

İNSÜLİNE BAĞIMLI DİYABETLİ HASTALARDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF SELF-CARE AGENCY IN PATIENTS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES

Safiye ÖZKAN Zehra DURNA

İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İSTANBUL

Anahtar Sözcükler: Öz-bakım gücü, Diabetes Mellitus, İnsülin
Key Words: Self-Care Agency, Diabetes Mellitus, Insulin

ÖZET

Diyabet hastasının öz-bakımını yapabilmesi için sağlığı hakkında bilgiye, motivasyona, güç ve yeteneğe ihtiyacı vardır. Hemşire, eğitim ve danışmanlık yaparak hastasının bilgi eksikliğini, öz-bakımını uygulama yetersizliğini ve motivasyon eksikliğini giderebilir ve kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olabilir. Bu çalışma, insülin kullanan diyabet hastalarının öz-bakımı güçlerini belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Örneklem grubunu Mayıs-Kasım 2003 tarihlerinde bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisinde yatan 102 hasta oluşturmuştur.

Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden alınan en yüksek puan 140'dır. Çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının 83,90±11,39 olduğu ve en az öz-bakım gücü puanının 36, en çok öz-bakım gücü puanının ise 106 olduğu bulunmuştur. Araştırmada diyabet hastalarından 41-50 yaş grubunun (89.5±8.08), lise mezunlarının (87.8±7.75), memur olarak çalışanların (91.5±7.78), Bağ-kur'a bağlı olanların (86.3±7.30), tanı süresi 0-5 yıl arasında olanların (89.7±9.87), daha önce hipoglisemi geçirenlerin (86.8±7.44), diyabet eğitimi alanların (86.2±8.93), insülin pompası kullananların (88.4±6.14), kendi kendine kan şekeri takibi yapanların (86.0±8.14) ve metabolik kontrol değeri iyi olanların (85.9±14.1) öz-bakım gücü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

SUMMARY

There is need to ability and force, motivation, knowledge about him health for self care compliance of diabetes patient. Nurse may be help to remove that knowledge lacking and self care practice insufficienting and motivation lacking of her ill with education and counseling. This study was went as cross-sectional and descriptive to evaluate self-care agency of insulin-dependent diabetes patients. The subjects of the research were composed of patients 102 who treated in

endocrin and metabolysma clinics of an university hospital between May-November 2003.

It is 140 score maximum point of the Exercise of Self Care Agency Scale. In this study, the mean of self care agency point is determined to be 83,90±11,39 and was found to be 36 minimum point, 106 maximum point. In this study, self-care agency point (89.5±8.08) was found to be high among age group 41-50, high school graduates (87.8±7.75), those who are worked as official (91.5±7.78), those who are dependent on Bag-Kur (86.3±7.30), those who are among 0-5 years (89.7±9.87), those who lived hypoglisemia at first (86.8±7.44), those who received diabetes education at first (86.2±8.93), those who used insulin pump (88.4±6.14), those who follow-upped blood glucose self to self (86.0±8.14) and those who were well metabolic control value (85.9±14.1).

GİRİŞ ve AMAÇ

Bireyler sağlıkları bozulduğunda kişisel bakımlarını yerine getirme becerileri yetersiz kalabilir. Öz-bakım zamanla gelişen, etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi *öz-bakım* olarak tanımlanırken bu etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği *öz-bakım gücü* olarak tanımlanmaktadır. Bireyler sağlıkla ilgili etkinliklerde üzerine düşenleri gerçekleştiremediklerinde öz-bakım eksikliği ortaya çıkarak istenen öz-bakım davranışı geliştirilemez ve böylece birey sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersizlik yaşar. Chan ve Molassiotis (1999), öz-bakımla ilgili bütüncül yaklaşıma göre hastalığın yönetiminde itaat etmek yerine bağlılığı savunmuş ve bununla ilgili olarak işbirlikçi diyabet yönetiminden söz etmiştir (Chan ve Molassiotis 1999). Diyabet hastasının öz-bakımı için bireyin uygun medikal tedavi, beslenme ve günlük egzersiz programına uyması gerekir (Assesment and management of patients with diabetes mellitus 2000).

Öz-bakım birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte, bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirememekte; yenidoğan, çocuk, adölesan, yaşlı, hasta ve sakat insanlar öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ya da sakat insanların eğitime, rehberliğe, kısmen ya da tamamen yardıma gereksinimleri vardır. Bunun yerine getirilmesinde hemşireye daha fazla iş düşmektedir (Kara 2001a).

Toljamo ve Hentinen'e göre diyabet gibi kronik bir hastalıkta bireyin yaşamı iki boyutta ele alınmalıdır: 1) hastalığın yaşam üzerine etkisi; 2) yaşananların sorun haline gelip gelmemesi. Bu iki boyutun birleşmesiyle şu varsayımları ifade etmişlerdir: 1) kronik hastalık yaşamı üzerinde hemen hemen hiç etkili değildir, 2) kronik hastalık yaşamı

daha da zorlaştırır, 3) kronik hastalık bireyin yaşamını engeller ve 4) kronik hastalık bireyin yaşamını baskılar (Toljamo ve Hentinen 1999). Bu varsayımlardan birincisi kronik hastalıkların öz-bakımında temel amaç gibi düşünülse de her zaman gerçek ve ulaşılabilir bir hedef olmamıştır. Diyabet yaşam boyu süren bir hastalık olup bu hastalığın yönetimi için metabolik kontrolün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşmada diyabetli bireyin yaşamını düzenlemede yeterli ve istekli olma durumu önemlilik taşımaktadır. Diyabetli bireylerde temel davranışta değişim, karmaşık rejimlere uyum ve sözü edilen hedeflerin başarılması beklenir. Çünkü diyabet kişinin hayatını her durumda etkileyebilir. Diyabetli hastanın her günü birbirinden farklı olduğu için bireyin düzenli olarak ilaçlarını, beslenmesini ve aktivitesini planlaması ve uygulaması gerekir.

Diyabette öz-bakım çok önemlidir ve genellikle hasta ve ailesinin sorumluluğundadır. Diyabetli bireylerin öz-bakıma uyması, komplikasyonları (retinopati, nefropati, nöropati ve kardiyovasküler hastalıklar) önlemesi, iyi bir yaşam kalitesi ve subjektif iyilik halini sürdürmesi gerekir. Aktif öz-bakım kendi kendine kan şekeri izlemi, beslenmeye uyum, düzenli egzersiz ve bunlara göre insülin dozunu ayarlayabilmektir. Öz-bakım gücü bireyin öz-bakımla ilgilenmesindeki sınırlamalarına ve yeteneklerine göre tanımlanır. İnsülin kullanımına bağlı diyabet yönetiminin karmaşıklığı nedeniyle bu hastalar daha fazla öz-bakım gücü desteği duyarlar. Onları desteklemek ve gereksinimlerini karşılamada hemşireye daha fazla iş düşmektedir (Zwanenburg et al.1994, Özcan 2001).

Bu çalışma insülin kullanan diyabet hastalarının öz-bakım gücü düzeyleri ile bu düzeyi etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ve ortaya çıkan veriler doğrultusunda diyabet yönetiminde hasta ve ailesinin eğitiminde öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisindeki diyabet hastalarının öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisine yatan diyabet hastaları oluşturmuştur. Mayıs-Kasım 2003 tarihleri arasında tedavi gören, Türkçe konuşup anlayabilen ve kendi kendine insülin uygulayan 102 hastanın tamamı örnekleme alınmıştır.

Verilerin toplanması amacıyla sosyo-demografik özellikler, insülin tedavisi ve diyabetin komplikasyonlarını sorgulayan **Hasta Görüşme Formu** kullanılmıştır. Son üç aylık ortalama kan şekeri göstergesi olan

glikohemoglobin (HbA₁C) parametresi de görüşme sonunda kaydedilmiştir. Diyabetlilerin öz-bakım güçlerini değerlendirmede; Kearney ve Fleischer'in (1979) bireyin kendi-kendine bakım verme yeteneği ve öz-bakım güçlerini ölçmek için geliştirdikleri, Türkçe geçerlik-güvenirligi 1993 yılında Nahcivan tarafından sağlıklı gençler üzerinde uygulanan **Öz-Bakım Gücü Ölçeği** (*The Exercise of Self Care Agency Scale*) kullanılmıştır. Türkçe ölçek 5'li likert tipi olup 35 maddeden oluşmuş ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Türkçeleştirilen ölçekte 8 ifade (3,6,9,13,19,22,26,31) negatif olarak değerlendirilir ve ters döndürülür, maksimum puan ise 140 olmaktadır. Ölçek 4 özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcivan 1993, Akduman ve ark.2004). Çalışma öncesi ölçeğin diyabet hastalarına uygunluğunu değerlendirmek için 10 diyabet hastası üzerinde yapılmış, ölçeğe geçerlik testi uygulanmış (Cronbach's alfa=0.8758) anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiştir.

Çalışma öncesi kurumdan yazılı, hastalardan ise çalışmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Formlar yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmış soruların cevaplanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Çalışmada öz-bakım puanı bağımlı değişken, yaş, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, tanı süresi, hipoglisemi, diyabet eğitimi alma, insülin tedavi planı, kendi kendine kan şekeri takibi ve glikohemoglobin değeri (HbA₁C) bağımsız değişken olarak kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yaş gruplarına, öğrenim düzeylerine, mesleğine, sosyal güvencelerine, tanı süresine, insülin tedavi planına ve glikohemoglobin (HbA₁C) değerine göre öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), daha önce hipoglisemi geçirme, diyabet eğitimi alma ve kendi kendine kan şekeri takibi yapma durumlarına göre öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız t-testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan değişkenlerin çoklu karşılaştırılmasında Tukey HSD kullanılmış, anlamlılık derecesi olarak 0.05 kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmada bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisinde yatan diyabetlilerin öz-bakım gücü puan düzeyleri incelenmiş; en az öz-bakım gücü olan diyabetlinin 36 puan, en çok öz-bakım gücü olan diyabetlinin ise 106 puan aldığı çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının ise 83,90±11,39 olduğu bulunmuştur. Bulgular iki alt başlık halinde incelenmiştir.

I. Sosyo-Demografik Özellikler İle Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması

Tablo 1. Yaş Gruplarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Yaş grubu	n	%	\bar{x}	SD
20-30	36	35,3	86,3	8,65
31-40	6	5,9	88,3	4,58
41-50	18	17,6	89,5	8,08
51-60	20	19,6	79,8	5,89
61 ve üstü	22	21,6	77,0	17,2
Toplam	102	100	83,9	11,3

F=5,393 p=0,001

Tablo 1 incelendiğinde yaş gruplarına göre dağılımlarında en çok %35,3 ile 20-30 yaş arası diyabetlilerin bulunduğu; en fazla öz-bakım gücü puanının 89.5 ± 8.08 ile 41-50 yaş grubundakilerin aldığı bulunmuştur. Yaşlara göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,393, p=0,001). Bu farklılığın 61 yaş ve üstü ile 41-50 yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 2. Öğrenim Düzeylerine Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Öğrenim Düzeyi	n	%	\bar{x}	SD
İlkokul	50	49	80,4	12,72
Ortaokul	18	17,6	87,4	8,34
Lise	28	27,5	87,8	7,75
Üniversite	6	5,9	83,3	15,0
Toplam	102	100	83,9	11,3

F=3,444 p=0.020

Diyabetlilerin öğrenim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 3), ilk sırayı % 49 ile ilkokul mezunu diyabetlilerin aldığı tespit edilmiştir. En çok öz-bakım gücü puanının 87.8 ± 7.7 ile lise mezunu grubun, en az öz-bakım gücü puanının 80.4 ± 12.7 ile ilkokul mezunu grubun aldığı bulunmuştur. Üniversite mezunu diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (83.3 ± 15.0) lise mezunu diyabetlilere göre daha düşük olup öğrenim düzeylerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3.444, p=0.020). Bu bulgunun eğitim düzeyi düşük olan diyabetlilerle yüksek olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Meslek Gruplarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Meslek grubu	n	%	\bar{x}	SD
Ev hanımı	58	56,9	80,4	11,9
Memur	14	13,7	91,5	7,78
Serbest meslek	12	11,8	82,3	9,29
İşsiz	18	17,6	90,0	7,60
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=6,582 p=0,000

Çalışmada meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde (Tablo 4), ilk sırayı %56,9 ile ev hanımı diyabetlilerin oluşturduğu bulunmuştur. En çok öz-bakım gücü puanının 91.5±7.7 ile memur olarak çalışanlar, en az öz-bakım gücü puanının 80.4±11.9 ile grubun çoğunluğunu oluşturan ev hanımı diyabetlilerin aldığı bulunmuştur. Meslek gruplarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=6,582, p=0,000). Bu farklılığın ev hanımı grubu ile memur grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Sosyal Güvence Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Sosyal güvence	n	%	\bar{x}	SD
SSK	38	37,3	82,9	13,2
Bağ-Kur	12	11,8	86,3	7,30
Emekli sandığı	44	43,1	86,0	9,82
Yok	8	7,9	73,2	10,1
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=3,309 p=0,023

Diyabetlilerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puanları incelendiğinde ilk sırayı %43.1 ile emekli sandığı grubun oluşturduğu onu %37.3 ile SSK'lıların takip ettiği bulunmuştur. Öz-bakım gücü puanlarına bakıldığında en çok puanı 86.3±7.3 ile sosyal güvencesi Bağ-Kur olanların aldığı, en az puanı 73.2±10.1 ile sosyal güvencesi olmayanların aldığı bulunmuştur. Sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3,309, p=0,023). Bu bulgunun sosyal güvencesi SSK olanlar diyabetlilerle güvencesi olmayan diyabetlilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

II. Diyabete İlişkin Özellikler İle Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması

Tablo 5 incelendiğinde tanı süresine göre dağılımlarında en çok % 25,5 ile (n=26) 0-5 yıl arasında bulunduğu; en fazla öz-bakım gücü puan ortalaması 89.7±9.8 ile yine bu grupta bulunan diyabetlilerin

aldığı bulunmuştur. Tanı süresine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,586, p=0,000). Bu farklılığın tanı süresi 20 yıl ve üstü ile 0-5 yıl arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 5. Tanı süresine göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Tanı süresi	n	%	\bar{x}	SD
0-5 yıl	26	25,5	89,7	9,87
6-10 yıl	22	21,6	83,9	8,49
11-15 yıl	24	23,5	82,5	6,18
16-20 yıl	12	11,8	86,8	9,71
20 yıl +	18	17,6	75,0	16,7
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=5,586 p=0,000

Tablo 6. Hipoglisemi Geçirme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Daha önce hipoglisemi geçirdiniz mi?	n	%	\bar{x}	SD
-Geçirdim	46	45,1	86,8	7,44
-Geçirmedim	56	54,9	81,5	13,4
Toplam	102	100	83,9	11,39

t=2,40 p=0.01

Çalışmada daha önce hipoglisemi geçirme oranının %86,8 olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Hipoglisemi geçiren diyabetlilerin öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu (86.8±7.4), daha önce hipoglisemi geçiren ve geçirmeyenlerin öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (t=2,40, p=0.01).

Tablo 7. Eğitim Alma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı (n=102)

Eğitim alma durumu	n	%	\bar{x}	SD
Aldım	28	27,5	86.2	8,93
Almadım	74	72,5	77.6	4,63
Toplam	102	100	83.9	11.39

t=3,609 p=0,000

Çalışmada eğitim almadım diyen diyabetlilerin %72.5 olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Fakat diyabet eğitimi alanların öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu, her iki grubun öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (t=3,609, p=0,000).

Tablo 8. İnsülin Tedavi Planına Göre Öz-Bakım Puanlarının Dağılımı (n=102)

İnsülin tedavi planı	n	%	\bar{x}	SD
-Klasik insülin tedavisi	26	25,5	82,0	10,3
-Yoğun insülin tedavisi	62	60,8	83,6	12,5
-İnsülin pompası	14	13,7	88,4	6,14
Toplam	102	100	83.9	11.3

F=2,74 p=0,02

Araştırmada diyabetlilerin insülin tedavi planı dağılımları incelenildiğinde; en fazla (%60,8) yoğun insülin tedavisi kullandıkları, en az oranda (%13,7) ise insülin pompası kullandıkları bulunmuştur. Buna karşılık en yüksek öz-bakım gücü puanının 88.4±6.148 ile insülin pompası kullananların, en az öz-bakım gücü puanının ise 82.0±10.30 ile klasik insülin tedavisi kullananların aldığı bulunmuştur (Tablo 8). İnsülin tedavi planına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=2,74, p=0,02). Bu farklılığın klasik insülin tedavisi kullananlarla, insülin pompası kullananlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 9. Kendi Kendine Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Kendi kendinize kan şekeri ölçümü yapar mısınız?	n	%	\bar{x}	SD
-Yapıyorum	74	72,5	86,0	8,14
-Hiç yapmadım	28	27,5	78,3	16,2
Toplam	102	100	83.9	11.39

t=3,15 p=0,002

Çalışmada grubun %72,5'inin kendi kendine kan şekeri takibi yaptığı, ve bu grubun öz-bakım gücü puanının (86.0±8.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Kendi kendine kan şekeri takibi yapma durumuna göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (t=3,15, p=0,002).

Tablo 10. Glikohemoglobin (HbA_{1C} %) Düzeyine Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Glikohemoglobin (HbA_{1C} %)	n	%	\bar{x}	SD
<5 (iyi kontrol değerleri)	50	49,0	85,9	14,1
6.0-8.0 (sınırdaki kontrol değerleri)	34	33,3	83,8	8,84
8.0> (kötü kontrol değerleri)	18	17,6	81,5	4,87
Toplam	102	100	83.9	11.39

F=1,44 p=0,242

Çalışmada diyabetlilerin glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyine bakıldığında %49'unun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). En yüksek öz-bakım gücü puanının glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyi iyi olanların aldığı (85.9±14.11), en az öz-bakım gücü puanının ise glikohemoglobin düzeyi kötü olanların aldığı saptanmıştır. Glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,44, p=0,242).

TARTIŞMA

Bu örnekleme öz-bakım gücü düzeyi Chan ve Molassiotis'in (1999) çalışmasına göre daha düşük bulunmuştur. Bireyin uygulamaya yönelik eylemde hedefi başarınca kadar çabasını devam ettirmesinde motivasyon, yetenek ve bilginin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Kara 2001a). Örnekleminizin hastanede tedavi gören diyabetli hastalar olması nedeniyle öz-bakım gücü puanının düşüklüğü güç veya motivasyon eksikliğinden kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle hastanede yatarak tedavi gören diyabetlilerin güçlendirme ve motivasyon işlevlerine daha fazla yer verilmeli ve sürekliliğinin sağlanması ve değerlendirmelerin yapılması gerekir.

Çalışmamızda bulgulara dayanarak öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olarak sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde; yaş, öğrenim düzeyi, meslek ve sosyal güvencenin diyabet hastalarında öz-bakım gücünü etkilediği belirlenmiştir.

Öz-bakım birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirememekte; hasta ve sakat insanlar öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ve sakat insanların eğitime, rehberliğe, kısmen ya da tamamen yardıma gereksinimleri vardır. Genel olarak, bireyin yaşı ve sağlık durumu, gerçekleştirebileceği öz-bakımın düzeyini belirlemektedir (Kara 2001a). Örnekleme grubumuzda 41-50 yaş grubunun öz-bakım gücü puanının daha yüksek (89.5±8.08) olduğu ve yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=5,393, p=0,001) (Tablo 1). Hepburn ve ark.'da diyabet başlangıç yaşının ileri olması ile öz-bakıma uyum arasında anlamlılık bulmuşlar, Toljamo ve Hentinen ise yaş ile öz-bakıma uyum arasında anlamlılık bulamamışlardır (Hepburn et al. 1994, Toljamo ve Hentinen 2001). Orta yaş grubunda tecrübeye dayanarak bilgiyi en iyi şekilde kullanma becerisi mevcuttur. Fakat yaş ilerledikçe algılama düzeyi ve öğrenme isteği azalacağından bireylerin öz-bakımlarını gerçekleştirebilmeleri için daha çok zaman ayrılması ve gerekirse yardım edilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Diyabetli bireyin öz-bakımını istenilen düzeyde gerçekleştirebilmesinde, hemşire önemli bir role sahiptir. Hemşirenin bunu yaparken hastasının öğrenme ve değişiklik için hazır olduğunu anlayabilmesi gerekmektedir. Hemşirenin hastanın davranış değişikliği yapabilmesi için anlama düzeyi ve problem çözme yeteneğine göre başardığı her adıma yeni bir adım eklemesi gerekir (Kara 2001b). Bu noktadan hareketle öğrenim düzeyi ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde en çok öz-bakım gücü puanının 87.8 ± 7.7 ile lise mezunu grubun, en az öz-bakım gücü puanının 80.4 ± 12.7 ile ilkokul mezunu grubun aldığı bulunmuştur. Üniversite mezunu diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (83.3 ± 15.0) lise mezunu diyabetlilere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=3.444$, $p=0.020$) (Tablo 2). Bu farklılığın eğitim düzeyi düşük olan diyabetlilerle yüksek olanlar arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyinin öz-bakımın gerçekleştirilebilmesi için önemli olduğunu fakat eğitim düzeyinin yüksek olmasının öz-bakım gücünü etkilemediğini söyleyebiliriz. Özcan'ın çalışmasında da lise ve üniversite mezunlarına göre ilkokul mezunlarının pozitif diyabet tutumuna sahip olduğu bulunmuştur (Özcan 1999). Bu durumda öz-bakımın yerine getirilmesi konusunda eğitimin o kadar önemli olmadığını ve bunun yanında ileri araştırma gerektiren başka faktörlerin önemli olabileceğini söyleyebiliriz.

Bireyin sahip olduğu değerler, öz-bakımındaki öncelikleri belirlemektedir. Bazen bireyin öz-bakım değerleri ile diğer değerler arasında seçim yapması gerekebilir. Örneğin bir maden işçisi için ailesinin geçimini sağlamak, kendi sağlığından daha önemli olabilmektedir. Bu nedenle birey, çalıştığı sağlıksız ortamı önemsemeyerek ailesinin geçimini sağlamaya çalışır (Kara 2001a). Bu noktadan hareketle meslek grubu ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, memur olan diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (91.5 ± 7.7) en yüksek, ev hanımı grubunun ise (80.4 ± 11.9) en düşük olup grubumuzun yarısından fazlasını (%56,9) oluşturduğu bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=6,582$, $p=0,000$) (Tablo 3). Bu farklılığın ev hanımı grubu ile memur grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Memurlar diğer çalışanlara göre çalışma koşullarını diyabet için gerekli yaşam biçimine göre düzenleyebilirler. Ev hanımları ise çocuk bakımı, evle ilgili işler ve toplumdaki kadının yerinden dolayı hastalığın yönetimi ile ilgili bilgiye ulaşmalarındaki zorluk nedeniyle öz-bakımlarını gerçekleştirmede başarılı olmaları beklenemez fakat bu gruptaki diyabetliler için öz-bakımları konusunda eğitim ve rehberliğin artırılması ve yetenekleri doğrultusunda bunun yavaş yavaş geliştirilmesi gerektiğini ifade edebiliriz.

Psiko-sosyal, öz-yönetim ve bilgi\yetenek gereksiniminin karşılanması ile bireyin öz-bakımının istenen duruma gelmesi sağlanabilir. Ancak, bunların karşılanması sırasında bireyin sahip olduğu baş etme yetenekleri, ruhsal durumu ve çevresindeki mevcut olanaklar öz-bakımını etkilemektedir (Kara 2001b). Diyabetli bireyin öz-bakımlarını karşılaması, hastalığın kontrolünün sağlanması ve henüz mevcut olmayan komplikasyonların gelişimini önlemek açısından önem taşımaktadır (Sundem et all.1997). Çalışmamızda çevredeki mevcut olanaklar bazında sosyal güvenceye göre öz-bakım gücü puanlarına bakıldığında en çok puanı 86.3±7.3 ile Bağ-Kur'a bağlı olanların aldığı, en az puanı 73.2±10.1 ile sağlık güvencesi olmayanların aldığı bulunmuştur. Sosyal güvence ile öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3,309, p=0,023) (Tablo 4). Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan diyabetlilerin ücret ödeyerek düzenli olarak kontrollerine gelmesi zordur ve böyle bir durumda bireyin eğitim ve rehberlikten yeterince yararlanması beklenemez. Sağlık sistemimizin, sosyal güvencesi olanlara ücret ödeme konusunda çeşitli imkanlar sunarken sosyal güvencesi olmayan diyabetlilerin de eğitim, rehberlik ve gerektiğinde yardım alma konusundaki açığın kapatılması gerektiğini önerebiliriz.

Çalışmamızdaki bulgulara dayanarak öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olarak diyabet ile ilgili özellikler değerlendirildiğinde; tanı süresi, daha önce hipoglisemi geçirme, diyabet eğitimi alma, kendi kendine kan şekeri takibi yapma ve insülin tedavi planının diyabet hastalarında öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olduğu, glikohemoglobin (HbA_{1C}) değerinin ise öz-bakım gücü göstergesi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda en fazla öz-bakım gücü puanının 0-5 yıl arasında olduğu ve bu grubun çoğunluğu (%25,5) oluşturduğu bulunmuştur. Tanı süresine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,586, p=0,000) (Tablo 5). Bu farklılığın tanı süresinin 20 yıl ve üstü ile 0-5 yıl arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hepburn ve arkadaşları diyabette tanı süresinin komplikasyonların gelişimi açısından önemli olduğunu özellikle diyabet başlangıç yaşı eski olan gruptakilerin glisemi değerlerini daha iyi bulmuşlardır (Hepburn ve ark. 1994). Yeni bir durumla karşılaşan bireyler o değişikliğe uyum sağlamaya çalışırken hata yapma olasılıkları daha yüksektir. 0-5 yıllık diyabeti olanların öz-bakım gücü puanının yüksek olması beklenmeyen bir durum olmasına karşılık diğer gruplara baktığımızda aralarında çok yüksek bir farklılık görülmemektedir. Bunun başka faktörlerden (yaş, eğitim durumu ve cinsiyet gibi..) etkileyebileceği göz önüne alınarak daha ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Çalışmamızda grubumuzun daha önce hipoglisemi geçirme oranının %86,8 olduğu, hipoglisemi geçiren diyabetlilerin öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu (86.8 ± 7.4), iki grubun öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($t=2.40$, $p=0.01$) (Tablo 6). Literatürlerde hipoglisemi geçirenlerin öz-bakım güçlerini gösteren bilgiye rastlanmamıştır. Diyabet tedavisinde amaç kan glüköz seviyesini dengede tutmaktır. Kontrolsüz kan glüköz seviyeleri akut veya uzun süreli metabolik komplikasyonlara ve bazen ölüme neden olabilir. Bu komplikasyonların çoğu önlenabilir veya eğer problemler tanımlanır ve hemen tedavi edilirse azaltılabilir (Altuntaş 2001, Karşıdağ 2001, Olgun 2002b). Hipoglisemi yaşayan bireylerin aynı durumla tekrar karşılaşmamak için öz-bakımlarına daha çok uyum gösterdiklerini, fakat daha önce hipoglisemi yaşamayanların öz-bakımlarına aktif katılma konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu söyleyebiliriz.

Metinarıkan ve arkadaşları diyabet eğitim toplantısına katılan ve katılmayan gruplar arasında fark bulamamış her iki grubun eğitimden eşit düzeyde faydalandığını bulmuşlardır (Metinarıkan ve ark. 2002). Chan ve Molassiotis eğitilmiş hastaların davranış değişikliği puanı ortalamasını 67.7 ± 13.8 ile orta düzeyde bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da eğitim alanların öz-bakım gücü puanı daha yüksek ve her iki grubun eğitimden eşit şekilde yararlanmadığı görülmüştür ($t=3.609$, $p=0.000$) (Tablo 7). Bu durumda eğitim alan hastaların öz-bakımları konusunda davranış değişimi yapabildiklerini söyleyebiliriz ve eğitim almayanlarında en kısa sürede bu eksiklerinin kapatılması konusunda bilinçli bir yaklaşımın sağlanması gerektiğini söyleyebiliriz.

İnsülin tedavisinin yaşam kalitesini arttırıcı özelliği vazgeçilmez kullanım endikasyonlarından biridir. Yoğun insülin tedavisi ana öğünlerden önce uygulanan ve metabolizmanın yapısına göre yapılan insülin tedavisi olması nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir. İnsülin pompası dışardan enjeksiyon yapmadan uygulanmak için aynı mantıkla geliştirilmiştir fakat enjeksiyon yöntemi gibi kullanımı çok yaygın değildir (Özcan 1999). DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) çalışması yoğun insülin tedavisinin ekonomik bir yük getirir gibi görünmesine karşılık, uzun süreli komplikasyonların tedavisinde koruyucu olduğu sonucuna varmışlar ve harcanan ekonomik giderler dikkate alındığında diğer yöntemlere göre maliyet-etkin olduğu anlaşılmıştır (Özcan 2001). İnsülin pompası, kullanım açısından kolay fakat her bireyin kullanımı için özellikle çocuklar ve yaşlılarda uygun bir yöntem değildir. Çalışmamızda diyabetlilerin en fazla oranda (%60,8) yoğun insülin tedavisi kullandıkları, en az oranda (%13,7) ise insülin pompası kullandıkları buna karşılık en yüksek öz-bakım gücü puanının 88.4 ± 6.148 ile insülin

pompası kullananların, en az öz-bakım gücü puanının ise 82.0 ± 10.30 ile klasik insülin tedavisi kullananların aldığı saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=2,74$, $p=0,02$) (Tablo 8). Bu farklılığın klasik insülin tedavisi kullananlarla, insülin pompası kullananlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Literatürde, kullanılan insülin tedavi planına göre öz-bakım gücünü gösteren bulgulara rastlanmamıştır. İnsülin pompası, klasik enjeksiyon yöntemine göre öz-güveni arttırıcı bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda insülin pompası kullanabilen hastaların günlük yaşama daha kolay uyum sağladığı belirtilmiştir ve bu konudaki çalışmalar devam etmektedir (ADA 2001; Assesment and management....2000). Bu gruptakilerin öz-bakım gücü puanının yüksek olması beklenen bir durumdur. Klasik insülin tedavisi alanların daha fazla bilgi ve motivasyona gereksinimleri olduğunu bu yöntemin öz-bakım gücünü etkilemediğini açıklayabiliriz.

Diyabetin yönetiminde bireysel izlem anahtar bir yoldur. Kendi kendine glisemi izleminden en iyi şekilde yararlanabilmeleri için diyabetli bireyin sürekli eğitim ve motivasyonu sağlanmalıdır (Olgun 2002a). Nitekim Orem, bireyin öz-bakım ihtiyaçları, kendi öz-bakım yeteneklerini aştığı zaman hemşireliğin gerekli bir hizmet olduğunu ve hemşireliğin amacının bireyin bakım gereksinimleri ile kendi yetenekleri arasında dengenin kurulmasına yardım etme olarak belirtmiştir. Çalışma grubumuzun %72,5'inin kendi kendine kan şekeri takibi yaptığının bulunması ve öz-bakım gücü puanının (86.0 ± 8.1) diğer gruba göre daha yüksek olması (Tablo 9) iki grup arasında anlamlı bir fark bulunması ($t=3,15$, $p=0,002$) bunun doğru bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Özcan ve Erol'un çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Özcan 1999, Erol 2003).

Amerikan Diyabet Birliğinin insüline bağımlı diyabetin tedavisi için bildirdiği konsensus raporuna göre glikohemoglobin değerleri tablo 10'daki gibidir (American Diabetes Association (ADA) 2001). Çalışmada diyabetlilerin glikohemoglobin (HbA_{1C}) göstergesine bakıldığında %49'unun metabolik kontrol değerinin iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). En yüksek öz-bakım gücü puanının metabolik kontrol değeri iyi olanların aldığı (85.9 ± 14.11), en az öz-bakım gücü puanının ise metabolik kontrol değeri kötü olanların aldığı saptanmıştır. Glikohemoglobin (HbA_{1C}) değerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,44$, $p=0,242$). Karter ve arkadaşları iyi bir metabolik kontrol ve iyi bir kan glikoz düzeyinin her zaman aktif öz-bakım göstergesi olmadığını metabolik kontrolün yaş, hastalık süresi ve başka hastalıklar gibi birçok faktörden etkilenebildiğini söylemişlerdir (Karter et all.2000) Çalışmamızda benzer sonuçların elde edilmesi yurt dışındaki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının 83,90±11,39 olduğu bulunmuştur. En az öz-bakım gücü olan diyabetlinin 36, en çok öz-bakım gücü olan diyabetlinin 106 puan aldığı bulunmuştur. Diyabet hastalarından 41-50 yaş grubunun, lise mezunlarının, memur olarak çalışanların, Bağ-kur'a bağlı olanların, tanı süresi 0-5 yıl arasında olanların, hipoglisemi geçirenlerin, diyabet eğitimi alanların, insülin pompası kullananların, kendi kendine kan şekeri takibi yapanların ve metabolik kontrol değeri iyi olanların öz-bakım gücü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda;

- Diyabet hastalarında uzun süreli komplikasyonların önlenmesi için önemli olan öz-bakım gücü eğitiminin karmaşıklığı nedeniyle hastalarda bilgi, motivasyon ve güç kontrolünün sürekliliğinin sağlanması,
- Öz-bakım gücünü beklenen düzeye getirmek için literatürde belirtildiği gibi bütüncül yaklaşım dikkate alınarak her hastanın sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özellikleri göz önüne alınarak eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Bu eğitim programlarının hastada davranış değişikliği yapıp yapmadığının sık aralıklarla kontrol edilmesi
- -Benzer araştırmaların değişik sosyoekonomik düzeydeki daha geniş gruplarda tekrarlanması ve öz-bakım gücünün düşük ya da yüksek olmasının nedenlerine yönelik ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Altuntaş Y (2001). Diabetes mellitus'un tanımı, tanısı ve sınıflaması. Ed.M.Yenigün, Y. Altuntaş, Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul,51-62.
2. Akduman S, Bolşık B, Sönmez S (2004). Sağlıklı Ergenlerin Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu,7:1;17-21.
3. _____American Diabetes Association (ADA) (2001): Clinical Practice Recommendations, Hypoglycemia and employment/licensure. Diabetes Care; 24 (suppl.1):118-119.
4. _____Assesment and management of patients with diabetes mellitus (2000). Eds: SC Smeltzer, BG, Bare, Textbook of Medical Surgical Nursing, 9th ed.,Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia,:973-1025.
5. Chan YM, Molassiotis A (1999). The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing, 30(2); 431-438.

6. Erol Ö (2003). İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Bireysel İzlem İle Diyabet Kontrolü ve Hipoglisemi Arasındaki İlişki, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
7. Hepburn DA, Langan SJ, Deary IJ, Macleod KM, Frier BM (1994). Psychological and demographic correlates of glycaemic control in adult patients with type 1 diabetes. *Diabet Med.*, 11(6): 578-82.
8. Kara B (2001a). Öz-Bakım Tanımı ve Kavramsal Yönü. *Sendrom*; 105-108.
9. Kara B (2001b). Tip 1 Diyabet ve Öz-Bakım. *Sendrom*; 99-101.
10. Karşıdağ K (2001). Hipoglisemi.Ed:M.Yenigün, Y. Altuntaş, Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 305-309.
11. Karter JA, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV (2000). Self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*; 23 (4): 478-483.
12. Metinarıkan N, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G (2002). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Verilen Diyabet Eğitimi Öncesi ve Sonrası Beden Kitle İndeksi, Kan Glukozu, HbA1C ve Kan Lipid Seviyelerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4: 2; 39-48.
13. Nahcivan NÖ (1993). Sağlıklı gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve aile ortamının etkisi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi; İstanbul.
14. Olgun N (2002a). Kendi kendine izleme. Ed.S.Erdoğan, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş, İstanbul, 105-115.
15. Olgun N (2002b). Hipoglisemi ve Hiperglisemi. Ed. S.Erdoğan, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş, İstanbul, 67-79.
16. Özcan Ş (1999). Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi; İstanbul.
17. Özcan Ş (2001). Diabetes mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. Ed: M.Yenigün, Y.Altuntaş. Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 969-996.
18. Sundem S, Mazze R, Simonson G, Bradley G, Castle G (1997). Psychosocial assesment guidelines for people with diabetes in the primary care setting. *Diabetologia*; 40 (Suppl.1, abstract) 2544.
19. Toljamo M, Hentinen M (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34: 6; 780-786.
20. Zwanenburg AVB, Hoogma RPLM, Harztielenhuis G (1994). The role of the diabetes specialist nurse. *Diabetes Review International*. 3 (3): 13-14.