

**MUĞLA DEVLET HASTANESİNE BAŞVURAN DİABETES MELLİTUSLU
HASTALARIN HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

*THE DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE AND BEHAVIOR ABOUT
THEIR ILLNESS OF THE PATIENTS WITH THE DIABETES MELLITUS IN
MUĞLA STATE HOSPITAL*

**Mursayettin EKSEN Hülya BAYBEK İnci BOZYER
Sebahat ALTUNDAĞ**

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu, MUĞLA

Anahtar Sözcükler: Diabetes Mellitus, Diabetik Ayak Sendromu, Hipoglisemi,
Prevalans, Bilgi Düzeyi

Key Words: Diabetes Mellitus, Diabetic Foot Syndrome, Prevalance, Knowledge levels

ÖZET

Araştırmada Muğla ilindeki erişkin tip diabetli hastaların sosyo-demografik özellikleri, ailesinde diabet bulunup-bulunmadığı, uygulanan tedavi yöntemleri, hastalığın belirtileri, hipoglisemi-hiperglisemi konusundaki bilgi düzeyleri, doktora gidiş sıklıkları, diabetle birlikte komplikasyon oluşup-oluşmadığı, egzersizin diabet üzerindeki etkilerini bilip-bilmedikleri ve diabet kartı taşıyıp-taşımadıkları incelendi.

Hastaların %76'sının 50 ve yukarı yaş grubunda oldukları, deneklerin yandan fazlasını erkeklerin oluşturduğu, %70'inin evli olduğu büyük bir kesiminin eğitim seviyesinin düşük ve %48'sinin ailesinde diabet olduğu belirlendi. Hastaların %30'unun tedavi olarak insülin kullandığı ve kullananların da yarıdan fazlasının insülini kendilerinin yaptığı tespit edildi. Hastaların %62'sinin açlık kan şekeri (AKŞ)'nin normal değerini, %46'sının hipogliseminin belirtilerini ve %44'nünün hipergliseminin belirtilerini bildikleri, hipoglisemi durumunda yandan fazla kişinin kesme şeker aldığı, ayak hijyeni konusunda bilgi sahibi olduğu ve gerekli bakımı gösterdiği belirlendi. Hastaların doktora gidiş sıklıkları incelendiğinde %58'sinin rahatsızlandıkça doktora gittikleri, ayrıca %68'sinin egzersizin diabet üzerindeki etkilerini bilmedikleri ve %92'sinin de diabet kartı taşımadığı saptandı.

SUMMARY

The research was made descriptively to examine the knowledge level about their illness and social-demographic factors of the diabetics in Muğla city. It was defined that 76% of the patients were of 50 years and over, more than half of the test subjects were men, 70% were married, the education level of majority of them was low and the family of 40% has diabetes. It was found that 30% of the patients know the normal level of AKŞ, their illness, the symptoms of hypoglycemia (46%) and hyperglycemia (44%), more of them cube sugar in the case of hypoglycemia, had knowledge on food hygen and took necessary care. When the frequency of the patients going to doctors was studied, it was found that 58% of the patients saw their doctors just in case of being ill besides 32% didn't know the factors of exercises on diabetes and 92% didn't carry a diabetes card with them.

GİRİŞ

Günümüzde yaygın bir endokrin sistem hastalığı olan Diabetes Mellitus (DM); herhangi bir yaşta başlayan, periferal dokularda insülinin etkisizliği, yokluğu, yetersizliği ya da langerhans adalannın beta hücrelerinin eksikliğine bağlı, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozukluğu ile seyreden, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları, nöropatilerin geliştiği kompleks kronik bir metabolizma hastalığıdır (Bırol ve ark 1997, Demir ve Dereli 1992, Eryılmaz ve Odabaşı 1999, Hatemi 1996).

Yaşam boyu süren, kalıtsal yönü ağır basan D.M; yaşam koşullarının düzeltilmesi, hayat süresinin uzaması, yaşlı nüfusunun artması, insülinin keşfi, tedavi olanaklarının gelişmesi gibi etkenlere rağmen, dünyada varlığı ve yaygınlığı giderek artan, insan topluluklarını etkileyen, ayrıca ülke ekonomisine getirdiği zarar açısından dikkat çeken bir sorundur (Atabek 1987, Karaca 1998, Karaöz 1997).

Dünyadaki D.M'lu birey sayısının 50 milyon olduğu düşünülmektedir. Diabet prevalansı gelişmekte olan ülkelerde %2-5, gelişmiş ülkelerde %5-10 oranındadır (Eryılmaz ve Odabaşı 1999, Karaca 1998). Batı ülkelerinde tek başına ölüm nedeni olan ilk on hastalık arasında yer alan D.M'tan, İngiltere'de 2 milyon kişi, ABD'de 10 milyon kişi etkilenmiştir (Karaöz 1997). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre ülkemizde diabet prevalansı %3.2 dir. Bu hesaba göre Türkiye'de 2.2 milyon diabet hastası ve hastalığından haberdar olmayan 2.5 milyon diabetli olduğu kabul edilmektedir (Yılmaz 1999). D.M'ta kalıtımın rolünün büyük olduğu, ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oranın %19.4-37.6 arasında bulunduğu bildirilmektedir (Gülseren 1981).

Diabeti öğrenmek, onu kontrol altına almanın ilk adımıdır. Diabet yaşam boyu süren, geriye dönüşsüz bir hastalık olduğundan, hastaya hastalığı hakkında bilgi verilmeli ve kendi bakımına katılması sağlanmalıdır (Atabek 1987, Akalın ve ark 1995). Türkiye'de diabet çok geç teşhis edilmekte, birey hastalığından habersiz dolaşmakta ve diabet konusundaki bilgisizliği nedeniyle komplikasyonlara erken yakalanmaktadır (Eryılmaz ve Odabaşı 1999, Karaca 1998). Hastalık yaşı genç olanların, bakım ve tedaviye ilişkin endişelerinin olduğu, hastalık yaşı ilerledikçe, komplikasyon gelişme korkusuyla sosyal ve tıbbi endişelerin çoğaldığı ve hastalığı algıların değiştiği bildirilmektedir. Buna göre hastalık yaşı genç diabetiklere yapılacak eğitimlerde hastalığa uyumun öneminin vurgulanması, gelecekteki komplikasyonların önlenmesi açısından primer bakımın bir parçası olması gerekliliği ortaya çıkarmaktadır (Gafvels ve ark 1993). Tedavinin etkin olabilmesi ve diabetin kontrolünün sağlanabilmesinde tıbbi tedavinin yanı sıra hasta ve ailesinin bilgi düzeyi önem kazanmaktadır (Atabek 1987). Eğitim için harcanan zaman ve para iyi bir yatırımdır. Çünkü verilebilecek iyi bir eğitim ile ileride oluşabilecek pek çok komplikasyondan kaçınmak mümkün olmaktadır. Eğitim ile hastanın kendisini daha iyi hissetmesi, kendisine güven duyması, yeni yaşam biçimine uyum sağlaması mümkündür (Tamer 1997). Verilen eğitimde hastaların beslenme ve egzersiz alışkanlıklarında değişiklik yapmaları, ilaçlarını ve gerekiyorsa insülinlerini zamanında ve doğru dozda uygulamaları, düzenli aralıklarla tıbbi kontrol ve bakımdan geçmeleri gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Ozcan 1999).

Bu çalışma Muğla Devlet Hastanesine başvuran erişkin tip D.M'lu hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi ve tutumları açısından ne durumda olduklarını tanımlamayı amaçlamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı tipte olup evrenini Muğla Devlet Hastanesine başvuran erişkin tip D.M'lu hastalar oluşturmaktadır. Muğla Devlet Hastanesi Dahiliye servisi/polikliniği ve özel servise 1.12.1999-30.1.2000 tarihleri arasında başvuran, erişkin tip D.M tanısı konmuş hastaların tamamından, kendi bakımını sağlayan 57 diabetli hastadan araştırmaya katılmaya istekli olan 50 denek çalışmaya alınmıştır.

Araştırma için kurumdan izin alınmış, hastalara araştırma konusunda bilgi verilmiş ve bu bilgilerin araştırma amacıyla kullanılacağı söylenmiş ve araştırmaya katılma konusunda sözlü onaylan alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket tarzındaki veri toplama formu 2 kısımdan oluşmuştur. Birinci bölümde diabetli hastaların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde ise D.Mlu hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır. Veriler örnekleme giren deneklerden, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket uygulanmadan önce soruların anlaşılabilirliğini kontrol amacı ile aynı servislere gelen 8 hastaya ön uygulama yapılarak sorularda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anket sorularının değerlendirilmesi, çeteleme usulü ve yüzde de oranlarının hesaplanması ile gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına katılan 50 hastanın %4'ünün 34 ve altı, %10'nun 45-49, %76'sının 50 ve yukarı yaş grubunda oldukları belirlenmiştir. Bu bulgular Gülseren (1981)'in D.M'un 45 yaşından sonra artış gösterdiği görüşünü desteklemiştir. Eryılmaz ve Odabaşı (1999) yaptıkları araştırmada 65 yaşın üzerinde yaklaşık 6 kişiden birinde D.M saptandığını bildirmişlerdir. Çalışmada elde edilen bulgular Eryılmaz ve Odabaşı (1999)'nın sonuçları ile uyum göstermiştir.

Çalışmada hastaların %48'ini kadınlar, %52'sini erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır. 20 yaş ve üzerindeki dünya nüfusunun 7,5 milyonunu (%8.2) diabetli erkekler, 8.1 milyonunu (%8.2) diabetli kadınlar oluşturmaktadır (cdc.gov/diabetes/pubs/facts 98. html prev). Bu oranlar çalışmada elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermiştir.

Literatürde diabetli hastalardan evli olanların, sosyo-ekonomik ve öğrenim düzeyi yüksek olanların tedaviye uyumunun daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (Dietrich 1996, Mitikulena ve Smith 1996). Araştırmadaki sonuçlar literatüre uygunluk göstermiş ve hastaların %70'inin evli olduklarının belirlenmesi hastaların tedaviye uyumu açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1. D.Mlu Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n-50).

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	10	20.00
Okur-yazar	4	8.00
İlk okul mezunu	22	44.00
Orta okul mezunu	4	8.00
Lise mezunu	7	14.00
Yüksek okul	3	6.00
Toplam	50	100.00

Araştırmada, hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde büyük bir kesimin eğitim seviyesinin düşük olduğu görülmüştür (Tablo 1). Diabet gibi kronik bir hastalıkta; hastalığı öğrenmek, yeterli eğitim almak tedaviye eş değerdir ve kontrol altına almanın ilk adımıdır (Akalin ve ark 1995). Bu nedenle araştırmada eğitim seviyesinin düşük olarak bulunması olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2. D.Wlu Hastaların Hastalık Yaşına Göre Dağılımı (n=50).

Hastalık Süresi	Sayı	Yüzde (%)
5 yıl ve 4'	15	30.00
6 - 10 yıl	16	32.00
11 - 15 yıl	12	24.00
16 yıl ve 1'	7	14.00
Toplam	50	100.00

Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde %30'unun 5 yıl ve daha az, %32'sinin 6-10 yıl, %24'ünün 11-15 yıl, %14'ünün de 15 yıl ve daha uzun süredir hasta oldukları görülmüştür. (Tablo 2). Demir ve Dereli (1992) çalışmalarında hastaların %53,34'nün 11 yıl ve daha uzun süredir diabetli oldukları bildirmişlerdir. Bu çalışmada elde edilen bulgular yapılan araştırma ile uyum göstermemiştir.

Araştırma kapsamına giren hastaların %92'sinin diyabet kartı taşımadıkları, %8 olan kart taşıyan oranının ise 1/4'ünün acil durumlarda yardımcı olduğu için, 3/4'ünün hastalığın tanıtıcı kartı olduğu için taşıdıkları belirlenmiştir. Kart taşıyan deneklerin ise yüksek okul mezunu oldukları saptanmıştır. Bu sonuç eğitim seviyesinin yüksekliği ile hastalık bilinci arasında paralellik bulunduğunu desteklemiştir.

Tablo 3. Ailesinde D. M. Hastalığı Olanların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı (n..24)

Yakınlık Derecesi •	Sayı	Yüzde (%)
Anne	4	16,66
Baba	4	16,66
Kardeşler	9	37,50
Çocuklar	2	8,33
Diğer	7	29,15

• n katlanmıştır.

D. M.'ta, kalıtımın rolünün büyük olduğu, ülkemizde de yapılan çalışmalarda bu oranın %19.4-°/037.6 arasında bulunduğu bildirilmiştir (Gülseren 1981). Nitekim bu çalışmada, hastaların %48'inin ailesinde diyabet öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Ailesinde diyabet öyküsü olan hastaların aile bireylerine göre dağılımına bakıldığında önceliği %37.5 ile kardeşlerin %16.66 ile anne-babanın, %8.33 ile çocukların oluşturduğu görülmüştür (Tablo 3). Çalışma sonuçları Gülseren (1981)'in sonuçları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4. D.M'lu Hastaların Hastalıklarının, Hipogliseminin ve Hipergliseminin Belirtilerini Bilme Düzeylerine Göre Dağılımı (n-50).

BİLGİLER	Biliyor		Kısmen Biliniyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DM Belirtileri	31	62.00	11	22.00	8	16.00	50	100.00
Hipoglisemi Belirtileri	23	46.00	13	26.00	14	28.00	50	100.00
Hiperglisemi Belirtileri	2	44.00	17	34.00	11	22.00	50	100.00

Araştırmaya katılan 50 hastanın %62.00'sinin AKŞ'nin normal değerini bildikleri, %38.00'inin ise bilmedikleri saptanmıştır. Sevil (1985) AKŞ'ni bilenlerin oranını %86.66 olarak bildirilmektedir. Hastaların, hastalıklarının belirtilerini bilme düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde %62.00'sinin hastalığının belirtilerini bildikleri belirlenmiştir. Demir ve Dereli (1992) ise diyabetlilerin hastalık belirtilerini bilme düzeyini %43.33 olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmada elde edilen sonuçlar ile uyum göstermemiştir.

Tablo 5. D.M'lu Hastaların, Hipoglisemi Durumunda Yaptıkları Girişimlere Göre Dağılımı (n-50).

Hipoglisemide Yapılan Girişimler	Sayı	Yüzde (%)
Kesme Şeker Alma	28	56.00
Toz Şeker Alma	4	8.00
Yatma	4	8.00
Meyve Suyu Alma	2	4.00
Yemek Yeme	1	2.00
Diğer	11	22.00
Toplam	50	100.00

Tip-II diabetli hastalarda, hastalık belirtilerinin non-spesifik olması, Tip-I diabete oranla daha hafif seyretmesi ve bu hastaların yaş ortalamasının ileri olması nedeniyle kronik komplikasyonlar daha fazla görülmüştür. Buna karşın diabetin akut hipoglisemi komplikasyonlarına Tip-I diabetlilerde daha sık rastlanılmaktadır. Bahçeci ve ark (1998), diabet yaşı 0-5 olan hastaların akut hipoglisemi komplikasyonunu %27.9 olarak bildirmektedir. Hipoglisemi, yoğun diabet tedavisinde çok yaygın bir komplikasyon olmasına rağmen Tip-II D.M'un hipogliseminin risk faktörü olduğuna dair çok az bilgi bulunmaktadır (Miller ve ark 2001). Bu sonuçlara rağmen çalışmadaki Tip-II D.M'lu hastaların hipoglisemi durumunda yapılacak uygulamaları bilmeleri olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6. D.M'lu Hastaların Egzersizin Diabet Üzerindeki Etkilerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (n=50)

Egzeraizin Diabet Üzerindeki Etkileri *	Sayı	Yüzde (%)
Kan Şekerini Kontrol Altında Tutmak	18	36.00
Kilo Kontrolü Sağlamak	14	28.00
Genel Sağlık Durumunu Düzeltmek	16	32.00
Egzersiz İle Diyabet Arasında Bağ Yoktur	19	38.00
Egzersiz Gereksizdir	4	8.00

- n katlanmıştır.

Araştırmada deneklerin, egzersizin D.M üzerindeki etkilerini bilme durumlarına bakıldığında, %38'inin egzersiz ile diabet arasında bir bağ kuramadıkları, %8'inin ise "egzersiz gereksizdi?" cevabını verdiği saptanmıştır. Atabek (1987) D.M kontrolünü sağlamada hastalar tarafından egzersizin %17.7 ile en az bilinen etmen olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçları Atabek (1987)'in bulgular ile uyumlu bulunmuştur.

Tablo 7. D.M'lu Hastaların Ayak Hijyenindeki Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı (n=50) .

Ayak Hijyeni *	Sayı	Yüzde (%)
Her Gün Yakıyor= - Kıruluyorum	37	74.00
Her Gün Yıkamıyorum	12	24.00
Tımaklanmış Düz ve Düzenli Keserim	41	82.00
Tırnak Kesimine Özen Göstermem	6	12.00
Her Gün Kesik - Sıyrık Kontrolü Yaparım	29	58.00
Çıplak Ayakla Dolaşabilirim	16	32.00
Sıkı Ayakkabı Giymem	32	64.00
Ayakkabı Seçimine Özen Göstermem	2	4.00

- n katlanmıştır.

Hastanede yatan D.M'lu hastaların yaklaşık %47'sinde yatış nedeni diabetik ayak enfeksiyonlarıdır. D.M'lu hastalarda major amputasyon oranı D.M'lu olmayanlara göre 15 kat daha fazladır (Jirkowska 2001). D.M komplikasyonları içinde sayılan, diabetik ayak ülserleri ve enfeksiyonlan hastanede yatış süresi ve maliyeti açısından diğer komplikasyonlara göre daha uzun süreli ve pahalıdır (Mancini ve Ruotolo 1997). Diabetik hastalarda ayak bakımı ve ayak hijyeni konusundaki bilgi düzeyi, diabetik ayak gelişimini önleme açısından oldukça önemlidir (Levin 1998). Araştırmada deneklerin %82.00'sinin tırnaklarını düz ve düzenli kestiği, %74.00'ünün ayaklarını her gün ve düzenli olarak yıkadıklarını, %64.00'ünün sıkı ayakkabı giymediği, %58.00'nin her gün kesik ve sıyrık kontrolü yaptığı tespit edildi (Tablo 7). Bu sonuçlar diabetik ayak sendromu gelişiminin önlenmesi açısından olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8. D. M. Hastaların Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı (n=50)

Uygulanan Tedavi Yöntemi	Sayı	Yüzde (%)
Diyet	1	2.00
Diyet + insülin	17	34.00
Egzersiz	1	2.00
Diyet + Oral Antidiabetikler	31	62.00
Toplam	50	100.00

Oral antidiabetik ilaçların 30-40 yaşın üzerinde ortaya çıkan hafif ve orta derecedeki Tip-II diabet vakalarında etkili olduğu bildirilmiştir (Tamer 1997). Uygulanan tedavi tiplerine göre hastaların dağılımlarına bakıldığında %62.00'sinin diyet ve oral antidiabetik ilaç, %34.00¹171'nün diyet ve insülin kullandıkları, egzersizin ise hastalar tarafından %2.00 oran ile en az uygulanan tedavi yöntemi olduğu görülmüştür (Tablo 8). Sevil (1985) tedavi tiplerine göre hastaların dağılımını %54.00 Diyet+Oral antidiabetik ilaç, %30.00 yalnız diyet, %16.00 Diyet ve İnsülin olarak bildirmiştir. Bu sonuçlar çalışmadaki sonuçlar ile paralel olarak değerlendirilmiştir

Araştırmaya katılan hastaların %34.00'ü tedavi olarak insülin kullanmaktadır. Bunlardan da %58.83'ünün insülini kendilerinin yaptıkları, %11.76'sının aileden birisine yaptırdıkları, %17.65'inin iğneci-eczacıya yaptırdığı saptandı. İnsülin enjeksiyonunu kendi uygulayan hastalarda kendine güven duygusu artarak bağımlılık oranının azaldığı bildirilmektedir (Levin 1981, Mulkeen 1989). Araştırmada hastaların yarısından fazlasının insülin enjeksiyonunu kendilerinin yapmaları olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 9. İnsülin Kullanan D.M'lu Hastaların, İnsülin Kullanımından önce Dikkat Etmesi Gereken Konuları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı(n-17).

İnsülin Kullanımında Dikkat Edilecek Konular•	Yüzde (%)
	ay
Tarih Kontrolü	4 23,53
El Yıkama	8 47,06
Hafifçe Çalkalama	8 47,06
İnsülin Çeşidine Göre Renk Kontrolü	4 23,53
Hepsi	2 11,76
Bilmiyorum	6 35,29

* n katlanmıştır.

İnsülin kullanan deneklerin, %23.53'ünün tarih kontrolü, %47.06'sının el yıkama, %47.06'sının hafifçe çalkalama, %23.53'ünün insülin çeşidine göre renk kontrolü yaptıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar, hastalara insülin konusunda yeterli bilgi verilmediğini göstermektedir. Bu durumun, hastanelerde eğitimi kimin yapacağını tam olarak belirlenmemiş olması ve hemşirelerin eğitici rollerini yeterince benimsememiş olmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 10. D.M'lu Hastaların, Hastalıkları ile İlgili Olarak Doktora Gidiş Sıklığının Dağılımı (n-50).

Doktora Gidiş Sıklığı	Sayı	Yüzde (%)
Ayda Bir	17	34.00
Yılda Bir	3	6.00
Altı Ayda Bir	1	2.00
Rahatsızlandıkça	29	58.00
Toplam	50	100.00

D.M'un toplum içinde giderek artması ve önemli komplikasyonları nedeniyle iş gücünün azalması, gerek toplumda gerek sağlık örgütünde büyük sosyal ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (Fadıloğlu 1986). Bunun için hastaların düzenli kontrolleri önem taşımaktadır. Çalışmada hastaların kontrol sıklıkları incelendiğinde (tablo 10) ayda bir kontrole gidenlerin oranı %34.00 olarak bulundu. Hastaların çoğun-

luğunun düzenli kontrol yaptırmamaları komplikasyon gelişme, iş gücünün azalması ve ekonomik kayıplar açısından olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tedavi ile bakıma uyumu ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından hastaların hastalıklarına ilişkin inanç ve tutumların belirlenmesi önemlidir. Özellikle hastalık yaşı genç olanlar olmak üzere D.Mlu hastalara yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, geleneksel tıbbi yaklaşımdan farklı olarak bakım ve tedavisi boyunca hastaların ve ailelerin yalnızca bedensel değil, bilgi-beceri-değerler ve tutumlar açısından da bütüncül olarak değerlendirilmesi, öz-bakım gereksinimlerinin saptanıp, uygun yaklaşımların planlanması gerekir. Verilen eğitim etkinliğinin ev ortamında izlenmesi, diyabet polikliniklerinin yaygınlaştırılması, diyabet poliklinikleri ile hastanedeki bütün kliniklerin koordineli çalışmasının sağlanması, diyabet poliklinikleri ile halk sağlığı hemşirelerinin ortak çalışmalarının sağlanmasının yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

KAYNAKÇA

1. Atabek T (1987). Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıktan ve Tedavileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Hemşirelik Bülteni, II: 8-9.
2. Akalın S, Arslan M, Başkal N ve ark. (1995). Diabet ve Siz., www.21.brinkster.com/drfehthi/Şeker-hastalığı.htm.
3. Bahçeci M, Tuzcu A, Yıldırım M ve ark (1998). Diabet hastalarında görülen komplikasyonlar ve oranlarının irdelenmesi, Dicle Tıp Dergisi, 26: 1-2.
4. Birol L, Akdemir N, Bedük T (1997) İç hastalıkları hemşireliği, 6. Bs, Ankara, Sanem Matbaası, Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
5. Cdc.gov/diabetes/pubs/facts98.html#prev: Publications and Products National Diabetes Fact Sheet
6. Demir ü ve Dereli N (1992). İnsülin kullanan diyabet mellituslu yaşlıların hastalık ve bakıma ilişkin bilgilerinin saptanması, Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 25-37.
7. Dietrich UC (1996). Factors influencing the attitudes held women with type-II diabetes: A qualitative study, Patients Educ. Couns, 29(1): 13-23.
8. Eryılmaz ü, Odabaşı A (1999). Denizli Sağlık Müdürlüğü Sağlık Dergisi, üzdoğan Ofset Matbaacılık, 6: 3-16.
9. Fadıloğlu Ç (1986). Diabetik hastaların ayak bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması, Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1): 15-25.
10. Gafvels C, Lithmel F, Borjeser B (1993). Living with diabetes relationship to gender, duration and complications a survey in northern Sweden, Diabetes Med 10(8): 760-773.

11. Gülseren 0 (1981). Epidemiyoloji, Bursa Üniversitesi Basımevi, Bursa
12. Hatemi H (1996). Klinik bilimler II, Teşhis ve tedavi el kitabı, 3. Bs, İstanbul, Başar Ofset.
13. Jirkovska A (2001). Care of patient with the diabetic foot syndrome based on an International consensus, Cas Lek Cesk, 140 (8) 230-233.
14. Karaca S (1998). Atatürk sağlık meslek lisesi hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin diabetes mellitus hastalığı ve hemşirelik bakımı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(1): 115-123.
15. Karaöz S (1997). Diabet ve hemşirelik, Şahin Matbaası, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.
16. Levin L (1981) Self care in potential and pit falls, WHO Form, 2.
17. Levin ME (1998). Prevention and treatment of diabetic foot wounds, J Wound Ostomy Continence Nurs, 25 (3): 129-146.
18. Mancini L, Ruotolo V (1997). The diabetic foot: Epidemiology, Rays, 22 (4): 511-523.
19. Miller CD, Phillips LS, Ziemer DC ve ark. (2001). Hypoglycemia in patients with type-2 diabetes mellitus, Arch Intern Med, 161 (13): 1653-1659.
20. Mitikulena A, Smith RB (1996). Wiefs of Pasific Islands people with non-insulin dependent diabetes. A Wellington survey, N2 Med, 103 (5): 467-469
21. Mulkeen H (1989). Diabetes teaching the teaching of self-care, Nursing Time, 3:63-65.
22. Özcan Ş (1999). Diyabetli hastaların hastalığa uyumunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
23. Sevil ti (1985). Diabetes mellitus tanısı ile hiç hastaneye yatmamış erişkin diabetik hastaların bilgi düzeylerinin saptanması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7: 55-67.
24. Tamer MN (1997). Tip-II diabetes mellitus tedavisi, Steteskop, 1 (1): 7-12.
25. Yılmaz T (1999). Global bir sağlık sorunu diabetes mellitus, Hemşirelik Forumu, 2: 73-74.