabetle ilişkili bazı semptomlar/ komplikasyonlar terminal hastalıkları olan bireylerde şiddetlenebilir. Örneğin; nöropatik ve kemik ağrısına bağlı ağrılar, otonom nöropati ve opium türevleri kullanımına bağlı konstipasyon, hipergli-

semi ve malignitenin etkileri nedeniyle yorgunluk sık görülen semptomlardandır. Kanseri hastalarda diyabet insidansının, genel popülasyonda bulunandan altı kat daha fazla olduğu kabul edilmektedir (Quinn, Hudson and Dunning, 2006). Kronik hastalıklı bireylerde diyabetin sebepleri multifaktöriyeldir ve bu artmış insidans; örneğin pankreasta gelişen bir kanser hücresi, obezite, kanserden dolayı metabolik değişimler, kortikosteroidler, oktreotid ve diüretikler gibi diyabetojenik ilaçların kullanımıyla açıklanabilir (Ahmad and Mills, http://www.palliativedrugs.com/download/090702_Diabetes_in_Palliative_care%20completed%5B1%5D.pdf). Diyabetli hastaların insülin eksikliği veya verimsizliği nedeniyle glikozu kullanmaları mümkün değildir. Bunun sonucunda enerji sağlamak için yağlar ve proteinler kullanılır. İnsülin artıp kan glikoz değeri düzelmedikçe kilo kaybı, halsizlik ve letarji gelişir. İleri evre kanser hastalarında iştahsızlık ve sık sık yorgunluk hissi vardır. Özellikle diyabetli hastalar için bu iki semptom hem optimal glikemik kontrolün hem de uygun enerji gereksiniminin sağlanmasını zorlaştırır. Kortikosteroidler ve bazı diüretikler gibi ileri evre kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçların hiperglisemiyi tetikledikleri bilinmektedir. Hiperglisemi sonucu meydana gelen bulantı, kusma ve letarji gibi kanserin bazı semptomları; sağlık profesyonelinin hipergliseminin temel sebebini anlamasını zorlaştırır. Diyet ve glikoz düşürücü ilaçlar (insülin/oral ajanlar) aracılığıyla kan glikoz seviyesinin kontrolü ve düzenli izlemi glisemik kontrolün temel bileşenleridir. Diyabetli hastalar için metabolik hedefler ve klinik tedavi kılavuzları kanıt temellidir ancak MEDLINE (1966-2005) ve CINAHL (1982-2005) veritabanları kullanılarak yapılmış bir literatür taramalarında göze çarptığı gibi ileri evre kanser hastalarında glisemik yönetimin görünür ve uygun bir kanıt temeli yoktur (Quinn, Hudson and Dunning, 2006). Palyatif bakım ve diyabet yönetimi ile ilgili ulusal rehberler hazırlanırken yapılan taramalarda anahtar kelime olarak; diyabet, palyatif bakım, hospis, hipoglisemi, hiperglisemi, terminal hastalıklar, kortikosteroid, insülin, kan glikozu, deksametazon ve yönetim kelimeleri kullanılmış, aynı zamanda palyatif bakım ve diyabetin ders kitaplarında, referans bölümlerinde ilgili bilgiler araştırılmış, tüm abstraktların gözden geçirilmesinin ardından bu konuyla alakalı 18 dergi makalesi bulunmuş. Bunlardan palyatif bakımda diyabet yönetimiyle doğrudan ilişkili yalnızca dört yayın tespit edilmiş; bunların üçü araştırmadan ziyade klinik deneyim ve uzman görüşü temelli olduğu belirlenmiştir (Quinn, Hudson and Dunning, 2006). McCoubrie ve sekiz arkadaşı kanserli hastalar-

da diyabet yönetimiyle ilgili bir rehber geliştirmeden önce 42 hastanın tıbbi kayıtları üzerinden retrospektif araştırma yapmışlardır. Bu araştırmaya dahil edilen tüm hastalarda hem diyabet hem de kanser tanısı söz konusu olduğu, ölümlerinden 3- 16 gün önce 42 hastanın 12'sinin kan glikoz izleminin kesildiği, diğer altı hastanın ise ölümünden 24 saat önce izlemlerinin kesildiği ya da azaltıldığı; ancak tedavi kararı için mantıklı bir açıklama yapılmadığı, ayrıca McCoubrie ve arkadaşlarının incelemeleri sonucunda önerdikleri bu rehberin uygulanıp uygulanmadığı belirtilmemiştir. Önerdikleri rehberde; özelleşmiş palyatif bakım hizmetleri, diyabet ekibi, esnek diyet kontrolü ve kan glikoz seviyesinin 180-360 mg/dL arasında tutulması amaçlanmıştır (Quinn, Hudson and Dunning, 2006). Poulson kronik hastalık ve diyabet yönetiminde belirli bazı zorlukları tanımlamış. Kanserin evresine bağlı olarak Tip 1 diyabetin Tip 2 diyabetten daha yakından; prognozu sınırlı olan hastaların ise daha az kontrol edilmesi gerektiğini önermiştir. Genellikle kan glikozu 270 mg/dL'nin üzerine çıktığında görülen poliüri (çok idrara çıkma) Polidipsi (çok su içme), letarji gibi hiperglisemik semptomlarından kurtulmak için insülinin gerekli olduğunu, bununla birlikte insülinin yaşam kalitesini artırmadığı gibi ömrü gereksiz uzatıp uzatmadığını sorgulamıştır ve kronik hastalığı olan bireyler için bilinenden daha az insülin kullanımını önermiştir (Quinn, Hudson and Dunning, 2006). Kanseri hastalarda diyabet yönetimi bir dizi faktöre bağlı olduğundan oldukça karmaşıktır. Kan şekeri kontrolü; hipoglisemik ilaçlar ve gıda alımı arasındaki dengeye bağlıdır. Bu yüzden malignensiyle ilişkili anoreksiya glisemik kontrolü etkiler. Diğer faktörler; malignensiyle ilişkili bulantı- kusma ya da opioid analjezikler, zayıf absorpsiyon nedeniyle oluşan obstrüksiyon ve düzensiz gastrointestinal sistem motilitesi, semptom kontrolü için kullanılan steroid ve diüretik tarzı ilaçları içerir. Diyabet yönetimi kanserin ilk metabolik sonuçlarından biri olan glikoz intoleransı nedeniyle daha da karmaşık olabilir. Artmış hepatik glikoz üretimi, iskelet kasları tarafından azalmış glikoz tüketimi ve iskelet kaslarında azalmış glikojen sentezi nedeniyle insülin direnci vardır (Ahmad and Mills, http://www.palliativedrugs.com/download/090702_Diabetes_in_Palliative_care%20completed%5B1%5D.pdf). Palyatif kelimesi Collins sözlüğüne göre, bir kür olmadan herhangi bir şeyin şiddetini azaltmak anlamına gelir. Herhangi bir tedavi olmadan acının şiddetinin azaltılmasıyla sınırlanan bu tanımın klinik uygulamalarda da pek çok örneği vardır. Bunun en iyi örnekleri genellikle diyabet, kalp yetmezliği ve motor nöron hastalığı gibi

uzun vadeli durumların kanserle ilişkili semptomlarını içerir. Ancak klinik uygulamalarda aktif bakımdan ziyade palyatif bakımın ne zaman yapılacağı kararını almak önemlidir ve bu çoğu faktöre bağlı olarak bireysel olabilir. Açıkçası kişinin hastalığıyla, ailesiyle ve klinisyenlerle arasındaki iyi iletişim her şeyden önemlidir ki bunu sağlamak için zaman ve planlama gerekir. Diyabet bakımının koordinasyonu ve etkin yönetimi için diyabetle ilgili sağlık profesyonellerinin önerileri alınmalı, aynı zamanda diğer diyabet dışındaki profesyonellerle de işbirliği gerekebilir (Alshammery et al., 2016).

Palyatif Bakımda Diyabet Yönetiminde Genel Prensipler

1- Palyatif bakımın erken döneminde kişi hala etkin olabilir ve muhtemelen yaşamdan ayrılması için uzun yılları vardır. Diyabetin geleneksel olarak yönetilmemesi için hiçbir sebep yoktur.

2- Hastalık ilerledikçe ve prognoz kısa vadeli hale geldikçe kısa vadeli çözümler (hipoglisemi, ketoasidoz vb.) önem kazanır, uzun vadeli / kronik komplikasyonları önlemek daha az önemlidir. Hem hiperglisemi (susama, dehidrasyon, konfüzyon, ketoasidoz, hiperozmolar non-ketotik koma), hem de hipoglisemi rahatsız edici bir durumdur ve kaçınılmalıdır. Mutlak değerlerden ziyade kan glikoz seviyesini 150-270 mg/dL arasında tutmak daha önemlidir.

3- Hipoglisemi tedavisi ve insülin tedavisi basitleştirilmelidir.

4- Malignite ile ilişkili iştahsızlık glisemik kontrolü etkiler. Malignite ile ilişkili bulantı ve kusma ya da opioid analjezikler, semptom kontrolü için kullanılan diüretik ve steroidler gastrointestinal emilimi bozar. Kanser nedeniyle glikoz metabolizmasının bozulması diyabet yönetimini daha da zorlaştırır.

5- Aile bireylerinin hastalar ile ilişkilerinde rahat olmaları önemlidir. Bazen hastadan vazgeçildiğini ve her şeyin bittiğini düşünebilirler

6- Mümkünse gereksiz kan şekeri izlemi önlenmelidir. Bununla birlikte izlemin yoğunluğu beklenen prognoza bağlıdır. Palyatif bakımda glikoz kontrolünü gerektiren durumlar tablo 1 de glikoz kontrolünü olumsuz etkileyen ilaçlar tablo 2 de verildi..

7- Steroid kullanan diyabetlilerde steroidlerin yararının yanında kan glikoz seviyesinin kötüleşmesi de söz konusu olabilir; steroid başlanan tüm hastalarda özellikle de hiperglisemiye düşündürülen semptomlar gelişmişse periyodik kan glikoz ölçümleri yapılmalıdır

8- Kan şekeri düzeyi 150-270 mg/dL aralığında tutulmalıdır ([http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Diabetes %20 Palliative %20 care %20 guidelines-%20 general%20 principles.pdf](http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Diabetes%20Palliative%20care%20guidelines-%20general%20principles.pdf)., King et al., 2012; Ahmad and Mills, http://www.palliative drugs.com/download/090702_Diabetes_in_Palliative_care%20completed%5B1%5D.pdf., http://www.Palliativecareggc-wp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/DiabetesGuidelines-update_2012-03-final-draft_PALLIATIVE_CARE.pdf).

Diyabet Tiplerine Göre

Palyatif Bakımda Tedavi Yönetimi

1- İnsülin Tedavisi Kullanan Tip 1 ya da Tip 2 Diyabetli Bireylerde

A.) Erken Dönem

- Kabul edilebilir aralık: 150-270 mg/dL
- Kan Şekeri: 270 mg/dL'nin üzerinde ve semptomatik ise, hızlı etkili insülin beş üniteye kadar uygulanabilir (novorapid, humolog veya actrapid). Bir saat sonra yeni-

Tablo 1: Palyatif bakımda glikoz kontrolünü gerektiren durumlar

- Anoreksiya & Kaşeksi
 - İlaç ya da yiyecek alınamaması
 - Artmış hipoglisemi riski
- Enfeksiyon
- Metastatik hastalıklar
 - Artmış hipoglisemi riski (Karaciğer, adrenaller)
 - Artmış laktik asidoz riski
- Siroz
 - Hipoglisemi riski
- Tümör oluşumları
 - İnsülin direncine yol açar
 - Hipoglisemiye neden olabilir.
- Kardiyak yetmezlik
 - Katekolamin aşırı insülin direncine yol açar.
- Pankreatik kanser
 - Pankreas yıkım Tip 1 diyabet gibi insülin eksikliğine yol açabilir.
- Beslenme durumu
 - Nazogastrik beslenmedeki takviyeler hiperglisemiye yol açabilir.

(http://www.palliativecareggc-wp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/Diabetes_Guidelines-update_2012-03-final-draft_PALLIATIVE_CARE.pdf., Modli_ska and Wolnik, 2013).

den kan şekeri ölçüldüğünde; kan şekeri 270 mg/dL'nin üzerinde kalmışsa sadece semptomatik tedavi.

- İzlem Sıklığı: Olağan rejimde günde iki kez
- Tedavi; Her zamanki rejimle insülin yönetimi uygulanır. Bulantı, kusma, azalmış gıda alımı gibi durumlara bağlı olarak tedavi ve izlemin sıklığı ayarlanır.

B.) Terminal Dönem

- Kabul edilebilir aralık: 150-270 mg/dL

Tablo 2: Palyatif bakımda kan glikozunu kötü etkileyebilecek ilaçlar (20)

- Oktreoditler (Sandostatin)
 - İnsülin sekresyonunu inhibe eder, hiperglisemiye sebep olur.
- Steroidler (Sabah verildiğinde öğleden sonra ve akşamüstü hiperglisemiye sebep olabilir.)
 - Oreksijenik (iştah uyarıcı), hiperglisemiye tetikleyebilir.
 - İnsülin direncini uyarır, hiperglisemiye sebep olur.
- Bazı diüretikler

Bazı atipik antipsikotikler insülin direncini artırır ve hiperglisemiye neden olabilir.

http://www.palliativecareggc-wp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/DiabetesGuidelines-update_2012-03-final-draft_PALLIATIVE_CARE.pdf

▪ Kan Şekeri: 270 mg/dL'nin üzerinde ve semptomatik ise, beş üniteye kadar hızlı etkili insülin uygulanabilir (novorapid, humolog veya actrapid). Bir saat sonra yeniden kan şekeri ölçüldüğünde; kan şekeri 270 mg/dL'nin üzerindeyse sadece semptomatik tedavi.

▪ Tedavi; eğer asemptomatik ve kan şekeri 70 mg/dL'nin üzerinde ise izlem durdurulur. Başka bir seçenek günde bir kez kan şekeri izlemeye devam etmektir.

▪ İdeal olarak, günde bir kez uzun etkili insülin (Lantus, Levemir) ya da günde iki kez Mix (karışım) insülin uygulanır. Daha önce alınan insülin dozunun 2/3' ü ya da dozun 1/2' si uygulanır. Gerekse diyabet uzmanı hemşirelerle iletişim kurulabilir.

▪ Bilinçsiz ya da ölümü yakın olan hastalar için insülin uygulama gereksiz olabilir çünkü onlar bu evrede hipergliseminin semptomlarıyla karşılaşmayacaktır.

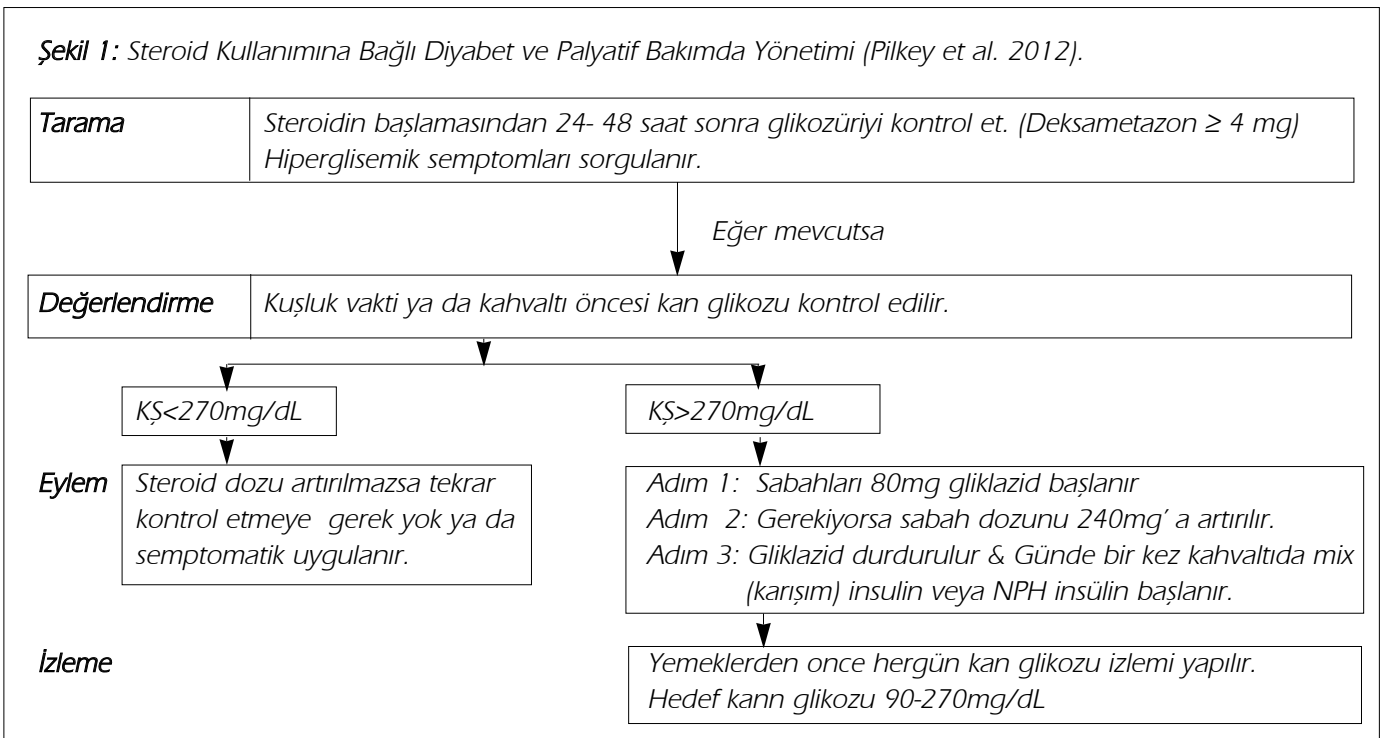
2- Oral antidiyabetik ve Beslenme

Tedavisi Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireylerde

A.) Erken Dönem

- Kabul edilebilir aralık: 150-270 mg/dL
- Kan Şekeri İzlemi: Durumun gerektirdiği gibi ayarlanır. Eğer kararlı seviyeler görüldüyse normal olarak glikoz seviyesi haftada iki kez kontrol edilmelidir.
- Tedavi: İdeal olarak hastalar glüklazid gibi kısa etkili sülfonilüreler kullanılmalıdır çünkü bu oral ajanların yan et-

Şekil 1: Steroid Kullanımına Bağlı Diyabet ve Palyatif Bakımda Yönetimi (Pilkey et al. 2012).



ki görülme sıklığını azaltır.

▪ Mümkün olduğu sürece normal doz devam etmelidir. Ancak oral alımın azalmasına bağlı olarak doz azaltma ihtiyacı olabilir. Steroidler gibi diyabetik ilaçların eş zamanlı kullanımı dozun artırılmasını gerektirebilir.

▪ Diyabet kontrolünün kötüleşmesiyle (ısrarla>270 mg/dL), insülin uygulanır.

▪ Doz duruma göre ayarlanır.

B.) Terminal Dönem

▪ Diyet kısıtlamaları, izlem ve tedavi durdurulur (http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative-careguidelines/Diabetes%20Palliative%20care%20guidelines-%20general%20principles.pdf, King et al., 2012; Ahmad and Mills http://www.palliativedrugs.com/download/090702Diabetes_in_Palliative_care%20completed%5B1%5D.pdf, http://www.palliativecareggc-wp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/DiabetesGuidelines-update_2012-03-final-draft_PALLIATIVE_CARE.pdf, Vandenhoute, 2010).

Steroid Kullanımına Bağlı Diyabet ve Palyatif Bakımda Yönetimi

Steroidler (glukortikoidler) uygulama tedavisinden bağımsız olarak kan glikoz seviyesinde tahmin edilebilir bir artışa neden olurlar ve doğrudan metabolik etkileri vardır. Etkileri doza bağımlıdır yaklaşık beş hastanın birinde steroidler diyabete sebep olabilirler. Yüksek doz steroid başlanan hastalarda (deksametazon> 4mg/gün) ya da hiperglisemik semptom gösterenlerde diyabet taraması yapılmaktadır. Şekil.1'de tedavi tablosu özetlenmiştir (http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Steroid%20Induced%20Diabetes.pdf).

Kaynaklar

1. Ahmad F., Mills C., Diabetes in Palliative Care.http://www.palliativedrugs.com/download/090702_Diabetes_in_Palliative_care%20completed%5B1%5D.pdf. (11 Temmuz 2016).
2. Alshammary SA, Duraisamy B, Alshail A, Mhafzah M, Saleem LMA, Mohamed N, Ratnapalan S (2016). Diabetes management patterns in a palliative care unit in Saudi Arabia. Journal of Health Specialties, 4 (2): 116-121.
3. American Diabetes Association (2016). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 39 (Suppl. 1):1-119.
4. Bentley J, MacLeod J, Peacock D. Development of guidelines for the management of diabetes in palliative patients. BMJ Support Palliat Care, 2:A102. P269, 2012. http://spcare.bmj.com/content/2/Suppl_1/A102.1. (11 Temmuz 2016).
5. Costa S.(2012). Palliative care and diabetes: Making the most of the

6. end of life, Journal of Diabetes Nursing, 16(8): 327-330.
6. Coşansu G (2015). Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık, Okmeydanı Tıp Dergisi 31(Ek sayı):1-6.
7. Dampetla S, Pavlak T, Johnson M, Smrity S (2014). Management of diabetes in palliative care. BMJ Support Palliat Care, 4:A97. P238.
8. Diabetes and palliative care. www.palliativecare.org.au. (11 Temmuz 2016).
9. Dunning T, Savage S, Duggan N, Martin P (2014). Palliative and end of life care for people with diabetes: a topical issue. Diabetes Management, 4(5): 449-460.
10. International Diabetes Federation (IDF) (2015). Diabetes Atlas Seventh Edition. <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html> (21.08.2016)
11. King EJ, Haboubi H, Evans D, Baker I, Bain SC, Stephens JW (2012). The management of diabetes in terminal illness related to cancer. OJM ;1053_9.
12. Management of Diabetes in Adults in Palliative Care. http://www.palliativecareggc-wp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/10/DiabetesGuidelines-update_2012-03-final-draft_PALLIATIVE_CARE.pdf. (11 Temmuz 2016).
13. Modli_ska A, Wolnik B (2013). Management of impaired glucose control in palliative care. Medycyna Paliatywna, 5(1): 1-7.
14. National Cancer Institute. What is palliative care? <http://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#q1> (29 Temmuz 2016).
15. Pilkey J, Streeter L, Beel A, Hiebert T, Li X (2012). Corticosteroid-induced diabetes in palliative care. J Palliat Med. 15(6):681-689.
16. Quinn K., Hudson P. Dunning T (2006). Diabetes Management in patients receiving palliative care. J pain symptom management, 32(3):275-286.
17. Rowles S, Kilvert A, Sinclair A, on behalf of the Association of British Clinical Diabetologist (ABCD) (2011). ABCD position statement on diabetes and end of life care. Pract DiabInt ,28(1):26-2.
18. 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, 28:169-180.
19. Sinclair A, MacLeod J (2013). End of life diabetes care Commissioned by diabetes UK. Clinical care recommendations, Second Edition October. https://www.diabetes.org.uk/upload/Position%20statements/End-of-life-care_strategy_Doc111113.pdf. (11 Temmuz 2016).
20. 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 (20 Temmuz 2016).
21. Vandenhoute V(2010). Palliative care and type II diabetes: A need for new guidelines? Am J Hosp Palliat Care, 27:444_445.
22. Wolverhampton Diabetes Care. Diabetes Palliative Care Guidelines. http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Diabetes%20Palliative%20care%20guidelines-%20general%20principles.pdf. (11 Temmuz 2016).
23. Wolverhampton Diabetes Care. Steroid Induced Diabetes (Palliative care) http://www.wolverhamptondiabetescare.org.uk/downloads/management_guidelines/palliative_care_guidelines/Steroid%20Induced%20Diabetes.pdf . (11 Temmuz 2016).
24. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (27 Ağustos 2016).

Tip 2 Diyabette Aile Desteği ve Aile atışmasının zynetim Sürecine Etkisi

Uzm. Hemş. Funda SOFULU¹, Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL²

¹İzmir Katip elebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

²İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İZMİR

zet

Diyabet; karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu gelişen kronik bir hastalıktır. En fazla görülen kronik hastalıkların başında gelen diyabetin, önümüzdeki 20 yıl içinde hızlı bir şekilde artış göstereceği beklenmektedir. Tip 2 Diyabet ise, yaşam boyu süren ve yaşam şekli değişikliği gerektiren, aile desteği ile aşılabilen fakat çoğu zaman aile atışması ile çıkmaza giren bir hastalıktır. Tip 2 diyabetli bireyin zynetimi için, hastalığı hakkında bilgi sahibi olmasının yanında ailesinin desteği de önemlidir. Bu konuda dünyada altın standart olarak kabul edilen Amerikan Diyabet Derneği 2014 Bakım Standartlarına göre; diyabette zynetimin önemini vurgulanmakta ve aile desteğinin zynetimi sağlamada en önemli etken olduğu belirtilmektedir. Bu derlemede, tip 2 diyabette aile desteği ve çatışmasının önemi güncel literatür bilgileri doğrultusunda ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, aile desteği, aile atışması, zynetim

Summary

The Affect To Self-Management Process Of Family Support Or Conflict at the Diabetes Type 2

Diabetes; is a chronic disease that evolves by the disorder of carbohydrate metabolism. The diabetes, which is the most common diseases, is expected to increase rapidly in the next twenty years. The diabetes the type two is an illness which lasts a lifetime, which you need to change your life style. It is important for a type two diabetic patient not only having information about the illness but also having a good family support for self-management.

According to the American Diabetes Association's 2014 Care Standards which is considered the gold standard in the world; the importance of the self-management in diabetes is emphasized and it is stated that the most important ingredient that provides the self-management is the family support. In this work, we approached the importance of family support and conflict in the diabetes the typet wo in accordance with the current literature knowledge.

Keywords: Type 2 diabetes, family support, family conflict, self-management.

Giriş

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun salınımı-

nin tam ya da kısmi eksikliği veya değişik derecelerdeki insülin direnci sonucunda karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozukluğuyla seyreden, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların olduğu, kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış ateroskleroz ile seyreden kronik ve metabolik bir hastalıktır (American Diabetes Association, 2015; Satman, Ömer, Tütüncü et al, 2013).

Diyabet hastalığı iyi yönetilmezse, birçok akut ve kronik komplikasyonu beraberinde getirmektedir (American Association of Clinical Endocrinologists, 2014; American Diabetes Association, 2014). Her yıl 3.1 milyon, her dakikada ise altı kişinin diyabetin komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirdiği ve bu nedenle diyabetin, ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada olduğu bulunmuştur (World Health Organization, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO])'nın 2013'de yayınladığı kronik hastalıklar raporunda diyabet en fazla görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Önümüzdeki 20 yıl içinde dünyada hızlı bir şekilde artış göstererek bir milyar insanı etkilemesi beklenmektedir. Dünyada sıklığı hızla artan diyabet dünyanın taşımak zorunda kaldığı küresel bir yük ve en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Bu nedenle diyabet pandemi olarak tanımlanmaktadır (Olgun, Yalın ve Demir, 2007).

Tip 2 diyabet ise, dünyada en sık rastlanan diyabet tipidir ve tüm diyabetli hastaların %90-95'ini içermektedir. İnsülin direnci ve değişik derecelerde insülin eksikliğinin birlikte bulunduğu diyabet formlarını tanımlamaktadır (American Diabetes Association, 2015). Tip 2 diyabet genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkan, yaş arttıkça görüme sıklığı artan, diyabet belirtilerinin hafif olduğu, bazen de hiç olmadığı, kronik komplikasyonların sık görüldüğü diyabet tipidir (Yıldırım ve Esen, 2007).

Tip 2 diyabetli bireylerde temel sorun, kontrol edilemeyen kan glikoz düzeyidir. Bu nedenle, diyabetin yönetiminde amaç, glisemik kontrolün sağlanması ve olası komplikasyonların önlenmesidir (American Diabetes Association, 2015). Tip 2 diyabet hastalarının öz bakım gücüne sahip olmaları ve öz bakım becerilerini öğrenmeleri ile yaşamdan aldıkları doyum artmakta, bu da tedavilerine uyumu kolaylaştırıp, akut ve kronik komplikasyonların gelişmesini önlemektedir (Funnell and Anderson, 2002; Norris, Nichols, Caspersen et al, 2002; American Diabe-

tes Association, 2014). Aksi halde yetersiz istek ve motivasyona bağlı olarak diyabet komplikasyonları gelişmekte, hastaların fizyolojik fonksiyonlarındaki kayıplar artmakta, yaşam kaliteleri azalmakta ve depresyonla sonuçlanabilmektedir. Bireylerin psikolojik durumu ise hastalığa vereceği cevabı etkilemektedir (Funnell and Anderson, 2002; Norris, et al, 2002). Tip 2 diyabet hastası kendi kendine bakabilmesi için, hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Sağlık gereksinimleri hakkında bilgilenen Tip 2 diyabet hastası, bakımın sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olmaktadır. İşte tam bu noktada Tip 2 diyabetli birey için aile desteği büyük önem kazanır. Çünkü aile desteği olan Tip 2 diyabetli bireylerin aile çatışması yaşayan Tip 2 diyabetli bireylere oranla, hastalığa uyumlarının daha iyi olacağı vurgulanmaktadır (American Diabetes Association, 2015; Düzöz, Çatalkaya ve Uysal, 2009).

Bu derlemede, tip 2 diyabette aile desteği ve çatışmasının önemi güncel literatür bilgileri doğrultusunda ele alınmıştır. Derleme, tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi, olası komplikasyonların önlenmesi ve öz bakım gücünün ailesine önemli görevler düşüğünü vurgulamak açısından önemlidir.

Tip 2 Diyabette Aile Desteği

Diyabet sürekli ve zorunlu yaşam biçimi değişikliklerine neden olan, istenmeyen sonuçlarına bağlı olarak yaşam kalitesini etkileyebilen ve diyabetli birey ile birlikte ailesini de etkileyen kronik bir hastalıktır (American Diabetes Association, 2015).

Fizyolojik bir hastalık olmanın yanı sıra diyabet, psikolojik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Diyabetli birey fiziksel duygusal ve sosyal birçok sorun yaşayabilmektedir. Diyabetlinin yaşadığı bu sorunlar aileye de yansımaktadır. Bazı diyabetli bireyler ve aileleri arasında bu durum çatışmalara kadar gidebilmektedir. Diyabetlilerin yaşadığı bu olumsuz durumlar onların diyabet kontrolünü de olumsuz olarak etkilemektedir (Akın, 2011).

Ailesel destek, daha geniş bir anlamda sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin teorik temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanır. Lewin, yaşam alanını belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etkenlerin tümü; davranışı ise çevre ile bireyin

fonksiyonu olarak tanımlamaktadır. Lewin'inin davranış tanımında yer alan "çevre" kavramı fiziksel çevreden farklı ama onun içinde yer alan psikolojik çevredir (Martin, Soon, 1993).

Lewin'e göre davranış psikolojik çevrede oluşan değişimdir. Öyleyse bireyin olumsuz davranışlarını ortadan kaldırmak ve yeni davranışlar kazanmasını sağlamak için onun psikolojik çevresinde değişiklikler yapmasına yardımcı olmak gerekir (Martin, Soon, 1993). Sosyal destek çerçevesine içerisinde bireyin, ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ve bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler yer almaktadır (Akın, 2011).

Diyabetli insanlar için aile ilişkileri, desteğin önemli bir kaynağı olabilir ve diyabet bakımına aile merkezli bir yaklaşım savunulmuştur (American Diabetes Association, 2015). Özellikle tip 2 diyabetli bireylerin aile üyeleri pratik yardımlar sağlayabilirler; Örneğin ayak bakımına ya da kan glikoz ölçümüne yardımcı olabilirler ya da bir hipoglisemik dönemin gelişinin semptomlarını tanımlayabilirler. Aile aynı zamanda diyabetli insanları sağlıklı ve normal oldukları yönünde cesaretlendirerek psikolojik bir kaynak olarak da rol oynayabilir. Birçok diyabetli yetişkin eşlerinin diyabetin duygusal etkilerini desteklemekte ve diyabet kaynaklı depresyondan ya da artan sıkıntıdan korunmakta çok önemli olduğunu tanımlamıştır (Akın, 2011; American Diabetes Association, 2015).

Tip 2 diyabetli bireyler; yaşam tarzı ayarlamaları, diyetle ait kısıtlamalar, kan glikoz düzeylerinin kendileri tarafından gözlemlenmesi, komplikasyonların izlenmesi, ilaç kullanımına bağlılık gibi çoklu sorumluluklara sahiptirler. Depresif durumlar, yeme bozuklukları, zayıf aile bağları ve diğer psikolojik problemler diyabetli hastalarda yaygındır ve zayıf glisemik kontrol ve komplikasyonlarda artış ile bağlantılıdır. Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimi için farmasötik tedaviyi esas alan geleneksel tıbbi model önemlidir ancak yetersizdir. Psikolojik tedaviler ve aile danışmanlığının; morbiditeyi azaltmakta ve diyabetli hastaların ve belki de ailelerinin yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkıları olabilir (Akın, 2011).

Aile durumunun anlaşılması birincil bakım hekiminin; iyi bir glisemik kontrolün sağlanacağı, hastaya ve aile bağlarına göre tedaviyi ayarlamasına izin verecektir. Hastalıkların tedavisinde aile desteğinin önemli bir etki-

sinin olduğunu çalışmalar göstermiştir (Kristin, Judith, Lori, 2014).

Tip 2 Diyabette Aile Çatışması

Diyabetteki davranış yönetimine müdahale eden çeşitli aile engelleri vardır. Bu diyabete özel aile engelleri; yönetin hakkında yeterli desteğin eksikliğini, hastalar ve aileleri arasındaki çatışmaları ve tedavi rejimindeki hastalar ve aileleri arasındaki zayıf iletişimi içerir. Diyabet çevresinde ortaya çıkan kişiler arası çatışmalar çoğu kez, diyabet öz bakım davranışlarında düşüşe ve sonrasında daha kötü glikoz kontrolüne yol açabilir (Kristin, Judith, Lori, 2014).

Diyabetli gençlerin sağlık durumlarını ve sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerden aile çatışması; dikkate alınması gereken ana sorun olarak ortaya çıkar. Aile ve hastalar arasındaki birçok çelişkili etkileşim, çoğu kez hastanın diyabetini nasıl yönettiği etrafında döner, kronik hastalıkları olan bireyler ve aileleri arasında kişiler arası çatışmaların nasıl ortaya çıktığının anlaşılması için "düşük yapmış yardım" olarak bilinen süreci tanımlamışlardır. Anderson ve Coyne (1991), hasta ve diğer aile üyeleri arasındaki çatışmada bakım vericiler açısından iyi niyetin nasıl sonuçlandığını, daha sonrasında iki tarafı kutuplaştırarak hastanın diyabetini nasıl daha büyük bir risk altına attığını vurgulamışlardır. Düşük yapmış yardımın değerlendirilmesi için ailenin neden ana odak noktası olması gerektiğini açıklayan çeşitli nedenler vardır. İlk olarak, diyabetli bireye en yakın olanlar tedavi rejiminin günlük ihtiyaçlarına en fazla yardımcı olacak olan aile üyeleridir. İkincisi. Aile üyeleri diyabet hastasına; hastalık yönetiminin sorunları ve genel sağlık bakımı hakkında en fazla tavsiye verecek ya da etki edecek olanlardır (Kristin, Judith, Lori, 2014).

Kronik bir hastalık tanısı konması, kişide olduğu kadar ailede de krize neden olabilir. Önceki ilişkilerinde niteliğine bağlı olarak, hasta ile ailesi arasında güçlülere yol açabilir. Bu diyabetin kontrolü ve tedavi yanıtı üzerinde etkisi bakımından önemlidir (American Diabetes Association, 2015). Ailenin aşırı koruyucu ve kaygılı olması hastanın olumsuz ve riskli ortamlarını aşırı hoşgörüsü ile karşılayıp boyun eğmesi, fazla denetleyici ya da ilgisiz ve dışlayıcı tutumları hem hasta hem de tedavi ekibi için zorluk yaratır (American Diabetes Association, 2015).

Aile; sağlık bakım takımı ile ilişkilerde, egzersiz ve diyeti içeren sağlık davranışlarında bir model sergiler. Böylece, diyabet yönetiminde ailenin tutumu; dengeli destek eksikliğini, artan kişiler arası çatışmayı, diyabeti nasıl en iyi şekilde yönetiriz konusunda zayıf iletişimi ve zayıf sağlık davranışlarını en aza indirger. İlişkilerin dengeli ve çatışmasız olduğu, duyguların rahatça ifade edilebildiği ve iyi iş birliği yapan ailelerde hastanın uyumu daha iyi olmaktadır. (Kristin, Judith, Lori, 2014).

Sonuç

Diyabet kişi için yeni bir yaşam deneyimi ve uyum çabası gerektirir. Diyabetini iyi bir şekilde yönetebilmesi için birey kendi bakımı için gerekli olan davranışları öğrenmeli ve uygulayabilmelidir (American Diabetes Association, 2015). Diyabete bağlı istenmeyen sonuçların oluşturduğu zorluklarla başa çıkabilmelidir. Diyabetli bireyin ailesinin her üyesi de bu durumdan etkilenmektedir. Bazı aile üyelerinin geçici bazı aile üyelerinin sürekli olmak üzere fonksiyonları değişebilmektedir. Bu durum karşısında aile üyeleri ve diyabetli karşılıklı sorumluluk alırlar. Bu sorumluluk başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğinde iyi kontrol bulguları elde edilmektedir. Diyabetin kontrolünün sağlanıyor olması hem diyabetli birey hem de ailenin psikolojik iyilik hali yaşamasını sağlarken tam tersi durumlar da gerçekleşebilmektedir (Akın, 2011; American Diabetes Association, 2015; Kristin, Judith, Lori, 2014).

Diyabetli bireyin diyabet kontrolünde ailenin önemi büyük olduğu için aile üyeleri de diyabetli birey ile birlikte eğitime alınmalı ve diyabet bakımına katılmaya teşvik edilmelidir.

Kaynaklar

1. American Association of Clinical Endocrinologists (AACE, 2014). The american college of endocrinology guideline. Retrieved May 03, 2016, from <http://www.aace.com/2014/chapter171/171.htm>.
2. American Diabetes Association (ADA, 2014). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* vol.37, supp.1, 14-41.
3. American Diabetes Association (ADA, 2015). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* vol.38, supp.1, 31-80.
4. Anderson, B.J., Coyne, J.C. (1991). "Miscarried helping" in the families of children and adolescents with chronic diseases. In: Johnson JH, Johnson SB, editors. *Advances in child health psychology*. Gainesville, FL: University of Florida Press; pp. 167-177.
5. Akın, S. (2011). Diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, 24-25.
6. Düzöz, TG., Çatalkaya, D., Uysal, DD. (2009) Tıp 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 26;210-213.
7. Funnell, MM., Anderson, M. (2002) Working toward threen extgeneration of diabetes self-management education. *American Journal of Preventive Medicine* 22 (45);22-25.
8. Kristin, AR., Judith KO., Lori P. (2014). Family barrier. *The Handbook of Health Behavior Change Book*, Springer Pres, 4th Edition, 297-298.
9. Martin, PR., Soon, K. (1993). The relationship between perceived stress, social support and chronic headaches. *Headache* 33(6); 307-314.
10. Norris, SL., Nichols, P.J., Caspersen, C.J., Glasgow RE. (2002) . Increasing diabetes self-management education in community settings a systematic review. *Am J Prev Med* 22(45);12-15.
11. Olgun, N., Yalın, H., Demir, H. (2011) Diyabetle mücadelede diyabet risklerinin belirlenmesi ve tanılama. *Turkish Family Physician* 2(2).41-43.
12. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dincçag, N., Karsıdag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yılmaz, T., Cakir, B., Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of iabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 28(2): 169-180.
13. Yıldırım, Y., Esen A. (2012) "Yaşlılarda diyabetin yükü ölçeği"nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 15 (1);61-67.
14. World Health Organization (2013). Diabetes. Retrieved May 03, 2016, from <http://www.who.int/diabetes/en/pdf>.

Diyabetik Hastalarda Böbrek Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU, Doç. Dr. Özlem OVAYOLU
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, GAZİANTEP

Özet

Ülkemizde ve tüm dünyada diyabetik nefropati son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli nedenidir. Bu nedenle diyabetik hastalarda böbrek sağlığının korunması ve geliştirilmesi son derece önemlidir. Bu amaçla özellikle kan şekeri ve kan basıncı kontrolünün sağlanması öncelikli hedeftir. Ayrıca mikroalbuminüri ve azalmış glomerüler filtrasyon hızı gibi nefropati göstergelerini takip etmek de oldukça önemlidir. Ancak diyabette bakım, geleneksel ölçümlere ve objektif klinik parametrelere dayandırıl- sa da, hastanın bakış açısı veya şartları klinik parametrelerden farklı olabilir. Bu nedenle, hemşireler hastaların bireysel olarak yaşadıkları güçlükleri dikkate almalı ve hasta- nın tedavi ve bakımında bunlara öncelik vermelidir.

Anahtar kelimeler: Diyabet, böbrek sağlığı, hemşirelik, bakım.

Summary

Role of Nurse in Protection and Promotion of Renal Health in Diabetic Patients

Diabetic nephropathy is the most important cause of end stage renal failure in Turkey and all over the world. For this reason, it is critical to protect and promote renal health in diabetic patients. For this purpose, controlling blood glucose and blood pressure is the primary goal. Moreover, following indicators of nephropathy such as microalbuminuria and decreased glomerular filtration rate is also very important. However even though care in diabetes is based on traditional measurements and objec- tive clinical parameters, patient' perspective or conditions might be different from the clinical parameters. Therefore, nurses should consider the difficulties experienced in- dividually by patients and give priority to them for patient's treatment and care.

Key words: Diabetes, renal health, nursing, care.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation/IDF) tahmin- lerine göre 2015 yılındaki diyabetli sayısı 415 milyon civarındadır (<http://www.diyabetcemiyeti.org/c/diyabet-istatistikleri>) ve diyabetin mikrovasküler komplikasyonları arasında yer alan nefropati artan sayıda hastanın son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne girmesinde önemli bir etkidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yeni gelişen SDBY'nin %40'ını diyabetliler oluşturmaktadır (Kurt ve ark., 2004). Türk Nefroloji Der- neği'nin verilerine göre, ülkemizde 2014 yılında hemodiyaliz (HD) tedavisine başla- nan hastaların %39,31'inin SDBY'ne girme nedeni diabetes mellitus (DM),

%28,40'ünün ise hipertansiyon (HT)'dur. Yine 2014 yılında periton diyalizi (PD)'ne başlayan hastaların %30,04'ü HT, %25,19'u ise DM nedeniyle SDBY'ne girmiştir (www.tsn.org.tr/folders/file/2014-REGISTRY-KITABI.pdf).

Yapılan bir çalışmada; 9307 hastanın %54.1'inde evre 1-5 kronik böbrek hastalığı (KBH) olduğu, ancak yalnızca %12.1'inin tanılandığı, klinisyenlerin evre 1 ve 2'den ziyade, evre 3-5 KBH'yi tanılamada daha başarılı oldukları tespit edilmiştir. KBH'nin başlıca olumsuz sonuçları kronik böbrek yetmezliğine ilerlemesi ve bozulmuş böbrek fonksiyonlarının kardiyovasküler hastalıklar gibi komplikasyonlara zemin hazırlamasıdır. Ayrıca tüm ilaçların yaklaşık üçte ikisi böbrekler tarafından atıldığı için, son zamanlarda böbrek fonksiyonlarında bozulma önemli bir hasta güvenliği riski olarak ortaya çıkmıştır. Diyabet ve KBH'nin ekonomik yükü de 1993 yılından 2009 yılına kadar 11 kat artış göstermiştir. Genellikle KBH geç evrelerine kadar kısmen sessiz olduğu için farkındalık %10 civarındadır. Oysa hastalığın erken tespiti tedavide daha fazla zaman kazandırmaktadır. Son yıllardaki gözlemsel veriler Tip 2 diyabetilere verilen bakımın kronik böbrek yetmezliği (KBY)'ne gidişi azalttığını göstermiştir. Bu nedenle kardiyovasküler risk faktörlerinin agresif kontrolü, ilaçların uygun olarak reçetelendirilmesi ve böbrek fonksiyonunun bozulması durumunda hemen girişimlerin başlatılması gerekir (Szczec et al., 2014).

Tanım olarak diyabetik nefropati (DN), diğer böbrek hastalıkları olmadan, diyabetli bir hastada sürekli idrarda günde 300 mg'dan fazla albumin ekskresyonudur. DN, diyabetin geç bir bulgusu gibi görünmekle beraber, DN'den önce fizyolojik, patolojik ve klinik belirtiler olur. Tip 1 ve Tip 2 diyabette böbrek lezyonlarının patolojisi benzer olmakla birlikte Tip 1 DM'de nefropatinin gelişmesinde ve ilerlemesinde hipergliseminin payı büyüktür ve genellikle HT ve kardiyovasküler hastalık (KVH), nefropati geliştikten sonra oluşur. Tip 2 DM'de ise hipergliseminin yanında HT, hiperkolesterolemi, plazminojen aktivatör inhibitörünün artması gibi faktörler de önemlidir (Kurt ve ark., 2004). Diyabetik nefropatide hiperglisemi ve arterial hipertansiyon iki temel risk faktörüdür (Nosadini and Tonolo 2002; Deferrari et al., 2003; Avcı ve Çakır, 2014). DN'ye duyarlılığın yanı sıra tartışmasız diğer bir risk faktörü ise "glisemik kontrol derecesi"dir. Ayrıca genetik faktörler, özellikle ailesel yatkınlık, diyabetik nefropati gelişimin-

de önemli role sahiptir. Yapılan ailesel çalışmalarda hem tip I hem de tip II DM'de, DN'nin gelişiminde genetik bir katkı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sigara kullanımı, dislipidemi, mikroalbuminüri veya proteinüri, diyabet süresi, erkek cinsiyet, fazla protein alımı (?) gibi faktörler de DN'nin ortaya çıkmasında etkilidir (Deferrari et al., 2003; Mogensen 2003; Avcı ve Çakır 2014). Düşük protein diyeti, diyabetik nefropatinin ilerlemesini geciktirmek için uzun yıllar önerilmiştir. Yapılan bir meta analizde düşük proteinli diyetin HbA1c ve idrarda protein atılımında düşüş sağlamasına rağmen, tip 1 ve tip 2 diyabetik nefropatili hastalarda böbrek fonksiyon belirteçlerinde belirgin bir iyileşme sağlamadığı gösterilmiştir (Pan et al., 2008). Başka bir çalışmada da, protein alımını azaltarak böbrek yetmezliğinin yavaş ilerlemesinin sağlanabileceği belirtilmiş ama istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir (Robertson et al., 2007). Ancak klinik deneyimler neredeyse yüksek kan şekeri ve kan basıncı olan tüm hastalarda, klinik olarak nefropati ve retinopati gelişeceğini göstermektedir. Bu risk faktörlerinden ikisinin birarada bulunması riski arttırmaktadır. Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların küçük bir kısmında hiperglisemi ve kan basıncı yüksekliği gibi risk faktörleri kontrol edilse de proteinüri gelişebileceği ve SDBY oluşabileceği unutulmamalıdır. Düşük sosyoekonomik durumun önemli bir risk faktörü olduğu da yeni çalışmalarda gösterilmiştir (Mogensen 2003). Yapılan bir çalışmada nefropati için en önemli belirleyicilerin ileri yaş, uzun süreli diyabet öyküsü, retinopati, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olduğu belirlenmiştir (Cueto-Manzano et al., 2005). Ayrıca kötü klinik ve metabolik kontrol sonunda böbrek hasarı gelişebilir ve bu hasar yetmezliğe götürebilir (Martínez-Ramírez et al., 2008). DN'nin diğer risk faktörleri arasında obezite, plazma renin aktivitesi, etnik köken de sayılabilir (Diyabetik Hasta ve Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Uygulama Klavuzu, 2013).

Diyabetik hastalarda SDBY, buzdağının sadece görünen yüzüdür ve diğer hafif ve orta şiddetteki böbrek bozukluklarını kapsamamaktadır. Bu nedenle diyabetik hastaların SDBY ile karşılaşma riskini azaltmak için, kötü glukoz kontrolü ve hipertansiyon gibi nefropatiye yol açan risk faktörlerini belirlemek ve mikroalbuminüri ve azalmış glomerüler filtrasyon hızı (GFH) gibi nefropati göstergelerini takip etmek oldukça önemlidir (Metsärinne et al., 2015; Mogensen 2003).Yapılan bir çalışmada artan yaş,

uzun diyabet süresi, KVH ve HT varlığı ile glomerül fonksiyonlarında azalma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Normoalbuminürik ve GFH'si 60-89 ml/dakika olanlar, SDBY açısından düşük riske sahip hasta grubu olarak değerlendirilmektedir. KBH'nin 3-5. evresinde ve albuminürik olan hastalar ise KVH ve SDBY'ye gidiş açısından ciddi risk grubundadır. Diyabeti olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında; diyabetik hastalarda 5-10 yıl sonra mikro ve makroalbuminüri oranının kümülatif olarak belirgin bir şekilde arttığı görülmüştür. Tip 2 diyabetlilerde başlangıçtaki mikro ve makroalbuminüri oranı %18.2 ve %3.0, beş yıl sonra da oran yine yaklaşık olarak aynı iken, 10 yıl sonra üç kat artış gösterir. Diyabetlilerde albuminüri gelişiminde en önemli belirleyici faktör glisemik kontrolüdür. Böbrek fonksiyonlarını etkileyen en önemli faktör de albuminüridir. Diyabet tanısı konduğunda var olan albuminüri de hastalık gidişatını etkiler. Kan basıncının kontrolü, kilo ve glikolize hemoglobin (HbA1c) modifiye faktörler olabilir (Metsärinne et al., 2015). NKF/KDOQI (National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) diyabetik hastalarda böbrek yetmezliği olsun yada olmasın HbA1c düzeyinin %7'nin altında olmasını önermektedir (Aşçı, 2016). HbA1c diyabetik hastalarda glisemik kontrolü değerlendirmek için standart bir belirteçdir. Ancak, HbA1c değeri ortamın ısı, pH, hemoglobin düzeyi, eritropoietin uyarıcı ajanlar, eritrositlerin yaşam süresi, üremik ortam, kan transfüzyonu, glikoz düzeyi ve maruziyet zamanı gibi birçok faktörden etkilenebilir (Okada et al., 2011; Vos et al., 2012). Üremik tablo veya metabolik asidoz genellikle daha yüksek HbA1c değerlerine neden olabilir. Düşük serum albumini, düşük vücut kütle indeksi, anemi, eritrosit yaşam süresinde kısalma, kan transfüzyonları gibi durumlarda daha düşük HbA1c (<%6) düzeyleri ile karşılaşılır ve diyabetik diyaliz hastasında düşük HbA1c bir malnütrisyon göstergesi olabilir (Aşçı, 2016). HbA1c'nin birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle glikolize albumin (GA) alternatif bir glisemik belirteçdir. GA, iki ila dört haftalık glisemik kontrolü yansıtır. Non-diyabetik böbrek hastalığında ve diyabetik nefropatisi olan hastaların çoğunluğunda aşikar proteinüri vardır. Bu nedenle, hastaların glisemik kontrolünün değerlendirilmesi için GA değerlerinin doğrulanması gerekir. Diyabetik diyaliz hastalarında glisemik kontrolün değerlendirilmesinde GA'nın ölçülmesinin HbA1c'den daha doğru ol-

duğu gösterilmiş olmakla birlikte, bu durum prediyaliz dönemde net değildir. Proteinürik KBH'de kan basıncı, antihipertansif ilaçlar, tuz veya protein alımı gibi birçok faktör proteinin atılma düzeyini değiştirmektedir. Ayrıca bu değişiklikler kısa bir süre içinde gerçekleşebilmektedir (Okada et al., 2011).

NKF/KDOQI tarafından yapılan KBH sınıflandırması böbrek hasarının olup olmamasına, mikro ya da makroalbuminüri varlığına, GFH ve serum kreatinin gibi hastalık belirteçlerine dayanır. Artan albuminüri ve düşük GFH hem artmış KVH riski ile hem de mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Tip 2 diyabeti olan hastalarda da, albuminüri ve düşük GFH ile KVH arasında aynı ölçüde bağlantı olduğu gösterilmiştir (Solini et al., 2012).

Yapılan çalışmalar, yoğun glisemik kontrolün mikrovasküler hastalık gelişimi ve ilerlemesinde etkili olduğu kadar, hiperglisemi ve diyabetik komplikasyonlara maruz kalma süresi ile de güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermiştir. Hastanın kontrollerinde gözlenen HbA1c'deki her değişim; hem diyabetik retinopati hem de nefropati gelişimi için bağımsız bir risk faktörüdür. HbA1c'nin mikroalbuminüri riskinde bağımsız bir değişken olduğu gösterilmiştir. Albumin atılım hızı; semptomlar, idrar yolu enfeksiyonu belirtileri veya diğer müdahale gerektiren klinik durumların yokluğunda 24 saatlik idrarda veya sabah ilk idrarda albumin/kreatinin oranı hesaplanarak belirlenir. Albuminüri; <30 ise normoalbuminüri, 30-299 ise mikroalbuminüri, ≥300 ise makroalbuminüri olarak değerlendirilir. Hastaların KBH açısından evrelendirilmesinde ise GFH kriter olarak alınmaktadır. GFH ≥90 ise evre 1; 60-89 ise evre 2; 30-59 ise evre 3; 15-29 ise evre 4; ve <15 ise evre 5 olarak sınıflandırılır (Penno et al., 2013). Üç ay veya daha fazla süreyle 60'ın altında bir GFH ya da böbrek hasarı (idrarda albumin düzeyinin yüksek olduğunun belirlenmesi) KBH'yi gösterir. KBH'nin evrelendirilmesi tablo 1'de verilmiştir (Mandal and Hiebert 2015).

Ancak bu beş evrelendirme yaklaşımı, öncelikle GFH'ye dayalı olduğu için eleştirilmekte, özellikle yaşlı ve kadın bireylerde doğru tahminler yapılamayabileceği belirtilmektedir. Albuminürinin varlığı ve şiddeti böbrek ve KVH açısından güçlü bir belirleyici olduğu halde bu sınıflandırmada evre 3-5'in tanımı bu bilgiyi içermemektedir. Oysa evreleme sistemi hastalığın doğal seyrini ve özelliklere prognozu yansıtmalıdır. Bu nedenle diyabette KBH'nin

doğal seyrinin albüminüri ve nonalbuminüri olmak üzere iki farklı yolla takip edilmesi önerilmektedir (Pugliese et al., 2014).

Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ölçümlerden serum kreatinin ve kan üre azotu (BUN) düzeyi, hassas olmadığı için şiddetli hastalık gelişinceye kadar yükselmez. Daha duyarlı testler; kreatinin klirensi, GFH ve idrar albümin düzeyidir. Albümin kreatinin oranı $> 30 \text{ mg/g}$ olan hastalarda riskin yüksek olduğu ve bir anjiyotensin dönüştüren enzim (ACE) inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) kullanarak kan basıncının ($<130/80 \text{ mm Hg}$) düzenlenmesi tavsiye edilmektedir. Hastanın albümin kreatinin oranı $<30 \text{ mg/g}$ ise, genellikle düşük risk altında olduğu ve herhangi bir antihipertansif ilaç kullanarak, her zamanki kan basıncı düzeyinin ($<140/90 \text{ mm Hg}$) sağlanması önerilmektedir. Tip I diyabetlilerde, erken böbrek hastalığı tanısı mikroalbuminüri mevcudiyetine göre belirlenir. Bu hastalarda tanıdan itibaren 2-5 yıl içinde böbreklerde fonksiyonel değişim olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Tip II diyabetteki seyir bu kadar net tanımlanamasa da, yaşlı hastalar dışında, benzer bir seyir izlediği tahmin edilmektedir. Isırcı albüminüri; böbreğin hasar gördüğü anlamına gelir. Birkaç hafta içinde yapılan analizlerin ikisinde albümin pozitif ise, bu durum diyabetik böbrek hastalığının ilk belirtisi

olarak kabul edilir. Albüminürinin diğer nedenleri hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, metabolik sendrom veya nefrotik sendrom nedeniyle ortaya çıkan böbrek hasarıdır. Hatta bu hastalıklar olmadan idrarda albüminin normalden daha yüksek seviyelerde çıkması KVH için bir risk faktörüdür. Risk altındaki asemptomatik bireylerin idrarda albümin taraması ile erken böbrek hastalığı tespit edilebilir, mikroalbuminüri ölçümü bazı hastalarda belirleyici olabilir. Ancak böbrek hastalığı olan tüm hastaların tespit edilemeyeceği de unutulmamalıdır (National Kidney Foundation 2016). Hatta diyabetik böbrek hastalığının erken evrelerinde mikroalbuminüri görülmeyebilir. Diyabetik nefropatide geleneksel görüş SDBY ile sonuçlanan, böbrek fonksiyonlarındaki azalmadan bir kaç yıl önce, idrarda albümin atılımının yavaş yavaş artmasıdır. Ancak İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması (UKPDS) sonuçlarına göre böbrek hasarı olan (tahmini kreatinin klirensi 60 ml/dk) tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık % 50'sinde takip süresi boyunca albüminüri gelişmediği belirlenmiştir. Boronat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da evre dört veya beş olan hastalarda bile, albüminüri prevalansı % 21.8 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonunda hastaların idrarda albumin atılımı normal kalırken ilerleyici böbrek fonksiyon bozukluğunun oluşabileceği, normoalbuminürik hastaların %76'sının kadın olduğu ve kadın cinsiyetin en güçlü değişken olduğu vurgulanmıştır (Boronat et al., 2014).

Albüminüri spot idrarda tespit edilebilir. Diyabetiklerde ve eşlik eden hipertansiyonu olan tüm hastalarda spot idrarda albümin-kreatinin oranı ve GFR üzerinden değerlendirme yapılması önerilmektedir (B düzeyi kanıt) (Chamberlain et al., 2016). Spot idrarda yapılan değerlendirmede sonuç negatif ise yine spot idrarda albümin-kreatinin oranına bakılır. 12-70 yaş aralığında olan tip 1 ve tip 2 diyabetiklerin en az yılda bir kez albüminüri değerlendirmesi yaptırmaları gerekir. Mevcut rehberler 60 yaş ve üstü, diyabet, yüksek kan basıncı, sistemik hastalıklar, böbrek yetmezliğine ilişkin aile öyküsü de dahil olmak üzere KBH için risk faktörleri olan hastalarda albüminüri taraması yapılmasını tavsiye etmektedir. Sonuç pozitif olursa, ikinci bir test ile teyit edilmelidir. Test has-

Tablo 1: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelendirilmesi

Evre	Tanım	GFH
Artmış risk	Böbrek hastalığı için risk faktörleri (diyabet, hipertansiyon, aile öyküsü, ileri yaş, etnik grup gibi)	90'ın üstü
1	Böbrek fonksiyonları normalden var olan böbrek hasarı	90 veya üstü
2	Böbrek fonksiyonlarında hafif kayıp ile birlikte görülen böbrek hasarı	89-60
3a	Hafif- orta düzeyde böbrek fonksiyonlarında kayıp	59-45
3b	Orta-ciddi düzeyde böbrek fonksiyonlarında kayıp	44-30
4	Ciddi düzeyde böbrek fonksiyonlarında kayıp	29-15
5	Böbrek yetmezliği	15'in altı

talık, ağır egzersiz, idrar yolu enfeksiyonları veya kan şekeri kontrolünün kötü olduğu dönemlerde yapılırsa, pozitif bir sonuç görülebilir (National Kidney Foundation, 2016). ADA de aynı şekilde (American Diabetes Association) mikroalbuminüri için düzenli tarama yapılarak risk grubundaki hastaların titizlikle belirlenmesini ve izlenmesini önermektedir. Hastaların böbrek fonksiyonlarında önemli bir düşüş meydana gelmişse, hemen yoğun tedaviye başlanmalıdır. Özellikle kötü metabolik kontrol, kan basıncında yükselme, glomerüler hiperfiltrasyon ve yüksek albümin atılımı olan risk grubundaki hastalarda mikroalbuminürinin saptanması oldukça önemlidir. Tip 1 veya Tip 2 diyabetli hastalarda mikroalbuminüri tedavi edilmezse ilerler ve ardından GFH düşer. Her iki diyabette, sıkı glisemik kontrol ve etkin antihipertansif tedavi böbrek ve retina fonksiyonlarını koruyan ana unsurlardır. Tip 2 diyabet teşhis anından itibaren, sadece hiperglisemi ile karakterize değildir, aynı zamanda kan basıncının yükselmesi ve dislipidemi eşlik eder. Çünkü bu diyabet tipinde temel sorun; hastalığın karmaşıklığı, komplikasyonların yıllar içinde yavaş yavaş gelişmesi ve bu komplikasyonlara karşı kanıtlanmış müdahale stratejilerinin yetersizliğidir. Bu nedenle aynı zamanda dislipidemiyi kontrolü, sigara karşıtı kampanyaların yapılması ve aspirin tedavisi de dahil olmak üzere yoğun bir multifaktöryel müdahale önerilmektedir.

Son kanıtlar mikroalbuminüri gelişmeden önce optimal glisemik kontrole ulaşmanın albüminüri riskini azalttığını göstermektedir. ACE inhibitörleri, mikroalbuminürinin azaltılmasında etkilidir. Mikroalbuminürisi olan Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastalarda, ACE inhibitörleri ile uzun süreli tedavi (7-8 yıl) GFH'deki tahmini azalmayı önler. Optimal glisemik kontrol de GFH'deki düşüşün önlenmesinde önemlidir. Tip 1 diyabetli hastalarda GFH'de düşüşün azaltılabileceği gösterilmiştir. Mikroalbuminürinin taranması, optimal glisemik kontrole ulaşılması, ACE inhibitörleri ve diğer antihipertansif ilaçlar ile erken tedavi, diyabetik komplikasyonların ilerlememesi, özellikle diyabetik nefropatinin önlenmesi için gereklidir (Mogensen 2003; Metsärinne et al., 2015). Glisemik kontrol birçok değişkenden etkilenmektedir (Nau et al., 2010). Bu nedenle glisemik kontrolün sağlanmasında güçlük çekilen hastalarda bu nokta gözönünde bulundurulmalıdır. Kötü kontrollü glisemi böbrek hastalığı ve ilerleme riskini

arttırırken, yoğun tedavi edilen ve istikrarlı glisemik kontrol sağlanan hastalarda risk azalır. Yoğun, çok hedefli ve erken tedaviye başlanan, henüz makrovasküler komplikasyonların gelişmediği olgularda özellikle kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azaltılmasında yardımcı olabilir (Detournay et al., 2012). Glisemik kontrolde açlık kan şekerinin en az 140 mg/dL, bir saatlik tokluk kan şekerinin en az 200 mg/dL, HbA1c'nin 6-7 olması hedeflenir. KBY nedeni ile dokularda biriken üremik toksinler ve artan paratiroid hormon düzeyleri; özellikle iskelet kas dokularında insülin direncine yol açar. KBY nedeni ile ortaya çıkan anemi de insülin direncine etki eder ve aneminin insülin duyarlılığını arttırdığı gösterilmiştir. KBY olan hastalarda metabolik asidoz, yine paratiroid hormonu seviyelerinde yükselme ve vitamin D seviyesinde azalmaya bağlı olarak insülin sekresyonu azalır. KBY'nin ileri aşamalarında, GFH'nin 15-20 ml/dk'dan daha az olduğu, renal klirensin bozulduğu ve insülinin azaldığı hastalarda tedavi oldukça önemlidir. İnsülin direnci, insülin gereksinimini arttırdığı halde, ileri KBY olan diyabetik hastalarda insüline ihtiyaç azalır, hatta tip 2 diyabetli hastalarda gereksinim giderek düşer ve bu durum hipoglisemi riskini beraberinde getirir. HD veya PD gibi renal replasman tedavisi (RRT) alan hastalarda nispeten değişen insülin gereksinimleri takip edilerek klinik olarak düzelme sağlanır. Ayrıca RRT ile üremik semptomların hafifletilmesi, iştah ve gıda alımının artması da insülinle ilgili değişiklik yapılmasını gerektirebilir.

Son araştırmalar, yüksek glukoz düzeyi nedeniyle ortaya çıkan antioksidan işlevlerinde ve hücrel reaktif oksijen türlerinin (ROS) üretimindeki değişikliklerin hem böbrek yetmezliğine hem de diyabetin indüksiyonuna katkıda bulunduğunu göstermektedir (Nasri and Rafieian-Kopaei 2015). Bu nedenle ROS düzenlenmesini hedef alan tedaviler, diyabetik böbrek hastalığından korunmada ve tedavisinde etkili olabilir. Bu bağlamda, antioksidanların kullanımının, diyabetik böbrek hastalığına karşı korunmada etkili olduğu ifade edilmektedir (Jha et al., 2016). Statinlerin de böbrekler üzerindeki olumlu etkileri üzerinde durulmaktadır. Özellikle kardiyovasküler hastalığı olanlarda uygulanan statin tedavisinin böbrek fonksiyon kaybını ve proteinüriyi azalttığı gösterilmiştir (Sandhu et al., 2006).

Diyabetik nefropatinin tedavisi ve önlenmesi optimum

metabolik ve kan basıncı kontrolüne, proteinürinin azaltılmasına ve renin-angiotensin-aldosteron sisteminin inhibisyonuna dayanır. Normoalbuminürik hastada optimal glisemik kontrol SDBY'nin primer olarak önlenmesinde önemli bir rol oynar. Mikroalbuminüri aşamasında kan basıncı (130/80 mmHg) ve glisemik kontrolün (% 7.0'nin altında HbA1c) sağlanması belirgin nefropati görülme sıklığını azaltır (Vora et al., 2000; De Ferrari 2003; Ravera et al., 2007). ACE inhibitörleri (Deferrari et al., 2002) veya ARB, kan basıncı seviyesinden bağımsız olarak, aşikar nefropatinin gelişmesini geciktirir. Belirgin olarak proteinüri geliştikten sonra, nefropatinin ilerlemesinde glisemik kontrolün etkili olup olmadığı belirsizdir. Optimal kan basıncı düzeyleri proteinüri <1 g / gün ise <120/75 mmHg, proteinüri > veya = 1 g / gün olan hastalarda <130/80 mmHg olarak hedeflenmelidir (Ravera et al., 2007).

Ancak diyaliz hastalarında sıkı kan şekeri kontrolünün hipoglisemik atakların riskini arttırdığı unutulmamalıdır. Bu risk özellikle iştahsız olan hastalarda daha yüksektir. Ayrıca diyaliz hastalarında hiperglisemi belirtileri böbrek yetmezliği olmayan hastalara göre daha azdır. Bu nedenle, son bilimsel kanıtlar, SDBY olan diyabetik hastaların tedavisinde glisemik kontrolün başlıca terapötik hedef olarak kabul edilmesini tavsiye etmektedir. Özellikle PD sırasında hastaların yüksek glukoz konsantrasyonlarına maruz kaldığı da bilinmelidir.

Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta oral antidiyabetiklerin (örneğin biguanidler) genellikle böbrekle atıldığı ve böbrek yetmezliği olan hastalarda bazı sorunlara (laktik asidoz gibi) neden olabileceğidir. Bu nedenle ilaçların dozu GFH'ye ve (en az 60 cc / dk) veya serum kreatinin düzeyine (4.1-5.1) göre ayarlanmalıdır. GFH 50 mL/dk üzerinde olduğunda insülin dozunun azaltılmasına gerek yoktur. Ancak GFH 10-50 ml/dak olduğunda insülin dozu yaklaşık olarak % 75 azaltılmalıdır. GFH 10-50 ml/dakikadan az ise, doz yaklaşık % 50 azaltılabilir. Bu ayarlamalar geneldir ve insülin doz ayarlaması düzenli kan şekeri ölçümlerine dayalı olmalıdır. İnsülin tedavisinin böbrek yetmezliği ve diyaliz hastalarında oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğu ve (Mandal 2015) diyalizle üremi-nin düzeltilerek, insülin direncinin azaltılması gerektiği unutulmamalıdır. PD hastalarında insülin güvenli ve doğru uygulanması koşulu ile deri altına veya periton içine uygulanabilir (Nasri and Rafieian-Kopaei. 2015).

Diyabetik nefropatinin primer olarak önlenmesinde iki ana tedavi stratejisi, özellikle ACE inhibitörleri ile kan basıncını düşürmek ve glisemik kontrolü sağlamaktır. İkincil korunma ise, diyabetik nefropati gelişme riski yüksek olan (örneğin mikroalbuminüri olanlar) hem tip 1 hem de tip 2 diyabetli hastalarda ACE inhibitörlerinin kullanımı ile birlikte, metabolik kontrolün sağlanmasını ve progresyon riskinin azaltılmasını içerir. Özellikle aşikar nefropatisi olan hastalarda antihipertansif tedavi albüminüriyi azaltır, GFH'nin düşüşünü yavaşlatır, SDBY gelişimini geciktirir ve hayatta kalma süresini uzatır (Parving et al., 2001). Özellikle Tip 2 diyabetiklerde diyalize başlama süresi ile yaşam süresi arasında da yakın bir ilişki bulunmaktadır. Tedaviye erken başlayan hastalarda daha uzun sağkalım mevcuttur (Lin et al., 2003; Martínez-Ramírez et al., 2006). Bu nedenle kreatinin klirensi yaklaşık 10-15 ml/dakikaya düşer düşmez diyaliz tedavisine başlanmalıdır. Diyaliz programının seçimi ise hastaya özgü olacak şekilde ayarlanmalıdır (De Ferrari 2003).

Diyabet tanısı konan hastalar derhal böbrek hastalığı ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve daha sonra düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Ayrıca diyabet ve KBH olan hastalar özellikle kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından da yüksek risk altındadır. Erken tanı geri dönüşümsüz hasar oluşmadan önce değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörlerini tedavi etmek için fırsat yaratır. Böbrek hastalığı için tarama testleri nispeten basittir ve proteinüri veya albüminüri varlığı, anormal idrar sedimenti ve GFH'nin tahmini olmak üzere üç değerlendirmeyi içerir. Tip 1 diyabet tanısından yaklaşık beş yıl sonra ve tip 2 diyabet tanısı konan tüm hastalar proteinüri açısından rutin olarak değerlendirilmelidir. Proteinüri saptandıktan sonra proteinürinin miktarının belirlenmesi gerekir. Proteinürisi negatif olan hastalar mikroalbuminüri açısından taranmalıdır. Pozitif sonuç üç ila altı aylık süre içinde iki kez tekrarlanarak teyit edilmelidir. İki ya da üç testin sonucunun pozitif olması, hastada yeni başlayan nefropatinin ilerlediğini düşündürülebilir. Mikroalbuminüri si negatif olan hastalar ise yılda bir taranmalıdır. Durumun etkin yönetimini sağlamak için, hastaların erken aşamada bakıma dahil edilmesi gerekir.

KBH'de tedavi evreye göre yapılır. Evre 1 ya da 2'de risk faktörlerinin erken yönetimi ile böbrek hastalığının ilerlemesini yavaşlatmak mümkün olabilir. Evre 3'te, hem

hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, hem de kronik böbrek hastalığının komplikasyonlarını tedavi etmek gerekebilir. Evre 4'de hastaları RRT'ye hazırlamak, evre 5'te ise, RRT almasını sağlamak kaçınılmaz bir durumdur (Rossert and Fouqueray, 2004).

Yaşlı diyabetiklerde, genç nüfusa oranla komorbid durumların (hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve KBH) görülme sıklığı da daha yüksektir. Bu nedenle yaşlı popülasyonda farklı ve daha hassas yaklaşımlar önerilmektedir. Bu girişimler antihiperglisemik ajanların seçiminde özen gösterilmesi ve tedavide daha az sıkı kontrolün hedeflenmesi gibi yaklaşımları içermektedir (Bailey et al., 2014).

Böbrek sağlığının korunması açısından böbrek fonksiyonlarını daha da kötüye götüren akut hacim azalması, dehidratasyon ve idrar yolu tıkanıklığı gibi potansiyel faktörlerden kaçınılmalıdır. Radyokontrastlar, steroid içermeyen anti-enflamatuar ilaçlar (NSAID) ve aminoglikosid grubu antibiyotikler gibi nefrotoksik olduğu bilinen ilaçlardan özellikle kaçınılmalı ve mümkünse alternatifleri kullanılmalıdır. Diyabetli hastalarda böbrek hastalığının erken dönemlerinde kardiyovasküler morbidite ve mortalite riski artmıştır. Bu nedenle özellikle diyabetiklerde dislipidemi, anemi, kalsiyum-fosfor metabolizması bozuklukları gibi kardiyovasküler risk faktörlerini tedavi etmek esastır. Diyabetik hastaların izlenmesi sırasında bir diğer önemli nokta, RRT için erken planlama yapmaktır.

Sonuç olarak diyabetli hastaların düzenli olarak izlenmesi, erken böbrek hasarının tespit edilip, hemen müdahale edilmesini kolaylaştırır ve ilerlemesini yavaşlatır. Aynı zamanda dislipidemi ve anemi gibi tedavi ile değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmak mümkün olabilir (Rossert and Fouqueray 2004). Ayrıca diyabet yönetimi kardiyometabolik kontrolün yanı sıra semptom kontrolünü de içermelidir (Downs and Faulkner 2015). Multi-disipliner ve interdisipliner bir yaklaşımla metabolik ve kan basıncı kontrolü ve böbreği koruma ve geliştirmeye yönelik tedavi yöntemlerine yoğunlaşılması gerekir (Fontseré et al., 2006).

Diyabette bakım, geleneksel ölçümlere ve objektif klinik parametrelere dayandırılrsa da, hastanın bakış açısı veya şartları klinik parametrelerden farklı olabilir. Hastalar diyet ve egzersiz rejimi, ilaçlar ve insülin enjeksiyonları, evde kan şekeri ölçümü dahil günlük rutinlerinde önemli değişiklikler gerektiren durumlarla karşılaşabilirler. Ayrıca bir-

çok eşdeğer tedavi seçeneği olması da hastalar açısından güçlükler yol açabilir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri hastaların bireysel olarak yaşadıkları güçlükleri dikkate almalı ve hastanın tedavi ve bakımında bunlara öncelik vermelidir (Tamir et al., 2012).

Ayrıca ciddi morbidite ve mortalitenin önlenmesi için, öz-bakım davranışlarının geliştirilmesi gerekir. Diyabet konusunda eğitim gören hastaların daha doğru öz bakım davranışları geliştirdiği bilinmektedir. Bu nedenle diyabet eğitiminde diyabetin şiddetine ve komplikasyonlarına ağırlık verilmeli ve kendi kendine bakımda engelleri aşmaya odaklanılmalıdır (Ayele et al., 2012). Diyabet yönetimine ilişkin kanıta dayalı önerilere yetersiz uyum nedeniyle, temel sağlık hizmetlerinin maliyeti gittikçe artmaktadır. Bu durumun önlenmesi için sağlık çalışanlarının işbirliğine dayanan ilişkiler kurarak hasta bakımında sinerjistik etki yaratılması, ortak problem çözme ve karar vermenin kolaylaştırılması gerekir. Sağlık ekibi disiplinler arası olmalı ve sağlık sistemi ile etkili bir iletişim kurmalıdır. Çekirdek ekip, en az bir aile hekimi ve/veya diyabet uzmanının yanı sıra diyabet eğitimcilerinden (hemşire ve diyetisyen) oluşmalıdır. Diyabetin yönetiminde sağlık ekibi ile işbirliğinin artırılmasının maliyet-etkin olduğu gösterilmiştir (Health Quality Ontario 2009).

Diyabetli hastalarda tarama programları hayat kırtabilir veya ciddi durumların erken tanınması ile yaşam kalitesi arttırılabilir. Ancak bu programların, komplikasyonların gelişme riskini azalttığı, korunma noktasında ise garanti vermediği unutulmamalıdır (Newman et al., 2005). Tip 1 ve Tip 2 diyabetlilerde kan basıncı ve kan şekeri kontrolü diyabet ile ilişkili komplikasyonların riskini azaltmaktadır (Hill et al., 2014). Ancak bu hasta grubunda yoğun glikoz kontrolü ağır hipoglisemi riskini arttırır. Bunun için hipoglisemi riskini iyi yönetmek ve hasta eğitimini dikkate almak gerekir. Ayrıca yaşlı hastalarda yoğun tedavinin etkileri ile ilgili kanıtlar da yetersizdir (Fullerton et al., 2014).

Diyabet yönetiminin nihai hedefi diyabetik hastaların yaşam kalitesini arttırmak, komplikasyonları önlemek ve tedavinin ekonomik yükünü azaltmak için gerekli önlemleri almaktır. Diyabet ve diyabete ilişkin komplikasyonların kan şekeri, kan basıncı, dislipidemi, vb durumların kontrol altına alınması ile azaltılabileceği rapor edilmiştir. Böylece, diyabetik hastaların kılavuzlar yardımıyla öz-yönetim, ve

diyabet eğitimi doğrultusunda uygun diyabet yönetimini sağlayacağı bildirilmektedir (Jung et al., 2015).

Klinik pratikte, farmakolojik ajanların hastaların yararına her zaman tek başına kullanılmayacağı, klinisyenlerin ve hastaların renoproteksiyon ilgili eğitimi alması gerektiğini göstermektedir. Hastaların yararına olan en iyi farmakolojik ajanı kullanmak için güncel bilgilerin takip edilmesi ve klinisyenlerin bu yönde kendilerini geliştirmeleri gerekir. Çünkü çok faktörlü tedavi yaklaşımı diyabet ile ilgili renal ve kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi için çok önemlidir (Deferrari et al., 2003).

Diyabetlilerin sayısının artması ve hastalığın kontrol edilmesinde yaşanan güçlükler, birey, aile ve devlet düzeyinde ağır bir yükü sonuçlanmaktadır. Bu nedenle, daha iyi diyabet kontrolünü sağlamak dünya çapında önemli bir husustur ve bu amaçla tedavi aşağıda da belirtildiği gibi ABCDEFG şeklinde özetlenmektedir.

A = A1C/ HbA1C (<%7)

B = BP (< 130/80 mmHg)

C = Kolesterol ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL<100mg/dl)

D = ilaç ve reçete edilen ilaçlara uyum (öngörülen %80-90)

E = Göz (yılda en az bir kez göz muayenesi olması ve muayene sonucunun normal olması)

F = Ayak (en az yılda bir kez ve normal olan ayak muayenesi sonuçları)

G = Glomerül filtrasyon hızı ve mikroalbuminürinin değerlendirilmesi (yılda en az bir kez yapılması ve sonuçların normal olması) anlamına gelir (Chiou 2014).

Ancak bu bilgilere rağmen, KBH'yi yönetmek için çabaların yeterli olmadığı ve SDBY'ne gidişin arttığı kanıtlanmıştır. Sosyo-ekonomik faktörler, birinci basamak hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler, kötü sağlık okuryazarlığı, KBH hakkında bilgi eksikliği, diyabetin ve hipertansiyonun yetersiz kontrollü gibi faktörler KBH'nin etkin yönetilmesinde vurgulanan engellerdir. KBH'nin ilerlemesini azaltmak ve böbrek sonuçlarını iyileştirmek için nefroloji hemşirelerinin desteğinin önemli olduğu gösterilmiştir. Nefroloji hemşirelerinin en önemli rolü hastaların kendi kendine hastalık yönetim becerilerini geliştirmek için koçluk yapmasıdır. Yapılan bir çalışmada 18 yaş üstündeki tip 2 diyabetli ve KBH gelişme riski yüksek olan

(hipertansiyonu ve albüminürisi olan) 36 hasta; 12 aylık bir izlemin ardından, hemşire tarafından 12 hafta boyunca iki haftada bir görüşmeye alınmıştır. Başlangıçta, kapsamlı bir hasta öyküsü, sağlık okuryazarlığı ve öz-yönetim değerlendirmesi, fiziksel değerlendirme ve laboratuvar sonuçları analiz edilmiştir. İlk görüşme bakım kılavuzlarını, öz-yönetim ve hasta merkezli bakımı içeren kronik bakım modeli temel alınarak oluşturulan özel eğitim ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesini içermiştir. Çalışma için geliştirilen ayrıntılı hasta eğitim paketi; diyabet ve komplikasyonları, kan basıncının yönetimi, yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç uyumu, sigarayı bırakma ve diyet tavsiyelerini (özellikle düşük tuz alımını da içeren) kapsamıştır. Tüm hastalara aynı zamanda klinik sonuçlarını, öz bakım hedeflerini, bireyselleştirilmiş ilaç tedavisini ve diğer önemli bilgileri kayıt edebileceği bir kitapçık verilmiştir. Kan basıncını 130/80 mmHg civarında tutmak için iki haftada bir hastalar değerlendirilmiştir. Hasta sonuçları 3,6, 9 ve 12. aylarda kaydedilmiştir. Hastaların renal fonksiyonları öncelikli olarak proteinüri, ikincil olarak da GFH temel alınarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda kan basıncı 150/90 mmHg'dan 132/76'ya düşmüş, albüminüri, HbA1c, total kolesterol, sigara kullanma oranı azalmış, öz yönetim skoru 82'den 99'a çıkmış, KBH'ye ve kardiyovasküler ölümlere yol açan risk faktörlerinin azaltılmasında bu girişimlerin etkili olabileceği vurgulanmıştır (Walker et al., 2014).

Sonuç olarak; DN'nin önlenmesinde kan şekerinin düzenlenmesi, kan basıncının kontrolü, sodyum ve fosforun kısıtlanması, fosfor bağlayıcı ajanların kullanılması, radyo-kontrast maddelerden kaçınılması veya öncesinde hastanın iyi hidrate edilmesi gerekir. SDBY'de ise HD, PD ve böbrek transplantasyonu yapılabilir (Kurt ve ark., 2004). Ancak ilk tedavi seçeneğinin, hastanın kendi kendine tedavisi olduğu unutulmamalıdır. Kendi kendine tedavi geniş bir kavramdır; kendi kendine teşhis, kendi kendine tedavi ve kendini izleme olmak üzere üç aşamalı bir süreci kapsar. Tedavi sürecinin olumlu ve olumsuz etkilerini ayırt etmek ve daha iyi eğitim programları geliştirmek için, kendi kendine tedavi davranışları hakkında ayrıntılı bilgi edinmek gerekir. Diyabet eğitimi çok hassastır. Çünkü hastalar ne zaman doktora başvurmaları ve ne zaman kendileri harekete geçmeleri noktasında yeterli olmalıdır. Kendi kendine tedavi uygulamalarının değerlendirilmesi diya-

bet bakımında hastaların yönetiminin vazgeçilmez bir parçası olmalıdır (Alavi et al., 2011).

Kaynaklar

1. Alavi NM, Alami L, Taefi S, Gharabagh GS (2011). Factor analysis of self-treatment in diabetes mellitus: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 4;11:761.
2. Aşçı G. Glisemik kontrolün ölçütleri ve prognozla ilişkisi <http://www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon2/gulay%20asçi.pdf>. (Erişim tarihi:18.03. 2016).
3. Avcı E, Çakır E (2014). Diabetes Mellitusun Mikrovasküler Komplikasyonu: Diyabetik Nefropati. *Selçuk Tıp Derg* 30(Ek Sayı-1),15-18.
4. Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*. 7(4), e35515.
5. Bailey RA, Wang Y, Zhu V, Rupnow MF (2014). Chronic kidney disease in US adults with type 2 diabetes: an updated national estimate of prevalence based on Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) staging. *BMC Res Notes*. 2,7:415.
6. Boronat M, García-Cantón C, Quevedo V, Lorenzo DL, López-Ríos L, Batista F, Riaño M, Saavedra P, Checa MD (2014). Non-albuminuric renal disease among subjects with advanced stages of chronic kidney failure related to type 2 diabetes mellitus. *Ren Fail*. 36(2),166-70.
7. Chamberlain JJ, Rhinehart AS, Shaefer CF Jr, Neuman A (2016). Diagnosis and Management of Diabetes: Synopsis of the 2016 American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. *Ann Intern Med*. doi: 10.7326/M15-3016. [Epub ahead of print].
8. Chiou CJ (2014). Diabetes self-care behaviors and disease control in support group attenders and nonattenders. *J Nurs Res*. 22(4), 231-41.
9. Cueto-Manzano AM, Cortes-Sanabria L, Martinez-Ramirez HR, Rojas-Campos E, Barragan G, Alfaro G, Flores J, Anaya M, Canales-Munoz JL (2005). Detection of early nephropathy in Mexican patients with type 2 diabetes mellitus. *Kidney Int Suppl*. (97), S40-5.
10. De Ferrari G (2003). Italian Society of Nephrology. Guidelines for diagnosis and therapy of diabetic nephropathy. *G Ital Nefrol*. 20 Suppl 24, S96-108.
11. Deferrari G, Ravera M, Berruti V (2003). Treatment of diabetic nephropathy in its early stages. *Diabetes Metab Res Rev*. 19(2),101-14.
12. Deferrari G, Ravera M, Deferrari L, Vettoretti S, Ratto E, Parodi D (2002). Renal and cardiovascular protection in type 2 diabetes mellitus: angiotensin II receptor blockers. *J Am Soc Nephrol*, 13 Suppl 3:S224-9.
13. Detournay B, Simon D, Guillausseau PJ, Joly D, Verges B, Attali C, Clement O, Briand Y, Delaitre O (2012). Chronic kidney disease in type 2 diabetes patients in France: Prevalence, influence of glycaemic control and implications for the pharmacological management of diabetes. *Diabetes & Metabolism*. 38(2), 102-112.
14. Diyabet istatistikleri. <http://www.diyabetcemiyeti.org/c/diyabet-istatistikleri>. (Erişim tarihi: 20.05. 2016.)
15. Diyabetik Hasta ve Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Uygulama Kılavuzu (2013). Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği/ Avrupa Renal Bakım Derneği (EDTNA/ERCA).
16. Downs CA, Faulkner MS (2015). Toxic stress, inflammation and symptomatology of chronic complications in diabetes. *World J Diabetes* 6(4), 554-565.
17. Fontseré N, Bonal J, Torres F, Cuevas X. de las, Fort J (2006). Study on the level of adherence to the 2002 Consensus Document on Diabetic Nephropathy Management at the outpatient clinic in Catalonia (ECCODIAB). *Nefrologia*. 26(6), 680-687.
18. Fullerton B, Jaitler K, Seitz M, Horvath K, Berghold A, Siebenhofer A (2014). Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 14, 2:CD009122.
19. Health Quality Ontario (2009). Community-based care for the management of type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 9(23),1-40.
20. Hill CJ, Cardwell CR, Patterson CC, Maxwell AP, Magee GM, Young RJ, Matthews B, O'Donoghue DJ, Fogarty DG (2014). Chronic kidney disease and diabetes in the national health service: a cross-sectional survey of the U.K. national diabetes audit. *Diabet Med*. 31(4), 448-54.
21. Jha JC, Banal C, Chow BS, Cooper ME, Jandeleit-Dahm KA (2016). Diabetes and kidney disease: Role of oxidative stress. *Antioxid Redox Signal*. Feb 24. [Epub ahead of print].
22. Jung JH, Lee JH, Noh JW, Park JE, Kim HS, Yoo JW, Song BR, Lee JR, Hong MH, Jang HM, Na Y, Lee HJ, Lee JM, Kang YG, Kim SY, Sim KH (2015). Current Status of Management in Type 2 Diabetes Mellitus at General Hospitals in South Korea. *Diabetes Metab J*. 39(4), 307-15.
23. Kurt M, Atmaca A, Gürlek A. (2004). Diyabetik nefropati. *Hacettepe Tıp Dergisi* 35:12-17.
24. Lin CL, Wu MS, Hsu PY, Huang CC (2003). Improvement of clinical outcome by early nephrology referral in type II diabetics on hemodialysis. *Ren Fail*. 25(3), 455-64.
25. Mandal AK, Hiebert L (2015). Diagnosis and management of diabetes and the relationship of dglucose to kidney function. . *Curr Diabetes Rev*. 11(2),116-21.
26. Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Barragán G, Alfaro G, Hernández M, Canales-Muñoz JL, Cueto-Manzano AM (2008). How frequently the clinical practice recommendations for nephropathy are achieved in patients with type 2 diabetes mellitus in a primary health-care setting? *Rev Invest Clin*. 60(3), 217-26.
27. Martínez-Ramírez HR, Jalomo-Martínez B, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Barragán G, Alfaro G, Cueto-Manzano AM (2006). Renal function preservation in type 2 diabetes mellitus patients with early nephropathy: a comparative prospective cohort study between primary health care doctors and a nephrologist. *Am J Kidney Dis*. 47(1), 78-87.
28. Metsärinne K, Bröijersén A, Kantola, Niskanen L, Rissanen A, Appelroth T, Pöntynen N, Poussa T, Koivisto V, Virkamäki A (2015).

- Stages of Nephropathy in Type 2 Diabetes Study Investigators. High prevalence of chronic kidney disease in Finnish patients with type 2 diabetes treated in primary care. *Prim Care Diabetes*. 9(1), 31-8.
29. Mogensen CE (2003). Microalbuminuria and hypertension with focus on type 1 and type 2 diabetes. *J Intern Med*. 254(1), 45-66.
30. Nasri H, Rafeian-Kopaei M (2015). Diabetes mellitus and renal failure: Prevention and management. *J Res Med Sci*. 20(11), 1112-20.
31. National Kidney Foundation. <https://www.kidney.org/atoz/content/albuminuria>, (Erişim tarihi: 25.04.2016).
32. Nau KC, Lorenzetti RC, Cucuzzella M, Devine T, Kline J (2010). Glycemic control in hospitalized patients not in intensive care: beyond sliding-scale insulin. *Am Fam Physician*. 1;81(9),1130-5.
33. Newman DJ, Mattock MB, Dawney AB, Kerry S, McGuire A, Yaqoob M, Hitman GA, Hawke C (2005). Systematic review on urine albumin testing for early detection of diabetic complications. *Health Technol Assess*. 9(30), iii-vi, xiii-163.
34. Nosadini R, Tonolo G (2002). Cardiovascular and renal protection in type 2 diabetes mellitus: the role of calcium channel blockers. *J Am Soc Nephrol*. 13 Suppl 3, S216-23.
35. Okada T, Nakao T, Matsumoto H, Nagaoka Y, Tomaru R, Iwasawa H, Wada T (2011). Influence of proteinuria on glycosylated albumin values in diabetic patients with chronic kidney disease. *Intern Med*. 50(1), 23-9.
36. Pan Y, Guo LL, Jin HM (2008). Low-protein diet for diabetic nephropathy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr*. 88(3), 660-6.
37. Parving HH, Hovind P, Rossing K, Andersen S (2001). Evolving strategies for renoprotection: diabetic nephropathy. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 10(4), 515-22.
38. Penno G, Solini A, Zoppini G, Orsi E, Fondelli C, Zerbini G, Morano S, Cavalot F, Lamacchia O, Trevisan R, Vedovato M, Pugliese G (2013). Renal Insufficiency and Cardiovascular Events (RIACE) Study Group. Hemoglobin A1c variability as an independent correlate of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional analysis of the renal insufficiency and cardiovascular events (RIACE) Italian multicenter study. *Cardiovasc Diabetol*. 5, 12:98.
39. Pugliese G, Solini A, Bonora E, Orsi E, Zerbini G, Fondelli C, Gruden G, Cavalot F, Lamacchia O, Trevisan R, Vedovato M, Penno G (2014). RIACE Study Group. Distribution of cardiovascular disease and retinopathy in patients with type 2 diabetes according to different classification systems for chronic kidney disease: a cross-sectional analysis of the renal insufficiency and cardiovascular events (RIACE) Italian multicenter study. *Cardiovasc Diabetol*. 13,13:59.
40. Ravera M, Re M, Deferrari G (2007). Risk and prevention of diabetic nephropathy. *G Ital Nefrol*. 24(38),13-9.
41. Robertson L, Waugh N, Robertson A (2007). Protein restriction for diabetic renal disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 17;(4), CD002181.
42. Rossert J, Fouqueray B (2004). Screening and management of patients with early chronic kidney disease. *Acta Diabetol*. 41 Suppl 1, S6-12.
43. Sandhu S, Wiebe N, Fried LF, Tonelli M (2006). Statins for improving renal outcomes: a meta-analysis. *J Am Soc Nephrol*. 17(7), 2006-16. Epub 2006 Jun 8.
44. Solini A, Penno G, Bonora E, Fondelli C, Orsi E, Arosio M, Trevisan R, Vedovato M, Cignarelli M, Andreozzi F, Nicolucci A, Pugliese G (2012). Renal Insufficiency and Cardiovascular Events (RIACE) Study Group. Diverging association of reduced glomerular filtration rate and albuminuria with coronary and noncoronary events in patients with type 2 diabetes: the renal insufficiency and cardiovascular events (RIACE) Italian multicenter study. *Diabetes Care*. 35(1),143-9.
45. Szczech LA, Stewart RC, Su HL, DeLoskey RJ, Astor BC, Fox CH, McCullough PA, Vassalotti JA (2014). Primary care detection of chronic kidney disease in adults with type-2 diabetes: the ADD-CKD Study (awareness, detection and drug therapy in type 2 diabetes and chronic kidney disease). *PLoS One*. 9(11):e110535. doi: 10.1371/journal.pone.0110535. eCollection 2014.
46. Tamir O, Wainstein J, Abadi-Korek I, Horowitz E, Shemer J (2012). The patient-perceived difficulty in diabetes treatment (PDDT) scale identifies barriers to care. *Diabetes Metab Res Rev*. 28(3), 246-51.
47. Vora JP, Ibrahim HA, Bakris GL (2000). Responding to the challenge of diabetic nephropathy: the historic evolution of detection, prevention and management. *J Hum Hypertens*. 14(10-11), 667-85.
48. Vos FE, Schollum JB, Coulter CV, Manning PJ, Duffull SB, Walker RJ (2012). Assessment of markers of glycaemic control in diabetic patients with chronic kidney disease using continuous glucose monitoring. *Asian Pacific Society of Nephrology*, 182-188.
49. Walker RC, Marshall MR1, Polaschek NR (2014). A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report. *BMC Fam Pract*. 20, 15:155.
50. www.tsn.org.tr/folders/file/2014-REGISTRY-KITABI.pdf. (Erişim tarihi: 10. 04.2016).

Diyabetik Ayak Tedavisinde Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Yara İyileşmesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yrd. Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI¹, Prof. Dr. Mehtap TAN¹, Yrd. Doç. Dr. Ali Erdal GÜNEŞ²

¹Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ERZURUM

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

Özet

Amaç: Araştırma, diyabetik ayak ülserli hastalara uygulanan hiperbarik oksijen tedavisinin yara iyileşmesi ve hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Öntest sontest kontrol gruplu yarı deneysel türdeki araştırma, Kasım 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında toplam 21 diyabetik ayak ülserli hasta ile gerçekleştirilmiştir. Deney grubunu standart diyabetik ayak tedavisine ek olarak hiperbarik oksijen tedavisi uygulanan diyabetik ayak ülserli hastalar (n=10), kontrol grubunu ise, sadece standart diyabetik ayak tedavisi uygulanan hastalar (n=11) oluşturmuştur. Deney grubundaki hastalara standart diyabetik ayak tedavisine ek olarak seansları 2.4 ATA'da %100 oksijen ile 120 dakika süreli olmak üzere toplam 30 seans hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında, literatür bilgilerine dayanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, hastaların diyabetik ayak ülserlerini sınıflandırmak için Wagner Ülser Sınıflandırma Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16 paket programında yüzdelik değerler, ortalamalar, t testi ve kıkare testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası sontest Wagner skorları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların sontest Wagner skorlarının, kontrol grubundaki hastaların sontest Wagner skorlarına göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.005). Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği sontest puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel iyilik hali, fiziksel rol sınırları, emosyonel rol sınırları, emosyonel iyilik hali, ağrı ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında hiperbarik oksijen tedavisi uygulanan deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05)

Sonuç: Araştırma sonucunda hiperbarik oksijen tedavisinin hastaların yara iyileşmesi ve yaşam kaliteleri üzerine olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Diyabetik ayak, yara, hiperbarik oksijen tedavisi, yaşam kalitesi.

*Bu araştırma Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresinde (27-29 Mayıs 2015 Kayseri) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Summary

Effect of Hyperbaric Oxygen Therapy on Wound Healing and Quality of Life in the Treatment of Diabetic Foot

Purpose: The study was conducted to determine the effect of hyperbaric oxygen therapy administered to patients with diabetic foot ulcers on wound healing and quality of life of patients.

Method: The semiexperimental study, with pretest posttest control group, was carried out with 21 patients with diabetic foot ulcers, which had been treated November 2013-August 2014. Experimental group was consisted of diabetic foot ulcer patients and those were applied hyperbaric oxygen therapy in addition to the standard treatment of diabetic foot (n=10), control group was involved patients who underwent only standard treatment for diabetic foot (n=11). Patients in the experimental group while getting treatment for standard diabetic foot therapy, they was administered hyperbaric oxygen therapy treatments at 2.4 ATA, 120 minutes with 100% oxygen for a total of 30 treatments. Based on the literature, a questionnaire prepared by the researchers, Wagner ulcer calcification scale to classify foot diabetic ulcers of patients, and SF-36 Quality of Life Scale were used for data collection. In the statistical evaluation of the data; percentage values, averages, t-test, chi square and ANOVA were used in the SPSS-16 program.

Results: Looking at the comparison of the Wagner posttest scores between the experimental and control groups; it was found that the Wagner posttest scores of the patients in the experimental group was lower than the Wagner scores of patients in the control group, and the difference between the two groups was highly statistically significant ($p<0.005$). Looking at the SF-36 Quality of Life Scale posttest mean scores of patients; the mean scores of the patients in the hyperbaric oxygen therapy applied experimental group was higher than the mean scores of the patients in the control group in physical wellbeing, physical role boundaries, emotional role boundaries, emotional well-being, pain, and social function subscales, and the difference between the two groups was statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that hyperbaric oxygen therapy has a positive effect

on wound healing and quality of life of the patients.

Key Words: Diabetic foot, wound, hyperbaric oxygen therapy, quality of life.

Giriş ve Amaç

Diabetes mellitus, akut ve kronik komplikasyonlara neden olan hem dünyada (ADA 2014) hem de ülkemizde (Satman ve ark. 2013) görülme sıklığı giderek artan bir metabolizma hastalığıdır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçları, 1998'de yapılan TURDEP-I ile karşılaştırıldığında Türkiye'de diyabet sıklığının %90, obezite sıklığının ise %44 oranında arttığı görülmektedir (Satman ve ark. 2002; Satman ve ark. 2013).

Diyabet prevalansı arttıkça diyabetin kronik komplikasyonlarından biri olan diyabetik ayak ülserlerinin sıklığı ve önemide giderek artmaktadır. Diyabetik ayak, nöropati ve periferik damar hastalığına aşırı basınç yükü ve enfeksiyonun da eklenmesi ile oluşan, alt ekstremitte amputasyonları ile sonuçlanabilen, ruhsal, bedensel, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olabilen multifaktöryel bir sağlık sorunudur (Aziz ve ark. 2011). Diyabetik ayak ülserinde en korkulan sonuç, ekstremitte amputasyonudur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda diyabetli hastalarda amputasyon oranları incelendiğinde; Karakoç ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada 1985-1995 yılları arasında amputasyon oranını %21; 1996-2002 yılları arasında %9.4, Yeşil ve arkadaşları (2009) 1998-2008 yılları arasında %37, Akçay ve arkadaşları (2012) 2011 yılı kayıtlarına göre %50 olarak saptamışlardır. Diyabet hastalarında görülen bu yüksek amputasyon oranları diyabet eğitimi ve rutin uygulanan ayak muayenesi ile azaltılabilir. Diyabetik ayak ülserli hastanın eğitimi, tedavisi ve iyileşen ayağın yeniden ülser gelişmemesi için korunması ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekipte hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler hastaların mevcut ayak durumlarını değerlendirip hastalara ve hasta yakınlarına ayak bakımının önemini ve ayak bakımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken konuları anlatmalı ve diyabetin komplikasyonları hakkında bilgi vermelidir. Hasta bakımında primer amaç, diyabetik ayak ülserlerinin oluşmasını önlemek olmalıdır (Neşe ve Ovayolu 2006).

Diyabetik ayak ülserlerinin oluşumu engellenemedi-

ğinde, uzun süren ve tekrarlayan tedaviler nedeniyle hastaların mobilizasyonunu bozmakta, yaşam kalitelerini azaltmakta, prognozu olumsuz yönde etkilemekte ve mortaliteyi yükseltmektedir (Neşe ve Ovayolu 2006). Kronik hale gelmiş diyabetik ayak ülserli hastalarda, belirli aralıklarla pansuman yaptırmak ve çok sayıda ilaç kullanmak zorunda olmak hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Yara bölgesindeki ağrı hastaların fiziksel hareketlerini kısıtlamakta, yara bölgesindeki purulan akıntı ve kötü koku kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemekte ve hastaların yaşam kalitesini de düşürmektedir (Karakoç ve ark. 2004).

Diyabetik ayak ülserli hastalar endokrinolog, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, ortopedist, plastik cerrahi, damar cerrahi, fizik tedavi uzmanı, dermatolog, radyolog, diyetisyen, podiatrist veya diyabetik ayak hemşiresinin olduğu bir ekip tarafından değerlendirilir ve tedavileri planlanır (Steed ve ark. 2006). Hastaların tedavisinde; metabolik kontrol, enfeksiyonla mücadele, medikal tedavinin yetersiz kaldığı iskemik diyabetik ayaklarda anjiyoplasti ve bypass gibi girişimsel radyoloji ve damar cerrahisi uygulamaları, ortopedi ve rekonstrüktif plastik cerrahi girişimleri, hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) ve diğer destek tedaviler koordineli şekilde kullanılır (Lipsky ve ark. 2006, Cimşit 2007).

Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği (The Undersea and Hyperbaric Medical Society- UHMS)'nin tanımına göre Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBO), basınç odasında, 1 ATA (mutlak atmosferik basınçta) (760mmHg) den daha yüksek basınç altında hastaya maske, özel başlık, endotrakeal tüp ile veya ortamdan aralıklı olarak %100 oksijen solutulması işlemidir (The Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) 2009; Hammarlund 2002).

Hiperbarik Oksijen Tedavisinin uygulandığı basınç değeri 2-3 ATA arasında değişmekte olup, tedavi süresi ve seans sayıları hastanın tanısına ve klinik durumuna göre belirlenmekte ve genellikle 60-90-120 dakikalık seanslar halinde uygulanmaktadır. Endikasyona göre günde 2-3 veya daha fazla seans uygulanabilir. Olumlu etkilerinin görülmesi için en az 10-15 saat tedavi uygulanmalıdır. Toplam tedavi süresi bazı hastalıklarda 80-120 saati bulabilir. Diyabetik ayak ülserlerinde HBOT, Wagner Ülser Sınıflandırma Skalasına göre ayak ülseri grade II, III ve IV olan hastalara uygulanmakta, grade I ve V olan hastala-

ra uygulanması önerilmemektedir. HBOT genel olarak 2.0-2.5 ATA'da, günde 1-2 kez, her bir seansı 90-120 dakika olacak şekilde uygulanır. Toplam seans sayısı olguya ve yapılan girişimlere göre 30-90 arasında değişir. Her 30 seanstan sonra hastanın yeniden değerlendirilmesi yapılır ve sonuca göre HBOT kesilir veya devam edilir (Aydın 2010; Cimşit 2007; Lipsky 2009).

Hiperbarik oksijen tedavisi uygulamaları için temelde tek kişilik ve çok kişilik olmak üzere iki tip basınç odası sistemi kullanılır. Tek kişilik basınç odalarında hastalar hava veya oksijen ile basınç altına alınır. Bu sistemde; hasta oksijen ile basınç altına alınırsa ortamdaki oksijeni sürekli olarak soluyarak, hava ile basınç altına alınırsa maske ile oksijen soluyarak tedavi olmaktadır. Çok kişilik basınç odalarında ise hastalar hava ile basınç altına alınmakta, daha fazla hasta aynı anda maske, başlık veya endotrakeal tüp yoluyla oksijen alabilmektedir (Çimşit 2009; Kemer ve ark. 2006). Hiperbarik oksijen tedavisi günümüzde arteriyel gaz embolisi, karbonmonoksit zehirlenmeleri, dekompresyon hastalığı, diyabetik ayak gibi iyileşmeyen problemlilerde, radyasyon nekrozu, nekrotizan yumusak doku enfeksiyonları, gazlı gangren ve dirençli osteomyelitlerde ana veya yardımcı tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Hammarlund 2002).

HBOT diyabetik ayak gibi iyileşmeyen problemlilerde yaralı dokuda oksijen parsiyel basıncını 250-300 mmHg ya yükselterek fibroblast proliferasyonunu artırıp, kollajen sentezini ve kollajen matriksin gelişimini sağlar. HBOT, yaraların kronikleşmesi ve enfeksiyonlara açık hale gelmesindeki en önemli etkeni, yani hipoksi ve iskemiye azaltır ve ortadan kaldırır. Ayrıca antiödem, antibakteriyel, antibiyotikler ile sinerjistik veya additif etkileri ve bozulmuş yara iyileşmesini düzenleyici, hızlandırıcı etkisi nedeniyle diyabetik ayak yarasının iyileşmesine önemli katkılar sağlar (Abidia ve ark. 2003; Kotsosovos, 2012).

Literatürde HBOT'nin wagner grade II ve üstü, kapanmayan, enfekte problemlilerde yaraların tedavisinde tedavinin başarı şansını artırdığı, hastaneye yatış sürelerini kısalttığı ve majör ampütasyon oranlarını düşürdüğünü ve hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını belirten birçok klinik çalışmalar bulunmaktadır (Gater 2007; Lin, Yau, Lin et al. 2006; Kotsosovos 2012; Löndahl ve ark. 2010; Löndahl ve ark. 2011a, Löndahl ve ark. 2011b). Ülkemizde ise diyabetli hastalarda HBOT'sinin hastaların yara iyileşmesi üze-

rine etkisini belirlemeye yönelik az sayıda çalışma bulunmakla birlikte (Mert ve ark. 2012; Düzgün ve ark. 2008; Cimşit 2007; Güneren ve ark. 2000; Körpınar ve Cimşit 2006), yaşam kalitesi ile ilgili araştırmaya rastlanamamıştır. Literatür incelemesi sonucunda HBOT'nin hastaların yaşam kalitesi ve yara iyileşmesi üzerine etkinliği ve güvenilirliğini değerlendirmek için araştırmalara gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Bu araştırma, diyabetik ayak ülseri olan hastalara uygulanan hiperbarik oksijen tedavisinin yara iyileşmesi ve hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın hipotezi "Hiperbarik oksijen tedavisi, diyabetik ayak ülseri hastaların yara iyileşmesini hızlandırır ve hastaların yaşam kalitesini yükseltir".

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü: Araştırma öntest sontest kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Kasım 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Merkezi ve Endokrinoloji Kliniğinde yapılmıştır. Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Merkezi 2012 yılında hizmete açılmış olup, tedavide çok kişilik basınç odası kullanılmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini ilgili hastanenin Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Merkezi ve Endokrinoloji Kliniğine Kasım 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında başvuran 35 diyabetik ayak ülserli hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmanın yapıldığı tarihlerde ilgili kliniklere başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan diyabetik ayak ülserli hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri; 18 yaş ve üzeri olma, tip I veya tip II diyabet tanısına sahip olma, Wagner Ülser Sınıflandırma Skalasına göre diyabetik ayak ülseri II diyabetik ayak gibi iyileşmeyen problemlili yaralarda . III. veya IV. evrede olma ve standart diyabetik ayak tedavisi alma olarak belirlenmiştir. Wagner Ülser Sınıflandırma Skalasına göre ayak ülseri I. ve V. evrede olan hastalar ve standart diyabetik ayak tedavisine ek bir tedavi yöntemi kullanan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

Evrenin tümü örnekleme dahil edilmek istenmiş ancak hastalardan 10'u il dışında oturduğu ve ulaşım sorunu nedeni ile tedaviyi yarım bıraktığı için, 2'si ise standart diyabetik ayak tedavisine ek olarak ozon tedavisi aldığı için, 3'ü Wanger Ülser Sınıflandırma Skalasına göre ülseri grade II'nin altında olduğu için örnekleme dahil edilememiş ve araştırma toplam 21 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme alınan hastalar deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney grubuna hekim tarafından standart diyabetik ayak tedavisine ek olarak HBOT uygulanması uygun görülen ve uygulamayı kabul eden diyabetik ayak ülserli hastalar (n=10), kontrol grubuna ise, hekim tarafından standart diyabetik ayak tedavisine ek olarak HBOT uygulanması uygun görülen fakat uygulamayı kabul etmeyen, sadece standart diyabetik ayak tedavisi uygulanan hastalar (n=11) alınmıştır.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında, literatür bilgilerine dayanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan ve hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyabet tipi-süresi gibi tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu (Lipsky ve ark. 2006; Körpınar ve Cimşit 2006; Löndahl ve ark. 2010; Löndahl ve ark. 2011a), hastaların diyabetik ayak ülserlerini sınıflandırmak için Wagner Ülser Sınıflandırma Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Wagner Ülser Sınıflandırma Skalası: Diyabetik ayak ülserlerini sınıflandırmak ve tedaviye yön vermek için sıklıkla Wagner sınıflaması kullanılmaktadır. (DeFronzo 1994). Bu sistemde ülserler Evre 0- Evre 5 arasında değerlendirilmektedir.

Wagner'e göre diyabetik ayağın sınıflandırılmasında;

Grade 0: Cilt lezyonu yok.

Grade I: Yüzeysel ülser var ve klinik olarak enfekte değil.

Grade II: Derin ülser var sıklıkla enfekte ancak osteomyelit yok.

Grade III: Derin ülser var. apse ve osteomyelit mevcut.

Grade IV: Ayak parmak uçları ve tabanda lokalize gangren.

Grade V: Bütün ayak gangrenini ifade eder (Amputasyon gereklidir).

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Hastaların yaşam kalitesi-

ni belirlemek amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere Ware ve Sherbourne tarafından Short-Form Health Survey (SF-36) adıyla geliştirilmiştir (Ware 1976.). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Türkiye’de Pınar tarafından Türkçe dil geçerliliği, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak, diyabetli hastalarda kullanılmıştır (Pınar 1994). Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları;

1- Fiziksel Fonksiyon: Sağlık problemi nedeni ile fiziksel aktivitelerde kısıtlılık düzeyini değerlendirir.

2- Fiziksel Rol Güçlüğü: Fiziksel problemler nedeni ile sosyal aktivitelerde kısıtlılık düzeyini değerlendirir.

3- Emosyonel Rol Güçlüğü: Emosyonel problemler nedeni ile sosyal aktivitelerde kısıtlılık düzeyini değerlendirir.

4- Ağrı: Bedensel acı -vücut ağrısı düzeyini değerlendirir.

5- Emosyonel İyilik Hali: Genel mental sağlık durumunu değerlendirir (psikolojik acı çekme-iyi olma hali).

6- Enerji: Canlılık (enerji, halsizlik) düzeyini değerlendirir.

7- Sağlık Algısı: Genel sağlık anlayışını değerlendirir.

8- Sosyal Fonksiyon: Ruhsal sağlık problemleri nedeni ile günlük aktivitede kısıtlılık düzeyini değerlendirir.

Alt boyutların puan ortalamaları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (Kocyiğit ve ark. 1999). Ölçeğin ön test-son test güvenilirliği 94, iç tutarlılığı 92’dir.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi: Veriler ilgili kuruma başvuran hastaların uygun olduğu bir zamanda serviste bulunan boş ve uygun bir odada birebir görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Öntest uygulamaları hastalara diyabetik ayak tedavisi başlamadan hemen önce yapılmış ve öntest olarak her iki gruptaki hastalara, anket formu, Wagner Ülser Sınıflandırma Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Sontest uygulamaları hastalara tedavinin 30. günü yapılmış ve son test olarak her iki gruptaki hastalara, Wagner Ülser Sınıflandırma Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği

uygulanmıştır.

Hastaların diyabetik ayak yara sınıflandırılması Wagner Ülser Sınıflandırması skalasına göre HBOT merkezinde görev yapmakta olan uzman hekim tarafından yapılmıştır.

Deney grubundaki hastalara seansları 2.4 ATA da %100 oksijen ile 120 dakika süreli olmak üzere toplam 30 seans HBOT uygulanmıştır. Deney grubundaki hastaların ön testleri HBOT’sine başlamadan hemen önce, son testleri ise HBOT’sinin son seansından hemen sonra (30. Gün) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ön testleri endokrinoloji kliniğinde standart ayak bakımı tedavisinin başlandığı ilk gün, son testleri ise 30. gün sonunda uygulanmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ayak bakımı ile ilgili eğitim alama durumu açısından homojenliklerini belirlemek amacıyla ki-kare analizi ve wagner skoru, yaş, diyabet süresi ve yara süresi açısından homojenliklerini belirlemek ve öntest-son test sonuçları aralarındaki farkı karşılaştırmak amacıyla student-t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmaya Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Merkezi ve Endokrinoloji Kliniğinde tedavi gören diyabetik ayak ülserli hastaların alınması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırma grubuna genellenebilir.

Araştırma Etiği: Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’ndan ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan gerekli resmi izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara çalışmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklandıktan sonra yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara, bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

Bulgular

Araştırma sonuçları incelendiğinde deney ve kontrol grubunu oluşturan hastaların yaş, cinsiyet, Wagner Sko-

ru, diyabet süresi, yara süresi, medeni durum, eğitim durumu ve ayak bakımı eğitimi alma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) ve her iki grubun homojen olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Araştırma kapsamına alınan deney

grubundaki hastaların %41.7'si, kontrol grubundaki hastaların %58.3'ü diyabette ayak bakımı ile ilgili bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların ön-test-sontest wagner skorlarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Araştırma sonunda deney grubundaki hastaların %40'ında tam iyileşme sağlanırken kontrol grubundaki hastaların %36.4'üne minor amputasyon uygulandığı saptanmıştır (Tablo 2). Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların grup içi Wagner skorları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların HBOT öncesi Wagner skoru 3.20 ± 0.91 iken, bu değer HBOT tedavisi sonrası 1.40 ± 1.57 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.005$, Tablo 3). Kontrol grubundaki hastaların araştırma başlangıcında Wagner skoru 3.00 ± 0.89 iken, araştırma sonunda 3.72 ± 1.10 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 3). Deney ve kontrol grubundaki hastaların gruplar arası son test Wagner skorları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastaların son test Wagner skorlarının (1.40 ± 1.57), kontrol grubundaki hastaların son test Wagner skorlarına göre (3.72 ± 1.10) düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.005$, Tablo 3).

Hastaların araştırma başlangıcında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ön test-son test puan ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ön test puan ortalamalarının genel olarak düşük olduğu ve grupların puan ortalamalarının benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4).

Tablo 1: Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu $X\pm SD$	Kontrol Grubu $X\pm SD$	Test & p
Wagner Skoru	3.20 ± 0.91	3.00 ± 0.89	t:0.156 p:0.698
Yaş	61.00 ± 14.71	59.27 ± 17.12	t: 0.230 p:0.637
Diyabet süresi (yıl)	11.50 ± 6.25	13.81 ± 6.85	t:0.055 p:0.817
Yara süresi (ay)	2.80 ± 2.14	3.45 ± 4.20	t:1.559 p:0.227
Cinsiyet			
Kadın	3 (%30)	3 (%27.3)	$\chi^2=0.019$ p:0.890
Erkek	7 (%70)	8 (%72.7)	
Medeni durum			
Evli	8 (%80)	10 (%90.9)	$\chi^2=0.509$ p:0.456
Bekar	2 (%20)	1 (%9.1)	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	2 (%20)	5 (%45.5)	$\chi^2=1.909$ p:0.385
Okur-yazar/ilkokul	4 (%40)	2 (%18.2)	
Orta okul/lise	4 (%40)	4 (%36.3)	
Ayak bakımı eğitimi alma durumu			
Eğitim alan	3 (%33.3)	6 (%66.7)	$\chi^2=1.289$ p:0.256
Eğitim almayan	7 (%41.7)	5 (%58.3)	

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öntest-Sontest Wagner Skorlarının Dağılımı

Wagner Skorları	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Ön test (S/%)	Son test (S/%)	Ön test (S/%)	Son test (S/%)
0	-	4 (%40)	-	-
I	-	1 (%10)	-	-
II	3 (%30)	4 (%40)	4 (%36.4)	1 (%9.1)
III	2 (%20)	-	3 (%28.2)	5 (%45.5)
IV	5 (%50)	-	4 (%36.4)	1 (%9.1)
V	-	1 (%10)	-	-
Amputasyon	-	-	-	4 (%36.4)

Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği sontest puan ortalamaları incelendiğinde; ölçeğin bütün alt boyutlarında HBOT alan hastaların puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 4).

Tartışma

Araştırma sonucunda HBOT uygulanan deney grubundaki hastaların ayak ülserlerinde %40'ında tam iyileş-

me sağlanırken kontrol grubundaki hastaların %36.4'üne minor amputasyon uygulandığı ve deney grubundaki hastaların Wagner skorlarının önemli oranda azaldığı, kontrol grubundaki hastaların Wagner skorlarının ise arttığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Thom ve arkadaşları (2011) diyabetik hastalarda yara iyileşmesini inceledikleri çalışmalarında, HBOT uygulanan hastalarda kemik iliğinden vas-külojenik kök hücre mobilizasyonunun arttığını, daha fazla sayıda hücrenin yara yüzeyine ulaştığını ve böylece yara iyileşme sürecinin hızlandığını saptamışlardır. Löndahl ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da (2010),

kronik diyabetik ayak ülserlerinin tedavisinde HBOT'nin ülserin iyileşmesini kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Konu ile ilgili olarak ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Mert ve arkadaşlarının (2012), diyabetik ayak ülseri nedeni ile HBOT alan 30 hastanın %63.33'ünde klinik iyileşme görüldüğünü saptadığı Düzgün ve arkadaşlarının da (2008), HBOT'nin diyabetik ayak yaralarını anlamlı biçimde iyileştirdiği, amputasyon

Tablo 3: Deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplar arası Öntest-Sontest Wagner Skorlarının karşılaştırılması

Gruplar	Wagner Skorları		t	p
	Ön test X±SD	Son test X±SD		
Deney (n=10)	3.20±0.91	1.40±1.57	4.323	0.002
Kontrol (n=11)	3.00±0.89	3.72±1.10	-4.353	0.001
T	0.156	15.233		
P	0.698	0.001		

Tablo 4: Hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları Öntest-Sontest puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Ön test		t / p	Son test		t / p
	Deney	Kontrol		Deney	Kontrol	
Fiziksel fonksiyon	29.00±20.92	34.54±20.79	0.152 $p > 0.05$	83.00±26.89	13.18±14.53	7.500 $p < 0.05$
Fiziksel rol güçlüğü	27.50±7.90	29.54±10.11	1.110 $p > 0.05$	80.00±34.96	6.81±11.67	6.566 $p < 0.05$
Emosyonel rol güçlüğü	6.60±13.91	9.00±15.41	0.570 $p > 0.05$	66.40±35.20	6.00±13.34	5.297 $p < 0.05$
Ağrı	60.50±17.39	61.09±22.37	0.255 $p > 0.05$	88.00±27.50	52.00±4.10	2.193 $p < 0.05$
Emosyonel iyilik hali	51.20±8.59	50.54±14.39	0.531 $p > 0.05$	82.80±29.03	48.36±21.62	3.102 $p < 0.05$
Enerji	47.00±9.18	50.45±14.39	0.435 $p > 0.05$	55.50±4.97	36.36±26.37	2.253 $p < 0.05$
Sosyal fonksiyon	19.80±10.10	24.00±13.75	0.373 $p > 0.05$	60.70±28.82	14.00±13.99	4.797 $p < 0.05$
Sağlık algısı	44.50±7.97	44.54±7.39	0.039 $p > 0.05$	58.00±9.18	37.72±24.42	2.466 $p < 0.05$

oranlarını düşürdüğü ve böylece cerrahi girişimleri azalttığını saptadıkları görülmektedir. Literatürde bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde diyabetik ayak ülserli olgularda HBOT'nin amputasyon riskini anlamlı ölçüde azalttığını ve yara iyileşmesini kolaylaştırdığını belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Abidia ve ark. 2003; Hunter ve ark. 2010; Löndahl ve ark. 2011a). Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre HBOT uygulanan deney grubundaki hastaların tedavi sonunda SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı, yani hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiği tespit edilmiştir (Tablo 4). Löndahl ve arkadaşları (2011b) tarafından HBOT'nin kronik diyabetik ayak ülseri olan hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışma sonucunda plasebo grubunda yaşam kalitesi açısından anlamlı bir iyileşme gözlenmezken, HBOT alan deney grubundaki hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Löndahl ve arkadaşları (2011b) çalışmalarının sonucunda HBOT'nin hastaların yaşam kalitelerini iyileştirdiğini ve yara iyileşmelerine katkı sağladığını belirtmişlerdir. Lin ve arkadaşları da (2006) diyabetik ayak yarası nedeni ile HBOT uygulanan 15 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların son test yaşam kalitesi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmanın sonuçları daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Lin ve ark. 2006; Löndahl ve ark.2011b) HBOT'sinin kronik diyabetik ayak ülseri olan hastalarda yaşam kalitesini yükseltmesinin, hastaların ülserinin iyileşmesi sonucu mobilizasyonlarının, sosyal yaşamlarının, ruhsal iyilik hallerinin artması ve ağrılarının azalması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda diyabetik ayak ülserli hastalarda ayak bakımı hakkında eğitim alma oranlarının düşük olduğu da tespit edilmiştir (Tablo 1). Diyabetik hastaların diyabetin komplikasyonları ve özellikle ayak bakımı ile ilgili eğitim almaları yara gelişiminin önlenmesi ve mevcut yaranın iyileşmesinde önemli bir faktördür. Bölükbaş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2006), diyabetli hastaların

ayak bakımı ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığını ve diyabetli hastaların eğitimine gerekli önemin verilmediğini saptamışlardır. Bu sonuçlar diyabetik ayak ülser ve amputasyonlarının önlenmesinde büyük bir öneme sahip olan hasta eğitiminin yeterli olmadığını düşündürmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda hastaların diyabette ayak bakımı ile ilgili eğitim alma oranlarının düşük olduğu, deney grubundaki hastaların yaralarında iyileşme oranlarının ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve kontrol grubundaki hastalarda amputasyonların görüldüğü saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalara ve hasta yakınlarına diyabette ayak bakımı ile ilgili eğitimlere hastalara diyabet tanısı konulduktan hemen sonra başlanması ve bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrar edilmesi,

- Hastalarda görülen amputasyon oranlarının düşürülebilmesi için diyabetik ayak ülserli hastaların değerlendirilmesinin ve takibinin multidisipliner ekip çalışmalarıyla diyabetik ayak merkezlerinden yapılması, ülsere neden olan faktörlerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması,

- Diyabetik ayak tedavisinde HBOT'sinin yara iyileşmesi ve hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla benzer çalışmaların daha büyük hasta gruplarında ve farklı merkezlerde yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Abidia A, Laden G, Kuhan G et al. (2003) The role of hyperbaric oxygen therapy in ischaemic diabetic lower extremity ulcers: a double-blind randomised-controlled trial. *European Journal of Vascular Endovascular Surgery*, 25(6): 513-518.
2. Akçay S, Satoğlu İS, Harman E ve ark. (2012) Diyabetik ayak ülserli hastalarda amputasyon oranı ve eşlik eden komorbiditelerin retrospektif analizi. *Medicine Science*, 1(4): 331-340.
3. Aydın S (2010) Hiperbarik Oksijen Tedavisi ve diğer yardımcı tedavi metodları. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 3(1): 94-99.
4. Aziz Z, Lin WK, Nather A et al. (2011) Predictive factors for lower extremity amputations in diabetic foot infections. *Diabetic Foot and Ankle*, 2: 7463-7468.
5. Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan O (2006) Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2): 82-91.

6. Cimşit M (2007) Diyabetik Ayak İnfeksiyonunda Hiperbarik Oksijen Tedavisi. Klimik 2007 XIII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi. s.48-53.
7. Çimşit M (2009) Hiperbarik Tıp: Basınç Odaları. Çimşit M (ed). Ankara, Eflatun Yayınevi, s.13-22.
8. DeFronzo RA, Reasner C (1994) The Diabetes Control and Complications Trial Study: implications for the diabetic foot. Journal of Foot Ankle Surgery, 33(6): 551-556.
9. Düzgün AP, Satir HZ, Ozozan O et al. (2008) Effect of hyperbaric oxygen therapy on healing of diabetic foot ulcers. Journal of Foot Ankle Surgery, 47(6): 515-519.
10. Gater L (2007) Hyperbaric oxygen therapy's role in treating chronic foot wounds. Pod Management 26(9): 189-192.
11. Güneren E, Yaman S, Ulay M, Baş L (2000) Diyabetik ayakta doku defektlerinin tedavisinde Hiperbarik Oksijen Tedavisinin yeri. O.M.Ü. Tıp Dergisi, 17(2): 89-97.
12. Hammarlund C (2002) Hyperbaric Medicine Practice: The Physiologic Effects of Hyperbaric Oxygenation. Kindwall EP, Whelan HT (eds), USA, Best Publishing Company, p.37-68.
13. Hunter S, Langemo DK, Anderson J et al. (2010) Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. Advances in Skin and Wound Care, 23(3): 116-119.
14. Karakoc A, Ersoy RU, Arslan M et al. (2004) Change in amputation rate in a Turkish diabetic foot population. Journal of Diabetes Complications, 18(3): 169-172.
15. Kemer A, Muth C, Mathieu D (2006) Handbook on Hyperbaric Medicine: Patient Management. Mathieu M (ed), Netherlands, Springer, p.651-670.
16. Koçyiğit H, Aydemir O, Olmez N ve ark. (1999) Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 102-106.
17. Kotsovos A (2012) The use of hyperbaric oxygen therapy for wound healing in people with diabetes. Journal of Diabetes Nursing, 16(6): 227-232.
18. Körpınar Ş, Cimşit M (2006) Farklı Wagner derecelerindeki diyabetik ayak ülserlerinde multidisipliner tedavi sonuçları. I. Ulusal Yara Bakımı Kongresi. Antalya, s.40.
19. Lin LC, Yau G, Lin TF et al. (2006) The efficacy of hyperbaric oxygen therapy in improving the quality of life in patients with problem wounds. Journal of Nursing Research 14(3): 219-227.
20. Lipsky BA (2009) Diagnosing and treating diabetic foot infections. Klimik Dergisi, 22(1): 2-13.
21. Lipsky BA, Berendt AR, Deary HG et al. (2006) Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Plastic Reconstr Surgery, 117(7): 2125-2385.
22. Löndahl M, Katzman P, Hammarlund C et al. (2011a) Relationship between ulcer healing after hyperbaric oxygen therapy and transcutaneous oximetry, toe blood pressure and ankle-brachial index in patients with diabetes and chronic foot ulcers. Diabetologia, 54: 65-68.
23. Löndahl M, Katzman P, Nilsson A et al. (2010) Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care, 33(5): 998-1003.
24. Löndahl M, Landin-Olsson M, Katzman P (2011b) Hyperbaric oxygen therapy improves health-related quality of life in patients with diabetes and chronic foot ulcer. Diabet Medicine, 28(2): 186-190.
25. Mert G, Metin S, Yıldız Ş ve ark. (2012) Diyabetik ayak ülseri nedeniyle hiperbarik oksijen tedavisi planlanan hastalarda yara kültürü ile tespit edilen enfeksiyon ajanları. TAF Prev Med Bull, 11(2): 205-210.
26. Neşe A, Ovayolu N (2006) Diyabetik ayak ve bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2): 89-96.
27. Pınar R (1994) Diabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktor Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
28. Satman I, Omer B, Tutuncu Y et al. (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European Journal of Epidemiology, 28(2):169-180.
29. Satman I, Yılmaz T, Sengül A 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): 1551-1556.
30. Steed DL, Attinger C, Colaizzi T et al (2006) Guidelines for treatment of diabetic elcers. Wond Rep Reg. 14: 680-692.
31. The Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS), Hyperbaric Oxygen Therapy Committee. Guidelines: Indications for Hyperbaric Oxygen. Durham, NC: UHMS; 2009.
32. Thom SR, Milovanova TN, Yang M et al. (2011) Vasculogenic stem cell mobilization and wound recruitment in diabetic patients: increased cell number and intracellular regulatory protein content associated with hyperbaric oxygen therapy. Wound Repair Regeneration, 19(2): 149-161.
33. Ware J (1976) SF- 36 health survey update. Spine, 25(24): 3130-3139.
34. American Diabetes Association (ADA) (2014). Standarts of medical care in diabetes. Diabetes Care, 37(1):14-80.
35. Yeşil S, Akıncı B, Yener S et al. (2009) Predictors of amputation in diabetics with foot ulcer: Single center experience in a large Turkish kohort. Hormones 8(4): 286-295.

Holistik Bakımda “Refleksoloji”

Yrd. Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL¹, Öğr. Gör. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN²

¹Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, OSMANİYE

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, SAMSUN

Özet

Wellness; “esenlik, iyilik hali” anlamına gelir. Wellness bakış açısının en önemli öğelerinden biri bütünsel/ holistik (bedensel, görsel, zihinsel, enerjisel ve ruhsal) sağlıktır. Kendimize ve olaylara bütünsel yaklaşma yollarından biri de holistik /bütünsel sağlığı sağlamaktır. Hemşirelik bakımı; fiziksel hastalıklar, bireyin emosyonel ve stres durumu ya da ölüm gibi akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluk yaşadığında kişinin baş etme stratejilerini arttırarak holistik sağlığı korumayı içerir. Holistik bakım; fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklardan özgürleşmeyi hedeflemektedir. Bedenimizde meydana gelen rahatsızlıkların zihnimizde, kas ve organlarımızda enerji blokajları oluşturması sebebi ile bütünsel sağlığı korumada en etkili yöntemlerden biri de refleksolojidir.

Anahtar Kelimeler: Holistik bakım, Terapötik etki, Tamamlayıcı tıp, Hemşirelik, Refleksoloji

Summary

In Holistic Care “Reflexology”

Wellness; ‘peace, well-being,’ means. The wellness perspective, one of the most important elements of integral/ holistic (physical, visual, mental, energetic and spiritual) health. One of the ways to ourselves and the holistic approach holistic events /holistic health care to provide. Nursing care; physical illness, condition, or emotional stress like death of the individual and the mind, body and soul by increasing disharmony between holistic coping strategies of people who live in the protection of Health includes. Holistic care aims to determined to be free from physical and mental discomfort. In the minds of disturbances that occur in our bodies, in our organs and energy blockages that create now with the reason one of the most effective methods in maintaining holistic health reflexology.

Keywords: Therapeutic Effect Of Complementary Medicine, Nursing, Reflexology

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün araştırmalarına göre, dünya popülasyonunun dörtte üçü Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) yöntemlerini kullanmaktadır (Edirne, 2010).

Farmakolojik tedavilerdeki gelişmelere rağmen TAT yöntemlerinin dünya çapındaki kullanımını özellikle son dönemlerde daha da artış göstermektedir. (Aydilek, Bozkanat, 1997; Turan, Öztürk, Kaya, 2010). Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, Amerika’da %42.1’i farklı formlardaki TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bu sonuçlar göz önüne alınınca hastaların TAT yöntemleri kullanım oranlarının giderek arttığı söylenebilir (Cullear, 2003).

Yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, bakım ve tedavideki güçlükler, dejeneratif, kronik, ve malign hastalıklardaki artış, yeni teknolojilerin yüksek maliyeti, bu olanaklara ulaşılmasındaki güçlükler, ekonomik nedenler, güncel bakım ve tedavi yöntemlerine karşı duyulan şüphe ve olası yan etkilerinden kaynaklanan korkular TAT yöntemlerine olan ilgiyi de büyük ölçüde arttırmıştır (Turan N, Öztürk A, Kaya N, 2010).

TAT yöntemleri tercihlerinin artışıdaki başlıca sebepler; kişiye özel olmayan genel teknolojik tıbbi yöntemler, sağlık sigorta sistemlerinin yetersizliği, ilaç veya tedavilerin doğur-

duğu yan etkiler, yüksek tedavi ve ilaç ücretleri, bireylerin kendi sağlık bakım uygulamalarında kontrol eksikliği, immün sistemi güçlendirme, umutsuzluk duygusundan kurtulma, sağlıklı davranışları güçlendirme gelmektedir (Turan, Öztürk, Kaya, 2010; Araz, 2007).

İnsanların tamamlayıcı terapileri kullanmalarının; daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, ağrı yönetimi, ilaçların yan etkilerini azaltma, yaşam kalitelerini arttırma, immün sistemi güçlendirme, umutsuzluk duygusundan kurtulma, sağlıklı davranışları güçlendirme, gerginlik ve kontrol kaybından kaçınma gibi çeşitli nedenleri bulunmaktadır (Araz, 2007; Kanodia, 2010; Özçelik, 2009).

Günümüzde farmakolojik yöntemlerle birlikte nonfarmakolojik tamamlayıcı tedaviler bir arada kullanılabilir. Bu yöntemlerden biri olan refleksolojinin temel amacı, vücuttaki enerji blokajlarını harekete geçirerek enerji akımını sağlamaktır. Refleksoloji, refleks noktalarına (ovma, sıvazlama ve sıkma hareketleri ile) basınç uygulanarak gerçekleştirilen özel bir basınç tekniği ve enerji dengeleme sistemidir. Refleksoloji vücudun kendi kendini iyileştirme gücünü harekete geçirir ve vücudu canlandırır. Bu nedenle beden, zihin ve ruhu içeren bütünsel (holistik yaklaşım) tamamlayıcı tedavi yöntemidir (Cullear, 2003).

Martha E. Rogers (1914) hemşireliği; "bireylere bütüncül yaklaşımı savunan, insanın gelişim ve doğasını inceleyen humanist bir bilim" olarak tanımlar (Velioğlu, 1999). Refleksoloji uygulaması ile masaj yapılan bölgede kanlanmanın artması, mekanizmanın hızlanması, enerji bloklarının harekete geçirilmesi ve gerginliğin azaltılarak hastanın rahatlatılması, ajitasyonun, irritasyonun azaltılması sağlanarak bireyde hem fiziksel hem de psikolojik verilerin olumlu yönde gelişimi hedeflenmektedir.

(Akın ve Uyar; 2014). Rogers'a göre insanın en önemli birimi enerji alanıdır. Bireyin yaşamı dinamiktir ve birey sürekli etrafı ile veya birbiri ile madde ve enerji alışverişi içindedir. İnsan; bu enerji ve madde alışverişi ile çevresine uyum sağlar. Rogers modeline göre; hemşire bakım verirken kişiyi psikolojik ve fizyolojik sistemlere sahip bir birey olarak değil, holistik bakım içinde ele alınmalıdır. Çünkü birey çevre ile sürekli etkileşim halinde olduğu için birey parçalara ayrıldığında anlaşamaz. Rogers, varlıkların en temel bölümünün enerji alanları olduğunu belirtmiştir. Sahip oldukları enerji ile var olur ve çevreye uyum sağlarlar. Varlıklar enerji alanına sahip olmaktan çok kendileri bir enerji alanıdır. Enerji ise; alanın dinamik doğasını oluşturarak enerji alanlarının sonsuz olduğunu ifade eder (Ay, 2010; Velioğlu, 1999).

Refleksoloji ise; kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelmektedir. Refleksoloji ile uyarılan refleks bölgeleri vücuttaki organlara yansıyan enerji akımına dayanır. Özel bası teknikleriyle refleks noktalarına uygu-

lanarak refleksoloji vücuttaki enerji blokajlarını ortaya çıkararak vücutta enerji akışını sağlamaktadır. Refleksolojide, el ve ayaklar vücudun harita ve aynaları olarak kabul edilir. En yaygın olarak ayak refleksoloji kullanılır. El ve ayaklarda vücudun belirli bölgelerine ve organlarına temas edilmesini sağlayan sinir uçları vardır. Bu noktalara yapılacak masaj ve basınç uygulamaları o noktaların hitap ettikleri organların rahatlatılmasında ve o bölgelere yönelik yapılacak tedavilere destek verilmesine yardımcı olur. Her bir ayakta 7200'den fazla sinir ucu bulunmaktadır. Bu bölgelerdeki belli noktalara basınç uygulanarak vücudun ilgili bölgeleri uyarılmış olunur. Baskı teknikleriyle (5 bası tekniği vardır) vücuttaki sirkülasyon sağlanıp vücudun doğal fonksiyon mekanizması geliştirilir. Refleksoloji ile; el ve ayakta bulunan özel refleks noktaları vücudun ilgili organları ve salgı bezleri ile bağlantı içerisinde olur (Botting, 1997; Çevik, 2013).

Refleksoloji teorisi; sinir noktalarını belirli bası teknikleriyle uyarmanın ortaya elektrokimyasal mesajları çıkardığını bunda nöronların yardımı ile ilgili organı uyardığını savunur. Refleksoloji stresi azaltarak vücutta fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır (Gambles, Crooke, Wilkinson, 2002). Örneğin vücudumuzu en çok etkileyen stres siklusunu incelediğimizde;

Beyindeki emosyonel merkezde, Opioidler, Gaba, Serotonin, Dopamine, Noradrenalin gibi 5 önemli nörotransmitter bulunur. Bu kimyasallarda bir değişiklik olduğunda vücutta tehlikeli bir stres siklusu başlar. Herhangi bir tip stres vücutta Opioid seviyesini azaltarak kişide sinirlilik ve irritasyon hali meydana getirir. Bu durumda Opioid'lerin azalması ile dopamin salınımı başlar. Dopamin salınımı sonucunda ise; uyanıklık, anksiyete bozukluğu, emosyonel yorgunluk ortaya çıkar. Kişide açıklanamayan, sebebi bilinmeyen panik ve depresyon görülür. Bundan dolayı birçok kişi yapay opioid salınımını arttırmak için kendini alkol veya ilaca verir. Refleksoloji sırasında kaslar rahatlar, kan basıncı düşer, vücut ısısı ve neminde değişiklikler olur.

Refleksolojinin Etki Mekanizması

Refleksolojinin temel teorileri, "Bölge teorisi" ve "meridyen teorisi" kuramlarından üretilmiştir. Refleksolojinin etkileri ise; meridyen teorisi, enerji teorisi, kapı kontrol teorisi, zone teorisi, laktik asit teorisi, proprioseptif sinir reseptörleri ve psikolojik teori kuramı ile açıklanmaktadır. Melzack, kapı kontrol teorisi ve endojen teorisi de ağrıyı azaltmada refleksolojinin etkileri hakkında açıklayıcı bilgiler vermektedir. Refleksolojinin çalışma mekanizması vücudun tüm alanlarında iyileşmeyi sağlayarak holistik bakımı hedefleyen gizli enerji hareketidir. Refleks noktalarına basınç uygulanması ile periferik ve santral sinir sistemi uyarılır ve aynı zamanda beyine bilgi akımı gerçekleşir.

Refleksolojide bu etkilerin açıklanmasındaki teoriler şunlardır;

1- Enerji teorisi: Bu teoriye göre refleksoloji vücutta elektro-

magnetik alanlar arasında iletişimi sağlar. Zaman zaman enerji bloklarının meydana gelmesini ve enerji akışını arttırarak tıkanmış kanallar- daki enerjinin tekrar dolaşıma katılmasına yardımcı olur.

2- Laktik asit teorisi: Refleksoloji; laktik asitin ayaklarda mikrokristaller olarak depolanmasını önleyerek bu kristalleri eritip azaltarak serbest akıma izin verdiğini savunur. Refleks bölgelerine yapılan baskı kalsiyum, lak-tat ve ürik asit kristallerinin emiliminde ve azalmasında etkili olması nedeniyle bu süreç "detoksifikasyon" olarak adlandırılmaktadır.

3- Sinir reseptörlerini algılama teorisi: Ayaklardaki reflekslerin organları etkilediğini ve vücuttaki organlar ile bu refleks bölgeleri arasında bir bağlantının olduğu belirtir. Refleksoloji; ayaklardaki basınç reseptörleri ile otonomik ve algısal motor sinir sistemi arasında iletişimi sağlar. Nöronların yardımıyla ilgili organların uyarıldığını, gevşeme ve rahatlık oluşturduğunu, bu gevşemenin otonom yanıtı, endokrin, immün ve nöropeptid sistemi etkilediğini savunur.

4- Endokrin salınım teorisi: Refleksoloji duyuşsal uyarımlarla aşırı yüklenen sinir yollarını açarak endorfin alımını uyarır. Endorfinin, duyuş durum ve stres ile ilişkisi olduğu için endorfin salınımının artması kişide gevşetici etki oluşturarak fizyolojik parametreleri olumlu yönde etkiler.

5- Terapötik ilişki: Dokunma ile enerji alışverişi yapılarak iyileşmenin sağlanmasıdır. Tüm bu teorilerin amacı; vücuttaki enerjiyi dengelemektir. Refleksoloji, inaktif olmuş bölgeleri uyararak ya da aşırı aktive olanları yatıştırarak tüm vücut sistemlerini dengelemeye yardım eder (Botting, 1997; Amanak, Karagöz, 2013).

Dokunmayla birlikte sözel iletişim olması hastanın yaşam kalitesini arttırmada iyileşme süresini azaltmada son derece önemlidir. Terapötik dokunma yolu ile sağlıklı/hasta bireye; yakınlık, güven, cesaret, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletilir. Etkili dokunma terapötik olup; algılama-kavrama yetenekleri üzerinde olumlu; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma gibi etkileri vardır (Çınar, Khorshid, 2003; Mollaoğlu, 2001; Kocaman, 2008).

Sonuç

Holistik yaklaşım; hastalık veya fiziksel problemi olan kişiyi Fiziksel-Ruhsal-Emosyonel açıdan bir bütün olarak bakmadır. Hemşirelik bakımı bireyi, fiziksel, zihinsel, duyuşsal ve ruhsal boyutlarıyla birlikte bir bütün olarak (holistik) benimsemiştir. Refleksoloji uygulaması esnasında hasta da dokunma duyuşuyla birlikte vücudundaki enerji sistemleri harekete geçecek, dopamin salınımını azalarak stres siklusunun oluşmasını engelleyecektir. Ayrıca, Endorfin salınımını artırarak vücutta gevşetici, rahatlatıcı bir etki meydana getirir. Terapötik dokunmanın ise; hasta-

da oluşturduğu güven,sevgi, anlayış ve empati gibi duyuşlar Tıbbi tedavinin destekçisi olacaktır. Refleksoloji ile hemşirelik uygulamalarında hedeflenen holistik bakıma ulaşmak mümkündür. Refleksoloji; fiziksel ve emosyonel dengeyi sağlar.

Bu nedenle hemşirelik, Tamamlayıcı ve Alternatif Terapi Yöntemlerinin kullanımı için uygundur. Kullanılan yöntemlerin bazıları hemşirelik bakımında kullanılmasına rağmen, kullanım alanları hala sınırlıdır. Hemşirelik bakımında Tamamlayıcı ve Alternatif yöntemleri kullanmak için, söz konusu yöntemlerin profesyonel hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Amanak, K., Karagöz, B., Sevil, Ü. (2013). Alternatif/Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. TAF Prev.Medicine Bull, 441-48.
2. Araz, A., Harlak, H., Gülgün, M. (2007). Sağlık Davranışları ve alternatif kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 112-22.
3. Ay, F. A. (2010). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp.
4. Ayçeman, N. (2014). Refleksoloji Terapisi.http://www.academia.com.
5. Aydılek, R., Bozkanat, E. (1997). bronşial astımda tedaviler. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, 362-364.
6. Botting, D. (1997). Review of Literature on Effectiveness of Reflexology. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 123-30.
7. Culler N, A. T. (2003). Complementary and Alternative Medicine (CAM) use by African American (AA) and Caucasian American (CA) older adults in a rural setting: a descriptive, comparative study. BMC complementary and Alternative Medicine, 3:8.
8. Çevik, K. (2013). Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 123-30.
9. Çınar, Ş., Khorshid, L. (2003). Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 15-18.
10. Edirne T, A. S. (2010). Use of complementary and alternative medicine by a sample of turkish women for infertility enhancement. BMC complementary and Alternative Medicine, 10-58.
11. Gambles M, C. M. (2002). Evaluation of a hospice based reflexology service: Qualitative audit of patient perceptions. Europe Journal of Oncology Nursing, 37-44.
12. Kanodia, K., Legedza, A. T., Davis, R. B., Eisenberg, M., Philips, S. R. (2010). Perceived benefit Complementary and Alternative Medicine (CAM) for back pain: a national survey. Journal Am Board Fam Medicine, 354-362.
13. Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 101-112.
14. Korkan, A., Uyar, M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9-14.
15. Mollaoğlu, M. (2001). Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 5-9.
16. Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç. (2009). Kanser Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi, 48-52.
17. Tsay, S., Wang, L., K, C. L. et al., (2005). Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. Journal of Advanced Nursing, 142-150.
18. Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 93-98.
19. Veliöğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Ofset Matbaa.

Bir Rehber: Obez Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Kullanılması

Yard. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOęLU¹, Uzm. Hemş. Esra KEřER²

¹Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, GAZİANTEP

²Adana Aşkim Tüfekçi Devlet Hastanesi, ADANA

Özet

Obezite önlenebilir ölümlerin sigaradan sonraki en önemli nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre obezite, modernleşme ve ekonomik büyüme gibi standartları arttıran nedenlerden dolayı küresel bir epidemiyeye dönüşmektedir. Obeziteye eşlik eden sorunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, artrit ve kanserin yanısıra obez bireylerde beden imgesinde bozulma, benlik saygısında azalma, depresyon gibi durumlar ortaya çıkmakta toplumsal önyargılar ve sosyal iletişim kopuklukları gibi olumsuz durumlar görülmektedir. Bütün bu sorunlarla baş başa kalan obez bireyin yaşam süresi ve kalitesi de etkilenmektedir. Pender'in sağlığı geliştirme modeli (SGM), bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunar. Bu teoride asıl önemli olan bireyin sağlıklı yaşam davranışlarını hayatının bir parçası haline getirmesi ve bireylere danışmanlık yapılmasıdır. Bireylerin kendi sağlını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli bireyin ve hemşiresinin daha kaliteli bir hayat için beraber çalışmasını amaçlamaktadır. Bu nedenle Pender'in sağlığı geliştirme modelinin kullanılarak hemşire danışmanlığının verilmesi bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesi ve böylece bireyin uzun süreli ve yüksek standartlı bir hayat sergilemesi bakımından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Sağlığı Geliştirme Modeli, Obezite, Hemşirelik, Danışmanlık

Summary

A Guide to Using Pender's Health Promotion Model with Obese Individuals

Obesity is the second most significant cause of preventable death after smoking. According to the World Health Organization (WHO), obesity became a global epidemic due to certain reasons raising the standards such as modernization and economic growth. Other problems seen with obesity are cardiovascular disorders, type 2 diabetes, arthritis, cancer, deterioration of body image, decrease in self-esteem, depression, social prejudices and lack of social communication. Life span and the quality of life of obese individuals facing these problems are affected, too. Pender's health promotion model (HPM) presents a holistic approach to individuals by evaluating their backgrounds and self-perceptions. What is significant in this theory is that individuals should make a health-promoting lifestyle a part of their lives, and counseling should be provided to them. Health promotion studies play a key role in improving individuals' lives and achieving their full health potential. The health promotion model aims to ensure that individuals and nurses cooperate for a better life. Therefore, providing nursing counseling using Pender's health promotion model is impor-

tant for individuals to adopt a health-promoting lifestyle and to lead long healthy lives.

Keywords: *health promotion model, obesity, nursing, co-unseling*

Giriş ve Amaç

Obezite, vücut ağırlığının boy uzunluğuna göre sınırın üstüne çıkmasıdır. Bu durum vücudun yağ kitlesinin yağsız kitleye oranının çok fazla olduğunu ifade etmektedir. Kronik bir hastalık olarak nitelendirilen obezite yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz özellikleri ile gelişen dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biridir (Kafkas ve Özen, 2014).

Dünya erişkin obez nüfusu yaklaşık 400 milyon olarak bildirilmektedir. DSÖ verilerine göre; 2014 yılında 1.9 milyardan fazla yetişkin, 18 yaş ve üzeri, aşırı kilolu ve bunların 0.6 milyardan fazlasının obez olduğu ve dünyadaki yetişkin popülasyonunun yaklaşık %13'ünün (erkeklerin %11'i, kadınların %15'i) obez olduğu belirtilmiştir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 188 ülkeden alınan verilerle yürütülen bir çalışma sonucu da son 30 yılda obez veya kilolu kişi sayısının 857 milyondan 2.1 milyara yükseldiği ve dünya nüfusunun yüzde 30'unun obez veya aşırı kilolu olduğu yönündedir (Haagsma, Graetz, Bolliger et al. 2016). Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III) verileri de, ABD' de 20 yaş üzeri grubunun %54.9'unun aşırı kilolu ve 22.5'inin obez olduğunu bildirmiştir (TEMD, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2015). Yine ülkemizde yapılan ve yaklaşık 25000 kişinin incelendiği Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırmasında (TOHTA) obezite prevalansı kadınlarda %36, erkeklerde %21.5 ve genel nüfusta ise %25 olarak bulunmuştur (Hatemi, Turan, Arık ve ark. 2002). 1990'dan 2000 yılları arasında yapılan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Araştırmasında (TEKHARF) ülkemizde 10 yıllık bir izlemde obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında arttığı, 2000 yılında obezite prevalansının yetişkin kadınlarda %43, erkeklerde ise %21.1 olduğu tespit edilmiştir (Onat, 2003). 540 merkezde gerçekleştirilen, 20 yaş ve üzeri 24788 kişinin incelendiği TURDEP-I çalışmasında obezite prevalansı, kadınlarda %32.9, erkeklerde %13.2, genelde ise %22.3 seviyelerinde olduğu belirtilmiştir (Satman, Yılmaz, Şengül ve ark. 2002). TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yine aynı bölgelerde 26500 yetişkin ile yürütülen TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı ince-

lendiğinde kadınlarda %44, erkeklerde %27 ve genel toplumda ise %35 olduğu bildirilmiştir. TURDEP-I ve TURDEP-II'nin popülasyonu yaklaşık yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına göre düzenlendiğinde, Türk yetişkin nüfusunda standardize obezite prevalansının 2010' da %31.2'ye ulaştığı belirlenmiştir. Çalışmaların sonuçlarına göre obezitenin 12 yılda kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında yüksek ölçüde artmış olduğu görülmektedir (Satman, Ömer, Tütüncü ve ark. 2013). Elde edilen bu veriler oldukça önemlidir ve yanında getirdiği diğer olumsuz durumlar da düşünüldüğünde ilk ele alınması gereken konulardandır.

Obezite ile baş etmede temel unsur obez bireyin yaşam tarzı değişikliğini yapabilmesidir. Hemşireler obezite veya aşırı kilolu olma riskini azaltacak sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi geliştirmede toplum için eğitici ve rol model olarak ideal pozisyonadlardır (Saunders and Harrison, 2015). Hemşireler toplum ve aileler için eğitici ve rol model olarak obezite konusunda daha bilinçli adımlar atabilirler (Rowen, 2009). Bu bağlamda obeziteyi önlemeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarına yönelik sağlıklı yaşam programları hazırlayabilirler. Obezite yönetiminde; hemşirelik girişimleri olarak uygulanan eğitim, bakım yönetimi ve destek sağlama, obezite sorununun çözümlenmesinde, gerekli stratejilerinin oluşturulmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Saunders and Harrison, 2015).

Bu derlemede, obez bireylerin, kişisel özellikleri ve risk faktörlerine yönelik sağlık davranışlarında değişiklik oluşturmak için hemşireler tarafından Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin nasıl kullanılacağı açıklanmıştır.

Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan Pender'in sağlığı geliştirme modeli (SGM), Bandura'nın sosyal öğrenme teorisinden ve Featherer'in beklenti değer teorisinden temel alınarak geliştirilmiştir. Bireyin sağlık davranışları üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler bu teorilere göre açıklanmaktadır (Bandura, 2004; Anderson, Winett, Wojcik et al. 2010; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Sevinç, 2012).

Nola J. Pender, hemşire kuramcılarında davranış bilimlerinin bakış açısını hemşirelik bakış açısıyla birleştirerek Sağlığı Geliştirme Modelini (SGM) geliştirmiştir. Bu model, sağlığı geliştirici faktörleri ve öngörülen nedensel mekanizmaları açıklayıcı bir şekilde ifade etmektedir (Hendricks, Murdaugh and Pender, 2006; Pender, Murdaugh and Parsons, 2006; Robbins, Gretebeck, Kazanis et al. 2006; Aydoğdu ve Bahar,

2011). Sağlığı geliştirme modeli sağlığı sürdürmek için bireylerin birbirleriyle ve fiziksel çevreyle olan ilişkilerini, birbirlerine olan etkilerini tanımlamaktadır (Dehdari, Rahimi, Aryaeian et al. 2014; Wu, Ronis, Pender et al. 2002a; Wu, Pender and Yang, 2002). Pender modelini ilk olarak 1987 yılında geliştirmiş ve daha sonra 1996'da revize etmiştir. Bu modelde bireylerin sağlıklarını geliştirme davranışlarının kazandırılması amaçlanmıştır (Pender, Walker, Sechrist et al. 1998). Modelde belirtilen sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicisi ve davranış değişikliğinde etkili olan faktör öz-yeterlilik algısıdır (Mostafavi, Ghofranipour, Feizi et al. 2015; Sevinç, 2012). Öz-yeterlilik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Albert Bandura'nın

Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz-yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini içermektedir. Öz-yeterlilik, davranış değişikliğinin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır.

1. Deneyim ve Kişisel Özellikler: Bireyin obeziteye ilişkin önceki deneyimleri ve kişisel özellikleridir. Bireyin daha önce kendisinde ya da aile bireylerinde obezite deneyimlemiş olması ayrıca obeziteye yönelik risk faktörleri, fonksiyonel kapasitesi, psikolojik ve sosyo-kültürel durumu, daha önceki kilo verme deneyimleri sağlığı geliştirmedeki davranış değişikliğini etkileyecek faktörlerdir.

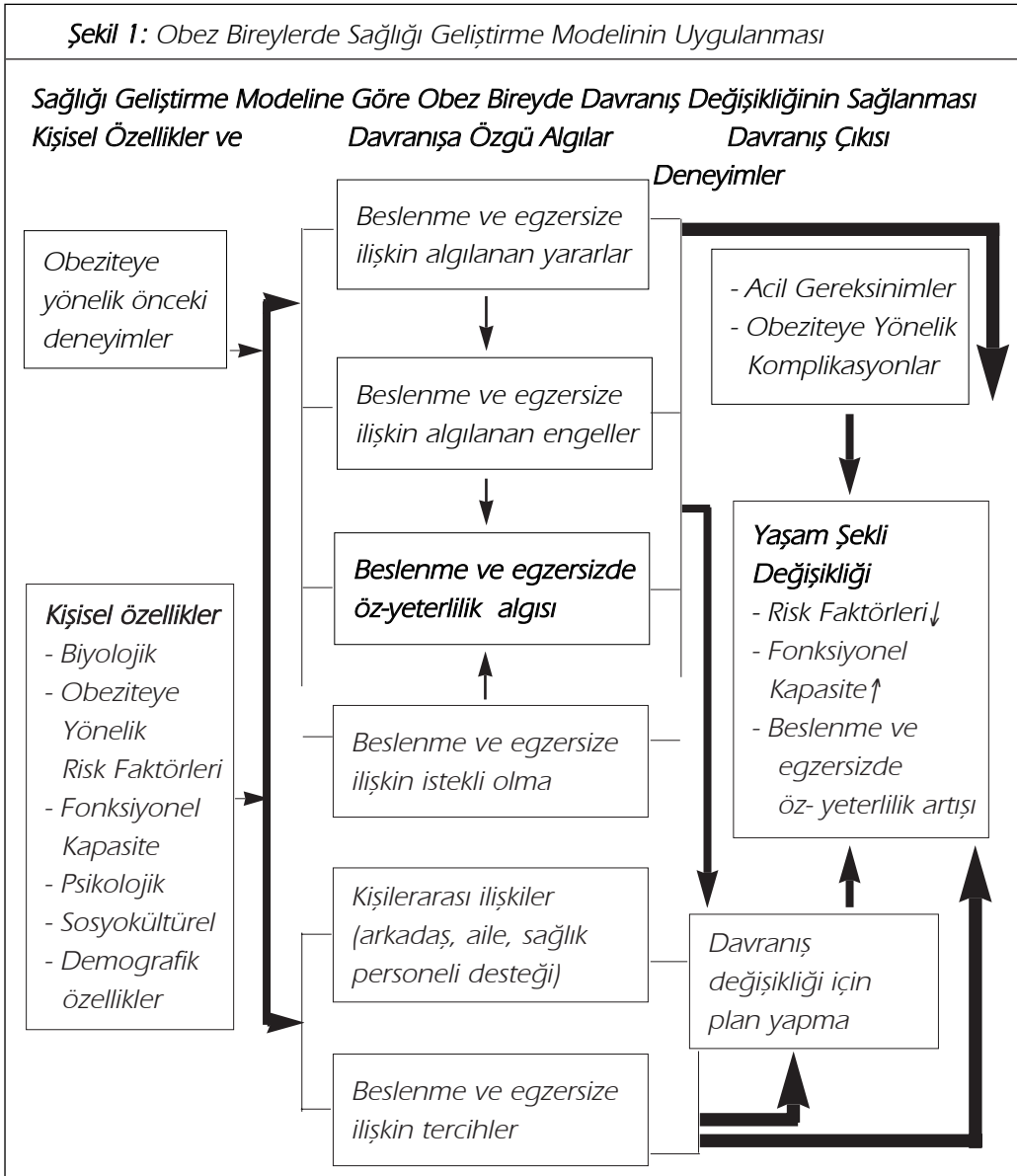
2. Davranışa Özgü Algılar:

Bu doğrultuda obezite bireylerde davranışa özgü yarar ve engel algılarının yanı sıra öz-yeterlilik, beslenmeye bağlı duygular, aktiviteye bağlı duygular, kişilerarası etkileşim ve durumsal etkiler üzerine algıları vardır. Bu kapsamda aşağıda belirtilen algılar yer almaktadır.

2.1. Algılanan Yararlar: Örneğin, hasta yeterli-dengeli beslenme ve egzersiz yapmayı kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, beslenme ve egzersize ilişkin öz-yeterlilik algısı da olumlu yönde etkilenecek ve bu davranışlarda başarı gösterecektir. Hemşire hastanın özellikle beslenme ve egzersiz yapmaya yönelik öz-yeterliliğini arttırmaya ilişkin eğitim programlarıyla hastaya bu davranışların yararlarını göstermelidir.

2.2. Algılanan Engeller: Hasta egzersiz yapmanın veya yeterli ve dengeli beslenmenin hastalığına yararlı olmayacağını, hastalığının sadece stres faktörüyle ilişkili olduğu

Şekil 1: Obez Bireylerde Sağlığı Geliştirme Modelinin Uygulanması



nu zannedebilir. Hastada bu davranışları geliştirmeye yönelik olumsuz duygular, hemşiresinin vereceği eğitim ve danışmanlıkla ortadan kaldırılabılır. Hastaya obeziteye neden olan risk faktörleri, resimler ve slaytlarla basit şekilde anlatılarak, örnek modeller gösterilerek, hastada oluşan duygular olumlu şekle çevrilebilir.

2.3. Algılanan Öz-Yeterlilik: Hastaya göstereceği davranış değişikliğinin faydaları anlatılıp, olumsuz duygularıyla baş etmesi sağlandıktan sonra, bireyin gerçekleştireceği davranış değişikliği daha da kolaylaşacaktır. Hastanın hemşiresi tarafından aldığı eğitim ve danışmanlık sonrası özellikle beslenme ve egzersizle öz-yeterlilik algısının yükselmesi bunlarla ilişkili olarak, sağlıklı yaşam davranışını başarı ile gerçekleştirmesi hedeflenmektedir.

2.4. Aktiviteye Bağlı Duygular: Mesela obez birey uyguladığı egzersiz programının ve diyetin sonucu sağlıklı şekilde kilo verebilir ve gösterdiği çabanın sonucunu alabilir. Verdiği kiloları gördükçe güdülenebilir ve programa daha motive olabilir. Ya da obez birey uyguladığı egzersiz programının ve diyetin işe yaramadığını düşünebilir. Bu nedenlerle hasta kısa süre sonra hemşire tarafından tekrar danışmanlık almalı ve olumlu duygular geliştirmesi ve sürdürmesi için bireyin sosyal çevresinin desteği alınmalıdır.

2.5. Kişilerarası Etkileşim (aile, arkadaş, sağlık personeli): Örneğin evde yemekleri yapan eşin, önerilere uygun olarak yemek yapma alışkanlığını düzenlemesi ve önerilen egzersiz programında eşinin yanında olması önemlidir. Bu nedenle eğitim programlarına bireyin özellikle eşi ve katılabilecek farklı kişiler varsa bu kişilerin katılımları sağlanmalıdır. Eğitimde davranış değişikliği ile ilgili nasıl destek olunabileceği konusunda hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

2.6. Durumsal Etkiler: Algılanan tercihler, istek durumu, estetik gibi faktörler, davranışın gerçekleştirilmesinde olumlu veya olumsuz rol oynamaktadır. Özellikle fazla yağlı yiyeceklerle ve uygunsuz saatlerde beslenen, sedanter yaşayan bireyler eski rahatının bozulması yanında bazı yaşantılardan geri kalma gibi durumsal faktörler, sağlık davranışının gelişimini olumlu ya da olumsuz yönde değiştirebilmektedir. Yoğunluk, aile sorunları, depresyon gibi sebepler tüm sağlıklı geliştirme programı uygun şekilde uygulandığında bile davranış değişiminde isteksizliğe neden olabilir, birey programı uygulamak istemeyebilir.

3. Davranış Çıktısı (İstenen davranışın sergilenmesi): Mesela obez bireyin egzersiz ve diyetle rağmen aynı kiloda kalması veya çok yavaş kilo vermesi hastanın tüm motivasyonunun etkilenmesine neden olabilir. Birey egzersizlerini yapmayarak

sedanter yaşamda kalmayı tercih edebilir. Bunların yanında birey planlanan girişimlere devam edip, öğretildiği gibi yaşam alışkanlıklarını değiştirmeye başlayabilir ve beklenen davranış değişikliğini gösterebilir.

Bireysel Sağlık Algıları

Sağlığı Geliştirme Modeli kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel, algılanan yarar, öz-yeterlilik algısı yer almaktadır. SGM bu kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. SGM'de bireylerin davranış üzerinde önceki davranışların etkili olduğu belirtilmektedir. Pender, bireylerin egzersize yönelik davranışlarını açıklamada SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'inin sonraki davranışları tanımlamada önceki davranışların etkisini desteklediğini ve davranışları tahmin etmedeki etkili faktörün geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı olduğunu belirtmektedir (Pender, Murdaugh and Parsons, 2006). Şimdiki davranışlarla önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır. Sosyal öğrenme teorisi ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz-yeterlilik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlıklı geliştirme davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir (Pender, Murdaugh and Parsons, 2006; Pender, 1987).

Algılanan Yarar: Sağlığı geliştirebilmek için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç olarak ifade edilmektedir. Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarar olarak da bilinir. Algılanan yarar bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını gösterir (Bahar ve Açıl, 2014; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Wu and Pender, 2005). Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıklı ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilencmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008; Clemen-Stone, Mcguire Sandra and Eigsti Diane 2002; Hochbaum, 1958).

Algılanan Engel: Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıracığı düşünülen engeller veya davranışın potansiyel olumsuz yönleridir. Başka bir bakışla, beklenen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller veya olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan yarar, algılanan engellerden ne kadar fazla ise davranışa olan eğilim o kadar fazladır

(Bahar ve Açıl, 2014; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Glanz, Rimer and Viswanath, 2008; Shin, Yun, Pender et al., 2005).

Öz-Yeterlilik: Kişinin beklenen davranışı gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancı olarak ifade edilmektedir. Öz-yeterlilik kuramına göre kişi istediği bir sonuca ulaşabileceğine inanırsa, daha aktif olmakta ve olayların kontrolünü elinde tutabilme gücü bulmaktadır (Kamran, Azad-bakht, Sharifirad et al. 2015; Sevinç ve Argon, 2014; Doni, Şimşek, Gürses ve ark. 2009). Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz-yeterlilik önemli rol oynamaktadır.

Bir bireyin öz-yeterlilik algısını etkileyen dört faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi gerçek performanstır. Birey tekrarlayan bir şekilde bazı davranışları gerçekleştirebiliyorsa öz-yeterlilik algısı artmaktadır. Aynı şekilde bireyin tekrarlayan bir şekilde bir davranışı göstermede başarısız olması, o davranışa yönelik öz-yeterlilik algısının azalmasına neden olmaktadır. İkinci olarak öz-yeterlilik başkalarının deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bir kişi, başkalarının başarılı olduğu davranışları gözlemleyerek, o davranışı kendisinin de yapabileceğine olan inancı gelişmektedir. Öz-etkililiği etkileyen diğer bir faktör sözel iknadır. Bir bireyi bir davranışı gösterme konusunda cesaretlendirmek, kişinin davranışı gösterme olasılığını arttırmasına neden olmaktadır. (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008; Pender, Murdaugh and Parsons, 2006; Crain, 2005). Son olarak öz-etkililik fizyolojik özelliklere göre değerlendirilmektedir. Örneğin; yorgunluk durumunu birey davranışı yerine getirmesinin zorlaşmaya başladığının bir göstergesi olarak yorumlayabilmektedir (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008; Pender, Murdaugh and Parsons, 2006).

Modelin Uygulamada Kullanılması

Sağlığı Geliştirme Modeli, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi konusunda bilinçlendirilmesi ve bireylere danışmanlık yapma sorumluluğunu vurgulayan bir modeldir (Pender, 2011). Model, sağlık davranışının ortaya çıkmasını etkileyen temel faktörleri tanımlamaktadır. Fakat modelin asıl odak noktası hemşire tarafından değerlendirilmesi gereken 11 temel inançtır. Bu 11 temel inanç, hemşirelik girişimlerinin kritik noktaları olarak tanımlanabilmektedir. Dolayısı ile birçok kronik hastalıkta ve obezite gibi önemli bir risk faktörünün azaltılmasında kullanılabilecek uygun bir modeldir (Kamran et al., 2015; Dehdari et al., 2013; Tuzcu ve Bahar, 2012; Aydoğdu ve Bahar, 2011). Obezite ile ilgili olarak, bu model ile ilgili bir tez çalışması dışında bir çalışmaya rastlanmamış olup, obez bireylerde çalışılması gereken bir modeldir (Keşer, 2016). Mode-

lin uygulamadaki yararı; bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek obez bireye sağlığın geliştirilmesinde bütüncül bir yaklaşım sunmaktır. Pender, modelinde sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunması arasındaki farklılığı tanımlamış olsa da, Peterson ve Bredow (2009) bu olayın pratikte her zaman kolayca ayırt edilemeyeceğine dikkat çekmiştir (Peterson and Bredow, 2009). Model, hastalıktan kaçınmayı bir sağlık davranışı olarak görmez. En önemli vurgusu sağlığı geliştirme davranışını öngörmek ve tanımlamaktır. Önemli bir diğer nokta ise model, adölesanlar için yeterli değildir. Çünkü adölesanların ve erişkinlerin bağımsız karar verme süreçleri birbirinden farklıdır (Pender, 1996; 2011; Wu, 2002a; 2002b; 2002c; Wu, Pender and Noureddine, 2003; Wu and Pender, 2005).

Sonuç

Sağlığı Geliştirme Modeli, potansiyel bir hastalık tehdidine yönelik motivasyona temellenmediği için, yaşam süresi boyunca ve tüm topluma yönelik obezite için de uygulanabilir. Ancak ergenlerin sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik daha başarılı girişimler planlarken, modelde bazı değişiklikler yapılmalıdır. Bu modelin kullanılmasıyla obez bireylerin;

Hemşire tarafından verilecek eğitim ve danışmanlıklar ile obeziteye ilişkin bilgilendirilmesi,

Yapılacak eğitimler ile sağlık sorumluluklarının geliştirilmesi ve farkındalıklarının artırılması,

Algılanan yararın yükseltilmesi,

Öz-yeterlilik algısının geliştirilmesi,

Algılanan engellerinin belirlenerek bu engellerinin ortadan kaldırılması,

Daha kaliteli bir yaşam için hemşire ile birlikte çalışması sağlanabilir.

Kaynaklar

- 1- Anderson ES, Winett RA, Wojcik JR, Williams DM. (2010) Social cognitive mediators of change in a group randomized nutrition and physical activity intervention: social support, self-efficacy, outcome expectations and self-regulation in the guide-to-health trial. *J Health Psychol. Jan;15(1):21-32. PMID: 20064881.*
- 2- Aydoğdu N.G, Bahar Z. (2011). Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED; 4(1). 34-40.*
- 3- Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal yapı. *DEUHYO ED 2014.7 (1). 59-67.*
- 4- Bandura A. (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav 31: 143.*
- 5- Clemen-Stone, S., Mcguire Sandra, L., & Eigsti Diane, G. (2002). *Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice. Sixth Edition. By Mostby:386-387.*
- 6- Crain, W. (2005). *Theories of development 'concepts and applications (Fifth Edition). New York:Upper Saddle River.*

- 7- Dehdari T. Rahimi T. Aryaeian N. Gohari MR. (2014) Effect of nutrition education intervention based on pender's health promotion model in improving the frequency and nutrient intake of breakfast consumption among female iranian students. *Public Health Nutr.* Mar;17(3):657-666.
- 8- Doni, Y.N. Simsek Z. Gürses G. Özer M.S. (2009) Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 4(12): 21-34.
- 9- Glanz K. Rimer BK. Viswanath K. eds. 2008. *Health Behavior and health education: Theory. Research. and Practice* (4th ed). San Francisco: Jossey-Bass, 45-62.
- 10- Haagsma JA. Graetz N. Bolliger I. Naghavi M. Higashi H. Mullany EC. Abera SF. Abraham JP. Adofu K. Alsharif U. Ameh EA. Ammar W. Antonio CA. Barrero LH. Bekele T. Bose D. Brazinova A. Catalá-López F. Dandona L. Dandona R. Dargan PI. De Leo D. Degenhardt L. Derrett S. Dharmaratne SD. Driscoll TR. Duan L. Petrovich Ermakov S. Farzadfar F. Feigin VL. Franklin RC. Gabbe B. Gosselin RA. Hafezi-Nejad N. Hamadeh RR. Hijar M. Hu G. Jayaraman SP. Jiang G. Khader YS. Khan EA. Krishnaswami S. Kulkarni C. Lecky FE. Leung R. Lunevicius R. Lyons RA. Majdan M. Mason-Jones AJ. Matzopoulos R. Meaney PA. Mekonnen W. Miller TR. Mock CN. Norman RE. Orozco R. Polinder S. Pourmalek F. Rahimi-Movaghar V. Refaat A. Rojas-Rueda D. Roy N. Schwebel DC. Shaheen A. Shahrzaz S. Skirbekk V. Søreide K. Soshnikov S. Stein DJ. Sykes BL. Tabb KM. Temesgen AM. Tenkorang EY. Theadom AM. Tran BX. Vasankari TJ. Vavilala MS. Vlassov VV. Woldeyohannes SM. Yip P. Yonemoto N. Younis MZ. Yu C. Murray CJ. Vos T. (2016) The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev*;22:3-18. doi:10.1136.
- 11- Hatemi H. Turan N. Arik N. Yumuk V. (2002) Türkiye'de Obezite ve Hipertansiyon Taraması Sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi.* 11(Ek-1):1-16.
- 12- Hendricks C. Murdaugh C. & Pender. N. (2006). The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association.* 17(2). 1-5.
- 13- Hochbaum, G.M. (Subsequently modified by other authors). (1958). *Health Belief Model.* Erişim:01.11.2015.
- 14- Kafkas M.E. Özen G. (2014) Obezite Farkındalık Ölçeği'nin (Ofö) Türkçe'ye Uyarlanması: Bir geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi.* 1(2). 1-15.
- 15- Kamran, A. Azadbakht, L. Sharifirad, G. Mahaki, B. Mohebi, S. (2015) The relationship between blood pressure and the structures of pender's health promotion model in rural hypertensive patients. *J Educ Health Promot.* Mar 27;4:29.
- 16- Keşer, E. (2016) Pender' in sağlığı geliştirme modelinin obez bireylerde bazı parametrelere etkisi, *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- 17- Mostafavi F. Ghofranipour F. Feizi A. Pirzadeh A. (2015) Improving physical activity and metabolic syndrome indicators in women: A transtheoretical model-based intervention. *Int J Prev Med.* Apr 1;6:28.
- 18- Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. TEMD Obezite, dislipidemi, hipertansiyon çalışma grubu. 2. Baskı: Mayıs 2015. *BOYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.. Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti.* ISBN: 978-605-4011-19-3. sy 11-12.
- 19- Onat A. (2003) Türkiye'de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. *Türk Kardiyol Dern Arş – Arch Turk Soc Cardiol*; 31 : 279-289.
- 20- Pender N.J. Walker S.N. Sechrist K.R. & Stromborg M.F. (1988). development and testing of the health promotion model. *Cardiovascular Nursing.* 24(6). 41-43.
- 21- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange. 70-82.
- 22- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
- 23- Pender, N. J., Murdaugh, L. C., Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice* (Fifth ed.). Pearson Education, New Jersey, 50-66.
- 24- Peterson, S. J., & Bredow, T.S. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- 25- Robbins L.B. Gretebeck. K.A. Kazanis. A.S. Pender. N.J. (2006). Girls on the move program to increase physical activity participation. *Nursing Research.* 55(3). 206-216.
- 26- Rowen L. (2009). "Overview and summary: Obesity on the rise: What can nurses do?" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 14. No. 1.
- 27- Satman İ. Yılmaz T. Şengül A. Salman S. Salman F. Uygur S. Bastar I. Tütüncü Y. Sargın M. Dinççag N. Karsıdag K. Kalaça S. Özcan C. King H. (2002) Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*;25:1551-56.
- 28- Satman İ. Ömer B. Tütüncü Y. Kalaca S. Gedik S. Dinççag N. Karsıdag K. Genc S. Telci A. Canbaz B. Turker F. Yılmaz T. Cakir B. Tuomilehto J. (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in turkish adults. *Eur J Epidemiol* 28:169-180.
- 29- Saunders D. Harrison B. Application of the epidemiological model: Community-based interventions for the management of obesity in children and young adults. forum on public policy, retrieved 2015 november 27, from: <http://forumonpublicpolicy.com/archive07/saunders.pdf>.
- 30- Sevinç, S. (2012) Pender'in sağlığı geliştirme modelinin miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde uygulanması, *Yayımlanmamış doktora tezi*, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 31- Sevinç, S. Argon, G. (2014) Kalp hastalarında beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinde öz- yeterlilik ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 30 (2):19-33.
- 32- Shin. Y. H. Yun. S.K. Pender. N.J. Jang. H.J. (2005). Test of the health promotion model as a model of commitment to a plan for exercise among korean adults with chronic disease. *Research in Nursing and Health.* 28(2). 117-125.
- 33- Tuzcu, A. Bahar, Z. (2012) Göçmen kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28 (2) : 91-103, 2012.
- 34- World Health Organisation, Obesity and overweight. fact sheet No 311, Updated January 2015, Retrieved November 26, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- 35- Wu T.Y. Ronis D. Pender N.J. & Jwo J.L. (2002a). Development of questionnaires to measure physical activity cognitions among taiwanese adolescents. *Preventive Medicine.* 35. 54-64.
- 36- Wu T.Y. Pender. N.J. & Yang. K.P. (2002b). Promoting physical activity among taiwanese and american adolescents. *journal of nursing research.* 10(1). 57-64.
- 37- Wu TY, Pender N. (2002c) Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: an application of the health promotion model. *Res Nurs Health.* Feb;25(1):25-36.
- 38- Wu SY, Pender N, Nouredine S. (2003) Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among Taiwanese adolescents: a structural equation modeling approach. *Int J Behav Med.* 10(2):93-105.
- 39- Wu TY, Pender N. (2005) A panel study of physical activity in Taiwanese youth: testing the revised health-promotion model. *Fam Community Health.* Apr-Jun;28(2):113-24.

İnsülin Kullanan Erişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Süreçlerindeki Deneyimleri

Uzm. Hemşire Gülay GÜLŞEN¹, Prof. Dr. Nermin OLGUN²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, SAMSUN

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi, GAZİANTEP

Özet

Bu çalışma; Aralık 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Kliniğinde, Tip 2 diyabeti olan bireylerin insülin tedavisini kabullenme ve uyum süreçlerindeki deneyimlerini belirlemek amacıyla niteliksel tipte yapıldı. Araştırmaya uygulama eğitimi almış olup insülin kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 16 birey dahil edildi. Bireylerin 12'si erkek ve yaş ortalamaları 53.7 ± 11.9 yıl idi. Veriler, görüşme formu ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırmada bireylere daha önceden belirlenmiş yanlı ve yönlendirici olmayan sorular yöneltilerek bire bir görüşme tekniği uygulandı. En az 5 dk süren görüşmelerde ses kaydı alınarak 24 saat içinde verilerin yazılı dökümü çıkarıldı. Demografik özellikler için istatistiksel, niteliksel verilerin analizinde ise içerik analizi yöntemi kullanıldı. Analiz sonuçları doğrultusunda, bireylerin deneyimlerinden elde edilen ifadeler gruplandırılarak verilerin birleştiği dört ortak grup saptandı. Bu gruplar insülinle tanışma, insülin algısı, insülinle yaşam ve insülin uygulaması olarak anlandı. Sonuç olarak bireylerden elde edilen ham verilerden; bilgi eksikliği, bilinçsizlik, korku, üzüntü, kabullenme, tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü, alışkanlıkların değişmesi, sosyal çevrede enjeksiyon yapma problemi, toplumun insülinle ilgili düşünceleri, kendini daha iyi hissetme, insülin uygulama hataları, insülini taşıma problemi, iğne korkusu ve bilgi eksikliği olmak üzere toplam 14 tema çıkarıldı. Bireylerin tedaviyi kabullenme ve uyum sağlamalarını kolaylaştırmak için diyabet eğitiminin ilk safhasında insülin tedavisinden bahsedilmesi, bireysel gereksinimlere göre planlama yapılması ve empatik bir yaklaşımla insülin tedavisini kabullenme süreçlerine yardım edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, insülin tedavisi, uyum süreci, niteliksel çalışma.

Summary

Experiences of Insulin Using Adult Individuals with Type 2 Diabetes During the Adaptation of Insulin Therapy

This study was conducted in a qualitative manner in order to identify the experience of individuals with Type 2 diabetes during acceptance and adaptation of insulin therapy in the Clinic of Endocrine and Metabolism Diseases of Ondokuz Mayıs University Hospital between December 2014 and April 2015. Sixteen individuals who had study application training and use insulin and accepted to participate in the study were recruited. Bireylerin 12'si erkek ve yaş ortalamaları 53.7 ± 11.9 yıl idi. Veriler, görüşme for-

mu ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırmada bireylere daha önceden belirlenmiş yanlı ve yönlendirici olmayan sorular yöneltilerek bire bir görüşme tekniği uygulandı. En az 5 dk süren görüşmelerde ses kaydı alınarak 24 saat içinde verilerin yazılı dökümü çıkarıldı. The content analysis method was utilized in analyzing the statistical and qualitative data for demographic characteristics. Four principal groups were identified through the classification of expressions obtained from the experience of the individuals in accordance with the results of the analysis. These groups are labelled as acquaintance with insulin, perception of insulin, life with insulin and insulin application. Consequently, 14 themes were identified which are; lack of information, unconsciousness, fear, sadness, acceptance, adaptation in maintaining the therapy, change of habits, injecting habit in the community, thoughts of community on insulin, feeling better, mistakes in insulin application, issue of carrying insulin, fear of needle and lack of information. It is suggested that insulin treatment should be mentioned in the initial phase of diabetes training, and planning should be made depending upon individual needs, and assistance should be provided during acceptance of insulin therapy through sympathetic approach.

Key Words: Diabetes, insulin therapy, adaption process, qualitative study.

Giriş

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülinin etkisinde ki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerinden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan kronik bir metabolizma hastalığıdır (ADA, 2010; Bennet ve ark., 2005; TEMD, 2015)

Değişen beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşamın benimsenmesiyle gelişen yaşam tarzı değişiklikleri diyabet prevalansını hızla yükseltmektedir. Türkiye’de 7 milyon kadar diyabet hastası olduğu ve diyabetin artış hızının da dünya ve Avrupa genelinin üzerinde bulunduğu belirtilmiştir (Satman ve ark., 2013).

İki temel tipe ayrılan diyabet tiplerinden Tip 1 diyabette ilk tanı anında, Tip 2 diyabette ise, oral antidiyabetik (OAD) tedavi, yeterli kilo kontrolü ve egzersiz programına rağmen iyi bir glisemik kontrol sağlanamıyorsa insülin te-

davisine geçilir. Ancak yapılan çalışmalar Tip 2 diyabetlilerin tanı konulmasını izleyen on yıl içinde insüline bağımlı hale geleceğini öngörmektedir (Lebovitz, 2002; Monahan ve Neighbors, 1998; Nathan, 2002; Wright ve ark., 2002). Gestasyonel diyabet tedavisinde de gerek görüldüğünde insülin tedavisi başlanabilir.

İnsülin tedavisi başlanan hastaların insülin kullanımını eğitimi ile beraber tıbbi beslenme/egzersiz eğitimlerini alarak kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri beklenir. Ancak hastalar bu sorumlulukları yerine getirmeye çalışırken çoğunlukla güçlük çekmekte ve uyum sorunu yaşamaktadırlar. Bu uyum güçlüklerinin nedenleri arasında ise insüline dair korku ve endişenin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Lebovitz, 2002; Monahan ve Neighbors, 1998; Nathan, 2002; Wright ve ark., 2002). Hastalar, kendilerine insülin tedavisi başlanırken; “Şimdi ciddi şekilde hastayım” diye düşünerek hastalık üzerindeki kontrollerini kaybetme duygusuyla, başarısızlık ve çaresizliğe yol açmasına neden olan bir sorun olarak tanımlayarak, enjeksiyon korkusu vb. gibi farklı nedenlerle tedaviye başlama ya da sürdürmede genelde gönülsüz olarak reddederler (Snoek 2002). Bazen de insülin tedavisini genellikle son çare olarak düşünüp, kendi yaptıkları bir hatanın sonucu ve cezası olarak algılabilmektedirler (Marrero, 2007). Sağlık profesyonelleri tarafından insülin tedavisi son çare olarak sunulduğunda da yine olumsuz algılanmakta ve bu da hasta açısından katı bir inkâr ve kaçınmaya yol açmaktadır (Polonsky ve ark., 2005; UKPDS, 1998). Bazı hastaların insülin tedavisini, enjeksiyon korkusu ya da bilgi eksikliği nedeniyle reddettikleri ve endişeler yaşadıkları da görülmüştür (Meece, 2006; Rubin ve ark., 2009; Nakar ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere Tip 2 diyabetli hastalar için insülin tedavisi korku, endişe ve bilgi eksikliği gibi farklı nedenlerden dolayı kolay kabullenilebilir bir tedavi şekli gibi görünmemektedir. Hem evrensel bir tanımın olmaması, hem de sağlık profesyonelleri tarafından durumun göz ardı edilmesi, yaygın görülen bu sorunun görünür kılınmasında ve yönetiminde güçlük yaratmaktadır (Çelik ve Pınar, 2014). Bu nedenle insülinle ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile hastalara verilen insülin eğitiminin durumun yönetimini kolaylaştıracağı ve hasta uyumunda önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

Diyabet tedavisinde eğitimin önemi kaçınılmazdır. Bu eğitimlerden biri olan insülin eğitimi de diyabet hemşire-

sinin önemli sorumluluklarından biridir. Diyabetli bireye insülin uygulama bilgi ve becerisini kazandırmak önemlidir, ancak bu bilgi ve becerinin kazandırılmasında bireyin insülini kabullenmesi ve tedaviye gösterdiği uyum süreçleri de dikkate alınmalıdır.

Farklılaşan bir durum karşısında kişinin davranışlarını değiştirmesi "uyum", hastanın sağlığı ile ilgili kendisine yapılan önerileri kabul etmesi ve bu önerilere uyum sağlaması da "tedaviye uyum" olarak tanımlanır (Kousalya ve ark., 2012). Bireyler yaşamlarında ki farklı sorunlar karşısında, belli ölçülerde uyum gösterme yeteneğine sahip olmalarına rağmen, hastalık zamanlarında bu durum büyük ölçüde etkilenmektedir. Özellikle kronik hastalıklarda bireyler yaşam biçiminde ki değişikliklere uyma, çok yönlü kayıp yaşama ve başkalarına bağımlı olmak zorunda kaldıklarından uyum sorunları yaşayabilmektedirler (Tel ve ark., 2010). Hastaların kendilerine uygulanan tedaviye uyum göstermeleri, tedavinin etkin olabilmesi ve hastalık boyunca yaşanan süreçlerin olumlu yönde ilerlemesi ile doğrudan ilişkilidir (Tel ve ark., 2010). Tip 2 diyabette kronik bir hastalıktır, iyi yönetilemediğinde komplikasyon gelişme riski yüksektir. Hastanın uyumu ile metabolik kontrolün sağlanması arasında yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle diyabet hastalarının uyum sağlamaları ve tedavinin her aşamasına aktif olarak katılmaları önemlidir.

Bu araştırma; Tip 2 diyabeti olan bireylerin insülin tedavisini kabullenme ve uyum süreçlerinde yaşadıkları deneyimleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Diğer bir amaç, diyabetli bireylere insülin eğitimi verilirken, bireysel hedeflerin önemi hususunda (diyabetlinin yaşı, yaşam tarzı, motivasyonu, genel sağlık durumu, kişisel becerileri, diyabetle ve insülinle ilgili bilgileri, tedavi hedefleri) diyabet hemşirelerine ışık tutmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tipi

Araştırma, niteliksel bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evren ve örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Endokrinoloji Bölümüne Aralık 2014-Nisan 2015 Nisan tarihleri arasında gelen, diyabet tanı süresi bir yıl ve üzerinde olup en az altı aydır insülin kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur. Daha fazla sayıda ve türde veri elde etmek

amacıyla cinsiyet, eğitim, yaş, diyabet yılı, insülin kullanım yılı ve sayısı gibi özellikler bakımından birbirinden farklı olan diyabetli bireylerin örnekleme alınması sağlanmıştır.

Etik Hassasiyetler

Araştırma uygulama aşaması öncesinde, OMÜ Etik Kurulu'na sunularak, araştırmacının etik olarak uygun olduğu kararı alınmıştır. Bireyler derinlemesine görüşme süreci öncesinde çalışmanın amacı, kapsamı ve elde edilecek verilerin ne şekilde kullanılacağı konusunda bilgilendirilmiştir.

Bireylerden ses kayıt cihazı ile konuşmaların kaydedilmesi konusunda izinleri alınmış ve dijital ses kayıtlarının araştırmacılar dışında kimseye paylaşılmayacağı belirtilmiş ve çalışmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılmaları sağlanmıştır. Çalışmada görüşleri aktarılan diyabet hastalarının gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler, mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuştur. Her bireye farklı katılımcı numarası verilerek kaydedilmiştir.

Verilerin Toplanması

Görüşmenin başlangıcında katılımcılar bilgilendirilmiş ve yazılı onamaları alınmıştır. Araştırmada diyabetli bireylerden elde edilen veriler iki adet soru formu düzenlenerek, literatürde önerildiği şekilde yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler yoluyla toplanmıştır (Polit ve Beck, 2006).

Soru formunun ilki demografik özellikler soru formu, ikincisi üç sorudan oluşan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme soruları formudur. Bu formda yöneltilen sorular; "Size ilk insülin tedavisi başladığında ne hissettiğinizi paylaşabilir misiniz?", "İnsülin kullanmaya başlamak günlük yaşamınızı etkiledi mi? Yaşantınızda değiştirmek zorunda kaldığınız durum ya da alışkanlıklarınız oldu mu?", "İnsülin enjeksiyonu uygulamaya ilişkin zorluk yaşadığınız oluyor mu? Bunlardan söz eder misiniz?" şeklinde olup, bireyin duygu ve düşünceleri araştırmacı tarafından olabildiğince görünür kılınmaya çalışılmıştır. Görüşme olabildiğince kısa, yalın ve açık uçlu sorularla başlatılmış ve oldukça az müdahale ile araştırmanın amaçlarına uygun olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış sorular, görüşme yönergesindeki alt başlıklara uygun bir dizge ile sorularak ilerlemiştir. Katılımcının paylaşmaktan kaçındığı kimi konularda ısrarla o konunun açılmasını çabalayan ila-

ve sorulardan kaçınılmıştır.

Araştırmada katılımcıların uygun oldukları zamana randevu verilerek görüşmeler yapılmıştır. Bireylerin öznel algı ve deneyimlerinin anlaşılması hedeflenmiş ve insülin kullanımına ilişkin deneyimlerini içten, rahat ve ayrıntılı paylaşabilmeleri için poliklinikte sessiz bir ortam olan diyabet eğitim odası tercih edilmiştir. Görüşme sırasında katılımcıların yanıtlarını eksiksiz ve doğru olarak elde edebilmek için Samsung Galaxy Tab SM-T700 dijital ses kayıt cihazı kullanılmıştır.

Bireylerle yürütülen derinlemesine görüşmelerin, hem katılımcılar hem de araştırmacı tarafından istenilen bilgi derinliğine ulaşıldığı ortak görüşüne varıldığında sonlandırılacak biçimde yürütülmesi hedeflenmiştir. Her katılımcı ile bir kez görüşme yapılmıştır. Derinlemesine görüşmelerin sayısı arttıkça veri derinliğinde de artış gerçekleşmiş ve belirli konuların sıklıkla tekrarlandığı görülmüştür. Araştırmanın uygulama sürecinin niteliksel araştırma literatüründe de sözü edildiği gibi Tuckett (2004); Pitney ve Parker, (2009); Erdoğan ve ark., (2014) belirli bir doygunluğa ulaşmaya başladığı kanısına varılmasıyla sonlandırılabilen bilgisinden yola çıkılarak, örneklem seçimi katılımcılardan yeni ve farklı bilgilerin gelmez olduğu noktada 16 diyabetli bireyle yapılan görüşmelerden sonra sonlandırılmıştır.

Verilerin Analiz Edilmesi ve Yorumlanması

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarının yorumlanmasında sayı ve yüzdelik hesabından yararlanılıp, niteliksel verilerin analizinde ise içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Görüşme tamamlanınca 24 saat içinde araştırmayı yapan kişi tarafından verilerin yazılı dökümü çıkarılmış ve her bir görüşmeden edinilen izlenimler, yazılı çözümü yapılmış görüşme çıktıları üzerinden analiz edilerek ses kayıtları silinmiştir. Analiz sürecinde tümevarımcı bir anlayış izlenerek, üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ve araştırmanın alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması ile belirlenmiştir.

Görüşmeler en az 5, en fazla 20 dakika (ortalama 9 dakika) sürmüştür. Toplam görüşme metinleri 6273 kelimedenden oluşmuş ve

okuma, gruplandırma, temalaştırma aşamalarında Microsoft Word 2007 kelime işlemci yazılımından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler okunurken bireyin aile, sosyal çevresi, fiziksel yaşam gibi insülin deneyimlerini anlamaya ve açıklamaya dönük bir çaba sarf edilmiştir. Uygulama öncesi etik olarak uygunluk kararı alınan araştırmada görüşleri aktarılan bireylerin gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuş ve her katılımcıya farklı numaralar verilerek kaydedilmiştir.

Bulgular

Bu bölümde kodlamalardan belirlenen anlam grupları ve temalar, görüşme metinlerinden doğrudan alıntılarla yapılan betimsel anlatımla sunulmaktadır. Kodlama yapılan doğrudan alıntıların hastaların görüşlerini aktaracak bütünlükte sunulmasına özen gösterilmiştir. Betimsel anlatımla birlikte, bulguların açıklamasına yer verilmiştir.

Demografik Özellikler

Araştırma örneklemini oluşturan 16 katılımcının demografik özelliklerine ilişkin verileri ve dağılımlarına Tablo 1 ve Tablo 2' de yer verilmiştir.

Tablo 1: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri

Katılımcı Numarası	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Diyabet Yılı	İnsülin Kullanım Yılı	İnsülin Uygulama Sayısı
1	E	59	Ortaokul	12	10	1
2	E	38	Lise	7	7	5
3	E	54	Lise	11	3	2
4	K	62	İlkokul	10	2	2
5	K	60	İlkokul	25	1	1
6	E	30	Üniversite	7	3	2
7	E	57	Lise	20	4	2
8	E	58	Üniversite	18	5	2
9	E	60	Lise	7	2	1
10	E	71	Lise	12	10	2
11	E	46	Lise	6	2	4
12	E	42	Üniversite	6	2	2
13	E	48	Üniversite	6	1	1
14	K	73	Üniversite	30	1	1
15	K	41	İlkokul	12	5	2
16	E	60	Üniversite	22	3	4

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Değişken	n	%
Cinsiyet		
▪ Kadın	4	25
▪ Erkek	12	75
Eğitim Durumu		
▪ İlköğretim	3	18.75
▪ Ortaöğretim	1	6.25
▪ Lise	6	37.5
▪ Üniversite	5	31.25
▪ Doktora	1	6.25
Diyabet Yılı		
▪ 1-10	7	44
▪ 11-20	5	31
▪ 20 ve üzeri	4	25
İnsülin Kullanma Yılı		
▪ 1-5	12	75
▪ 6-10	4	25
İnsülin Uygulama Sayısı (Günde)		
▪ 1	5	31.25
▪ 2	3	18.75
▪ 4	8	50
Toplam	16	100

Demografik Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında, yaş ortalamaları 53.7+11.9 yıl, %75'i erkek, %25'i kadındır. Katılımcıların %18.75'i ilköğretim, %6.25'i ortaöğretim, %37.5' u lise, %31.25'i üniversite, %6.25'i doktora mezunuydu. Diyabet yılları sorgulandığında ise 1-10 yıl arası %50, 11-20 yıl arası %25, 20 yıl ve üzeri ise %25 olarak belirlenmiştir. İnsülin kullanma yıllarında ise 1-5 yıl arası insülin kullananların oranı %75, 6-10 yıldır insülin kullananların oranı %25 idi. İnsülin uygulamasını günde bir kez uygulayan oranı %31.25, günde iki kez uygulayan %18.75, günde dört kez uygulayan ise %50 bulunmuştur.

Nitel Verilerin Analizi

Bu bölümde, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin genel gruplarına ilişkin veriler Tablo 3'de verilmiştir.

Araştırmanın niteliksel sonuçlarında insülin tedavisi başlandığında yaşanan duygusal durumlar ve insülinle tedavide karşılaşılan günlük yaşam deneyimleriyle ilgili ham verilerin birleştiği 4 ortak grup saptanmıştır. Bu ortak gruplar; "İnsülinle tanışma", "İnsülin algısı", "İnsülinle yaşam", "İnsülin uygulamaları" olarak anlandırılmıştır. Bu anlam

Tablo 3: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin grupları ve temalar

Genel Gruplama	Anlam Grupları	Temalar
İnsülin Tedavisi Başlandığında Yaşanan Duygusal Durumlar (21 öznel ifade)	İnsülinle Tanışma (5 öznel ifade)	Tema 1: "Bilgi Eksikliği" Tema 2: "Bilinçsizlik"
	İnsülin Algısı (16 öznel ifade)	Tema 1: "Korku" Tema 2: "Üzüntü" Tema 3: "Kabullenme"
İnsülinle Tedavide Karşılaşılan Günlük Yaşam Deneyimleri (37 öznel ifade)	İnsülinle Yaşam (16 öznel ifade)	Tema 1: "Tedaviyi Sürdürmede Uyum Güçlüğü" Tema 2: "Alışkanlıkların Değişmesi" Tema 3: "Sosyal Çevrede Enjeksiyon Yapma Problemi" Tema 4: "Toplumun İnsülinle İlgili Düşünceleri" Tema 5: "Kendini Daha İyi Hissetme"
	İnsülin Uygulaması (21 öznel ifade)	Tema 1: "İnsülin Uygulama Hataları" Tema 2: "İnsülin Taşıma Problemi" Tema 3: "İğne Korkusu" Tema 4: "Bilgi Eksikliği"

grupları doğrultusunda bireylerden elde edilen ham verilerden toplamda 14 tema elde edilmiştir (Tablo 3).

İnsülinle Tanışma

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerin insülinle tanışma anlam grubunda 5 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "Bilgi eksikliği" ile "Bilinçsizlik" olmak üzere 2 tema ortaya çıkmıştır. Bilgi eksikliği temasındaki 4 öznel ifadeden biri "Yani ne bileyim bir tatlı yiyemeyeceğime, bir hastalığa, yani iyi olmayacak bir hastalığa yakalandığımı o zaman hissettim." (Katılımcı No: 1) diyerek duygularını ifade ederken, bilinçsizlik temasında ise birey "Böyle koca karı ilaçları falan yapmadığım etmediğim kalmadı. Hiçbir faydasını da bulamadım." (Katılımcı No: 1) demiştir.

İnsülin Algısı

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerin insülin algısı anlam grubunda 16 öznel ifade ham veri olarak verilmiş "Korku", "Üzüntü" ve "Kabullenme" olmak üzere 3 tema ortaya çıkmıştır. Korku temasındaki 4 öznel ifadeden biri "Psikolojim bozuldu biraz, korktum yani." (Katılımcı No: 9) derken, üzüntü temasında 5 öznel ifadeden biri "Başlangıçta insülin kullanmak sanki bu hastalığın son aşaması gibi algılandığı için rahatsız oldum, çok üzüldüm." (Katılımcı No: 8) demiştir. Kabullenme temasında ise 7 öznel ifade olup bireylerden biri "Gerekli olduğu için pozitif anlamda onu özümstedim artık." (Katılımcı No: 7) diyerek duygularını dile getirmiştir.

İnsülinle Yaşam

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerin insülinle yaşam anlam grubunda 16 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "Tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü", "Alışkanlıkların değişmesi", "Sosyal çevrede enjeksiyon yapma problemi", "Toplumun insülinle ilgili düşünceleri", "Kendini daha iyi hissetme" olmak üzere 5 tema ortaya çıkmıştır. Tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü temasında 5 öznel ifadeden biri, "Günlük yaşantımı gerçekten çok etkiledi. Yani angarya dediğimiz bir iş yani. Millet direk kahvaltıya başlarken ben iğneyi tak, sök, yap. Bunlar gerçekten belki ufak şeyler ama vaktimi çalan ciddi sıkıntılar yani. İş ortamında hele yapılmıyor." (Katılımcı No: 6) şeklinde olup, alışkanlıkların değişmesi temasında 3 öznel ifade olup bir birey "Yani istediğim yerde yemeğimi yiyemiyorum. Çünkü

insülini evde ve hastanede, iş yerinde vurduğum için onlara riayet ediyoruz." (Katılımcı No: 3) demiştir. Sosyal çevrede enjeksiyon yapma problemi teması 5 öznel ifadeden oluşmuş ve bir birey, "Toplum içerisinde ya da arkadaşların yanında uygularken genelde bir kenara çekiliyorum, orada yapıyorum. Açıkta değil de kenarda bir yerde yapıyorum. Sorulardan kaçmak için." (Katılımcı No: 12) derken, toplumun insülinle ilgili düşünceleri temasındaki öznel ifade, "Sanki insülin kullananların işi bitmiş ya da yolun sonuna gelmiş gibi bir algı var. İnsüline geçmek ülkemizde hastalara çok anlatılmıyor diye düşünüyorum." (Katılımcı No: 8) şeklinde olmuştur. Kendini daha iyi hissetme temasında 2 öznel ifade verilmiş ve bir birey bunu "Olumlu sonuçlar aldığım zaman, şikâyetlerim geçtikçe iyiyim diye seviniyorum." (Katılımcı No: 16) şeklinde dile getirmiştir.

İnsülin Uygulaması

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerin insülin uygulaması anlam grubunda 21 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "İnsülin uygulama hataları", "İnsülini taşıma problemi", "İğne korkusu" ve "Bilgi eksikliği" olmak üzere 4 tema ortaya çıkmıştır. İnsülin uygulama hataları temasında 7 öznel ifadeden biri "Mesela iğnenin ucu eğiliyor. Şişlik oluyor, mesela böyle sıkmadan direk iğneyi batırıyordum." (Katılımcı No: 11) derken, insülini taşıma problemi temasında ki 4 öznel ifadeden biri "İnsülinin işte şu, sıkıntısı var. Yanında taşımak sorun. Tableti kolayca alıyorsunuz ama insülin biraz zor oluyor tabii." (Katılımcı No: 16) şeklinde olmuştur. İğne korkusu temasında 6 öznel ifade olup bir birey, "İğne ucunun o kadar büyük olması beni çok rahatsız etti." (Katılımcı No: 8) derken, bilgi eksikliği temasında 3 öznel ifade yer almış ve bireylerden biri "Olumsuz etkisi, biraz yan etkileri olabilir belki. Kilo, yani şişkinlik hissi gibi, özellikle göbekte şişme gibi. Sonra gözlerde bulanıklık gibi, bu da bazen okurum ilaçların yan etkilerini de bunları öyle düşünüyorum yani." (Katılımcı No: 6) diyerek duygularını ifade etmiştir.

Diyabetli bireylerin yaşadığı deneyimlerinden elde edilen tüm bu öznel ifadeler ve belirlenen temalar tartışma bölümünde ayrıca incelenecektir.

Tartışma

Tip 2 diyabeti olan bireyler için insülin tedavisi korku, endişe ve bilgi eksikliği gibi farklı nedenlerden dolayı kolay

kabullenilebilir bir tedavi şekli değildir. Hem evrensel bir tanımın olmaması, hem de sağlık profesyonelleri tarafından durumun göz ardı edilmesi, yaygın görülen bu sorunun görünür kılınmasında ve yönetiminde güçlük yaratmaktadır (Çelik ve Pınar, 2014). İnsülin tedavisinin başlanmasıyla alışkanlıkların değişmesi, günlük yaşamın etkilenmesi ve toplumun insülin tedavisine olan yaklaşımı bireylerin tedaviye başlama ya da sürdürmesinde engel teşkil edebilmekte ve kabullenmelerinde de sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan bireylerin niteliksel sonuçları; betimleme ve analiz sonrasında belirlenen temalar doğrultusunda yorumlanarak tartışılacaktır. Araştırma sonuçları, öznel oldukları için literatürdeki çalışmaların bu araştırma ile paralellik göstermesi beklenmemektedir.

a) İnsülin Tedavisi Başlandığında

Yaşanan Duygusal Durumlar

İnsülinle Tanışma: Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde insülinle tanışma anlam grubunda 5 öznel ifade ham veri olarak verilmiş "Bilgi eksikliği" ve "Bilinçsizlik" temaları ortaya çıkmıştır.

Bilgi Eksikliği

Diyabetli bireye ağızdan alınan ilacın yerine bundan böyle her gün insülin iğnesi kullanması gerektiğinin söylenmesi çoğu kez üzüntü, korku ya da bilgi eksikliğine bağlı duygusal tepkiler oluşmasına neden olabilir. Yapılan bir araştırmada bireylerin büyük çoğunluğunun önerilen insülin tedavisine başlamakta gönülsüz oldukları ve insülin tedavisi önerildiğinde tedaviyi reddettikleri görülmüştür (Çelik ve Pınar, 2014). Başka bir araştırmada da bireylerin, insülin tedavisini genellikle son çare veya kendi yaptıkları bir hatanın sonucunda cezalandırma olarak algıladıkları ve bununla katı bir inkâr ve kaçınmaya yol açtığı bulunmuştur (Marrero, 2007; Polonsky ve ark., 2005; UKPDS, 1998; Tan ve ark., 2011). Yaşanan bu duygular bilgi eksikliği ve dolayısıyla da bilinmeyen reddetme şeklinde verilen tepkiler olarak yorumlanabilir. Yaptığımız araştırmada bir birey bilgi eksikliğine dair duygularını, "Yani son çare mi diye aklıma böyle şeyler geldi." (Katılımcı No: 13) sözleriyle ifade etmiştir. Literatürde diyabetli bireyler, insülin kullanmanın yaşamlarını kısıtlayacağı ve hastalıklarının daha da kötüleşeceğine inandıklarını bildirirken Davis ve Renda (2006) bir diğer literatürde "İnsülin organ hasarına neden

olabilir" Hassan ve ark. (2013) "Eğer insülin tedavisine başlatılırsam bu demek olur ki çok hastayım ve başka hiçbir tedavi yeterli olmuyor yakında ölebilirim" Chen ve ark. (2012) şeklindeki ifadeleri yer almıştır.

Bireylerin tedavide insülin başlanmasını hastalığın son aşaması şeklinde algılamaları bilgi eksikliğinden kaynaklanan düşünceler olarak yorumlanabilir. Bu bilgi eksikliklerinin olumsuz duygu ve kaygıların oluşmasına neden olduğu ve bunun da tedavinin seyrini etkileyebileceği düşünülebilir.

Bilinçsizlik

Bireyler bir problemle ve engelle karşı karşıya kaldıklarında durumu çözümlmek için farkında olmadan farklı düşünce ve davranış şekline sahip olabilirler. Örneğin diyabet tedavisi için öncelikle geleneksel tedavi yöntemlerinin tercih edilmesi nadirde olsa bir çözüm arama çabası olarak karşımıza çıkabilir.

Buna örnek bir araştırma, Kanada da ki Çinlilerle yapılmış bir araştırmadır. Batı tıbbına olan güvensizlik ve insülin tedavisini kabul etmeden önce geleneksel Çin tıbbının denenmesi, Kanada da yaşayan Çinlilerde belirlenen bir kültür engeli olarak bulunmuştur (Ho ve James, 2006). Bir etnik grupta yapılan çalışmada ise diyabetli bireyler, "İnsülinin hayvan kaynaklı olduğunu keşfettikçe bunun yapay olup olmadığından emin olamıyorum" diyerek insülin kullanmaya başlamalarını engelleyeceğini bildiren ifadelerle duygularını iletmışlerdir (Patel ve ark., 2015). Yaptığımız araştırmada da diyabetli birey duygularını "Bunun bir ilacını da bulamadım ben yani. Böyle koca karı ilaçları falan, yapmadığım etmediğim kalmadı" (Katılımcı No: 1) şeklinde ifade etmiştir.

İnsülinle ilgili negatif düşünceler ve farklı geleneksel tedavi uygulamalarının denenmesi tedaviye başlamada gecikmelere neden olmakta ve hastalığa uyumu olumsuz yönde etkileyen önemli faktör olduğu düşünülmektedir (Patel ve ark., 2015; Hassan ve ark., 2013). Bu nedenle hastaların diyabetle ve insülinle ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesi için detaylı eğitimlerinin önem taşıdığı görülmektedir.

İnsülin Algısı: Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde insülin algısı anlam grubunda 16 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "korku", "üzüntü", "kabullenme" temaları ortaya çıkmıştır.

Korku

Korku bilinçli olarak tanınan ve genellikle bilinen bir dış tehdit ve tehlikeye karşı verilen tepki, kişinin kendi düşüncelerinin sebep olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içinde "tehlike" olduğu için korku reaksiyonu verilir (Çelik, 2010). Aynı durumla karşılaşan kişiler farklı düşünceleri neticesinde farklı reaksiyonlar verebilirler. Korkuyla baş edebilmek için korku nedenlerinin üzerine gidilmeli ve problemi tanımlayan sorunun çözümlenmesi gerekmektedir (Çelik, 2010). Diyabetli bireylerin %74'ünün durumlarından dolayı korku ve fizyolojik stres hissettikleri bir araştırma sonunda saptanmıştır (Tan ve ark., 2011). Snoek yaptığı benzer çalışmada, insülin tedavisine başlanan bireyin "Şimdi ciddi şekilde hastayım" diye düşündüğünü, bu sürecin bireyde korku ve endişe yarattığını bildirmiştir (Snoek, 2002). Araştırmamızda bir birey bu konuda duygusunu "Şok olmuştum, çok korktum."(Katılımcı No: 3) şeklinde dile getirmiştir.

İnsülin tedavisine karşı hissedilen bu korkunun aslında bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Verilen diyabet eğitimlerinde insülin kullanmasa bile ön bilgi olarak insülin tedavisi hakkında verilecek bilginin, diyabetli bireylerin korkuları ile baş etmelerinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Üzüntü

Üzüntü, duygusal bir ifade şekli, kişilerin korktukları ya da endişe ettikleri bir durumla karşılaşma anında göstermiş oldukları davranışsal bir tepkidir. İnsanlar kötü bir olay yaşadıklarında ya da böyle bir olaya maruz kaldıklarında bu duygu sıklıkla yaşanabilir. Tip 2 diyabeti olan bireylere insülin tedavisi başlanırken yaşanan sorunların belirlenmesini amaçlayan bir çalışmada bireyler duygularını, "Demek ki durum artık ciddi ve çok üzgünüm", "Demek ki ölmek üzereyim" diyerek hissettikleri üzüntü ve endişelerini dile getirmişlerdir (Tan ve ark., 2011). Yaptığımız çalışmada bireylerden biri, "O derece kendimi moralsiz kötü hissettim diyebilirim. Yani, bir ayağın çukurda." (Katılımcı No: 6) derken diğeri, "İnsülin başlangıcında şeker hastası olduğum günkü hissettiğim üzüntüyü hissettim, sıklıdım, üzüldüm."(Katılımcı No: 7) diyerek insülin tedavisi başlamasından duydukları üzüntüyü dile getirmişlerdir.

Demirtaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; kişinin hasta olduğunu başkalarına söylemekten çekindiği, insü-

lin tedavisini başkalarının göremeyeceği tuvalet vb. yerlerde yaptığını, bunun için hastaların üzüntü yaşadığı bildirilmiştir (Demirtaş ve ark., 2009).

Yaptığımız çalışmada diyabetli bireylerden biri, "Biraz moralim bozuldu, bozulmadı değil" (Katılımcı No:2) derken diğeri; "Yıkıldım, çok zoruma gitti" (Katılımcı No:16) diyerek insülin tedavisinden duydukları üzüntüyü dile getirmişlerdir.

Diyabetli bireyler insülin tedavisine başladığında karmaşık duygular yaşarlar ve bu duygularını genellikle üzüntü olarak anlamlandırırılar. Bu bireylere öncelikle karmaşık bilgiler vermek yerine, duygusal destek yaklaşımlarının daha etkili olacağı düşünülebilir.

Kabullenme

İnsülin tedavisi başladığı anda bireylerin verdiği ilk tepki çoğu kez reddetmedir. Bu duygu ilerleyen süreçte kabullenme ve uyum sağlama şeklinde kendini gösterebilir.

Kendi hastalığını kabul eden insanlar, günlük yaşantılarına uyum sağlamak ve çeşitli sorunlarla baş edebilmek için gerekli duygusal dengeyi tekrar kuran insanlardır. Kabullemiş hastalar hastalıklarının ve bunun için gerekli olan tedavinin tamamen farkındadırlar ve bazı kısıtlama ve zorlukların olması gerektiğini bilirler (Lacroix and Assal, 2003). Bunu başardıkları içinde günlük yaşamlarında uyular ve olumlu sonuçlar alırlar.

Literatürde, "Benim için iyi olanı almaya hazırım. İğnenin ne kadar büyük olduğu önemli değil. Beni iyi edecekse bence tamam" (Tan ve ark., 2011). "İnsülin iyi glikemik kontrolü sağlamak ve komplikasyonları önlemek için etkilidir" şeklinde yorumlar ifade edilmiştir (Hassan ve ark., 2013). Yaptığımız çalışmada diyabetli birey, "Tabi başlangıçta insanın kendi kendine enjeksiyon yapması, algı bakımından çok kolay kabul edilebilecek şey değil. Ama süreç içerisinde bunun normal tıbbi bir basamak olduğu fikri insanda oluşuyor. Rutin dış fırçalama gibi, ya da saç tarama gibi, ya da duş alma gibi, rutin bir iş olduğu kanaati oluşuyor" (Katılımcı No: 8) diyerek insülin tedavisini kabul ettiğini ifade etmiştir. Ancak diğer hastalardan bazıları eğitim aldıkları kişiden, tedaviyi öneren doktorun iknasından, çevresinde yaşayan insanların desteğiyle daha kolay kabullendiklerini ifade ettiler.

Buna göre, insülin tedavisini kabullenmenin hastalığa uyumu etkileyen ve tedaviyi kolaylaştıran önemli bir fak-

tör olduğu, ancak bu kabullenmenin olabilmesini sağlayan etkenlerin de önemli bir yeri olduğu söylenebilir.

b) İnsülinle Tedavide Karşılaşılan Günlük Yaşam Deneyimleri

İnsülinle Yaşam: Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde insülinle yaşam anlam grubunda 16 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "Tedaviyi sürdürmede uyum güçlüğü", "Alışkanlıkların değişmesi", "Sosyal çevrede enjeksiyon yapma problemi", "Toplumun insülinle ilgili düşünceleri" ve "Kendini daha iyi hissetme" temaları ortaya çıkmıştır.

Tedaviyi Sürdürmede Uyum Güçlüğü

Diyabetli bireyde uyum, hastanın sağlıklı ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır (Çakır ve ark., 2010). Bireylerden, önerilen tedavinin uygulanması ve bunun içinde bazı yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları beklenir. Ancak hastalar duruma uyum sağlamaya çalışırken farklı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Aynı zamanda kültürel yapı ve bireyin hastalığa ilişkin tutum, inanç, davranış şekli ve bilgi düzeyi de yapılan çalışmalarda bireylerin tedaviye uyumlarının değiştiğini göstermektedir (Nam ve ark., 2011; Arkan ve ark., 2000).

Literatürde bireylerin yaşam düzensizliği veya fiziksel durum zayıflığından dolayı kendilerine enjeksiyon yapmadıkları ve bunun da tedaviye uyumlarını etkiledikleri bulunmuştur. Bunu da bir birey, "Enjeksiyon yapmayı bilmediğim ve korktuğum için doğal yollarla devam etme izin verin. Enjeksiyonu benim için yapabilecek kimse yok", diyerek ifade etmiştir (Chen ve ark., 2012). Tıp 2 diyabetli bireylerde en büyük uyumsuzluğun diyet ve insülin enjeksiyonu ile ilgili olduğu bilinmektedir (Franciosi ve ark., 2004; Bonnet ve ark., 2001). Bir çalışmada bireylerin insülin tedavilerini aksattıkları, düzenli uygulamada sorun yaşadıkları bildirilmiştir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009). Bunu, "İğne saatlerim geldiğinde iyice gerilirim. Sınirimden stresimden çoğu zaman iğnemi vurmuyorum. Birisini yapıyorsam birisini yapmıyorum rengim atıyor" şeklinde birey ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da bir birey, "Yemek yapamıyorum, hazırlayamıyorum. Yemeklerimi, insülin saatlerimi hep aksatıyorum" (Katılımcı No: 13) diyerek günlük yaşamını sürdürürken uyum sağla-

makta sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

Diyabetli bireylerin tedavilerini sürdürmede yaşadıkları uyum güçlüklerinin aşılabilmesi için her kontrole geldiklerinde eğitimlerle destek verilmesi ve verilen diyabet eğitimlerinin kişiye özel, yaşam şekline uygun bir şekilde planlanmasının hasta uyumuna katkı sağlayacağı söylenebilir.

Alışkanlıkların Değişmesi

Diyabetli bireylerin önerilen tedavileri düzenli uygulamaları ve bunun için gerekli olan bazı yaşam tarzı düzenlemelerini yapmaları beklenir. Ancak günlük yaşamda süregelen alışkanlıklar vardır ve her zaman bu alışkanlıkların değişmesi görüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Bazen de alışkanlıklardan vazgeçme, kişinin kendini toplumdan soyutlamasına da yol açabilir. Yapılan bir çalışmada birey, "İş yerinde yemek toplantılarımız oluyordu. Artık onlara katılmak istemiyorum. Onların yanında ben hastayım sizin yediklerinizi yiyemem diyemiyorum. Zaten herkes acıyarak bakıyor, bende katılmıyorum" demiştir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009). Bizim çalışmamızda da bir birey, "İçap ederse pat diye atlayıp bir yere giderdim. Ama şimdi sate bağımlı kaldım. Engelledi beni." (Katılımcı No: 14) diyerek tedavisi için alışkanlıklarını değiştirdiğini ancak bu durumun günlük yaşamını olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir.

Alışkanlıkların değişmesi kişinin yaşantısını farklı yönlerden etkileyebilir. Kişilerin kendi durumlarına uygun yaşam tarzı seçeneklerini ortaya koymanın yararlı olabileceği, günlük yaşam içerisinde yürüttükleri aktivitelerini, aldıkları tedavi şekline göre düzenlemelerinin daha uygun olacağı önerilebilir.

Sosyal Çevrede Enjeksiyon Yapma Problemi

Yeterli sosyal destek, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu sağlamakta ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle diyabetli bireyler için özellikle enjeksiyon yaparken sosyal çevre iletişimi önemlidir. Çevrenin tepkisinden çekinenler, hastalığını gizleme eğiliminde olan bireyler sosyal ortamlarda insülini uygulamaktan kaçınarak, insanların bakışlarından ya da sormalarından rahatsız olabilir, yaşam tarzında kısıtlama

yapacağını düşünebilirler (Hassan ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda diyabetli bireyler toplum içerisinde insülin enjeksiyonu uygulamanın zorluklarından bahsetmişlerdir. Örneğin bir birey, "Bence hiç kimse onları (insülin ve cihazları) taşımaktan hoşlanmaz. Bunu toplum içinde yaptığında garip görünür. İnsanlar diyabet olduğunu öğrenir. Kimsenin diyabet olduğumuzu bilmesini istemiyoruz. Biz insanların bize normal insanlar gibi bakmasını istiyoruz" diyerek diyabet hastası olduğunu gizlemek için sosyal ortamda insülin uygulamak istemediğini belirtmiştir (Tan ve ark., 2011). Yaptığımız araştırmada da benzer olarak bir birey, "Toplumun bakış açısı daha insülinle tedaviye çok yatkın değil, moral ve motivasyonunuzu bozuyorlar, onun için sakın bir köşeyi tercih ediyorum" (Katılımcı No: 8) demiştir ve toplum içerisinde enjeksiyon yapmanın kendisi için moral ve motivasyon bozucu olduğunu ifade etmiştir.

Bu sorunların aşılması için diyabetli bireyin motive edilmesi ve hastalığını kabullenmesi önemlidir. Ancak daha da önemli olanın toplumun bilinçlendirilmesinin bu durumun bireyler için daha rahat aşılabileceği düşüncesindeyiz.

Toplumun İnsülinle İlgili Düşünceleri

Her ne kadar diyabet oldukça sık rastlanan kronik bir hastalık olsa da, toplumda yaşayan ve diyabetle daha önce karşılaşmayan insanlar bu konuda bilgi sahibi olmayaabilirler. Toplumun diyabetle ilgili yeterli bilgisinin olmaması ve bir tedavi şekli olan insülin uygulamasının bilinmemesi bazı bireyler için sosyal olarak rahatsız edici bulunabilir. Toplumun bakış açısının tedavi uyumunda önemli olduğu ve bireylerin birçoğunun kendilerine diğer insanlardan farklı davranılmasının rahatsızlık verici bir durum olarak yorumladıkları yapılan çalışmalarda da görülmüştür. Örneğin bir araştırmada diyabetli birey, "Toplumun iğneler hakkındaki mevcut eğitimi çok yanıltıcı. Toplumun iğne kullanmakta bir sorun olmadığı konusunda eğitilmesi iyi olur" diyerek rahatsızlığını dile getirmiştir (Tan ve ark., 2011).

Diğer literatürlere baktığımızda; "Ailem, bağımlılık yapacağı için enjeksiyona başlamamı istemedi" Chen ve ark. (2012) diyen bir birey bununla ilgili sıkıntısını dile getirirken, diğer bir birey de, "Bir gün hastaneye gitmişim, insülin saatim geldi. Hastane bahçesinde insülinimi yaptım. Bunu gören müstahdemler uyuşturucu kullanıyor-

sun diye derdimi anlatamadan yaka paça beni dışarı attılar" diyerek diyabet ve tedavisi konusunda bilgisi olmayan personele kızgınlığını genelleyerek dile getirmiştir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009). Bizim araştırmamızda da literatüre benzer sonuçlar bulunmuş olup diyabetli birey, "İnsülin kullananların işi bitmiş ya da yolun sonuna gelmiş gibi bir algı var" (Katılımcı No: 8) diyerek bu konudaki duygularını dile getirmiştir.

Tüm bu çalışmaların sonucuna baktığımızda toplumun bilinçlendirilmesinin bu konunun daha rahat aşılmasına katkı sağlayacağı, ancak bunun için kültür farklılıkları ve eğitim düzeyi gibi farklı parametrelerin de engel oluşturabileceği söylenebilir.

Kendini Daha İyi Hissetme

Diyabetli bireyin kendine bakabilmesi, kendini iyi hissetmesi için hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Sağlık gereksinimleri hakkında bilgilenen diyabetli birey, bakımının sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olur Türkcan ve ark. (2009) neyi ne zaman yapacağını bilir ve kendini ona göre ayarlar. Örneğin bir araştırmada birey, "İnsülin, iyi glisemik kontrolü sağlamak ve komplikasyonları önlemek için etkilidir" demiştir (Hassan ve ark., 2013). Araştırmamızdaki diyabetli bireylerden biri ise; "Daha enerjik oldum diyebilirim" (Katılımcı No: 16) diyerek duygularını dile getirmiştir.

Çalışmalar da görüldüğü gibi, kişinin kendini iyi hissetmesi için aslında öncelikle hastalığını kabullenmesi ve buna uyum sağlaması önemlidir. Bunun için bireyin eğitimlerle yeterli bilgilendirilmesinin ve bu bilgilerin her kontrolde tekrarının kendini daha iyi hissetmesine katkısı olacaktır.

İnsülin Uygulaması: Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde insülin uygulaması anlam grubunda 21 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "İnsülin uygulama hataları", "İnsülini taşıma problemi", "İğne korkusu" ve "Bilgi eksikliği" temaları ortaya çıkmıştır.

İnsülin Uygulama Hataları

Tip 2 diyabetli bireylerin büyük bir kısmı tedavinin ilerleyen yıllarında insülin kullanmaya başlamaktadır. İnsülin kullanan diyabetli bireyler zaman içerisinde kullanım hataları yapabilmekte ve bu da metabolik parametreleri olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle; insülinin doğ-

ru zamanda, doğru şekilde uygulanması, doz ayarlama, enjeksiyon için uygun alanı seçme, uygun uzunlukta iğne kullanımı, cilde doğru açı ile girme, enjeksiyon alanının temizliği ve enjeksiyondan sonra iğnenin ciltten çıkarılması gibi teknikler hastaların bilgi ve beceri sahibi olmasını gerektirmektedir. Ancak çoğu kez bireyler doğru uygulamalardan uzaklaşıp bazen yanlış uygulamalara yönelebilirler. Yapılan araştırmalar diyabetli bireylerin sıklıkla enjeksiyon uygulama hataları yaptığını bildirmektedir (Larçin ve ark., 2010). Yaptığımız araştırmada bir birey, "Göbeğimde yağ fazla enjektörü göremem diye endişe ediyorum. Koluma da yapamıyorum." (Katılımcı No: 14) derken, diğer bir bireyde; "Göbeğimde şöyle biraz şişlikler vardı, meğer hep aynı yere vurmuşuz, burda insülin dağılmamış" (Katılımcı No: 10) diyerek aslında bir uygulama hatası yaptığını bildirmiştir.

Araştırmamızda bireyler insülinlerin uygulama zamanında, bölge rotasyonunda, iğnelerin yanlış kullanımı gibi bazı uygulama hataları yaptıklarını bildirdiler. Bireylerin enjeksiyon uygulama hatalarının minimuma indirilmesinin tedaviyi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. İnsülin uygulama hatalarını önlemek için bireylerin enjeksiyon uygulamalarının her kontrolde gözden geçirilmesi önerilir.

İnsülini Taşıma Problemi

İnsülin soğuk zincirle taşınması gereken bir ilaçtır. Ancak bireyler, gerekli ısı sağlandığında yedekleri dolapta (+2-8°C) durmak üzere, kullanılan insülin kalemelerini (22-24°C) yanlarında taşıyabilirler (TEMD, 2015).

Bu taşıma şeklinin önemi ilk insülin eğitimi verildiğinde diyabet hemşireleri tarafından bireye anlatılır. Bazı bireyler bu taşıma yöntemini güç bulabilirler. Ancak zaman içerisinde çoğunlukla bu duruma alışılır ve taşıma sorunları aşılır.

Yapılan araştırmalara baktığımızda bazı diyabetli bireylerin insülinin sürekli soğutucu içerisinde kalması gerektiğinden yolculuk yapmayı zorlaştırdığını düşünmüşlerdir. Örneğin bir birey, "İnsülini buzdolabına koymam gerektiğini duydum. Buzdolabından çıkarıldıktan sonra ne kadar dayanır? Eğer yanımda bir soğutucu taşımam gerekiyorsa, dışarı çıkamam ki" Tan ve ark. (2011) diyerek sıkıntısını dile getirmiştir. Diğer bir hasta da; "Tabletleri herhangi bir yere koyabilirim. Yurtdışına çıktığımda on tane iğne taşımak istemem. Soğutucuya koymam gerekir. Gittiğim

her yere bir soğutucu mu götürmem gerekecek? Eğer insülini kolay saklayabilecek bir yol bulabilirseniz, tablete dönüştürmek gibi, bence herkes bundan hoşlanacaktır" (Tan ve ark. 2011) derken yine taşıma probleminden bahseder.

Yaptığımız araştırmada da literatürde ki ifadelere benzer ifadeler alınmıştır. Örneğin bir birey, "Uzun seyahate çıkmadım taşıma problemi olduğu için" (Katılımcı No: 16) diyerek günlük yaşantısının taşıma sorunu olduğu için etiklendiğini ifade etmiştir. Diğer bir hasta da yine literatürde olduğu gibi tabletlerin kendileri için kullanım rahatlığı olduğunu ve insülini taşıma güçlüğüne şu cümleleriyle ifade etmiştir; "İnsülinin sıkıntısı var. Yanında taşımak sorun. Tableti kolayca alıyorsunuz ama insülin biraz zor oluyor tabii" (Katılımcı No: 14).

Yapılan araştırmalarda görüldüğü gibi insülini taşıma problemi hastaların günlük yaşamını etkileyen ve hatta insüline başlamada da bir engel teşkil edebilen, hafife alınmaması gereken önemli bir sorundur. Bu nedenle ilk insülin tedavisi başlandığında hastalara taşıma yöntemleri, kullanabilecekleri taşıma çantaları ve temini hakkında bilgi verilmesinin bu sorunun aşılmasına katkı sağlayacağı söylenebilir.

İğne Korkusu

Özellikle Tip 2 diyabetli bireylerin büyük çoğunluğunun, önerilen insülin tedavisine başlamakta gönülsüz olduğu, insülin ilk reçete edildiğinde tedaviyi reddettikleri görülmektedir (Çelik ve Pınar, 2014).

Pek çok diyabetli birey, başlangıçta kendi kendine enjeksiyon yapmaktan korkar. Ancak kısa süre içinde bu korkularını yenmeyi öğrenerek, insülin enjeksiyonlarını kendileri yapmaya başlarlar. Bazıları zaman geçse de uygulama yapmaya alışmamakta ve iğne korkusunu kalıcı olarak yaşamaktadırlar (Çelik ve Pınar, 2014).

Amerikan Diyabet Eğitimciler Birliği'nin 2005 yılında yaptıkları 32. Geleneksel Toplantı'sında, insülinin enjeksiyon olarak uygulanması nedeniyle, iğne korkusu ve enjeksiyon acısı düşüncesinin insülin tedavisine başlamada ki en önemli engeller arasında yer aldığı bildirilmiştir (Meese, 2006). Bir başka araştırmada hekimlerin %50'sinden fazlası, enjeksiyona bağlı ağrının, insülin tedavisine başlamada önemli bir engel olduğunu belirtmişlerdir (Nakar ve ark., 2007). Literatüre baktığımızda bir birey iğne kor-

kusunu şu cümleyle ifade eder, "Doktorum insülin iğnesinden bahsettiğinde korktum. Kayınbiraderimin enjeksiyon yapmasını izlemeye bile cesaret edemiyorum" (Chen ve ark., 2012). Yaptığımız araştırmada bir birey, "Genelliklen iki üç defa tavsiye ettiler, insülin kullan diye, iğneden korktuğum için kullanmamıştım."(Katılımcı No: 5) diyerek iğneden korktuğunu dile getirmiştir.

Araştırmalarda da görüldüğü gibi diyabetli bireylerin büyük bir kısmında iğne korkusunun olduğu görülmektedir. Bu nedenle, korku yaşayanlara iğnelerin özelliklerinden ve kullanım kolaylıklarından bahsedilmesinin kişiyi rahatlatılabileceği düşünülebilir. İlk uygulamanın klinikte beraber yapılması önerilir. Aynı zamanda iğne korkusun önemli boyutta olduğu anlaşılan bireylerde, bu konunun mercek altına alınması ve durumun üstesinden gelmek için diyabet ekibiyle birlikte hareket edilmesinin kişiye daha yararlı olacağı söylenebilir (Çelik ve Pinar, 2014).

Bilgi Eksikliği

Diyabetli bireyler insülin tedavisine karşı ilk başta gönülsüz olurlar. Ancak bu gönülsüzlüğün nedeninin genelde bilgi eksikliğinden kaynaklandığı yapılan çalışmalarda görülmektedir. Bu konuda bir birey, "En başından bana insülin hakkında bilgi verilmiş olsaydı durumu daha iyi anlar, insülin enjeksiyonunu kabul etmede daha gönüllü olurdum" demiştir" (Tan ve ark., 2011). Yapılan araştırmada görüldüğü gibi erken dönemde insülin tedavisinden ve öneminden bireye bahsedilmesinin, tedaviyi kabullenmesinde daha etkili olacağından söz edilebilir. Yaptığımız çalışmada bir birey bilgi eksikliği olduğunu; "Bilmediğimizden, uygulamayı bilmiyoruz, sonucunu ne olacak bilmiyoruz onun için çekiniyoruz."(Katılımcı No: 16) şeklinde ki cümlesiyle dile getirmiştir.

Buna göre ilk tanı anında ve eğitimin ilk aşamalarında diyabetin tedavi adımlarından sırasıyla bahsedilmesinin bilgi eksikliğinin giderilmesine katkısı olacağı; bireyin insülin uygulamasının tedavinin bir parçası olduğunu bilmesi ve bilgiye erken ulaşmasının tedavinin geleceğini olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

Sonuç

Diyabetli bireyin insülin eğitimi bireysel hedefler doğ-

rultusunda hazırlanmalıdır. Bireyin yaşam tarzı, yaşı, motivasyonu, genel sağlık durumu, kişisel becerileri, diyabetle ve insülinle ilgili bilgileri, tedavi hedefleri göz önünde tutularak psiko-sosyal yönden desteklenmeli, insülinle ilgili konularda korkunun aşılması, tedirginlik ve endişenin giderilmesi için hastanın bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Bu süreçte bireyin insülini kabullenmesi ve tedaviye gösterdiği uyum süreçleri de dikkate alınmalıdır.

Bireylerin insülin tedavisine karşı olan yaklaşımlarının ılımlı olması ve olumsuz bakış açılarının iyileştirilmesi için diyabet hemşirelerinin iyi bir iletişim becerisine sahip olmaları gerekmektedir. Araştırma sonuçlarının eğitimlere ışık tutması ve uygulamada daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek için yapılacak yeni çalışmalarla örneklem sayısının artırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. American Diabetes Association, (2010). Standards of medical care in diabetes-Diabetes Care 33(1), 11-61.
2. Arıkan, Z., Kuruoğlu, A.Ç., Levent, E., Köktürk, O., Beler, N., Oral, N., Ekim, N.N. Köktürk, O., Levent, E. (2000). Tüberküloz Olgularında Hastalığın Algılanması ve Kişilik Özellikleri.(Perception of illness and personality features in tuberculosis patients). Kriz Dergisi, 8(2): 39-45.
3. Bennet, PH., Knowler, W.C.(2005). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Glucose Homeostasis. In: Joslin Diabetes Mellitus. Eds: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ, 14th ed, Lippincott Williams &Wilkins, 331-339.
4. Bonnet, C., Gagnayre, R., d'Ivernois, J.F. (2001). Difficulties of diabetic patients in learning about their illness. Patient Education And Counseling, 42: 159-64.
5. Chen, K.W., Tseng, H.M., Huang, Y.Y., Chuang, Y.J. (2012). The barriers to initiating insulin therapy among people with type 2 diabetes, a qualitative study, J Diabetes Metab., 3:194.
6. Çakır, F., İlinem, C., Yener, F. (2010). Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23(1):50-9.
7. Çelik, S. (2010). Diyabetlilerde Kendi Kendine Enjeksiyon ve Test Yapma Korkusu Formunun Türkçe'ye Adaptasyonu ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul.
8. Çelik, S., Pinar, R. (2014). Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusu, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(2): 104-108.
9. Davis, S.N., Renda, S.M. (2006). Psychological insülin resistance: overcoming barriers to starting insulin therapy. Diabetes Educ., 32(4): 146-152.
10. Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin

- Belirlenmesi, *Anatol J Clin Investig*, 3(1):10-18.
11. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N. (2014). Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik, İstanbul: Nobel Kitabevleri, 131-165.
 12. Franciosi, M., Pellegrini, F., Berardis, G.D., Belfiglio, M., Di Nardo, B., Greenfield, S., Kaplan, H.S., Sacco, M., Tognoni, G., Valentini, M., Nicolucci, A. (2004). Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66: 277-286.
 13. Hassan, A., Tohid, H., Amin, R.M., Bidin, MBL., Muthupalaniappen, L., Omar, K. (2013). Factors influencing insulin acceptance among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care clinic: a qualitative exploration, *BMC Family Practice*. Malezya, 14:164.
 14. Ho, E.Y., James, J. (2006). Cultural Barriers to Initiating Insulin Therapy in Chinese People With Type 2 Diabetes Living in Canada. *Can J Diabetes*, 30: 390-396.
 15. Kousalya, K., Vasantha, J., Ponnudura, R., Sumitkumar, G., Ramalakshmi, S., Saranya, P., Chamundeeswari, D., Reddy, C. (2012). Study on nonadherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 3 (1):102-9.
 16. Lacroix, A., Assal, J.P. (2003). Hastaların terapötik eğitimi. (Türkçe Çeviri Editörü Piyal, B., Tabak, R.S. Ankara: Palme Yayıncılık.
 17. Larçin, A., Polat, G., Karadağ, B. (2010). Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon da Hemşirelik Forumu "Diyabetiklerde İnsülin Enjeksiyonu Uygulama Tekniklerinin ve Hatalarının Metabolik Kontrol Üzerine Etkilerinin İncelenmesi", 2(2)
 18. Lebovitz, H.E. (2002). Treating hyperglycemia in type 2 diabetes: new goals and strategies. *Cleve Clin J Med.*, 69(10):809-20.
 19. Marrero, D.G. (2007). Overcoming patient barriers to initiating insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Clin Cornerstone*, 8(2): 33-40.
 20. Meece, J. (2006). Dispelling myths and removing barriers about insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Educ.*, 32(1):9-18.
 21. Monahan, F.D., Neighbors, M. (1998). Editors Nursing care of patient with diabetes mellitus. *Medical Surgical Nursing, Foundations for Clinical Practice*, 2nd Ed. WB. Saunders Company, Philadelphia, 1223-1263.
 22. Nakar, S., Yitzhaki, G., Rosenberg, R., Vinker, S. (2007). Transition to insulin in Type 2 diabetes: family physicians' misconception of patients' fears contributes to existing barriers. *J Diabetes Complications*, 21(4): 220-226.
 23. Nam, S., Chesla, C., Stotts, N.A., Kroon, L., Janson, S.L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract.*, 93(1):1-9.
 24. Nathan, D.M. (2002). Clinical practice. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.*, 347(17): 1342-1349.
 25. Patel, N., Stone, M.A., McDonough, C., Davies, M.J., Khuntiand, K., Eborall, H. (2015). Concerns and perceptions about necessity in relation to insulin therapy in an ethnically diverse UK population with Type 2 diabetes: a qualitative study focusing mainly on people of South Asian origin. *Diabet. Med.*, 32: 635-644.
 26. Pitney, W.A., Parker, J. (2009). Qualitative research in physical activity and the health Professions, Leeds: Human Kinetics Pub.
 27. Polit, D.F., Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research*, 6th edition, Philadelphia Lippincott, Williams&Wilkins.
 28. Polonsky, W.H., Fisher, L.F., Guzman, S., Villa-Cabellero, L., Edelman, S.V. (2005). Psychological insulin resistance in type 2 diabetes: The scope of the problem. *Diabetes Care*, 28(10): 2543-2545.
 29. Rubin, R.R., Peyrot, M., Kruger, D.F., Travis, L.B. (2009). Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. *Diabetes Educ.*, 35:1014-22.
 30. Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yılmaz, T., Cakir, B., Tuomilehto, J., (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 28(2):169-180.
 31. Snoek, F.J. (2002). Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. *Int J Clin Pract.*, (129):80-4.
 32. Tan, A.M., Muthusamy, L., Ng, C.C. Phoon, K.Y., Ow, J.H., Tan, N.C. (2011). *Singapore Med J.*, 52 (11): 801-809.
 33. Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1: 7-12
 34. Tuckett, A. (2004). Qualitative research sampling-the very real complexities. *Nurse Researcher*. 12(1): 47-61.
 35. Türkcan, D.G., Çatalkaya, D., Demir, U.D. (2009). Tip 2 Diyabet Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26: 210-213.
 36. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), (2015). *Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları . Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 7 (15):* http://www.temd.org.tr/files/7_DIYABET_Book%201_PRESS.pdf Erişim: 13.7.15
 37. United Kingdom Prospective Study (UKPDS), (1998). Group Intensive blood glucose control with sulphonylureas or compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) 352: 837-853.
 38. Wright, A., Burden, A.C., Paisey, R.B., Cull, C.A., Holman, R.R. (2002). Sulphonylurea inadequacy: efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 57). *Diabetes Care*, 25(2): 330-336.

Erişkin Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkla İlişkili Duyguları ve Deneyimleri/Niteliksel Araştırma

Uzm. Hemşire Hanife AKMAN¹, Prof. Dr. Nermin OLGUN²

¹Bayındır Hastanesi, ANKARA

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi, GAZİANTEP

Özet

Bu çalışma; Aralık 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Endokrin Polikliniği'nde Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkla ilişkili duygularını ve yaşam deneyimlerini belirlemek amacıyla niteliksel tipte yapıldı. Araştırmaya ilgili bölümde izlenen ve araştırma için yazılı onamları alınan 21 birey dahil edildi. Araştırma için etik kurul onayı alındı. Demografik özellikler için istatistiksel veriler kullanıldı. Araştırmaya katılan bireylerden %66'sı erkek, çoğunluğu 61-70 yaş grubunda (%57) idi. Veriler, görüşme formu ve derinlemesine görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin analizinde Microsoft Word 2007 kelime işlemci programı kullanıldı. Araştırmada bireylere daha önceden belirlenmiş yanlı ve yönlendirici olmayan sorular yöneltilerek bire bir görüşme tekniği uygulandı. Ses kaydı alınarak, ortalama 20 dakika süren görüşmelerden elde edilen verilerin yazılı dökümü 24 saat içinde çıkarıldı. Niteliksel verilerin analizi içerik analizi yöntemi kullanılarak, üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması; görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ve araştırmanın alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması ile belirlendi. Analiz sonuçları doğrultusunda, söz konusu temalar üzerinden çalışma sonuçları değerlendirildi. Araştırmaya katılan bireylerin deneyimlerinden elde edilen ifadeler gruplandırılarak verilerin birleştiği üç ortak kod grubu saptandı. Bu kod grupları diyabet ile tanışma, diyabet algısı ve diyabetle yaşam olarak anlaşıldı. Sonuç olarak; bilgi eksikliği, şok, korku, üzüntü, inkar, suçluluk, öfke, kabullenememe, alışkanlıkların değişimi, uyum güçlüğü, mesleki zorluklar, sosyal zorluklar, çevresel faktörler, kendini daha iyi hissetme olmak üzere toplam 14 tema çıkarıldı. Bireylerin diyabeti kabullenme ve uyum süreçlerini kolaylaştırmak için empatik bir yaklaşım sergilenmesi, bireysel gereksinimlere uygun diyabet eğitimleri planlanarak diyabeti kabullenme ve tedaviye uyum süreçlerinin kolaylaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, duygular, uyum süreci, niteliksel çalışma.

Summary

Experiences and emotional status of Adult

Type 2 Diabetic Individuals, about Diabetes/A Qualitative Study

This study was carried out in a qualitative manner in order to identify the emotions and life experience of the patients with Type 2 diabetes with regard to their disease in the Endochronology Clinic of Bayındır Hospital Kavaklıdere between December 2014 through April 2015. Twenty one individuals who were being monitored in the related department and whose consent forms were obtained were recruited. The et-

hics committee approval was obtained for the study and statistical data was emoloyed in respect of demographic features. The data was collected by employing interview form and in-depth interview. Miscrosoft Word 2007 word processing software to analyze the data was used. A face-to-face interview technique was utilized by raising pre-determined unbiased and non-directing questions for the individuals. A voice recording was made in the interviews which lasted at least 20 minutes and written minutes of the data were issued within 24 hours following the interview. The content analysis was utilized in analyzing the qualitative data so that theming of the concepts and considerations pertaining to the subject addressed is determined through repetitive reding of the text on which the interview was analyzed and classification and coding of the study as per sub-objectives. Consequently, there were fourteen themes in total, namely lack of information, shock, fear, sadness, denial, feeling of guilt, anger, unacceptance, change of habits, adaptation difficulty, professional hardship, social challenges and environmental factors and feeling better. It is suggested that the process of acceptance of diabetes and adaption to the treatment should be facilitated, planning trainings on diabetes per individual requirements through sympathetic approach.

Keywords: Diabetes, emotions, adaptation process, qualitative study.

Giriş

Diyabet devamlı tıbbi bakımın gerektiği, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabete bağlı akut komplikasyonların riskini azaltmak ve uzun dönemde tedavisi pahalı olan, kronik etkilerinden korunmak için sağlık çalışanlarının ve diyabetli bireylerin eğitimi zorunludur (TEMD, 2015).

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta değişmeye neden olan aktif bir süreçtir. Bu algı ya da bilişsel süreçler, kişinin hastalığa verdiği duygusal cevabını ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (Kocaman ve ark., 2007). Diyabetli bireylerin tedavi ve bakımında sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları büyük önem taşımaktadır. Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek ve uygulamak beraberinde bakıma yön vermek ve

etkinliğini artırmak için iletişim büyük önem taşımaktadır (Babadağlı ve ark., 2006). İletişimdeki eksiklikler, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumunu ve sağlıklı ilgili sonuçları olumsuz etkilemektedir (Özçakır, 2002).

Diyabetli bireyler işte ya da iş dışındaki hayatlarında pek çok duyguyu yaşar. Bu anlamda bakıldığında duygular, insan davranışının bir ögesi olup bireyin iç dünyası ile karşılıklı ilişkilere kadar birçok alanda belirleyicidir ve insan davranışında temel bir yere sahiptir (Erkuş ve Günlü, 2008). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları inanışlarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumlarla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresle başa çıkabilmeleri için beceri kazandırılabilmesi mümkündür (Chilcot, 2012).

Duygular, yaşama dair bakış açısını, morali ve motivasyonu olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebildiğinden birey için önemlidir ve iyi yönetilebilirse bireyin moralini ve performansını arttırabilir. Kronik hastalıklarda bireyleri yakından tanımak ve yaşadıkları duygular hakkında empatik yaklaşımlarda bulunarak bütüncül hasta yaklaşımı sergilemek tedavi başarısı açısından son derece önemlidir. Neticede; diyabet konusunda duyguların tanınması ve bu çerçevede hasta yaklaşımları sergilenmesi hastaların diyabet özyönetimini uyumlu bir şekilde sürdürmelerini sağlamaktadır.

Bu araştırma; Tip 2 diyabeti olan bireylerin tanıya ilişkin hissettikleri duyguları ve hastalıkla ilgili yaşadıkları deneyimleri ayrıntılı olarak belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, niteliksel bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmanın örnekleme için, Aralık 2014 - Nisan 2015 tarihleri arasında Bayındır Hastanesi Kavaklıdere Endokrin Polikliniği'nde araştırma için yazılı onamları alınan diyabetli bireylerle etik kurul onayı alındıktan sonra görüşmeler başlatıldı. Katılımcılardan elde edilen verilerin tekrarlamaya başladığı değerlendirilerek toplam 21 katılımcıyla yapılan görüşme ile sonlandırıldı.

Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan iki adet soru formu ile toplandı. Soru formunun ilki 10 sorudan oluşan yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, mes-

lek, diyabet yaşı ve ailede diyabet öyküsünü içermektedir. demografik özellikler soru formu ve ikincisi dört sorudan oluşan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme sorularıdır.

Araştırmada, katılımcıların öznel algı ve deneyimlerinin anlaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda veriler diyabetlilerden sadece bir kez ve yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı bireysel görüşme tekniği ile toplanmıştır (Polit ve Beck, 2006).

Araştırmacının görüşme yeteneğinin ve ses kaydının teknik olarak değerlendirilmesi için çalışmadaki ile benzer koşullar altında bir katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot çalışma araştırmaya dahil edilmemiştir.

Bireylere uygun oldukları zaman sorularak görüşme randevusu verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerle, randevu günü ve saatinde görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşmenin rahat yapılabilmesi, bireylerin diyabete ilişkin duygu ve deneyimlerini içten, rahat ve ayrıntılı paylaşabilmesi için poliklinikte sessiz bir ortam olan diyabet eğitim odası tercih edilmiştir.

Görüşme sırasında, katılımcıların yanıtlarını eksiksiz ve doğru olarak elde edebilmek için dijital ses kayıt cihazı olarak akıllı telefon kullanılmıştır. Görüşmeler ortalama 20 dakika (12-52 dakika) sürmüştür. Elde edilen verilerin yazılı dökümü 24 saat içinde çıkarılarak ses kayıtları silinmiştir.

Derinlemesine görüşmelerin, hem katılımcılar hem de araştırmacı tarafından istenilen bilgi derinliğine ulaşıldığı ortak görüşüne varıldığında sonlandırılacak biçimde yürütülmesi hedeflenmiştir. Niteliksel araştırma literatüründe de sözü edildiği gibi (Erdoğan ve ark., 2014; Pitney and Parker, 2009; Tuckett, 2004) belirli bir doygunluğa ulaşmaya başladığı kanısına varılmasıyla sonlandırılabilceği bilgisinden yola çıkılarak örneklem seçimi katılımcılardan

yeni ve farklı bilgilerin gelmez olduğu noktada 21 diyabetli bireyle yapılan görüşmelerden sonra sonlandırılmıştır.

Verilerin Analiz Edilmesi ve Yorumlanması

Çalışmada görüşleri aktarılan diyabetlerin gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler, mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuş, her katılımcıya farklı numaralar verilerek kaydedilmiştir.

Niteliksel yaklaşıma dayalı bu araştırmanın 21 derinlemesine görüşmeden elde edilen verilerin yazılı çözümünü yapılmış ve toplam 6.735 kelime görüşme çıktıları üzerinden analiz edilmiştir. Okuma, gruplandırma, temalaştırma aşamalarında Microsoft Word 2007 kelime işlemci programından da yararlanılmıştır. Sosyodemografik özelliklere ilişkin dağılımlar yorumlanırken sayı ve yüzdelik hesabından yararlanılmıştır.

Bulgular

Bu bölümde, verilerin diyabetli bireylerin görüşlerini aktaracak bütünlükte sunulmasına özen gösterilmiştir.

Demografik Verilerin Analizi

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerden %33.3 (7 kişi)'sinin kadın, %66.6 (14 kişi)'sinin erkek, %4.7 (1 kişi)'sinin 40-50 yaş grubunda, %28.5 (6 kişi)'inin 51-60 yaş grubunda, %57.1 (12 kişi) ile çoğunluğun 61-70 yaş grubunda, %9.5 (2 kişi)'inin 71 yaş ve üzeri olduğu; %47.6 (10 kişi)'sinin üniversite, %4.7 (1 kişi)'sinin yüksekokul, %42.8 (9 kişi)'inin lise ve son olarak yine %4.7 (1 kişi)'sinin ortaokul mezunu oldukları; %90.4 (19 kişi) ile hemen hemen tamamının emekli oldukları; aile bireyleri arasında %66.6 (14 kişi)'sinin ailesinde diyabet bulunduğu, %33.3 (7 kişi)'ünün ailesinde ise diyabet bulunmadığı gözlemlendi. Diyabet yılları sorgulandığında ise; 1-10 yıl arası %52.3 (11 kişi), 11-20 yıl arası %28.5 (6 kişi), 20 yıl ve üzeri ise %19 (4 kişi) olarak belirlenmiştir.

Nitel Verilerin Analizi

Bu bölümde, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin genel gruplarına ilişkin veriler tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde ham verile-

Tablo 1: Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme soruları:

1. Diyabet olduğunuzu ilk öğrendiğinizde ne hissettiniz? Tarif edebilir misiniz? Bu duygular zaman içinde nasıl bir değişim gösterdi?
2. Diyabetli olmak günlük yaşamınızı nasıl etkiledi? Eskiden yaptığınız neleri değiştirmek zorunda kaldınız?
3. Günlük yaşamda diyet, egzersiz, beslenme, ilaç kullanımı ve kan şekeri takipleri gibi rutin uygulamaları yaparken yaşadığınız sorunlar nelerdir? Bu sorunlarla başetmede hangi yöntemleri kullandınız?
4. Hastalığınız süresince ailenizden, çevrenizden gördüğünüz desteği nasıl yorumlarsınız?

rin birleştiği üç ortak grup saptanmıştır. Bu ortak gruplar; diyabet ile tanışma, diyabet algısı ve diyabetle yaşam olarak anlamlandırılmıştır.

Diyabet ile Tanışma

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde diyabetle tanışma grubunda 15 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "Bilgi eksikliği" teması ortaya çıkmıştır.

Diyabet Algısı

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmelerde diyabet algısı anlam grubunda 43 öznel ifade ham veri olarak verilmiş ve "Korku, Öfke, Şok, Suçluluk, Üzüntü, İnkâr, Kabullenememe" olmak üzere toplam yedi farklı tema belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %38 (8 kişi)'inin korku, %4.7 (1 kişi)'sinin öfke, %23.8 (5 kişi)'inin şok, suç-

luluk, üzüntü, %42.8 (9 kişi)'inin inkâr, %47.6 (10 kişi)'inin kabullenememe, duygularını yaşadıkları görülmüştür. Araştırmada "inkâr, korku ve kabullenememe" duygularının öncelikli olduğu görülmüştür. Araştırmada bu duygulardan herhangi birisini yaşayanların yanında birkaç duyguyu aynı anda yaşayanların olduğu da dikkat çekici bulunmuştur. Diyabetli bireylerde en az yaşanan duygunun öfke, en yoğun yaşanan duygunun ise kabullenememe olduğu görülmektedir. Kabullenememeyi sırasıyla inkâr ve korku duyguları takip etmektedir. Şok, suçluluk ve üzüntü ise aynı oranda etkili olarak bulunmuştur. Yine verilere göre diyabetli bireylerin en fazla dört duyguyu bir arada yaşadıkları da görülmektedir. Sadece bir diyabetli birey tanıya zaten hazır olduğunu ve diyabeti kabullendiğini bildirmiştir.

Diyabetle Yaşam

Araştırmanın bu bölümünde diyabetli bireylerden

Tablo 2: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımları

Değişken	Sayı	%
Cinsiyet		
▪ Kadın	7	33.3
▪ Erkek	14	66.6
Yaş		
▪ 40-50	1	4.7
▪ 51-60	6	28.5
▪ 61-70	12	57.1
▪ 71 ve üzeri	2	9.5
Eğitim		
▪ Üniversite	10	47.6
▪ Yüksekokul	1	4.7
▪ Lise	9	42.8
▪ Ortaokul	1	4.7
Meslek		
▪ Emekli	19	90.4
▪ Çalışan	1	4.7
▪ Ev Hanımı	1	4.7
Ailede DM		
▪ Var	14	66.6
▪ Yok	7	33.3
DM yılı		
▪ 1-10 yıl	11	52.3
▪ 11-20	6	28.5
▪ 20 ve üzeri	4	19
Toplam	21	100

Tablo 3: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin grupları ve temalar

Anlam Grupları	Temalar
Diyabet ile Tanışma	Tema 1: "Bilgi Eksikliği"
Diyabet Algısı	Tema 1: "Korku"
	Tema 2: "Öfke"
	Tema 3: "Şok"
	Tema 4: "Suçluluk"
	Tema 5: "Üzüntü"
	Tema 6: "İnkâr"
	Tema 7: "Kabullenememe"
Diyabetle Yaşam	Olumlu Konforda Değişiklik:
	Tema 1: "Alışkanlıkların değişimi"
	Tema 2: "Kendini daha iyi hissetme"
	Olumsuz Konforda Değişiklik:
	Tema 1: "Uyum güçlüğü"
	Tema 2: "Mesleki zorluklar"
	Tema 3: "Sosyal zorluklar"
	Tema 4: "Çevresel faktörler"

günlük yaşamda karşılaştıkları zorluk ya da kolaylıkları ifade etmeleri istenerek yaşam deneyimleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Elde edilen 50 öznel ifade ham veri olarak incelendiğinde ise "Konforda Değişiklik" bulgusu altında onlar için olumlu ve olumsuz iki alt tema belirlenmiştir. Konforda değişiklikte; olumlu iki tema "Alışkanlıkların Değişimi" ve "Kendini Daha İyi Hissetme" belirlenirken, olumsuz dört tema "Uyum Güçlüğü", "Mesleki Zorluklar", "Sosyal Zorluklar" ve "Çevresel Faktörler" olmak üzere toplam altı tema belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %47.6 (10 kişi)'sinin kendini daha iyi hissettiği, %38 (8 kişi)'inin uyum güçlüğü, %14.2 (3 kişi)'sinin mesleki zorluklar ve çevresel faktörler, %23.8 (5 kişi)'inin sosyal zorluklar yaşadıkları, tamamının ise alışkanlıklarında olumlu yönde değişim olduğu görülmüştür.

Araştırmada elde edilen veriler incelendiğinde bireylerin diyabetle yaşam gubunda yer alan "Konforda Değişiklik" bulgusu altında onlar için olumlu ve olumsuz iki alt tema belirlenmiştir. Konforda değişiklikte; diyabetli bireylerin tamamının alışkanlıklarında eski alışkanlıklarına göre olumlu yönde bir değişim olduğu, bu durumun ise başlangıçta onlar için zor iken süreç ilerlediğinde kendilerini daha iyi hissetmenin etkin olduğu görülmüştür. Alışkanlıkların değişimi ile birlikte kendini daha iyi hissetme başlarken bu süreçte uyum güçlüğü'nün yaşanması birbirini izleyen döngü şeklindedir. Konforda değişiklikte olumsuz tema olarak uyum güçlüğü daha baskın iken beraberinde daha çok sosyal zorlukların yaşandığı, mesleki zorluklar ve çevresel faktörlerin ise aynı oranda etkili olduğu görülmektedir.

Tartışma

Araştırma sonuçları, öznel oldukları için bireysel algılar ve kimlik özelliklerinin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel yapıdan etkilendiği, dolayısı ile bireyden bireye değiştiği için niteliksel yöntem ile yapılan her araştırma araştırmanın yapıldığı gruba özgüdür. Bu bağlamda literatürdeki çalışmaların bu araştırma ile paralellik göstermesi beklenmemektedir.

Diyabet ile Tanışma:

Tema 1: "Bilgi Eksikliği "

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin çoğu diyabetin nasıl bir hastalık olduğunu ancak kendisi tanı aldığı zaman öğrendiklerini belirtmiştir. Ailesinde diyabet olanlar ile olmayanlara bakıldığında; ailede diyabet olmayanların konu

hakkındaki bilgilerinin daha az olduğu ve diyabetle ilgili yanlış inanışlar geliştirdikleri, ailesinde diyabet olanların ise yanlış ya da eksik bilgilenmelerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda bilgi eksikliği başka bir ifadeyle farkındalığın olmayışı diyabet yönetimindeki problemlerin en başında gelmektedir. Diyabetli bireylerden on altı birey diyabet hakkında kendileri diyabet tanısı alana kadar yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve kulaktan dolma bilgilerle diya-

Tablo 4: Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadelerinin grupları ve temalar

Anlam grubu	Diyabet ile Tanışma
Temalar	"Bilgi eksikliği"
Katılımcı	Önemli İfadeler
1	"Keşke bilinçli olarak bana önceden diyabetik meselesi yani şeker meselesi anlatılsaydı."
15	"Etrafımda yoktu böyle bir şey ve geçer diye düşündüm."
12	"Hâlbuki benim tek rahatsızlığım istemeden ayağımı sürüyor olmamı ve o da sonrasında geçiyordu. Şeker yükseldiğinde meğer sürüyordum."
20	"Ailede olmadığı için bilmiyordum."
5	"Hiç önemsemedim çünkü hastalık hakkında bir bilgim yoktu ve tepki göstermedim. İlk öğrendiğimde bir bilgim yoktu."
11	"Çok bir bilgim yoktu."
13	"Ben şeker hastasını çok kilolularda olur veya aileden gelir sanıyordum bizde de böyle şeyler olmadığından ben kendi kendime biraz yememe içmeme dikkat etsem düzeler diye düşündüm."
16	"Diyabetin tam olarak ne olduğunun bilincinde değildim o zamanlarda. Sadece şeker hastalığı diye genel hatlarıyla bilinen bu hastalığın iyi bir şey olmadığını düşünüyordum."
8	"Diyabet ne dedim bilmiyordum o zamanlar şeker hastalığını."
Anlam grubu	Diyabet Algısı
Temalar	"Korku"
	"Öfke"
	"Şok"
	"Suçluluk"
	"Üzüntü"
	"İnkar"
	"Kabullenememe"

Katılımcı Önemli İfadeler

- 3 "İnşallah sonu kötü olmaz diye düşünüyorum. Çünkü yaşım ilerliyor ve şikâyetler artar diye düşünüyorum."
- 11 "Ben şekeri "bir insan şeker hastası olur ve eyvah yandı" diye düşünüyordum."
- 9 "Etkileniyorsunuz ilk hastalığınızı öğrendiğinizde ve bundan sonra bazı şeyleri yaşayamayacağınızı hissediyorsunuz."
- 16 "Benim için herhalde hayat bitti diye düşündüm."
- 12 "Ben 20 senedir şeker hastasıyım fakat ilk 10 sene kabul edememiştim bunu. "Ben şeker hastası değilim" deyip yemek yemeye devam ediyordum. O zaman ben yaşam doluydum fakat öğrendim hastalığımı her şey bitti tüm moralim gitti."
- 1 "Belirli bir şok yaşandı."
- 2 "Çok kötü hissettim. Bana birden pat diye şeker oldunuz dediğinde inanmadım. Resmen hareketsiz kaldım idrak edemedim."
- 15 "Buraya geldiğimde de bana tam diyabet oldunuz dediklerinde resmen dünyam karardı. Çünkü annemde yaşamıştım ve şok geçirdim. Herhalde ömür boyu bir şeye bağlı kalacağımı düşündüm. En çok insülininden korktum. Hastalığın en ağırını yaşadığımı düşündüm"
- 10 "İlk duyduğumda çok fena oldum o kadar çok o kadar çok korkuyordum ki "Allah'im bana perhizli falan hastalık verme" diye şok oldum. Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi korkum var. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Şeker yüksek çıkınca acaba gözümü vuracak, böbreğime mi vuracak hep o korku. Okuyoruz, dinliyoruz bazı yerlerde hasar yapıyor diye."
- 8 "Hastalık çıkınca şaşırımdı işte benim hiçbir hastalığım falan yoktu. O zaman bir şaşırıydım bu hastalık da neymiş diye."
- 19 "Çalışma hayatımda düzensiz beslendim işe yetişeceğim diye öğün atladığım için üzüldüm. "Neden kendime dikkat etmedim sağlığımı bozdu" diye üzüldüm."
- 5 "O andaki üzüntüm de neden şeker hastası olduğum yönündeydi ve bende neden çıktı."
- 17 "O dönem üzüldüm tabi hoşuma gitmedi biraz canım sıkıldı. Kendim de doktor olduğum için karşı tarafa geçmek moralimi bozdu hiç hoşuma gitmedi tabi."

- 14 "Doktorum bana hastasın dediğinde reddettim ve kabullenemedim. Fakat daha sonra yavaş yavaş alıştım ve kabullendim."
- 20 "Kabullenemedim. 1 yıl sonra geldim. "Yanlışlık var" diye düşünerek bölüme geldim. Bunda yanlış var diye gelmek istemiyordum alerjiye çözüm bulamayınca bir yıl sonra kabul etmek zorunda kaldım."

Anlam grubu

Temalar

Konforda

Değişiklik (olumlu):

Tema 1: "Alışkanlıkların

değişimi"

Tema 2: "Kendini daha iyi hissetme"

Konforda Değişiklik(olumlu):

Tema 1: "Alışkanlıkların değişimi"

Tema 2: "Kendini daha iyi hissetme"

Diyabetle Yaşam

"Konforda Değişiklik'

(olumlu/olumsuz)

Konforda Değişiklik(olumsuz):

Tema 1: "Uyum güçlüğü"

Tema 2: "Mesleki zorluklar"

Tema 3: "Sosyal zorluklar"

Tema 4: "Çevresel faktörler"

Katılımcı Önemli İfadeler

- 15 "Spora da başladım bu arada. Ben önceden spor yapmazdım ama şu an günde hemen hemen en az tempolu 40 dakika yürüyorum. 96 kilodan 70 civarına düştüm yavaşta olsa. Büyük bedenlerden kurtuldum ve artık alışverişlerde büyük bedenlere bakmıyorum ve daha rahat kıyafet bulabiliyorum. Bu süreç içerisinde hiçbir olumsuz bir şey olmadı. Tam tersi her şey çok düzgün oldu. Benim mutlu olmam kendime düzgün şeyler bulmam eşimi de çok mutlu etti. İlerisi açısından kendimi daha mutlu hissediyorum çünkü metabolizmamın daha gençleştiğini düşünüyorum ve 2 yıldır hiç hasta olmuyorum bağışıklık sistemim daha da güçlendi."
- 2 "Sabah kahvaltısı yapmazdım eskiden. Bankaya giderken poğaça alır onu yerdim fakat sonrasında sabah kahvaltısının ara öğünlerin ve yemek yemenin çok gerekli olduğunu öğrendim."
- 6 "Daha iyi bakmaya başladım kendime..Kendime dikkat ettiğim sürece bir sorunum yok."
- 13 "Disiplinli olmayı öğrendim."
- 16 "Diyabetle beraber kolumda bir saat olduğunun farkına vardım ve saatli yemeye başladım. Özellikle ara öğünlere dikkat etmeye başladım. Saat kuruyorum ve artık hissediyorum. Yeme

- 19 *düzenimi oturttum o en güzeli. Uyku düzenim oturdu ve her şey emeklilikten sonra oldu. İstekli yaptığım için zorlanmadım.”*
- 21 *“Hiç zorlanmadım bilhassa kilo vereceğim sağlığım daha iyi olacak diye daha da çok dikkat ettim.”*
- 21 *“Çok zorlanmadım hazırdım sadece geç yaptığım kahvaltıları zamanında yapıyorum. Geç yediğim öğle yemeklerini zamanında yiyorum hiç yapmadığım ara öğünlerini yapmaya başladı. Bence kesinlikle olumlu. İnsanların diyabet hastasıyım acaba diye falan korkmasına hiç gerek yok. Birden kabullenip ona göre yaşaması gerek.”*
- 20 *“Değişikliklerde hiç zorlanmadım. Beni olumlu etkiledi. Yaşama daha olumlu bakıyorsunuz. Hiç hastayım diye endişe etmedim.”*
- 7 *“En çok da şu an hayata bakış açım değişti. En önemlisi stresim yok. Üzülüyorum da bu yüzden hayatım düzene girdi. Mesela çocuklara bakış açım, hanımına bakış açım hepsi değişti. Ewelden çok asabıydım fakat şu an hayata da her şeye de olumlu bakıyorum.”*
- 3 *“Daha hareketli olmaya çalışıyorum ve daha iyi hissediyorum kendimi. Şu an daha rahat hissediyorum. Şu an yorucu hayattan daha rahat bir hayata geçtim ve şimdi sadece kendim için ve hastalığımın ilerlememesi için çaba sarf ediyorum.”*
- 5 *“Uyum sağlamakta zorlanmadım çünkü kendimi bir yerde mecbur hissettim ortam beni buna itti.”*
- Konforda Değişiklik (olumsuz):**
- Tema 1:“Uyum güçlüğü”
- Tema 2:“Mesleki zorluklar”
- Tema 3:“Sosyal zorluklar”
- Tema 4:“Çevresel faktörler”
- 9 *“Sıkıntı belli noktalarda gerçekten. Mesela tatlı krizi özellikle evde kaldığımız ama dışarda hiç aklımıza gelmiyor kuruyemiştir meyvedir.”*
- 14 *“Alışkanlıklarımı değiştirmem gerekti ve bu zor oldu. Spor alışkanlığımı da değiştirmek zor oldu kısıtlamam gerekti. Bir takım şeyleri kabulleniyorsunuz ya diyabet olduğunuz için acaba aşırı yaparsam herhangi bir şekilde rahatsız olur muyum düşüncesi açığa çıktı.”*
- 12 *“Şu anda da zorlanıyorum tabi. Çünkü kamınız acıyıyor istediğiniz gibi yemek yiyemiyorsunuz. Olumlu yönü sadece başkalarının yediğine bakıp gözünüzün kalması oluyor.”*

- 10 *“Önceki düzenim daha iyiydi. Hiçbir korkum yoktu. Geziyordum herşeyi yiyordum. Ama şimdi var. Mesela birazcık şekerim yüksek olsa moralim bozuluyor. Şimdi bir tedirginlik var. Acaba ne çıkacak diye. Önceki halim daha rahattı.”*
- 3 *“Büromü kapatmak zorunda kaldım stresten uzak durmak için. Mümkün olduğunca tabi ki hayatımda değişiklik yaptım. O dönemde çalışırken zorlandım.”*
- 14 *“Sosyal yaşantımda eksiklikler kısıtlamalar hissediyorum. Bunlar diyabetten kaynaklanan sorunlar benim için. Cinsel yaklaşım olayı da diyabetten kaynaklanan bir takım noksanlar söz konusu oluyor.”*
- 19 *“Olumsuz yönleri; mesela bir yere gidiyorsunuz kendi başınıza beslenmenize pek dikkat edemiyorsunuz ya da yanınızda bir şey bulundurmuyorsunuz belli saatten sonra öğünü atlatınca acıkma oluyor korkuyorsunuz başıma bir şey gelir mi diye.”*
- 18 *“Ooo çok etkiledi. Acayip etkiledi. Yani yaşantım değişti. Çünkü yasaklar var. Yani gece hayatım her şeyim özel hayatım ayrı bir dilime girdi. Özgürdüm, hürdüm her şeyi yapıyordum ama diyabetten sonra canımın istediği her şeyi yapamıyorum. O özgürlükler bizden gitti. Çok zorlanmıyorum. Genel anlamda tetikteyiz. Daima alarmdayız. Bu durum hiç hoşuma gitmiyor yok olup gitmesini isterim. Boğazıma düşün değilim ama sofraya özgür ve yasaksız oturmak var.”*
- 11 *“İlk başlarda çok zorlandım. Çünkü bir yere gidip oturuyorsunuz mesela gittiğinizde masayı donatıyorlar ve benim de iştahım açılır ve yiyorum bu konuda çok zorlandım.”*
- 16 *“Bizde yemek olmazsa olmaz. Herhalde bence diyabet Güneydoğu'luya Allah tarafından verilebilecek en büyük ceza.”*

beti yönetmeye çalıştıklarını bildirmiştir. Sadece beş diyabetli bireyin diyabet hakkında bilgi sahibi olmakla birlikte eksik ya da yanlış bilgilendirilmiş oldukları görülmüştür.

Araştırmada diyabetli bireyler diyabetle ilgili bilgi sahibi olduktan sonra bu bilgilerini yakınındakilerle ya da akrabaları olan diyabetli kişilerle paylaştıklarını bildirilmiş bu durumun onlar için çok motive edici olduğu vurgulanmıştır.

Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yaş ve ilerleyici bir sapmaya ve geri dönüşümsüz değişik-

liklere neden olmakta, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu özellikleri itibarıyla, bireylerin yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Türkmen, 2012). Kronik hastalıklara bağlı ölümler komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmektedir. Komplikasyonlar hastalık yönetiminin etkin yapılması ve istedik hedeflere ulaşamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015). Bilgili, kendine güvenen, yetenekli ve bakıma katılan hastaların sağlığını geliştirecek aktiviteleri gerçekleştirme olasılıklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Jerant et al., 2005). Hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için sağlıklarıyla ilgili bağımsız olarak eyleme geçebilmeleri ve isteklerinin olması yani hastanın aktif rol alması Hibbard ve Greene (2013) tarafından vurgulanırken, hastaların karar verme sürecine katılmaları kadar, başarılı bir öz yönetim ve sağlığı geliştirme için de bu durumun bir öncü olduğu bildirilmiştir (Deen et al., 2011). Diyabetli bireylerle yapılmış bir çalışmada; aktif olan hasta ile hastaneye kabul ve acil servise başvurma sıklığının ilişkisi incelenmiş birinci aşamada olan hastaların, dördüncü aşamadakilerle karşılaştırıldığında daha fazla hastaneye yatma ve daha fazla acil servis ziyareti ihtimalinin olduğu görülmüştür (Begum et al., 2011). Bireyin eğitim durumu, sağlık personeli ile iletişimi, sosyoekonomik durumu ve aldığı sağlık eğitimi, aktiflik düzeyini belirleyip etkilerken, aktiflik düzeyi de öz yönetim durumunu, sağlık çıktıları, hastaneye ve acil servise başvurma durumunu öngörmekte ve etkilemektedir (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015).

Bireyler genellikle gerek hastalıkları gerekse uygulanan tedavileri hakkında yeterince bilgilendirilmemektedirler. Öztürk ve ark., hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında da diyalize girdikleri süre içerisinde herhangi bir sağlık personeli tarafından kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz hakkında yeterli bilgi verilmediğini bildirmişlerdir (Öztürk ve ark., 2009). Bu durum da diyabetli bireylerin diyabete karşı olumsuz düşüncelere kapılmalarına, kendilerini yalnız hissetmelerine bazen de bıkkınlık hissederek yapması zorunlu olan birtakım uygulamaları dahi aksatmalarına ya da hiç yapmalarına neden olmaktadır. Genellikle toplumda diyabet kontrolünde sıklıkla yanlış ya da eksik uygulamalar görülmekte buna da yanlış inanışlar ve hastalık hakkındaki eksik bilgiler sebep olmaktadır. Diyabetli kişiler yakınlarının diyabet hakkındaki duygu, düşünce ve tutumlarından etkilenmektedir. Hastaya verile-

cek bilginin sürekliliğinin sağlanması, hastalıkla başetmeyi ve komplikasyonların önlenmesini kolaylaştırmaktadır (Nam et al., 2011).

Diyabet Algısı:

Araştırmada diyabetli bireylerin diyabet tanısına verdikleri tepkilerin çoğunlukla benzer olduğu görülmüştür. Tepkilerin sebebi olarak ise diyabetle ilgili bilgi eksikliği, çevreden edindikleri yanlış bilgi ve deneyimler, yakınlarından ya da etraflarından edindikleri kötü tecrübelerin etkisi olduğu görülmüştür. Çoğu birey tanı aldıkları anı ve o anda yaşamış oldukları duyguları unutmamış gayet net bir şekilde tarif edebilmiştir.

Tema 1: "Korku"

Araştırmada ailesinde diyabet olan bireylerden bir kısmı daha çok korku yaşadıklarını ifade ederken bir kısmı ise çok rahat olduklarını belirtmiştir. İlk tanıyı öğrendikleri anda birşeylere bağımlı olma ve insüline başlama korkusu yaşadıkları ifade edilmiştir. Korkularının nedenini ise önceden yaşadıkları kötü tecrübeler ya da çevrelerinden edindikleri olumsuz deneyimlere bağladıkları görülmüştür.

Çoğu insan kimi zaman sağlıkları ile ilgili endişe duyar ancak bazıları bu kaygıları giderme noktasında daha büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar ve ciddi bir hastalıklarının olmasından korkarlar (Hogan, 2010). Araştırmada da insülin kullanılmaktan ya da diyabetten yaşadığı korku nedeniyle hastalığını çevresindekilerden saklandıkları ifade edilmiştir.

Korku bilinçli olarak tanınan genellikle bilinen bir dış tehdit ve tehlikeye karşı verilen tepki, bireyin kendi düşüncelerinin sebep olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içinde "tehlike" ögesi olduğu için korku tepkisi oluşur. Bu nedenle aynı durumla karşılaşan farklı kişiler ayrı düşünceleri neticesinde farklı reaksiyonlar verebilirler. Bu sebeple korkuyu yenmek için, kişinin kontrolün kendisinde olduğunu fark edip, korku hissi uyandıran düşünce tarzının doğruluğunun sorgulanması gerekir. Korkuyla baş edebilmek için korku nedenlerinin üzerine gidilmeli ve problemi tanımlayan sorunun çözülmesi gerekmektedir (Çelik ve Pınar, 2014).

Tema 2: "Öfke"

Araştırmada öfke duygusunun çok az yaşanmış olması dikkat çekici iken kendi kendine sorulan soruların en önemlisi ise "neden ben?" şeklindedir. Diyabetli bireylerin öfke odaklarının en yakınlarındaki kişiler ya da sağlıklı bi-

reylerin olduğu ifade edilmiştir.

Diyabetli bireylerle yapılan görüşmeler genç yaşlarda diyabet teşhis edilmesinin öfke duymalarına sebep olabileceğini düşündürmüştür. Bu durumun kendilerinde haksızlık duygusu oluşturarak bazen de kötü şeyler yaşama korkusuna neden olarak onlarda mutsuzluk duygusuna kapılmalarına sebep olduğu da ifade edilmiştir.

Birey hastalığı ile ilgili "Neden ben?" diye düşünerek ailesine ya da arkadaşlarına karşı öfke duyabilmektedir (Grimaldi, 2003). Tip 2 diyabeti olan bireylerin hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi üzerine yapılmış bir çalışmada da; hastaların öfke odaklarının, aile üyeleri, sağlık personeli ve diğer sağlıklı insanların olduğu ifade edilmiştir (Demirtaş ve Albayrak, 2009).

Tema 3: "Şok"

Araştırmada bu tema "şok olmuştum" ve "çok kötü hissettim." şeklinde bildirilmiştir. Ailesinde diyabet olduğu için kendini hastalığa hazırlamış ve ilk şoku rahat geçirmiş bireylerin yanı sıra ailesinde diyabet bulunanlar da şok yaşadıklarını bildirmiştir. Ailesinde hiç diyabet bulunmayan ve diyabet tanısı konulan diyabetli bireyler ise şokla beraber aynı zamanda şaşkınlık duygusunu da yaşadıklarını ifade etmiştir. Yapılan bir araştırmada da ailesinde ya da tanıdıklarında diyabetli bireyin olması, diyabetli bireyin yaşantısı ve sıkıntılarının bilinmesi hastalığın büyük karamsarlık ve üzüntüyle karşılanmasına neden olabildiği bildirilmektedir (Lacroix and Assal, 2003).

Diyabet tanısının diyabetli bireye ilk söylediği an izlenilen tavır ve aktarılan bilginin çok önemli olduğu aynı zamanda bu tavır ve yaklaşımın şok yaşanmasında çok güçlü bir neden olabileceği de görülmüştür. Hastalığın söylenme şekli çok önemlidir ve ilk tanı alınan andaki duygular, bulunulan ortam aradan yıllar geçmiş olmasına rağmen hala hatırlanmaktadır. Benzer sonuçlar yapılan bir araştırmada; kabullenmenin görüldüğü hastalarda ilk tanı konulduktan itibaren üzerinden 10 yıllık bir sürenin geçmiş olduğu şeklinde tespit edilmiştir. Aynı araştırmada bu bulgu kabullenme ve uyum aşamasına gelinceye kadar hastaların zamana ihtiyacı olduğu, bu zaman sürecini azaltmak için yakın izlem ve sürekli eğitim gerektiğini şeklinde yorumlanmıştır (Demirtaş ve Albayrak, 2009). Birey hastalığı söylendiği anda panik, şok, korku gibi çeşitli duygular hisseder. Sağlık çalışanı bu durumu sıradan bir olaymış gibi hastayla paylaşırsa kişi hastalığını önemsemeyebilir ve tedaviye uyumu olumsuz etkilenebilir (Kalender ve Sütçü Çiçek, 2014).

Tema 4: "Suçluluk"

Freedman ve arkadaşları, insanın yanlış olduğunu düşündüğü bir şeyi yaptığında suçluluk duygusu yaşadığını belirtmektedir (Freedman et al., 1989). Araştırmada da diyabetli bireyler yanlış olduğunu sonradan öğrendikleri birtakım şeyleri yapmış oldukları için suçluluk duygusu yaşadıklarını ifade etmiştir. Diyabetli bireylerden bazılarının daha önce önlem almamış olmaktan dolayı suçluluk duygusu yaşadıkları görülmüştür. Suçluluk duygusunun en önemli sebebi hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları görülürken, bunun sonucu olarak düzensiz yaşam alışkanlıklarını sürdürmeleri ve daha önceden önlem almamış olmaktan dolayı üzüntü duymaları araştırmada açığa çıkan önemli bir bulgudur.

Tema 5: "Üzüntü"

Tip 2 diyabet tanısını genç yaşta almış bireylerin daha ileri yaşta tanı almış bireylere göre daha çok etkilendiği görülmüştür. Bu duygularını "daha çok gençtim" şeklinde ifade etmişlerdi. Kronik hastalıklarda genç yaşta ve daha uzun süreli maruz kalmış olmak bireylerde bıkkınlık beraberinde bağımlılık endişesini getirdiği görülmüştür.

Diyabetli bireylerin diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması diyabet tanısını ilk aldığı anda üzüntü ve beraberinde kaygıya sebep olduğu görülmüştür. Görüşmeye alınan diyabetli bireylerin bir kısmında ise üzüntü ile beraber geri çekilmenin yaşandığı görülmüştür. Yapılan bir araştırmada bu duygunun olumlu amaç için kullanılabilmesi için üzüntü ve hayal kırıklığında enerji içe çekilerek, bu enerjinin içimizde iyileştirmeye yönelik olarak akışı sağlayacağı ve böylelikle karmaşık olumsuz duyguların yönlendirilerek, kabul edilebilir hale dönüştürülmeye çalışıldığı bildirilmiştir (Lewis, 1993).

Tema 6: "İnkar"

İlk tanıda hastaların bir kısmının hastalıklarının önemli olmadığını söyleyerek durumlarını inkar etme çabasında oldukları söylenebilir. Diyabetli bireylerden birinin kaygıya yönelik önemli bir savunma mekanizması yaşadığı ve bunu görüşmelerde de ifade ettiği görülmüştür. Bu dönemdeki diyabetli bireyler, diyabet olduğunu başkalarına söylemekten çekindiklerini ifade etmiştir. Ayrıca diyabet tanısı utanma, reddetmeyi içeren bazı psikolojik değişikliklere yol açabilir; kişinin öz-saygısını azaltabilir, direnç ve depresyon gibi sorunlar görülebilir. Yaşanan bu sorunlar da bireyin hastalığı etkili şekilde yönetimine engel olur

(Olgun ve Ulupınar, 2014).

Görüşmeye aldığımız bireylerde inkar ve umursamazlıktan ancak bir komplikasyonla karşılaşınca çıkabildikleri görüldü. Diyabetli bireyler başlangıçta inkar yaşamaktan dolayı, özellikle diyetlerine uyamadıklarını ve hastalıklarına uyum sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tema 7: "Kabullenememe"

Kabullenememenin görüldüğü bireylerde dikkat çeken unsur ilk tanıdan sonra 10 ila 25 yıl gibi uzun bir sürenin geçmiş olmasıdır. Kabullenme sürecinin uzun olmasında en önemli sebebin bilgi eksikliğinin olduğu görülmüştür. Bilgi eksikliği bulgusu, kabullenme ve uyum aşamasına gelinceye kadar diyabetlilerin zamana ihtiyacı olduğunu, bu zaman sürecini azaltmak için ise yakın izlem ve sürekli eğitim gerektiğini bizlere düşündürmektedir. Ailesinde ve çevresinde diyabet olmayan bireylerin bir kısmı diyabeti kabullenmede zorlandıklarını belirtirken, ailesinde diyabet olan bireyler ise diyabeti kabullenmede daha kolaylık yaşadıklarını belirtmiştir.

Kendi hastalığını kabul eden kişiler, günlük yaşantılarına uyum sağlamak ve çeşitli sorunlarla baş edebilmek için gerekli duygusal dengeyi tekrar kurmuşlardır. Kabullenmiş hastalar hastalıklarının ve bunun için gerekli olan tedavinin tamamen farkındadırlar, bazı kısıtlama ve zorlukların olması gerektiğini bilirler (Lacroix and Assal, 2003; Telford et al., 2006). Kabul sürecine ulaşmak çok kolay değildir, bireyler uzun bir öfke ve inkar döneminden sonra içinde bulunduğu gerçeği kabul edebilir (Körükçü ve Kukulu, 2015).

Diyabetle Yaşam

Bu bölüm kendi içerisinde "Konforda Değişiklik" olumlu ve olumsuz şeklinde iki alt gruba ayrılmıştır.

Konforda Değişiklik (Olumlu):

Tema 1: "Alışkanlıkların değişimi"

Yaşam kalitesini oluşturan sağlık uygulamaları içerisinde beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi etkenler bulunduğu bildirilmektedir (Tambağ, 2011). Diyabetli bireylerin bir yandan tedavi sürecinde, belirli bir diyeti sürdürerek hastalığın semptomları ile başetmeye uğraştıkları diğer yandan da bedenlerindeki fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya çalıştıkları için tüm yaşam alanlarının ve yaşam kalitelerinin etkilendiği bildirilmektedir (Mittal et al., 2001). Araştırmada diyabetli

bireyler başlangıçta diyet, egzersiz gibi çoğunlukla benzer rutin uygulamalarda uyum gücünü yaşadıklarını, zaman içinde yaşam kalitelerinin çoğunlukla olumlu yönde etkilendiğini bildirmiştir. Sağlık davranışları ile mutluluk arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan bir araştırmada da; algılanan sağlık desteği, kişisel gelişim, yeterli seviyede uyku, sigara içilmemesi ve her gün düzenli şekilde kahvaltı edilmesi gibi davranışların mutluluk artışı ile doğrudan etkili etkenlerden olduğu sonucuna varılmıştır (Peltzer and Pengpid, 2013).

Aile üyeleri, akrabalar ve sağlık alanında çalışanların fikirleri, sağlığı koruma ve geliştirme yönündeki sağlık davranışı değişikliklerine ve bu değişikliklerin kalıcı hale getirilmesine anlamlı derecede olumlu etki etmektedir (Pender et al., 2011).

Tema 2: "Kendini daha iyi hissetme"

Diyabetli bireylerde hastalığın kabullenilmesi ile tedaviye uyum gösterildiğinde, kişinin kendini daha iyi hissettiği, her şeyin yolunda gittiği düşüncesinin kendilerini daha mutlu ettiği ve motive oldukları yapılan çalışmalardan bilinmektedir (Peltzer and Pengpid, 2013). Araştırma grubunda bu durum sıklıkla vurgulanmıştır.

Diyabetli bireyin kendi kendine bakabilmesi için, hastalığı ve gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Sağlık gereksinimleri hakkında bilgilenen diyabetli birey, bakımının sorumluluğunu üstlenmeye daha fazla istekli olmaktadır (Türkcan ve ark., 2009). Araştırmada günlük yaşamdaki rahatlamamanın gerek iş, gerekse özel hayatlarına olumlu şekilde yansısından bahsedilmiştir.

Konforda Değişiklik (Olumsuz):

Tema 1: "Uyum gücünü"

Diyabet gibi kronik hastalıklarda, yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırmak için bireyin yaşam tarzı alışkanlıklarında değişiklik yapması ve tedaviye uyum sağlaması gerekir. Hastaların yaşam tarzı alışkanlıklarında değişiklik yapması ve tedavilerine uyum sağlamalarının oldukça zor olduğu bildirilmektedir (Ambigapathy et al., 2003; Ovaolu ve ark., 2003). Tip 2 diyabetli olanlarla yapılan bir araştırmada hastaların inkar yaşamaları sebebiyle, özellikle diyetlerine uyamadıkları, insülin tedavilerini aksattıkları ve hastalıklarına uyum sağlayamadıkları görülmüştür (Demirtaş ve Albayrak, 2009). Diyabetli bireylerin yaşamak zorunda oldukları bu dönemde, bireylerin hastalığını kabullenmesi yönünde desteklenmesi onların hastalığa

uyumunu arttırabilir.

Nagelkerk ve ark. (2006) Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde yaşadıkları sıkıntıları ve karşılaştıkları engelleri inceledikleri bir araştırma da; bilgi eksikliği, hastalığa özgü beslenme programının anlaşılması, bireyselleştirilmiş bakımın uygulanmaması, glisemik kontrolün sağlanamamasına bağlı hayal kırıklığı ve çaresizlik duygusu, malzeme ve ilaç temininde yaşanan sıkıntılar, ilaç almayı hatırlamada güçlük, ilaç yan etkilerinin ve nasıl kullanılacağına bilinmemesi gibi sorunlar bildirilmiştir. Bu nedenle diyabetik bireyin güçlendirilmesi, hastanın tedavisini kendisinin yönetmesini ve yaşam şekli değişikliği yapmasını sağlar (Ovayolu, 2014).

Birey için hasta olmak "sağlıklı olma" durumunun kaybidir. Kronik bir hastalığa sahip olmak ise bireyin, hem kayıp duygusunu uzun süre yaşamasını, hem de hastalık ve yaşamı kontrol altında tutmasını gerektirmektedir (Hjelm et al., 2003).

Tema 2: "Mesleki zorluklar"

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona sebep olurken; ailenin yaşam tarzını ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Akdemir ve Akkuş, 2006; Türkmen, 2012). Diyabetli bireylerde işlevsellik alanlarındaki kısıtlılıklar, çalışma ortamlarında karşılaşılan zorluklar ve yetiyitimi genel toplumdan daha yüksektir (Camacho et al., 2002).

Tema 3: "Sosyal zorluklar"

Araştırmada diyabetin getirdiği zorunlu yaşam tarzı değişiminden dolayı sosyal yaşamda zorlanma olduğunu bildiren diyabetli bireyler olmuştur.

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili bir takım rutin uygulamaları ve kontrolleri olmaktadır. Diyabetli bireyler de günlük yaşantılarında kan şekeri takibi, düzenli öğünler, egzersiz ve ilaç kullanma gibi bir takım uygulamalarla beraber yaşamak zorundadırlar. Bu uygulamalar onların sosyal uyumlarını ve rollerini etkilemektedir. Karadakovan ve Aslan; bireyin sahip olduğu değer ve inançlar, iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden etkilendiğini belirtmişlerdir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010). Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolas-

yona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Akdemir ve Akkuş, 2006; Türkmen, 2012). Bu sebeple kronik hastalıklarda bireyleri yakından tanımak ve yaşadıkları duygular hakkında empatik yaklaşımlarda bulunarak bütüncül hasta yaklaşımı sergilemek tedavi başarısı açısından son derece önemlidir.

Tema 4: "Çevresel faktörler"

Diyabetli bireylerin çevresel etkenler nedeniyle beslenme programına uyumda zorlandıkları görülmüştür. Diyabetli bireyler çevreden kaynaklanan bir takım yanlış uygulamalar ve ısrarlı davranışlar nedeniyle beslenme düzeninde zorlandıklarını bildirdiler. Toplumun diyabet hakkında yeterli bilgisinin olmaması, hastaya yaklaşımın nasıl olacağına bilinmemesi, hasta inkar döneminde olsa da öfke ve kızgınlığa sebep olduğu bir başka çalışmada da görülmüştür (Demirtaş ve Albayrak, 2009). Çevresel nedenlerden dolayı diyabet kontrolünde güçlük yaşanmasında en önemli etkenin kültürel faktörlerin yanı sıra diyabet hakkında toplumun yeterli bilgi sahibi olmamasının etkili olduğu görülmüştür.

Sonuç

Söz konusu bu bulgulara dayanarak; diyabeti olan bireylerin diyabetle ilk tanışmada bilgi eksikliğine bağlı bir takım yanlış inanışlara sahip oldukları, korku ve üzüntü hissettikleri fakat diyabeti bir şekilde kabullendikleri, yaşam tarzı değişikliğinde uyum güçlüğü yaşadıkları, diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olduktan sonra ise yaşam deneyimlerinin olumlu yönde etkilendiği görülmüştür.

Çalışmanın pratik çıkarımları ise; bireylerin diyabeti kabullenme ve uyum süreçlerini kolaylaştırmak için empatik bir yaklaşım sergilenmesi, bireysel gereksinimlere uygun diyabet eğitimleri planlanarak diyabeti kabullenme ve tedaviye uyum süreçlerinin kolaylaştırılması önerilmektedir. Bu doğrultuda; diyabetli bireyin yaşam tarzı, yaşı, motivasyonu, genel sağlık durumu, kişisel becerileri ve tedavi hedefleri göz önünde tutularak eğitim planlamaları yeniden gözden geçirilmiş olup diyabet uyumları güçlendirilmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

1. Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13(1):82-91.
2. Ambigapathy, R., Ambigapathy, S., Ling, H.M. (2003). A Knowledge, Attitude and Practice (Kap) Study Of Diabetes Mellitus Among Patients Attending Klinik Kesihatan Seri Manjung, NCD Malaysia, 2(2): 6-16.

3. Babadağlı, B., Erim Ekiz, S., Erdoğlan, S. (2006). Hekim ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt: 1, Sayı:3; 52-69.
4. Begum, N., Donald, M., Ozolins, L. Z., Dower J. (2011). Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, (93): 260-267.
5. Camacho, F., Anderson, RT., Bell, RA. ve ark. (2002). Investigating correlates of health-related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes, *Qual Life Res*, 11(8): 783-96.
6. Chilcot, J.(2012). The Importance of Illness Perception in End-Stage Renal Disease: Associations with Psychosocial and Clinical Outcomes, *Seminars in Dialysis*, 25(1): 59-64.
7. Çelik, S., Pinar, R. (2014). Diyabetli bireylerde İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusu, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2): 104-108.
8. Demirtaş, A., Albayrak, N.(2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi, *Anatol J Clin Investing*, 3(1): 10-18.
9. Deen, D., Lu, W., Rothstein, D., Santana, L., Gold, M. (2011). Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation, *Patient Education and Counseling*, (84):257-260.
10. Erdoğlan, S., Nahçıvan, N., Esin N. (2014). Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik, *İstanbul, Nobel Kitabevleri*, 131-165.
11. Erkuş, A., Günlü, E. (2008). Duygusal Zekânın Dönüşümcü Liderlik Üzerine Etkileri, *Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dergisi*, 9(2): 187-209.
12. Freedman, JI., Sears DO., Carlsmith, JM. (1989). Sosyal Psikoloji, çev. Ali Dönmez, İmge Kitapevi 2. Baskı, İstanbul.
13. Grimaldi, A. (2003). The acceptance of the diabetic disease. *Ann Endocrinol (Paris)*, (64): 22-6.
14. Hibbard, J. H., Greene, J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences, *Fewer Data On Costs*, *Health Affairs*, 32(2): 207-214.
15. Hogan, B. (2010). Coping with health anxiety. *Improving Access to Psychological Therapies*, 1-24.
16. Hjelm, K., Mufunda, E., Nambozi, G., Kemp, J. (2003). Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus. A literature review. *J Adv Nurs*, (41): 424-34.
17. Jerant, AF., von Friederichs-Fitzwater, MM., Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educ Couns*, 57(3): 300-7.
18. Kalender, N., Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1): 46-53.
19. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 99-111.
20. Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (8): 271-280.
21. Koşar, C., Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergi*, <http://www.deuhyoedergi.org>, 8 (1): 45-51.
22. Körükcü, Ö., Kukulu, K. (2015). Beden-Zihin-Ruh Bütünlüğünü Korumaya Yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(1): 68-80.
23. Lacroix, A., Assal, J.P.(2003). Hastaların Terapötik Eğitimi, Türkçe Çeviri Editörü: Piyal, B., Tabak, R.S., Ankara: Palme Yayıncılık.
24. Lewis, M. (1993). The emergence of human emotions, *Derl, Lewis, M; Haviland, M.J.*
25. Mittal, S. K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J. K., Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(7): 1387-1394.
26. Nagelkerk, J., Reick, K., Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2): 151- 8.
27. Nam, S., Chesla, C., Stotts, NA., Kroon, L., Janson, SL. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract*, 93(1): 1-9.
28. Olgun, N., Ulupınar, S. (2014). Güçlendirme ve diyabetli bireyin güçlendirilmesi, http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf Erişim Tarihi: 16.07.2015.
29. Ovayolu, N., Parlar, S., Karatas, S. (2003). Diabet ve hipertansiyonu olan hastalarda erken tedavi ve hemşirelik eğitiminin önemi, *Hemşirelik Forumu*, 6(4): 19-23.
30. Ovayolu, Ö. (2014). Diyabette Özyönetim ve Diyabet Hemşiresinin Etkileri, *Hemşirelik Forumu*, 6(2): 21-26.
31. Özçakır, A. (2002). Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi? İntörn öğrenci görüşleri, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2): 185-189.
32. Öztürk, A., Altuntaş, Y., Özsan, M., Gündüz, E. (2009). Investigation of the knowledge, attitudes, behaviors of chronic renal failure patients treated by hemodialysis on their illness and hemodialysis, *Erciyes edical Journal*, 31(2): 119-25.
33. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston, MA, Pearson.
34. Peltzer, K., ve Pengpid, S. (2013). Subjective happiness and health behavior among a sample of university students in india. *Social Behavior and Personality*, 41(6): 869-880.
35. Polit, D.F., Beck, C.T. (2001). *Essentials of Nursing Research*. (6th ed), Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins.
36. Pitney, W.A., Parker, J. (2009). *Qualitative research in physical activity and the health Professions*, Leeds: Human Kinetics Pub.
37. Tambağ, H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58.
38. Telford, K., Kralik, D., Koch, T. (2006). Acceptance and denial: Implications for people adapting to chronic illness, *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4): 457-64.
39. Tuckett, A. (2004). Qualitative research sampling-the very real complexities, *Nurse Researche*, 12(1): 47-61.
40. Türkcan, D.G., Çatalkaya, D., Demir, U.D. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, *Yeni Tıp Dergisi* (26): 210-213.
41. Türkmen, E. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Önemi*. Durna Z ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 37-49.
42. *Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED)*, (2015). *Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları*. *Diabetes Mellitus ve Komplasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*, 7.Baskı, 2015. http://www.temd.org.tr/files/7_DIYABET_Book%201_PRESS.pdf Erişim Tarihi: 13.07.2015.

Obezite ve Stigma

Hemş. Ayşe ŞİMŞEK¹, Doç. Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA²

¹Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi, BALIKESİR

²Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, BALIKESİR

Özet

Obezite 21. yüzyılın küresel boyutta en önemli halk sağlığı sorunudur ve her geçen gün artış göstermektedir. Obezite hem fiziksel hem de psikolojik birçok probleme sebep olmaktadır. Ancak obezite, kişileri sadece fiziksel ve psikolojik yönden etkilemekle kalmayıp, kişilerin sosyal hayatlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun en önemli nedeni ise obez bireylerin, fazla kiloları nedeniyle iş yerlerinde, eğitim ortamlarında ve sağlık kurumları gibi birçok alanda ayrımcılığa ve stigmaya maruz kalmalarıdır. Yaygın olarak obez bireyler tembel, isteksiz, uyumsuz, beceriksiz olarak görülmektedir. Obez bireyler tarafından stigmanın hissedilmesi kendilerine olan inançlarını etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca stigma obeziteyle ilgili sağlık risklerine de katkıda bulunabilmektedir. Bu nedenle obeziteyle mücadele için okullardan başlayarak, sağlık personelini kapsayacak şekilde tüm toplumun stigmanın rahatsız edici yönü üzerinde bilgilendirilmesi ve obezite farkındalığının sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Obezite, Stigma

Summary

Obesity and Stigma

Obesity is the most important global public health problem in the 21st century and is increasing day by day. Obesity causes both physical and psychological many problems. However, obesity not only affects people from physical and psychological aspects but also adversely affects the social life of the people. The most important reason is that obese individuals are exposed to stigma and discrimination because of the over weight in workplaces, educational environments and such as health institutions in many areas. Obese individuals are commonly seen as lazy, unwilling, incompatible, incompetent. The sensation of the stigma by obese individuals who can influence their beliefs and reduces the quality of life. Moreover, stigma can contribute health risks associated with obesity. Therefore, education of whole society, starting with schools and including healthcare professionals should be informed of stigma disturbing the direction and it is necessary to ensure awareness of obesity.

Key Words: Nursing, Obesity, Stigma

Giriş

Obezite 21. yüzyılın küresel boyutta en önemli halk sağlığı sorunudur ve çocukluk çağından, yetişkin ve yaşlılığa kadar tüm yaş grubunu etkilemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016; Usta, Acar ve Aygin, 2015). Obezite, vücutta aşırı

rı yağ birikmesine bağlı, sağlık üzerinde olumsuz etkisi olabilen ve artan sağlık sorunlarına yol açabilen tıbbi bir durumdur. Obeziteyi belirlemedeki en genel ölçek, beden kitle indeksinin hesaplanmasıdır (AOTA, 2016). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30 ve üzerinde ise birey obez olarak kabul edilir (WHO, 2016). Dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016; WHO, 2016). Teknolojideki gelişmelerle birlikte çeşitli iş alanlarında insan gücünün yerini makinelerin almasına bağlı olarak fiziksel aktivitede azalma, kişilerin boş zamanlarını geçirmek için cep telefonu, televizyon, bilgisayar gibi teknolojik aletleri tercih etmeleri ve fast-food tarzı gıdaların tüketiminin artmasıyla yaygınlaşan sağlıksız beslenme şekli obezite prevalansını artıran nedenlerin başında gelmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 verilerine göre dünyada 1.9 milyar yetişkinin fazla kilolu ve 600 milyon yetişkinin de obez olduğu, genel olarak dünya nüfusunda obezite oranı ise %13 olarak bildirilmiştir (WHO, 2016). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de obezite oranı 2008 yılında % 15.2 iken 2014 yılında %31.1 oranında artış göstererek %19.9'a ulaşmıştır. Obezite oranı erkeklerde %15.3, kadınlarda ise %24.5 olarak bulunmuştur (TÜİK, 2016). Obezite, ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alıp, Dünya çapında en az 2,8 milyon insan aşırı kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak her yıl ölmektedir (WHO, 2016).

Obezite, başta kardiyovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara yol açabilmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obez bireylerde depresyon, bipolar bozukluk, agorafobi, anksiyete gibi psikolojik sorunlar da görülebilmektedir (Balcioğlu ve Başer, 2008). Ayrıca toplumdaki bireylerin obeziteye karşı olumsuz, önyargılı tutum ve davranışları, obez kişileri sosyal olarak da etkilemektedir. Bu kişiler iş, eğitim, sağlık ve diğer alanlarda karşılaştıkları sorunlar, bilinçli veya önyargılı davranışlar sebebiyle zor zamanlar geçirmekte, kendilerini toplum dışına itmekteler (Usta ve ark, 2015).

Obez kişilere karşı stigma (damgalama) oldukça yay-

gındır. Buda psikolojik ve fiziksel sağlık için sayısız sonuçlar doğurabilmektedir (Puhl and Heuer, 2010). Günümüzde damgalama; küçük düşürme, diğer insanlardan aşağı görme ve kötüleme şeklinde tanımlanmaktadır (Corrigan, Edwards, Gren et al, 2001). Literatür, obez bireylere karşı damgalamanın olduğunu ve iş yeride de dahil, sosyal ortamlarda, okulda, sağlık hizmetleri gibi alanlarda onlara karşı ayrımcılığın olduğunu göstermektedir (Wang, Brownell and Wadden, 2004).

Obezitenin dünya çapındaki artışına paralel olarak, obez bireylere yönelik olumsuz tutumlarda da artış gözlenmektedir (Poon and Tarrant, 2009). Günümüzde obez bireyler psikiyatrik hastalıklar ve eşcinsellerin de dahil olduğu diğer gruplara göre damgalanma ile daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. Obezite ile mücadelede halk sağlığıyla ilgili kampanyalar düzenlenerek stigmatın rahatsız edici yönü üzerinde durulması gerekir (Vartanian and Smyth, 2013). Okullardan başlayarak ve sağlık personelini de kapsayacak şekilde tüm toplumun eğitilmesiyle obez bireylere karşı olan damgalama azalacaktır ve bu durumda obez bireylerin, obezite ve onunla birlikte gelen pek çok sorun için yardım istemelerine yardımcı olacaktır (Vaidya, 2006).

Obezite

Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezite, sağlığı bozabilir düzeyde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanır (WHO, 2016). Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta, hareketsizlik nedeniyle, deri altı ve iç organların çevresinde yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016; Vartanian and Smyth, 2013). Diyet ve fiziksel aktivite gibi enerji dengesi üzerinde önemli etkiye sahip faktörlerin yanı sıra sosyal, çevresel, davranışsal, genetik ve fizyolojik faktörlerin de obezitenin artışında önemli rolü olduğu belirlenmiştir (Usta ve ark, 2015).

Obezite tanısında kullanılan birçok yöntem olmasına rağmen günümüzde tanıda ve sınıflamada BKİ ve bel çevresi ölçümü kullanılmaktadır (Kalan ve Yeşil, 2010). BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanır, hesaplamak için kullanılan formül ağırlık (kg) /boy (m)² şeklindedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan obezite sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmek-

tedir (WHO, 2016).

Bel çevresi ölçümü karın bölgesinde bulunan yağ dağılımını değerlendirmek için kullanılan en pratik ölçümdür. Karın bölgesinde bulunan yağ, periferik bölgelere göre daha fazla sağlık problemlerine neden olmaktadır. BKİ' de belirgin bir artış olmadığı halde abdominal yağ oranında artış olabilmekte, bu da riskli bir durumun olduğunu göstermektedir. Bu nedenle BKİ ve bel çevresi ölçümünün obezitenin değerlendirilmesinde beraber kullanılması önemlidir (National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998). Tablo 2'de bel çevresi ile ilgili her iki cins için risk değerleri bulunmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2016).

Obezite endokrin ve metabolik bozukluklara neden olmaktadır. Obez bireylerde hipertansiyon, angina pectoris, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyon sendromu, tip 2 diabetes mellitus, safra kesesi hastalıkları, gastroözofajiyal reflü, dejeneratif eklem hastalıkları, üriner inkontinans, çeşitli kanser tipleri (kolon, meme, endometriyum, over, prostat) vb. hastalıklar daha sık görülmektedir (Meral ve Adaş, 2014; Yıldırım, Akyol ve Ersoy, 2012).

Stigma

Stigma (damga) sözcük olarak yara, iz, işaret, etiketleme, ayrımcılık gibi anlamlara gelmektedir (Arslan ve Konuk Şener, 2009; Juniarti and Evans, 2011). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde ise, "bir kimsenin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2016). Stigma daha çok "kara leke" yani utanılması gereken bir durumun varlığı, kabul edilmezliğin belirtisi olarak kullanılır (Arslan ve Konuk Şener, 2009). Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumdaki diğer kişiler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı göndermede

bulunulması, kişinin küçük düşürülmesidir. Türk Dil Kurumu tarafından damgalama, "bir kimseye, gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek" şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2016).

Stigma, hissedilen (içselleştirilmiş) stigma ve dayatılan stigma olarak ikiye ayrılmaktadır. Dayatılan stigma: Hastaların, sosyal olarak toplum içinde kabul edilemezler temeline dayanılarak yapılan, yaşanmış, gerçek dışlanma deneyimleridir. Hissedilen stigma: Hastanın kendisinin damgalanan hastalığa sahip olmaktan duyduğu utanç ve bu damgayla maruz kalmaktan duyduğu korkuyu ifade etmektedir (Yiğit Açikel ve Çınar Pakyüz, 2015; Macq, Solis, Martinez et al, 2008).

Damgalama, damgalanan kişiyi, içsel algıları, inançları ve duyguları aracılığıyla etkileyerek kişiye zarar verebilir. Bu kişiler moral bozukluğu, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı gibi çok sayıda olumsuz sonuçlar deneyimlerler. Stigma en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir ve stigma nedeniyle kişiye gerçeğe dayanmaksızın utanç verici bir özellik yüklenmektedir (Bilge ve Çam, 2010).

Obezite ve Stigma

Obez bireyler fazla kiloları nedeniyle çok sık damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (Puhl and Heuer, 2009). Bu damgalamanın temel nedeni toplumun, obez bireylerin kilolarının kişisel kontrolü altındaki faktörlerden (aşırı yeme, egzersiz eksikliği) kaynaklandığını düşünmeleridir (Puhl and Heuer, 2010). Aşırı kilolu ve obez kişiler tembel, isteksiz, öz disiplini eksik, az yetenekli, uyumsuz ve özensiz olduğuna yönelik

yaygın, negatif klişe sözler nedeniyle sık sık eğitim kurumlarında, sağlık kurumlarında ve iş hayatlarında eşitsizliklere maruz kalmaktadırlar. Yaygın olan ve nadiren batılı toplumlar tarafından reddedilen bu klişe sözler, sos-

Tablo 1: Dünya sağlık örgütü BKİ sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ Değeri
Zayıf	<18.50
Normal Kilolu	18.50 - 24.99
Fazla Kilolu	25.00 - 29.99
Obez	≥30.00
1.Derece Obez	30.00 - 34.99
2.Derece Obez	35.00 - 39.99
3.Derece Obez	≥40.00

Tablo 2: Yetişkinlerde obeziteye bağlı hastalık oluşma riski ve bel çevresi ölçümleri

Cinsiyet	Risk (Uyarı sınırı) (=BKİ>25)	Yüksek risk (Eylem sınırı) (=BKİ>30)
Erkek	> 94	>102
Kadın	> 80	>88

yal adaletsizlik, haksız muamele ve önemli dezavantajları ve utanç vericiliği sonucunda yaşam kalitesini azaltarak aşırı kilolu ve obez kişileri savunmasız bırakmaktadır (Vaidya, 2006). Obez bireylere karşı olumsuz ve kalıplaşmış tutumlar daha çok işverenler, iş arkadaşları, öğretmenler, doktorlar, hemşireler, tıp öğrencileri, diyetisyenler, psikologlar, akranlar, arkadaşları, aile üyeleri tarafından gösterilmekte olup, bu davranışların 3 yaş gibi küçük çocuklar arasında dahi gösterildiği rapor edilmiştir (Puhl and Heuer, 2010).

Obez insanlar, genellikle toplumun diğer bireyleri tarafından kendileriyle alaylı konuşulma şeklinde olumsuz bir tutumla karşılaşmaktadır. Örneğin yabancılar marketlerde onlara yaklaşır ve onların yemek seçimlerini eleştirebilir veya tatlı yedikleri için restoranlarda onları azarlayabilirler ve onlara şakalar yapabilirler. Obez kişilere karşı toplumsal düzeyde de benzer mesajlar iletilmektedir. Örneğin en çok izlenen televizyon programlarında sürekli aşırı kilolu karakterlerle alay edilir ve aşırı kilolu insanları sağlıklı ilişkilerden mahrum, obur ve tembel olarak tasvir ederler. Bu damgalamanın yaygınlaşması, aşırı kilolu bireylerin kendilerine olan inançlarını etkilemektedir (Wang et al, 2004).

Damgalama; dışarı çıkma korkusu, egzersiz yaparken alaya alınma korkusu, duygusal yeme döngüleri ve yeme bozukluklarının gelişimi gibi dinamikleri sayesinde obeziteyi kötüleştirebilir. Bunun dışında damgalama; depresyon, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve felç gibi önemli sağlık sorunlarıyla da ilişkilidir (Maclean, Edwards, Garrand et al, 2009). Ayrıca obeziteyle damgalanma çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarına da neden olabilmektedir (Vaidya, 2006). Bu nedenlerle damgalama, bağımsız olarak obeziteyle ilgili sağlık risklerine katkıda bulunabilmektedir (Maclean et al, 2009).

Sağlık çalışanları arasında da obez hastalara karşı olumsuz tutumlar yaygın olarak görülmektedir. Sağlık çalışanları fiziksel hareketsizliğin, aşırı yemek yemenin, gıda bağımlılığının ve kişilik özelliklerinin obezitenin en önemli nedenleri olduğuna inanmakta ve kilo probleminin hastaların kendi sorumluluğu olduğunu savunmaktadır. Hastaların BKİ arttıkça sağlık çalışanları arasında, işlerini daha az sevmeye, daha az sabır ve hastaya daha az yardım etme arzusu olduğu da görülmüştür (Puhl and Heuer, 2009). Fazla kilolu ve obez hastalara bakım veren hemşirelerin bilgi, uygulamaları ve bakım vermede istekli olma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, kurumlarda

obez hasta bakımı için gerekli özel araç-gerecin olmadığı ve çalışanların büyük çoğunluğunun bakım vermede isteksiz olduğu belirlenmiştir (Usta ve Akyolcu, 2014). Obez hastaların, sağlık kurumlarındaki stigma deneyimleri, onların tedaviden vazgeçmelerine ve tedavilerinin gecikmesine sebep olmaktadır (Puhl and Heuer, 2009).

Obezitede Stigmada Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşireler obez veya obezite ile ilişkili sağlık problemi olan hastaların bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Ancak yapılan çalışmalar hemşirelerin obez hastalara yönelik olumsuz davranışlar sergilediğini göstermektedir. Hemşirelerin bu olumsuz davranışları, hemşire hasta ilişkisi üzerinde olumsuz bir etki oluşturabilmekte ve sıklıkla obeziteye eşlik eden damgalanma ve kötü beden imajını arttırmaktadır. Bu olumsuz tutumlar, obez hastalara verilen bakımın kalitesini de etkilemektedir (Poon and Tarrant, 2009).

Obezite prevalansının giderek artması ve obezitenin fizyolojik, organik ve psikolojik birçok sağlık problemine yol açması nedeniyle, hemşirelerin bireyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirip, onlara karşı pozitif ve profesyonel bir tutuma sahip olmaları gerekmektedir (Özgür, Babacan Gümüş ve Palaz, 2008; Poon and Tarrant, 2009). Hemşirelerin, obez hastaların iyileşmelerinde etkili olabilmeleri için kaliteli ve yargılayıcı olmayan hemşirelik bakımı uygulamaları önemlidir (Poon and Tarrant, 2009).

Hemşireler damgalamayı azaltma ya da damgalamadan korumak için; obez bireylerin özgüvenlerini korumalarına yardım etme, tedaviyi beraber geliştirme, bireye zarar verebilecek tehlikelerin farkında olma, obez hastaların önceliklerine saygı duyduğunu gösterme, ailelerle çalışma gibi girişimlerde aktif rol almalıdır. Stigma açısından risk altındaki obez bireylerin erken teşhisi, stigmaya yönelik etkin baş etme girişimlerinin belirlenmesi ve uygulanması aşamasında hemşirenin diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği içinde olması gerekmektedir (Taşkın Yılmaz, Karakoç Kumsar ve Olgun, 2013). Tüm bunları sağlayabilmek için de hemşirelik lisans programı öğrencileri de dahil olmak üzere, hemşire eğitimcilere, hemşire yöneticilere ve sahada çalışan hemşirelere sürekli olarak obezite eğitim programları düzenlenmelidir (Poon and Tarrant, 2009).

Sonuç

Toplumda obezite oranının giderek arttığı düşünülürse,

bu bireylerin iyi hizmet almaları için sağlık alanında çalışan bireylere, sağlık alanında çalışmak üzere öğrenim gören bütün öğrencilere, öğretmenlere, iş verenlere gerekli eğitimin verilerek bu bireylerde obezite farkındalığının sağlanması ve obez bireylere karşı oluşabilecek olumsuz tutum ve davranışların önlenmesi gerekmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının ağırlık önyargısı hakkında bilinçlendirmek, obezitenin zarar verici etkisini ortadan kaldırmak ve hasta bakımını konusunda yeni stratejiler geliştirmek için etkili yollar belirlenmesi gerekmektedir. Bazı müdahaleler sırasında, hastalarla kiloları hakkında konuşurken kullanılan dilde dikkatli olmak dahi bunu sağlamada yararlı olacaktır. Örneğin, obez hastalar kendi vücut ağırlıklarını tanımlamak için kullanılan " obezite" ve " şişmanlık" gibi kelimelerden hoşlanmadıklarını belirtmişlerdir. Bunun yerine " ağırlık " kelimesinin kullanılması onların daha rahat hissetmesini sağlayabilir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kurumlarda, obez kişiler için uygun düzenlemelerin yapılması hem sağlık çalışanlarının işini kolaylaştırıp bakım vermeden kaçınmalarını önleyecek hem de obez bireylerin sağlık hizmetlerinden daha iyi bir şekilde yararlanmalarını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Altunkaynak B, Özbek E. Obezite Nedenleri ve Tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi 2006; 13 (4): 138-142.
2. American Obesity Treatment Association (AOTA). Measuring Obesity. Erişim adresi: www.americanobesity.org. Erişim Tarihi: 01.05.2016.
3. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, Spiritüalite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2 (1): 51-58.
4. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; No:62, S: 341-348.
5. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(1): 71-78.
6. Corrigan PW, Edwards AB, Gren A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, Social Distance and Familiarity with Mental Illness. Schizophrenia Bulletin 2001; 27(2): 219-225.
7. Juniarti N, Evans D. A Qualitative Review: The Stigma of Tuberculosis. Journal of Clinical Nursing 2011; 20(13-14): 1961-1970.
8. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar. Türk Eczacılar Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi 2010; 23-24: 78-81.
9. Maclean L, Edwards N, Garrard M, Jones NS, Clinton K, Ashley L. Obesity, Stigma and Public Health Planning. Oxford Journals 2009; 24(1): 88-93.
10. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling Tuberculosis Patients' Internalized Social Stigma Through Patient Centred Care: An Intervention Study in Rural Nicaragua. BMC Public Health 2008; 8: 154.
11. Meral M, Adaş M. Obezitenin Endokrin ve Metabolik Komplikasyonları. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30(Ek sayı 1):1-4.
12. National Heart, Lung, and Blood Institute. Obesity Education Initiative Expert Panel on The Identification, Evaluation and Treatment of Obesity in Adults. Clinical Guidelines on The Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report 1998.
13. Özgür G, Babacan Gümüş A, Palaz C. Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 77-85.
14. Poon MY, Tarrant M. Obesity: Attitudes of Undergraduate Student Nurses and Registered Nurses. Journal of Clinical Nursing 2009; 18(16): 2355-2365.
15. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. Obesity A Research Journal 2009; 17(5): 941-964.
16. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. American Journal of Public Health 2010; 100(6): 1019-1028.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye (2014-2017) Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013; 3. Baskı, Ankara.
18. Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Olgun N. Obez Bireylerde Stigma. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi 2013; 5 (1): 28-33.
19. Türk Dil Kurumu (TDK). Türk Dil Kurumu Güncel Sözlük. Erişim Adresi: www.tdk.gov.tr. Erişim Tarihi: 10.07.2016.
20. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği-TEMĐ. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015; 2. Baskı, Ankara.
21. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezite Nasıl Saptanır? Erişim adresi: beslenme.gov.tr/index.php?page=43. Erişim Tarihi: 22.07.2016.
22. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiyede Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim adresi: www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr8page=40. Erişim Tarihi: 03.05.2016.
23. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye' deki Obezite Oranı % 31.1 Oranında Arttı. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf. Erişim tarihi: 03.05.2016.
24. Usta E, Acar K, Aygün D. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Tutumları. Electronic Journal of Vocational Colleges 2015; 4. UMYOS Özel Sayısı.
25. Usta E, Akyolcu N. Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/ Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014; 22(1): 1-7.
26. Vaidya V. Psychosocial Aspects of Obesity. Health and Treatment Strategies in Obesity 2006; 27: 73-85.
27. Vartanian LR, Smyth JM. Primum Non Nocere: Obesity Stigma and Public Health. Journal of Bioethical Inquiry 2013; 10(1): 49-57.
28. Wang SS, Brownell KD, Wadden TA. The Influence of The Stigma of Obesity on Overweight Individuals. International Journal of Obesity 2004; 28: 1333-1337.
29. World Health Organization. Obesity and Overweight. Erişim adresi: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en. Erişim tarihi: 01.05.2016.
30. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite: Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Yayını 2012; 2. Baskı, Ankara.
31. Yiğit Açıklık G, Çınar Pakyüz S. Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Damgalamanın Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23(2): 136-145.

Hipertansif Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumunu Artıran Girişimler: Sistemik Derleme

Arş. Gör. Duygu KES¹, Prof. Dr. Nermin OLGUN²,

¹Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, KARABÜK

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, GAZİANTEP

Özet

Amaç: Bu sistemik derleme hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumunu artıran girişimleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın literatür taraması Pubmed, Cinahl, Science Direct ve Cochrane, Ulakbim Tıp Veri Tabanı, Türk Medline veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama İngilizce ve Türkçe dillerinde Kasım 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına 10 çalışma alınmıştır.

Bulgular: Hipertansiyonu olan hastalara hekim, hemşire, eczacı gibi sağlık profesyonelleri tarafından eğitim, danışmanlık, hatırlatma, telefonla izlem, hatırlatma gibi yöntemlerin birbirleriyle kombinasyonu ile yapılan müdahaleler hastaların ilaç tedavisine uyumunu artırdığı görülmüştür.

Sonuç: Ülkemizde hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumlarını artıracak etkili, maliyeti düşük, toplum tarafından benimsenen eğitim ve izlem programları oluşturulmalı ve uygulamaya geçirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, ilaç tedavisine uyum, antihipertansif ilaç tedavisi, hasta eğitimi, izlem

Summary

Enhance Compliance Initiatives on Antihypertensive

Drug Treatment of Hypertensive Patients: Systematic Review

Aim: This systematic review was conducted to identify Enhance Compliance Initiatives on Antihypertensive Drug Treatment of Hypertensive Patients.

Method: The study of the literature database was conducted in PubMed, CINAHL, Cochrane and Scencedirect, Ulakbim Medical Database, Turkey Medline . Screening was carried out in English and Turkish between November 2015- June 2016. 10 studies were included in the reseach.

Findings: The object was seen that; compliance of patients with hypertension to drug treatment enhancing by the intervention such as counseling, reminders, phone follow-up, made by the combination of methods by health professionals such as doctor,nurse, pharmacists.

Results: Effective ,low-cost,and adopted by community Education and monitoring programs which will compliance of patients with hypertension to drug treatment enhancing should be created and implemented.In our country

Key word: Hypertension, compliance with drug therapy, antihypertensive drug treatment, patient education, monitoring

Giriş

Hipertansiyon dünya ve ülkemizde oldukça sık görülen, yol açtığı ciddi komplikasyonlar nedeniyle mortalite oranı yüksek önemli bir halk sağlığı sorunudur (Mills, Bundy, Kelly ve ark., 2016; Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı, 2015; Weber, Schiffrin, White ve ark., 2014). Dünya sağlık örgütünün raporuna (2013) göre, dünya genelinde meydana gelen ölümlerin %12,8'nin hipertansiyonun neden olduğu komplikasyonlardan kaynaklandığı; bu oranın ileriki yıllarda daha da artacağı öngörülmektedir (Weber, Schiffrin, White ve ark., 2014). Ülkemizde hipertansiyonun görülme sıklığı %30.3 olup, yaşla birlikte görülme sıklığı da artmaktadır. Ülkemizde de benzer oranda dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölümlerin % 11,6'sının hipertansiyonun neden olduğu komplikasyonlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı, 2015). Ülkemizde yaşlanmakta olan nüfus ve giderek artan sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün ve alkol kullanımı gibi yaşam şekli nedeniyle hipertansiyon görülme sıklığının ve mortalitenin önümüzdeki yıllarda daha da artacağı öngörülmektedir.

Hipertansiyonun komplikasyonları nedeniyle meydana gelen mortalite oranının azaltılabilmesi için hastanın antihipertansif ilaç tedavisine uyum sağlanması önemlidir. Antihipertansif ilaç tedavisine uyum inme riskini %35-40 oranında, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği riskini %20-25 oranında azaltmaktadır (Moran, 2016). Literatürde hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumu yalnızca % 15.1-53.7 oranında olduğu belirtilmiştir (Ambay, Alemie, Yohannes ve Mengesha, 2012; Oliveira-Filho, Barreto-Filho, Neves ve Lyra, 2012; Schulz, Krueger, Schuessel ve ark., 2016; Wong, Wilson, Wang ve ark., 2015). Hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu kan basıncı kontrolü sağlamada başarısızlığa neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hipertansif hastaların kan basıncı kontrolünün yalnızca %28.7 olduğu belirtilmiştir (Arıcı, Altun, Erdem ve ark., 2012). Kan basıncının kontrolünün sağlanamaması komplikasyonların artmasına, hastaneye yatışların sıklaşmasına, morbilite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Wong, Wilson, Wang ve ark., 2015).

Hipertansif hastaların kan basıncını kontrol altına almak, ilaç tedavilerine uyumu ve yaşam kalitesini yükseltmek için eğitim (web tabanlı, görsel/yazılı), bilgilendirme, danışmanlık, hatırlatıcılar (kısa mesaj servisi (SMS), mail, alamlı ilaç kutuları vb), kendi kendini izleme, telefonla iz-

lem gibi girişimlerin birbirleriyle kombinasyonu etkili olabilmektedir. Literatürde hekim, eczacı ve hemşire gibi farklı disiplinlerdeki personelin ortak yaklaşımı ile ve hastanın tedavi yönetimine katılımı ile kan basıncı kontrolünün sağlandığı ve ilaç tedavisine uyumun arttığı belirlenmiştir (Alhalaiqa, Deane, Nawaflesh ve ark., 2012; Beneu, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014; Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-Hernandez, 2013; Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011; Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011; Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015; Pladevall, Brotons, Gabriel ve ark., 2010; Stewart, George, Namara ve ark., 2014; Wang, Wu, Yang ve ark., 2011; Wong, Liu, Wang ve ark., 2013). Ülkemizde hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve kan basıncı kontrolü istendik düzeyde değildir. Bu bağlamda ülkemizdeki hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyumunu ve kan basıncı kontrolünü sağlayacak tüm hastaların erişilebileceği, uygun, etkili eğitim ve izlem programlarına gereksinim vardır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın konu ile ilgili planlanacak olan eğitim ve izlem programlarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu sistematik derleme hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumunu artıran girişimleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma sorusu "hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumunu artıran girişimler nelerdir?" şeklinde oluşturulmuştur.

Yöntem

Araştırma Stratejisi

Bu sistematik derleme, York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen "Centre for Reviews and Dissemination 2008" rehberi doğrultusunda yapılmıştır (Centre for Review and Dissemination, 2008). Çalışmanın literatür taraması Pubmed, Cinahl, Science Direct ve Cochrane, Ulakbim Tıp Veri Tabanı, Türk Medline veri tabanlarında yapılmıştır. Tarama İngilizce ve Türkçe dillerinde Kasım 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Derlemeye dahil edilme kriteri olarak; yapılan çalışmaların 18 yaş ve üzeri primer hipertansiyon tanısı alan hastalarla yapılmış olması, yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olması, 2010 ile 2015 tarihleri arasında ulusal/uluslar arası hakemli dergilerde yayınlanmış olması, randomize kontrollü araştırma (RKÇ) deseninde yapılan çalışmalar ve çalışmaların tam metnine ulaşılabilmesidir. Araştırma türü olarak kongre bildiri özetleri, yayınlanmış tezler, devam eden çalışmalar ve sekonder hipertansi-

yon tanılı hastalarla yapılan çalışmalar kapsam dışı bırakılmıştır. Türkçe dilinde yapılan taramalarda "ilaç tedavisine uyum, hipertansiyon ve ilaç tedavisine uyum, hipertansiyon ve uyum, antihipertansif ilaç tedavisi ve uyum" terimleri, İngilizce dilinde yapılan aramalarda ise 'medication adherence, hypertension and medication adherence, hypertension and adherence, anti-hypertensive therapy and adherence' anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Makale Seçimi

Aramalar ilk aşamada altı veri tabanında yürütülmüş ve ilgili başlıklar/özetler incelemeye alınmıştır (n=2391). Araştırmaların arasında çalışmanın amacına uygun olanlar belirlenmiştir (n=48). Yinelenen çalışmalar tespit edilmiş ve silinmiştir (n=38). Potansiyel çalışmaların tam metinleri elde edildikten sonra dahil edilme ölçütlerine uygun olan makaleler seçilmiştir (n=10). Tam metnine ulaşamayan bir makale çalışma dışında bırakılmıştır. Makale seçim süreci Şekil 1'deki gibidir.

Bulgular

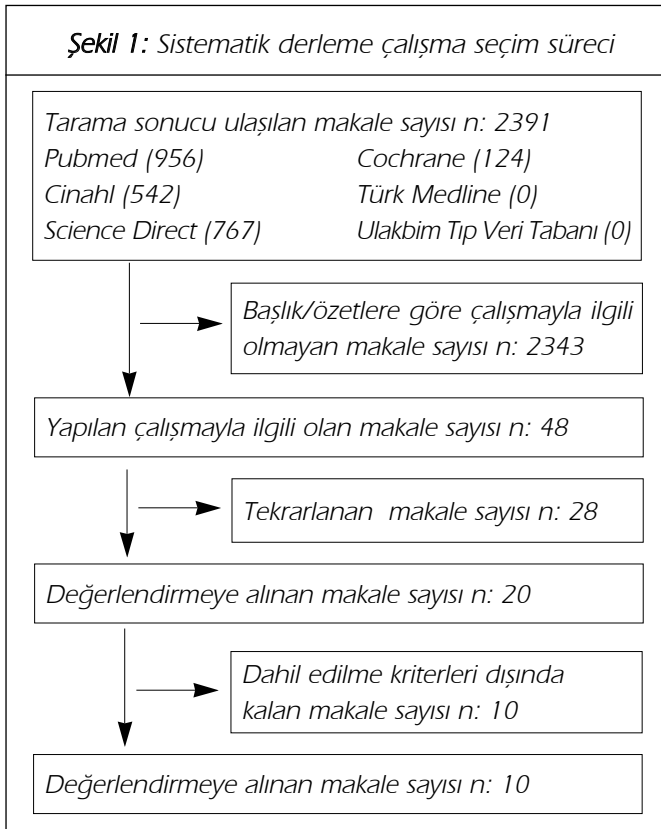
Bu çalışmada 10 araştırma makalesi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular 'örneklem, uygulanan mü-

dahale, ölçüm araçları, uygulamaların etkisi' başlıkları altında sunulmuştur. İncelemeye alınan araştırmaların özellikleri Tablo1'de sunulmuştur.

Örneklem

Hedegaard ve ark. çalışmasında bilgisayar ortamında yapılan randomizasyonla 240 müdahale, 292 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Analiz toplam 516 hasta (müdahale grubu 231 hasta, kontrol grubu 285 hasta) ile tamamlanmıştır (Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015). Beneu ve ark. çalışmasında hastalar rastgele 75 müdahale, 71 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışma 139 hasta (müdahale grubu 71, kontrol grubu 68 hasta) ile tamamlanmıştır (Beneu, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014). Stewart ve ark. çalışmasında 395 hasta rastgele 207'si müdahale, 188'i kontrol olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Analiz 178 müdahale, 176 kontrol grubu ile tamamlanmıştır (Stewart, George, Namara ve ark., 2014). Fikri-Benbrahim ve ark. çalışmasında hastalar rastgele 87 müdahale, 89 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışma 176 hasta (89 müdahale grubu, 87 kontrol grubu) ile tamamlanmıştır (Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-Hernandez, 2013). Wong ve ark. çalışmasında bilgisayar ortamında yapılan randomizasyonla 113 müdahale, 161 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Analiz 92 müdahale grubu, 139 kontrol grubu ile yapılmıştır (Wong, Liu, Wang ve ark., 2013). Alhalaiqa ve ark. çalışmasında bilgisayar ortamında yapılan randomizasyon ile 68 müdahale, 68 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Analiz 136 hasta ile yapılmıştır (Alhalaiqa, Deane, Nawaflesh ve ark., 2012). Hacıhasanoğlu ve Gözüm'ün 120 hasta ile (A: 40, B: 40, kontrol grubu: 40) tamamlanmıştır (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011). Wang ve ark. çalışmasında bilgisayar ortamında yapılan randomizasyonla 30 müdahale, 29 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Analiz 59 hasta (30 müdahale, 29 kontrol) ile yapılmıştır (Wang, Wu, Yang ve ark., 2011). Guirado ve ark. yaptıkları çalışma 996 hasta rastgele 515 müdahale grubu, 481 kontrol grubu ile tamamlanmıştır (Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011). Pladevall ve ark çalışmasında 935 hasta rastgele 446 müdahale, 489 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışma 418 müdahale, 457 kontrol grubu ile tamamlanmıştır (Pladevall, Brotons, Gabriel ve ark., 2010).

Şekil 1: Sistematik derleme çalışma seçim süreci



Tablo1: İncelemeye alınan araştırmaların özellikleri

Makale yılı/yeri	Yöntem	Örneklem	Müdahale/ Prosedur	Ölçüm Araçları	Sonuç
Hedegaard ve ark. 2015 Danimarka	Randomize kontrollü çalışma	n:516 Müdahale grubu: 231 Kontrol grubu: 285	Kontrol grubu Her yıl hekim ve hemşire tarafından yaşam stili değişikliklerine ve ilaç tedavisine uyum da yaşanan problemler sorgulanmış; kan basıncı, kan şekeri, lipid profili ölçümleri yapılmış ve ilaç tedavisi gözden geçirilmiştir. Müdahale grubu - Kontrol grubuna uygulanan girişimler müdahale grubunada uygulanmıştır. - Eczacı tarafından motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak ilaç tedavisi ile ilgili yaşanan problemler konusunda telefonla danışmanlık hizmeti verilmiştir.	İlaç sayısı	Müdahale grubunun 12. ayın sonunda kontrol grubuna göre ilaca uyum oranı müdahale grubu:0,93 (IQR 0,81-0,99); kontrol grubu: 0,91 (IQR 0,76-0,98); p: 0,02) istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
Beune ve ark. 2014 Danimarka	Randomize kontrollü çalışma	Müdahale grubu:71 Kontrol grubu:68	Müdahale Grubu - Üç aşamadan oluşan 20 hafta süren hastaların kültürel özelliklerine göre hazırlanmış bireysel eğitim ve danışmanlık programı uygulanmıştır. - Eğitim ve danışmanlık hemşire tarafından çalışmanın 2.,8., 20. haftalarında gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna - Rutin bakım uygulaması uygulanmıştır.	Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği	Müdahale grubundaki hastaların 6. ayın sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeğinden aldıkları puan 5.99'dan 6.49' a yükselirken; kontrol grubunda ise ölçek puanı 5.59' dan 6.24' e yükselmiştir.
Stewart ve ark. 2014 Avustralya	Randomize kontrollü çalışma	n:395 Müdahale grubu:178 Kontrol grubu:176	Müdahale grubu - Eczacı tarafından motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak ilaç tedavisine uyum ve evde kan basıncı ölçümü konusunda eğitim verilmiştir. - Hastanın günlük kullanacağı dozlar haftalık olarak özel ilaç ambalajlarında hazırlanarak verilmiş, her hafta toplanarak yeni ilaç ambalajı hazırlanarak hastaya verilmiştir - Hastaya ilacını tekrar reçete ettirmeyi hatırlatmak amacıyla SMS, telefon ya da mail yoluyla hatırlamalar yapılmıştır. Kontrol Grubu -Rutin klinik bakım uygulanmıştır.	Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği	Müdahale grubunun ilaç tedavisine uyum oranı 6. ayın sonunda % 60.0'dan %73.5'e yükselirken; kontrol grubunun ise uyum oranı %57.2'den %63.6'ya yükselmiştir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.
Fikri-Benbrahim ve ark. 2013 İspanya	Randomize kontrollü çalışma	n: 176 Müdahale grubu:89 Kontrol grubu:87	Müdahale grubu - Hastalara eczacı tarafından ilaç tedavisine uyum eğitimi verilerek, eğitimi destekleyen broşür verilmiştir. - İlaç alımı unutmalarını önlemek için alarm, etiketli ilaç kutuları, pratik uygulamalar önerilmiştir. - Hastaların evlerinde kan basıncını ölçerek kayıt etmeleri istenmiştir. Kontrol Grubu - Her hastaya uygulanan standart bakım uygulanmıştır.	İlaç sayısı	Müdahale grubundaki hastaların 6. ayın sonunda ilaç tedavisine uyum oranı istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %96.5, %85.6; p=0,011).

Wong ve ark. 2013 Hong Kong	Randomize kontrollü çalışma	n:231 Müdahale grubu:92 Kontrol grubu: 139	Müdahale Grubu - Hastalara hekim tarafından hipertansiyon kontrolüne yönelik klinikte eğitim verilmiştir. - Eğitim sonrası eczacı tarafından 6 ay boyunca her hastaya gereksinimleri doğrultusunda telefonla danışmanlık yapılmıştır. Kontrol Grubu - Müdahale grubuna verilen eğitimin aynı uygulanmıştır.	Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği	Müdahale grubunda hastaların ilaç tedavisine uyumunda 3. ayda %29.8'i oranında, 6. ayda %30.8 oranında artış saptanmışken, kontrol grubunda hastaların ilaç tedavisine uyumunda 3. Ayda %24.6 oranında, 6. ayda %26.9 oranında artış meydana geldiği saptanmıştır.
Alhalaiqa ve ark. 2012 Norveç	Randomize kontrollü çalışma	n: 136 Müdahale grubu: 68 Kontrol grubu: 68	Müdahale Grubu - Hastalara rutin klinik bakım uygulamasının yanında hemşire tarafından ilaç tedavisine uyuma ilişkin bireysel danışmanlık yapılmıştır. - Program yedi oturumdan oluşmakta ve 7 hafta sürmüştür. - Altı oturum her hasta için minimum 20 dakika, son oturum ise her hasta için 1 saat sürmüştür. Kontrol Grubu - Hemşire ve hekimden oluşan klinik bakım ekibi tarafından rutin klinik bakım uygulanmıştır.	Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği	Müdahale grubundaki hastaların ilaç tedavisine uyum oranı kontrol grubundaki hastalara göre %37 oranında arttığı bulunmuştur.
Wang ve ark. 2011 Çin	Randomize kontrollü çalışma	n:59 Müdahale grubu: 30 Kontrol grubu: 29	Müdahale Grubu - Hastalara eczacı tarafından ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir. - Hastalara evlerinde ambulatuvar kan basıncı izlemi yapılmıştır. - Eczacı tarafından iki ayda bir kez hastaların kan basıncı kayıtları değerlendirilmiş, ilaçla ilgili yaşadığı problemler sorgulanmış, ilaçla ilgili problem yaşanması durumunda eczacı hekimle iletişim kurarak hastanın ilaç tedavisi yeniden gözden geçirilerek düzenlenmiştir. Kontrol grubu - Her hastaya uygulanan standart bakım uygulanmıştır.	Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği	Müdahale grubunun ilaç tedavine uyumu [5.6 ±1.96 iken 7.17 ±1.65] 12. ayın sonunda istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubuna (5.7±1.9 iken 5.41± 1.94) göre daha yüksek bulunmuştur.
Hacıhasanoğlu ve Gözüm 2011 Türkiye	Randomize kontrollü çalışma	n: 120 A grubu: 40 B grubu: 40 Kontrol grubu: 40	A Grubu - Hastalara bireysel olarak ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir. - Eğitim 6 ay boyunca, 2 kez hastaların evlerinde, 4 kez de aile sağlığı merkezinde detaylandırılarak yapılmıştır. - Ayda 1 kez telefonla hipertansiyon hakkında görüşme yapılmıştır. - Her görüşmede hastaların ilaçları sayılmıştır. B grubu - İlaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir - Hipertansiyon hakkında genel bilgi verilmiştir. - Yaşam stili değişiklikleri hakkında eğitim verilmiştir.	İlaç sayımı İlaç tedavisine uyum özetkililik ölçeği	A ve B grubunun müdahale sonrası ilaç tedavisine uyum özetkililik ölçeği puan ortalaması müdahale öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (p<0,001). A ve B grubunun eğitim sonrası ilaçlarını düzenli kullanma oranı istatistiksel anlamlı olarak artarken, kontrol grubunda istatistiksel anlamlı olarak bir artış

Pladevall ve ark. 2010 İspanya	n: 875 Müdahale grubu: 418 Kontrol grubu: 457	<p>- Eğitim 6 ay boyunca , 2 kez hastaların evlerinde, 4 kez de aile sağlığı merkezinde detaylandırılarak yapılmıştır.</p> <p>- Ayda 1 kez telefonla hipertansiyon hakkında görüşme yapılmıştır.</p> <p>- Her görüşmede hastaların ilaçları sayılmıştır.</p> <p>Kontrol Grubu Hastalar aile sağlığı merkezinde rutin olarak izlenmiştir.</p> <p>Müdahale Grubu - Hekim tarafından motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak antihipertansif ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir.</p> <p>- Hastalara ilaç takvimi verilerek günlük olarak kullandıkları ilaç dozunu işaretlemesi istenmiş ve 1.,3., ve 6. ayda kontrole geldiğinde ilaç takvimini yanlarında getirmesi istenmiştir.</p> <p>- Hekim tarafından her kontrolde antihipertansif ilaç alımından sonra problem yaşama durumu, ilaç yan etki varlığı sorgulanmış, ev de yapılan kan basıncı ölçümü kayıtları kontrol edilmiştir.</p> <p>Kontrol Grubu Geleneksel yöntem ile müdahale edilmiştir.</p> <p>Müdahale Grubu - Çalışmayı yürüten hemşirelere (n:110) 6-10 kişilik gruplar halinde antihipertansif ilaç tedavisi konusunda 10 saatlik workshop ile eğitilmiştir.</p> <p>- Hasta eğitimde hemşirelerin kullanacakları eğitim içeriği standartlaştırıldı. Hastalara ilaç tedavisi konusunda standart eğitim verilmiştir. Eğitim yazılı materyalle desteklenmiştir.</p> <p>- Hastalara 3., 6. Ve 12. aylarda kez izlem yapılmıştır. Her izlemede ilaç tedavisine yönelik bilgi düzeyi sorgulanmış ve gereksinimine yönelik eğitim tekrarlanmıştır.</p> <p>Kontrol Grubu Birinci basamak sağlık merkezlerinde rutin olarak her hipertansiyonlu hastalara uygulanan girişimler uygulanmıştır.</p>	<p>bulunmamıştır (p<0,001)</p> <p>ilaç sayımı Elektronik ilaç alımı takip sistemi (MEMS)</p> <p>Müdahale grubunun 6. ayın sonunda günlük doğru ilaç dozu kullanma oranı (Müdahale grubu: %92,2, kontrol grubu: %89,0; p=0,002) ve ilaç tedavisine uyumu (Müdahale grubu: %91,9; kontrol grubu: %85,6; p<0,01) kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.</p>
Guirado ve ark. 2010 İspanya	Çok merkezli n: 996 prospektif Müdahale grubu: 515 küme Kontrol grubu: 481 randomize kontrollü çalışma	<p>Müdahale Grubu - Çalışmayı yürüten hemşirelere (n:110) 6-10 kişilik gruplar halinde antihipertansif ilaç tedavisi konusunda 10 saatlik workshop ile eğitilmiştir.</p> <p>- Hasta eğitimde hemşirelerin kullanacakları eğitim içeriği standartlaştırıldı. Hastalara ilaç tedavisi konusunda standart eğitim verilmiştir. Eğitim yazılı materyalle desteklenmiştir.</p> <p>- Hastalara 3., 6. Ve 12. aylarda kez izlem yapılmıştır. Her izlemede ilaç tedavisine yönelik bilgi düzeyi sorgulanmış ve gereksinimine yönelik eğitim tekrarlanmıştır.</p> <p>Kontrol Grubu Birinci basamak sağlık merkezlerinde rutin olarak her hipertansiyonlu hastalara uygulanan girişimler uygulanmıştır.</p>	<p>Haynes sckett testi Morisky-Green testi</p> <p>Müdahale ve kontrol grubu arasında 12. ayın sonunda antihipertansif ilaç tedavisine uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).</p>

Uygulanan Müdahale

Hedegaard ve ark.(2015) çalışmasında kontrol grubuna, her yıl hekim ve hemşire tarafından yaşam stili değişikliklerine ve ilaç tedavisine uyum da yaşanan problemler sorgulanmış; kan basıncı, kan şekeri, lipid profili ölçümleri yapılmış ve ilaç tedavisi gözden geçirilmiştir. Müdahale grubuna ise, kontrol grubuna uygulanan girişimin yanında eczacı tarafından motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak ilaç tedavisi ile ilgili yaşanan problem-

lere yönelik 6. ay boyunca ayda bir kez telefonla danışmanlık hizmeti verilmiştir. Programın etkinliği 12. ayın sonunda ilaç sayımı ile değerlendirilmiştir(Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015).

Beune ve ark. (2014) Danimarka'ya göç eden Afrika kökenli hastalarla yaptığı çalışmada, müdahale grubundaki hastalara üç aşamadan oluşan 20 hafta süren hastaların kültürel özelliklerine göre hazırlanmış bireysel eğitim ve danışmanlık programı uygulanmıştır. Programın ilk

aşamasında hipertansiyon tanımı, sebepleri, semtom/bulguları, hipertansiyonun hastanın yaşamındaki sosyal, psikolojik ve fiziksel etkileri hastanın kültürel yapısına göre tartışılmıştır. İkinci ve üçüncü aşamada; tedavi çeşitleri, tedavinin yararları, hastanın tedaviden beklentileri, aile/sosyal çevresinin tedavi sürecindeki desteği, hastanın ekonomik durumu, göç durumunun hipertansiyon yönetimine etkileri, kültürel/bölgesel farklılığın hipertansiyon yönetimine etkileri hasta ile tartışılmıştır. Eğitim ve danışmanlık hemşire tarafından 2., 8., 20. haftalarda gerçekleştirilmiş; ortalama 30 dakika sürmüştür. Programın etkinliği 20. haftanın sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise, her hastaya uygulanan rutin bakım uygulanmıştır (Beneu, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014).

İncelenen bir başka çalışmada, Stewart ve ark.(2014) müdahale grubundaki hastalara eczacı tarafından motivasyonel eğitim tekniği kullanılarak ilaç tedavisine uyum ve evde kan basıncı ölçümü konusunda eğitim verilmiştir. Eczacı tarafından hastanın günlük kullanacağı dozlar halinde özel ilaç ambalajında haftalık olarak hazırlanmış ve her hafta sonunda eczacı tarafından özel ambalajlar toplanarak yeni ilaç ambalajları hastaya verilmiştir. Hastanın kullandığı ilacın bitmesine 3 gün kala hastanın yeniden ilaç reçete ettirmesi için SMS, telefon ya da mail yoluyla hatırlatmalar yapılmıştır. Programın etkinliği 6. ayın sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna ise her hastaya uygulanan rutin klinik bakım uygulanmıştır (Stewart, George, Namara ve ark., 2014).

Fikri-Benbrahim ve ark.(2013) tarafından yürütülen çalışmada müdahale grubundaki hastalara eczacı tarafından ilaç tedavisine uyum eğitimi verilerek, eğitimi destekleyen broşür verilmiştir. İlaç alımı unutmalarını önlemek için alarm, etiketli ilaç kutuları, pratik uygulamalar (yemek öncesi ilaç alımı ya da dişleri fırçalamadan önce ilaç alımı vb) önerilmiştir. Hastaların evlerinde kan basıncını ölçerek kayıt etmeleri istenmiştir. Eczacı tarafından ayda iki kez hastaların ilaç/ilaçları sayılarak ve kan basıncı kayıtları kontrol edilerek ilaç tedavisine uyum değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise, her hastaya uygulanan standart bakım uygulanmıştır (Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-Hernandez, 2013).

Wong ve ark. (2013) tarafından yürütülen çalışmada müdahale grubundaki hastalara hekim tarafından hipertansiyon kontrolüne yönelik klinikte eğitim verilmiştir. Eği-

tim içeriği hipertansiyonun tanısı, komplikasyonları, hipertansiyon yönetiminde ilaç tedavisine uyumun öneminden oluşmaktadır. Her bir eğitim başlığına ayrılan süre yaklaşık 2-3 dakikadır. Eğitim sonrası eczacı tarafından 6 ay boyunca her hastaya gereksinimleri doğrultusunda telefonla danışmanlık yapılmıştır. Uygulanan danışmanlık programında, hastaların ilaç tedavilerine yönelik endişe ve korkularının belirlemesi ve hastanın bunlarla baş etmesi, hipertansiyon yönetimine ilişkin doğru bilgilerin pekiştirilmesi, ilaç kutularının ve ilaç bölme aparatlarının teminin sağlanması, hastanın kullandığı ilacın dozu, kullanım zamanı ve ilaca özel kullanım talimatları hakkında danışmanlık hizmeti verilmiştir. Hastaların ilaç tedavisine uyumu Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği ile 3. ve 6. ayda eczacı tarafından klinikte değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara sadece müdahale grubuna verilen eğitim aynısı uygulanmıştır (Wong, Liu, Wang ve ark.,2013).

Değerlendirmeye alınan bir diğer çalışmada, Alhalaiqa ve ark. (2012) müdahale grubundaki hastalara rutin klinik bakım uygulamasının yanında hemşire tarafından ilaç tedavisine uyuma ilişkin bireysel danışmanlık yapılmıştır. Danışmanlık programında hastaların ilaç tedavisine karşı olumsuz inançları tanımlanmış, ilaç tedavisi süresince yaşadıkları problemlerle baş edebilmesi için problem çözme teknikleri öğretilmiş, tedavi süresince yaşadığı ambivalans duyguları tanımlayabilmesi ve çözebilmesi için danışmanlar tarafından kısa görüşmeler yapılması, ev ödevleri verilmesi, günlük tutma, kural koyma gibi uygulamalar yapılmıştır. Program yedi oturumdan oluşmakta ve 7 hafta sürmüştür. Altı oturum her hasta için minimum 20 dakika, son oturum ise her hasta için 1 saat sürmüştür. Programın %25' i hastanede, % 75' ise hastaların evlerinde uygulanmıştır. Programın etkinliği hemşire tarafından 11. hafta sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği ve ilaç sayımı ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna ise, hemşire ve hekimden oluşan klinik bakım ekibi tarafından rutin her hastaya uygulanan klinik bakım uygulanmıştır (Alhalaiqa, Deane, Nawaflesh ve ark.,2012).

Konu ile ilgili olarak Hacıhasanoğlu ve Gözüm'ün (2011) üç grup ile yürüttükleri çalışmada birinci gruptaki hastalara hemşire tarafından ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir. Eğitim 6 ay boyunca iki kez hastaların evlerinde, dört kez de aile sağlığı merkezinde verilmiştir. Evlerindeki eğitim sürecine hastaların aileleri de dahil edilmiştir. Ayda bir kez hipertansiyon hakkında telefonla görüşme yapılmıştır. İkinci gruptaki hastalara ise, ilaç tedavi-

sine uyum ve yaşam stili değişiklikleri eğitimi verilmiştir. Hipertansiyon hakkında genel bilgi verilmiştir. Eğitim 6 ay boyunca iki kez hastaların evlerinde, dört kez de aile sağlığı merkezinde verilmiştir. Evlerindeki eğitim sürecine hastaların aileleri de dahil edilmiştir. Ayda bir kez hipertansiyon hakkında telefonla görüşme yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise, Aile sağlığı merkezinde rutin olarak izlenmiştir. Altıncı ayın sonunda ilaç tedavisine uyum ilaç sayımı ve ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği ile değerlendirilmiştir(Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011).

Guirado ve ark.(2010) çalışmasında, müdahale grubundaki hemşireler tarafından ilaç tedavisine uyum konusunda eğitim ve 12 ay izlem yapılmıştır. Hasta eğitim aşamasına başlanmadan önce çalışmada yer alan 110 hemşireye 6-10 kişilik gruplar halinde antihipertansif ilaç tedavisi konusunda 10 saatlik workshop ile eğitilmiştir. Hasta eğitiminde hemşirelerin kullanacakları eğitim içeriği standartlaştırılmıştır. Eğitim sonunda hastalara broşür verilerek eğitim yazılı materyalle desteklenmiştir. Hastalara 3.,6. ve 12. aylarda izlem yapılarak ilaç tedavisine uyumu değerlendirilmiştir. Her izlemde ilaç tedavisine yönelik bilgi düzeyi sorgulanmış ve gereksinimine yönelik eğitim tekrarlanmıştır. Programın etkinliği Morisky-Green testi ve Haynes-Sackett testi ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna ise, Birinci basamak sağlık merkezlerinde rutin olarak her hipertansiyonlu hastalara uygulanan girişimler uygulanmıştır (Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011).

Wang ve ark.(2011) tarafından yürütülen çalışmada müdahale grubundaki hastalara eczacı tarafından ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiştir. Eğitim içeriği hastaların kullandıkları ilacın adı, dozu, kullanım amacı, yan etkileri ve ilaca özel uygulama talimatlarından oluşmaktadır. Hastalara evlerinde ambulatuvar kan basıncı izlemi yapılmıştır. Eczacı tarafından iki ayda bir kez hastaların kan basıncı kayıtları değerlendirilmiş, ilaçla ilgili yaşadığı problemler sorgulanmış, ilaçla ilgili problem yaşanması durumunda eczacı hekimle iletişim kurarak hastanın ilaç tedavisi yeniden gözden geçirilerek düzenlenmiştir. 12.ayın sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeği ile programın etkinliği değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna ise her hastaya uygulanan standart bakım uygulanmıştır (Wang, Wu, Yang ve ark.,2011).

Konu ile ilgili olarak Pladevall ve ark.(2010) tarafından yürütülen çalışmada müdahale grubuna hekim tarafından motivasyonel görüşme tekniği kullanılarak antihipertansif ilaç tedavisine uyum eğitimi verilmiş, eğitim yazılı

materyal (broşür) , konuyla ilişkili vaka tartışmaları ve senaryo ile desteklenmiştir. Eğitim içeriği hastaların kullandıkları ilacın dozu, kullanım zamanları, ilaçların yan etkileri, ilaç alımı unutulduğunda yapılması gerekenler, farklı içerikteki antihipertansifleri birlikte nasıl kullanacağı gibi konuları içermektedir. Hastalara ilaç takvimi verilerek günlük olarak kullandıkları ilaç dozunu işaretlemesi istenmiş ve çalışmanın 1., 3.,6. ayında kontrole geldiğinde ilaç takvimini yanlarında getirmesi istenmiştir. Evde kan basıncı takibi yapması için desteklenmiştir. Hekim tarafından her kontrolde antihipertansif ilaç alımından sonra problem yaşama durumu, ilaç/ilaçların yan etki varlığı sorgulanmış ve evde yapılan kan basıncı ölçümlerinin kayıtları kontrol edilmiştir. Hastalara merkezi ilaç takip istasyonuna bağlı özel takip sensörü olan; bluetooth ile çalışan özel ilaç şişeleri verilmiştir. İlaç tedavisine uyumu elektronik ilaç alımı takip sistemi ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise, her hastaya uygulanan rutin bakım uygulanmıştır(Pladevall, Brotons,Gabriel ve ark., 2010).

Ölçüm Araçları

İncelenen bazı çalışmalarda uygulanan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde hastaların öz bildirimine dayalı Morisky İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale), İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Ölçeği (Medication Adherence Self-efficacy Scale), Tedaviye İnanç Morisky-Green testi (Morisky-Green test) ve Haynes-Sackett testi (Haynes-Sackett test) kullanırken, bazı çalışmalarda ise ilaç sayımı yöntemi kullanılmıştır(Alhalaıqa, Deane, Nawaflesh ve ark., 2012;Beneu, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014; Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-Hernandez, 2013; Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011; Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011; Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015; Pladevall, Brotons,Gabriel ve ark., 2010; Stewart, George, Namara ve ark., 2014; Wang, Wu, Yang ve ark., 2011; Wong, Liu, Wang ve ark., 2013). Pladevall ve ark yaptıkları çalışmada, hastaların ilaç tedavisine uyumunu Elektronik İlaç Alımı Takip Sistemi (Medication Electronic Monitoring System) ile değerlendirmişlerdir(Pladevall, Brotons,Gabriel ve ark.,2010).

Uygulanan Müdahalelerin Etkisi

Bu sistematik derleme hipertansif hastaların ilaç tedavilerine uyumu hastalara uygulanan girişimlerin etkinliğini değerlendirme ölçütlerini oluşturmuştur. Hedegaard

ve ark.(2015)'nin yaptıkları çalışmada, müdahale grubunun 12. ayın sonunda kontrol grubuna göre ilaca uyum oranı istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (müdahale grubu: 0,93 (IOR 0,81-0,99); kontrol grubu: 0,91 (IOR 0,76-0,98); p: 0,02). Hastaların kan basıncı düzeylerinde istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015). Stewart ve ark.(2014) yürüttükleri çalışmada, müdahale grubunun ilaç tedavisine uyum oranı 6. ayın sonunda %60.0'dan %73.5'e yükselirken; kontrol grubunun ise uyum oranı %57.2'den %63.6'ya yükselmiştir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Müdahale grubundaki hastaların sistolik kan basıncında (10.0±25.0) kontrol grubuna göre (4.6±25.3) %5.3 oranında azalma saptanmıştır (Stewart, George, Namara ve ark., 2014).

İncelen bir başka çalışmada Beune ve ark. (2014) müdahale grubundaki hastaların 6. ayın sonunda Morisky ilaç tedavisine uyum ölçeğinden aldıkları puan 5.99'dan 6.49'a yükselirken; kontrol grubunda ise ölçek puanı 5.59'dan 6.24'e yükselmiştir.Çalışmada müdahale grubunun sistolik ve diyastolik kan basıncında sırasıyla 10/5.7 (Sd 14.3/ 9.2) mm/Hg düşüş yaşanırken; kontrol grubundaki hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncında sırasıyla 6.3/1.7 (Sd 13.4/ 8.6) mm/Hg azalma saptanmıştır (Beune, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014). Fikri-Benbrahim ve ark.(2013) müdahale grubundaki hastaların 6. ayın sonunda ilaç tedavisine uyum oranı kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %96.5, %85.6; p=0,011) (Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-Hernandez, 2013). Wong ve ark. (2013) müdahale grubunda hastaların ilaç tedavisine uyumunda 3. ayda %29.8 oranında (5.07±1.21 iken 6.58±1.23), 6. ayda %30.8 oranında artış (5.07±1.21 iken 6.63± 1.31) saptanmışken, kontrol grubunda hastaların ilaç tedavisine uyumunda 3. Ayda %24.6 oranında (5.12±1.01 iken 6.38 ±1.17), 6. ayda %26.9 oranında (5.12±1.01 iken 6.49±1.23) artış meydana geldiği saptanmıştır.Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Müdahale grubundaki hastaların 3. aydaki sistolik kan basıncı ortalaması kontrol grubuna istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. (sırasıyla 130±11.3; 133±10.8; p= 0.046). (Wong, Liu, Wang ve ark., 2013). Alhalaiqa ve ark. (2012) çalışmasında müdahale grubundaki hastaların ilaç tedavisine uyum oranı kontrol grubundaki hastalara göre %37 oranında arttığı bulunmuştur. Müdahale grubundaki hastaların sis-

tolik kan basıncında -23,1 mm/Hg (95% CI: -25.85, -20.36), diyastolik kan basıncında ise -15.52 mm/Hg (95% CI: -17.55, -12.80) azalma görülmüştür (Alhalaiqa, Deane, Nawaflesh ve ark., 2012).

Değerlendirmeye alınan bir diğer çalışmada, Hacıhasanoğlu ve Gözüm (2011), A ve B grubunun eğitim sonrası ilaçlarını düzenli kullanma oranı istatistiksel anlamlı olarak artarken, kontrol grubunda anlamlı bir artış bulunmamıştır. A ve B grubunun müdahale sonrası 6. ayda ilaç tedavisine uyum öz-etkililik ölçeği puan ortalaması müdahale öncesine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011) . Wang ve ark.(2011) yürüttükleri çalışmada, müdahale grubunun ilaç tedavisine uyumu (5.6±1.96 iken 7.17±1.65) 12. ayın sonunda istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubuna (5.7±1.9 iken 5.41±1.94) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu girişimle hastaların sistolik kan basıncında 9,75 mm/Hg, diyastolik kan basınca ise 5,88 mm/Hg 'lık azalma saptanmıştır (Wang, Wu, Yang ve ark., 2011). Pladevall ve ark.(2010) yaptıkları çalışmada, müdahale grubunun 6. ayın sonunda günlük doğru ilaç dozu kullanma oranı (Müdahale grubu: %92,2, kontrol grubu: %89,0; p=0,002) ve ilaç tedavisine uyumu (Müdahale grubu: %91,9; kontrol grubu: %85,6; p<0,01) kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek çıkmıştır(Pladevall, Brotons,Gabriel ve ark.,2010).Guirado ve ark. (2010) çalışmasında, müdahale ve kontrol grubu arasında 12. ayın sonunda antihipertansif ilaç tedavisine uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011).

Tartışma

Hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumunu artıran girişimlerin incelendiği bu çalışmada hekim, eczacı ve hemşire gibi farklı disiplinlerdeki personelin ortak/bireysel yaklaşımı ile eğitim, bilgilendirme, danışmanlık, hatırlatıcılar, kendi kendini izleme, telefonla izleme gibi girişimlerin birbirleriyle kombinasyonunu kullanarak yaptıkları girişimler hastaların ilaç tedavisine uyumunu olumlu yönde etkilemektedir.

Hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum sağlanmasında hasta ve ailesinin eğitimi oldukça önemlidir. Hastanın ilaç tedavisine uyum sağlayabilmesi için eğitim kolay anlaşılır ve hastanın gereksinimi doğrultusunda uygulanmalıdır. Eğitim sürecinde bire bir eğitim, grup eğitimi, gösteri (demostrasyon), simülasyon gibi yöntemlerin-

den yararlanılabilir(Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Edeer ve Sarıkaya, 2015). Eğitim CD-ROM, DVD, video vb. gibi görsel ya/yada broşür, kitapçık gibi yazılı materyallerle desteklenmelidir. Teknolojinin ilerlemesine paralel olarak hasta eğitiminde bilgisayar/ internet tabanlı interaktif, eğitim programları da planlanabilir(Bahar, 2015). İncelenen çalışmalarda eğitimlerde birebir hasta eğitimi, yazılı materyal kullanımı, simülasyon gibi yöntemler kullanılmış; fakat çalışmalarda hasta eğitim sürecine aile üyelerinin dahil edilmediği görülmüştür. Hastaların olumlu davranış değişimini gerçekleştirebilmesi için aile üyelerinin tedaviye uyum sürecinde hastaya olan desteği önemlidir. Aile üyeleri eğitim sürecinin her aşamasına dahil edilmez.

Gelişen teknolojiye paralel olarak telefonla sağlık hizmeti sunumu hipertansiyonlu hastaların hastalık yönetiminde yeni olarak kullanılmaya başlanmıştır. Telefonla sağlık hizmeti sunumu hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyumunu sağlamak amacıyla hastanın tedavisine yönelik gereksinim duyulan konularda telefonla danışmanlık ve hasta izlemine kapsamaktadır(Hindistan ve Çilingir, 2012). Hekim, hemşire, eczacı gibi diğer sağlık disiplinleri tarafından sunulan telefonla izlem ve danışmanlık hizmeti hastane/aile sağlığı/ toplum sağlığı merkezi gibi sağlık hizmeti verilen kurumlara uzakta yaşayan hastaların sağlık hizmetlerinden kolay yararlanmasını, bakımın sürekliliğini, hastanın ilaç tedavisine yönelik yaşadığı problemlerin, kan basıncındaki ani değişikliklerin ve komplikasyonların erken dönemde tanımlaması ve hastanın durumunun ciddileşmeden erken dönemde müdahale edilme imkanı sağlamaktadır. İncelenen araştırmalarda telefonla danışmanlık sürecinde motivasyonel görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Motivasyonel görüşme, danışanların ilaç tedavisi sürecinde yaşadıkları ambivalans duygularını keşfedip çözümlerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan danışan merkezli bir yaklaşımdır. Hastaların ilaç tedavisi süresindeki sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlamasına yardımcı olan bir yöntemdir(Ögel,2009). Daha çok madde kullanımı ve bağımlılık alanında kullanılan bu yöntem günümüzde hipertansiyonlu hastaların olumlu davranış değişimi kazanıp ilaç tedavisine uyum sağlamaları içinde kullanılmaktadır. Araştırma kapsamına alınan çalışmalarda antihipertansif ilaç kullanan hastalar 11 hafta-48 hafta arasında telefonla izlenmiştir (Alhalaiqa, Deane, Nawaflesh ve ark., 2012;Beneu, Moll van Charante, Beem ve ark., 2014; Fikri-Benbrahim, Jose Faus, Martinez-Martinez ve Sabater-

Hernandez, 2013; Guirado, Ribera, Huergo ve ark., 2011; Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011; Hedegaard, Kjeldsen, Pottegard ve ark., 2015; Pladevall, Brotons,Gabriel ve ark., 2010; Stewart, George, Namara ve ark., 2014; Wang, Wu, Yang ve ark., 2011; Wong, Liu, Wang ve ark., 2013). Literatürde antihipertansif ilaç tedavisi başladıktan sonra hastaların izlem süresi için kesin bir zaman dilimi belirtilmemekle birlikte; yapılan çalışmalarda ilacın olası yan etkileri ve kan basıncına olan etkilerinin değerlendirilebilmesi için hastalar telefonla çeşitli aralıklarla 4 hafta-48 hafta arasında izlenmiştir.(Chiu ve Wong, 2010; Park, Gwadyr-Sridhar, Manias, Lal ve ark., 2013, Howie-Esquivel, Chung ve Dracup, 2014). Hipertansif hastaların sağlık profesyonelleri tarafından izlem süresi hastaların yaşı, eğitim düzeyi, ilacın kan basıncına etkisi ve sağlık merkezine ulaşılabilirlik durumu göz önüne alınarak planlanabilir.

Sınırlılıklar

Bu sistematik derlemenin sınırlılığı, İngilizce ve Türkçe dili dışında yapılan çalışmaların kapsam dışı bırakılması, altı veri tabanı taranarak yürütülmesi ve gri literatürün taranmamasıdır. Sınırlı sayıda (10 makale) çalışmaya ulaşılma nedeniyle, sonuçlar dikkatle yorumlanmalı ve genelleştirilmemelidir.

Sonuç

Değerlendirmeye alınan tüm çalışmalarda hipertansiyonu olan hastaların antihipertansif ilaç tedavilerine uyumunu artırmak amacıyla uygulanan girişimlerin olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Dünya da ve ülkemizde konu ile ilgili daha fazla deneysel çalışmaya gereksinim vardır. Buna göre bu çalışmada; hipertansif hastaların antihipertansif ilaç tedavisine uyumunu sağlamaya yönelik randomize kontrollü çalışmaların artırılması, maliyeti düşük, toplum tarafından kabul gören, teknolojik gelişmelerle paralel geliştirilecek eğitim ve izlem programlarının oluşturulup uygulamaya geçirilerek etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Alhalaiqa, F., Deane, KHO., Nawafleh, AH., Clark, A., Gray, R. (2012). Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial. *Journal of Human Hypertension* , 26:117-126.
2. Ambay, A., Alemie, G., Yohannes, S., Mengesha, Z. (2012). Adherence to antihypertensive treatment and associated factor among patients on follow up at university of Gondar Hospital,

- Northwest Ethiopia. *BCM Public Health*, 12(282): 3-7.
3. Arıcı, M., Altun.,B., Erdem, Y., Derici Ü., Nergizoğlu, G., Turgan, Ç., Sindel, Ş., Erbay, B., Karatan,O., Hasanoğlu, E., Çağlar, Ş. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 (2012). www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. (Erişim tarihi: 15.12.2015).
 4. Aşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 67-73.
 5. Bahar, A. (2015). Temel hemşirelik becerisi eğitiminde bir yenilik: Web tabanlı eğitim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (4): 304-311.
 6. Beune, E., Charante, E., Beem, L., Mohrs, J., Agyemang, C., Ogedegbe, O., Haafkens, J.(2014). Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of african origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLOS ONE*, 9(3): 1-11.
 7. Chiu, C., Wong, F. (2010). Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47 : 1374–1382.
 8. Centre for Review and Dissemination (2008). Systematic reviews CRD' guidance for undertaking reviews in health care. www.yps-publishing.co.uk/media/crd/Systematic_Review.pdf. (Erişim tarihi: 10.06.2016).
 9. Edeer, A., Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2): 121-125.
 10. Fikri-Benbrahim, N., Jose Faus, M., Martínez-Martínez, F., Sabater-Hernández, D. (2013). Impact of a community pharmacists' hypertension-care service on medication adherence. The AFenPA study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9: 797–805.
 11. Guirado, E., Ribera, E., Huergo, V., Borrás,J., on behalf of the ADIEHTA group. (2011). Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit.*, 25(1):62–67.
 12. Gwady-Sridhar, F., Manias, E., Lal, L., Salas, M., Hughes, D., Ratzki-Leewing, A., Grubisic, M. (2013). Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. *Value in Health*, 16: 863-871.
 13. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medical compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 692-705.
 14. Hedegaard, U., Kjeldsen, L., Pottegård, A., Henriksen, J., Lambrechtsen, J., Hangaard, J., Hallas, J.(2015). Improving medication adherence in patients with hypertension: a randomized trial. *The American Journal of Medicine*, 128(12): 1351-1361.
 15. Hindistan, S., Çilingir, D. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (1): 30-35.
 16. Mills, K., Bundy, J., Kelly, T., Reed, J., Kearney, P., Reynolds, K., Chen, J., He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 134:441–450.
 17. Moran, A. (2016). Still on the road to worldwide hypertension control. *Circulation*, 134 (6):451-454.
 18. Oliveira-Filho, A., Barreto-Filho, J., Neves, S., Lyra, D. (2012) Association between the 8- item morisky medication adherence scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol* , 99 (1): 649-658.
 19. Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2(2):41-44.
 20. Pladevall, M., Brotons, C., Gabriel, R., Arnau, A., Suarez, C., Figuera, M, Marquez, E., Coca, A., Sobrino, J., Divine, G., Heisler, M., Williams, K., Writing Committee on behalf of the COM99 Study Group. (2010). Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (The COM99 Study), *Circulation*, 122:1183-1191.
 21. Schulz, M., Krueger, K., Schuessel, K., Friedland, K., Laufs, U., Mueller, W., Ude, M. (2016). Medication adherence and persistence according to different antihypertensive drug classes: A retrospective cohort study of 255,500 patients. *International Journal of Cardiology*, 220 : 668–676
 22. Stewart, K.George, J., Mc Namara, KP., Jackson, SL., Peterson, GM., Bereznicki, LR., Gee, PR., Hughes, JD., Bailey, MJ., Hsueh, YS., McDowell, JM., Bortoletto, DA., Lau, R. (2014). A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 527–534.
 23. T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020. Sağlık Bakanlığı, Anıl Reklam Matbaa, Ankara.
 24. Wang, J., Wu, J., Yang, J., Zhuang, Y., Chen, J., Wenjing, Q., Tian, J., Chen, X., She & Fei Peng, D. (2011). Effects of pharmaceutical care interventions on blood pressure and medication adherence of patients with primary hypertension in China. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 1–6, DOI: 10.3109/10601333.2010.539230.
 25. Weber, MA., Schiffrin, EL., White, WB., Mann, S., Lindholm, LH., Kenerson, JG., Flack ,JM., Carter, BL., Materson, BJ., Ram, CV., Cohen , DL., Cadet, JC., Jean-Charles, RR., Taler, S., Kountz, D., Townsend, RR., Chalmers, J., Ramirez, AJ., Bakris, GL., Wang, J., Schutte, AE., Bisognano, JD., Touyz, RM., Sica, D., Harrap, SB. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens* 16(1):14-26.
 26. Wong, M., Liu, K., Wang, H., Lee, C., Kwan, M., Lee, K., Cheung, Y., Lee, G., Morisky, D., Griffiths, S.(2013). Effectiveness of a pharmacist-led drug counseling on enhancing antihypertensive adherence and blood pressure control: a randomized controlled trial, *The Journal of Clinical Pharmacology*, 53(7): 753–761.
 27. Wong, MC., Tam, WW., Wang, HH., Cheung, CS., Tong, EL., Cheung, NT., Leeder, SR., Griffiths, SM. (2015). Duration of initial antihypertensive prescription and medication adherence: a cohort study among 203,259 newly diagnosed hypertensive patients. *Int.J Cardiol.*, 182: 503-508.

Tip 1 Diyabetli Hastaların Doğru Bildiği Yanlışlar

Uzm. Hemş. Nurdan YILDIRIM¹, Uzm. Dr. Melikşah KESKİN¹, Uzm. Dr. Elvan BAYRAMOĞLU¹
Uzm. Dr. Erdal KURNAZ¹, Doç. Dr. Semra ÇETİNKAYA¹, Prof. Dr. Zehra AYCAN¹, Hemş. Nimet BERNA²
Hemş. Gülay SAĞLAM³, Hemş. Hasivet KARABIL⁴, Ebe Ebru ERCANLI AĞDAŞ⁵

¹Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma, ANKARA

²Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, GAZİANTEP

³Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, MERSİN

⁴Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

⁵Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, KOCAELİ

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanların diyabet konusundaki yanlış bilgi ve uygulamalarını belirleyerek düzeltmeye yönelik önerilerde bulunmaktır.

Giriş: Tip 1 diyabet çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıktır ve yaşam boyu bakım ve yönetim gerektiren bir durumdur. Ülkemizde Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanların takibinin yapıldığı merkezlerde hastalar ve aileleri hastalıkları konusunda bilgilendirilmekte ve bu hastalık ile ilgili doğru bilgi ve tutumların kazandırılmasına çalışılmaktadır. Ancak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Tip 1 diyabet ile ilgili yanlış bilgi, inanış ve uygulamalar görülmektedir.

Metod: Tip 1 diyabet tanısıyla takip edilen çocuk ve adolesan hastalara sorulmak üzere "Tip 1 Diyabet İzleminde Doğru Bilinen Yanlışlar" başlıklı anket formu hazırlandı. Ülkemizde Tip 1 diyabet tanısı alan çocuk ve adolesan hastaların izleminin yapıldığı 5 farklı merkezde takip edilen hastalardan gönüllü olanlar bu formu yanıtladı. Her bir merkeze alfabetik A, B, C, D, E isimleri verilerek bulgular değerlendirildi.

Sonuç: Tip 1 diyabet tanısı alan çocuk ve adolesanlar ile ailelerine diyabet eğitimi verilen merkezlerin verdiği bilgilerin/uygulamaların ne denli doğru anlaşıldığını ve uygulandığının değerlendirilebileceği geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim güncellemeleri yapılmalıdır.

Summary

Common Misconceptions Type I Diabetes

Patients Demonstrate Regarding Their Condition

Objectives: The main objective of this study is to identify misdirected applications as well as faulty knowledge regarding diabetes in Type I children and adolescents. Following this identification, related suggestions on how to improve these points will be reported.

Introduction: Type I diabetes, requiring lifelong care and management, is the most frequently observed chronic health condition during childhood. Patient healthcare centres in Turkey providing clinical follow-up of children and adolescents with Type I diabetes work on educating patients as well as their caregivers, prioritizing accurate con-

ceptions and attitudes regarding the disease. Despite the best efforts, however, we observe that unhealthy attitudes, misdirected applications and misconceptions regarding the disease are still prevalent in our country, similar to the way these can be observed throughout many other communities.

Method: We devised a questionnaire focusing on children as well as adolescent follow-up patients with Type I diabetes, with the title "Common Misconceptions Regarding Type I Diabetes in Clinical Follow-up". Five different healthcare centres with follow-up patients were studied and voluntary consent was respected. Each of these healthcare centres was given a letter code (A, B, C, D and finally E) and results were analyzed accordingly.

Conclusions: Our results suggest that certain feedback mechanisms, where families as well as patients could provide healthcare centres with valuable information regarding how well they understood the specifications and applications related to the disease, would be a useful addition to current procedures. It became obvious that updating current education regarding Type I diabetes is crucial.

Giriş

Kronik hastalık, günlük fonksiyonları sınırlayan ya da özel tedavi gerektiren ve en azından birkaç ay sürmesi beklenen fiziksel, psikolojik ya da bilişsel durumlardır (Ak, 2013). Günümüzde kronik hastalıklar, özellikle çocuk ve ergenler için giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Çavuşoğlu, 2004). Çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıkların başında ise Tip 1 diyabet gelmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 14 yaş altı diyabetli hasta sayısının yarım milyon (542.000) olduğunu bildirmiş ve her yıl bu sayıya 86 bin hastanın ekleneceğini öngörmüştür (IDF Diabetes Atlas, 2015). Ülkemizde ise 18 yaş altı yaklaşık 17 bin civarında çocuk ve adolesan Tip 1 diyabetli hasta olduğu tahmin edilmekte ve bu sayıya her yıl ortalama 1700 yeni diyabet tanısı alan çocuk ve adolesanın eklendiği bildirilmektedir (Taşkın, Yılmaz, Kılıç, 2007; Türkiye'de Diyabet Profili, 2011).

Tip 1 diyabet yaşam boyu bakım ve yönetim gerektiren bir durumdur. Ülkemizde Tip 1 diyabetli ço-

cuk ve adolesanların takibinin yapıldığı merkezlerde hastalar ve aileleri hastalıkları konusunda bilgilendirilmekte ve bu hastalık ile ilgili doğru bilgi ve tutumların kazandırılmasına çalışılmaktadır. Ancak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Tip 1 diyabet ile ilgili yanlış bilgi, inanış ve uygulamalar görülmektedir. Çalışmamızın amacı Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanların doğru bildiği yanlışları ve uygulamaları belirleyerek düzeltmeye yönelik önerilerde bulunmaktır.

Metod

Tip 1 diyabet tanısı ile takip edilen çocuk ve adolesan hastalara sorulmak üzere "Tip 1 Diyabet İzleminde Doğru Bilinen Yanlışlar" başlıklı anket formu hazırlandı (Tablo 1). Anket soruları 5 temada hazırlandı. Bu temalarda hastalara yöneltilmek üzere sırası ile diyabete (1-5), insülin ve kan şekeri uygulamasına (6-12), aktif egzersiz/ spora (13), cinsel yaşam ve duygu durumuna (14-15), beslenme ve geleneksel yöntemlere (16-18) yönelik sorular hazırlandı. Ülkemizde Tip 1 diyabet tanısı alan çocuk ve adolesan hastaların izleminin yapıldığı 5 farklı merkezde (Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Tablo 1: "Tip 1 Diyabet izleminde doğru bilinen yanlışlar" başlıklı anket formu

Sorular	Doğru	Yanlış
1. Tip 1 Diyabet çok şeker yemekten olur		
2. Tip1, Tip 2, Gebelik diyabeti hepsi aynıdır		
3. Diyabet bulaşıcı bir hastalıktır		
4. Ailede diyabet varsa bende de olur		
5. Diyabet ömür kısaltır; çabuk yaşlandırır		
6. İnsülin; bağımlılık yapan bir ilaçtır		
7. KŞ ↑ insülin kullanır, şeker düzeline kesilir.		
8. İnsülin böbrek, göz, kalp vb. zarar verir.		
9. Hamileyken insülin kull. bebeğe zarar verir.		
10. İnsülin ilacı şişmanlatır.		
11. İğne uçları birkaç kez kullanılabilir		
12.KŞ ölçümü için sadece parmak kullanılabilir.		
13. Tip 1 DM aktif egzersiz/ spor yapamazlar.		
14. Cinsel yaşam/çocuk olamaz		
15. Tip1 diyabetliler sinirli olur.		
16. Tarçın, kekik suyu, limon vb. KŞ düşürür.		
17. Ekşi meyve, bal doğaldır, KŞ yükseltmez.		
18. Tip 1DM çikolata, tatlı, m.suyu tüketemez.		

Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi) takip edilen hastalardan gönüllü olanlar bu formu yanıtladı. Her bir merkeze alfabetik A, B, C, D, E isimleri verilerek bulgular değerlendirildi.

Bulgular

Katılımcıların (n=195) yaş ortalaması 16,3 (2-30) yaş idi. Katılımcıların diyabet tanısı aldıktan sonra geçirdikleri süre ortalama 6 (0-23) yıl idi.Tema1' dediyabet bilgisine yönelik sorulara verilen yanlış cevap oranı %17 saptanır iken,Tema 2' deinsülin ve kan şekeri uygulamasına dair sorulara verilen yanlış cevap oranı %23,1, Tema 3' deaktif egzersiz/ spora dair sorulara verilen yanlış cevap oranı %6,2, Tema 4'de cinsel yaşam ve duygu durumuna yönelik sorulara verilen yanlış cevap oranı %38,2 ve Tema 5'de ise beslenme ve geleneksel yöntemlere yönelik sorulara verilen yanlış cevap oranı %28 olarak bulunmuştur. En çok üçüncü soru doğru cevaplanırken (%97,14) onbeşinci soru ise en çok

yanlış cevap (%39,9) verilen soru olmuştur. Henüz diyabet eğitimi almamış 4 yeni tanılı hastanında doğru cevap oranı %42; en eski diyabetlinin(23 yıl) doğru cevap oranı ise %78 bulunmuştur.

Tartışma

Tüm dünyada kronik hastalıklarda modern tıp uygulamalarının yanında hastaların bilgileri ya da inançları doğrultusunda uyguladıkları yöntemler bulunmaktadır. Tip 1 diyabetli hastaların damodern tıp yöntemlerini kullanmakla birlikte farklı inanış ve yöntemler geliştirdiği bilinmektedir. Çalışmamızda Tip 1 diyabet tanısı ile takipli hastalarda bu yanlış bilgi ve uygulamaların sıklığını tespit etmek, verilen diyabet eğitiminin sonuçlarını değerlendirmek amacı ile anket çalışması yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Bizim bilgilerimize göre bu konu ile ilgili daha önce yapılmış çalışma bulunmamaktadır.Ülkemizde çocukluk çağında diyabet tanısı alan çocuk ve adolesan hastalara diyabet eğitimi veren merkezlerde gönüllü olan katılımcılar üzerinde yapılan bu çalışmada sorulara verilen doğru cevap oranları yüksek bulunmuştur. Buna rağmen yanlış bilgi yüzdesinin bazı sorularda azımsanmayacak kadar çok olması (örn. Soru 4,12,15) da tartışmaya değerdir. Ayrıca çok kolay olduğu düşünülen bazı sorularda (örn. Soru 1,3,5) da hastaların zorlandığı ve yanlış cevap verebildiği görülmüştür. Verilen cevaplar içerisinde çarpıcı olanlardan biri, hastaların diyabet eğitimi almış olmalarına rağmen azımsanmayacak bir kısmının (%38,3) insülinin böbrek, göz gibi organları hasara uğratacağı fikrinde olması idi. Yine kan şekeri ölçümü için önemli sayılabilecek oranda (%39,5) hastanın alternatif ölçüm bölgelerini bilmediği, hatta iğne uçlarının defalarca kullanılabileceğigibi (%15,6) şaşırtıcı ce-

Tablo 2: Katılımcılara yönlendirilen sorular ve katılımcılarınbu 18 soruya verdiği doğru cevap oranı

Sorular	A %	B %	C %	D %	E %	Toplam (N:195)%	Ortalama %
1. Tip 1Diyabet çok şeker yemekten olur	100	85	93,3	75	91,3	90,1	83
2. Tip1, Tip2, Gebelik diyabeti hepsi aynıdır	100	85	82,6	87,5	66,7	84	
3. Diyabet bulaşıcı bir hastalıktır	100	90	100	100	95,7	96,3	
4. Ailede diyabet varsa bende de olur	78,3	30	80	50	73,3	62,9	
5. Diyabet ömür kısaltır; çabuk yaşlandırır	100	60	66,7	87,5	95,7	81,5	
6. İnsülin; bağımlılık yapan bir ilaçtır	100	70	93,3	87,5	95,7	88,9	76,9
7. KŞ ≠ insülin kullanır, şeker düzelince kesilir.	95,7	80	86,7	75	66,7	82,7	
8. İnsülin böbrek, göz, kalp vb. zarar verir.	87,5	45	73,3	60,9	60	61,7	
9. Hamileyken insülin kull. bebeğe zarar verir.	100	40	73,9	62,5	93,3	72,8	
10. İnsülin ilacı şişmanlatır.	100	85	80	50	91,3	85,2	
11. İğne uçları birkaç kez kullanılabilir	100	85	73,3	87,5	87	86,4	
12.KŞ ölçümü için sadece parmak kullanılabilir.	100	10	86,7	50	65,2	60,5	
13. Tip 1 DM aktif egzersiz/ spor yapamazlar.	100	80	93,3	100	100	93,8	93,8
14. Cinsel yaşam/çocuk olamaz	100	75	91,3	62,5	100	87,7	61,8
15. Tip1 diyabetliler sinirli olur.	73,3	5*	39,1	62,5	20	35,8	
16. Tarçın, kekik suyu, limon vb. KŞ düşürür.	80	55	73,3	50	73,9	67,9	72
17. Ekşi meyve, bal doğaldır, KŞ yükseltmez.	100	60	93,3	75	91,3	83,9	
18. Tip 1DM çikolata, tatlı, m.suyu tüketemez.	86,7	30	80	37,5	78,3	64,2	

vapların verildiği gözlemlendi. Kan şekeri düştüğünde insülinin kesilmesi gerektiğini düşünen azımsanmayacak bir kitlenin (%17,3) olduğu görüldü. Bu yanlış bilgi/inanışın sonucu olarak insülin kullanmayarak kliniğimize ketoasidoz komasında başvuran hastaların olduğu da ayrıca tecrübelerimiz arasında idi. Hastaların en sık yanlış yanıt verdiği soruların (%38,2) cinsel yaşam ve duygu durumuna dair yönelik sorular olduğu görüldü. Bu durumun muhtemelen verilen eğitimlerde en az konuşulan konuların bu konular ile ilgili olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Öneri: Tıp 1 diyabet tanısı alan çocuk ve adolesanlar ile ailelerine diyabet eğitimi verilen merkezlerin verdiği bilgilerin/ uygulamaların ne denli doğru anlaşıldığını ve uygulandığının değerlendirebileceği geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim güncellemeleri yapılmalıdır. Hastalar ve aileleri sık yapılan hatalar konusunda bilgilendirilmelidir. Basit görülen “zaten biliniyordur tekrara gerek yok ki” algısından uzaklaşarak en basit konuların bile vizitlerde vurgulanması gerektiği kanaatine varılmıştır. Ayrıca cinsel yaşam gibi konuşulmaktan kaçını-

lan konularda da özellikle adolesanlar ve aileler bilgilendirilmeli ve bu konuda bilgi eksikliğinden kaynaklanabilecek yersiz endişeler giderilmelidir.

Kaynaklar

1. Ak B (2013). Kronik ve yaşamı tehdit edici/ ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (Eds). Pediatri hemşireliği, 1.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, p. 905-915.
2. Çavuşoğlu H (2004). Kronik hastalığı olan çocuk. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Genişletilmiş 8.baskı. 71-90
3. Diabetes Atlas – 7 th Editionfile:///C:/Users/servis/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK.pdf- ISBN: 978-2-930229-81-2; www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html Erişim: 03.09.2016
4. Taşkın E, Yılmaz M, Kılıç S (2007). İnsüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(2): 75 - 9.
5. Türkiye’de Diyabet Profili (2011). Diyabet Bakım, İzlem ve Tedavisindeki Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştay Raporu, Türk Diyabet Vakfı Yayını, URL: <http://www.diyabet2020.org/getdoc/1283e91c-ef10-42a5-9d85-ad4b45be529d/Turkiyede-Diyabet-Profil.aspx>.6 Aralık 2011.

Çocuklar Diyabeti Anlatıyor

Bana ne işte!!!
Şekerimi de ölçmiycem,
İnsülinde yaptırmıycam



EN İYİ DOSTUM DİYABET

Hani! Herkes bir arkadaş arar ya kendine, bir dost, inatlaşabileceği seveceği ve sevileceği bir arkadaş. Bizim de inatlaştığımız bir arkadaşımız var: Adı "DİYABET" hep bizimle gezer dolaşır. İstemeyerek arkadaş olduk. Sürekli tartışır dururuz. Ne o bizi dinler, ne de biz onu. Böyle arkadaş mı olur? "sinsi ve hain" bir de onun arkadaşlarıyla arkadaş oluruz, insülinler, kan şekeri ölçüm cihazları...

Çocukluğumuz iğnelerle, şeker ölçerek, yediğimizi sayıp hesaplayarak geçer. Kolay değil diyabetle yaşamak. Duydum ki diyabetli olan amcalar teyzelerde zorlanıyormuş diyabetle yaşamakta. Ya biz küçücük yaşımızda boyumuzdan büyük sorumluluklar alıyoruz. Kolay değil elbet.

Bir de etrafımızda ki eş dost arkadaşlarımızla uğraşıyoruz. Kimisi iyi niyetli, bize yardımcı olmak istiyor. "Sen şeker hastası" diyor çekip alıyor elimdeki meyve suyunu, anlatamıyorum "şekerim düştü arkadaşım içmem lazım" ne mümkün görev edinmiş kendine beni korumayı. Kimi-

si de kıskançlık ve çekememezlikten aşışılmak için kullanıyor diyabetimizi. Alay ediyor diyabetimizle, ama biz biliyoruz ki "Diyabet olmak ayıp değil, bir yaşam biçimi" öyle söyledi hemşire ablamız. "Paylaşın arkadaşlarınızla anlatın onlara diyabeti" dedi.

Bütün bunlara rağmen diyabetin bize kazandırdıkları da olmuyor değil. Bir kere küçük yaşta sorumluluk almaya öğreniyoruz. Disiplin içerisinde yetişiyoruz. Basit sıkıntılar bize vız geliyor. "Amaan! biz neleri gördük bu ne ki" diye biliyoruz yaşamın içindeki engellere. Hayata yaşitlarımızdan bir sıfır önde başlıyoruz. Biz diyabetli çocuklar eninde sonunda diyabetle dost olmayı öğreniyoruz.

Birde tek yürek olup yaptığımız bir duamız var" diyabetin kalıcı tedavisinin bulunması.

Sevgiler.

