

Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri

Levels of Health Care Utilization in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Hamit Acemoğlu¹, Melikşah Ertem², Mithat Bahçeci³, Alpaslan Tuzcu³

¹Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Erzurum

²Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır

³Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Hamit ACEMOĞLU, Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, 25240, Erzurum.

Tel: 0.442.2316540, fax: 0.442. 236 0968, e-posta: hamitacemoglu@hotmail.com

Özet

Amaç: Diyabetli bir hasta yaşamı boyunca planlanmış bir bakımı sürdürmek ve düzenli olarak uzman yardımı almak zorundadır. Sürekli sağlık hizmetinin önemli olduğu bu hastalıkta, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tedavi ve sağlık hizmetlerine hastaların pek azı ulaşmaktadır. Hastaların ne kadarının yeterli ve sürekli sağlık bakımı hizmetlerine ulaştığının bilinmesi sağlık planlamaları için önemlidir. Bu çalışmanın amacı farklı sağlık kuruluşlarından hizmet alan Tip 2 Diyabetes Mellitus(DM)' lu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini saptamak ve karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle hazırlanan yapılandırılmış görüşme formları yardımıyla Ekim 2002-Aralık 2002 tarihleri arasında toplandı. Geliştirilen Diyabet Bakım Ölçeğine göre hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri incelenip bunu etkileyen faktörler irdelendi.

Bulgular: Genel olarak DM'lu hastaların hizmetten yararlanma düzeylerinin oldukça düşük olduğu, çok az bir kısmının diyabet eğitimi aldığı, hastalarda kronik komplikasyonların fazla görüldüğü, sağlık personelinin hastaya uygun önerilerde bulunmadığı belirlendi. Buna göre üniversite hastanesinde hizmet alanların Diyabet Bakım Ölçeği skoru (43,3±19,3) diğer kurumlarda hizmet alanların Diyabet Bakım Ölçeğinden (30,3 ± 19,1) yüksek (p=0,0001) bulundu. Hastaların %79,6'sında kronik komplikasyonlardan en az biri gözlemlendi. Hastaların %13,6'sının diyabet hemşiresine ulaşmada, %59,6'sının doktora ulaşmada sorun yaşamadığı buna karşın %47,6'sının ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığı saptandı. Araştırma kapsamında incelediğimiz hastaların %52'sinin HbA1c baktırabildiği tespit edildi.

Sonuç: Ülkemizde ve çalışmanın yürütüldüğü Diyarbakır ölçeğinde diyabetli hastalar yeterli tıbbi bakıma ulaşmada güçlük çekmektedirler. Yeterli tıbbi bakımın çok önemli olduğu diyabet gibi hastalıklarda koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmada karşılaşılan engellerin ortadan kaldırılması için organizasyonlara gidilmelidir. Hazırlanmış olan Ulusal Diyabet Kontrol Programı, ülke geneline yaygınlaştırılmalı, hastalara sunulan hizmet tüm basamaklarda etkinleştirilmelidir. Standart tanı ve tedavi kılavuzları hazırlanmalı ve bu kılavuzlar kullanılarak hasta muayeneleri yapılmalıdır. Hasta tanısı kesinleşir kesinleşmez, her hastaya diyabet eğitim kursu verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet Bakım Ölçeği, Diyarbakır, Tip 2 Diyabetes Mellitus, Sağlık hizmetleri

Abstract

Objective: A diabetic patient should be provided a planned care and professional help throughout his life. Although sustained health-care is important for the disease, few patients, especially in developing countries, can reach health-care facilities and treatment. In the planning of the health-care policies, it is very important to know how many patients can reach these facilities. Aim of the study was to determine and compare the level of health care facility use by the patients with type 2 diabetes mellitus among the patients who use various health care facilities.

Materials and Methods: The data was obtained via structured questionnaire which were filled by face to face interviews made between October 2002 and December 2002. The level of health care facility use was measured according to the Diabetes Care Scale and the affecting factor of using were studied.

Results: Generally, level of health care facility use was found to be low among diabetics; moreover, chronic complications were high among diabetics and they were not appropriately advised by the health care professionals. The Diabetic Care Scale score was found to be significantly higher in the patients who admit to university hospital (43.3±19.3) compared with those who admit to other health care centers (30.3±19.1)(p=0.0001). Of the patients, 79.6% had at least one chronic complication, the 13.6% had no problem to reach the diabetes nurse, and 59.6% had no problem to reach the doctor. But it was found that 47.6% of the patients were not using their drugs regularly. In our study, 52% of patients were able to be evaluated for HbA1c.

Conclusion: In Diyarbakır, the place of the study, the scores show that diabetic patients have difficulties to reach to the health care system. Because effective health care is very important for the diseases like diabetes, the barriers for the patients to use of preventive health care system should be eliminated. National Diabetes control program should be distributed to the general country and the medical service presented to the patients should be effective in all steps. Standard diagnosis and treatment guidelines should be prepared and the patients should be examined according to these guidelines. Once the diabetes diagnosis is confirmed, every patient should be given diabetes education.

Keywords: Diabetes Care Scale, Diyarbakır, Health Care, Type 2 Diabetes Mellitus

Giriş

Diyabet, toplumlarda tüm yaş gruplarında görülebilen, komplikasyonlarla seyreden, iyi tedavi edilmediğinde kalp-damar, göz, böbrek ve sinir dokusu başta olmak üzere tüm yaşamsal organlarda kalıcı bozukluklara neden olabilen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilen bir hastalık olmasının yanı sıra tedavi maliyetinin çok yüksek olduğu bir sağlık sorunudur. Diyabet, ülkemizde ve dünyada çok yaygın görülmektedir. Tüm dünyada diyabetli nüfus artış hızı normal nüfus artış hızından yüksek tir [1-4].

Diyabet biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri ile bireyin tüm yaşamını etkilemektedir. Diyabet hastası yaşamı boyunca planlanmış bir bakımı sürdürmek ve zaman zaman uzman yardımı almak zorundadır. Bu kısıtlama ve zorunlulukların yanı sıra ortaya çıkabilen akut ve kronik komplikasyonlar yaşam kalitesini düşürmektedir. Son yıllarda yapılmış olan iki önemli çalışma (Diabetes Control and Complications Trial-DCCT ve United Kingdom Prospective Diabetes Study-UKPDS) iyi planlanmış bir tedavi ve bakım süreci sonunda diyabet kontrolünün düzeldiğini komplikasyonların azaldığını ve diyabetlilerin yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir. Elde edilmiş olan bu sonuçlar diyabetlinin, bireysel yönetimini (self-management) başarma düzeyi ile yakın ilişkilidir [5-8].

Diyabet "yarımlar" kuralına tabidir. Diyabet olgularının sadece yarısı teşhis edilmekte, teşhis edilenlerin yarısı tedavi edilmekte, tedavi edilenlerin yarısı iyi tedavi edilmektedir. Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili çalışmalarda daha çok hasta davranışları üzerinde durulmakta, ancak hasta sağlık sistemine ulaştıktan sonra sağlık hizmeti veren kişilerin davranışları (tetkik isteme, sevk etme, tedavi, hastaneye yatırma) göz ardı edilmektedir [9].

Diyabette bakım hizmetleri çok önemlidir ve bunu etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin incelenip ortaya çıkarılması ve olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Toplum içinde çok önemli bir yere sahip olan diyabetlilerin bakım hizmetlerine ulaşamamasının nedenleri her toplum ve grup için değerlendirilmeli, sağlık planlamaları buna göre yapılandırılmalıdır. Diyabetli birey her istediğinde doktora diyetisyene ve diğer sağlık personeline ulaşabilmeli, yaşamı boyunca ilaçlarını düzenli kullanmalı, uygun egzersiz programı ve yaşam stilini uygulamalı, sık sık diyabetle ilgili metabolik parametrelerini kontrol ettirmektedir. Toplumumuzda, diyabetlilerin ne kadarının bu hizmetlere ulaşabildiği konusunda yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Ancak hastaların bu hizmetlere ulaşmasını, hangi faktörlerin etkilediğinin bilinmesi de gerekli bir olgudur.

Bu çalışmanın amacı Dicle Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalarla ilgili diğer sağlık kuruluşlarından (Sağlık ocağı, Devlet hastanesi, SSK hastanesi) hizmet alan Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu (DM) hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini saptamak ve karşılaştırmaktır. Bunun yanı sıra bu konuda yapılan hizmetlerle ilgili saptanan sorunlara çözüm önerilerinde bulunmak, diyabet korunma ve kontrol programlarına katkı sağlamak ilerde yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma iki grup şeklinde planlanmıştır: Birinci grup; Dicle Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine (D.Ü.E.A.H.) başvuran hastalar, ikinci grup; Diyarbakır Devlet Hastanesi, Diyarbakır SSK Bölge Hastanesi ve Şehitlik Sağlık Ocağı'na başvuran hastalardan oluşturuldu.

Görüşme Formu:

Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılandırılmış görüşme formları yardımıyla 01 Ekim 2002-31 Aralık 2002 tarihleri arasında toplandı. Bu araştırma tanımlayıcı, karşılaştırmalı epidemiyolojik bir araştırma olarak düzenlendi. Çalışmaya daha önceden aynı hastanede ya da başka yerde Tip 2 DM tanısı almış hastalar kabul edildi. Çalışmaya dahil edilecek hastalarla görüşülerek çalışma hakkında bilgilendirildi ve onayları alındı.

Düzenlenen anket formunda iki bölüm yer almaktadır. Birinci bölümde, sosyodemografik bilgilere yer verildi. Bu bölümün soru başlıkları: cinsiyet, yaş, meslek, boy-kilo, beden kütle indeksi (BKİ), medeni durum, şeker hastalığı tanısının alındığı sağlık kuruluşu, tanı aldığı anda kaç yaşında olduğu ve şeker hastalığı tanısı alalı kaç yıl olduğu, ailede başka diyabetlinin olup olmadığı, eğitim, sosyal güvence ve ekonomik durumdur. Hastaların boy ve ağırlıklarından (BKİ) hesaplandı (kg/m²). BKİ'lerine göre hastalar dört gruba ayrıldı: zayıf ($\leq 19,9$), normal (20,0-24,9), şişman (25,0-29,9) ve çok şişman ($\geq 30,0$).

İkinci bölümde, hastanın sağlık hizmetlerine ulaşma, yararlanma düzeylerini belirleyecek sorular sorulmuştur.

Bu bölümdeki soru başlıkları: Her istediğinde doktora ulaşma, her istediğinde diyetisyene ulaşma, her istediğinde diyabet eğitim hemşiresine ulaşma, telefonla danışmanlık alma, ilacı bittiğinde ara vermek zorunda kalmama, diyabet eğitim programına katılma, kan lipitlerinin periyodik ölçülmesi, en az bir kez göz muayenesi olma, en az bir kez nörolojik muayene olma, düzenli kontrol, raporla ilaç alma, evde şeker ölçüm cihazı varlığı, tanı koyan doktorun diyetisyen önerisi, HbA1c ölçme, DM' la ilgili diyet bilgisi, diyet uyumu ve diyetisyen desteği, kronik komplikasyonlar, alışkanlıkları, diyabet bakımı ile ilgili aldığı eğitim ve destek bilgileri, egzersizler konusundaki bilgileri ve uygulamaları, diyet konusundaki bilgileri, bu diyet programlarına uyumlarıdır.

İkinci bölümdeki sorulardan 20'si sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini gösteren göstergeler olarak kabul edildi ve "Diyabet Bakım Ölçeği (DBÖ)" olarak isimlendirildi. DBÖ, beslenme eğitimi alma, göz komplikasyonları için muayene olma, nörolojik komplikasyonlar için muayene olma, ilaçlarını düzenli kullanma, diyetisyenle görüşme, günlük öğün sayısı, DM' la ilgili eğitim programına katılma, doktora düzenli kontrole gitme, her istediğinde doktora ulaşma, diyetisyene ulaşma, diyabet eğitim hemşiresiyle ulaşma, evde şeker ölçme cihazını düzenli kullanma, sağlık personelinin egzersiz önerisi, düzenli egzersiz yapma, diyabet için ilaç raporu ilk tanı koyan doktorun diyetisyen önerisi, kan yağlarını ölçme, telefonla danışmanlık alma, periyodik tartılma ve kan şekeri düzeyi hakkında bilgisi sorulmaktadır. Soruların cevabı olumlu olanlara maksimum 5 puan, olumsuz olanlara sıfır puan verilmiştir. Oluşturulan DBÖ'nin güvenilirlik analizi yapılmış ve buna

göre Cronbach alfa katsayısı 0,81 bulunmuş olup ve bu katsayı oldukça yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirildi [10].

Anketin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini etkileyen faktörler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Hastanın Diyabet Bakım Ölçeğinden aldığı puan bağımlı değişken olarak kabul edildi. DBÖ'ni etkilediği düşünülen hastaların sağlık hizmeti aldığı yer, cinsiyet, sosyal güvencenin varlığı, ekonomik durum, ailede diyabet hikayesi, eğitim durumu ve diyabet süresi bağımsız değişkenler olarak kabul edilerek "student t" testi ile analiz edildi. Kategorik değişkenlerin analizi ise Ki-kare testi ile yapılmıştır. P değeri < 0,05 olması durumunda istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Bulgular

Tanımlayıcı Bulgular:

Araştırmaya 153'ü D.Ü.E.A.H'den, 97'si Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi ve Sağlık Ocağından olmak üzere toplam 250 tip 2 DM'lu hasta alındı.

Tablo 1'de araştırmaya alınan tip 2 DM'lu hastaların bazı temel sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

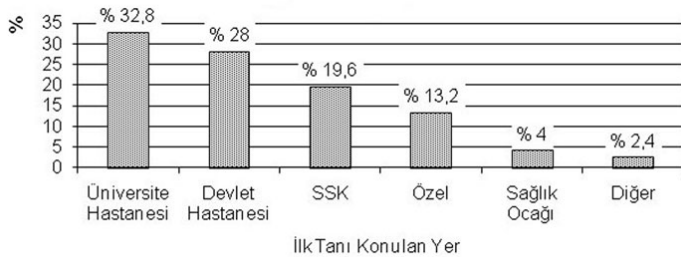
Üniversite Hastanesi ile Devlet Hastanesi, SSK ve Sağlık Ocağına başvuranların yaş, diyabet başlama yaşı, diyabet süresi ile komplikasyon sayılarının ortalamaları incelendi: yaş ortalaması Üniversite Hastanesine başvuranlarda 53,3±10,4, diğer sağlık kurumlarında 56,0±10,2 bulunmuştur (p=0,04). Diyabet başlama yaşı Üniversite Hastanesine başvuranlarda 45,8±10,7, diğer kurumlara başvuranlarda 48,2±10,9 olarak belirlendi (p=0,08).

Diyabet süresi Üniversite hastanesine başvuranlarda 7,5±6,0 yıl, diğer kurumlara başvuranlarda 7,8±5,6 yıl bulundu (p=0,7). Komplikasyon sayısı ortalaması Üniversite Hastanesine başvuranlarda 1,4±1,1, araştırmanın yapıldığı diğer sağlık kurumlarında 1,8±1,0 olarak saptandı (p=0,002).

Hastaların ilk tanı aldıkları yer en çok %32,8 ile Üniversite Hastanesi iken, %4,0 ile en az tanı konulan yer Sağlık Ocakları oldu (Şekil 1).

Diyetisyenle görüşüğünü belirtenler %52,8, hiç görüşmediğini belirtenler %48,8 idi. Bunların %33,2'si bir kez, %11,6'sı iki kez %6,4'ü üç ve daha fazla kez görüştiklerini belirttiler. Üniversite hastanesine ve diğer devlet hastanesi ile sağlık ocağına başvuranlarda diyetisyenle görüşenlerin oranı sırasıyla %66,0 ve %27,8 olup fark istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulundu (p=0,0001).

İlk tanı koyan doktorun, hastaların %37,2'sini diyetisyene



Şekil 1 —. Tip 2 diyabetes melituslu hastaların ilk tanı konulan yere göre dağılımı.

Tablo 1. Araştırmaya alınan tip 2 DM'lu hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	158	63,2
	Erkek	92	36,8
Yaş Grupları	28-39	20	8,0
	40-49	61	24,4
	50-59	85	34,0
	60-69	58	23,2
	+70	26	10,4
Medeni Durum	Evli	219	87,6
	Diğer	31	12,4
Meslek	Ev hanımı	152	60,8
	Emekli	29	11,6
Dağılımı	Memur	29	11,6
	İşsiz	16	6,4
Sosyal Güvence	İşçi	9	3,6
	Diğer*	15	6,0
Eğitim Durumu	Yok	46	18,4
	Emekli sandığı	119	47,6
Ekonomik durum	SSK	65	26,0
	Bağ-Kur	16	6,4
Yerleşim Yeri	Diğer	4	1,6
	Okur yazar değil	151	60,4
Eğitim Durumu	İlkokul	50	20,0
	Lise	24	9,6
Ekonomik durum	Üniversite	14	5,6
	Ortaokul	11	4,4
Ekonomik durum	Kötü	93	37,2
	Orta	139	55,6
Yerleşim Yeri	İyi	18	7,2
	Kent	198	79,2
Yerleşim Yeri	Kır	52	20,8
	Toplam	250	100,0

*Diğer (8 esnaf, 6 çiftçi, 1 bankacı) DM: Diyabetes Mellitus, SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

yönlendirdikleri, bunların %90,3'nün diyetisyenle görüştikleri saptandı.

Tablo 2. Araştırmaya alınan tip 2 DM'lu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarına göre dağılımları

	D.Ü.E.A.H.† (n=153) %	DH, SSK, SO (n=97) %	Toplam (n=250) %	P
Kan lipitlerinin periyodik ölçülmesi	84,3	51,5	71,6	0,0001
Her istediğinde doktora ulaşma	61,4	56,7	59,6	0,45
Düzenli kontrol	62,1	43,3	54,8	0,0004
HbA1c ölçme	83,7	2,1	52,0	0,0001
En az bir kez göz muayenesi olma	56,9	40,2	50,4	0,01
İlacı bittiğinde ara vermek zorunda kalmama	46,1	36,1	42,4	0,12
En az bir kez nörolojik muayene olma	37,9	42,3	39,6	0,49
Raporla ilaç alma	39,2	34,0	37,2	0,40
Tanı koyan doktorun diyetisyen önerisi	47,7	20,6	37,2	0,0001
Her istediğinde diyetisyene ulaşma	26,8	10,3	20,4	0,0002
Evde şeker ölçüm cihazı varlığı	20,3	14,4	18,0	0,24
Diyabet eğitim hemşiresi duyma	18,3	6,2	13,6	0,006
Her istediğinde diyabet eğitim hemşiresine ulaşma	18,3	5,2	13,2	0,003
Telefonla danışmanlık alma	10,5	5,2	8,4	0,14
Diyabet eğitim programına katılma	9,8	2,1	6,8	0,02

†Dicle Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, DM: Diyabetes Mellitus, DBÖ: Diyabet bakım ölçeği, DH: Devlet Hastanesi, SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu, SO: Sağlık Ocağı

Tablo 3. Araştırmaya alınan tip2 DM'lu hastalarının başvuru yeri, cinsiyet ve sosyal güvence durumuna göre DBÖ ortalamaları

		Sayı	DBÖ Ortalaması±S.S.	P değeri
Başvuru Yeri	Üniversite Hastanesi	153	43,3 ± 19,3	0,0001
	DH, SSK, SO	97	30,3 ± 19,1	
Cinsiyet	Erkek	92	41,1 ± 20,6	0,084
	Kadın	158	36,5 ± 19,8	
Sosyal Güvence	Var	204	41,5 ± 19,5	0,0001
	Yok	46	23,7 ± 16,5	
Ekonomik Durum	İyi	18	42,4 ± 18,8	0,0001
	Orta	139	42,3 ± 19,5	
	Kötü	93	31,4 ± 19,7	
Ailede Diyabet	Var	130	40,3 ± 20,5	0,097
	Yok	120	36,0±19,8	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	151	33,7 ± 18,1	0,0001
	İlköğretim	61	39,3 ± 21,0	
	Lise ve üzeri	38	54,5 ± 18,3	
Diyabet Süresi	0-9 yıl	163	36,1 ± 19,3	0,024
	+10 yıl	87	42,2 ± 21,3	
Yerleşim Yeri	Kent	198	40,9 ± 20,1	0,0001
	Kır	52	27,8 ± 16,9	
Komplikasyon	Var	199	37,5±19,9	0,2
	Yok	51	41,2±21,1	

DM: Diabetes Mellitus, DBÖ: Diyabet bakım ölçeği, DH: Devlet Hastanesi, SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu, SO: Sağlık Ocağı

Tip 2 DM'lu Hastaların Diyabet Eğitimi:

Hastaların 17'si (%6,8) daha önce diyabet eğitim programına katıldığını belirtmiştir. Daha önce diyabet eğitim programına katılan ve katılmayanların bazı davranışları incelendi. Eğitim programına katılanların %64,7'si katılmayanların %24,9'u ile daha fazla kilo vermeye çalıştıkları (p=0,001) ve diyetisyenle görüşme sayılarının daha fazla olduğu bulunurken, sigara içme ve egzersiz yapma gibi davranışlar da her iki grup arasında fark bulunmadı. Günlük öğün sayısı ortalamaları eğitim alan grupta 4,2±1,5, eğitim almayan grupta 3,5 ± 1,2 olarak belirlendi (p=0,012).

Hastaların %39,2'si hiç kimseden yardım almadıklarını belirtirken, ailesinden yardım aldıklarını belirtenler %30,8'dir. Doktor ve hemşireden yardım aldıklarını belirtenler %18,4 ve %0,8 olarak bulundu.

Tip 2 DM'lu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları:

Tablo 2'de hastaların bazı sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları gruplara göre dağılımları verilmiştir. Hastaların % 1,6'sı kan lipitlerini düzenli olarak ölçtürmekte olup, bu oran Üniversite Hastanesinde %84,3, diğer grupta %51,5 olarak bulundu. Tip 2 DM'lu hastaların %59,6'sı genelde her istediğinde doktora ulaşabildiklerini ifade ederken %54,8'i düzenli kontrole gittiklerini belirttiler. Düzenli doktor kontrolü bakımından Üniversite Hastanesine başvuran hastalar daha iyi durumda bulunmaktadır (%62,1, p=0,004).

HbA1c ölçümü Üniversite Hastanesine başvuran hastaların %83,7'i, diğer kurumlara başvuranların %2,1'inde yapılmış olup toplamda bu oran %52,0'dir (p=0,0001). Genelde hastaların %50,4'ü bir kez göz muayenesi olduğunu bildirdi. Üniversite Hastanesine ve sağlık kuruluşuna başvuranlarda göz kontrolü yaptırılan sırasıyla, %56,9 ve %40,2 bulundu (p=0,01). Diyabet ilaçlarını hiç ara vermeden kullananlar %42,4'tür. Üniversite Hastanesinden seçilen hastalarda bu %46,1 diğer grupta %36,1'dir

(p=0,12).

Hastaların %37,2'si tanı koyan doktor tarafından diyetisyene yönlendirilmiştir. Bu oran Üniversite Hastanesine başvuran hastalarda %47,7 ile daha yüksek değerdedir (p=0,0001). Ancak, bu hastaların %26,8'i her istediğinde diyetisyene ulaşabilmektedir. Genelde diyetisyene ulaşanların oranı %20,4 gibi düşük düzeydedir (p=0,002). DM'lu hastaların %18,0'ı şeker ölçüm cihazına sahiptir. Bu bakımdan da Üniversite hastanesine başvuranlarla diğer grup arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmadı (p=0,24).

Hastaların %13,6'sı diyabet eğitim hemşiresinden haberdardır. Diyabet eğitim hemşiresinden haberdar olma D.Ü.A.E. diğer gruba göre daha yüksek olup sırasıyla %18,3, %6.2 bulundu (p=0,0006). Diyabet eğitim hemşiresine ulaşma bakımından gruplar arasındaki farklılık anlamlıdır (p=0,003). Telefonla danışmanlık hizmeti alanlar Üniversite Hastanesinde %10,5, diğer grupta %5,2 şeklinde olup, genel olarak %8,4 bulundu. Üniversite Hastanesine başvuran diyabetli hastaların %9,8'i diğer gruptakilerin %2,1'i diyabet eğitim programına katıldığını bildirdi (p=0,02).

Tablo 3'te her iki grupta sağlık kuruluşundan yararlanan hastaların, başvuru yeri, cinsiyet, sosyal güvence, ekonomik durum, ailede diyabet hastalığının olup olmaması, eğitim durumu ve diyabet süresine göre DBÖ ortalamaları verilmiştir. Buna göre, tüm hastaların ortalama DBÖ puanı, 38,2±20,2 olup, Üniversite Hastanesine başvuranların ortalaması 43,3±19,3, diğer grubun 30,3±19,1 bulundu (p=0,0001).

Sosyal güvencesi olanların DBÖ ortalaması 41,5±19,5, olmayanların 23,7±16,5 bulundu (p=0,0001). Ekonomik durumları incelendiğinde iyi durumda olanların ortalaması 41,5±19,5, orta olanların 42,3±19,5, kötü olanların ise 31,4±19,7 olarak bulundu (p=0,0001).

Ailesinde diyabet öyküsü olanların DBÖ'sü 40,3±20,5, olmayanların 36,0±19,8'dir (p=0,097). Eğitim durumuna göre ortalamalar incelendiğinde; okur yazar olmayanların 33,7±18,1, ilköğretimi (ilkokul ve ortaokul) bitirenlerin 39,3±21,0 lise ve üzeri olanların ortalaması 54,5±18,3 olarak hesaplanmıştır (p=0,0001). Diyabet süresi 0-9 yıl arasında olanların DBÖ ortalaması 36,1±19,3, 10 yıldan fazla olanların ortalaması 42,2±21,3'dir (p=0,024).

Tartışma

DM, düzenli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Bundan dolayı diyabetli hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları büyük önem taşımaktadır.

Araştırmanın örnekleme sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardan oluştuğundan % 81,6'sının sosyal güvencesi vardı. Ancak sosyal güvencesi olmayan hastaların yine de azımsanmayacak bir oranda olduğu söylenebilir. GAP Halk Sağlığı Projesinde aile reislerinin %40'nın sosyal güvencesinin olmadığı belirtilmiştir [11]. El-Shazly ark. [12], sağlık sigortası olmayan diyabetli hastaların göz muayenesi, ayak bakımı, nörolojik muayene, HbA1c ölçümü, daha az yapıldığı bildirilmektedir. Bu da sosyal güvencesi olmayan hastaların yaklaşık yarısından fazlasının sağlık hizmeti alamadığını göstermektedir.

Hastalara ilk DM tanısı koyulan yerin %47,6'sının ikinci basamak sağlık hizmeti veren Devlet ve SSK hastaneleri, %32,8'nin

ise Üniversite hastaneleri olması hastaların önemli bir bölümünün birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri veren kurumları yeterince kullanmadıklarını göstermektedir. Özgür ve ark. [13], yaptıkları araştırmada GAP bölgesinde sağlık kuruluşlarını kullanmada Devlet hastaneleri (%32,5) ilk sırayı alırken, özel hekim özel hastaneler (%21,6) ikinci sırayı almaktadır. Sağlık ocağına başvuru % 16 düzeyindedir. Başvuru yeri olarak sağlık ocaklarının %16 oranında kullanılması GAP bölgesinde sağlık ocaklarından yeterince yararlanılmadığının göstergesidir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının bu denli az kullanılması Tip 2 DM'in ilk tanılarının daha çok üçüncü basamakta koyulmasına neden olmaktadır.

Beslenme konularının inceliği nedeniyle, diyabetin beslenme tedavisi hakkında bilgili deneyimli ve konusunda uzmanlaşmış bir diyetisyen, diyabet tedavi ekibinin önemli bir üyesidir [14]. Çalışmada Üniversite hastanesinden hizmet alan hastaların hastanede diyet polikliniği olması nedeni ile diyetisyenle daha fazla görüştükleri görülmektedir. Diyabetlinin, beslenme tedavisini diyetisyenden almamasındaki en büyük engel doktorun hastayı diyetisyene yönlendirmemesidir. Hastalar diyetisyene yönlendirildiğinde ise % 90'nın diyetisyenle görüştüğü bildirilmiştir [15]. Bu çalışmada da hastaların %37,2'sine doktor tarafından diyetisyen ile görüşme önerisinde bulunulmuştu. Diyetisyene gitmeleri önerilen hastaların %90,3'ünün en az bir kez diyetisyenle görüştükleri saptanmıştır. Close ve ark. [16], yaptıkları çalışmada diyetisyen ile bir kez görüşen ve takiplere gelmeyen diyabetliler ile diyetisyene başvurmamayan diyabetlilerin besin tüketimi arasında fark saptandı. Çalışmamızda da hastaların ancak %18'nin diyetisyenle 2 kez ve daha fazla görüştükleri saptandı. Çalışma bulgularından da görüldüğü gibi beslenme tedavisinin, bir diyetisyen tarafından diyabetliye verilme düzeyinin çok düşük olduğu açıktır.

1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü diyabeti en önemli sağlık sorunu olarak benimsemiş ve diyabet eğitiminin önemi daha da öne çıkmıştır. Hasta eğitimi, diyabet gibi uzun süreli hastalıklar için bir önceliktir ve St Vincent Deklarasyonu için de bir hedefdir [17]. Çalışmamızda hastaların çok azının diyabet eğitimi aldığı görülmüştür. Uzaslan [18] yaptığı çalışmada, sigaranın sağlığa zararları hakkında kişiler bilgilendirilirse motivasyonun artacağı ve sigaranın başarı ile bırakılacağı görüşünden yola çıkarak hazırlanan eğitim programlarının beklenildiği kadar başarılı olmadığını göstermiştir. Hekimsoy ve ark. [19], tarafından yürütülen bir araştırmada diyabet hastalarına yoğun eğitim verildikten üç ay sonra yapılan bilgi düzeyi değerlendirmesinde hastaların egzersiz alışkanlığı, açlık kan şekeri düzeyini bilme, düzenli yemek yeme alışkanlığı ve ara öğün bilgisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Benzer olarak çalışmamızda da eğitim alan grubun öğün sayısı, açlık kan şekeri düzeyini bilme, diyetisyenle görüşme sayıları ve kilo verme çabası, eğitim almayan gruptan önemli ölçüde yüksek bulundu. Ridgeway ve ark. [20], eğitimin etkinliğini ölçmek için yaptıkları bir çalışmada, hastaların bir yıl sonra bile başlangıca göre hastalık bilgilerinin artmış olduğunu ve ağırlık kaybının önemli derecede olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da eğitim alan grupla almayan grup arasında komplikasyon varlığı benzer bulunmuştur (p=0,3).

Tip 2 DM gibi kronik hastalıklarda sağlık bakımını sürdürmede hasta yakınları ve sağlık personelinin yardımları çok önemlidir. Amerika Diyabet Birliği (ADA); Tip 2 DM hastalarının diyabetli olduklarını öğrendikten sonra yaşam biçimlerini değiştirmeleri

gerektiğini, bunu yapmanın hiçte kolay olmadığını, aile ve arkadaşların diyabetli birine nasıl yardım edeceğini bilmesi gerektiğini belirtmektedir [21]. Çalışmamızda hastaların önemli bir kısmını hiç kimseden yardım alamadığı belirlendi.

Diyabet yönetiminde en az tıbbi yardım, tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada "bütüncül bakım ve interdisipliner ekip yaklaşımı" başarıyı arttıran yöntemler olarak ifade edilmektedir. Bu çalışmada hastaların sağlık hizmetine ulaşma ve kullanımı ile ilgili olarak elde edilen bilgiler incelendiğinde, ele alınan bütün parametrelerin standartların çok altında olduğu görüldü. ADA her hastanın ilk vizitte lipid profilinin ölçülmesini, bozuk lipid profiline sahip olanların yılda bir veya daha fazla ölçüm yapmasını, hedefin altında olanların ise en az iki yılda bir lipid ölçümlerini yapmasını önermektedir [21]. Çalışmamızda kan lipitlerinin periyodik ölçülmesi araştırılan sağlık hizmetleri içinde en yüksek orana sahip bulunmuştur (%71,6). Bununla birlikte bu oran Devlet hastanesi, SSK ve Sağlık ocağından hizmet alan grupta hastaların yarısından biraz fazladır (%51,5). Mikrovasküler komplikasyonları önlemede çok önemli olan Hb A1 c ölçümü ve takibi Devlet hastanesi, SSK ve Sağlık ocağından hizmet alan grupta çok düşük düzeyde bulundu. Tüm hastaların her yıl göz muayenesi olması gerekirken hastaların ancak yarısının göz muayenesi olduğu saptandı. McCarty ve ark. [22], yaptıkları bir çalışmada diyabetli hastaların üçte birinin hiç göz doktoruna muayene olmadığını saptamışlardır. Beckles ve ark. [23], yaptıkları bir çalışmada da diyabetli hastaların % 72'sinin yılda en az bir kez doktora başvurduklarını ve %61'nin göz muayenesi olduğunu saptamışlardır. Yine El Fakiri ve ark. [24], Hollanda'da yaptıkları bir çalışmada Tip 2 DM'li hastaların %42'sinin göz doktoruna, %7'sinin Nörologa gittiklerini saptamışlardır. Chin ve ark. [25], Afrika kökenli Amerikalılarda yaptıkları çalışma da ise, genel olarak diyabet bakım kalitesinin düşük olduğu belirtilmekte ve son bir yıl içinde hastaların ancak %26'sının HbA1c, %56'sının lipid ölçümü yaptırdığı, %40'nın ise göz doktoruna muayene olduğunu bildirmekteyler. Diyabetik hastaların her üç ayda bir doktor tarafından kontrol edilmeleri gerekirken, bu çalışmada hastaların %54,8'nin düzenli kontrole geldiği saptandı. Diyabet tedavisinde istenilen hedeflere ulaşabilmesinde ve hipogliseminin önlenmesinde evde glisemi takibi tedavinin önemli bir bileşenidir. Araştırmaya alınan hastaların ancak % 18'nin şeker ölçme cihazına sahip olması, evde glisemi takibi yapılmasının oldukça yetersiz düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada hastaların %8,4'nün telefonla danışmanlık hizmeti aldıkları belirlenmiştir. Izquierdo ark. [26], yaptıkları çalışmada diyabet eğitiminin telefonla yapılmasının da etkili olduğunu saptamışlardır. Diyabetli hastalar için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirme de anahtar rolü oynayan diyabet hemşirelerinin sayısının az olması nedeniyle, hastaların ancak %13,2'si diyabet eğitim hemşiresine ulaşabildiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda DBÖ ortalamasının tüm hastalar için 38,2 olması, hizmetlerden yararlanmanın oldukça düşük bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda lise ve üzeri eğitime sahip olanlar DBÖ'nün en yüksek düzeyde bulunmuş olması diyabet bakımının en fazla eğitim durumundan etkilendiğini göstermektedir. Her iki cinsiyetin de ortalama DBÖ puanları düşüktür. Sosyal güvencesi olanların bakım puanının olmayanlara göre yaklaşık iki kat fazla olması sosyal güvencenin ne kadar önemli olduğunu

göstermektedir. Ekonomik durumun iyi veya orta olması da bakım puanını olumlu etkilemektedir. Diyabet süresi 10 yıldan az olanların bakım puanının daha düşük bulunması hastalarda zamanla kronik komplikasyonların gelişmesinde önemli rol oynayabilir. Bu durum aynı zamanda diyabetlilerin başlangıçta hastalıklarını yeterince önemsemediklerini de ortaya koymaktadır. DBÖ'de kırsal alanda yaşayanlar ile kentte yaşayanlar arasında çok önemli farkın olması, diyabet bakımının daha çok 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında verilmesi nedeniyle kırsal alanda yaşayanların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıklarını düşündürmektedir. Ailesinde diyabetli olanlarla olmayanlar arasında bakım puanı açısından önemli bir farkın olmaması, ailede diyabetli olanlar arasında yeterli bilgi aktarımının olmadığını ve kendisinde diyabet çıkana kadar bu hastalıkla pek ilgilenmediğini göstermesi bakımından ilginçtir. Günay ve ark. [27], 2001 yılında Kayseri'de yaptıkları bir çalışmada, DM hastalarının tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkileyen faktörler olarak; ekonomik durumun iyi olması, sosyal güvencenin varlığı ve hastalık süresi olarak bildirirken, yerleşim yerinin etkili olmadığını öne sürmüşlerdir.

Araştırma kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında yeterli düzeyde olumlu yaşam tarzı eğitimi verilmemesi, diyetisyene ulaşma ve buna uygun beslenme tarzı geliştirmenin de istenilen düzeyden çok uzak olduğu saptanmıştır. Diyabetin nasıl bir hastalık olduğu, komplikasyonları ve bu komplikasyonların önlenmesi gibi konularda hastalara kapsamlı eğitim verilmelidir. İnceleme kapsamımıza giren hastaların düzenli olarak sağlık personeline izlenmesi, düzenli laboratuvar kontrollerini yaptırabilmeleri, düzenli olarak tıbbi tedaviye ulaşmaları da yetersiz bulundu. Bir başka deyişle hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri çok düşük düzeydeydi.

Diyabetli hastaların sadece metabolik parametreleriyle izlenmesinin yeterli olmayacağı ve epidemiyolojik incelemelerde yeni kriterlere gereksinim duyulduğu açıktır. Araştırmamızda geliştirdiğimiz DBÖ diğer çalışmalarda kullanılabilir bir ölçek olmuştur. Çalışma gruplarında tüm gruplarda DBÖ düşük bulunmuştur. Ancak DBÖ Üniversite hastanesine başvurma, kentte yaşama, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olma, ekonomik düzeyi iyi olma, sosyal güvencesi olma gibi faktörlerden olumlu yönde etkilendiği saptandı.

Obezite ve hiperlipideminin de DM' da önemli rol oynaması nedeniyle diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar için merkezler açılmalıdır. Bu merkez her ildeki bir yada birkaç sağlık ocağının bir parçası olarak yapılandırılmalıdır. Hangi sosyal güvenceye sahip olursa olsun diyabet tanısı konan hastaların bundan sonraki bakım ve tedavilerine bu merkezlerde devam edilmelidir.

HbA1c, açlık kan şekeri, kan lipitleri ve yaşam tarzı incelemelerini içeren düzenli kontroller için alt yapı olanakları yaygın olarak sağlanmalıdır. Bu yapılanma sağlık ocağına entegre edilmelidir. Diyetisyen ve diyabet eğitim hemşiresi tarafından verilen danışmanlıkların sürekli ve belli aralıklarla verilmesi için organizasyonlar oluşturulmalıdır.

Standart tanı ve tedavi kılavuzları hazırlanmalı ve bu kılavuzların yardımı ile hasta muayeneleri yapılmalıdır. Hastaların uluslararası kabul görmüş standart periyodik bakımlara ulaşmaları sağlanmalıdır.

Diyabette sadece hasta değil, hastaların yakınları da bilgilendirilmelidir. Buna yönelik için sağlık personeli, hasta ve halk için eğitim materyalleri hazırlanmalı. Yeni diyabet teşhisi konmuş hastanın yakınlarına ücretsiz eğitim materyali verilmelidir.

Kaynaklar

1. Dünya Sağlık Örgütü. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact138.html>. Son Erişim Tarihi:16.01.04.
2. Dünya Sağlık Örgütü. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-63.html>. Son Erişim Tarihi: 16.01.04.
3. Green A, Sjoile AK, Eshoj O. The Epidemiology of diabetes mellitus:Insulin-dependent diabetes mellitus. In Pickup JC, Williams G. (eds) Textbook of Diabetes, 2nd ed, Blackwell Science Ltd, Oxford, 1997; 313-6.
4. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/health/diabetes.htm>. Son Erişim Tarihi: 12.01.2004.
5. UKPDSStudyGroup. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. (UKPDS 34). Lancet 1998; 352: 854-65.
6. UKPDS Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 39). BMJ 1998; 317: 713-20.
7. UKPDS Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). BMJ 1998; 317: 703-13.
8. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-treated diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329: 977-86.
9. McKinlay J, Marceau L. US public health and the 21st century: diabetes mellitus. Lancet 2000; 356: 757-61.
10. Paket Programları ile istatistiksel veri analizi 1. Özdamar K. (edit).Kaan Kitabevi Eskişehir 2002; 661-80 T.C.
11. Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı; GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi Raporu, Ocak 2003.
12. El-Shazly M, Abdel-Fattah M, Zaki A ve ark. Health care for diabetic patients in developing countries: a case from Egypt. Public Health 2000; 114: 276-81.
13. Özgür S, Bozkurt İ A, Şahinöz S ve ark. GAP Bölgesinde Halkın Sağlık Kuruluşlarından Yararlanımı 8.Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, 2002; 900-6.
14. Alphan E, Diyabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. Yenigün M (Ed.): Nobel Kitabevi, İstanbul 2001; 921-32.
15. Özer E. Diyabet Tedavisinde Diyabet Diyetisyeninin Rolü, Diyabet diyetisyenliği Diyabette Beslenme Tedavisi, Hizmet İçi Eğitim Sunumları, İstanbul, 1999; 48-62.
16. Close EJ, Wiles PG, Lockton JA, Walmsley D, Oldham J, Wales JK. The degree of day-to-day variation in food intake in diabetic patients. Diabet Med 1993; 10: 514-20.
17. Diabetes Care and Research in Europa: The St Vincent Declaration Action Programme 1989 and Istanbul commitment 1999.
18. Uzaslan KE. Sigarayı Bırakma Yöntemleri, Sigara ve Sağlık, Özyardımcı N (ed.) Bursa 2002; 441-65.
19. Hekimsoy Z, Kandoğan G, Dolu D, Ağuş A, Aslan L. Yoğun Diyabet Eğitimi Öncesi ve Sonrası Hasta Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Türk Diyabet Yılığı 2001-2002.

20. Ridgeway NA, Harvill DR, Harvill LM, Falin TM, Forester GM, Gose OD. Improved control of type 2 diabetes mellitus: a practical education/behavior modification program in a primary care clinic. *South Med J* 1999; 92: 667-72.
21. American Diabetes Association: Clinical Practice Recommendations 2002. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2002; 25 (Suppl 1): 33-49.
22. McCarty CA, Lloyd-Smith CW, Lee SE, Livingston PM, Stanislavsky YL, Taylor HR. Use of eye care services by people with diabetes: the Melbourne Visual Impairment Project. *Br. J. Ophthalmol* 1998; 82: 410-414.
23. Beckles GI, Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH, Aubert RE, Williamson DF. Population-based assessment of the level of care among adults with diabetes in the US. *Diabetes Care* 1998; 21: 1432-8.
24. El Fakiri F, Foets M, Rijken M. Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2003; 61: 199-209.
25. Chin MH, Zhang JX, and Merrell K. Diabetes in the African-American Medicare population. Morbidity, quality of care, and resource utilization. *Diabetes Care* 1998; 21: 1090-5.
26. Izquierdo RE, Knudson PE, Meyer S, Kearns J, Ploutz-Snyder R, Weinstock RSA. Comparison of Diabetes Education Administered Through Telemedicine Versus in Person. *Diabetes Care* 2003; 26: 1002-7.
27. Aydın N. Evde Diyabet Takibi, Her Yönüyle Diyabetes Mellitus. Yenigün M (Ed.). Nobel Kitabevi, İstanbul 2001; 1003-6.