



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM BECERİLERİNİN AYAK BAKIMI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Suzan YÜCEER

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2024

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM
BECERİLERİNİN AYAK BAKIMI DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Suzan YÜCEER

Danışman
Doç. Dr. Emine KARAMAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir
2024

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr. Emine KARAMAN (**Danışman**)

Üye : Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Üye : Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 02/08/2024

Önsöz

Klinikte hemşire olarak çalışmaya başladığımda çalıştığım birimde çoğunlukla diyabetli hastalara bakım verdim. Bu süreçte, bireylerin diyabetin akut veya kronik birçok komplikasyonu yaşadıklarını gözlemledim. Bu sorunlardan en dikkatimi çeken ise ayak problemleri oldu. Diyabette ayak sağlığının bozulmasının ardından ayakta yara açıldığı ve bu yaranın hızla ilerlediği, hatta amputasyon ile sonuçlandığını deneyimlemek hemşire olarak dikkatimi çekti.

Diyabet hastalığında komplikasyonları önlemek için hastalığa ilişkin bilgi ve beceri düzeylerinin önemi kadar öz bakım ve öz yönetim becerilerinin de gelişmiş olmasına vurgu yapılmaktadır. Bu çalışmada, diyabetli bireylerde öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarını ne düzeyde etkilediğini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarının küresel bir salgın olan diyabete ve diyabetik ayak komplikasyonuna dikkati çekeceği ve katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların, başta diyabet hastaları olmak üzere İç Hastalıkları Hemşireliği alanına ve literatüre katkı sağlamasını temenni ediyorum.

İzmir, 02.08.2024

Suzan YÜCEER

Özet

DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM BECERİLERİNİN AYAK BAKIMI

DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı; diyabetli bireylerde öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Prospektif ve tanımlayıcı-yarı analitik tipteki araştırma örneklemini; Ağustos-Aralık 2023 tarihlerinde İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Endokrin klinik ve polikliniklerine başvuran, dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan, en az 6 ay önce Tip 2 diyabet tanısı almış 308 birey oluşturmuştur (n=308). Araştırma verileri, Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu, Diyabet Öz Yönetim Skalası ve Ayak Bakımı Davranış Ölçeği kullanılarak ve yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmış olup; değerlendirmede t testi, tek yönlü varyans analizi ve LSD Posthoc testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Diyabet Öz Yönetim Skalası puan ortalamasının Ayak Bakım Davranış Ölçeği puan ortalaması üzerine etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $61,41\pm12,31$ 'dir. Hastaların %61'i kadın, %73,4'ü evli, %76,3'ü ilkokul ve altındadır. Örnekleme alınan bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puan ortalaması $5,93\pm1,68$, Ayak Bakım Davranış Ölçeği toplam puan ortalaması ise $56,54\pm11,31$ 'dir. Elde edilen sonuçlara göre; Diyabet Öz Yönetim Skalası puan ortalaması ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Glikoz Yönetimi alt boyutu ($\beta=0,225$) ve Diyet Kontrolü alt

boyutu ($\beta=0,135$) puanlarının Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinin iyi olmasının ayak bakımı davranışlarını iyileştirerek bakım davranışlarını pozitif etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ayak bakımı; Diyabet; Öz yönetim



Abstract

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT SKILLS OF INDIVIDUALS WITH DIABETES ON FOOT CARE BEHAVIOURS

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of self-management skills on foot care behaviours in individuals with diabetes.

Material and Method: The prospective and descriptive-semi-analytical study sample consisted of 308 individuals (n=308) who applied to the Internal Medicine and Endocrine clinics and outpatient clinics of Izmir Health Sciences University (SBU) Tepecik Training and Research Hospital between August-December 2023, met the inclusion and exclusion criteria, and were diagnosed with Type 2 diabetes at least 6 months ago. The research data were collected by using Personal Descriptive Information Form, Diabetes Self-Management Scale and Foot Care Behaviour Scale and face-to-face interview method. The suitability of the data for normal distribution was tested with the Kolmogorov-Smirnov test; t test, one-way analysis of variance and LSD Posthoc test and Pearson correlation analysis were used in the evaluation. The effect of the mean score of the Diabetes Self-Management Scale on the mean score of the Foot Care Behaviour Scale was examined by multiple linear regression analysis. The results obtained were interpreted at 95% confidence interval and $p<0.05$ significance level.

Results: The mean age of the patients who participated in the study was 61.41 ± 12.31 years. 61% of the patients were female, 73.4% were married, and 76.3% were in primary school or below. The mean total score of the Diabetes Self-Management Scale was 5.93 ± 1.68 and the mean total score of the Foot Care Behaviour Scale was 56.54 ± 11.31 . According to the results obtained, a weak positive relationship was found between the mean score of the Diabetes Self-Management Scale and the mean score of the Foot Care Behaviour Scale. Glucose Management sub-dimension ($\beta=0.225$) and Dietary Control sub-dimension ($\beta=0.135$) scores had a positive and statistically significant effect on the Foot Care Behaviour Scale score ($p<0.05$).

Conclusion: It was observed that good self-management skills of individuals with diabetes positively affected their care behaviours by improving their foot care behaviours.

Keywords: Foot care; Diabetes; Self-management



İçindekiler

Önsöz	iv
Özet.....	v
Abstract.....	vii
İçindekiler	ix
Tablolar Dizini	xii
Şekiller Dizini.....	xiii
Kısaltma Listesi	xiv
Giriş	1
1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi.....	1
1.2. Araştırma Soruları	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4. Araştırma Varsayımları	4
1.5. Araştırma Sınırlılıkları	4
1.6. Araştırmanın Amacı.....	4
Genel Bilgiler	5
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.2. Diabetes Mellitus'un Sınıflandırması	6
2.2.1. Tip 1 Diyabet.....	7
2.2.2. Tip 2 Diyabet.....	7
2.2.3. Gestasyonel Diyabet	7
2.2.4. Diğer Nedenlere Bağlı Oluşan Spesifik Diyabet Tipleri	7
2.3. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri	7
2.4. Diyabetin Tedavisi	8
2.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)	8
2.4.2. Tıbbi Tedavi.....	9
2.4.3. Egzersiz	9
2.4.4. Diyabet Eğitimi	9
2.5. Diyabet Komplikasyonları.....	11
2.6. Diyabetik Ayak.....	12
2.6.1. Diyabetik Ayak Epidemiyolojisi	13
2.6.2. Diyabetik Ayak Fizyopatolojisi	13
2.6.3. Diyabetli Hastalarda Ayak Bakımı.....	15
2.6.4. Diyabetik Ayağın Önlenmesinde Hemşirenin Rolü	19
2.7. Öz Yönetim.....	19

2.7.1. Diyabetli Bireylerde Öz Yönetim	20
2.7.2. Diyabetli Bireylerin Öz Yönetiminde Hemşirenin Rolü	21
2.7.3. Diyabetli Bireylerde Öz Yönetim ve Ayak Bakımı	22
Gereç ve Yöntem.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu	25
3.5.2. Ayak Bakımı Davranış Ölçeği.....	25
3.5.3.Diyabet Öz Yönetim Skalası.....	26
3.6.Veritoplama Yöntemi	27
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	27
3.8.Süre ve Olanaklar.....	27
3.9.Etik Açıklamalar	28
Bulgular	29
4.1.Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
4.2.Diyabetli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bulgular	30
4.3.Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular	31
4.4.Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular	32
4.5.Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular	34
4.6.Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular	37
4.7.Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular.....	37
4.8.Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular	38
4.9.Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular	43
4.10.Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular	53
4.11.Diyabet Öz Yönetim Skalası ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	54
Tartışma.....	55
5.1.Diyabetli Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması	55

5.2.Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması	55
5.3.Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması	57
5.4.Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	59
5.5.Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanlarının Tartışılması	60
5.6.Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması	61
Sonuç ve Öneriler	63
6.1. Sonuç	63
6.2.Öneriler	64
KAYNAKLAR.....	65
EKLER.....	75
Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
Ek-2: Ayak Bakımı Davranış Ölçeği Kullanım İzni.....	77
Ek-3: Diyabet Öz Yönetim Skalası (DÖYS) Kullanım İzni.....	77
Ek-4: Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu	78
Ek-5: Ayak Bakımı Davranış Ölçeği (ABDÖ).....	81
Ek-6: Diyabet Öz Yönetim Skalası (DÖYS).....	82
Ek-7: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul İzni	83
Ek-8: İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni	84
TEŞEKKÜR.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	87

Tablolar Dizini

Tablo 1. Diyabetin Sınıflandırılması.....	6
Tablo 2. Diyabet Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 3. IWGDF 2019 Risk Sınıflama Sistemi ve Ayak Takibi Sıklığı.....	15
Tablo 4. Diyabet Hastalarına Yönelik Ayak Bakımı Eğitimi.....	17
Tablo 5. Araştırmanın Zaman Planlaması ve Aşamaları.....	28
Tablo 6. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 7. Diyabetli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	30
Tablo 8. Diyabetli Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları	31
Tablo 9. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları.....	32
Tablo 10. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları.....	34
Tablo 11. Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 12. Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları.....	37
Tablo 13. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları.....	38
Tablo 14. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları.....	43
Tablo 15. Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları Arasındaki İlişki	53
Tablo 16. Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	54

Şekiller Dizini

Şekil 1. Mekanik yükün aşırı veya tekrarlanması sebebiyle ülser oluşumu süreci.....	14
Şekil 2. Ayakta ülser açısından yüksek risk taşıyan bölgeler	15



Kısaltma Listesi

ADA: Amerika Diyabet Derneği (American Diabetes Association)

APG: Açlık Plazma Glukozu

BKI: Beden Kitle İndeksi

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

DM: Diabetes Mellitus

GTB: Glukoz Tolerans Bozukluğu

HbA1C: Hemoglobin A1c

HHD: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)

İKH: İskemik Kalp Hastalığı

KAH: Koroner Arter Hastalığı

MI: Miyokard İnfarktüsü

OAD: Oral Antidiyabetik İlaç Tedavisi

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

PG: Plazma Glukozu

PAH: Periferik Arter Hastalığı

SVO: Serebrovasküler Hastalık

TEMED: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TBT: Tıbbi Beslenme Tedavisi

TURDEP I: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar

Prevalans Çalışması I

TURDEP II: Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar

Prevalans Çalışması II

WHO (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi

Diabetes Mellitus (DM), dünya genelinde ve ülkemizde giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası bir diyabet federasyonu olan IDF, dünya üzerinde 463 milyon diyabetli birey olduğunu ve bu sayının 2045 yılında 700 milyon olacağını tahmin etmektedir. Yine IDF 2045 yılında Türkiye'nin, dünya genelinde sayıca en fazla diyabetli bireyin yaşadığı 10 ülke içinde olacağını da bildirmektedir (IDF, 2019; IDF, 2021). Bu verileri destekleyen bir diğer çalışma da 2011 yılında ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışma Grubu (TURDEP)'nin çalışmasıdır. TURDEP-II çalışmasının sonuçlarına göre ülkemizde DM prevalansının hızla arttığı ve toplumda diyabet sıklığının %13,7 civarında olduğu belirtilmektedir (Satman ve ark., 2015). Diyabetin önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesinin nedeni, diyabet sıklığının artmasıyla birlikte hastaneye yatışların ve sağlık harcamalarının artmasıdır (Samancıoğlu ve ark., 2017). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yayımlanan verilere göre, Türkiye'de 20-79 yaş aralığında yaklaşık 7 milyon diyabet hastası bulunmaktadır. Bu rakam, toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15'ine denk gelmektedir (IDF, 2021).

Diyabet, yaşam boyu kontrol gerektiren kronik bir hastalıktır. Diyabette hastalık süreci etkin yönetilmediğinde ise akut ve kronik birçok komplikasyon oluşabildiği ve bu komplikasyonların ciddi morbidite ve mortalite sebebi olduğu bilinmektedir. Diyabetin sık karşılaşılan kronik komplikasyonlarından biri diyabetik ayaktır (Ovayolu ve Ovayolu, 2017). Dünya genelinde her 30 saniyede bir amputasyon meydana gelmektedir. Travma dışı alt ekstremitte amputasyonlarının en az %60'ı diyabet komplikasyonlarıyla ilişkilidir (Armstrong ve ark., 2011). Diyabetli bireylerde ayak sorunlarının görülme oranının %68 gibi yüksek bir oranda olduğu ve bu sürecin amputasyona kadar gidebilen olumsuz durumlarla sonuçlanabileceği bildirilmektedir (Ayanoglu, 2015). Dolayısıyla diyabetik ayak hastanede

yatış sıklığı ile süresini arttıran, yüksek tedavi maliyetine sebep olan ve bireylerin yaşam kalitesi, konforunu olumsuz etkileyen önemli bir sorundur (Ejtahed ve ark., 2015). Diyabetik ayakta temel problem iyi yönetilemeyen kan glikozunun duyuşal, motor ve otonomik sinirlerde hasara yol açmasıdır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2013). Doğru ayak bakım davranışları ile diyabetik ayak ve daha sonrasında görülebilecek olan ciddi sağık sorunları önlenabilmektedir. Diyabet hastalarının ayak bakımına düzenli olarak özen göstermeleri, bu durumların yarısından fazlasını önleyebilir. Ayakların doğru şekilde bakımı, diyabetik nöropati, ülserler ve enfeksiyonları engelleyerek sonunda amputasyon riskini azaltır. Bu nedenle düzenli olarak ayak sağılığına dikkat etmek hayati önem taşımaktadır (Bus ve ark., 2016).

Diyabet komplikasyonlarının, diyabet yönetimi yetersiz olan bireylerde görüldüğü bilinmektedir. Ancak, kronik hastalıkların tümünde olduğı gibi diyabette de bakım ve tedaviye ilişkin öz-bakım aktivitelerini anlamak ve günlük hayatta uygulamak zor olabilmektedir. Uygulamaların hayat boyu devam ettirilmesi için kişisel öz yönetim becerilerinin yüksek olması önemlidir (Özgöl ve Yanık, 2016). Diyabetli bireyler, bakım ve tedavilerini etkili ve doğru yönetebilmek için yeterli düzeyde bilgi, beceri ve öz yönetim becerisine sahip olmalıdır (Boothby ve Salman, 2010).

Öz yönetim kavramı, kronik hastalığı olan bireyin hastalığın gerektirdiğı bakım ve uygulamalara uyum sağılamalarına olanak sunan öz bakım davranışları şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Yüksel ve Bektaş, 2021). Diyabetli bireylerde ayak yaraları konusunda yapılan çalışmalarda da, öz bakım, öz yönetim eksikliğine dikkat çekildiğı görülmektedir (Batkın ve Çetinkaya, 2005; Vijay ve ark., 2000; Yücel ve Sunay, 2016; Abdulghani ve ark., 2018). Karadağ ve arkadaşları (2019), diyabetli bireylerin sadece %20,8'inin iyi ayak bakımı uyguladığı, Yücel ve arkadaşları (2016), diyabetli bireylerin ayak bakımı konusunda yeterli eğitim almadığını, yeterli bilgi sahibi olanların çoğunun da bildiklerini uygulamadığını

belirtmektedir. Magbanua ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan başka bir araştırmanın sonuçlarında da diyabetli bireylerin bilgi düzeylerinin iyi çıkmasına rağmen kendi kendine ayak bakımı uygulamalarının sadece temel seviyede kaldığını tespit etmiştir. Diyabette komplikasyonları önlemek için öz bakımın sağlanmasında bireyin öz yönetim becerilerinin gelişmiş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde diyabet öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu açıdan diyabetli bireylerde öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisinin incelendiği bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırma Soruları

1. Diyabetli bireylerin öz yönetim becerileri nedir ?
2. Diyabetli bireylerde ayak bakımı davranışları nasıldır ?
3. Diyabetli bireylerin öz yönetim becerileri ayak bakım davranışlarını etkiler mi ?
4. Diyabetli bireylerde ayak bakımını etkileyen değişkenler nelerdir ?
5. Diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerini etkileyen değişkenler nelerdir ?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1.H₁ Hipotezi: Diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisi vardır.

2.H₁ Hipotezi: Diyabetli bireylerin bazı özelliklerinin ayak bakım davranışlarına etkisi vardır.

3.H₁ Hipotezi: Diyabetli bireylerin bazı özelliklerinin öz yönetim becerilerine etkisi vardır.

1.4. Araştırma Varsayımları

Araştırmada seçilen örneklem grubunun evreni yansıtarak, çalışmanın hedefini gerçekleştirebilecek düzeyde olduğu varsayılmıştır.

1.5. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle, sonuçlarının diyabetli bireylerin tamamına genellenememesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmektedir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, diyabetli bireylerde öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisini incelemektir.

Genel Bilgiler

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diabetes Mellitus (DM), insülin yetersizliği veya bu hormona karşı dirençten kaynaklanan, birçok organı etkileyip akut ve kronik komplikasyonlara yol açan, her zaman tıbbi bakım gerektiren, yüksek kan şekeri ile belirginleşen kronik ve metabolik bir hastalıktır (TÜRKDİAB, 2023; TEMD, 2022). Diyabet, glukoz metabolizmasının bozulması sonucu kan şekerinin normalden yüksek olmasına yol açmakta ve bu durum uzun dönemde çeşitli mekanizmalar aracılığıyla farklı dokular ve organlar üzerinde zararlı etkilere yol açmaktadır. Diyabetin neden olduğu komplikasyonlar, organ ve organların, sistemlerin fonksiyon kayıplarına neden olarak, hayat kalitesi ve uzunluğunu etkilemekte, iş gücü kaybı sosyal ve ekonomik açıdan ciddi bir yük oluşturmaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2017).

Diabetes mellitus (DM), dünya genelinde ve ülkemizde gittikçe artan önemli sağlık problemidir. IDF'in 2019 verilerine göre dünya üzerinde DM'li hasta sayısı 463 milyon olarak belirlenmiş ve 2045 yılında %51 artışla 700 milyona ulaşması öngörülmektedir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında da diyabetli birey sayısının hızla artacağı ve 2045 yılında Türkiye'nin en fazla DM'li bireyin bulunduğu ilk 10 ülke arasında yer alacağı bildirilmektedir (IDF, 2019; IDF, 2021). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da önümüzdeki yıllarda diyabetli birey sayısının trajik şekilde artacağı öngörülmektedir. 1997-1998 yıllarında ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışması sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7.2, daha sonraki yıllarda yapılan TURDEP-II sonuçlarına göre diyabet sıklığının %13.7'ye yükseldiği görülmüştür (Satman ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılında Türkiye'de 3 milyon civarında diyabetli birey olduğunu tahmin etmiş ve 2030'da bu sayının 6.5 milyona çıkacağını öngörmüştü. Ancak 2014 yılında bu tahminin üzerine çıkılarak, Türkiye'deki diyabetli birey sayısı 7 milyonu aşmıştır. Bu durum, diyabetin ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve hızla arttığını göstermektedir (Colak ve ark., 2020).

2.2. Diabetes Mellitus'un Sınıflandırması

ADA (Amerikan Diyabet Birliği, American Diabetes Association), diyabet hastalığını Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet, gebelik diyabeti ve sekonder ya da sekonder nedenlere bağlı oluşan diyabet tipleri şeklinde 4 kategoride sınıflandırmıştır (Tablo 1) (ADA, 2020; TEMD, 2022).

Tablo 1. Diyabetin Sınıflandırılması

I. Tip 1 diyabet (Genellikle mutlak insülin noksanlığına sebep olan β -hücre yıkımı vardır)	
II. Tip 2 diyabet (İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterizedir)	
III. Gestasyonel diabetes mellitus (GDM: Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet formudur)	
IV. Diğer spesifik diyabet tipleri	
A. β-hücre fonksiyonlarının genetik defekti (monogenik diyabet formları) • 20. Kromozom, HNF-4α (MODY1) • 7. Kromozom, Glukokinaz (MODY2) • 12. Kromozom, HNF-1α (MODY3) • 13. Kromozom, IPF-1 (MODY4) • 17. Kromozom, HNF-1β (MODY5) • 2. Kromozom, NeuroD1 (MODY6) • 2. Kromozom, KLF11 (MODY7) • 9. Kromozom, CEL (MODY8) • 7. Kromozom, PAX4 (MODY9) • 11. Kromozom, INS (MODY10) • 8. Kromozom, BLK (MODY11) • Mitokondriyal DNA • 11. Kromozom, Neonatal DM (INS, Kir6.2, ABCC8, KCNJ11 mutasyonu) • 11. Kromozom, KJN11 (MODY13) • 3. Kromozom, APL1 (MODY14) • Diğerleri B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler • Leprechaunism • Lipoatrofik diyabet • Rabson-Mendenhall sendromu • Tip A insülin direnci • Diğerleri C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları • Fibrokalkülöz pankreatopati • Hemokromatoz • Kistik fibroz • Neoplazi • Pankreatit • Travma/pankreatektomi • Diğerleri D. Endokrinopatiler • Akromegali • Aldosteronoma • Cushing sendromu • Feokromositoma • Glukagonoma • Hipertiroidi • Somatostatinoma • Diğerleri	E. İlaç veya kimyasal ajanlar • Atipik anti-psikotikler • Anti-viral ilaçlar • β-adrenerjik agonistler • Diazoksit • Fenitoin • Glukokortikoidler • α-İnterferon • Nikotinik asit • Pentamidin • Proteaz inhibitörleri • Tiyazid grubu diüretikler • Tiroid hormonu • Vacor • Statinler • Diğerleri (Transplant rejeksiyonunu önlemek için kullanılan ilaçlar) F. İmmun aracılı nadir diyabet formları • Anti insülin-reseptör antikorları • Stiff-man sendromu • Diğerleri G. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar • Alström sendromu • Down sendromu • Friedreich tipi ataksi • Huntington korea • Klinefelter sendromu • Laurence-Moon-Biedl sendromu • Miyotonik distrofi • Porfiriya • Prader-Willi sendromu • Turner sendromu • Wolfram (DIDMOAD) sendromu • Diğerleri H. Enfeksiyonlar • Konjenital rubella • Sitomegalovirus • Koksaki B • Diğerleri (adenovirus, kabakulak)

Kaynak: Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2022, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

2.2.1. Tip 1 Diyabet

Otoimmün ya da idiyopatik nedenli pankreas beta yıkımı sebebiyle oluşan, mutlak insülin eksikliğinden dolayı meydana gelen ve insüline bağımlı olan diyabettir (TEMD, 2022; ADA, 2020). Genel olarak 30 yaşından önce başlar ve Tip 1 diyabetli bireyler zayıf ya da normal kilodadır. Diyabetik ketoasidoz yatkınlıkları fazladır. Polidipsi, poliüri, ağız kuruluğu, kilo kaybı, yorgunluk gibi belirtiler aniden ortaya çıkmaktadır (TEMD, 2022).

2.2.2. Tip 2 Diyabet

Genellikle 30 yaşın üstünde görülen Tip 2 diyabet obezitenin artması sonucu son 10-15 yıldır çocukluk ve adölesan dönemlerinde de meydana gelmekte ve Tip 2 diyabet vakaları artmaktadır. Kilo artışı, obezite, aile öyküsü, ileri yaş, etnik köken tip 2 diyabet nedenlerindendir. Klinik belirtileri Tip 1 diyabete benzerdir, ancak Tip 2 diyabet daha sinsi ilerleyen bir hastalıktır (TEMD, 2022; IDF, 2021). Dünyada tüm diyabetli bireylerin yaklaşık %90'ı tip 2 diyabetli bireylerden oluşmaktadır (ADA, 2020).

2.2.3. Gestasyonel Diyabet

Diyabet hastası olmayan bireylerde gebelikle birlikte ortaya çıkan karbonhidrat intoleransı olup, genellikle gebeliğin bitmesi ile birey normale dönmektedir (TEMD, 2022).

2.2.4. Diğer Nedenlere Bağlı Oluşan Spesifik Diyabet Tipleri

Sekonder ya da diğer nedenlerle oluşan diyabet tipleri Tablo 1'de verilmiştir.

2.3. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

Diyabet tanısı için Tablo 2'de yer alan kriterlerden bir tanesi yeterlidir (ADA, 2022).

Tablo 2. Diyabet Tanı Kriterleri

Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri
Diyabetin klinik belirtileri olan bireylerde rastlantısal plazma glukozunun (PG) ≥ 200 mg/dl olması
En az 8 saatlik Açlık kan glukozunun ≥ 126 mg/dl olması
Oral olarak verilen 75 gr'lık glukoz yüklemesinin ardından (OGTT) iki saat sonraki PG ≥ 200 mg/dl
HbA1C ≥ 6.5
Prediyabet tanı kriterleri: 1. En az 8 saatlik Açlık kan glukozunun 100–125 mg/dL 2. İki saat sonraki PG 140–199 mg/dL 3. HbA1C 5.7–6.4%
ADA (2022). Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Abridged for Primary Care Providers.s.1-38

2.4. Diyabetin Tedavisi

Diyabet tedavisine yönelik dört temel unsur vardır. Bu unsurlar tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi tedavi, egzersiz ve diyabet eğitimidir (TEMD, 2019).

2.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

TBT, diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemeyi veya komplikasyonların gelişme oranını azaltmayı hedeflemektedir. TBT'nin amacı diyabetli bireye sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve kişiye uygun beslenme tedavisi oluşturup diyabetli bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (TEMD, 2022).

2.4.2. Tıbbi Tedavi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kan glukoz kontrolü için yeterli olmadığı durumlarda ilaç tedavisi devreye girmektedir. Diyabet hastalarının tıbbi tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) ve insülin kullanılır.

Oral Antidiyabetik (OAD): Oral antidiyabetik ajanlar sıklıkla dört farklı yolla etki etmektedir.

1. İnsülin üretimini arttırarak.
2. Karbonhidrat emilimini azaltarak.
3. İnsülin direncini azaltarak.
4. İnsülin hassasiyetini arttırarak (ADA, 2019).

İnsülin Tedavisi: Tedavide bazal veya bifazik (karışım) insülin formları kullanılır. İnsülin tedavisi Tip 1 diyabet hastalarında, diyetle kontrol edilemeyen gestasyonel diyabette ve vücutta üretilen insülin miktarı azalmış tip 2 diyabet hastalarına uygulanmaktadır (TEMD, 2020).

2.4.3. Egzersiz

Diyabetli hastalar için tedavinin önemli bölümünü oluşturur. İnsülin duyarlılığını arttırdığı için insülin direnci azalır ve tip 2 diyabet gelişimini önlemektedir. Diyabette düzenli olarak egzersiz yapmanın kan şekeri regülasyonu, kan basıncını düzenleme, keton oluşumunu azaltma, obeziteyi önleme, kardiyovasküler hastalık riskini azaltma, mortaliteyi azaltma, yaşam kalitesini artırma gibi olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (TEMD, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.4. Diyabet Eğitimi

Diyabet yaşam boyu süren bir hastalıktır. Diyabetik hasta eğitiminin amacı hastanın diyabet hastası olmayan bir birey gibi hayatını sürdürmesini sağlamaktır. İyi bir eğitim ile diyabet hastalığı önlenerek kontrol altına alınabilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

Diyabet eğitimi, diyabetli bireylerin tedavi programına daha etkin bir şekilde katılmalarını sağlayarak, yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmeye yardımcı olur ve diyabetin komplikasyonlarını önlemeye yöneliktir. Ayrıca tedavi maliyetini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenir (ADA, 2021). Eğitim genel olarak beslenme eğitimi, kendi kendine izlem, ilaç takibi, ayak bakımı gibi konuları içermektedir.

Beslenme Eğitimi: Diyabetli birey, kişisel özelliklerine bağlı olarak değişen enerji ve besin ögesi gereksinimini, sağlıklı ve dengeli bir şekilde çeşitli besinlerden karşılamalı ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmelidir. Dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için enerjinin %55-60'ı karbonhidratlardan, %12-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan karşılanmalıdır. Diyabetli bireyler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirerek, ilaç ve insülin tedavisinin gereksinimlerine uygun olarak öğünlere dikkat ederek kan şekeri seviyelerini kontrol altında tutabilirler. Bu sayede kontrolsüz kan şekeri seviyelerinin neden olduğu organ hasarlarını önlemeye yardımcı olabilirler (Olgun ve ark., 2015).

Kendi Kendine İzlem: Kan glikozu ve HbA1c ölçümleri glisemik kontrolün sağlanması için önemlidir (Rao ve ark., 2018). Hipoglisemi durumlarının erken tespit edilmesini ve önlenmesini kolaylaştırarak, diyabet komplikasyonları nedeniyle hastane yatış yaygınlığı azalmaktadır. Bireyin sorumluluk almasını sağlamaktadır. Sonuç olarak bireysel izlem yaşam kalitesini artırmaktadır (Özer, 2019).

İlaç Takibi: Kullanılan OAD veya insülin ilaçları kan şekeri seviyelerini normal düzeyde tutarak bireyi diyabet komplikasyonlarından korumaktadır. Bu sebeple diyabet hastalığında ilaçların düzenli kullanımı ve takibi büyük önem taşımaktadır.

Ayak Bakımı: Diyabetik hastalarda ayak bakımı gerçekten önemlidir ve bu konuda hasta eğitimi büyük bir rol oynar. Diyabetli bireylerin ayaklarını düzenli olarak kontrol etmeleri ve uygun bakımı yapmaları, alt ekstremitte problemlerini önlemeye yardımcı olabilir. Ayrıca, risk altındaki kişilerin erken tanınması ve tanı konulduktan sonra yaşam boyu eğitim almaları da

önemlidir. Bu sayede diyabetli hastalarda görülen komplikasyonlar azalır ve yaşam kalitesi artar (Bölükbaş ve ark., 2006). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yayımlanan güncel verilere göre, diyabetik ayak yaraları ve amputasyonlar, iyi bir ayak bakımı eğitimi ve multidisipliner bir yaklaşım sayesinde %85 oranında azaltılabilir (IDF, 2017).

2.5. Diyabet Komplikasyonları

Diyabet komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki başlık üzerinde kategorize edilmektedir. Akut komplikasyonları temelde hipoglisemi ve hiperglisemi (DKA ve hiperglisemik hiperosmolar durum) şeklindedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; TEMD, 2020; Anataca ve Çelik, 2021). Kronik komplikasyonlar ise iki ana başlık altında incelenmekte olup, bunlar mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlardır. Makrovasküler komplikasyonlar Koroner Arter Hastalığı (KAH), Miyokard İnfarktüsü (MI), İskemik Kalp Hastalığı (İKH), Serebrovasküler Hastalık (SVO) ve Periferik Arter Hastalığı (PAH)'nı kapsamaktadır. Bu komplikasyonlar, tip 2 diyabetli bireylerin %75'inin ölümünden sorumlu nedenlerdir. Mikrovasküler komplikasyonlar ise, diyabetik retinopati, diyabetik nefropati ve diyabetik nöropatidir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

Diyabetin önemli komplikasyonlarından biri de diyabetik ayaktır. Diyabetik ayak hem mikrovasküler hem de makrovasküler sorunlardan oluşan komplike bir durumdur. Diyabette meydana gelen ayak problemleri sık görülmekte olup yüksek maliyetlidir. Hastanelere yapılan başvuruların yaklaşık olarak yarısını diyabet hastalığı oluşturmaktadır ve başvuruların çoğunluğunu ayak yaraları oluşturmaktadır. Bu nedenle ayak yaralarının nedenleri ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmak son derece önemlidir (Armstrong ve ark., 2017).

2.6. Diyabetik Ayak

Diyabetli bireylerde ayakta meydana gelen ve cilt bütünlüğünü bozarak cilt ve altındaki yapılara doğru ilerleyebilen yaralanmalar diyabetik ayak şeklinde tanımlanmaktadır. Diyabet hastalarında, periferik nöropati ve periferik arter hastalığı nedeniyle oluşan enfeksiyonlar veya derin dokularda meydana gelen hasar, diyabetik ayak olarak bilinir. Nöropatinin yol açtığı hissizlik, sürekli tekrarlayan travmaların fark edilmemesine yol açar ve bu da diyabetik ayak oluşumuna katkıda bulunur. Bu durum, diyabetik hastaların ayak sağlığına özellikle dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Ayanoglu, 2015; ADA, 2021).

Diyabetik ayak gelişimini kolaylaştıran faktörler şunlardır: Periferik nöropati, periferik vasküler hastalıklar, ayakları sıkıyan yanlış ayakkabı tercihi ve travmalardır. Diyabetik hastaların ayak sağlığına özellikle özen göstermeleri gerekmektedir. Düzenli olarak ayak bakımı yapmak, uygun ayakkabılar giymek ve travmalardan kaçınmak önemlidir (ADA, 2021; Armstrong ve ark., 2017).

Diyabetin sık görülen ve ciddi sakatlıklara neden olan bir komplikasyonu olan diyabetik ayağın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Diyabeti olan tüm bireylerin yaşamı boyunca ayak yarası yaşama riski %25'tir. Ayaktaki yaralar, ayak bakımı davranışlarının eksikliği sebebiyle birçok hastaneye yatışın ana sebebi olup hastane yatışlar artmakta ve bu durum diyabet hastalığının maliyetini önemli oranda arttırmaktadır. Diyabette ayak yaraları, non-travmatik hastalarda amputasyonların yaklaşık olarak %85'ini oluşturmakta ve sonuçta yaygın enfeksiyonlar ve kangren oluşmaktadır. Bu durum, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak etkileyerek yaşam kalitesini değiştirdiği için amputasyona karşı korku duyulmasına da neden olmaktadır (Syauta ve ark., 2021).

2.6.1. Diyabetik Ayak Epidemiyolojisi

Diyabet vücudun her bölümünü etkilese de ilk olarak ayakları etkilemektedir. Küresel bir sorun olan diyabetik ayak ülserleri esasen nöropati ve PAH hastalığının sonucu olarak dünyada her alanda bilinmektedir (İbrahim, 2017). IDF dünya çapında 40-60 milyon kişinin diyabetik ayak ülserlerinden etkilendiğini öngörmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020).

Diyabetli bireylerin yaşam boyu diyabetik ayak gelişme insidansı %34'lere ulaşmıştır. Diyabetik ayak gelişen bireylerin 5 yıllık morbidite riski iki buçuk kat fazla ve diyabetik ayaklı bireylerin yarısından çoğu enfektir. Diyabete bağlı olarak %40-60 oranında travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonu gelişmektedir (TÜRKDİAB, 2023). Diyabetli bireylerin yaklaşık olarak yarısında yaşamları boyunca ayak ülseri gelişir ve diyabet, alt ekstremitte amputasyonunun önemli nedenlerinden biridir (Hicks ve Selvin, 2019).

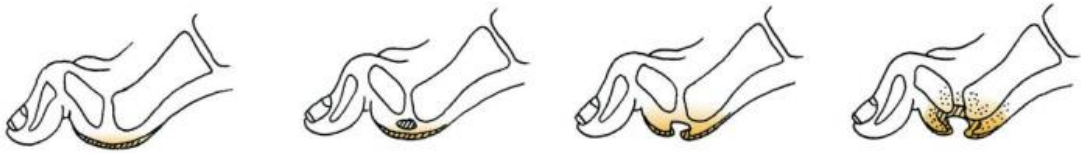
2.6.2. Diyabetik Ayak Fizyopatolojisi

Diyabetli bireylerde ayak yaralarının gelişiminde iki önemli faktör olan distal simetrik polinöropati ve PAH rol oynamaktadır. Diyabetik ayak ülserlerinde en sık görülen neden sensorimotor nöropatidir (TEMD, 2022). Duyusal nöropati duyuların kaybına neden olduğu için travma riskini önemli ölçüde artırmakta ve yaralanmalar birkaç hafta boyunca fark edilememektedir (Kim, 2023). Motor nöropati, kas kaybıyla sonuçlanarak çekiç parmak ve pençe parmak gibi ilerleyici deformitelere neden olmaktadır. Bu deformiteler, parmakların eklem bölgelerinde basınç artışına yol açarak ayak ülseri oluşma olasılığını artırabilir (Armstrong ve ark., 2011). Otonom nöropati ise ayaklarda ter ve yağ bezlerinin fonksiyonunu azaltmakta, bu da cilt kuruluğu ve çatlaklara neden olmaktadır. Bunun sonucunda ayağın nemlendirme yeteneği kaybolmaktadır; cilt enfeksiyon ve yaralanmalara karşı duyarlı hale gelmektedir (Kim, 2023).

Diyabetik nöropatisi olan bireylerde yanlış ayakkabı seçimi, akut yaralanmalar, çıplak ayakla yürümek, yanık, böcek sokması, kesikler diyabetik ayak ülserini tetiklemektedir. Nöropati, duyu kaybı, ayak deformasyonları ve sınırlı eklem hareketliliği nedeniyle anormal biyomekanik yüklenmeye neden olmaktadır. Sonuç olarak, deri kalınlaşarak nasır meydana gelmektedir. Ayak yükünü arttıran nasır, deri altında (subkutan doku) hemorajiye yol açarak yara oluşumuna neden olur. Eğer ayakta duyu kaybı varsa, yara olan ayak üzerine basarak yürümek iyileşme sürecini bozmaktadır (IWGDF, 2019; TEMD, 2022; Bakker ve ark., 2012).

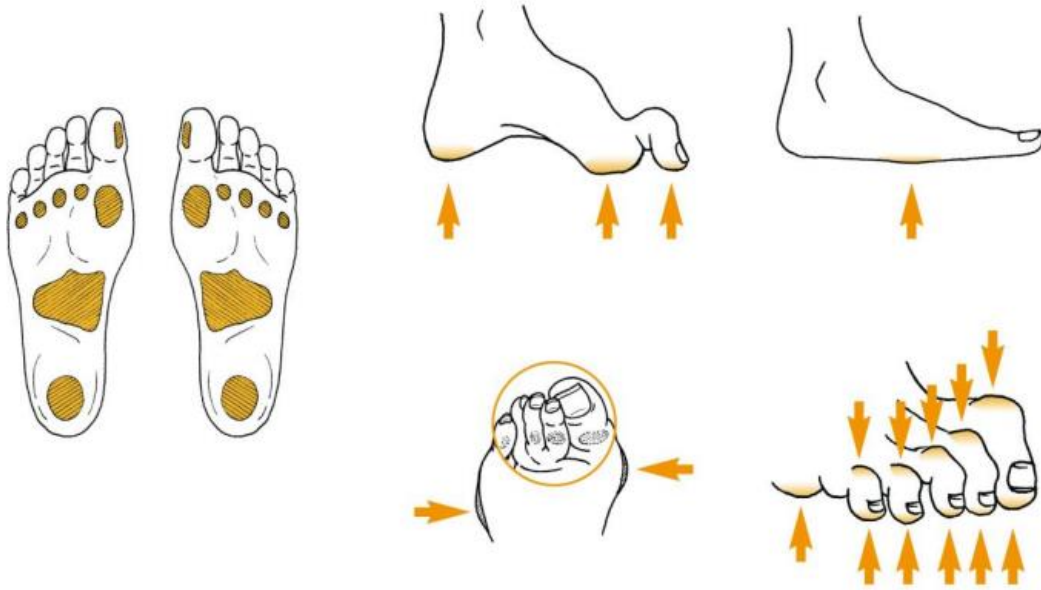
Periferik arter hastalığı (PAH) yara iyileşme sürecini bozmakta ve alt ekstremité amputasyonlarına yol açmaktadır. Ayrıca diyabetik ayağı olan bireylerin yarısından fazlasında PAH görülmektedir. Diyabetik ayak hastalarının büyük çoğunluğu nöropatik veya nöro-iskemik olup, %5-15 kadarı iskemiktir (IWGDF, 2019; TEMD, 2022). Charcot artropatisi; ayak ve ayak bileği olmak üzere kemik, eklem ve yumuşak dokuların ilerleyici harabiyetini içerir. Diyabet nedenli Charcot artropatisinin yaygınlığı %0,08 ile %13 arasındadır (Rogers ve ark., 2016).

Şekil 1. Mekanik yükün aşırı veya tekrarlanması sebebiyle ülser oluşumu süreci



Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu (IWGDF). (2019).

Şekil 2. Ayakta ülser açısından yüksek risk taşıyan bölgeler



Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu (IWGDF). (2019).

Tablo 3. IWGDF 2019 Risk Sınıflama Sistemi ve Ayak Takibi Sıklığı

Kategori	Yara riski	Özellikleri	Sıklık*
0	Çok düşük	KDK yok, PAH yok	Yılda bir
1	Düşük	KDK veya PAH	Her 6-12 ayda bir
2	Orta	KDK + PAH, veya KDK + ayak deformitesi veya PAH + ayak deformitesi	Her 3-6 ayda bir
3	Yüksek	KDK veya PAH, ve aşağıdakilerden biri: - ayak yarası hikayesi - Alt ekstremité amputasyonu (minor veya major) - son dönem böbrek hastalığı	Her 1-3 ayda bir

KDK: Koruyucu His Kaybı, PAH: Periferik Vasküler Hastalık Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu (IWGDF). (2019).

2.6.3. Diyabetli Hastalarda Ayak Bakımı

Ayakta meydana gelen diyabet komplikasyonları en önlenebilir komplikasyonlar arasındadır (Dixit ve ark., 2011). Diyabette ayak problemleri için bilgi eksikliği ve kötü ayak bakımı

uygulamaları önemli risk faktörleridir. Bu sebeple, ayak komplikasyonlarını en aza indirmek için diyabetli bireylere doğru zamanda ve uygun olarak kişisel ayak bakımının vurgulanması önem kazanmaktadır (Bonner, Foster ve Spears-Lanoix, 2016). Diyabeti olan tüm bireylerin yılda 1 kez ve yüksek riskli bireylerin ise daha sık ayaklarının detaylı muayenesi yapılmalıdır (Tablo 3) (Elsayed ve ark., 2023).

IWGDF (Uluslararası bir grup olan Diyabetik Ayak Çalışma Grubu) yayınladığı kılavuza göre belirtilen görüşler aşağıda verilmiştir. Bunlar:

1. Risk altındaki ayak tespit edilmelidir.
2. Risk altındaki ayak periyodik bir şekilde gözlemlenerek muayene edilmelidir.
3. Diyabetli hasta, hasta yakını ve sağlık personeline eğitim verilmelidir.
4. Doğru seçilmiş ayakkabı kullanılmalıdır.
5. Ülser riski olan bireylerin tedavisine hemen başlanmalıdır (IWDF, 2019).

IWGDF tarafından yayımlanan kılavuz diyabette ayak yaraları bakımından risk taşıyan diyabetli hastalara ayak bakımı hakkında bilgi verme, davranış geliştirme ve beraberinde hastayı ayak bakımı önerisine uymaya teşvik etmeyi amaçlayarak eğitim verilmesini önermektedir (Bus ve ark., 2016). Diyabetli hastalara ayak bakımına yönelik öğretilmesi gerekenler literatürden yararlanılarak Tablo 4'te özetlenmiştir (Giritli, 2015; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Özdemir Alkanat, 2015; Olgun ve ark., 2011).

Tablo 4. Diyabet hastalarına yönelik ayak bakımı eğitimi

1.Kendi Kendine Ayağı Muayene Etme Her gün ayakların muayenesi yapılmalı, muayene sırasında ayak derisi; nasır kızarıklık, yara, bül açısından, parmak araları; maserasyon, tinea pedis, pençe parmak ve tırnaklar; kalınlaşma, batık tırnak açısından kontrol edilmelidir. Görme problemi olan bireylere hasta yakınları yardım etmelidir. Muayene esnasında morluk, kızarıklık, kanama, akıntı gibi anormal durumlarla karşılaşırsa hekim ya da diyabet eğitim hemşiresine bilgi verilmelidir.
2.Cilt Bakımı Her gün ılık su ile ayaklar temizlenmeli, nasır ve sertlikler ponza taşı kullanılarak giderilmeli, ayaklara nemlendirici krem kullanılarak ayak nemlendirilmelidir. Ancak parmak aralarına krem sürülmemelidir çünkü parmak araları nemli kalırsa mantar enfeksiyonuna yol açabilir.
3.Ayakta Tırnak Bakımı Duştan sonra, tırnaklar yumuşakken ve düz olarak kesilmeli, derinin kesilmesinden kaçınılmalıdır. Görme problemi varsa hasta yakınları tırnak kesimine yardım etmelidir.
4.Ülser Bakımı Diyabetik ayak ülseri olan ayak, sabunlu su ile yıkanarak durulanmalı ve temiz bir havlu ile kurulmalıdır. Eğer varsa lokal antiseptik uygulanarak ince bir sargı ile yara kapatılmalıdır. Ülserli ayak, yükseltilerek yatak istirahati ile dinlenmelidir.
5.Günlük Yaşam Aktiviteleri Evde özel sandaletler kullanılmalı, uzun yürüyüşler yapılmamalıdır. İki çift ayakkabı ve terlik bulundurulmalı, altı ayda bir ayak tabanlığı değiştirilmelidir. Her gün ayak muayenesi yapılmalıdır.
6.Ayakkabı Kullanımı Ayağı darbelere karşı korumak için önü kapalı ayakkabı ya da terlik kullanılmalıdır. Çıplak ayakla yere basılmamalı, evde bile terlik (parmak ucu kapalı) kullanılmalıdır.

Yüksek topuklu ve önü sivri ayakkabılar yerine rahat, ayağa uygun ayakkabılar tercih edilmelidir. Yeni ayakkabı ilk gün 2 saatten fazla kullanılmamalıdır.

Her gün ayakkabı giyilmeden önce ayakkabının içi yabancı cisim açısından kontrol edilmelidir. Görme sorunu varsa hasta yakını kontrol etmelidir.

İki günden fazla aynı ayakkabı kullanılmamalı, mümkünse aynı gün içinde ayakkabı 3-4 saatten fazla kullanılmamalıdır.

7.Çorap Kullanımı

Yumuşak, pamuklu, burunları dikişsiz, lastikleri sıkı olmayan çoraplar kullanılmalıdır. Ciltteki kanama, akıntı gibi problemlerin erken tespiti için beyaz renk çorap tercih edilmelidir. Çoraplar her gün değiştirilmelidir. Çoraplar ayağa uygun olmalı; yırtık, kırıışık ve renk değışikliğı olmamalıdır. Aşırı yıpranmış ve onarılmış çoraplar mekanik travma riskinden dolayı tercih edilmemelidir. Çoraplar hassas bir deterjanla temizlenmeli, bol suyla durulanmalı ve düz bir zeminde kurumaya bırakılmalıdır. Asma yöntemi kullanılacaksa, çorapların lastikli kısımlarından veya külotlu çorapların bel kısımlarından tutulması gerekir. Çorapların topuk veya burun kısımlarından asılması tavsiye edilmez.

8.Yapılmaması Gerekenler

Sigara kesinlikle içilmemeli, içiliyorsa bırakılmalıdır.

Ayaklar üşüyorsa elektrikli ısıtıcı, soba, sıcak su torbalarıyla ısıtılmamalı; bunun yerine kalın çorap kullanılmalıdır.

Deniz, kumsal gibi sıcak zeminlere yalınayak basılmamalı, çorapsız ayakkabı kullanılmamalıdır.

Bacak bacak üstüne atılarak uzun süre oturulmamalıdır.

Uzun süre yürüyüş yapılmamalı, gün içinde ayaklar yüksekte tutularak dinlendirilmelidir.

Nasırlar hiçbir zaman kesilmemelidir; nasır bantları, nasır ilacı gibi kimyasal maddeler kullanılmamalıdır.

2.6.4. Diyabetik Ayağın Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Diyabetik ayak ülserleri; yüksek maliyetli, bireyi sakat bırakarak büyük sonuçlar doğuran bir komplikasyondur. Ayak bakımının da içinde bulunduğu önleyici tedbirler konusunda bütün diyabet hastalarına detaylı ve dikkatli bilgilerin verilmesi önem taşımaktadır (Iraj ve ark., 2013).

Hemşirelerin diyabetli bireylerin metabolik durumlarını iyileştirmek, hastaları ayak komplikasyonlarına karşı korumak ve hastalara ayak bakımını öğretmek gibi konularda önemli sorumlulukları vardır (Tekir ve ark., 2023). Diyabetli bireylerin bilgi ve tecrübelerini arttırarak bireylerin daha iyi hissetmelerini sağlamak, hastalığı kontrol altında tutarak yan etkilerden korumak, güncel teknolojiyi kullanmalarına yardım etmek, tedavi giderlerini ve hatalarını azaltmak, davranış değişikliği oluşturmak diyabet eğitiminin hedefleridir (Satman ve ark., 2013). Birçok çalışma diyabetli bireylerin hastalık, diyet, ilaç kullanımı, egzersiz ve ayak bakımı gibi birçok konuda eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (ADA, 2020).

Diyabetli bireylere düzenli olarak ayak bakım talimatları öğretilerek, bu talimatların günlük olarak uygulanması durumunda diyabet kaynaklı ayak problemlerinin %50'den fazlasının önlenileceği düşünülmektedir. Ayakların uygun şekilde bakımı diyabetik nöropatiyi, ayak ülserlerini, enfeksiyonu ve amputasyonu önlemektedir (Bus ve ark., 2016).

2.7. Öz Yönetim

Öz yönetim, bireyin belirti-bulgu, tedavi, hastalığın psikososyal ve fiziksel sonuçlarını, yaşam tarzı değişikliklerini yönetme kapasitesidir. Öz yönetim ayrıca kronik hastalıkların yükünü azaltmak ve tedavi süreçlerinde bireylere aktif bir rol vererek sağlık sorunlarıyla ilgili güçlükleri belirlemeleri ve çözümlemeleri konusunda destek sağlamaktadır (Bakır ve Zengin,

2023). Öz yönetimin amacı, kronik hastalığı olan bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları sorunlara doğru bakış açısıyla yaklaşabilmeleri ve çeşitli çözüm planları geliştirerek uygulayabilmeleridir (Gönen Şentürk, 2021).

2.7.1. Diyabetli Bireylerde Öz Yönetim

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabet için de öz yönetim önemlidir. Kronik ve metabolik bir hastalık olan diyabet, kan şekeri düzeyini yükselterek zaman içinde kalp, göz, kan damarı, böbrek ve sinir hasarına yol açmaktadır. Dünya çapında yaklaşık 422 milyon diyabetli birey bulunmaktadır, bu hastalık özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sık görülmektedir. Her yıl yaklaşık 1,5 milyon kişi diyabet nedeniyle yaşamını yitirmekte ve hastalığın sıklığı artmaktadır (WHO, 2023).

Diyabetli bireylerde esas problem, kontrolsüz kan şekeri düzeyidir. Bu sebeple, diyabetin yönetiminin ana hedefi kan glukoz kontrolünü sağlamak ve olası komplikasyonları önlenmektir (WHO, 2013; ADA, 2013). Diyabette öz yönetim; bireylerin kendi tercihlerini yapma ve bu tercihlerden sorumlu olma durumudur (Raaijmaker ve ark., 2014). Diyabetli bireylerin kişisel bakım uygulamaları öz yönetim alanına girer. Diyabet hastalığının uzun süre devam eden komplikasyonlarından kaçınmak ve kişisel sağlığı korumak için, diyet kontrolü, kilo yönetimi, egzersiz, ideal ilaç uyumu ve kendi kendine kan şekerini izlemeyi içeren bütünsel bir yaşam tarzı benimsenmelidir. Bu, belirli glisemik kontrol hedeflerini takip etmeyi, tutumları, davranışları ve bilgiyi içerir (Lamprey ve ark., 2023; Nguyen ve ark., 2022).

Sağlıklı bir yaşam sürmek ve buna yönelik davranışların geliştirilmesi, diyabet yönetiminde önemli bir yer tutar. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını önlemek ve yavaşlatmak için sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenmelidir (Lim ve ark., 2011). Sağlık sektöründeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, diyabet hastalığının pandemik özellik gösteren yayılımının ve hastaların yaşam süresinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Diyabet hastalığı, karbonhidrat, yağ ve

protein metabolizmalarında bozulmalara yol açarak, komplikasyonlar ve ömür boyu tedavi gerekliliği gibi zorluklar doğurur. Eğitim ile birlikte sağlanan destekler, istenilen davranışların kazanılmasında eksiklikleri azaltır ve bireylerde öz yönetim ve öz yeterlilik düzeyini artırır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

2.7.2. Diyabetli Bireylerin Öz Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kronik bir hastalık olan diyabet, bireylerin bütün yaşamını etkilemesi nedeniyle diyabet hastalığının başarıyla yönetilmesi son derece önem taşımaktadır. Diyabet hemşirelerinin bu alanda eğitim ve danışmanlık rolleri büyük önem taşımaktadır (Eroğlu ve Sabuncu, 2018).

Yaşam biçimi değişikliği, diyabet hastalığının kontrol altında tutulması için son derece önemlidir. Diyabetin kendi kendine yönetimindeki amaç, uzun vadeli davranış değişikliği oluşturmaktır, fakat bu süreç kolay değildir. Diyabet hastalarının yeterli bilgiye ve davranışa sahip olmaları öz yönetim becerilerini geliştirmektedir. Bu bilgi ve yeteneklerin geliştirilmesinde diyabet hemşireleri önemli yere sahiptir. Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği (AADE), diyabet hemşiresini; diyabetli hastalar, aileleri ve toplumla eğitim gereksinimini tanımlayan, hemşirelik girişimlerini uygulayan sağlık uzmanı olarak ifade edilmektedir (AADE, 2018).

Diabetes mellitus yönetiminde başarılı sonuçlar elde etmek için tedavi ekibi ile diyabet hastası arasında iyi bir iletişim gerekmektedir. Bu sağlıklı iletişim için hastanın tercihleri, bireysel ve kültürel özelliklerinin dikkate alınması, hasta ve hasta yakınlarına diyabetle ilgili geniş kapsamlı bir eğitim verilmesi gerekmektedir. Kronik olan diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi, diabetes mellitus yönetiminde de hasta merkezli ve bireysel bir yaklaşım benimsenmeli, hasta tedaviye dahil edilmelidir. Bu yaklaşım, tedaviye uyumunu artırarak başarı şansını artırır. Sağlık hizmetini sağlayan multidisipliner ekip iletişimi, başarılı bir diyabet yönetiminde son derece önemlidir (TEMD, 2022) .

2.7.3. Diyabetli Bireylerde Öz Yönetim ve Ayak Bakımı

Diyabet hastalığının yönetimi esasen hastalar ve aileleri tarafından gerçekleştirildiği için, öz yönetim diyabet bakımının temel yapıtaşı haline gelmiştir. Öz-yönetim, kişinin hareket ve refahını iyileştirmek için kendi bakımına aktif bir şekilde katıldığı süreçtir (Carpenter ve ark., 2019). Tip 2 diyabetli bireylerin bakım ve tedavisinde, öz-yönetim ciddi bir rol oynamasına karşın bireylerin genellikle öz-yönetim seviyelerinin az olduğu bilinmektedir (Wang ve ark., 2019).

Diyabetin neden olduğu ayak yaraları, en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri olarak, ayaktaki bakım davranışının eksikliği sebebiyle oluşmaktadır. Ayak bakımı davranışı, yetişkinler ve yaşlı bireyler tarafından sık sık ihmal edilmektedir (Huda ve ark., 2019). Diyabetli bireyler, günlük ayak bakımı, ayakkabı kontrolü, tırnak kesimi, ayakkabı ve çorap seçimi, ayak için doğru bakım ürünleri kullanımı, ayaklarını ne şekilde koruyabileceği ve ayağı negatif etkileyen durumlar bilinmeli ve uygun bireysel bakım davranışını sergileyebilmelidir (Schaper ve ark., 2020). Eğer uygun ayak bakımı yapılmazsa, diyabetli bireylerde diyabetik ayak ülseri ve bazı diğer kronik komplikasyonlar ortaya çıkma riski artar. Ayak bakımı davranışında meydana gelen artışla beraber diyabetik ayak ülseri riskinin azalacağı düşünülmektedir (Huda ve ark., 2019).

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma prospektif olarak tasarlanmış olup, tanımlayıcı-yarı analitik tipte yürütülerek diyabetli bireylerin öz-yönetim becerileri ile ayak bakımı davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Endokrin Klinikleri ve Polikliniklerinde Ağustos – Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: Ağustos - Aralık 2023 tarihlerinde İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Endokrin Kliniği ve polikliniklerine tedavi amaçlı başvuran 6 ay önce Tip 2 diyabet teşhisi konan bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmanın örneklemini, Ağustos - Aralık 2023 tarihlerinde İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Endokrin Klinik ve Polikliniklerine başvuran dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan 308 birey oluşturmuştur (n=308). Araştırmanın örneklemini, Karadağ ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmanın bulgularından yola çıkılarak belirlenmiştir. Bu çalışmada diyabetli bireylerin sadece %20,8'inin iyi ayak bakımına sahip olduğu tespit edilmiştir. Evrendeki kişi sayısının bilinmediği durumlarda, örneklem hesaplama formülü kullanılmış ve bu formüle göre minimum örneklem büyüklüğü 291 kişi olarak belirlenmiştir.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- Ağustos - Aralık 2023 tarihlerinde İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Endokrin kliniklerinde yatan ve polikliniğine tedavi amaçlı başvuran
- Tip 2 diyabet tanısını en az 6 ay önce alan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan
- Dosyasında son 3 ay içinde HbA1c değeri ve hemoglobin değeri olan hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

Örneklem Dışında Tutulma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen
- İletişim engeli olan
- Diyabetik ayak yarası olan
- Veri toplama formlarındaki soruların tamamına cevap vermeyen hastalar örneklem dışında tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Ayak bakım davranışları

Bağımsız Değişkenler: Öz yönetim düzeyi

- Alt bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, birlikte yaşanan kişi, yaşanan yer, sigara alkol kullanım durumu, diyabet süresi, metabolik parametreler, kronik hastalık varlığı, komplikasyon varlığı, diyabet tedavi şekli, ayak bakımı eğitimi alma durumu, ayak problemi varlığı, önceden ayak yarası deneyimi, sorun çözüm şekli, düzenli kan şekeri takip etme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli beslenme durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu (EK IV), Ayak Bakımı Davranış Ölçeği (EK V), Diyabet Öz Yönetim Skalası (EK VI) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından güncel literatürün incelenmesiyle hazırlanmıştır (Nural ve Hintistan, 2015; Öper, 2019; IWGDF, 2019). Form iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durumu, birlikte yaşadığı bireyler, nerede yaşadığı, sigara ve alkol kullanma durumunun değerlendirildiği sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise; diyabet tipi, hastalık süresi, ek kronik hastalık, ilaç tedavisi ve komplikasyonları, hemoglobin ve HbA1c değeri (hekim kontrolünde istenen Hemoglobin ve HbA1c değeri dikkate alınacak, ayrı bir ölçüm yapılmamıştır) ve antropometrik ölçümler yer almaktadır. Ek olarak, diyabetik ayak öyküsü, düzenli kan şekeri takibi, düzenli egzersiz yapma, diyabete bağlı gelişen komplikasyonlar, diyabet tedavisi, beslenme düzenine uyum ve ayak bakımı eğitimi alma durumu değerlendirilmiştir.

3.5.2. Ayak Bakımı Davranış Ölçeği

Borges tarafından 2007 yılında geliştirilmiş Ayak Bakım Gözlem Rehberi, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) kriterlerine göre ayak ve öz-bakım davranışlarını geliştirmek amacıyla hazırlanmış ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (Borges ve Ostwald, 2008). Araştırmada ölçeğin Türkçe dil geçerliliği, Kır Biçer ve Enç tarafından yapılmış ve uzman değerlendirmeleri doğrultusunda 15 maddelik Ayak Bakım Davranış Ölçeği son halini almıştır. Değerlendirmede ayak bakım davranışları (1=Hiçbir zaman, 2=Ara sıra, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Her zaman yapıyorum) olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten elde edilen en düşük ve yüksek puanlar sırasıyla 15 ve 75'tir. Puanın artması ayak bakım davranışlarının iyi olduğunu, azalması ayak bakım davranışlarının kötü olduğunu göstermektedir. Ölçeğin

cronbach's alpha değeri 0.83 olarak yüksek güvenilirliğe sahip bulunmuştur (Kır Biçer ve Enç, 2014). Yapılan bu çalışmada Cronbach's alpha değeri de 0,83 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Diyabet Öz Yönetim Skalası

Schmitt ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilen ölçek, diyabet hastalarının diyabet öz yönetimi ile kan şekeri kontrolleri arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılan 16 maddeden oluşan bireysel değerlendirme aracıdır. Bu ölçekte, hastaların son 8 haftalık dönemdeki durumlarını değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin orjinalinde Cronbach's alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur (Schmitt ve ark., 2013). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eroğlu ve Sabuncu tarafından (2018) yapılmış olup, toplam Cronbach's alpha katsayısı 0,85 olarak bildirilmiştir (Eroğlu ve Sabuncu, 2018). Yapılan bu çalışmada ise Cronbach's alpha değeri 0,81 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek 4'lü likert (3: Bana çok uyuyor, 2: Bana önemli ölçüde uyuyor, 1: Bana biraz uyuyor, 0: Bana hiç uymuyor) tipte olup, 4 alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu alt boyutlar sırasıyla Glikoz Yönetimi (1, 4, 6, 10, 12), Diyet Kontrolü (2, 5, 9, 13), Fiziksel Aktivite (8, 11, 15), Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (3, 7, 14) şeklindedir fakat 16.madde herhangi bir alt boyuta dahil edilememiştir. Ölçek 7 düz 9 ters olmak üzere 16 madde den oluşmakta ve ölçekteki "5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ve 16" numaralı maddelerin puan hesaplamaları ters çevrilerek yapılmaktadır. Ölçek puanlaması (Ölçeğin ya da alt boyut toplam madde puanı) / (Ölçek ya da alt boyut maksimum toplam madde puanı) x 10) şeklinde hesaplanmaktadır. Cevaplanmamış sorular için toplam ölçekten ya da alt boyutundan alınabilecek maksimum madde toplam puanından 3 puan düşülecektir. Ölçekte minimum 0, maksimum 10 puan alınmaktadır. Cevaplanmayan madde -3 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek ve alt boyuttan alınan toplam puan 10'a yaklaştıkça diyabetli bireyin öz yönetim düzeyinin arttığı belirtilmektedir (Eroğlu ve Sabuncu, 2018).

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Ağustos - Aralık 2023 tarihleri arasında Dahiliye ve Endokrin servislerinin bulunduğu katta ve poliklinik katında bulunan diyabet eğitim biriminde soru formu ve ölçekler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Veri toplamaya başlamadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bir bireyden veri toplama süreci ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için paket bir istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımı tanımlayıcı analiz parametreleri (medyan, ortalama, frekans, yüzde, standart sapma, minimum, maksimum) ile gösterilmiş ve normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi kullanılmıştır. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Varyans analizinde farklılık bulunması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespitinde LSD Posthoc testinden yararlanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon ile değerlendirilmiştir. Diyabet Öz Yönetim Skalası puanlarının Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanı üzerine etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık düzeyinde incelenmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırmayı planlamak ve planlandığı gibi ilerletmek için zaman takvimi Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırmanın Zaman Planlaması ve Aşamaları

İş No	İşin Adı, Tanımı	Aylar					
		Ocak-Şubat 2023	Mart-Temmuz 2023	Ağustos-Aralık 2023	Ocak - Nisan 2024	Nisan - Ağustos 2024	Ağustos 2024
1	Literatür araştırması ve konunun belirlenmesi	x					
2	Etik komite izninin alınması		x				
3	Verilerin toplanması ve işlenmesi			x			
4	Verilerin analizi				x		
5	Tez yazımı (raporlama)					x	
6	Araştırma sonuçlarının paylaşımı						x

3.9. Etik Açıklamalar

- Araştırma, Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.
- Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, çalışmanın planlanması aşamasında Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar 23-5.1T/51 ve Tarih: 25/05/2023) (Ek VII) ve araştırmanın yapılacağı kurum olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Sayı E-42056799-619-220713461 ve Tarih:27/07/2023) (Ek VIII) yazılı izin alınmıştır.
- Örnekleme dahil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanmış ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” imzalatılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek I). Veri toplama süreci sonrası bireylerin soruları yanıtlanmıştır.
- Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri e-mail yoluyla alınmıştır (Ek II ve Ek III).

Bulgular

4.1. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

	X ± SS	(Min - Maks)
Yaş	61,41 ± 12,31	63,0 (30 - 87)
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	120	39,0
Kadın	188	61,0
Medeni Durum		
Evli	226	73,4
Bekar	82	26,6
Eğitim Durumu		
İlkokul ve Altı	235	76,3
Ortaokul - Lise	65	21,1
Üniversite	8	2,6
Çalışma Durumu		
Çalışan	37	12,0
Çalışmayan	271	88,0
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	156	50,6
Gelir Gidere Denk	132	42,9
Gelir Giderden Fazla	20	6,5
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Yalnız Yaşayan	53	17,2
Eşiyle Yaşayan	96	31,2
Eşi ve Çocuklarıyla Yaşayan	122	39,6
Diğer	37	12,0
Yaşadığı Yer		
İl	139	45,1
İlçe	157	51,0
Köy	12	3,9
Sigara Kullanımı		
Kullanan	81	26,3
Kullanmayan	191	62,0
Bırakmış	36	11,7
Alkol Kullanımı		
Kullanan	30	9,7
Kullanmayan	266	86,4
Bırakmış	12	3,9
Toplam	308	100

Örnekleme dahil olan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre diyabetli bireylerin yaşlarının ortalaması $61,41 \pm 12,31$ olup, %61’i kadın, %73,4’ü evlidir. Bireylerin eğitim düzeyinin %76,3’ü ilkokul ve altındadır ve %51’i ilçede yaşamaktadır. Bireylerin %9,7’sinin alkol kullandığı, %26,3’ünün sigara, %9,7’sinin ise alkol kullandığı görülmüştür.

4.2. Diyabetli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Diyabetli Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

	X ± SS	(Min - Maks)
Diyabet Süresi (Yıl)	12,18 ± 8,12	10,0 (0,5 - 40,0)
HbA1c (%)	8,72 ± 2,39	7,8 (5,4 - 18,0)
BKİ (kg/m²)	28,10 ± 5,41	27,3 (16,4 - 49,9)
	n	%
Diyabet Dışında Kronik Hastalık		
Var	229	74,4
Yok	79	25,6
Diyabet Dışındaki Kronik Hastalıklar		
Hipertansiyon	169	54,9
Kalp Yetmezliği	45	14,6
Koroner Arter Hastalığı	14	4,5
Astım	15	4,9
KOAH	12	3,9
Akut Böbrek Yetmezliği	4	1,3
Kronik Böbrek Yetmezliği	24	7,8
Hiperkolesterol	14	4,5
Diğer	31	10,1
Diyabete Bağlı Komplikasyon		
Var	127	41,2
Yok	181	58,8
Diyabete Bağlı Komplikasyonlar		
Retinopati	61	19,8
Nöropati	15	4,9
Nefropati	15	4,9
Hipertansiyon	23	7,5
Kalp Yetmezliği	2	0,6
Diğer (inme, koroner arter hastalığı vb.)	14	4,5
Diyabet Tedavisi		
Sadece Beslenme Tedavisi	6	1,9
Oral Antidiyabetik + Beslenme Tedavisi	103	33,4
Oral Antidiyabetik + İnsülin + Beslenme Tedavisi	73	23,7
İnsülin + Beslenme Tedavisi	126	40,9
Daha Önce Diyabette Ayak Bakımı Eğitimi Alma		
Evet	39	12,7
Hayır	269	87,3
Daha Önce Ayakta Diyabete Bağlı Yara Oluşumu		
Evet	45	14,6
Hayır	263	85,4
Ayakla İlgili Sorun Yaşama		
Evet (yanma, hissizlik, karıncalanma, kaşıntı vb.)	115	37,3
Hayır	193	62,7
Ayakla İlgili Sorun Yaşandığında Sorunu Çözme Yöntemi		
Kendim Çözerim	59	19,2
Sağlık Personeline Başvururum	249	80,8
Evde Düzenli Kan Şekeri Ölçümü/Takibi		
Evet	181	58,8
Hayır	127	41,2
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	72	23,4
Hayır	236	76,6
Diyabet Nedeni ile Beslenmeye Dikkat Etme		
Hiç	18	5,8
Çok Az	38	12,3
Kısmen	136	44,2
Oldukça	99	32,1
Çok Fazla	17	5,5
Toplam	308	100

HbA1c: Glikolize Hemoglobin, BKİ: Beden Kitle İndeksi

*Birden fazla kronik hastalık/komplikasyon bildirimi bulunmaktadır.

Örnekleme dahil olan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikler incelenmiştir (Tablo 7). Diyabetli bireylerin HbA1c değerlerinin ortalaması $8,72 \pm 2,39$, beden kitle indekslerinin ortalaması ise $28,10 \pm 5,41 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Bu bireylerin %74,4'ünün diyabet dışında kronik hastalığı bulunduğu, %41,2'sinde diyabete bağlı komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Diyabet tedavisi olarak bireylerin %40,9'unun insülin + beslenme tedavisi aldığı belirlenmiştir.

Bireylerin %12,7'sinin diyabette ayak bakımı eğitimi aldığı, %14,6'sının ayağında daha önce diyabete bağlı yara oluştuğu, %37,3'ünün ayakla ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir. Bireylerin %80,8'inin ayakla ilgili yaşanan sorun için sağlık personeline başvurduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %58,8'inin evde düzenli olarak kan şekeri takibi yaptığı ve %23,4'ünü düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Bireylerin %5,8'inin hiç diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etmediği, %44,2'sinin diyabet nedeniyle kısmen ve %5,5'inin diyabet nedeniyle çok fazla beslenmeye dikkat ettiği görülmüştür.

4.3. Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Diyabetli Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları

	$X \pm SS$	M (Min - Maks)
ABDÖ	$56,54 \pm 11,31$	58,0 (15- 77)

ABDÖ: Ayak Bakım Davranış Ölçeği

Örnekleme alınan bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $56,54 \pm 11,31$ 'dir (Tablo 8).

4.4. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 9. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları

	ABDÖ		t ^a / F ^b	p	Fark ^c
	X ± SS	M (Min - Maks)			
Yaş					
65 Altı	56,74 ± 11,42	59,0 (15 - 77)	0,368 ^a	0,713	
65 ve Üstü	56,26 ± 11,20	58,0 (16 - 75)			
Cinsiyet					
Erkek	56,63 ± 11,20	59,0 (18 - 75)	0,111 ^a	0,912	
Kadın	56,48 ± 11,41	58,0 (15 - 77)			
Medeni Durum					
Evli	56,46 ± 11,40	59,0 (15 - 75)	-0,183 ^a	0,855	-
Bekar	56,73 ± 11,13	58,0 (29 - 77)			
Eğitim Durumu					
İlkokul ve Altı (1)	55,60 ± 11,57	58,0 (15 - 75)	3,451 ^b	0,033*	1<2
Ortaokul – Lise (2)	59,51 ± 9,97	61,0 (34 - 77)			1<3
Üniversite (3)	59,88 ± 9,98	60,5 (39 - 75)			
Çalışma Durumu					
Çalışan	54,35 ± 12,86	56,0 (18 - 75)	-1,254 ^a	0,211	
Çalışmayan	56,83 ± 11,08	59,0 (15 - 77)			
Ekonomik Durum					
Gelir Giderden Az (1)	55,53 ± 11,63	57,0 (15 - 77)	3,568 ^b	0,029*	1<2
Gelir Gidere Denk (2)	58,33 ± 10,48	60,0 (31 - 75)			2>3
Gelir Giderden Fazla (3)	52,55 ± 12,66	53,0 (22 - 75)			
Birlikte Yaşadığı Kişi					
Yalnız Yaşayan	57,62 ± 12,04	59,0 (29 - 77)	0,203 ^b	0,894	-
Eşiyle Yaşayan	56,41 ± 11,40	58,0 (15 - 73)			
Eşi ve Çocuklarıyla Yaşayan	56,30 ± 11,41	59,0 (16 - 75)			
Diğer	56,08 ± 9,94	57,0 (34 - 75)			
Yaşadığı Yer					
İl	55,44 ± 12,47	59,0 (15 - 77)	1,740 ^b	0,177	-
İlçe	57,69 ± 10,33	58,0 (22 - 75)			
Köy	54,17 ± 8,12	55,5 (39 - 63)			
Sigara Kullanımı					
Kullanan	57,37 ± 11,90	59,0 (15 - 75)	0,709 ^b	0,493	-
Kullanmayan	55,94 ± 10,88	57,0 (16 - 75)			
Bırakmış	57,81 ± 12,28	59,5 (25 - 77)			
Alkol Kullanımı					
Kullanan	54,77 ± 11,96	58,0 (18 - 75)	1,960 ^b	0,143	-
Kullanmayan	56,47 ± 11,29	58,0 (15 - 77)			
Bırakmış	62,33 ± 8,66	62,0 (44 - 75)			

ABDÖ: Ayak Bakım Davranış Ölçeği, t^a: Bağımsız Örneklem t Testi, F^b: Tek Yönlü Varyans Analizi, c: LSD Posthoc Testi, *p<0,05

Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanları bireylerin sosyo-demografik niteliklerine göre incelenmiştir (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara dayanarak; bireylerin Ayak Bakım Davranış

Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda $55,60 \pm 11,57$, ortaokul – lise olanlarda $59,51 \pm 9,97$, üniversite olanlarda $59,88 \pm 9,98$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin eğitim düzeylerine göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,451$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının eğitim düzeyi ortaokul – lise olan ve üniversite olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması geliri giderinden az olanlarda $55,53 \pm 11,63$, geliri giderine denk olanlarda $58,33 \pm 10,48$ ve geliri giderinden fazla olanlarda $52,55 \pm 12,66$ olarak tespit edilmiştir. Bireylerin ekonomik durumlarına göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,568$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc testinin sonuçlarına dayanarak; geliri giderine denk olanların Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının geliri giderinden az olanlara kıyasla ve geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir.

4.5. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 10. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları

	ABDÖ		t ^a / F ^b	p	Fark ^c
	X ± SS	(Min - Maks)			
Beden Kitle İndeksi					
Zayıf	58,86 ± 13,58	63,0 (37 - 75)	1,060 ^b	0,366	-
Normal	56,09 ± 10,99	58,0 (15 - 75)			
Kilolu	57,71 ± 11,35	59,0 (18 - 77)			
Obez	55,16 ± 11,35	57,5 (16 - 73)			
Diyabet Dışında Kronik Hastalık					
Var	56,68 ± 11,09	58,0 (15 - 77)	0,372 ^a	0,710	
Yok	56,13 ± 12,00	59,0 (16 - 75)			
Diyabete Bağlı Komplikasyon					
Var	58,52 ± 10,45	60,0 (18 - 75)	2,603 ^a	0,010*	
Yok	55,14 ± 11,71	57,0 (15 - 77)			
Diyabet Tedavisi					
Sadece Beslenme Tedavisi	50,50 ± 14,73	53,0 (33 - 71)	0,878 ^b	0,453	-
Oran Antidiyabetik + Beslenme Tedavisi	56,05 ± 10,90	58,0 (22 - 75)			
Oral Antidiyabetik + İnsülin + Beslenme Tedavisi	57,67 ± 9,79	59,0 (25 - 75)			
İnsülin + Beslenme Tedavisi	56,56 ± 12,28	58,0 (15 - 77)			
Daha Önce Diyabette Ayak Bakımı Eğitimi Alma					
Evet	60,21 ± 10,47	63,0 (34 - 75)	2,181 ^a	0,030*	
Hayır	56,00 ± 11,35	58,0 (15 - 77)			
Daha Önce Ayakta Diyabete Bağlı Yara Oluşumu					
Evet	57,53 ± 9,77	59,0 (36 - 75)	0,640 ^a	0,523	
Hayır	56,37 ± 11,56	58,0 (15 - 77)			
Ayakla İlgili Sorun Yaşama					
Evet (yanma, hissizlik, karıncalanma, kaşıntı vb.)	55,94 ± 11,81	58,0 (15 - 75)	-0,714 ^a	0,476	
Hayır	56,89 ± 11,02	59,0 (16 - 77)			
Ayakla İlgili Sorun Yaşandığında Sorunu Çözme Yöntemi					
Kendim Çözerim	50,71 ± 12,25	51,0 (18 - 70)	-4,537 ^a	0,000*	
Sağlık Personeline Başvururum	57,92 ± 10,64	59,0 (15 - 77)			
Evde Düzenli Kan Şekeri Ölçümü/Takibi					
Evet	59,30 ± 10,26	62,0 (31 - 77)	5,354 ^a	0,000*	
Hayır	52,59 ± 11,60	55,0 (15 - 75)			
Düzenli Egzersiz Yapma					
Evet	61,54 ± 8,25	63,0 (37 - 77)	4,418 ^a	0,000*	
Hayır	55,01 ± 11,68	57,0 (15 - 75)			
Diyabet Nedeni ile Beslenmeye Dikkat Etme					1<2,
Hiç (1)	45,17 ± 14,39	48,0 (15 - 65)	9,749 ^b	0,000*	1<3,
Çok Az (2)	55,00 ± 12,11	57,5 (25 - 75)			1<4,
Kısmen (3)	55,14 ± 11,56	57,0 (16 - 75)			1<5,
Oldukça (4)	60,23 ± 7,87	60,0 (33 - 75)			2<4,
Çok Fazla (5)	61,65 ± 10,37	63,0 (36 - 77)			2<5
					3<4,
					3<5

ABDÖ: Ayak Bakım Davranış Ölçeği, t^a: Bağımsız Örneklem t Testi, F^b: Tek Yönlü Varyans Analizi, c: LSD Posthoc Testi, *p<0,05

Bireylerin hastalık özelliklerine göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanları Tablo 10'da incelenmiştir. Eldeki sonuçlara dayanarak; bireylerin Ayak Bakımı Davranış Ölçeği'nden aldıkları ortalamaya göre puanları diyabete bağlı komplikasyon gelişenlerde $58,52 \pm 10,45$, diyabete bağlı komplikasyon gelişmeyenlerde $55,14 \pm 11,71$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabete bağlı komplikasyon gelişmesine göre ABDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($t=2,604$; $p<0,05$). Diyabet hastalığına bağlı komplikasyon oluşmaların ABDÖ puanlarının, diyabet hastalığına bağlı komplikasyon oluşmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması diyabette ayak bakımı eğitimi alanlarda $60,21 \pm 10,47$, diyabette ayak bakımı eğitimi almayanlarda $56,00 \pm 11,35$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabette ayak bakımı eğitimi alma durumuna göre ABDÖ puanlarının arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık görülmüştür ($t=2,181$; $p<0,05$). Diyabette ayak bakımı eğitimi alanların Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının diyabette ayak bakımı eğitimi almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerde $50,71 \pm 12,25$, ayakla ilgili yaşanan sorun için sağlık personeline başvuranlarda $57,92 \pm 10,64$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili yaşanan sorunu çözme yöntemlerine göre ABDÖ puanlarının arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($t=-4,537$; $p<0,05$). Ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının ayakla ilgili yaşanan sorun için sağlık personeline başvuranlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $59,30 \pm 10,26$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $52,59 \pm 11,60$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan önemli fark saptanmıştır ($t=5,354$;

$p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda $61,54 \pm 8,25$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $55,01 \pm 11,68$ şeklinde belirlenmiştir.

Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre ABDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu gözlemlenmiştir ($t=4,418$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara kıyasla yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyenlerde $45,17 \pm 14,39$, diyabet nedeni ile beslenmesine çok az dikkat edenlerde $55,00 \pm 12,11$, kısmen dikkat edenlerde $55,14 \pm 11,56$, oldukça dikkat edenlerde $60,23 \pm 7,87$ ve çok fazla dikkat edenlerde $61,65 \pm 10,37$ olarak belirlenmiştir.

Bireylerin diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etme durumlarına göre ABDÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($F=9,749$; $p<0,05$). Posthoc testinden elde edilen sonuçlara göre; diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının diyabet nedeni ile beslenmesine hiç dikkat etmeyen, çok az dikkat eden ve kısmen dikkat edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyenlerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının diyabet nedeni ile beslenmesine çok az dikkat eden ve kısmen dikkat edenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.6. Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 11. Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	ABDÖ	
	r	p
Diyabet Süresi (Yıl)	0,131	0,022*
HbA1c (%)	-0,045	0,428
BKİ (kg/m ²)	-0,049	0,389

*HbA1c: Glikolize Hemoglobin, BKİ: Beden Kitle İndeksi, ABDÖ: Ayak Bakım Davranış Ölçeği, Pearson Korelasyon, *p<0,05*

Bireylerin diyabet süresi ile ABDÖ puanları arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,131$; $p<0,05$) (Tablo 11).

4.7. Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular

Tablo 12. Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalasını Puanları

	X ± SS	M (Min - Maks)
DÖYS		
Glikoz Yönetimi	6,25 ± 2,23	6,0 (0 - 10)
Diyet Kontrolü	5,98 ± 2,16	5,8 (0 - 10)
Fiziksel Aktivite	4,58 ± 2,93	4,4 (0 - 10)
Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	6,52 ± 2,09	6,7 (0 - 10)
Toplam	5,93 ± 1,68	6,0 (1 - 10)

DÖYS: Diyabet Öz Yönetim Ölçeği,

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalasını puanları Tablo 12’de incelenmiştir. Eldeki sonuçlara göre; katılımcıların Glikoz Yönetimi’nden aldıkları puanların ortalaması $6,25 \pm 2,23$, Diyet Kontrolü’nden aldıkları puanların ortalaması $5,98 \pm 2,16$, Fiziksel Aktivite’den aldıkları puanların ortalaması $4,58 \pm 2,93$, Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı’ndan aldıkları puanların ortalaması $6,52 \pm 2,09$ ve DÖYS toplamından aldıkları puanların ortalaması $5,93 \pm 1,68$ olarak belirlenmiştir.

4.8. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları

	DÖYS									
	Glikoz Yönetimi		Diyabet Kontrolü		Fiziksel Aktivite		Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		Toplam	
	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)
Yaş										
65 Altı	6,11 ± 2,31	6,0 (0 - 10)	5,81 ± 2,25	5,8 (0 - 10)	4,93 ± 2,83	5,0 (0 - 10)	6,40 ± 2,08	6,7 (0 - 10)	5,87 ± 1,82	6,0 (1 - 10)
65 ve Üstü	6,43 ± 2,10	6,7 (1 - 10)	6,22 ± 2,02	5,8 (1 - 10)	4,11 ± 3,00	4,4 (0 - 10)	6,67 ± 2,11	6,7 (1 - 10)	6,01 ± 1,47	5,8 (3 - 9)
t		+1,239		-1,661		2,466		-1,112		-0,715
p		0,216		0,098		0,014*		0,267		0,475
Cinsiyet										
Erkek	6,47 ± 2,21	6,7 (0 - 10)	6,01 ± 2,21	5,8 (0 - 10)	5,06 ± 3,13	5,3 (0 - 10)	6,69 ± 2,01	6,7 (1 - 10)	6,12 ± 1,77	6,1 (1 - 10)
Kadın	6,10 ± 2,23	6,0 (0 - 10)	5,96 ± 2,14	5,8 (0 - 10)	4,27 ± 2,75	4,4 (0 - 10)	6,40 ± 2,14	6,7 (0 - 10)	5,80 ± 1,61	5,8 (1 - 10)
t		1,429		0,206		2,339		1,191		1,627
p		0,154		0,837		0,020*		0,235		0,105
Medeni Durum										
Evli	6,31 ± 2,20	6,0 (0 - 10)	6,11 ± 2,14	6,7 (0 - 10)	4,65 ± 2,94	4,4 (0 - 10)	6,74 ± 2,00	6,7 (0 - 10)	6,04 ± 1,65	6,0 (1 - 10)
Bekar	6,07 ± 2,30	6,0 (0 - 10)	5,63 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,38 ± 2,91	3,3 (0 - 10)	5,89 ± 2,21	6,7 (1 - 10)	5,61 ± 1,72	5,7 (1 - 10)
t		0,826		1,744		0,708		3,195		2,002
p		0,410		0,082		0,480		0,002*		0,046*
Eğitim Durumu										
İlkokul ve Altı (1)	6,08 ± 2,25	6,0 (0 - 10)	5,85 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,35 ± 2,99	4,4 (0 - 10)	6,43 ± 2,99	4,4 (0 - 10)	5,77 ± 1,68	5,6 (1 - 10)
Ortaokul – Lise (2)	6,89 ± 2,08	7,3 (0 - 10)	6,50 ± 1,94	6,7 (3 - 10)	5,26 ± 2,71	5,6 (0 - 10)	6,88 ± 2,71	5,6 (0 - 10)	6,52 ± 1,54	6,5 (3 - 10)
Üniversite (3)	6,00 ± 2,02	6,0 (3 - 9)	5,63 ± 2,66	5,8 (1 - 9)	5,83 ± 1,85	5,6 (3 - 9)	6,25 ± 1,85	5,6 (3 - 9)	5,81 ± 1,73	6,1 (3 - 8)
F		3,552		2,389		3,238		1,274		5,251
p		0,030*		0,093		0,041*		0,281		0,006*
Fark^a		1<2		-		1<3		-		1<2
Çalışma Durumu										
Çalışan	6,20 ± 2,28	6,0 (0 - 10)	5,68 ± 2,39	5,8 (0 - 10)	5,51 ± 2,63	5,6 (0 - 10)	6,10 ± 2,35	6,7 (0 - 10)	5,91 ± 1,90	5,8 (1 - 10)
Çalışmayan	6,25 ± 2,22	6,0 (0 - 10)	6,02 ± 2,13	5,8 (0 - 10)	4,45 ± 2,95	4,4 (0 - 10)	6,57 ± 2,05	6,7 (1 - 10)	5,93 ± 1,65	6,0 (1 - 10)
t		-0,129		-0,919		2,072		-1,307		-0,079
p		0,897		0,359		0,039*		0,192		0,937
Ekonomik Durum										
Gelir Giderden Az	6,11 ± 2,29	6,0 (1 - 10)	5,87 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,46 ± 2,95	4,4 (0 - 10)	6,47 ± 2,03	6,7 (1 - 10)	5,80 ± 1,71	5,8 (1 - 10)
Gelir Gidere Denk	6,40 ± 2,25	6,7 (0 - 10)	6,16 ± 2,09	6,7 (0 - 10)	4,70 ± 2,95	4,4 (0 - 10)	6,56 ± 2,22	6,7 (0 - 10)	6,07 ± 1,68	6,0 (1 - 10)
Gelir Giderden Fazla	6,32 ± 1,46	6,0 (3 - 10)	5,63 ± 2,40	5,0 (0 - 9)	4,72 ± 2,75	4,7 (0 - 10)	6,56 ± 1,73	6,7 (3 - 10)	5,93 ± 1,42	6,0 (4 - 10)
F		0,637		0,932		0,254		0,065		0,927
p		0,530		0,395		0,776		0,937		0,397

Tablo 13. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları (Devamı)

DÖYS										
	Glikoz Yönetimi		Diyabet Kontrolü		Fiziksel Aktivite		Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		Toplam	
	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)
Birlikte Yaşadığı Kişi										
Yalnız Yaşayan (1)	5,85 ± 2,54	6,0 (0 - 10)	5,92 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,18 ± 3,09	3,3 (0 - 10)	6,08 ± 2,30	6,7 (1 - 10)	5,61 ± 1,95	5,4 (1 - 10)
Eşyle yaşayan (2)	6,34 ± 1,95	6,0 (2 - 10)	6,31 ± 2,10	6,7 (2 - 10)	4,34 ± 2,99	4,4 (0 - 10)	6,93 ± 2,04	7,8 (2 - 10)	6,08 ± 1,53	6,0 (3 - 10)
Eşi ve Çocuklarıyla Yaşayan (3)	6,27 ± 2,31	6,7 (0 - 10)	5,84 ± 2,08	5,8 (0 - 10)	5,03 ± 2,80	5,6 (0 - 10)	6,68 ± 1,91	6,7 (0 - 10)	6,02 ± 1,69	6,0 (1 - 10)
Diğer (4)	6,49 ± 2,14	6,7 (2 - 10)	5,68 ± 2,51	5,8 (1 - 10)	4,29 ± 2,88	3,3 (0 - 10)	5,53 ± 2,12	5,6 (1 - 9)	5,67 ± 1,55	5,9 (3 - 8)
F		0,768		1,192		1,616		5,248		1,321
p		0,513		0,313		0,186		0,002*		0,268
Fark^a		-		-		-		1<2, 2>4, 3>4		-
Yaşadığı Yer										
İl (1)	6,36 ± 2,26	6,7 (0 - 10)	5,94 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,10 ± 2,98	4,4 (0 - 10)	6,56 ± 2,00	6,7 (1 - 10)	5,87 ± 1,63	5,9 (1 - 10)
İlçe (2)	6,11 ± 2,23	6,0 (1 - 10)	6,02 ± 2,14	5,8 (0 - 10)	4,98 ± 2,88	4,4 (0 - 10)	6,43 ± 2,19	6,7 (0 - 10)	5,95 ± 1,75	6,0 (2 - 10)
Köy (3)	6,72 ± 1,74	6,3 (4 - 9)	6,02 ± 2,19	6,3 (3 - 9)	4,86 ± 2,16	4,4 (1 - 9)	7,13 ± 1,74	7,2 (4 - 10)	6,22 ± 1,22	5,9 (5 - 9)
F		0,718		0,059		3,393		0,684		0,282
p		0,488		0,942		0,035*		0,505		0,754
Fark^a		-		-		1<2		-		-
Sigara Kullanımı										
Kullanan (1)	6,05 ± 2,43	6,0 (0 - 10)	5,95 ± 2,31	5,8 (0 - 10)	5,45 ± 2,88	5,6 (0 - 10)	6,29 ± 2,12	6,7 (1 - 10)	5,99 ± 1,85	6,0 (1 - 10)
Kullanmayan (2)	6,35 ± 2,08	6,0 (1 - 10)	6,09 ± 2,02	5,8 (1 - 10)	4,30 ± 2,87	4,4 (0 - 10)	6,61 ± 1,99	6,7 (0 - 10)	5,96 ± 1,50	6,0 (1 - 9)
Bırakmış (3)	6,14 ± 2,49	6,0 (1 - 10)	5,49 ± 2,52	5,0 (0 - 10)	4,12 ± 3,01	3,9 (0 - 10)	6,51 ± 2,54	6,7 (1 - 10)	5,63 ± 2,12	5,3 (3 - 10)
F		0,560		1,201		5,067		0,685		0,662
p		0,572		0,302		0,007*		0,505		0,517
Fark^a		-		-		1>2, 1>3		-		-
Alkol Kullanımı										
Kullanan	5,97 ± 2,48	6,0 (1 - 10)	6,11 ± 2,07	6,3 (2 - 10)	5,07 ± 2,62	5,6 (0 - 10)	5,98 ± 1,99	6,1 (2 - 10)	5,82 ± 1,66	6,0 (3 - 9)
Kullanmayan	6,22 ± 2,18	6,0 (0 - 10)	5,97 ± 2,18	5,8 (0 - 10)	4,49 ± 2,96	4,4 (0 - 10)	6,55 ± 2,09	6,7 (0 - 10)	5,91 ± 1,67	5,8 (1 - 10)
Bırakmış	7,63 ± 2,22	8,6 (4 - 10)	5,83 ± 2,07	5,8 (3 - 9)	5,28 ± 3,08	5,0 (0 - 10)	7,13 ± 2,29	7,2 (1 - 10)	6,58 ± 1,92	6,8 (4 - 9)
F		2,590		0,083		0,885		1,537		1,000
p		0,077		0,920		0,414		0,217		0,369

DÖYS: Diyabet Öz Yönetim Ölçeği, t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, a: LSD Posthoc Testi, *p<0,05

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre DÖYS puanları Tablo 13'te incelenmiştir. Eldeki sonuçlara dayanarak; bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puan ortalamaları 65 altı yaş grubunda yer alanlarda $4,93 \pm 2,83$, 65 ve üstü yaş grubunda yer alanlarda $4,11 \pm 3,00$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin yaşlarına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel ve anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2,466$; $p<0,05$). 65 altı yaş grubunda yer alanların Fiziksel Aktivite puanlarının 65 ve üstü yaş grubunda yer alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların ortalaması erkeklerde $5,06 \pm 3,13$, kadınlarda $4,27 \pm 2,75$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin cinsiyetlerine göre Fiziksel Aktivite puanlarının arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($t=2,339$; $p<0,05$). Erkeklerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları puanların ortalaması evlilerde $6,74 \pm 2,00$, bekarlarda $5,89 \pm 2,21$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin medeni durumlarına göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,195$; $p<0,05$). Evlilerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının bekarlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması evlilerde $6,04 \pm 1,65$, bekarlarda $5,61 \pm 1,72$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin medeni durumlarına göre DÖYS puanları arasında istatistiksel ve anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2,002$; $p<0,05$). Evlilerin Diyabet Öz Yönetim Skalası puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda $6,08 \pm 2,25$, ortaokul – lise olanlarda $6,89 \pm 2,08$ ve üniversite olanlarda $6,00 \pm 2,02$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,552$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test

sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların Glikoz Yönetimi alt boyutu puanlarının eğitim düzeyi ortaokul – lise olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Fiziksel Aktivite’den aldıkları puanların ortalaması eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda $4,35 \pm 2,99$, ortaokul – lise olanlarda $5,26 \pm 2,71$ ve üniversite olanlarda $5,83 \pm 1,85$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin eğitim durumlarına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,238$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların Fiziksel Aktivite puanlarının eğitim düzeyi üniversite olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda $5,77 \pm 1,68$, ortaokul – lise olanlarda $6,52 \pm 1,54$ ve üniversite olanlarda $5,81 \pm 1,73$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin eğitim durumlarına göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=5,251$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının eğitim düzeyi ortaokul – lise olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Fiziksel Aktivite’den aldıkları puanlarının ortalaması çalışanlarda $5,51 \pm 2,63$, çalışmayanlarda $4,45 \pm 2,95$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin çalışma durumları ile Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=2,072$; $p<0,05$). Çalışanların Fiziksel Aktivite puanlarının çalışmayanlara göre yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı’ndan aldıkları puanların ortalaması yalnız yaşayanlarda $6,08 \pm 2,30$, eşiyle yaşayanlarda $6,93 \pm 2,04$, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda $6,68 \pm 1,91$, diğer grubunda yer alanlarda $5,53 \pm 2,12$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin beraber yaşadıkları kişilere göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık görülmüştür ($F=5,248$; $p<0,05$). Posthoc testi analizinden elde edilen sonuçlara göre; eşiyle yaşayanların Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının yalnız yaşayan ve diğer grubunda yer alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanların Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının diğer grubunda yer alanlara kıyasla yüksek bulunmuştur. Bireylerin Fiziksel Aktivite'den alınan puanların ortalaması ilde yaşayanlarda $4,10 \pm 2,98$, ilçede yaşayanlarda $4,98 \pm 2,88$ ve köyde yaşayanlarda $4,86 \pm 2,16$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin yaşadıkları yerlere göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel ve anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,393$; $p<0,05$). Posthoc testinden elde edilen sonuçlara göre; ilde yaşayanların Fiziksel Aktivite puanlarının ilçede yaşayanlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların ortalaması sigara kullananlarda $5,45 \pm 2,88$, sigara kullanmayanlarda $4,30 \pm 2,87$ ve sigarayı bırakanlarda $4,12 \pm 3,01$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin sigara kullanımlarına dayanarak Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak bir fark olduğu sonucu elde edilmiştir ($F=5,067$; $p<0,05$). Posthoc sonuçları doğrultusunda; sigara kullananların Fiziksel Aktivite puanlarının sigara kullanmayan ve sigarayı bırakanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.9. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular

Tablo 14. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları

	DÖYS									
	Glikoz Yönetimi		Diyet Kontrolü		Fiziksel Aktivite		Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		Toplam	
	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)
Beden Kitle İndeksi										
Zayıf (1)	6,86 ± 2,10	8,0 (4 - 9)	6,79 ± 1,55	5,8 (6 - 10)	5,24 ± 1,53	5,6 (2 - 7)	6,35 ± ,54	6,7 (6 - 7)	6,43 ± 1,14	6,9 (5 - 8)
Normal (2)	5,91 ± 2,42	6,0 (0 - 10)	5,84 ± 2,32	5,8 (0 - 10)	4,67 ± 3,05	4,4 (0 - 10)	6,60 ± 1,87	6,7 (2 - 10)	5,82 ± 1,76	5,6 (1 - 9)
Kilolu (3)	6,73 ± 2,06	6,7 (0 - 10)	6,44 ± 1,91	6,7 (2 - 10)	5,00 ± 2,92	5,0 (0 - 10)	6,74 ± 2,13	6,7 (1 - 10)	6,34 ± 1,59	6,4 (3 - 10)
Obez (4)	5,84 ± 2,18	6,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,26	5,8 (0 - 10)	3,89 ± 2,81	3,3 (0 - 10)	6,16 ± 2,25	6,7 (0 - 10)	5,42 ± 1,62	5,4 (2 - 10)
F		3,967		4,535		2,805		1,419		5,938
p		0,009*		0,004*		0,040*		0,237		0,001*
Fark^a		2<3, 3>4		3>4		3>4		-		2<3, 3>4
Diyabet Dışında Kronik Hastalık										
Var	6,29 ± 2,10	6,0 (1 - 10)	6,02 ± 2,13	5,8 (0 - 10)	4,28 ± 2,83	4,4 (0 - 10)	6,50 ± 2,09	6,7 (1 - 10)	5,88 ± 1,61	5,8 (2 - 10)
Yok	6,12 ± 2,58	6,0 (0 - 10)	5,87 ± 2,27	5,8 (0 - 10)	5,44 ± 3,05	5,6 (0 - 10)	6,55 ± 2,12	6,7 (0 - 10)	6,06 ± 1,87	6,0 (1 - 10)
t		0,597		0,525		-3,080		-0,183		-0,839
p		0,551		0,600		0,002*		0,855		0,402
Diyabete Bağlı Komplikasyon										
Var	6,30 ± 2,21	6,7 (1 - 10)	6,06 ± 2,06	5,8 (2 - 10)	4,30 ± 3,05	4,4 (0 - 10)	6,52 ± 2,05	6,7 (1 - 10)	5,90 ± 1,71	6,0 (2 - 10)
Yok	6,21 ± 2,24	6,0 (0 - 10)	5,93 ± 2,24	5,8 (0 - 10)	4,77 ± 2,83	4,4 (0 - 10)	6,51 ± 2,13	6,7 (0 - 10)	5,94 ± 1,66	5,9 (1 - 10)
t		0,318		0,534		-1,384		0,038		-0,202
p		0,751		0,594		0,167		0,970		0,840
Diyabet Tedavisi										
Sadece Beslenme Tedavisi	4,89 ± 2,55	5,7 (0 - 7)	5,14 ± 2,55	5,0 (2 - 8)	3,15 ± 3,68	2,8 (0 - 10)	6,11 ± 2,61	6,7 (2 - 10)	5,29 ± 1,83	5,4 (3 - 7)
Oran Antidiyabetik + Beslenme Tedavisi	6,09 ± 2,06	6,0 (2 - 10)	5,98 ± 2,32	5,8 (1 - 10)	4,87 ± 2,94	4,4 (0 - 10)	6,93 ± 2,13	7,8 (1 - 10)	6,00 ± 1,66	5,8 (3 - 10)
Oral Antidiyabetik + İnsülin + Beslenme Tedavisi	6,60 ± 1,94	6,7 (2 - 10)	6,02 ± 1,86	5,8 (0 - 10)	4,67 ± 2,82	4,4 (0 - 10)	6,45 ± 1,87	6,7 (2 - 10)	6,05 ± 1,42	6,0 (3 - 9)
İnsülin + Beslenme Tedavisi	6,24 ± 2,46	6,7 (0 - 10)	6,00 ± 2,19	5,8 (0 - 10)	4,37 ± 2,95	4,4 (0 - 10)	6,24 ± 2,13	6,7 (0 - 10)	5,82 ± 1,82	5,9 (1 - 10)
Daha Önce Diyabette Ayak Bakımı Eğitimi Alma										
Evet	6,70 ± 2,46	7,3 (0 - 10)	6,18 ± 2,63	5,8 (0 - 10)	4,32 ± 3,16	4,4 (0 - 10)	6,27 ± 1,98	6,7 (2 - 10)	6,04 ± 1,90	6,0 (1 - 9)
Hayır	6,18 ± 2,19	6,0 (0 - 10)	5,95 ± 2,09	5,8 (0 - 10)	4,62 ± 2,90	4,4 (0 - 10)	6,55 ± 2,11	6,7 (0 - 10)	5,91 ± 1,65	5,9 (1 - 10)
t		1,364		0,596		-0,601		-0,796		0,456
p		0,173		0,551		0,549		0,427		0,649

Tablo 14. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları (Devamı)

	DÖYS									
	Glikoz Yönetimi		Diyet Kontrolü		Fiziksel Aktivite		Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		Toplam	
	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)	X ± SS	M (Min - Maks)
Daha Önce Ayakta Diyabete Bağlı Yara Oluşumu										
Evet	5,77 ± 2,37	6,0 (1 - 10)	5,37 ± 2,24	5,8 (0 - 10)	4,73 ± 2,90	5,6 (0 - 10)	6,33 ± 2,07	6,7 (1 - 10)	5,59 ± 1,68	5,6 (3 - 9)
Hayır	6,33 ± 2,20	6,0 (0 - 10)	6,09 ± 2,14	5,8 (0 - 10)	4,55 ± 2,94	4,4 (0 - 10)	6,55 ± 2,10	6,7 (0 - 10)	5,98 ± 1,67	6,0 (1 - 10)
	t	-1,547		-2,065		0,368		-0,637		-1,436
	p	0,123		0,040*		0,713		0,525		0,152
Ayakla İlgili Sorun Yaşama										
Evet (yanma, hissizlik, karıncalanma, kaşıntı vb.)	5,81 ± 2,28	6,0 (1 - 10)	5,60 ± 2,00	5,8 (0 - 10)	4,13 ± 2,50	4,4 (0 - 10)	5,96 ± 2,08	6,7 (1 - 10)	5,46 ± 1,58	5,6 (1 - 9)
Hayır	6,51 ± 2,16	6,0 (0 - 10)	6,21 ± 2,23	6,7 (0 - 10)	4,85 ± 3,13	4,4 (0 - 10)	6,85 ± 2,03	6,7 (0 - 10)	6,20 ± 1,67	6,0 (1 - 10)
	t	-2,687		-2,404		-2,112		-3,706		-3,843
	p	0,008*		0,017*		0,035*		0,000*		0,000*
Ayakla İlgili Sorun Yaşandığında Sorunu Çözme Yöntemi										
Kendim Çözerim	5,57 ± 2,28	6,0 (0 - 10)	5,23 ± 2,28	5,0 (0 - 10)	4,41 ± 2,88	4,4 (0 - 10)	5,96 ± 2,29	6,7 (0 - 10)	5,37 ± 1,58	5,4 (1 - 9)
Sağlık Personeline Başvururum	6,41 ± 2,19	6,7 (1 - 10)	6,16 ± 2,10	6,7 (1 - 10)	4,62 ± 2,94	4,4 (0 - 10)	6,65 ± 2,02	6,7 (1 - 10)	6,06 ± 1,68	6,0 (1 - 10)
	t	-2,621		-3,028		-0,504		-2,289		-2,845
	p	0,009*		0,003*		0,615		0,023*		0,005*
Evde Düzenli Kan Şekeri Ölçümü/Takibi										
Evet	7,38 ± 1,66	7,3 (2 - 10)	6,58 ± 2,05	6,7 (0 - 10)	4,98 ± 2,96	5,0 (0 - 10)	6,92 ± 1,91	6,7 (0 - 10)	6,59 ± 1,46	6,5 (3 - 10)
Hayır	4,63 ± 1,91	4,7 (0 - 10)	5,13 ± 2,04	5,0 (0 - 10)	4,01 ± 2,80	3,3 (0 - 10)	5,94 ± 2,21	5,6 (1 - 10)	4,97 ± 1,50	5,0 (1 - 10)
	t	13,391		6,103		2,909		4,192		9,479
	p	0,000*		0,000*		0,004*		0,000*		0,000*
Düzenli Egzersiz Yapma										
Evet	7,10 ± 2,26	7,3 (0 - 10)	7,34 ± 1,88	7,5 (2 - 10)	7,63 ± 1,99	7,8 (3 - 10)	7,37 ± 1,85	7,8 (2 - 10)	7,36 ± 1,37	7,3 (4 - 10)
Hayır	5,99 ± 2,15	6,0 (0 - 10)	5,57 ± 2,07	5,8 (0 - 10)	3,65 ± 2,51	3,3 (0 - 10)	6,26 ± 2,09	6,7 (0 - 10)	5,49 ± 1,51	5,6 (1 - 10)
	t	3,804		6,472		12,339		4,047		9,422
	p	0,000*		0,000*		0,000*		0,000*		0,000*
Diyabet Nedeni ile Beslenmeye Dikkat Etme										
Hiç (1)	5,04 ± 2,43	5,0 (1 - 10)	4,26 ± 2,16	3,8 (0 - 9)	4,94 ± 2,75	4,4 (0 - 10)	6,11 ± 1,76	5,6 (3 - 10)	5,09 ± 1,52	4,8 (3 - 10)
Çok Az (2)	4,76 ± 2,16	4,7 (0 - 10)	4,65 ± 2,10	4,2 (0 - 9)	4,01 ± 2,67	4,4 (0 - 10)	4,87 ± 2,16	4,4 (1 - 10)	4,64 ± 1,67	4,6 (1 - 10)
Kısmen (3)	6,27 ± 2,01	6,3 (1 - 10)	5,46 ± 1,97	5,0 (0 - 10)	4,31 ± 2,90	4,4 (0 - 10)	6,45 ± 1,98	6,7 (0 - 10)	5,69 ± 1,50	5,6 (1 - 9)
Oldukça (4)	6,75 ± 2,19	6,7 (0 - 10)	7,15 ± 1,52	7,5 (3 - 10)	5,01 ± 2,96	4,4 (0 - 10)	7,14 ± 2,01	7,8 (1 - 10)	6,65 ± 1,47	6,7 (3 - 10)
Çok Fazla (5)	7,76 ± 1,90	8,0 (3 - 10)	8,19 ± 2,05	9,2 (2 - 10)	5,20 ± 3,49	5,0 (0 - 10)	7,52 ± 1,39	7,8 (4 - 10)	7,37 ± 1,48	7,3 (5 - 10)
	F	9,823		26,980		1,450		10,394		18,543
	p	0,000*		0,000*		0,217		0,000*		0,000*
Fark a		1<3, 1<4, 1<5, 2<3, 2<4, 2<5, 3<5		1<3, 1<4, 1<5, 2<3, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5, 4<5		-		1>2, 1<4, 1<5, 2<3, 2<4, 3<4, 3<5		1<3, 1<4, 1<5, 2<3, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5

DÖYS: Diyabet Öz Yönetim Ölçeği, t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, a: LSD Posthoc Testi, *p<0,05

Bireylerin hastalık özelliklerine göre DÖYS puanları incelenmiştir (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre; bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması zayıf olanlarda $6,86 \pm 2,10$, normal kiloda olanlarda $5,91 \pm 2,42$, kilolu olanlarda $6,73 \pm 2,06$ ve obez olanlarda $5,84 \pm 2,18$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin beden kitle indekslerine göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,967$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; kilolu bireylerin Glikoz Yönetimi puanlarının normal kiloda ve obez olanlara kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması zayıf olanlarda $6,79 \pm 1,55$, normal kiloda olanlarda $5,84 \pm 2,32$, kilolu olanlarda $6,44 \pm 1,91$ ve obez olanlarda $5,43 \pm 2,26$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin beden kitle indekslerine göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=4,535$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; kilolu olanların Diyet Kontrolü puanlarının obez olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların ortalaması zayıf olanlarda $5,24 \pm 1,53$, normal kiloda olanlarda $4,67 \pm 3,05$, kilolu olanlarda $5,00 \pm 2,92$ ve obez olanlarda $3,89 \pm 2,81$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin beden kitle indekslerine göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($F=2,805$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; kilolu olanların Fiziksel Aktivite puanlarının obez olanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması zayıf olanlarda $6,43 \pm 1,14$, normal kiloda olanlarda $5,82 \pm 1,76$, kilolu olanlarda $6,34 \pm 1,59$ ve obez olanlarda $5,42 \pm 1,62$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin beden kitle indekslerine göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($F=5,938$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına dayanarak; kilolu olanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının normal kiloda ve obez bireylere göre yüksek olarak tespit edilmiştir.

Bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların ortalaması diyabet dışında kronik hastalığı olanlarda $4,28 \pm 2,83$, kronik hastalığı olmayanlarda $5,44 \pm 3,05$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabet dışında kronik hastalığı bulunmasına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel şekilde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-3,080$; $p<0,05$). Diyabet dışında kronik hastalığı bulunanların Fiziksel Aktivite puanlarının diyabet dışında kronik hastalığı bulunmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması ayakta diyabete bağlı yara oluşanlarda $5,37 \pm 2,24$, ayakta diyabete bağlı yara oluşmayanlarda $6,09 \pm 2,14$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakta diyabete bağlı yara oluşumuna göre Diyet Kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,065$; $p<0,05$). Ayakta diyabete bağlı yara oluşanların Diyet Kontrolü puanlarının ayakta diyabete bağlı yara oluşmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşayanlarda $5,81 \pm 2,28$, ayakla ilgili sorun yaşamayanlarda $6,51 \pm 2,16$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşamalarına göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,687$; $p<0,05$). Ayakla ilgili sorun yaşayanların Glikoz Yönetimi puanlarının ayakla ilgili sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşayanlarda $5,60 \pm 2,00$, ayakla ilgili sorun yaşamayanlarda $6,21 \pm 2,23$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşamalarına göre Diyet Kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,404$; $p<0,05$). Ayakla ilgili sorun yaşayanların Diyet Kontrolü puanlarının ayakla ilgili sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Bireylerin Fiziksel Aktivite aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşayanlarda $4,13 \pm 2,50$, ayakla ilgili sorun yaşamayanlarda $4,85 \pm 3,13$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşamalarına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur ($t=-2,112$; $p<0,05$). Ayakla ilgili sorun yaşayanların Fiziksel Aktivite puanlarının ayakla ilgili sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımından aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşayanlarda $5,96 \pm 2,08$, ayakla ilgili sorun yaşamayanlarda $6,85 \pm 2,03$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşamalarına göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,706$; $p<0,05$). Ayakla ilgili sorun yaşayanların Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının ayakla ilgili sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşayanlarda $5,46 \pm 1,58$, ayakla ilgili sorun yaşamayanlarda $6,20 \pm 1,67$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşamalarına göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,843$; $p<0,05$). Ayakla ilgili sorun yaşayanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının ayakla ilgili sorun yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşadığında yaşanan sorunu kendi çözenlerde $5,57 \pm 2,28$, sağlık personeline başvuranlarda $6,41 \pm 2,19$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili yaşanan sorunu çözme yöntemlerine göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,621$; $p<0,05$). Ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerin Glikoz Yönetimi puanlarının ayakla ilgili sorun yaşanması durumunda sağlık personeline başvuranlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşadığında yaşanan sorunu kendi çözenlerde $5,23 \pm 2,28$, sağlık personeline başvuranlarda $6,16 \pm 2,10$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili yaşanan sorunu çözme yöntemlerine göre Diyet Kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,028$; $p<0,05$).

Ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerin Diyet Kontrolü puanlarının ayakla ilgili sorun yaşanması durumunda sağlık personeline başvuranlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşadığında yaşanan sorunu kendi çözenlerde $5,96 \pm 2,29$, sağlık personeline başvuranlarda $6,65 \pm 2,02$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili yaşanan sorunu çözme yöntemlerine göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,289$; $p<0,05$). Ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının ayakla ilgili sorun yaşanması durumunda sağlık personeline başvuranlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması ayakla ilgili sorun yaşadığında yaşanan sorunu kendi çözenlerde $5,37 \pm 1,58$, sağlık personeline başvuranlarda $6,06 \pm 1,68$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin ayakla ilgili yaşanan sorunu çözme yöntemlerine göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,845$; $p<0,05$). Ayakla ilgili yaşanan sorunu kendi çözenlerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının ayakla ilgili sorun yaşanması durumunda sağlık personeline başvuranlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $7,38 \pm 1,66$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $4,63 \pm 1,91$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=13,391$; $p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Glikoz Yönetimi puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $6,58 \pm 2,05$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $5,13 \pm 2,04$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Diyet Kontrolü

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=6,103$; $p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Diyet Kontrolü puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Fiziksel Aktivite'den aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $4,98 \pm 2,96$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $4,01 \pm 2,80$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,909$; $p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Fiziksel Aktivite puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $6,92 \pm 1,91$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $5,94 \pm 2,21$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,192$; $p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması evde düzenli kan şekeri takibi yapanlarda $6,59 \pm 1,46$, evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlarda $4,97 \pm 1,50$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin evde düzenli kan şekeri takibi yapmalarına göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=9,479$; $p<0,05$). Evde düzenli kan şekeri takibi yapanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının evde düzenli kan şekeri takibi yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda $7,10 \pm 2,26$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $5,99 \pm 2,15$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur ($t=3,804$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Glikoz Yönetimi puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Diyet Kontrolü aldıkları puanların ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda $7,34 \pm 1,88$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $5,57 \pm 2,07$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre Diyet Kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=6,472$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Diyet Kontrolü puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin egzersiz yapanlarda $7,63 \pm 1,99$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $3,65 \pm 2,51$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre Fiziksel Aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=12,339$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Fiziksel Aktivite puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları puanların ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda $7,37 \pm 1,85$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $6,26 \pm 2,09$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,047$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması düzenli egzersiz yapanlarda $7,36 \pm 1,37$, düzenli egzersiz yapmayanlarda $5,49 \pm 1,51$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=9,422$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin Glikoz Yönetimi'nden aldıkları puanların ortalaması diyabet nedeniyle beslenmeye hiç dikkat etmeyenlerde $5,04 \pm 2,43$, beslenmeye çok az dikkat edenlerde $4,76 \pm 2,16$, beslenmeye kısmen dikkat edenlerde $6,27 \pm 2,01$, beslenmeye oldukça dikkat edenlerde $6,75 \pm 2,19$ ve beslenmeye çok fazla dikkat edenlerde $7,76 \pm 1,90$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etme durumlarına göre Glikoz Yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=9,823$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyen ve çok az dikkat edenlerin Glikoz Yönetimi puanlarının diyabet nedeniyle kısmen dikkat eden, oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Diyabet nedeniyle beslenmesine kısmen dikkat edenlerin Glikoz Yönetimi puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Diyet Kontrolü'nden aldıkları puanların ortalaması diyabet nedeniyle beslenmeye hiç dikkat etmeyenlerde $4,26 \pm 2,16$, beslenmeye çok az dikkat edenlerde $4,65 \pm 2,10$, beslenmeye kısmen dikkat edenlerde $5,46 \pm 1,97$, beslenmeye oldukça dikkat edenlerde $7,15 \pm 1,52$ ve beslenmeye çok fazla dikkat edenlerde $8,19 \pm 2,05$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etme durumlarına göre Diyet Kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=26,980$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyen ve çok az dikkat edenlerin Diyet Kontrolü puanlarının diyabet nedeniyle kısmen dikkat eden, oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Diyabet nedeniyle beslenmesine kısmen dikkat edenlerin Diyet Kontrolü puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat edenlerin Diyet Kontrolü puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları puanların ortalaması diyabet nedeniyle beslenmeye hiç dikkat etmeyenlerde $6,11 \pm 1,76$, beslenmeye çok az dikkat edenlerde $4,87 \pm 2,16$, beslenmeye kısmen dikkat edenlerde $6,45 \pm 1,98$, beslenmeye oldukça dikkat edenlerde $7,14 \pm 2,01$ ve beslenmeye çok fazla dikkat edenlerde $7,52 \pm 1,39$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etme durumlarına göre Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=10,394$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; diyabet nedeniyle beslenmesine çok az dikkat edenlerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyen, beslenmesine kısmen dikkat eden ve oldukça dikkat edenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyenlerin ve beslenmesine kısmen dikkat edenlerin Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplamından aldıkları puanların ortalaması diyabet nedeniyle beslenmeye hiç dikkat etmeyenlerde $5,09 \pm 1,52$, beslenmeye çok az dikkat edenlerde $4,64 \pm 1,67$, beslenmeye kısmen dikkat edenlerde $5,69 \pm 1,50$, beslenmeye oldukça dikkat edenlerde $6,65 \pm 1,47$ ve beslenmeye çok fazla dikkat edenlerde $7,37 \pm 1,48$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin diyabet nedeniyle beslenmeye dikkat etme durumlarına göre Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=18,543$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz yapanların Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; diyabet nedeniyle beslenmesine hiç dikkat etmeyen ve çok az dikkat edenlerin Diyabet Öz Yönetim Skalası toplam puanlarının diyabet nedeniyle kısmen dikkat eden, oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Diyabet nedeniyle beslenmesine kısmen dikkat edenlerin Diyabet Öz Yönetim

Skalası toplam puanlarının diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat eden ve çok fazla dikkat edenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

4.10. Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Diyabet Öz Yönetim Skalasına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri ve Beden Kitle İndeksi ile Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları Arasındaki İlişki

	DÖYS									
	Glikoz Yönetimi		Diyet Kontrolü		Fiziksel Aktivite		Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Diyabet Süresi (Yıl)	0,157	0,006*	0,050	0,381	-0,032	0,572	0,062	0,281	0,089	0,118
HbA1c (%)	-0,085	0,138	-0,069	0,226	-0,043	0,449	-0,086	0,134	-0,112	0,050
BKİ (kg/m²)	-0,119	0,037*	-0,163	0,004*	-0,149	0,009*	-0,112	0,050	-0,190	0,001*

*HbA1c: Glikolize Hemoglobin, BKİ: Beden Kitle İndeksi, DÖYS: Diyabet Öz Yönetim Ölçeği, Pearson Korelasyon, *p<0,05*

Bireylerin diyabet Süresi, HbA1c değeri ve beden kitle indeksi ile Diyabet Öz Yönetim Skalası puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 15). Elde edilen sonuçlara göre; bireylerin diyabet süresi ile Glikoz Yönetimi puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($r=0,157$; $p<0,05$). Bireylerin beden kitle indeksleri ile Glikoz Yönetimi ($r=-0,119$), Diyet Kontrolü ($r=-0,163$), Fiziksel Aktivite ($r=-0,149$) ve Diyabet Öz Yönetim Skalası ($r=-0,190$) puanları arasında negatif yönde ve çok zayıf düzey ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$).

4.11. Diyabet Öz Yönetim Skalası ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 16. Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

c	ABDÖ	
	r	p
DÖYS		
Glikoz Yönetimi	0,316	0,000*
Diyet Kontrolü	0,276	0,000*
Fiziksel Aktivite	0,202	0,000*
Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	0,151	0,008*
Toplam	0,335	0,000*

*DÖYS: Diyabet Öz Yönetim Ölçeği, ABDÖ: Ayak Bakım Davranış Ölçeği, Pearson Korelasyon, *p<0,05*

Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nin puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 16). Elde edilen sonuçlara göre; bireylerin Ayak Bakım Davranışları Ölçeği puanlarıyla Glikoz Yönetimi ($r=0,316$), Diyet Kontrolü ($r=0,276$) ve Fiziksel Aktivite ($r=0,202$) puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bireylerin Ayak Bakım Davranışları Ölçeği puanları ile Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir ($r=0,151$; $p<0,05$). Bireylerin Ayak Bakım Davranışları Ölçeği puanları ile Diyabet Öz Yönetim Skalası puanları arasında pozitif yönlü ve zayıf düzey ilişki bulunmuştur ($r=0,335$; $p<0,05$).

Tartışma

5.1. Diyabetli Bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Örnekleme katılan bireylerin Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden aldıkları ayak bakım davranış puan ortalaması $56,54 \pm 11,31$ 'dir. Ayak Bakım Davranış Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puan 75 olduğuna göre bireylerin puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Benzer olarak Usta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetli bireylerde ayak bakımı davranışlarının yordayıcılarının ve bu değişkenlerin rolü değerlendirilmiş; sonuç olarak örnekleme alınan bireylerin ayak bakımı davranış puanı $54,8 \pm 5,0$ olarak ortalamanın üzerinde bulunmuştur (Usta ve ark., 2019).

Bilindiği gibi diyabetli bireylerin ayak sağlığını korumaları komplikasyonları önlemek için son derece önemlidir. Bireylerin ABDÖ puanının ortalamanın üzerinde olması çoğunluğun ayak bakımının önemini anladığını ve bu konuda bilinçli davrandığını düşündürmektedir.

Ancak, literatürde yapılmış bazı araştırmalarda ise diyabet hastalarının ayak bakımı uygulamaları yetersiz olarak bulunmuştur (Çelik ve ark., 2021; Okuroğlu ve ark., 2021; Burucu ve ark., 2022; Syed ve ark., 2019). Diyabetli bireylerin ayak bakım davranışlarında yetersiz olmaları, diyabetik ayak ve ayak bakımı konusunda yeterli bilince sahip olmadıklarından kaynaklanabileceği düşünüldüğünde diyabetik ayak ve ayak bakımı hakkında diyabetle bireylere verilecek eğitim son derece önemlidir.

5.2. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Yapılan bu çalışmada yaş ve cinsiyet faktörlerinin ABDÖ'yü istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemediği saptanmıştır. Okuroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ve ABDÖ ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanırken, Yücel ve Sunay'ın yapmış

olduğu araştırmada da hastaların cinsiyetiyle ayak bakım davranışları arasında istatistiksel ve önemli fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Okuroğlu ve ark, 2021; Yücel ve Sunay, 2016).

Bireylerin medeni durumuna bakıldığında evli ve bekarların ABDÖ ortalama puanları hemen hemen eşit olup farklılık saptanmamıştır. Yapılan bu çalışmada bireylerin eğitim düzeylerine göre ABDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamasının arttığı görülmüştür ($F=3,451$; $p<0,05$). Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ABDÖ ($p=0,000$) puanlarının ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Ancak, bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, ayak bakımı davranışlarında istenilen sonuçların sağlanamadığı gözlemlenmiştir (Okuroğlu ve ark., 2021; Çelik ve ark., 2021). Sonuç olarak eğitim düzeyinin doğru ayak bakımı için esas etken olmayıp, ayak bakımı davranış değişikliğinin önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmayan bireylerin ABDÖ puan ortalamasının, çalışan kişilerin ABDÖ puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kır Biçer (2011)'in çalışmasında, çalışmayan bireylerin Ayak Bakım Davranışları Ölçeği (ABDÖ) puan ortalamasının yüksek olup, fakat istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Veriler bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada bireylerin ekonomik durumlarına göre ABDÖ puanları arasında istatistiksel ve anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=3,568$; $p<0,05$). Literatürdeki birçok çalışmada benzer olarak ekonomik duruma göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği puanlarının önemli ölçüde yüksek saptanmıştır (Yücel ve Sunay, 2016; Okuroğlu ve ark, 2021; Syed ve ark, 2019). Hastaların ekonomik durumu, bireylere önerilen ayak bakım uygulamalarına ulaşımını kolaylaştırarak bu davranışları uygulamalarında önemli bir etken olabileceği akla gelmektedir. Bu çalışmada bireylerin ilçede yaşama oranının yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçtan farklı olarak Syed ve ark (2019)'nın yaptığı diyabet hastaları arasında ayak bakım davranışının incelendiği çalışmada kentsel ve kırsal kökenin

istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ve ayak bakım davranışını etkilediği sonucuna varılmıştır ($p<0,05$).

Hastaların sigara içme ve alkol kullanma durumuyla ABDÖ puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmış, sigarayı ve alkolü bırakmış bireylerin ABDÖ puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gökdeniz (2019)'in çalışmasında ise sigara içmeyen hastaların ABDÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuş, yapılan bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır.

5.3. Diyabetli Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bu çalışmada ek kronik hastalık varlığı ile ABDÖ puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmış olup, Usta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı sonuca varılmıştır (Usta ve ark, 2019). Hastalarda başka kronik hastalıkların bulunmasının sağlık yönetiminde önceliklerinin değişebileceğini ve ayak bakım davranışları gibi uygulamalara vakit ayıramadıkları akla gelmekle birlikte mevcut kronik hastalıklarının da etki düzeyinin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Diyabete bağlı komplikasyon gelişenlerin ABDÖ puanlarının diyabete bağlı komplikasyon gelişmeyenlere göre daha fazla olduğu saptanmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada örnekleme alınan bireylerde görülen komplikasyonlar arasında retinopati oranı yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya paralel olarak Aytemur ve İnkaya (2022)'nin çalışmasında retinopati oranı yüksek bulunmuştur. Usta ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu çalışma verilerinden farklı olarak nefropati komplikasyonu, ayak bakımı davranışlarının anlamlı belirleyicileri olarak saptanmıştır. Komplikasyon gelişen bireylerin daha yüksek ayak bakım puanı alması, ayak sağlığının bozulduğunu objektif olarak görmenin bireylerin ayak sağlığına ve ayak bakımına verdikleri özeni etkilediğini düşündürmektedir.

Bireylerin diyabette tedavi şekli olarak Oral Antidiyabetik, İnsülin ve Beslenme tedavisi kullanan hastaların oranı yüksek bulunmuş fakat ABDÖ puan ortalaması ile istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çelik ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada ise diyetle tedavi edilen hastaların ayak bakımı davranışlarının iyi olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (Çelik ve ark., 2021). Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak tedavi biçimiyle ayak bakım alışkanlıkları arasında bağlantı bulunmayan çalışmalar mevcuttur (Bell ve ark, 2005; Yücel ve Sunay, 2016).

Yapılan bu çalışmada diyabette ayak bakımı eğitimi alanların ABDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak Okuroğlu ve ark'nın yaptığı çalışmada da diyabetik ayak eğitimi alanların almayanlara göre ABDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bireylerin ayak yarası öyküsü ile ABDÖ puanları arasında bir fark bulunmamıştır. Syed ve ark (2019)'nın çalışmasında bu çalışma sonuçlarına benzer olarak diyabetik ayak öyküsü olan bireyler ayak bakım puanını etkilememiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise fark bulunmuştur (Okuroğlu ve ark, 2021; Usta ve ark, 2019). Bu durumun ayak sorunu yaşayan bireylerin örnekleme sayıca az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde her diyabet hastasına diyabet hemşiresi tarafından eğitim verilmesine rağmen hastalarımızın eğitim aldığı farkında olmadığı gözlemlenmektedir. Bu durum, diyabet eğitiminin tam anlamıyla etkili olmadığını veya hastaların aldıkları eğitimi içselleştiremediklerini düşündürmektedir.

Bireylerin ayakla ilgili sorun yaşadığında yaşanan sorun için sağlık personeline başvuranların ABDÖ puan ortalamalarının fazla olduğu ve ABDÖ puanları arasında fark bulunmuştur. Benzer olarak Kalaycı (2020)'nin araştırmasında, hastaların ayaklarıyla ilişkili bir problem meydana geldiğinde sağlık kuruluşlarına başvurdukları ifade edilmiştir. Bireylerin ayak sorunu ortaya çıktığında, sağlık personeline başvurarak ayak bakımıyla ilgili bilgi edindikleri ve bu bilgileri davranışlarına yansıtarak uyguladıkları düşünülmektedir.

Evde sistemli kan şekeri takibi yapan bireylerin yapmayanlara göre ABDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düzenli kan şekeri takibi yapmanın ayak sağlığına olumlu etkisi vardır. Kan şekeri düzeyini kontrol altında tutmak ayak sağlığını korumak için ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Bireylerin düzenli egzersiz yapmalarına göre ABDÖ puanları arasında fark bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapanların ABDÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Usta ve arkadaşlarının çalışmasında da düzenli egzersiz ayak bakım davranışında belirleyici etken olup düzenli egzersiz yapanların ABDÖ puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Usta ve ark., 2019).

Diyabet nedeniyle beslenmesine oldukça dikkat edenlerin ABDÖ puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=9,749$; $p<0,05$).

5.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet Süresi, HbA1c Değeri, Beden Kitle İndeksi ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Yapılan bu çalışmada diyabet süresi ve ABDÖ puanları arasında pozitif ve çok zayıf düzey ilişki saptanmıştır. Benzer olarak Yücel ve Sunay (2016)'ın yaptığı çalışmada diyabet süresinin artması ile ayak bakımı davranışlarının iyileştiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak diyabeti uzun süredir olan bireylerin ayak bakımı konusunda daha iyi davranışlar sergilediği gözlemlenmiştir. Okuroğlu ve ark.'nın çalışmasında ise farklı olarak diyabet süresi ile ABDÖ ($p>0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır (Okuroğlu ve ark., 2021).

Çalışmada HbA1c değerleri $8,72 \pm 2,39$ olup ABDÖ ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Syed ve arkadaşlarının araştırmasında da HbA1c seviyeleriyle ayak bakım puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. HbA1c değeri yani glisemik kontrolü yetersiz olan diyabet hastalarının diyabeti kontrol altına alamadıkları ayak bakımı

konusunda yetersiz kaldıkları sonucuna varılmıştır. Bu durum, diyabette ayak sorunları açısından ciddi risk faktörü oluşturmaktadır.

Bireylerin BKİ değeri $28,10 \pm 5,41$ olarak hesaplanmış fakat ABDÖ puan ortalamaları ile anlamlı şekilde saptanmamıştır. Çelik ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada BKİ ayak bakım davranışında anlamlı olarak bulunmamıştır.

5.5. Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanlarının Tartışılması

Çalışmaya dahil edilen bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası puanlarının ortalaması $5,93 \pm 1,68$ olarak belirlenmiştir. Bireylerin en düşük puanı Fiziksel Aktivite, en yüksek puanı ise Sağlık Hizmetlerinin Kullanımından aldığı tespit edilmiştir. Diyabet Öz Yönetim Skalası'ndan alınabilecek en yüksek puan 10 olup bireylerin puan ortalaması orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Sales ve ark (2024)'nın yapmış olduğu çalışmada Suudi Arabistan'da COVID-19 Pandemisinin Diyabet Öz Yönetimi Üzerindeki Etkisi incelenmiş olup ölçek puanı $7,29 \pm 1,4$, Aytemur ve İnkaya (2022)'nin yapmış olduğu çalışmada DÖYS puan ortalamaları $5,87 \pm 1,98$, Bukhsh ve ark (2018)'nin yaptığı araştırmada Pakistan'da tip2 diyabetli hastaların diyabetle ilgili kişisel bakım aktivitelerinin glisemik kontrolü ile ilişkisi incelenmiş ve DÖYS toplam ölçek puanı 7,71 Khalooei ve Benrazavy (2019)'nin yapmış olduğu çalışmada Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Öz Yönetimi ve İlgili Faktörler incelenmiş DÖYS ortalama puanı $6,92 \pm 1,17$ olup orta düzeydedir.

Sales ve ark (2024)'nin yapmış olduğu çalışmada bu çalışma sonuçlarıyla benzer olarak en düşük ve en yüksek puanı sırasıyla Fiziksel Aktivite ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı'ndan aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Aytemur ve İnkaya (2022)'nin çalışmasında da en düşük puanın Fiziksel Aktivite'den alındığı görülmüştür.

Bireylerin DÖYS grupları arasında ‘Fiziksel Aktivite’ den en düşük puanı aldıkları görülmüştür. Diyabetli bireylerin düzenli egzersiz yapmalarının kan şekerini kontrol etmelerine yardımcı olduğu bilinmektedir. Düzenli bir fiziksel aktivite’nin yani egzersiz alışkanlıklarının olmaması hastaların HbA1c oranını olumsuz etkilemektedir. Genel olarak ülkemizde düzenli egzersiz yapma konusunda yetersizliklerin olduğu görülmektedir. Düzenli egzersizler, yağ metabolizmasını ve kan şekeri kontrolünü düzelterek kilo kontrolü sağlar ve obezite riskini azaltır. Aynı zamanda yaşla birlikte artan sağlık risklerini azaltmada kritik bir rol oynar. Bu egzersizler, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların riskini azaltmaya yardımcı olur (Ergün, 2013). Diyabetli bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri için düzenli fiziksel aktiviteyi hayatlarına dahil etmeleri önemlidir. DÖYS puan alt grupları arasında ‘Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı’ en yüksek puan ortalaması alınmıştır. Diyabetli bireylerin düzenli kontrolleri ve sağlık personeli ile iletişimi önemlidir. Sağlık hizmetlerine erişim ulaşılabilir hale getirilerek daha iyi sonuçlar elde edilmesi mümkündür.

5.6.Diyabetli Bireylerin Diyabet Öz Yönetim Skalası Puanları ile Ayak Bakım Davranış

Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Yapılan bu çalışmada; bireylerin Ayak Bakım Davranışları Ölçeği puanları ile Diyabet Öz Yönetim Skalası puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0,335$; $p<0,05$). Glikoz Yönetimi ($r=0,316$), Diyet Kontrolü ($r=0,276$) ve Fiziksel Aktivite ($r=0,202$) puanları ile Ayak Bakım Davranışları Ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişkisi saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı puanları arasında ise pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir ($r=0,151$; $p<0,05$).

Diyabet yönetiminde öz yönetim becerilerinin geliştirilmesinin, özellikle ayak sağlığı açısından ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bireylerin glikoz yönetimi, diyet kontrolü ve

fiziksel aktivite konusundaki daha iyi öz yönetim becerilerine sahip olmaları, ayak bakımı konusundaki davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Tekir ve ark (2023)'nın çalışmasında, Tip 2 diyabet hastalarında eğitimin ayak bakımı davranışlarına ve öz yeterliliğe etkisi incelenmiş olup, ayak bakımı eğitimi alan diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinde artış gösterdikleri belirlenmiştir. Bu artışta, ayak değerlendirmelerinin ve takiplerinin yapılması ile ayak bakımını alışkanlık haline getirmelerinin etkili olduğu bulunmuştur (Tekir ve ark., 2023). Biçer ve Enç (2016)'ın yapmış olduğu çalışmada diyabetli hastalarda ayak bakımı ve öz yeterliliği değerlendirilmiş olup, diyabetli bireylerde ayak bakımına yönelik farkındalığın artırılmasında eğitimin önemli bir araç olduğu eğitim alan bireylerin ayak bakımı davranışlarının gelişerek öz yeterlilik düzeylerinin iyileştiği görülmüştür (Biçer ve Enç, 2016).

Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuç

Bu çalışmada diyabetli bireylerde öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisi incelenmiştir. Genel olarak, diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinin iyi olmasının ayak bakım davranışlarını iyileştirerek bakım davranışlarını pozitif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları bütün olarak detaylı incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

- Diyabet Öz Yönetim Skalası puan ortalaması ile Ayak Bakım Davranış Ölçeği puan ortalaması arasında zayıf düzeyde ancak pozitif yönde bir ilişki görülmüştür.
- Diyabetli bireylerin ayak bakım davranış puan ortalaması ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.
- Diyabetli bireylerde eğitim durumu, ekonomik durum, diyabete bağlı komplikasyon, diyabette ayak bakımı eğitimi alma, ayakla ilgili sorun yaşandığında sorunu çözme yöntemi, evde düzenli kan şekeri ölçümü, düzenli egzersiz yapma, diyabet nedeni ile beslenmeye dikkat etme ve diyabet süresi Ayak Bakım Davranış Ölçeği puan ortalamasını etkilemektedir.
- Diyabetli bireylerde medeni durum, eğitim durumu, beden kitle indeksi, ayakla ilgili sorun yaşama, ayakla ilgili sorun yaşandığında sorunu çözme yöntemi, evde düzenli kan şekeri ölçümü, düzenli egzersiz yapma ve diyabet nedeni ile beslenmeye dikkat etme durumları Diyabet Öz Yönetim Skalası puan ortalamasını etkilemektedir.
- Diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinin iyi olmasının ayak bakımı davranışlarını iyileştirerek bakım davranışlarını pozitif etkilediği görülmüştür.

6.2. Öneriler

Diyabette ayak bakımı ve öz yönetim becerileri, diyabet komplikasyonlarını önlemek için son derece önemlidir. Genel olarak diyabet öz yönetim becerileri iyi olan bireylerin ayak bakımı konusunda daha dikkatli oldukları görülmektedir. Diyabetli bireylerin ayak sağlığını koruyabilmeleri için bu becerilerin geliştirilmesi ve desteklenmesi önemlidir.

- Diyabette öz yönetim becerilerini ve ayak bakım davranışlarını etkileyecek sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin belirlenmesi,
- Diyabet tanısı konulduğu andan itibaren, hastaların sağlık personeli tarafından düzenli olarak takip edilmesi ve bireylerin ihtiyaçlarına yönelik eğitim planlarının oluşturulup uygulanması,
- Diyabet eğitim programlarının bireylerin öz yönetim becerilerini geliştirmeye yönelik planlar içermesi ve bu özyönetim eğitimlerinde hastalardan geri bildirim alınarak sürecin devam etmesi,
- Bireyin ayak bakımı konusundaki davranışları sorgulanarak, yaptığı yanlış davranışlar ve bu davranışların sonuçları hakkında bilgi verilmesi,
- Hastaların kendi ayak bakımlarını yapabilme becerilerini artırmak için öz yönetim eğitimlerine ağırlık verilmesi,
- Diyabetli bireylerin diyet kontrolü, kan şekeri regülasyonu, fiziksel aktivite, sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımı konularında verilen eğitimler ile ayak bakımı davranışlarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AADE. (2018). Role of the diabetes educator in inpatient diabetes management. *The Diabetes Educator*, 44(1), (s.57-62).
- Abdulghani, H. M., AlRajeh, A. S., AlSalman, B. H., AlTurki, L. S., vd. (2018). Prevalence of diabetic comorbidities and knowledge and practices of foot care among diabetic patients: a cross-sectional study. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 11, 417–425. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S171526>
- ADA (2022). Standards of Medical Care in Diabetes.Abridged for Primary Care Providers. (s.1-38).
- ADA (2020). Standards of Medical Care in Diabetes. Abridged for Primary Care Providers. (s.10-38).
- American Diabetes Association. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*, 36(Supplement_1), (s.11-66) <https://doi.org/10.2337/dc13-S0111>
- Anataca, G. ve Çelik, S. (2021). Erişkin hastalarda diyabetik ketoasidoz tedavisi ve hemşirelik yaklaşımları. *Jaren*, 7(3), (s.151-156). <https://doi.org/10.55646/jaren.2021.59354>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *The New England journal of medicine*, 376(24), (s.2367–2375). <https://doi.org/10.1056/NEJMra1615439Ar>
- Armstrong, D. G., Fisher, T. K., Lepow, B., White, M. L., & Mills, J. L. (2011). Pathophysiology and Principles of Management of the Diabetic Foot. In R. Fitridge (Eds.) et. al., *Mechanisms of Vascular Disease: A Reference Book for Vascular Specialists*. University of Adelaide Press. (s.475-496). <https://doi.org/10.1017/UPO9781922064004.027>
- Ayanoğlu, S. (2015). Diyabetik Ayak Hastalığına Güncel Yaklaşımlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), (s.63-71). <https://doi.org/10.5222/otd.2015.063>

- Aytemur, M. ve İnkaya, B. (2022). Diabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(2), (s.121-130).
- Bakker, K., Apelqvist, J., & Schaper, N. C. (2012). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 28(S1), (s.225–231). <https://doi.org/10.1002/dmrr.2253>
- Batkın, D. ve Çetinkaya, F. (2005). Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı Ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi,Tutum Ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), (s.6-13).
- Bell, R. A., Arcury, T. A., Snively, B.M., Smith, S.L., Stafford, J.M., Dohanish, R. ve Quandt, S. A. (2005). Kırsal, üç etnikli bir nüfusta diyabet ayağı kişisel bakım uygulamaları. *Diyabet eğitimcisi* , 31 (1), (s.75-83).
- Biçer Kır E, Enç N. (2011). Diyabetli hastalarda ayak bakım uygulamaları ve öz etkililiğin değerlendirilmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul
- Biçer, E. ve Enç, N. (2016). Türkiye’de Diyabetli Hastalarda Ayak Bakımı ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi: Girişimsel Bir Çalışma. Gelişmekte Olan Ülkelerde Uluslararası Diyabet Dergisi, 36(3), (s.334-344).
- Bonner, T., Foster, M., & Spears-Lanoix, E. (2016). Type 2 diabetes–related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: A systematic review of the literature. *Diabetic Foot & Ankle*, 7(1), 29758. <https://doi.org/10.3402/dfa.v7.29758>
- Boothby, M. R., & Salman, P. (2010). The grounding of the construct of self-efficacy in type 2 diabetic patients Own Thinking. *Turkish Clinics Endocrinology*, 5(2), (s.39-48).
- Borges, W. J., & Ostwald, S. K. (2008). Improving foot self-care behaviors with Pies Sanos. *Western Journal of Nursing Research*, 30(3), (s.325-341).

- Bölükbaş, N., Paydaş, M., Bostan, Ö. (2006). Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1): (s.82-91).
- Bukhsh, A., Khan, T. M., Nawaz, M. S., Ahmed, H. S., Chan, K. G., Lee, L. H., & Goh, B. H. (2018). Association of diabetes-related self-care activities with glycemic control of patients with type 2 diabetes in Pakistan. *Patient preference and adherence*, (s.2377-2385).
- Bus, S. A., van Netten, J. J., Lavery, L. A., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Jubiz, Y., & Price, P. E. (2016). IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32(S1), (s.16–24). <https://doi.org/10.1002/dmrr.2696>
- Carpenter, R., DiChiacchio, T. ve Barker, K. (2019). Tip 2 diyabetin kendi kendine yönetimine yönelik müdahaleler: Bütünleştirici bir inceleme. *Uluslararası Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 6(1), (s.70-91).
- Colak, B., Duran, R., Can, F. N., Yormaz, S., vd. (2020). Diyabet Hastalarının Diyabetik Ayak Ülseri Hakkında Bilgi Düzeylerinin ve Ayak Bakımı Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 4(1), (s.22-29). <https://doi.org/10.25048/tudod.628593>
- Çelik, S., Taşkın Yılmaz, F., Bağdemir, E., Dinççağ, N. (2021). Diyabet tanısı alan bireylerde ayak bakım davranışları ve ilişkili faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), (s.23-34). <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.734210>
- Dixit, S., Maiya, A., Khetrapal, H., Vidyasagar, S., Umakanth, S., & Agrawal, B. (2011). A questionnaire based survey on awareness of diabetic foot care in Indian population with diabetes: A cross-sectional multicentre study. *Indian Journal of Medical Sciences*, 65(10), (s.411). <https://doi.org/10.4103/0019-5359.109224>

- Ejtahed, S. H., Naslaji, N. A., Mirmiran, P., Yeganeh, Z. M., Hedeyati, M., Azizi, F., & Movahedi, M. A. (2015). Effect of Camel Milk on Blood Sugar and Lipid Profile of Patients with Type 2 Diabetes: A Pilot Clinical Trial. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 13(1), 21160
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Gabbay, R. A ; Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46 (Supplement_1), (s.203–215). <https://doi.org/10.2337/dc23-s012>
- Ergün, M. (2013). Yaşlılık ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 48(4), (s.131-138).
- Eroğlu, N. ve Sabuncu, N. (2018). Diyabet Öz Yönetim Skalası'nın (DÖYS) Türk toplumuna uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(3), (s.1-6).
- Giritli, G. (2015). Diyabetli hastalarda ayak bakımının önemi. İstanbul Sağlık Bakanlığı. https://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/diyabetik_ayak.pdf
- Gökdeniz, D. (2019). Diyabetli bireylerde diyabetik ayak bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri ve öz bakım aktivitelerinin değerlendirilmesi. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kars, (Danışman Dr.Öğr. Üyesi Zümrüt Akgün Şahin)
- Gönen Şentürk, S. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), (s.9–13). <https://doi.org/10.33308/2687248X.202351289>
- Güneysel Bakır, G. ve Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), (s.9–17). <https://doi.org/10.33308/2687248X.202351289>
- Hicks, C. W., & Selvin, E. (2019). Epidemiology of Peripheral Neuropathy and Lower Extremity Disease in Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 19(10). <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1212-8>

- Huda, N., Sukartini, T. ve Pratiwi, NW (2019). Endonezya'daki Tip 2 Diyabet Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı Davranışları Üzerindeki Öz Yeterliliğin Etkisi. *Jurnal Ners* , 14 (2), (s.181–186). <https://doi.org/10.20473/jn.v14i2.16741>
- Ibrahim, A. (2017). IDF Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for healthcare professionals. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 127, (s.285–287). <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.04.013>
- International Diabetes Federation (IDF). (2019). *Diabetes Atlas 9th edition*.
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *Diabetes Atlas 10th edition*.
- International Diabetes Federation (IDF). (2024). Welcome to IDF International Diabetes Federation. <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/diabetic-foot.html>
- Iraj, B., Khorvash, F., Ebnesahidi, A., & Askari, G. (2013). Prevention of diabetic foot ulcer. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(3), (s.373–376).
- IWGDF (2019). Uluslararası Diyabetik Ayak Çalışma Grubu, 2019 Rehberi. <http://iwgdf.org/guidelines> Erişim tarihi: 17.12.2022
- Kalaycı, Ö., Açıkgoz, B., Bayraktaroğlu, T., ve Ayoğlu, F. N. (2020). Diyabetli hastaların ayak bakımı ve diyabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(2), (s.98-107).
- Karadağ, F. Y., Saltoğlu, N., Ak, Ö., Aydın, G. Ç., Şenbayrak, S., Erol, S., Yıldırım, A. A. (2019). Foot Self-Care in Diabetes Mellitus: Evaluation of Patient Awareness. *Primary Care Diabetes*, 13(1), (s.515-520).
- Karadakovan, A. ve Aslan, F. (2017). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara, Türkiye: Akademisyen Kitabevi, (s.1189-99).
- Karahan Okuroğlu, G., Ecevit Alpar, Ş., Ulu, G., Doğan, Y., Akay, Ş., Erdem, N., Yıldırım, A. A. (2021). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Ayak Bakımı Davranışlarının

- Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 13(1), (s.87-95).
doi: 10.5336/hemşireler.2020-76143
- Khalooei, A., & Benrazavy, L. (2019). Diabetes self-management and its related factors among type 2 diabetes patients in primary health care settings of Kerman, Southeast Iran. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 29(4): (s.1-9)
- Kır Biçer, E. ve Enç, N. (2014). Ayak Bakım Davranış Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenirliği. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Dergisi*, 6(2): (s.35-39).
- Kim, J. (2023). Diyabetik Ayak Hastalığının Patofizyolojisi: Bir Anlatısal İnceleme. *Journal of Yeungnam Medical Science*, 40(4), (s.328–334). doi: 10.12701/jyms.2023.00731
- Lamprey, R., Amoakoh-Coleman, M., Barker, M. M., Iddi, S. Hadjicostantinou, M., Davies, M., Darko, D., Agyepong, I., Acheampong, F., Commey, M., Yawson, A., Grobbee, D. E., Adjei, G. O., & Klipstein-Grobusch, K. (2023). Change in glycaemic control with structured diabetes self-management education in urban low-resource settings: multicentre randomised trial of effectiveness. *BMC Health Services Research*, 23(1). doi: 10.1186/s12913-023-09188-y 3.
- Lim, S., Kang, S. M., Shin, H., Lee, H. J., Won Yoon, J., Yu, S. H., Kim, S. Y., Yoo, S. Y., Jung, H. S., Park, K. S., Ryu, J. O., & Jang, H. C. (2011). Improved Glycemic Control Without Hypoglycemia in Elderly Diabetic Patients Using the Ubiquitous Healthcare Service, a New Medical Information System. *Diabetes Care*, 34(2), (s.308–313) doi: 10.2337/dc10-14475.
- Magbanua, E., & Lim-Alba, R. (2017). Knowledge and Practice of Diabetic Foot Care in Patients with Diabetes at Chinese General Hospital and Medical Center. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 32(2), (s.123-131). doi: 10.15605/jafes.032.02.05

- Nguyen, V. B., Thi, K. H. P., Nguyen, T. X., Pham, N. T. L., Nguyen, V. V. H., & Van Le, C. (2022). Diabetes self-management and its associated factors among patients with diabetes in central Vietnam: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(7), e0270901. doi: 10.1371/journal.pone.0270901 4.
- Nural, N., & Hintistan, S. (2015). Diyabetik hastaların ayak bakımıyla ilgili bilgi ve tutumlarının incelenmesi. *Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), (s.116-124).
- Olgun, N., Özkan, S., Satman, İ., Yetkin, İ., Çalışkan, D., & Özcan, Ş. (2015). TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi.(1. baskı). Ankara: Koza Basım Yayın Ltd. Şti.
- Ovayolu, N., & Ovayolu, Ö. (2017). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Öper, M. (2019). Diyabet Hastalarında Ayak Bakımı Eğitiminin Etkisi ve Ayak Ülseri Gelişme Riskinin Belirlenmesi. (Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi).Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Özdemir Alkanat, H. (2015). Diyabetik ayak bakımı ve korunma. *TOTBID Dergisi*, 14(5), (s.470–474). <https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2015.671>
- Özer, S. (2019). Olgu senaryolarıyla iç hastalıkları hemşireliği. İstanbul Kitabevi, İstanbul.
- Özgül, E., & Yanık, Y. T. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), (s.166-174)
- Raaijmakers, L. G., Martens, M. K., Hesselink, A. E., de Weerd, I., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. (2014). Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 97(1), (s.75–81). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.016>

- Rao, P.V., Makkar, B. M., & Kumar, A. (2018). RSSDI consensus on self-monitoring of bloodglucose in types 1 and 2 diabetes mellitus in India. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 38, (s.260–279)
- Rogers, L. C., Frykberg, R. G., & Sanders, L. J. (2016). Diyabetik Charcot ayağı: tanıma, değerlendirme ve yönetim. In D. G. Armstrong & L. A. Lavery (Eds.), *Diyabetik ayağın klinik bakımı* (3. baskı, s. 99).
- Sales, I., Bawazeer, G., Shahba, A. A. W., & Alkofide, H. (2024, February). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Diabetes Self-Management in Saudi Arabia. In *Healthcare* 12(5), (s.521).
- Samancıoğlu S., Bakır E., Doğan U., Karadağ A., Erkan E., Aytürk A., Aktürk C. (2017). Tip 2 Diyabetik Hastalara verilen Diyabet Eğitiminin İçeriği ve Hastaların Hastalık Tutumu, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), (s.1-2).
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B., & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), (s.169–180). <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9771-5>
- Schaper, N.C., Van Netten, J.J., & Apelqvist, J. (2020). Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metabolism Research Review*, 36(Suppl 1), e3266. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3266>
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-management Questionnaire (DSMQ): Development and Evaluation of an Instrument to Assess Diabetes Self-care Activities Associated with Glycemic Control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 138

- Syauta, D., Mulawardi, Prihantono, Hendarto, J., Mariana, N., Sulmiati, Kusumanegara, J., & Faruk, M. (2021, April). Risk factors affecting the degree of diabetic foot ulcers according to Wagner classification in diabetic foot patients. *Medicina Clínica Práctica*, 4, 100231. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100231>
- Syed, F., Arif, M. A., Afzal, M., Niazi, R., Ramzan, A., & Hashmi, U. E. (2019). Foot-care behavior amongst diabetic patients attending a federal care hospital in Pakistan. *Diabetic foot*, 13(5).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2019). *Diyabet Tedavi ve İzlem Klinik Protokolleri*, (s.84-92).
- Tekir, O., Cevik, C., & Ozsezer, G. (2023). The effects of education on foot care behaviors and self-efficacy in type 2 diabetes patients. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 26(2), (s.138–144) doi: 10.4103/njcp.njcp_690_20
- TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. (2023). (s.16-192).
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2013). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*. İstanbul: Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. Güncellenmiş 3. Baskı
- TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu (2020).
- TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu (2022).
- Usta, Y. Y., Dikmen, Y., Yorgun, S., & Berdo, İ. (2019). Predictors of foot care behaviours in patients with diabetes in Turkey. *PeerJ*, 7, e6416.
- Vijay, V., Narasimham, D.V., Seena, R. Snehalatha, C., Ramachandran, A. (2000). Clinical profile of diabetic foot infections in South India--a retrospective study. *Diabet Med*, 17(3), (s.215-8).
- Wang, Y., Li, M., Zhao, X., Pan, X., Lu, M., Lu, J. (2019). Effects of continuous care for patients with type 2 diabetes using mobile health application: A randomized controlled trial. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(3), (s.1025-1035).

- World Health Organization (WHO). 2013. Diabetes Mellitus. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. Erişim tarihi: 11.12.2023
- World Health Organization (WHO). 2023. Diabetes Overview. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. Erişim tarihi: 11.12.2023
- Yücel, F., & Sunay, D. (2016). Diyabetik Hastaların Diyabetik Ayak ve Ayak Bakımıyla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 16(3), (s.270-284).
- Yüksel, M., & Bektaş, H. (2021). Tip 2 diyabet öz yönetiminin güçlendirilmesinde mobil sağlık uygulamalarının kullanımı: Literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 13(2), (s. 424-434)

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Diyabetli bireylerin öz yönetim becerilerinin ayak bakımı davranışlarına etkisini incelemektir.

a. Araştırmanın İçeriği: Araştırmada diyabetli bireylere sosyodemografik ve hastalık özelliklerini belirleyen soru formu, ayak bakım davranışlarını belirleyen bir ölçek ve öz yönetim durumlarını belirleyen bir ölçek olmak üzere toplam 3 soru formu uygulanacaktır.

b. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

c. Araştırmanın Öngörülen Süresi (*Araştırma takviminde öngörülen süredir*):

Ağustos 2023-Aralık 2023

d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 291

2. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dahiliye ve Endokrin Kliniği ve Polikliniği

3. Çalışmaya Katılım Onayı:

Araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgiler bana sözlü olarak okundu ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında sözlü açıklama araştırmacı tarafından**

yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana,

çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim

zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

***Not:** Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*



Ek-2: Ayak Bakımı Davranış Ölçeği Kullanım İzni



Suzan Tutar

Sayın Emine KIR BİÇER Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. tezimde geçerlilik ve gü

17 Oca 2023 Sal 12:15 ☆

Emine KIR BİÇER

Alıcı: ben ▼

18 Oca 2023 Çar 14:48 ☆ 😊 ↩ ⋮

Sayın Yüceer,

Çalışmanızda " Ayak Bakımı Davranış Ölçeği"ni kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Ek dosyada çalışma ile ilgili literatürü gönderiyorum. Herhangi bir konuda ihtiyacınız olursa yazmaktan çekinmeyin.

Saygılarımla.

Doç. Dr. Emine Kır Bıçer

Ek-3: Diyabet Öz Yönetim Skalası (DÖYS) Kullanım İzni



Suzan Tutar

Sayın Nermin GÜDÜLOĞLU Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.Tezimde geçerlilik ve g

17 Oca 2023 12:28 ☆



nermin güdüloğlu

Alıcı: ben ▼

17 Oca 2023 14:13 ☆ 😊 ↩ ⋮

Merhaba,

Ölçek ve değerlendirmesini kullanabilmeniz için ekte paylaşıyorum.

Başarılar dilerim

Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU

Fenerbahçe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Program Başkanı

Ek-4 Kişisel Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaş:

2. Cinsiyet: 1.Erkek () 2.Kadın ()

3. Medeni durumunuz: 1.Evli () 2.Bekar ()

4. Eğitim durumunuz: 1.İlkokul ve altı ()
2.Ortaokul ve Lise ()
3.Üniversite ()

5. Çalışma durumunuz: 1.Çalışıyor ()
2.Çalışmıyor ()

6. Ekonomik durumunuz: 1. Gelir Giderden Az ()
2. Gelir Gidere Denk ()
3. Gelir Giderden Fazla ()

7.Kimle yaşıyorsunuz: 1.Yalnız Yaşıyorum ()
2.Eşimle Yaşıyorum ()
3.Eşim ve Çocuklarımla Yaşıyorum ()
4.Diğer ()

8.Yaşadığınız yer: 1.İl ()
2.İlçe ()
3.Köy ()

9.Sigara kullanımı: 1.Kullanıyor ()
2.Kullanmıyor ()
3.Bırakmış () ise ne kadar süre önce

- 10.Alkol kullanımı: 1.Kullanıyor ()
2.Kullanmıyor ()
3.Bırakmış () ise ne kadar süre önce

2.Hastalık İle İlgili Özellikler

1. Diyabet süresi:
2. Metabolik parametreler: HbA1c: Hemoglobin:
3. Kilo: Boy: BKİ:
4. Diyabet dışında kronik bir hastalığınız var mı?:
1.Var () ise nedir? 2.Yok ()
5. Diyabete bağlı komplikasyon:
1.Var () ise nedir? 2.Yok ()
6. Diyabet Tedavisi: 1.Sadece Beslenme Tedavisi (BT) ()
2.Oral Antidiyabetik +BT ()
3. Oral Antidiyabetik +İnsülin+BT ()
4.İnsülin+BT () Tekli() İkili() Üçlü () Dörtlü ()
7. Daha önce diyabette ayak bakım eğitimi aldınız mı?:
1.Evet () 2.Hayır ()
8. Daha önce ayağınızda diyabete bağlı yara oldu mu?:
1.Evet () 2.Hayır ()
9. Ayağınız ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?
1.Evet () ise nedir ?..... 2.Hayır ()
11. Ayağınızla ilgili bir sorun yaşadığınızda ne yaparsınız?
1.Kendim çözerim () 2.Sağlık personeline başvururum ()
- 12.Evde düzenli kan şekeri ölçümü/takibi yapar mısınız?

1.Evet () 2.Hayır ()

13.Düzenli egzersiz yapar mısınız?

1.Evet () 2.Hayır ()

14.Diyabet nedeni ile beslenmenize dikkat eder misiniz ?

1.Hiç () 2. Çok az () 3.Kısmen () 4.Oldukça () 5.Çok fazla ()



Ek-5: Ayak Bakımı Davranış Ölçeği (ABDÖ)

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Ara sıra	Hiçbir Zaman
Ayak bakım unsurları					
1. Ayağımı yıkadığım suyun sıcaklığını kontrol ederim.					
2.Ayağımı yıkadıktan sonra parmak aralarını kurularım.					
3. Ayaklarım için nemlendirici krem kullanırım.					
4. Ayak parmak aralarına krem sürmem.					
5. Ayak tırnaklarımı <u>düz</u> şekilde keserim.					
6. Tırnaklarımı kalınlaşma, batma ve uzunluk açısından kontrol ederim.					
7. Parmak aralarında nemli kalmaya bağlı deride soyulma, mantar ve pençeleşme olup olmadığını kontrol ederim.					
8. Ayaklarımın altını nasır, kızarıklık, su toplama ya da açık yara açısından kontrol ederim.					
9. Ayakkabıların içini çivi, toz, taş gibi yabancı cisim açısından kontrol ederim.					
10. Çıplak ayakla hiçbir yerde gezinmem. (örneğin:evde, sokakta, plajda)					
11. Ayağımı tam kavrayan, genişliği, boyu, yüksekliği uygun ayakkabı giyerim.					
12. Derisi sertleşmemiş ve iç yüzeyi pürüzsüz ayakkabılar giyerim.					
13. Temiz, pamuklu ve yumuşak çorap giyerim.					
14. Ayaklarıma uygun, çok sıkı veya çok bol olmayan çoraplar giyerim.					
15. Ayak bakımımı yaparken keskin aletler kullanmam (jilet, makas vb).					

Ek-6: Diyabet Öz Yönetim Skalası (DÖYS)

	Aşağıdaki ifadeler diyabetinizle ilgili olan öz bakım aktivitelerini tanımlar son. 8 hafta boyunca öz bakımınızı düşünerek, her bir ifadenin size ne ölçüde uyduğunu lütfen belirtiniz.	Bana çok uyuyor	Bana önemli ölçüde uyuyor	Bana biraz uyuyor	Bana hiç uymuyor
1	Kan şekeri seviyemi özenle ve dikkatle kontrol ediyorum. ☐ Kan şekeri ölçümü tedavimin bir parçası değil.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
2	Yemek için seçtiğim yiyecekler doğru kan şekeri seviyesine ulaşmamı kolaylaştırıyor.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3	Diyabet hastalığımdan tedavisi için doktor randevularıma uyuyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4	Reçetede yazılan diyabet ilaçlarımı kullanıyorum (örnek: insülin, hap) ☐ Diyabet ilaçları / insülin tedavimin bir parçası değil.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	Bazen bol miktarda tatlı ya da karbonhidrat açısından zengin olan besinlerden tüketiyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
6	Düzenli olarak kan şekeri seviyemi kaydediyorum. (ya da kan şekeri ölçüm cihazı ile değer tablosunu kontrol ediyorum). ☐ Kan şekeri ölçümü tedavimin bir parçası değil.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
7	Diyabet hastalığımla ilgili doktor randevularından kaçınma eğilimindeyim.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
8	En uygun kan şekeri seviyesine ulaşabilmek için düzenli fiziksel egzersiz/spor yapıyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
9	Doktorum ya da diyabet uzmanım tarafından verilen diyet/beslenme önerilerine sıkı bir şekilde uyuyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
10	Kan şekeri seviyemi doğru kan şekeri kontrolü sağlamak için yeteri kadar sık kontrol etmiyorum. ☐ Kan şekeri ölçümü tedavimin bir parçası değil.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
11	Diyabet hastalığıma faydalı olduğunu bildiğim halde fiziksel egzersiz/spor yapmaktan kaçınıyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
12	Diyabet ilaçlarımı almayı unutma ya da atlama eğilimindeyim (örnek: insülin, haplar). ☐ Diyabet ilaçları / insülin tedavimin bir parçası değil.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
13	Bazen aşırı yemek yeme krizlerim oluyor (hipoglisemi / düşük şeker değerinin sebep olmadığı).	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
14	Diyabet bakımım ile ilgili doktorumu (doktorlarımı) daha sık görmem gerektiğini düşünüyorum.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
15	Planlı fiziksel egzersiz/spor yapmayı geçiştirme eğilimindeyim.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
16	Benim diyabet öz bakımım yetersiz.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Ek-7: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul İzni

T.C. EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat. Erzene Ankara Cad. 35
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egeetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ		
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ	BECERİLERİNİN AYAK BAKIMI
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doc. Dr. Emine Karaman	
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hemşire SUZAN YÜCEER	
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
DESTEKLEYİCİ	Ege Ün. Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü (BAP)	
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel / Tanımlayıcı	

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 23-5.1T/51	Tarih: 25.05.2023
Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.		

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, Etik Kurul Teknik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Guzide Aksu						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı	
Doc. Dr. Banu Sarsık Kumbaracı Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı	
Dr. Öğr. Üyesi Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı	
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Hayır	İzintili (Görevli)	
Prof. Dr. Aliye Mandıracioğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı	
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye		Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı	

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	----------------------------------	------------------	---------------------------------------

Ek-8: İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-68878892-619-218249102
Konu : Bilimsel Çalışma/ Tez Ön İzın Hk.

19.06.2023

Sayın Suzan YÜCEER

İlgi : 14.06.2023 tarihli ve E-68878892-000-217992313 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı dilekçenize istinaden; bilimsel araştırma başvuru formunda bahsi geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Emine KARAMAN sorumluluğunda 01.06.2023-31.10.2023 tarihleri arasında yürütülecek olan ‘‘ Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Becerilerinin Ayak Bakımı Davranışlarına Etkisi.’’ Konulu araştırma 25.05.2023 tarihli Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulunun 23-5.1T/51 nolu onay kararı ile incelenmiş olup; çalışmanızın Hastanemizde yapılmasına ilişkin ön izin Hastane Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Protokolü kapsamında, kurumumuzdan aldığınız Ön İzın ve etik kurul kararının aslı ile birlikte İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Sağlık İnnovasyonu Birimine başvuru yapılması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Mehmet Zeynel KESKİN
Başhekim



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-42056799-619-220713461
Konu : Bilimsel Araştırma İzni

27.07.2023

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE
(Arge Birimi)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Emine KARAMAN ve yardımcı araştırmacı Hemşire Suzan YÜCEER'in hazırlamış olduğu **"Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Becerilerinin Ayak Bakımı Davranışlarına Etkisi"** konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın kurumunuzda yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Not: Haziran-Ekim 2023 tarih aralığında yapılması öngörülen çalışma sona erdikten sonra, taahhütnamede belirtildiği gibi 1 (bir) yıllık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunulması gerekmektedir.

Uzm. Dr. Hüseyin BOZDEMİR
Başkan

Ek: Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 0CAE0A24-4601-47CC-87A3-01A9DF79823B

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No:1 KONAK 35000
Telefon No: 02324452495
e-Posta: Internet.Adresi:https://izmirism.saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Berivan BUZ
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 02324452495 - 429



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca mesleki bilgi, birikim ve tecrübeleri ile yoluma her zaman ışık tutan, her koşulda varlığıyla bana destek olan, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Emine KARAMAN'a,

Yüksek lisans tez savunmama katılarak araştırma sürecime görüş ve önerileri ile katkı veren çok değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur TÜREYEN'e ve Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MIDİLLİ'ye,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan ve bana destek olan tüm diyabetli bireylere,
Eğitim hayatım boyunca sevgi ve şefkatini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme
Bu süreçte beni her zaman motive ederek desteğini esirgemeyen biricik kuzenim
Mizgin SELLİ'ye ve canım arkadaşım Gülseren HAPÇI'ya,

Hayatım boyunca yaşadığım bütün zor zamanlarda olduğu gibi yüksek lisans eğitim sürecimde de her zaman yanımda olarak varlığıyla bana güç veren manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Umut Berk YÜCEER'e sonsuz teşekkür ediyorum.

İzmir, 02.08.2024

Suzan YÜCEER

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 2014 yılında liseden mezun olmuştur. Bir yıl süreyle İngilizce hazırlık eğitimini tamamladıktan sonra Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 2019 yılında mezun olmuştur. 2021 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı'na kabul edilmiştir. Araştırmacı 2020 yılında SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atanmış Genel Dahiliye servisinde göreve başlamıştır ve halen aynı birimde çalışmaya devam etmektedir.