

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYABETİK AYAĞI OLAN HASTALARIN  
HASTALIĞA VE SAĞLIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI İLE  
HASTALIĞI KABUL ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Ezgi DÖNER**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2019  
NEVŞEHİR**



**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYABETİK AYAĞI OLAN HASTALARIN  
HASTALIĞA VE SAĞLIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI İLE  
HASTALIĞI KABUL ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Ezgi DÖNER**

**Tez Danışmanları  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN  
Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**


**Ağustos 2019  
NEVŞEHİR**

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN ve Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK danışmanlığında Ezgi DÖNER tarafından hazırlanan " Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığa ve Sağlığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

29/08/2019

## JÜRİ

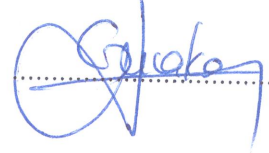
Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ



## ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 18.09.2019 tarih ve 98-597 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

20/09/2019  
Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK  
Enstitü Müdürü



## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Ezgi DÖNER



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tüm bilgilerimi benimle paylaşmaktan kaçınmayan, her türlü konuda desteğini benden esirgemeyen ve tezimde büyük emeği olan, sayın hocam Dr.Öğr.Üyesi Rabiye ÇIRPAN ve Doç.Dr.Gülsüm Nihal ÇÜRÜK'e,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Prof.Dr.Sağ.Kd.Alb. Sevgi HATİPOĞLU'na,

Maddi ve manevi olarak her zaman yanımda olduğunu hissettiren annem Aysel DÖNER'e ve ablam Gülsüm DÖNER'e,

Tez çalışmamda desteğini ve emeğini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşım Uzm.Dr. Muhammet KIZMAZ'a teşekkür ederim.

**Ezgi DÖNER**

# **DİYABETİK AYAĞI OLAN HASTALARIN HASTALIĞA VE SAĞLIĞA İLİŞKİN TUTUMLARI İLE HASTALIĞI KABUL ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Ezgi DÖNER**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Ağustos 2019**

## **ÖZET**

Araştırma, diyabetik ayağı olan bireylerin hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma 01.06.2017-30.11.2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin ortopedi ve travmatoloji servisinde takip edilen, araştırma kriterlerine uyan 115 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada etik kurul onayı, çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli izin ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu, hastalığı kabul ölçeği ve diyabet hastalarında sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin sadece algılanan ciddiyet alt boyutunda pozitif sağlık inancına, diğer alt boyutlar ve toplam sağlık inancında negatif sağlık inancına sahip oldukları belirlenmiştir. Hastaların hastalığı kabul ölçeği toplam puan ortalaması  $22.79 \pm 6.72$  olarak tespit edilmiştir. Diyabetik ayak yarası süresi arttıkça hastaların hastalığı kabul düzeyinin azaldığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bir ay ve daha uzun süredir diyabetik ayak yarası olan bireylerin sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan yararlar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancalarının daha düşük ( $p < 0.05$ ), algılanan engeller alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sağlık inanç modeli ölçeğinin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu ile hastalığı kabul ölçeği arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan engeller alt boyutu ile hastalığı kabul ölçeği arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Çalışmamızda diyabetik ayağı olan hastaların sağlık inançlarının negatif/olumsuz, hastalığı kabul düzeylerin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; diyabetik ayağı olan hastaların belirli aralıklarla sağlık inançlarının ve hastalığı kabul düzeylerinin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin planlanması önerilmektedir.

***Anahtar kelimeler : Diyabetik Ayak, Sağlık İnancı, Hastalığı Kabul, Hemşirelik***

**Tez Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN,  
Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK**

**Sayfa Adedi : 65 sayfa**



**THE RELATIONSHIP BETWEEN ILLNESS ACCEPTANCE AND  
ATTITUDES TOWARDS DISEASE AND HEALTH IN PATIENTS WITH  
DIABETIC FOOT**

**(Master's Thesis)**

**Ezgi DÖNER**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF APPLIED SCIENCES**

**August, 2019**

**ABSTRACT**

This descriptive research was conducted to determine the relationship between attitudes towards illness/health and acceptance of illness in patients with diabetic foot. Research was carried out between 01.06.2017-30.11.2017 on 115 patients who met the criteria of the research, in orthopaedics, a traumatology service of a university hospital. Approval of committee of Ethics, permission from the hospital where the research was carried out, and written informed consent from individuals were received. Sources of data were a descriptive questionnaire, questionnaire on the acceptance of illness scale, and the Health Belief Model scale in diabetic patients. The data were evaluated with the following: Man Whitney U, Kruskal Wallis, one way analysis of variance, T-tests on independent groups, and Pearson correlation analysis.

In the study, patients were found to have positive health belief only on the perceived seriousness of Health Belief Model scale in the lower dimension, and on other sub-dimensions, but total health belief were found to have negative health beliefs. It was determined that patients' acceptance of the disease was an average of  $22.79 \pm 6.72$  total points scale. As the duration of diabetic foot injuries increases, patients' level acceptance of illness decreased ( $p < 0.05$ ). Statistically, a weak positive direction has been determined between the sub-scale of Health related activities suggested about Health Belief Model scale, and the positive acceptance of the disease ( $p < 0.05$ ). A significant negative relation was found between the sub-dimension of perceived barriers of Health Belief Model and positive acceptance of the disease ( $p < 0.05$ ). In this study, there was a moderately statistically significant relation between the negative beliefs of patients with diabetic feet and their level of the acceptance of the disease ( $p < 0.05$ ).

According to results of the study, periodic evaluation of the Health Beliefs and level of the acceptance of disease is recommended for patients with diabetic feet.

***Key Words : Diabetic Foot, Health Belief, Acceptance of illness, Nursing***

**Tesis Advise : Dr. Teacher. Research Rabiye ÇIRPAN,  
Asst. Prof. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK**

**Number of page : 65 page**



## İÇİNDEKİLER

ONAY: .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ .....	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Tanım .....	5
2.2. Epidemiyoloji.....	5
2.3. Patofizyoloji .....	5
2.3.1. Tip 1 Diyabetin Patofizyolojisi.....	5
2.3.2. Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi.....	6
2.4. Klinik Bulgu ve Belirtiler .....	6
2.5. Tanı Kriterleri .....	6
2.6. Diyabet Tedavisi .....	7
2.7. Komplikasyonlar.....	7
2.7.1. Akut Komplikasyonlar.....	8
2.7.1.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA) .....	8
2.7.1.2. Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma.....	8
2.7.1.3. Hipoglisemi.....	9

2.7.2.	Kronik Komplikasyonlar .....	9
2.7.2.1.	Diyabetik Retinopati .....	9
2.7.2.2.	Diyabetik Nöropati.....	10
2.7.2.3.	Diyabetik Nefropati .....	10
2.7.2.4.	Diyabetik Ayak .....	10
2.8.	Diyabetik Ayak Yarasında Hemşirelik Bakımı .....	12
2.9.	Sağlık İnanç Modeli .....	13
2.9.1.	Algılanan Duyarlılık .....	14
2.9.2.	Algılanan Ciddiyet.....	14
2.9.3.	Algılanan Yarar.....	14
2.9.4.	Algılanan Engeller .....	14
2.10.	Hastalığı Kabul .....	14
<b>3. BÖLÜM</b>		
<b>GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>		
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	17
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.3.1.	Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri .....	17
3.4.	Veri Toplama Araçları .....	18
3.4.1.	Hasta Tanıtım Formu (EK-1).....	18
3.4.2.	Hastalığı Kabul Ölçeği (EK-2) .....	18
3.4.3.	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-3) .....	19
3.5.	Ön Uygulama .....	20
3.6.	Verilerin Toplanması .....	20
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi .....	20
3.7.1.	Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri .....	21

3.8. Etik Açıklama .....	21
BÖLÜM 4	
BULGULAR .....	22
BÖLÜM 5	
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
5.1. Tartışma .....	36
5.1.1. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığı Kabul Düzeyi .....	36
5.1.2. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlık İnançları .....	39
5.1.3. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlık İnançları ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	43
KAYNAKLAR .....	45
EKLER .....	55
ÖZGEÇMİŞ .....	65

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1.	Diyabetik Ayak Ülserlerinde Wanger Sınıflaması .....	12
Tablo 4.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	22
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	23
Tablo 4.3.	Hastaların Metabolik Kontrol Değerlerinin Dağılımı .....	25
Tablo 4.4.	Hastaların Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....	26
Tablo 4.5.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....	27
Tablo 4.6.	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Hastalığı Kabul Ölçeği ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....	31
Tablo 4.7.	Hastaların Hastalığı Kabul Ölçeği ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki .....	35

## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

<b>DKA</b>	: Diabetik Ketoasidoz
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>DPP-4</b>	: Dipeptidil Peptidaz-4
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HHNK</b>	: Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma
<b>HKÖ</b>	: Hastalığı Kabul Ölçeği
<b>IDF</b>	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
<b>OGTT</b>	: Oral Glukoz Tolerans Testi
<b>SGLT</b>	: Sodyum Glukoz Transporter
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>SİMÖ</b>	: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
<b>TNF-A</b>	: Tümör Nekrozis Faktör-A

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

Son yıllarda değişen yaşam tarzları, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve alkol tüketimi bulaşıcı olmayan hastalıklar riskini artırmaktadır. Bu hastalıklar arasında yer alan diyabetes mellitus (DM) kronik olan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur [1-2].

Uluslararası Diyabet Federasyonu [International Diabetes Federation (IDF)] 2017 yılında dünya genelinde 425 milyon diyabetli olduğunu ve 2045 yılında bu sayının 629 milyona ulaşacağını öngörmektedir [1]. 2015 yılında 20-79 yaşları arasında 5 milyona yakın insan diyabet nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu yaş grubundaki ölümlerin %14,5'inin sebebi diyabettir [3,4]. Dünya Sağlık Örgütü, 2030 yılında önde gelen ölüm nedenleri arasında diyabetin 7. sırada olacağını öngörmektedir [5]. IDF'nin 2017 yılında yayınlanan Diyabet Atlası verilerine göre, Türkiye Avrupa ülkeleri arasında en yüksek prevalansa sahip ülke sıralamasında 3. sırada yer almaktadır [1].

Ülkemizde 1997 yılında "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi (TURDEP-I)" gerçekleştirilmiş, Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde TURDEP-II çalışması planlanmış, aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde çalışma gerçekleştirilmiştir. TURDEP-I'den itibaren geçen süreçte diyabet sıklığının %90 oranında arttığı ve erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7'ye ulaştığı tespit edilmiştir [6].

Ülkemizde 2013 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre, 2000-2013 verileri karşılaştırmasında diyabet, hastalık yükünde %60 artış ile (2000 yılında 10. sırada iken 2013 yılında 4. sıra) ilk sıralara gelmiştir [7]. Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında, diyabet 8. sırada yer almaktadır [8].

Diyabette kan glikoz düzeyinin kontrol altına alınamamasına bağlı olarak mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar görülmekte olup, bu komplikasyonlar morbidite ve erken ölüm riskini artırmaktadır. Diyabetin komplikasyonları arasında hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma (HHNK), koroner arter hastalığı, retinopati, nefropati, nöropati ve diyabetik ayak yer almaktadır



[9]. Bu komplikasyonlar içinde yer alan ve önemli bir mortalite nedeni olan diyabetik ayak diyabetin görülme sıklığının artmasıyla birlikte artış göstermiştir [10].

Diyabetli bireylerin %15'inin diyabetik ayak ülseriyle karşılaşacağı belirtilmektedir [11]. Ülkemizde 2015 yılında yapılan prevalans çalışmaları sonucu 7 milyon diyabetli birey olduğu ve bunun 500.000'inde diyabetik ayak olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre yılda yaklaşık 12.000 amputasyon yapılmakta ve bunun önemli bir kısmını diyabetik ayak oluşturmaktadır [12]. Nontravmatik amputasyonların %40-60'ı diyabetik ayak nedeniyle yapılmaktadır [13]. Akçay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyabetik ayak ülseri olan hastaların %50'si ampute edilmiş, ampute edilen olguların %56'sına majör, %44'üne ise minör amputasyon uygulanmıştır. Amputasyon geçiren bir diyabetlinin 1-3 yıl içinde tekrar amputasyon geçirme olasılığının %22-42 arasında olduğu bildirilmektedir [13-14]. Diyabetik ayağın önlenmesi sağlığın korunmasında, bireyin sağlığı geliştirici davranışlar uygulamasında önemli bir yere sahiptir.

Diyabetik ayak ülseri olan bir hastanın, ayak ülseri olmayan bir diyabetliye göre hastanede kalış süresi yaklaşık olarak %50 daha uzundur [15]. Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık harcamalarının %25'ini diyabetik ayak oluşturmaktadır. Neville ve arkadaşlarının [16] 2016 yılında yaptığı çalışmada, diyabetik ayak tedavi maliyetinin, enfeksiyon varlığına bağlı olarak, 8000 ile 17.000 Amerikan Doları arasında değişmekte olduğu, majör amputasyonlarda bu rakamın 63.000 dolara kadar çıktığı belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda diyabetik ayak yarası bulunan hasta sayısının bir milyonun üzerinde olduğu ve bunların 500.000'e yakınında diyabetik ayak enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2012 verilerine göre diyabet hastasının yıllık sağlık gideri 10 milyar Türk Lirası ve bu harcamanın 4 milyar 300 milyon Türk Lirası diyabete bağlı komplikasyonlardan oluşurken, 475 milyon Türk Lirasını diyabetik ayak enfeksiyonları oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarında diyabetik ayak, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklardan sonra üçüncü sıradadır [12]. Giderek büyüyen bir problem haline gelen diyabetik ayak, kişinin sağlık davranışlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda hazırlanacak uygun girişimlerle kontrol edilebilir olabilecektir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlığı korumada etkili olan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli yere sahiptir [17]. SİM'e göre bireyin sağlık davranışları, bireyin inanç, değer ve tutumlarından etkilenmektedir. Bireyin sağlık inanç ve tutumları bilinirse, bireye hazırlanacak eğitim veya uygulanacak tedavi kişiye uygun olarak belirlenebilir. Bireyin sağlık davranışları inançları ve sağlığına verdiği değerden etkilenmektedir [18].

Hastalıkla baş etmede en önemli yol hastanın hastalığını kabul etmesidir. Bu durum bireyin öz bakım uygulamaları ve yaşam tarzında değişiklikler yapmasını sağlayarak, hastalığın kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Hastalığı kabul etmemek, bağımlılık duygusunda artma, öz yeterlilik ve öz saygı duygusunda azalmaya neden olur [19]. Diyabetli hastaların hastalığı kabul etmesinde ve tedaviye uyumunda hemşire büyük rol oynamaktadır [20]. Hemşire hastanın ve ailenin hastalığın getirdiği yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamalarına yardımcı olmalı, baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumu kolaylaştırmalıdır [21]. Hemşire, diyabetli bireylerin karşılaşacağı sorunları belirlemeli, hastayı biyopsikososyal yönden değerlendirerek eğitim programları düzenlemeli ve hastanın tedaviye, diyetine ve egzersizine uymasını sağlamalıdır Böylece diyabetli hastalarda sıklıkla görülen diyabetik ayak prevalansı azaltılabilir [20,22].

Hastalığın kabulü bireye farkındalık duygusu kazandırarak, öz bakım uygulamaları, pozitif yaşam tarzı değişiklikleri ile tedaviye uyumda büyük rol oynamaktadır [18]. Sağlık profesyonellerinin bireye farkındalık duygusunu kazandırabilmesi ve hastalığını kabul ettirebilmesi için bireyin hastalık ve sağlık inançlarını içeren bilgilere ihtiyacı vardır [19].

Araştırma; diyabetik ayağı olan hastaların hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### **Araştırmanın Soruları;**

- Diyabetik ayağı olan bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları nasıldır?
- Diyabetik ayağı olan bireylerin hastalığı kabul durumu nasıldır?
- Diyabetik ayağı olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

- Diyabetik ayağı olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalığı kabul puanları arasında fark var mıdır?
- Diyabetik ayağı olan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?
- Diyabetik ayağı olan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre hastalığı kabul puanları arasında fark var mıdır?
- Diyabetik ayağı olan bireylerin hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasında ilişki var mıdır?



## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Tanım

Diyabet, insülin hormonu eksikliği ya da etkisizliği sonucu ortaya çıkan; poliüri, polidipsi, polifaji ve ani kilo kaybı gibi semptomlar ile kendini gösteren metabolik bir hastalıktır [23].

#### 2.2. Epidemiyoloji

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2017 verilerine göre dünyada 425 milyon diyabet hastasının var olduğu bilinmekte ve 2045 yılına kadar bu rakamın 629 milyona ulaşması beklenmektedir [1].

Türk Diyabet Cemiyetinin 2013 verilerine göre, Türkiye’de 7 milyonu aşkın diyabet hastasının olduğu ve bunlardan sadece 3,9 milyonuna (%55) teşhis konulduğu belirtilmektedir. Diyabet teşhisi konulan bireylerin %91’i tedavi görmekte ve sadece %11’i hedeflenen tedavi sonuçlarına ulaşarak komplikasyonsuz bir hayat sürmektedir [24].

#### 2.3. Patofizyoloji

##### 2.3.1. Tip 1 Diyabetin Patofizyolojisi

Pankreasın beta hücrelerinin hasara uğraması veya insülin yapımını bozan hastalıklar tip1 diyabete neden olurlar. Viral enfeksiyonlar ve otoimmün bozukluklar beta hücrelerinde hasara sebep olabilirler [25-26].

Tip 1 diyabetin patogenezi 4 evrede incelenir;

1. Evre: Klinik bulguların başlamadığı ancak otoimmünite ve adacık hücre harabiyetinin başladığı evredir. Bu evreye prediyabet denilir ve süresi bireysel farklılıklar göstermektedir.
2. Evre: Halsizlik, yorgunluk, poliüri, polidipsi, noktüri, polifaji gibi diyabet semptomlarının görülmeye başlandığı evredir.

3. Evre: Tanısı yeni konulmuş diyabetli bireylerin %30-60'ında ilk 1-6 ay içindeki insülin ihtiyacının 0,5 U/kg/gün'ün altında olduğu dönemdir.
4. Evre: İnsülin eksikliğinin geliştiği dönemdir. İnsülin eksikliği tamamlanmadığı durumlarda diyabetik ketoasidoz kaçınılmazdır. [1,27]

### **2.3.2. Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi**

Tip 2 diyabetin patogenezi genetik ve çevresel faktörlere bağlıdır. Obezite ve sedanter yaşam biçimi hastalığın oluşmasındaki çevresel faktörlerin başında gelir [27].

Tip 2 diyabette insülinle ilgili iki sorun vardır; bunlardan ilki insülin etkisine karşı direnç gelişmesi diğeri ise insülin sekresyonundaki bozukluktur. İnsülin hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanarak glikoz metabolizmasına ilişkin reaksiyonu başlatır. Tip 2 diyabette glikozun dokular tarafından alınmasında insülinin uyarı etkisi azalır. Beta hücreler insülin ihtiyacını karşılamaz ve kan glikozu yükselir buna bağlı olarak tip 2 diyabet gelişir [28].

### **2.4. Klinik Bulgu ve Belirtiler**

Diyabet, ağız kuruluğu, polifaji, polidipsi, poliüri, kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, vulvovajinit, mantar enfeksiyonları, kaşıntı, ciltte kuruma ve yorgunluk gibi belirtilerle ortaya çıkar [9].

### **2.5. Tanı Kriterleri**

Dünya Sağlık Örgütüne göre;

- Açlık plazma glikoz düzeyinin  $\geq 126$  mg/dl (7.0 mmol/l)
- Oral Glukoz Tolerans Testi'nde (OGTT) 2. Saat plazma glukoz düzeyinin  $\geq 200$ mg/dl (11.1mmol/l) olması
- Rastlantısal glukoz düzeyinin  $\geq 200$ mg/dl olması
- HbA1c düzeyinin  $\geq \%6.5$  olması [9]

## 2.6. Diyabet Tedavisi

Tip1 diyabet tanısı almış hastalar hiperglisemiye kontrol altına almak ve ketoasidozu önlemek için dışardan insülin kullanmalıdır. Bu tedavi kan glikoz düzeyini normal sınırlarda tutmak ve uzun süreçte oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek amacıyla uygulanır [29].

İnsüline bağlı olmayan diyabet hastalarında, diyet ve egzersizle kan glukoz düzeyleri kontrol altına alınamıyorsa oral antidiyabetik ilaçlar kullanılır. [29].

Tip 2 Diyabet tedavisinde kullanılan antidiyabetikler şunlardır;

- İnsülin sekresyonunu arttıranlar (sulfonilüreler, glinidler)
- İnsülin duyarlılığını arttıranlar (biguanidler, tiazolidinedionlar)
- Glukoz emilimini inhibe edenler; alfa-glukozidaz enzim inhibitörleri (akarboz)
- İncretin bazlı tedaviler; dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, Glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) analogları
- Sodyum Glukoz Transporter (SGLT) inhibitörleri (dapagliflozin, kanagliflozin, ve empagliflozin)
- Amilin analogları (pramlintid)
- İnsulin tedavisi [30].

Tip 2 diyabetli bireylerde medikal tedavinin yanı sıra beslenme ve egzersizin kombine tedavisi uygulanmaktadır. Diyabette medikal tedaviye diyet ve egzersizin eşlik etmesiyle optimal glisemik kontrol sağlanabilir. Tip 2 diyabetli bireylerde egzersizin, glukoz toleransını iyileştirdiği, kas ve karaciğer insülin duyarlılığını artırdığı, HbA1c düzeyini azalttığı, kan basıncı ve obezite gibi risk faktörlerini önlediği bilinmektedir [31].

## 2.7. Komplikasyonlar

Kan glikoz düzeyi kontrol altında olmadığında, diyabetli hastaların doku ve organlarında biyokimyasal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmektedir [32-33]. Bu değişiklikler diyabette akut ve kronik komplikasyonlara neden olmaktadır [33].

Hipergliseminin önlenememesi, kalp-damar sistemi, göz, böbrek, sinir sistemi gibi vücudun bütün sistemlerini etkileyerek komplikasyonlara yol açar. Diyabetli bireylerde diyabetli olmayan bireylere göre kardiyovasküler hastalıkların prevalansı, insidansı, mortalitesi 2-8 kat daha yüksektir [34].

Diyabette akut ve kronik olmak üzere iki tür komplikasyon gelişir [32].

### **2.7.1. Akut Komplikasyonlar**

- Diyabetik Ketoasidoz (DKA)
- Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma (HHNKK)
- Hipoglisemi

#### **2.7.1.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)**

Diyabetik ketoasidoz (DKA) ve hiperosmolar hiperglisemik durum, insülin eksikliği ve ağır hiperglisemi sonucu ortaya çıkan, tedavisi ve patogenezi büyük ölçüde benzeşene metabolik bozukluklardır [35].

DKA, sıklıkla tip1 diyabetlilerde, nadiren de tip 2 diyabetlilerde görülen akut, majör ve hayatı tehdit eden bir komplikasyondur [36]. DKA poliüri, polidipsi, kilo kaybı, dehidratasyon ve halsizlik gibi semptomlarla kendini gösterir [31]. DKA'da insülin eksikliği sonucu kandaki glikoz hücre içine giremez. Organizma hücre içindeki hipoglisemiyi önlemek için, katekolaminler, glukagon, kortizol ve büyüme hormonu salgılamaya başlar ve katabolizmaya yol açar, lipoliz baskılanamaz ve bunun sonucunda ketonemi ve ketonüri gelişir [32-33].

#### **2.7.1.2. Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma**

Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma çoğunlukla Tip 2 diyabet hastalarında ve yaşlılarda görülür ve mortalitesi %10-50 arasında değişmektedir [32,36]. DKA'da ön plandaki sorun insülin eksikliği iken, HHNKK'de insülin eksikliği ve dehidratasyondur [31,35]. HHNKK aşırı derecede hiperglisemi (kan şekeri >600 mg/dL), hiperozmolarite, bilinç bulanıklığı veya kaybı gibi semptomlarla karakterize olup, inatçı hiperglisemi ve buna bağlı oluşan diürez nedeniyle sıvı elektrolit kaybı olur [28,37]. İnsülin düzeyi

hiperglisemiye önleyemeyecek kadar yetersizken, yağ yıkımını önleyecek kadar yüksektir. Bu sebeple keton düzeyi artmaz ve bu nedenle ketoasidoz oluşmaz [28,34].

### **2.7.1.3. Hipoglisemi**

Hipoglisemi, verilen insülin ya da oral anti diyabetik tedavinin fazlalığı sonucu ortaya çıkan, acil müdahale edilmesi gereken akut bir komplikasyondur [37]. Plazma glikoz düzeyinin <70mg/dl olması, ciddi hipoglisemide ise bu değer <50mg/dl altına düşmesi hipoglisemi olarak tanımlanır. Beynin tek enerji kaynağı glikozdur ve hipoglisemi erken tedavi edilmezse beyin fonksiyonları bozulur, bu durumu bilinç kaybı ve ölüm izler [9].

Diyabetlilerde en sık görülen akut komplikasyon olan hipoglisemi insülin tedavisi alan hastalarda sıklıkla görülmektedir ve bu hastaların %25-30'u yılda bir veya daha fazla hipoglisemi atağı geçirmiştir [35].

### **2.7.2. Kronik Komplikasyonlar**

Diyabetin kronik komplikasyonları mikrovasküler ve makrovasküler olarak ikiye ayrılır. Mikrovasküler komplikasyonlar; nefropati, retinopati ve nöropatiyken makrovasküler komplikasyonlar; koroner kalp hastalığı, periferik damar hastalığı ve serebrovasküler hastalıklardır [38]. Makrovasküler komplikasyonlar orta ve büyük damarlarda değişimler sonucu ortaya çıkar. Damar endoteli lezyonlarına, lipid metabolizması bozukluğuna, doku hipoksisi ve hiperglisemiye bağlı olarak büyük damarlarda aterosklerotik değişimler olur. Diyabetli olmayan hastalarda da makrovasküler aterosklerotik değişimler olmasına karşın, mikrovasküler değişimler yalnızca diyabetli bireylere özgüdür [28].

#### **2.7.2.1. Diyabetik Retinopati**

Diabetik retinopati, retinal arteriol, kapiller ve venülleri etkileyen bir anjiopatidir [33-34]. Diyabetlilerde sık görülen komplikasyonlardan biri olan diyabetik retinopati retinayı besleyen damarların hasar görmesidir [34,37]. Diyabetin süresi, metabolik kontrol, gebelik, hipertansiyon, böbrek hastalığı gibi faktörler diyabetik retinopatinin gelişmesini hızlandırır [37]. Diyabette gelişen vasküler değişiklikler retinada iskemiye sebep olur ve bu iskemi göz içi sitokin salgılarını artırır. Salgılanan sitokinlerin etkisiyle



göz içinde yeni vasküler yapılar oluşur ve bu damarlanmalara bağlı gelişen olumsuzluklar görmenin zayıflamasına neden olmaktadır [39].

### **2.7.2.2. Diyabetik Nöropati**

Nöropati, mikrosirkülasyonun bozulması sonucu, oksijenizasyonun bozulmasıyla myelinize ve nonmyelinize sinir hücresi kaybına bağlı ortaya çıkar. Hiperglisemi ve vasküler değişiklikler sinirlerde gelişmiş glikolizasyon ürünlerinin birikmesine sebep olur ve bu süreç sinir ileti hızını kademeli olarak azaltır [38]. Diyabet tanısı alan bireylerin %10'unda nöropati görülmekte, diyabet süresi 20 yıl olanlarda bu oran %50'ye yükselmektedir [40].

Diyabetik periferik nöropati, ekstremitelerde ağrıya, hissizliğe sebep olan, travmayla birlikte ülserasyonlara, eklem deformitelerine hatta amputasyonlara yol açan, iş gücü kayıpları, yaşam kalitesinde bozulma ve sağlık bakım kaynaklarının kullanımı açısından büyük bir hastalık yüküdür [41-42]. Diyabetik nöropati, diyabetik ayak oluşumunu 7 kat artırır ve tedavisi güç olan nöropatik ağrılara sebep olur [43].

### **2.7.2.3. Diyabetik Nefropati**

Hiperglisemi, sitokinlerin ve büyüme faktörlerinin etkisini artırarak, renal yapıda fonksiyonel ve yapısal değişikliklere neden olmaktadır [45]. Diyabetik nefropati böbrekte yapısal ve fonksiyonel değişikliklerle birlikte glomerüler filtrasyon hızında azalma, albüminüri ve kan basıncında artma ile karakterize bir tablodur. Diyabetik nefropatinin en önemli sonucu son dönem böbrek yetmezliğine neden olmasıdır. [39,44].

### **2.7.2.4. Diyabetik Ayak**

Diyabetik ayak, ayakta kızarıklık ve sık görülen iyileşmeyen yaralarla kendini gösteren bir komplikasyondur. Kan şekerinin uzun süre yüksek seyretmesi özellikle ayakta bulunan sinir ve damar harabiyetine yol açmakta ve ağrı duyumunu azaltmaktadır [43]. Koruyucu ağrı duyusunun azalmasıyla, birey mekanik veya termal yaralanmaların farkına varamaz, deri bütünlüğü bozulur ve ülsera yatkınlık ortaya çıkar [46].

Diyabetik ayak ülserlerinin etiolojisine bakıldığında, %35-60'ının nöropatik, %25-55'inin nöroiskemik ve yaklaşık %10'unun ise iskemik olduğu görülmüştür [47]. Periferik arter hastalığı da diyabetlilerde ayak ülseri gelişmesinin önemli sebeplerinden biridir. Doku perfüzyonu kötü olan alt ekstremitelerde, travma sonucu iskemik ülserler gelişir [15].

Ayak ülseri, hastaneye kaldırılma ve ekstremitte amputasyonlarının önde gelen sebebidir ve diyabetin en önemli komplikasyonlarından biridir [49]. Periferik nöropati, periferik arter hastalığı, enfeksiyona yatkınlık, çekiç parmak, topuk dikenini gibi ayak deformiteleri diyabetik ayak riskini artırmaktadır [38,49].

Diyabetli hastalarda morbidite ve mortalitenin de önemli bir nedeni olan diyabetik ayak, organ kaybına götüren, bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlar oluşturan ciddi bir komplikasyondur [12,50]. En çok hastanede kalışa neden olan komplikasyon diyabetik ayaktır ve tedavisi oldukça zordur [12].

Travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının %40-60'ının sebebi diyabettir [15,51]. Diyabet hastalarının %12-25'inde diyabetik ayak yarası gelişmekte ve diyabetik ayak yarası gelişen hastaların %14-24'üne amputasyon yapılmaktadır. Diyabetik ayak ülseri gelişen hastaların yarısından fazlasında enfeksiyon gelişmekte ve bu hasta grubunun yarısına yakınında ise enfeksiyon kemik dokuyu da etkilemektedir [43].

Yara iyileşme basamaklarında aksaklık olması sonucu diyabetik ayak yarası kronikleşir. Akut yara ve kronik yara ayrımı için net zaman söz konusu olmazken yara yüzeyinde bir ay içinde yaklaşık %50 oranında küçülme olmaması kronik yara olarak kabul edilmektedir [52].

Diyabetik ayak yarasının görülmesi sosyoekonomik farklılıklara, ayak bakım standartlarına, kaliteli ayakkabı giyme gibi etkenlere bağlı olarak değişebilir. Gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre diyabetik ayak görülme olasılığı daha fazladır [12].

Diyabetik ayak ülserlerinde kullanılan Wagner sınıflaması Tablo 2.1'de yer almaktadır.

**Tablo 2.1.** Diyabetik ayak ülserlerinde Wagner Sınıflaması

<b>Evre 0</b>	Sağlam deri ile birlikte kemik çıkıntısı ve/veya kallus oluşumu
<b>Evre 1</b>	Derin dokulara yayılımı olmayan yüzeysel ülser
<b>Evre 2</b>	Tendon, kemik, ligaman veya eklemleri tutan derin ülser
<b>Evre 3</b>	Apse ve/veya osteomyeliti içeren derin ülser
<b>Evre 4</b>	Parmakları ve/veya metatarsı tutan gangren
<b>Evre 5</b>	Kurtarılamayacak düzeyde ve amputasyon gerektiren topuk veya ayağın bütününde gangren

Wagner, F. W., ‘‘ The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment’’, *Foot Ankle*, 2(2), s.64-122, 1981.

## **2.8. Diyabetik Ayak Yarasında Hemşirelik Bakımı**

Diyabetik ayak yarasının önlenmesi, tedavi edilmesinden daha önemlidir. Diyabetik ayak yaralarının önlenmesinde diyabet hastasının eğitimi, tanısı konulduğundan itibaren ayak bakımı, kan glikoz düzeyinin kontrol altında tutulması, hastanın koruyucu sağlık davranışlarını geliştirmesine yardımcı olunması, hepsinden önemlisi hastanın hastalığını kabul etmesi ve tedaviye uyumu önemli bir yere sahiptir [54-55]. Diyabetik ayak yarasında, hemşire bireyin öz bakım davranışlarının farkında olarak, bireyin öz bakım ve öz yeterliliğini desteklemelidir [56]. Hemşirelik bakımında amaç; hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, yaşam kalitesi artırılarak komplikasyonların önlenmesi ya da en aza indirgenmesi, yara bakımı sağlanarak iyileşmenin hızlandırılması ve hastaya uygun kişisel bakım eğitimini kapsar [57]. Hastaya hastalığı ve bakımıyla ilgili eğitim verilmeden önce; bireyin öğrenmesini etkileyecek fiziksel, sosyal ve emosyonel faktörler araştırılmalı ve hastanın gereksinimleri belirlenerek uygun eğitim planlanmalıdır [58].

Diyabetik ayak bakımının eğitimi,

- Ayak ve parmak aralarının rutin kontrolü
- Ayakların günlük yıkanması, kurulanması ve nemlendirilmesi
- Çıplak ayakla yürünmemesi

- Doğru ayakkabı ve çorap seçimi
- Düzgün tırnak kesimi
- Ayak mantarı ve nasırların tedavisi
- Yara, kesik ve sıyrıklarda sağlık kurumuna başvurulması hastaya anlatılmalıdır [51].

Diyabetik ayak yaralarının tedavisi ve alt ekstremitte amputasyonları uzun süre hastanede kalmaya, ciddi iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır. Diyabetik ayak yarasının önlenmesi sadece birey için değil aynı zamanda toplum içinde sosyal ve ekonomik yönden kazanımlar sağlayacaktır [59].

## **2.9. Sağlık İnanç Modeli**

Hasta olan bireyler, sağlık arayışı içine girerler fakat çağdaş halk sağlığı felsefesine göre önemli olan hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesidir [17-18]. Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin fiziksel ve ruhsal yönden yeterliliklerini algılaması durumudur. Bu bakış açısına göre birey hasta olmadığı halde kendisini hasta hissedebilirken, fiziksel olarak hasta olduğu halde kendisini daha sağlıklı algılayabilir [58]. Hastalık deneyimi her bireye göre farklı yaşanır ve hastalar kişisel deneyimleri, değerleri, inançları ve bilgileri doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışırlar [60]. Bir grup psikolog, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla 1950'lerde Sağlık İnanç Modelini (SİM) geliştirmiştir [18].

Sağlık inanç modeli, bazı insanların sağlığını korumak ve geliştirmek için çalışırken bazılarının neden hastalıktan korunmadığını açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Bireyi sağlığa ilişkin davranışları yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiği, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi, sağlık davranışlarında bireysel karar vermede etkili olan durumları belirler [18]. SİM, bireyin sağlığını koruyan ve geliştiren davranışları belirlemenin yanı sıra, hastalık durumlarında bireyin tedaviye uyumunu neyin sağladığını ve engellediğini belirlemede önemli bir yol göstericidir [18].

Model temelde dört bileşenden oluşmaktadır;

- Algılanan Duyarlılık
- Algılanan Ciddiyet

- Algılanan Yararlar
- Algılanan Engeller

### **2.9.1. Algılanan Duyarlılık**

Bireyin sağlığını tehdit eden, kendisinin hastalığa yakalanmasına ne kadar ihtimal verdiği algısıdır. Algılanan duyarlılık bazı sağlığı koruma davranışlarının habercisidir [61]. Genellikle bireyin algıladığı risk ne kadar yüksek olursa, sağlığını riske atacak davranışlardan korunma olasılığı o kadar yüksektir [62].

### **2.9.2. Algılanan Ciddiyet**

Hastalık kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir [17]. Ciddiyet algısı bireyin sağlık bilgisinden etkilenir. Bireyin hastalığı hakkında bilgi sahibi olması algısını etkiler [18]. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanır [58]. Bireyin hastalığı önlemek için harekete geçme ihtimali, hastalığın meydana getirdiği olumsuz fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerin ciddi sonuçlara sebep olduğuna inandığı takdirde daha yüksektir [61].

### **2.9.3. Algılanan Yarar**

Bireyin önerilen sağlığı koruyucu davranışların, hastalığı önleyeceğine inanmasıdır. Kişi koruyucu sağlık davranışlarının hastalığı engellemede yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar hastalığa yakalanma riskinin azalacağı beklentisidir [17-18].

### **2.9.4. Algılanan Engeller**

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünölen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Bireyin sağlıkla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştireci davranışları yapmasında karşılaştığı engel algısıdır [63]. Modeli geliştirenler, araştırmaları sonucunda algılanan engellerin davranış sergilemede en önemli faktör olduğunu bildirmişlerdir [18].

## **2.10. Hastalığı Kabul**

Bireylerin hastalığı subjektif deneyimlemesi, hastalığa verdikleri tepkileri de farklılaştırmaktadır. Bireylerin hastalığı kabul sürecinde verdikleri en yaygın emosyonel

tepkiler; anksiyete, öfke, korku, güç-güçsüzlük, üzüntü, utanç, yetersizlik, suçluluk, başarısızlık, umut-umutsuzluk, rahatlamadır. Davranışsal tepkiler ise; destek arama, sosyal izolasyon, geri çekilme, tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi reddetmedir [63].

Kronik bir hastalık olan diyabet; yeme içme biçimini sınırlar, uzun dönemde nöropati, nefropati, retinopati gibi risklerinden dolayı yaşamın akışını bozar. Sağlığını kaybeden birey, yas, keder, isyan, inkâr, endişe, öfke gösterebilir [64].

Her yıl yaklaşık 3,8 milyon bireyin yaşamını diyabet nedeniyle kaybetmesi ve hastaların dörtte birinin diyabetin en az üç kronik komplikasyonu ile baş etmek zorunda kalması hastanın hastalığa uyumunu ve kabullenmesini zorlaştırmaktadır [65].

Elisabeth Kübler Ross, hastalığa karşı verilen psikolojik tepkileri beş evreye ayırarak tanımlamıştır [66].

**İnkâr:** Bireyin ilk tepkisi “hayır bu bana olamaz” dır. İnkâr sadece hastalığın ilk evrelerinde değil zaman zaman diğer evrelerinde de görülür. İnkâr, beklenmeyen habere karşı bireyin kendini toplamasına zaman tanır. Geçici bir savunma sistemidir ve zamanla kısmi kabullenmeye dönüşür [67].

**Öfke:** İnkâr evresi geçerliliğini kaybettiğinde yerini öfke, hırs, kıskançlık gibi duygulara bırakır. Birey “neden ben, neden o değil?” sorularını sormaktadır. Öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması oldukça güç bir dönemdir. Bu evrede bireyin öfkesi, kişisel algılanmamalı ve hastaya tepki verilmemelidir. Ailenin ve sağlık çalışanlarının bireye saygı duyduğunu ve bireyi anladığını hissettirmesi hastanın öfkesini yatıştıracaktır [66-67].

**Pazarlık:** Diğer evrelere göre daha az bilinen pazarlık evresi, kısa süre için hastalara yardımcıdır. İnkâr aşamasında gerçeklerle yüzleşmeyen, insanlara ve Tanrıya öfkeli olan birey bu aşamada uzlaşma yapabilir [68]. Tedaviye uyum gösterir ve iş birliği içindedir [66].

**Depresyon:** Bireyin hastalığının ilerlemesiyle öfke duygusu yerini kayıp duygusuna bırakır. Bu kayıp bireyin hayatında değer verdiği her şeyin; organları, işlevi, sevdikleri, işi, hayatı, parası vb. kaybıdır [66].

**Kabullenme:** Diğer evreleri atlatan hasta bu aşamada, öfkeli ve depresif olmadığı evreye girecek ve kaybedeceklerinin yasını tutacaktır [67-68]. Bu aşamanın en belirgin özelliği hastaların kendini yorgun ve zayıf hissetmesidir [69]. Kabullenme evresi mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir, neredeyse duygudan yoksun bir evredir [66].

Hastalıklar bireylerin yaşamına aniden girer ve birçok kısıtlama getirir. Bu nedenle hastalıkları kabullenmek sıklıkla zordur; ancak hastalığı kabulü başarmış bireyler, hastalıkla birlikte günlük yaşantılarına daha rahat devam edip, hastalığın getirdiği bireysel, ailevi, mesleki, toplumsal sorunlarla baş edebilmektedirler [32].

Hastalığı kabullenmiş bireyler, yaşam kalitesini düşürmeden çok uzun süre yaşamlarını devam ettirebilirler. Bu nedenle hastalığı kabul etme aşamalarındaki duygu ve düşüncelerin bilinmesi sağlık personeline somut bilgi vererek tedavi ve bakımı yönlendirebilir [33].

## 3. BÖLÜM

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, diyabetik ayağı olan hastaların hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisine diyabetik ayak nedeniyle başvuran hastalarla yürütülmüştür. Bu servis 59 yatak kapasitelidir. Odalar tek, iki, dört ve altı kişilik olup, tek kişilik odalarda banyo ve tuvalet bulunmaktadır. Birimde altı hekim, 20 asistan hekim ve 16 hemşire görev yapmaktadır. Serviste yara bakım hemşiresi bulunmamakta, yara bakımları asistan hekimler tarafından yapılmaktadır. Bu serviste takip edilen hastalara tıbbi tedavi ve yara bakımı dışında herhangi bir uygulama yapılmamaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.06.2017-30.11.2017 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne başvuran diyabetik ayağı olan 140 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; araştırma kapsamına alınan 15 hastadan elde edilen bulgulara göre yapılan analiz sonucunda, Gpower programı kullanılarak  $\beta=0,80$  güç,  $\alpha=0,05$  hata payı ve  $d=0,2645$  etki büyüklüğü ile 115 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile Gpower programı kullanılarak,  $\alpha=0,05$  hata payı ve  $d=0,2645$  etki büyüklüğü ile  $\beta=0.89$  güçlü bulunmuştur.

##### 3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 18 yaş ve üzerinde olan
- Diyabetik ayağı olan



- Akut ağrısı olmayan
- İletişim sorunu olmayan
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan hastalar örnekleme dahil edilmiştir [32-70].

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu (EK-1), hastalığı kabul ölçeği (HKÖ) (EK-2), diyabet hastalarında sağlık inanç modeli ölçeği (SİM) (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından ilgili literatür [10,32,34,71] incelenerek hazırlanan hasta tanıtım formu; hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığa ilişkin özelliklerine yönelik toplam 30 soru içermektedir.

#### **3.4.2. Hastalığı Kabul Ölçeği (EK-2)**

Hastalığı kabul ölçeği, Felton ve Revenson tarafından hastalığı kabul düzeyini belirlemek amacıyla 1984 geliştirilmiş olup, ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Besen tarafından 2009 yılında yapılmıştır [32,73].

Hastalığı kabul ölçeği sekiz maddeden oluşmaktadır ve her bir madde beş puandan oluşan, likert tipi olan bir ölçektir. Ölçek, 5 puanlı katılma-katılmama durumuna göre puanlandırılır. Ölçekte yer alan ifadeler katılma durumu düşük puan (1 puan) ile değerlendirilir ve kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa uyumun zayıf olduğu ve ciddi fiziksel rahatsızlığın varlığını ifade eder. Tanımlanan ifadeler katılmama durumu ise yüksek puanla (5 puan) değerlendirilir ve hastalıkla ilgili olumsuz duyguların olmadığını, bireyin hastalığı kabulünün yüksek oluşunu ifade eder. Ölçekte yer alan 6. madde ters olarak puanlanır. Ölçekten en düşük 8 puan alınırken, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Hastalığı kabul düzeyinin yüksek olması, hastalığa olan uyumu ve fiziksel rahatsızlığın az hissedilmesini ifade eder. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın neden olduğu olumsuz duyguların ve davranışların azlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.79 olarak

bulmuştur [73]. Bu araştırmada HKÖ cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.72 olarak tespit edilmiştir.

### **3.4.3. Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-3)**

Ölçek, Schwab ve arkadaşları tarafından 1994 yılında oluşturulan Sağlık İnanç Modelinin 5 alt boyutu temel alınarak Tan tarafından 2004 yılında diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir [74]. Ölçek, algılanan duyarlılık (5 madde), algılanan ciddiyet (3 madde), algılanan yararlar (7 madde), algılanan engeller (11 madde), sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler (10 madde) olmak üzere 5 alt boyuttan ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır [74].

Ülkemizde Kartal ve Özsoy tarafından 2005 yılında Tip 2 Diyabetli hastalarda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [69]. Geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda algılanan duyarlılık alt boyutundaki bir madde ile algılanan engeller alt boyutundaki 2 madde ölçekten çıkartılmış olup, toplam madde sayısı 36'dan, 33'e indirilmiştir. Tüm ölçek için cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır [69]. Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), kesinlikle katılıyorum (5 puan) şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin algılanan duyarlılık alt boyutundaki 3 ve 4. maddeler ile algılanan engeller alt boyutundaki 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ters olarak kodlanmaktadır. Ölçeğin alt boyut puanları; her alt boyuttaki maddelerin puanlarının toplanarak, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan dört ve üstünde ise sağlık inancının yüksek (pozitif) olduğunu, dörtten küçük puan ise sağlık inancının düşük (negatif) olduğunu göstermektedir [69].

### **3.5. Ön Uygulama**

Hazırlanan anket formunun işlerliğini tespit etmek amacıyla, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi ortopedi ve travmatoloji servisinde yatışı yapılan diyabetik ayak tanısı alan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya alınan bireyler örnekleme dahil edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri; Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden gerekli izinler alındıktan sonra araştırmaya alınma kriterlerine uyan, yatışının 2 ile 5. günleri arasında, diyabetik ayağı olan bireylerle, sessiz, yeteri kadar aydınlatılmış ve uyanların olmadığı bir ortamda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ve hasta dosyalarından yararlanılarak toplanmıştır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler International Business Machines (IBM), Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Statistics 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayısı (n), yüzde (%), ortalama  $\pm$  standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerleri kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testiyle değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), post-hoc analizde üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği göz önünde bulundurularak Tukey testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, post-hoc analizde üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmanın gücü Gpower programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3.7.1. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile hastalık özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırma kapsamına alınan hastaların “diyabet hastalarında sağlık inanç modeli ölçeği” ve “hastalığı kabul ölçeği” puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

### 3.8. Etik Açıklama

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (EK-5) ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi’nden yazılı izin (EK-6) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış, sözlü ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK-4) imzalatılarak yazılı izinleri alınmıştır.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n (115)	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	64	55.70
Erkek	51	44.30
<b>Yaş grupları</b>		
50 yaş ve altı	18	15.70
51-60 yaş	27	23.50
61-70 Yaş	38	33.00
71 Yaş ve üzeri	32	27.80
<b>Yaş ortalaması (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>		62.20±12.79
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar değil	16	13.90
Okuryazar	21	18.30
İlkokul	32	27.80
Ortaokul	14	12.20
Lise /Üniversite	32	27.80
<b>Medeni durum</b>		
Evli	105	91.30
Bekar	10	8.70
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	17	14.80
Çalışmıyor	98	85.20
<b>Meslek</b>		
İşçi	9	52.90
Memur	2	11.80
Serbest meslek	4	23.50
Çiftçi	2	11.80
<b>Gelir durumu</b>		
İyi	13	11.30
Orta	69	60.00
Kötü	33	28.70
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	109	94.80
Yok	6	5.20
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl merkezi	39	33.90
İlçe	53	46.10
Kasaba	8	7.00
Köy	15	13.00
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Hiç kullanmamış	58	50.40
Kullanmış bırakmış	37	32.20
Kullanıyor	20	17.40
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hiç kullanmamış	92	80.00
Kullanmış bırakmış	20	17.40
Kullanıyor	3	2.60

Tablo 4.1.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %55.7'si kadın, %33.0'ı 61-70 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 62.20 ±12.79 olarak saptanmıştır. Hastaların %27.8'inin ilkokul,

%27.8'inin lise/üniversite mezunu, %91.3'ünün evli, %85.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, çalışanların %52.9'unun işçi olduğu belirlenmiştir. Hastaların %60'ının kendi ifadelerine göre gelir durumunun orta olduğu, çoğunluğunun (%94.8) sosyal güvencesinin bulunduğu, %46.1'inin ilçede yaşadığı, %50.4'ünün sigarayı, % 80.0'ının alkolü hiç kullanmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	n (115)	%
<b>Diyabet tanı süresi</b>		
5 yıl ve altı	11	9.60
6-10 yıl	18	15.70
11-15 yıl	24	20.80
16-20 yıl	19	16.50
21 yıl ve üzeri	43	37.40
<b>Diyabet tanı süresi ortalaması (X±SS)</b>	20.29±12.66	
<b>Diyabet için uygulanan tedavi</b>		
Oral antidiyabetik + diyet	28	24.30
Oral antidiyabetik + insülin + diyet	19	16.50
İnsülin + diyet	68	59.20
<b>Kendi ifadelerine göre tedaviye uyum durumu</b>		
İyi	9	7.80
Orta	80	69.60
Kötü	26	22.60
<b>İnsülin kullanan hastaların insülin enjeksiyonunu kendi kendine yapabilme durumu</b>		
Yapabilen	74	85.10
Yapamayan	13	14.90
<b>Düzenli kan şekeri ölçümü yapma durumu</b>		
Yapan	102	88.70
Yapmayan	13	11.30
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Yapan	24	20.90
Yapmayan	76	66.10
Ara sıra yapan	15	13.00
<b>Diyete uyum durumu</b>		
İyi	4	3.50
Orta	75	65.20
Kötü	36	31.30
<b>Diyabet hastalığı nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı</b>		
Ayda 1 kez	7	6.10
2 ayda 1 kez	7	6.10
3 ayda 1 kez	29	25.20
6 ayda 1 kez	23	20.00
Yılda 1 kez	4	3.50
Düzensiz	45	39.1

Tablo 4.2. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı (devamı)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n (115)	%
<b>Son bir yıl içinde diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatma durumu</b>		
Yatan	39	33.90
Yatmayan	76	66.10
<b>Diyabet ile ilgili bilgi alma durumu</b>		
Alan	108	93.90
Almayan	7	6.10
<b>Diyabet ile ilgili bilgi gereksinimi olduğunu ifade etme durumu</b>		
Bilgi gereksinimi olduğunu ifade eden	20	17.4
Bilgi gereksinimi olmadığını ifade eden	95	82.6
<b>Diyabet dışında kronik hastalık varlığı</b>		
Var	71	61.70
Yok	44	38.30
<b>Ailede diyabet tanısı olan başka birey varlığı</b>		
Var	52	45.20
Yok	63	54.80
<b>Diyabetik ayak süresi</b>		
15 gün ve altı	40	34.80
16-30 gün	24	20.90
1 ay üzeri	51	44.30
<b>Diyabetik ayak süre ortalaması (X±SS) (gün)</b>	8.28±18.04	
<b>Daha önce ayakta yara gelişme durumu</b>		
Gelişen	59	51.30
Gelişmeyen	56	48.70
<b>Diyabetik ayak ile ilgili bilgi alma durumu</b>		
Alan	99	86.10
Almayan	16	13.90

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.'de görülmektedir. Hastaların %37.4'ünün 21 yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olduğu, %59.2'sinin diyet ve insülin enjeksiyonuyla tedavi edildiği, %69.6'sının kendi ifadesine göre tedaviye uyumunun orta olduğu, %88.7'sinin düzenli kan şekeri izlemi yaptığı, %66.1'inin egzersiz yapmadığı, %65.2'sinin diyetle uyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların %39.1'i diyabet hastalığı nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığının düzensiz olduğunu, %66.1'i son bir yıl içerisinde diyabet nedeniyle hastaneye yatmadığını, %93.9'u diyabet hastalığıyla ilgili bilgi aldığını, %82.6'sı diyabet ile ilgili bilgi gereksinimi olmadığını ifade etmiştir. Hastaların %61.7'sinde diyabet dışında kronik hastalık olduğu, %45.2'inin ailesinde diyabet tanısı olan başka birey bulunduğu

saptanmıştır. Hastaların %44.3'ünde bir ay ve daha uzun süredir diyabetik ayak bulunduğu, %51.3'ünün daha öncede ayağında yara geliştiği, %86.1'inin diyabetik ayak ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastaların metabolik kontrol değerleri ortalamalarının dağılımı

Metabolik Değişkenler	X±SS	Min-Maks.
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	189.64±74.19	77-502
Tokluk Kan Şekeri (mg/dL)	303.68±77.63	180-632
HbA1c (%)	8.88±1.74	5.40-18.10
Total Kolesterol (mg/dL)	189.67±58.19	86-320
HDL (mg/dL)	51.21±12.06	30-102
LDL (mg/dL)	137.13±48.74	71-307
Trigliserid (mg/ dL)	184.65±96.61	51-789
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	131.39±17.61	90-200
Diyastolik Kan Basıncı (60-90 mmHg)	78.73±9.19	60-110
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	30.29±5.70	20.03-51.10

Tablo 4.3.'de hastaların metabolik kontrol değerleri ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastaların açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değeri ortalamaları sırasıyla 189.64±74.19 mg/dL, 303.68±77.63 mg/dL, 8.88±1.74 olarak belirlenmiştir. Hastaların ortalama total kolesterol değeri 189.67±58.19 mg/dL, HDL değeri 51.21±12.06 mg/dL, trigliserid değeri 184.65±96.61 mg/dL, sistolik kan basıncı değeri 131.39±17.61 mmHg, diyastolik kan basıncı değeri 78.73±9.19 mmHg, BKI 30.29±5.70 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir.



**Tablo 4.4.** Hastaların hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

<b>Ölçekler</b>	<b>X±SS</b>	<b>Min-Maks</b>
Hastalığı Kabul Ölçeği	22.79±.6.72	10.00-36.00
<b>Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanı</b>		
Algılanan Duyarlılık	3.03±0.65	1.80-4.50
Algılanan Ciddiyet	4.23±0.63	1.30-5.00
Algılanan Yararlar	3.87±0.58	2.00-5.00
Algılanan Engeller	2.41±0.80	1.00-4.10
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	3.99±0.50	2.80-5.00
<b>Sağlık İnanç Modeli Toplam Puanı</b>	<b>3.44±0.19</b>	<b>3.00-3.90</b>

Tablo 4.4.'de hastaların hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların HKÖ toplam puan ortalaması 22.79±.6.72 olarak saptanmıştır. Hastaların sağlık inanç modeli ölçeği toplam puan ortalaması 3.44±0.19 olup, ölçeğin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller ve sağlıkla ilgili aktiviteler alt boyut toplam puan ortalamaları sırasıyla 3.03±0.65, 4.23±0.63, 3.87±0.58, 2.41±0.80, 3,99±0.50 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)	TOPLAM X±SS Median (Min-Max)
			Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)			
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	64	22.00 (12-36)	3.00 (1.80-4.00)	4.30 (2.00-5.00)	3.88±0.56	2.20 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.18	
Erkek	51	23.00 (10-35)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.84±0.61	2.20 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.20	
<b>Test</b>		Z=-0.908	Z=-0.358	Z=-0.967	t=0.391	Z=-1.015	Z=-1.460	t=0.344	
<b>p</b>		p=0.364	p=0.720	p=0.334	p=0.696	p=0.310	p=0.144	p=0.732	
<b>Yaş</b>									
50 Yaş ve altı <sup>(1)</sup>	18	22.00 (10.00-36.00)	3.00 (1.80-3.80)	4.30 (3.30-5.00)	3.90 (2.90-5.00)	2.20 (1.00-4.00)	4.04±0.31	3.46±0.20	
51-60 Yaş <sup>(2)</sup>	27	28.00 (14.00-36.00)	2.80 (1.80-4.00)	4.00 (3.30-5.00)	4.00 (2.60-5.00)	2.00 (1.30-3.80)	4.16±0.50	3.46±0.22	
61-70 Yaş <sup>(3)</sup>	38	21.00 (15.00-36.00)	3.00 (2.00-4.30)	4.30 (2.00-5.00)	3.90 (2.00-5.00)	2.40 (1.00-4.10)	3.97±0.50	3.43±0.16	
71 Yaş ve üzeri <sup>(4)</sup>	32	18.00 (11.00-34.00)	3.30 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.30-5.00)	2.50 (1.20-3.70)	3.86±0.52	3.42±0.18	
<b>Test</b>		$\chi^2=21,385$	$\chi^2=0,833$	$\chi^2=1,091$	$\chi^2=4,156$	$\chi^2=3,822$	F=1.873	F=0.376	
<b>p</b>		<b>p=0,000</b>	p=0,842	p=0,779	p=0,245	p=0,281	p=0.138	p=0.771	
<b>Fark</b>		<b>(2,3,4)</b>	-	-	-	-	-	-	
<b>Öğrenim Düzeyi</b>									
Okuryazar değil <sup>(1)</sup>	16	20.69±6.57	3.09±0.72	4.00 (3.00-4.67)	3.71 (2.29-4.57)	2.55 (1.00-4.00)	3.95±0.65	3.41±0.17	
Okuryazar <sup>(2)</sup>	21	21.19±6.21	3.29±0.65	4.00 (1.33-5.00)	3.71 (2.00-4.57)	2.88 (1.67-4.11)	3.76±0.41	3.47±0.20	
İlkokul <sup>(3)</sup>	32	23.22±6.99	2.99±0.50	4.16 (2.00-5.00)	4.00 (2.57-5.00)	2.50 (1.00-3.56)	3.90±0.49	3.43±0.17	
Ortaokul <sup>(4)</sup>	14	19.43±6.41	3.12±0.70	4.66 (4.00-5.00)	4.00 (3.43-5.00)	2.00 (1.56-3.89)	4.02±0.35	3.48±0.18	
Lise/Üniversite <sup>(5)</sup>	32	25.94±5.90	2.82±0.69	4.00 (3.33-5.00)	4.21 (2.86-5.00)	2.00 (1.00-4.00)	4.25±0.44	3.42±0.20	
<b>Test</b>		F=3.664	F=1.898	$\chi^2=8,487$	$\chi^2=16,570$	$\chi^2=27,460$	F=3.820	F=0.552	
<b>p</b>		<b>p=0.008</b>	p=0.116	p=0.075	<b>p=0.002</b>	<b>p=0.000</b>	<b>p=0.006</b>	p=0.968	
<b>Fark</b>		<b>(4-5)</b>	-	-	<b>(1,2,3-5)</b>	<b>(1,2,3-5) (2-4)</b>	<b>(2,3-5)</b>	-	
<b>Medeni durum</b>									
Evli	105	22.00 (11.00-35.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.30 (1.00-4.10)	4.0 (2.80-5.00)	3.45±0.19	
Bekar	10	26.00 (10.00-36.00)	2.80 (1.80-4.00)	4.00 (2.00-5.00)	4.00 (2.90-5.00)	1.90 (1.00-3.60)	4.2 (3.30-5.00)	3.39±0.13	
<b>Test</b>		Z=-0.815	Z=-0.982	Z=-0.795	Z=-1.284	Z=-1.696	Z=-1.068	t=0.903	
<b>p</b>		p=0.415	p=0.326	p=0.426	p=0.199	p=0.090	p=0.286	p=0.369	
<b>Çalışma durumu</b>									
Evet	17	28.00 (13-35)	3.00 (1.80-3.80)	4.00 (4.00-5.00)	4.30 (2.90-5.00)	2.00 (1.00-4.00)	4.30 (3.30-5.00)	3.50±0.22	
Hayır	98	22.00 (10-36)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.30 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.18	
<b>Test</b>		Z=1.972	Z=-0.923	Z=-0.771	Z=-2.003	Z=-1.169	Z=-1.846	t=1.431	
<b>p</b>		<b>p=0.049</b>	p=0.356	p=0.441	<b>p=0.045</b>	p=0.243	p=0.065	p=0.155	

$\chi^2$ : Kruskal-Wallis testi, **Z**: Mann Whitney U testi, **t**: Bağımsız Örneklerde t testi, **F**: ANOVA testi

**Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı (devamı)**

Değişken (N=115)	n	Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)	TOPLAM X±SS Median (Min-Max)
			Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)			
<b>Gelir durumu</b>									
İyi <sup>(1)</sup>	13	23.00 (12.00-36.00)	3.00 (2.00-4.00)	4.30 (2.00-5.00)	3.70 (2.6-4.4)	2.20 (1.00-4.00)	4.20 (2.90-5.00)	3.40 (3.20-3.70)	
Orta <sup>(2)</sup>	69	22.00 (13.00-36.00)	3.00 (1.80-4.30)	4.30 (1.30-5.00)	4.00 (2.0-5.0)	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.40 (3.00-3.90)	
Kötü <sup>(3)</sup>	33	22.00 (10.00-36.00)	3.50 (2.00-4.50)	4.00 (3.30-5.00)	3.90 (2.3-4.6)	2.70 (1.60-3.90)	3.80 (2.80-5.00)	3.40 (3.20-3.90)	
<b>Test</b>		$\chi^2=2.347$	$\chi^2=5.290$	$\chi^2=1.095$	$\chi^2=1.593$	$\chi^2=7.387$	$\chi^2=4.667$	$\chi^2=3.040$	
<b>p</b>		p=0.309	p=0.071	p=0.578	p=0.451	<b>p=0.025</b>	p=0.097	p=0.219	
<b>Fark</b>		-	-	-	-	<b>(2-3)</b>	-	-	
<b>Sosyal güvence</b>									
<b>Var</b>	109	22.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.75-4.50)	4.00 (1.33-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.33 (1.00-4.11)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.18	
<b>Yok</b>	6	19.00 (10.00-32.00)	3.62 (2.50-4.00)	5.00 (3.33-5.00)	4.21 (3.86-4.71)	1.83 (1.44-2.22)	4.40 (4.00-4.70)	3.55±0.14	
<b>Test</b>		Z=-0.510	Z=-1.999	Z=-1.400	Z=-1.722	Z=-2.079	Z=-2.143	t=-1.552	
<b>p</b>		p=0.610	<b>0.046</b>	0.161	0.085	<b>0.038</b>	<b>0.032</b>	0.123	
<b>Yaşadığı yer</b>									
İl merkezi <sup>(1)</sup>	39	23.15±6.33	2.80 (1.80-4.00)	4.50 (2.00-5.00)	4.09± 0.37	1.90 (1.00-3.60)	4.20 (3.60-5.00)	3.42±0.20	
İlçe <sup>(2)</sup>	53	22.32±6.70	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.71± 0.66	2.80 (1.00-4.10)	3.80 (2.80-5.00)	3.46±0.17	
Kasaba <sup>(3)</sup>	8	23.50±9.18	2.90 (2.00-4.00)	4.30 (4.00-5.00)	4.12±0.27	2.00 (1.40-2.60)	4.10 (3.40-4.70)	3.44±0.21	
Köy <sup>(4)</sup>	15	23.13±7.00	3.30 (2.30-4.00)	4.10 (3.00-5.00)	3.66±0.62	2.60 (1.70-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.18	
<b>Test</b>		F=0.163	$\chi^2=3.781$	$\chi^2=12.085$	F=4.682	$\chi^2=28.089$	$\chi^2=13.577$	F=0.273	
<b>p</b>		p=0.921	p=0.286	<b>p=0.007</b>	<b>p=0.004</b>	<b>p=0.000</b>	<b>p=0.004</b>	p=0.844	
<b>Fark</b>		-	-	<b>(1-2)</b>	<b>(1-2)*</b>	<b>(1-2,4) (2-3)</b>	<b>(1-2)</b>	-	
<b>Sigara kullanma durumu</b>									
Hiç kullanmamış	58	22.03±6.51	3.00 (1.80-4.50)	4.20 (1.30-5.00)	3.90 (2.30-5.00)	2.30 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.17	
Bırakmış	37	22.97±7.09	3.00 (1.80-4.30)	4.00 (2.70-5.00)	3.90 (2.00-5.00)	2.20 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.20	
Kullanıyor	20	24.65±6.57	3.10 (2.00-4.00)	4.20 (3.30-5.00)	4.00 (2.60-4.70)	2.00 (1.00-4.00)	4.00 (3.00-5.00)	3.44±0.23	
<b>Test</b>		F=1.149	$\chi^2=0.790$	$\chi^2=0.449$	$\chi^2=1.825$	$\chi^2=1.974$	$\chi^2=2.160$	F=0.015	
<b>p</b>		p=0.321	p=0.674	p=0.799	p=0.401	p=0.373	p=0.340	p=0.985	
<b>Alkol kullanma durumu</b>									
Hiç kullanmamış	92	22.00 (10.00-36.00)	3.00 (1.75-4.50)	4.00 (1.33-5.00)	3.92 (2.00-5.00)	2.27 (1.00-4.11)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.18	
Bırakmış	20	21.00 (13.00-34.00)	3.00 (2.00-4.00)	4.00 (3.67-5.00)	4.00 (2.86-5.00)	2.11 (1.22-4.00)	4.00 (3.20-5.00)	3.45±0.20	
Kullanıyor	3	32.00 (26.00-34.00)	3.00 (2.50-3.75)	5.00 (4.00-5.00)	4.14 (3.29-4.43)	2.00 (1.33-2.11)	4.50 (4.00-4.60)	3.45±0.26	
<b>Test</b>		$\chi^2=4.453$	$\chi^2=0.411$	$\chi^2=1.588$	$\chi^2=1.092$	$\chi^2=2.203$	$\chi^2=2.270$	F=0.044	
<b>p</b>		p=0.108	p=0.814	p=0.452	p=0.579	p=0.748	p=0.321	p=0.957	

$\chi^2$ : Kruskal-Wallis testi, **Z**: Mann Whitney U testi, **t**: Bağımsız Örneklerde t testi, **F**: ANOVA testi

Tablo 4.5’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre HKÖ’den aldıkları puanlar incelendiğinde; 51-60 yaş grubundaki hastaların HKÖ toplam puan ortancasının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yaş grupları arasındaki bu farkın 51-60 yaş grubunda olan hastalar ile 61-70 yaş ve 71 yaş ve üzerindeki hastaların toplam puan ortancaları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Lise/üniversite mezunu olan hastaların HKÖ toplam puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışan hastaların hastalığı kabul puan ortancasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, sosyal güvencesi olma durumu, yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanma durumu ile HKÖ toplam puan ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Hastaların öğrenim durumuna göre sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; lise/üniversite mezunu olan hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan yararlar alt boyut puan ortancasının ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu, algılanan engeller alt boyutunda ise ortaokul ve lise/üniversite mezunu olan hastaların puan ortancasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Çalışan hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan yararlar alt boyut puan ortancasının, gelir durumu kötü olan hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan engeller alt boyut puan ortancasının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan duyarlılık ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancasının daha yüksek, algılanan

engeller alt boyut puan ortancasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

İl merkezinde yaşayanlarda sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan ciddiyet ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancası daha yüksek, algılanan engeller alt boyut puan ortancası daha düşük belirlenmiş olup, gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Algılanan yararlar alt boyutunda ise köyde yaşayanların puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumu değişkenleri ile sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Hastaların hastalık özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı

Hastalık Özellikleri	n	Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					Toplam Puan X±SS Median (Min-Max)
			Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)	Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)	
<b>Diyabet Tanı Süresi</b>								
5 yıl ve altı	11	22.00±8.23	3.00 (1.80-4.00)	4.00 (3.30-5.00)	3.84±0.62	2.30 (1.30-3.90)	4.00 (3.50-5.00)	3.46±0.21
6-10 yıl	18	25.06±6.32	2.90 (1.80-4.30)	4.30 (1.30-5.00)	3.98±0.70	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (3.40-5.00)	3.42±0.21
11-15 yıl	24	24.50±7.05	3.50 (2.00-4.00)	4.30 (3.70-5.00)	3.87±0.48	2.40 (1.70-3.80)	4.00 (3.30-5.00)	3.52±0.19
16-20 yıl	19	24.84±5.92	2.80 (2.00-3.80)	4.00 (2.00-5.00)	3.89±0.71	2.00 (1.00-3.60)	4.00 (2.80-5.00)	3.37±0.16
21 yıl ve üzeri	43	20.19±5.93	3.00 (2.00-4.50)	4.00 (3.00-5.00)	3.80±0.52	2.20 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.17
<b>Test</b>		F=1.142	$\chi^2=4.456$	$\chi^2=1.900$	F=0.302	$\chi^2=5.309$	$\chi^2=2.309$	F=2.159
<b>p</b>		p=0.341	p=0.348	p=0.754	p=0.876	p=0.257	p=0.688	p=0.078
<b>Kendi ifadelerine göre diyabet tedavisine uyum durumu</b>								
İyi <sup>(1)</sup>	9	26.88±6.10	3.00 (2.00-4.00)	4.50 (3.30-5.00)	3.70 (3.10-4.40)	2.20 (1.30-3.30)	4.10 (3.50-4.70)	3.46±0.17
Orta <sup>(2)</sup>	80	23.79±6.19	3.00 (1.80-4.00)	4.00 (2.00-5.00)	4.00 (2.30-5.00)	2.10 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.19
Kötü <sup>(3)</sup>	26	18.36±5.77	3.30 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.90 (2.00-4.70)	2.60 (1.00-4.00)	3.90 (3.30-4.50)	3.43±0.18
<b>Test</b>		F=9.467	$\chi^2=1.234$	$\chi^2=2.757$	$\chi^2=2.583$	$\chi^2=2.469$	$\chi^2=2.050$	F=0.118
<b>p</b>		<b>p=0.000</b>	p=0.539	p=0.252	p=0.275	p=0.291	p=0.359	p=0.889
<b>Fark</b>		<b>(1,2-3)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Kan Şekeri izlemi Yapma Durumu</b>								
Yapan	102	22.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.85±0.55	2.20 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.18
Yapmayan	13	23.00 (10.00-34.00)	3.50 (1.80-4.30)	4.00 (2.70-5.00)	3.98±0.76	2.20 (1.70-4.10)	4.00 (3.20-5.00)	3.54±0.20
<b>Test</b>		Z= -0.707	Z=-1.297	Z=-0.754	t= -0.799	Z=-0.889	Z=-0.027	t=-2.123
<b>p</b>		p=0.479	p=0.195	p=0.451	p=0.426	p=0.374	p=0.979	<b>p=0.036</b>
<b>Egzersiz yapma durumu</b>								
Yapan	24	27.00 (13.00-36.00)	3.00 (1.80-4.00)	4.30 (2.00-5.00)	4.00(2.90-5.00)	1.90 (1.00-4.00)	4.10 (2.80-5.00)	3.46±0.19
Yapmayan	76	20.50 (10.00-36.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.90 (2.00-5.00)	2.40 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.19
Ara sıra yapan	15	26.00 (17.00-35.00)	3.00 (2.00-4.00)	4.30 (3.70-5.00)	4.00 (3.10-4.40)	2.20 (1.30-3.60)	3.90 (3.40-4.60)	3.40±0.15
<b>Test</b>		$\chi^2=14.983$	$\chi^2=1.450$	$\chi^2=0.247$	$\chi^2=2.646$	$\chi^2=5.835$	$\chi^2=3.324$	F=0.405
<b>p</b>		<b>p=0.001</b>	p=0.484	p=0.884	p=0.266	p=0.054	p=0.190	p=0.668
<b>Fark</b>		<b>(1,3-2)</b>	-	-	-	-	-	-

$\chi^2$ : Kruskal-Wallis testi, **Z**: Mann Whitney U testi, **t**: Bağımsız Örneklerde t testi, **F**: ANOVA testi

**Tablo 4.6.** Hastaların hastalık özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı (Devamı)

Değişken (N=115)	n	Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)	TOPLAM X±SS Median (Min-Max)
			Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)			
<b>Diyete uyum durumu</b>									
İyi	4	22.00(15.00-28.00)	2.62(2.50-3.25)	4.66(4.33-5.00)	4.07±0.58	1.66(1.00-2.11)	4.42±0.47	3.40±0.12	
Orta	75	24.00 (12.00-36.00)	3.00 (1.75-4.00)	4.00 (1.33-5.00)	3.88±0.54	2.22 (1.00-4.00)	4.00±0.50	3.43±0.19	
Kötü	36	18.50 (10.00-34.00)	3.25 (1.75-4.50)	4.00 (2.67-5.00)	3.81±0.67	2.55 (1.00-4.11)	3.93±0.49	3.47±0.19	
<b>Test</b>		$\chi^2=8.541$	$\chi^2=2.156$	$\chi^2=2.687$	F= 0.417	$\chi^2=5.664$	F=1.724	F=0.480	
<b>p</b>		<b>p=0.014</b>	p=0.340	p=0.261	p=0.660	p=0.059	p=0.183	p=0.620	
<b>Son bir yılda diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumu</b>									
Yatan	39	18.0 (10.0-31.0)	3.0 (1.8-4.5)	4.3 (1.3-5.0)	3.9 (2.3-5.0)	2.6 (1.0-4.0)	3.9 (2.8-5.0)	3.43±0.18	
Yatmayan	76	25.0 (11.0-36.0)	3.0 (1.8-4.3)	4.0 (2.0-5.0)	4.0 (2.0-5.0)	2.1 (1.0-4.1)	4.0 (2.8-5.0)	3.45±0.19	
<b>Test</b>		Z=-4.079	Z=-0.110	Z=-0.329	Z=-1.713	Z=-1.583	Z=-1.325	t=-0.428	
<b>p</b>		<b>p=0.000</b>	p=0.912	p=0.742	p=0.087	p=0.113	p=0.185	p=0.669	
<b>Diyabet ile ilgili bilgi alma durumu</b>									
Alan	108	22.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.75-4.50)	4.00 (1.33-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.22 (1.00-4.11)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.18	
Almayan	7	20.00 (10.00-34.00)	3.25 (1.75-3.75)	4.33 (3.33-5.00)	3.85 (2.57-4.43)	2.55 (1.67-3.89)	4.00 (3.00-4.70)	3.40±0.23	
<b>Test</b>		Z=-0.808	Z=-0.443	Z=-0.049	Z=-0.701	Z=-0.744	Z=-0.400	t= 0.508	
<b>p</b>		p=0.419	p=0.658	p=0.961	p=0.483	p=0.457	p= 0.689	p=0.612	
<b>Diyabetle ilgili bilgi gereksinimi olma durumu</b>									
Bilgi gereksinimi olan	20	17.50 (10.00-36.00)	3.40 (1.80-4.00)	4.30 (3.30-5.00)	3.90 (2.60-5.00)	2.60 (1.30-4.00)	3.90 (2.80-4.60)	3.46±0.18	
Bilgi gereksinimi olmayan	95	23.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.19	
<b>Test</b>		Z=-1.998	Z=-0.417	Z=-1.632	Z=-0.780	Z=-1.327	Z=-1.506	t=0.501	
<b>p</b>		<b>p=0.046</b>	p=0.677	p=0.103	p=0.435	p=0.184	p=0.132	p=0.618	

$\chi^2$ : Kruskal-Wallis testi, **Z**: Mann Whitney U testi, **t**: Bağımsız Örneklerde t testi, **F**: ANOVA testi

**Tablo 4.6.** Hastaların hastalık özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı (Devamı)

Değişken (N=115)	n	Hastalığı Kabul Ölçeği X±SS Median (Min-Max)	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler X±SS Median (Min-Max)	TOPLAM X±SS Median (Min-Max)
			Algılanan Duyarlılık X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Ciddiyet X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Yararlar X±SS Median (Min-Max)	Algılanan Engeller X±SS Median (Min-Max)			
<b>Diyabet dışında kronik hastalık varlığı</b>									
Var	71	21.00 (12.00-36.00)	3.00 (2.00-4.50)	4.30 (3.30-5.00)	3.82±0.55	2.60 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.18	
Yok	44	26.00 (10.00-36.00)	3.30 (1.80-4.30)	4.00 (1.30-5.00)	3.93±0.62	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.44±0.19	
<b>Test</b>		Z=-2.524	Z=-0.192	Z=-1.371	t=-0.984	Z=-0.810	Z=-1.224	t=0.257	
<b>p</b>		<b>p=0.012</b>	p=0.848	p=0.170	p=0.327	p=0.418	p=0.221	p=0.798	
<b>Ailede diyabet tanısı olan başka birey varlığı</b>									
Var	52	23.50 (13.00-36.00)	3.00 (1.75-4.00)	4.33 (2.00-5.00)	3.90±0.60	2.00 (1.00-4.00)	4.00 (2.80-5.00)	3.43±0.18	
Yok	63	22.00 (10.00-36.00)	3.00 (1.75-4.50)	4.00 (1.33-5.00)	3.83±0.56	2.55 (1.00-4.11)	3.90 (2.80-5.00)	3.44±0.18	
<b>Test</b>		Z= -1.170	Z= -0.315	Z=-1.608	t=0.658	Z=-2.241	Z=-1.997	t= -0.239	
<b>p</b>		p=0.242	p=0.753	p=0.108	p=0.512	<b>p=0.025</b>	<b>p=0.046</b>	p=0.812	
<b>Diyabetik ayak süresi</b>									
15 gün ve altı <sup>(1)</sup>	40	28.00 (13.00-36.00)	3.00 (1.80-4.30)	4.00 (1.30-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.00 (1.00-4.10)	4.10 (2.80-5.00)	3.46±0.20	
16-30 gün <sup>(2)</sup>	24	22.50 (11.00-32.00)	3.40 (2.50-4.00)	4.50 (3.30-5.00)	4.00 (3.10-5.00)	2.00 (1.40-3.90)	4.00 (3.60-4.70)	3.51±0.18	
1 ay üzeri <sup>(3)</sup>	51	18.50 (10.00-34.00)	3.00 (1.80-4.50)	4.30 (3.30-5.00)	3.80 (2.30-5.00)	2.60 (1.00-4.00)	3.90 (2.80-5.00)	3.41±0.18	
<b>Test</b>		$\chi^2=20.084$	$\chi^2=3.055$	$\chi^2=3.410$	$\chi^2=10.042$	$\chi^2=8.953$	$\chi^2=8.722$	F=2.265	
<b>p</b>		<b>p=0.000</b>	p=0.217	p=0.182	<b>p=0.007</b>	<b>p=0.011</b>	<b>p=0.013</b>	p=0.109	
<b>Fark</b>		(1-3)	-	-	(1,2-3)	(1,2-3)	(1-3)	-	
<b>Daha önce ayakta yara gelişme durumu</b>									
Gelişen	59	20.00 (11.00-34.00)	3.00 (2.00-4.50)	4.00 (2.70-5.00)	3.75±0.62	2.60 (1.00-4.10)	3.90 (2.80-5.00)	3.42±0.17	
Gelişmeyen	56	28.00 (10.00-36.00)	3.00 (1.80-4.00)	4.00 (1.30-5.00)	3.98±0.51	2.10 (1.00-3.90)	4.00 (3.00-5.00)	3.47±0.20	
<b>Test</b>		Z=-4.743	Z=-0.494	Z=-0.099	t=-2.236	Z=-1.480	Z=-2.292	t=-1.588	
<b>p</b>		<b>p=0.000</b>	p=0.621	p=0.921	<b>p=0.027</b>	p=0.139	<b>p=0.022</b>	p=0.115	
<b>Diyabetik ayak ile ilgili bilgi alma durumu</b>									
Alan	99	22.00 (11.00-36.00)	3.00 (1.80-4.30)	4.00 (2.00-5.00)	4.00 (2.00-5.00)	2.10 (1.00-4.10)	4.00 (2.80-5.00)	3.45±0.18	
Almayan	16	24.00 (10.00-34.00)	3.10 (2.00-4.50)	4.00 (1.30-5.00)	3.50 (2.30-4.40)	2.80 (1.30-3.90)	3.80 (3.00-4.60)	3.40±0.19	
<b>Test</b>		Z=-0.085	Z=-0.624	Z=-1.850	Z=-2.836	Z=-2.348	Z=-1.763	t=0.975	
<b>p</b>		p=0.932	p=0.533	p=0.064	<b>p=0.005</b>	<b>p=0.019</b>	p=0.078	p=0.332	

$\chi^2$ : Kruskal-Wallis testi, Z: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız Örneklerde t testi, F: ANOVA testi



Hastaların hastalık özelliklerine göre hastalığı kabul ölçeği ve sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Diyabet tedavisine uyumunu kötü olarak ifade eden hastaların HKÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Egzersiz yapan hastaların HKÖ toplam puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Diyabet diyetine uyumunu orta olarak belirten hastaların HKÖ toplam puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Son bir yılda diyabet nedeniyle hastaneye yatmayanların, diyabet ile ilgili bilgi gereksinimi olmadığını ifade edenlerin, diyabet dışında kronik hastalığı olmayanların HKÖ toplam puan ortancalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Diyabetik ayak süresi 15 gün ve altında olanların, daha önce ayağında yara gelişmeyenlerin HKÖ toplam puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Düzenli kan şekeri izlemi yapmayan hastaların sağlık inanç modeli ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Ailesinde diyabet tanısı olan başka birey bulunan hastaların sağlık inanç modeli ölçeğinin algılanan engeller toplam puan ortancasının daha düşük, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Diyabetik ayak süresi bir ay ve üzerinde olan hastaların algılanan yararlar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancasının daha düşük, algılanan engelleri alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Daha önce ayağında yara gelişmeyen hastaların algılanan yararlar toplam puan ortalamasının, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler toplam puan ortancasının daha yüksek

olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Diyabetik ayak ile ilgili bilgi alan hastaların algılanan yararlar toplam puan ortancasının daha yüksek, algılanan engeller toplam puan ortancasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Hastaların hastalığı kabul ölçeği ile sağlık inanç modeli ölçeği puanları arasındaki ilişki

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Hastalığı Kabul Ölçeği	
	r	p
Algılanan Duyarlılık	0.075	0.427
Algılanan Ciddiyet	-0.169	0.072
Algılanan Yararlar	0.152	0.105
Algılanan Engeller	-0.220	<b>0.018</b>
Sağlıkla İlgili Önerilen Aktiviteler	0.241	<b>0.009</b>
<b>Sağlık İnanç Modeli Toplam Puanı</b>	0.021	0.827

\*Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.7 de hastaların hastalığı kabul ölçeği ile sağlık inanç modeli ölçeği puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Sağlık inanç modeli ölçeği algılanan engeller alt boyutu ile HKÖ arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Sağlık inanç modeli ölçeği sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu ile HKÖ arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. Tartışma

Diyabetik ayağı olan hastaların hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular;

- Diyabetik ayağı olan hastaların hastalığı kabul düzeyi
- Diyabetik ayağı olan hastaların sağlık inançları
- Diyabetik ayağı olan hastaların hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumları ile hastalığı kabul arasındaki ilişki olmak üzere üç başlık üç başlık altında tartışılmıştır.

#### 5.1.1. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığı Kabul Düzeyi

Kronik hastalıklarda hastalığın kabul edilmesi, hastalığın hastanın yaşamına getireceği kısıtlamalar, komplikasyonlar ve stresle baş edilebilmesinde önemli bir etkidir [72]. Çalışmamızda diyabetik ayağı olan bireylerin HKÖ toplam puan ortalamasının  $22.79 \pm 6.72$  olduğu saptanmıştır. Hastalığı kabul puanı yükseldikçe hastalığı kabul düzeyi de doğru orantılı olarak arttığından çalışmamızdaki hastaların hastalıklarını orta düzeyin üzerinde kabul ettiklerini söyleyebiliriz. Şireci ve Karabulutlu, tip 2 diyabetlilerle yaptıkları çalışmada HKÖ puanını  $27.82 \pm 5.70$  olarak, Gerçek ise yine tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada HKÖ puanını  $19.52 \pm 7.47$  olarak saptamıştır [32,75]. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, Uchmanowicz ve çalışma arkadaşlarının KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada HKÖ puanını  $20.60 \pm 7.62$  ve Van Damme-Ostapowicz ve arkadaşlarının sıtmal hastalarla yaptığı çalışmada ise HKÖ puanı  $12.0 \pm 4.0$  olarak saptanmıştır [76-77]. Çalışmalardaki farklı ortalamaların, çalışmalara katılan hasta popülasyonlarının sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda 51-60 yaş aralığında HKÖ puanı ileri yaşlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu yaş aralığındaki hastalar hastalıklarını daha iyi kabul ederken özellikle 70 yaş ve sonrasında HKÖ puanı oldukça düşmüştür. Mustafova'nın 65 yaş üstü diyabetik hastalarda yaptığı çalışmada yaş ile HKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir [78]. Bizim çalışmamızda da 61-70 yaş aralığı ile 71 yaş ve

üstü hastalar karşılaştırılınca iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Literatürdeki diğer çalışmalarda da yaş ile hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [75,79-80]. Yaşın ilerlemesi ile bireylerin algı düzeyinde azalma söz konusu olabilir ve farklı/yeni kronik hastalıklara sahip olabilirler, bu durum hastaların hastalıklarını kabulünü negatif yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda lise/üniversite öğrenim düzeyine sahip bireylerin HKÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Gerçek tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada okuryazar olmayan bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin en düşük olduğunu belirlemiştir [75]. Besen'in çalışmasında eğitim düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir [73]. Kurpas ve çalışma arkadaşları çalışmalarında düşük eğitim seviyesine sahip olan hastaların HKÖ puanlarını düşük bulmuşlardır [79]. Ricahrdson ve çalışma arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyinin yükselmesi ile hastalığı kabul düzeyinin arttığı saptanmıştır [81]. Yapılan bazı çalışmalarda ise bizim bulgularımızdan farklı olarak eğitim durumları ile HKÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir [80,82]. Bireylerin öğrenim düzeyleri arttıkça, hastalıkları ile ilgili araştırma yapma ve bilgi edinme düzeylerinin artmış olabileceği ve bu durumun HKÖ puanı üzerine olumlu etki ettiği söylenebilir.

Çalışmamızda çalışan hastaların HKÖ puanı çalışmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Sabone 2008 yılında diyabetli çiftler üzerinde yaptığı çalışmada aktif çalışan diyabetlilerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir [83]. Keogh ve Feehally'nin yaptığı çalışmada çalışma durumu ile hastalığı kabul düzeyi karşılaştırıldığında çalışan grubun hastalığı kabul düzeyinin ev hanımı, emekli ya da çalışmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [84].

Kişinin hastalığı kabul düzeyinin yüksek olması tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine uyumunu kolaylaştırır [85]. Çalışmamızda da bu literatür bilgisini doğrular şekilde tedaviye uyumunu kötü olarak ifade eden bireylerin HKÖ toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Karna-Matyjaszek ve çalışma arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda hastalığını kabul

eden hastaların aldıkları tedavilerden sağladıkları yararın daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir [86].

Kan glukoz düzeyinin kontrol altına alınması için tıbbi tedavinin yanı sıra egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri de gerekmektedir [1]. Çalışmamızda egzersiz yapmayan hastaların HKÖ toplam puan ortancasının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Can ise yaptığı çalışmada egzersiz ile hastalığı kabul arasında anlamlı fark bulamamışken, egzersiz yapma sıklığı arttıkça hastalığı kabul puanının da arttığı sonucuna ulaşmıştır [85]. Mustafova da yaptığı çalışmada bizim bulgularımıza paralel olarak egzersiz yapma durumu ile HKÖ puanı arasında pozitif yönlü ilişki saptamıştır [78].

Hastalığı kabul düzeyi yüksek olan hastaların uygulanan tedavi yöntemlerinden daha fazla fayda sağladıkları bildirilmektedir [86]. Nakahara ve çalışma arkadaşları yaptığı çalışmada diyete uyum ile hastalığı kabul arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptamıştır [87]. Can'ın çalışmasında da diyete uyum arttıkça HKÖ puanının arttığı tespit edilmiştir [85]. Çalışmamızda ise diyabet diyetine uyumunu kötü olarak ifade eden hastaların HKÖ toplam puan ortancasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde diyabet nedeniyle hastaneye yatan hastaların HKÖ toplam puan ortancasının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Kurpas ve çalışma arkadaşlarının çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde daha önce hastaneye yatan hastaların hastalığı kabul düzeyi düşük olarak bulmuştur [79]. Gerçek'in çalışması da daha önce diyabet nedeniyle hastaneye yatan hastaların hastalığı kabul düzeyinin düşük olduğunu bildirmektedir [75]. Hastalığı kabul düzeyi düşük olan hastaların tedaviye uyumlarının kötü olduğu literatür bilgisini göz önüne alırsak bu durumun tekrarlı hastaneye yatışı da beraberinde getiriyor olabileceğinden söz edebiliriz.

Stuifbergen ve çalışma arkadaşları bireylerin uygun sağlık davranışı göstermeleri için hastalığı kabul etmelerini, bunun da davranış değişikliği ve motivasyonla olacağını belirtmişlerdir [88]. Çalışmamızda diyabetle ilgili bilgi gereksinimi olduğunu ifade eden hastaların HKÖ toplam puan ortancasının daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgumuzun aksine Besen'in [73] ve Özden'in [89] çalışmalarında diyabet ile ilgili bilgi alma ve hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgularımıza dayanarak

bireylerin bilgi gereksinimi arttıkça hastalığa uyum sağlamada zorlandıklarını söyleyebiliriz. Hastalıkla ilgili yeterli bilgisi olmayan bireyler olumlu sağlık davranışı geliştirmede zorlanıyor ve hastalıkla baş etmede yetersiz kalıyor olabilir. Bu durum da bireylerin hastalığı kabul etme puanını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda diyabet dışında başka kronik hastalığı olan hastaların HKÖ toplam puan ortancasının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Özden de tip 2 diyabet hastalarıyla yaptığı çalışmada başka bir kronik hastalığa sahip hastaların hastalığı kabul düzeylerinin düşük olduğunu saptamıştır [89]. Literatürdeki diğer çalışmalar da çalışma bulgumuzu destekler şekilde, ek kronik hastalık varlığının hastalığı kabul düzeyini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir [73,90]. Birden fazla kronik hastalığa sahip olmanın hastalık yükünü artırarak, hastalığa uyumu ve hastalığı kabulü zorlaştırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda daha önce ayağında yara gelişen, hastaların ayağında yara gelişmeyen hastalara göre hastalığı kabulünün daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum ayağında daha önce yara gelişen hastaların tedavi ve iyileşme süreçlerindeki deneyimlerinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde çalışmamızın bu bulgusunu karşılaştırabileceğimiz benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **5.1.2. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlık İnançları**

Bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını SİM ile açıklamak mümkündür. Diyabet yönetiminde bireyin sağlığına verdiği değer, hastalık ve sağlık inançlarından etkilendiği bilinmektedir [18]. Çalışmamızda hastaların SİM ölçeği puan ortalaması negatif/olumsuz olarak bulunmuştur. SİM ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarından sadece algılanan ciddiyet alt boyut toplam puan ortalamasının pozitif, diğer alt boyut ve toplam puan ortalamalarının negatif olduğu saptanmıştır. Taşkaya [91] ve Şermet [92] diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada algılanan ciddiyet puanını pozitif bulurken, engel algısını negatif bulmuştur. Yandım diyabetik ayağı olan hastalarla yaptığı çalışmada ise algılanan engel puanının diyabetik ayağı olmayanlarla benzerlik gösterdiğini ve engel algısı puanının pozitif olduğunu tespit etmiştir [93]. Çalışmamızla benzer şekilde Kartal, çoğunluğunu 50 yaş ve üzeri diyabetli hastaların oluşturduğu girişimsel çalışmasında eğitim öncesinde hastaların diyabete ilişkin sağlık inançlarının negatif düzeyde ( $3.58 \pm 0.47$ ) olduğunu saptamıştır [94]. Yandım ise çoğunluğunu 40 yaş

ve üzeri bireylerin oluşturduğu çalışmada diyabetik ayağı olan ( $3.47\pm 0.30$ ) ve olmayan ( $3.57\pm 0.27$ ) her iki hasta grubunda da sağlık inançlarının negatif düzeyde olduğunu belirtmiştir [93]. Şermet tarafından yapılan çalışmada diyabetli yaşlıların SİM ölçeği puan ortalamaları ( $3.99\pm 0.33$ ) negatif düzeyde bulunmuştur [92]. Bizim bulgularımızın aksine Savsar diyabetik ayağı olan yaşlı bireylerde yaptığı çalışmada SİM ölçeği puan ortalamasını yüksek ( $4.18\pm 0.510$ ) bulmuştur [95]. Yağcı tarafından tip 2 diyabetli hastaların sağlık inancı, hastalık tutumları ve metabolik kontrolünü belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da hastaların pozitif/olumlu sağlık inancına sahip olduğu tespit edilmiştir [96]. Literatürde pozitif/olumlu sonuçlar bulan farklı çalışmalar da vardır [97,98]. Diyabetin kronik bir hastalık olduğu göz önüne alınacak olursa bu hastalarda olumlu sağlık davranışı geliştirmenin önemli olduğunu ve diyabete karşı negatif tutumu olan hastaların bu tutumunu değiştirmede uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasının gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda SİM ölçeği alt grupları ayrı ayrı değerlendirilince sadece algılanan ciddiyet alt grubunun puan ortalaması pozitif/olumlu ( $4.23\pm 0.63$ ) yönde olduğu bulunmuştur. Diyabetin ciddi bir hastalık olduğu algısı hakim olmuşken diğer alt grupların düşük puanlarda olması ilginçtir. Çalışmamızda hastaların önemli çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili eğitim almış olmaları, algılanan ciddiyet alt grubunun pozitif/olumlu olmasının sebebi olabilir.

Sağlık inanç modelinde, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi sosyo-demografik özellikler, sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde rolü olan sağlık inançları (duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı) için değiştirici faktörler olarak açıklanmaktadır [99]. Literatürde bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri ile diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır [73,93,100]. Çalışmamızda ise cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve sosyal güvenceye ilişkin veriler ile SİM ölçeği puanları karşılaştırıldığında genel puan ortalamalarında gruplar arasında fark bulunamamıştır. Eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve yaşanılan yer gibi değişkenler ile SİM ölçeği alt grupları arasında ise anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin öğrenim düzeylerinin artması ile birlikte sağlık davranışlarının da olumlu yönde etkilenmesi, öğrenim düzeyi artan bireyin hastalığı ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olması ile açıklanmıştır [73]. Literatürde Yandım [93], Tan [74] ve Kartal'ın [94] çalışmalarında öğrenim düzeyi ile diyabetli hastaların sağlık inançları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda öğrenim durumu ile algılanan yararlar, algılanan engeller, önerilen aktiviteler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Savsar'ın çalışmasında da öğrenim durumu ile algılanan yararlar, algılanan engeller, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir [95]. Pourghazneina ve çalışma arkadaşlarının, diyabetli hastalarda sağlık inancı ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada hastaların eğitim seviyesi düştükçe SİM ölçeğinin algılanan duyarlılık dışındaki diğer alt boyut puan ortalamalarının düştüğü bulunmuştur [101]. Tan tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça hastaların sağlık inançlarının da azaldığını, eğitim seviyesi düşük olan hastalarda ölçeğin algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamalarının da düşük olduğunu bildirmiştir [74]. Şermet tarafından yapılan çalışmada ise öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların diyabetle ilgili duyarlılıklarının arttığı, eğitim düzeyi arttıkça engel algısının azaldığı, diyabete yönelik sağlık davranışlarına ilişkin inançlarının ise olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir [92]. Kartal diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada ilkökul mezunu bireylerin SİM ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğunu ve diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastaların eğitim düzeylerinin de düşük olduğunu tespit etmiştir [94]. Arısoy ise yaşlı diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyleri azaldıkça sağlık inançlarının, hastalıkla ilgili duyarlılık ve ciddiyet algılarının anlamlı oranda azaldığını saptamıştır [102]. Bulgumuzdan farklı olarak Ratanasuwan ve çalışma arkadaşlarının diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada hastaların eğitim seviyelerinin sağlık inancı üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur [103]. Öğrenim düzeyinin artmasıyla bireylerin hastalıklarına ve tedavilerine yönelik bilgi edinme çabalarının artmış olabileceği bunun da yarar ve sağlıkla ilgili aktiviteler puanını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda algılanan yararlar alt boyut toplam puan ortancasının çalışan hastalarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu



belirlenmiştir. Şermet tarafından yapılan çalışmada ise çalıştığını ifade eden bireylerin SİM ölçeği toplam puan ve algılanan duyarlılık dışındaki alt boyut puan ortalamaları çalışmadığını ifade eden bireylere göre yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır [92].

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan hastaların algılanan ciddiyet ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancaları daha yüksek, algılanan engeller puan ortancası ise daha düşük belirlenmiş olup grup arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Algılanan yararlar alt boyutunda ise kasabada yaşayan bireyler anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Savsar yaptığı çalışmada köy/kasabada yaşayan hastaların SİM ölçeği algılanan engeller alt boyut puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulmuştur [95]. Arısoy [102] ve Yandım [93] tarafından yapılan çalışmalarda ise hastaların yaşadığı yer ile SİM ölçeği arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda düzenli kan şekeri izlemi yapmayanların SİM ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, aradaki fark ise anlamlıdır. Arısoy'un 2013 yılında yaptığı çalışmada çalışma bulgumuzdan farklı olarak düzenli kan şekeri ölçümü yapan hastaların sağlık inancı toplam puanı yüksek bulunmuştur [102]. Yandım diyabetik ayağı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, kan şekerini düzenli ölçen hastaların algılanan yararlar dışındaki diğer tüm alt boyutların puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur [93]. Savsar ise çalışmasında kan şekerini düzenli takip eden hastaların, düzenli takip etmeyen hastalara göre sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutlarında puan ortalamalarını yüksek bulmuştur [95].

Çalışmamızda daha önce ayağında yara gelişmeyen hastaların algılanan yararlar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diyabetik ayak komplikasyonunun tekrarlanması hastanın umutsuzluk duygusunun artmasına, tedaviye olan inancının azalmasına buna bağlı olarak da sağlık inancının düşmesine yol açmış olabilir.

Tessaro yaptığı çalışma sonucunda ailesinde diyabetli birey bulunmayan hastaların diyabeti tehdit olarak algılamadıkları sonucuna varmıştır [104]. Şermet çalışmasında soy geçmişinde diyabet bulunan bireylerin, ailesinde diyabetli birey bulunmayanlara göre sadece algılanan ciddiyet algısı dışındaki tüm puan ortalamalarını yüksek bulmuştur [92]. Çalışmamızda ailede diyabet tanısı olan başka birey bulunanların

algılanan engeller alt boyut puan ortancasının daha düşük, sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancasının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ailesinde diyabetli birey olanlarda sağlık inanç modelinin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt grup puanının yüksek olması bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda diyabetik ayak süresi bir ay ve üzerinde olan hastaların algılanan yararlar ve sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puan ortancasının daha düşük, algılanan engeller alt boyut puan ortancasının ise daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tan diyabetli bireylerle yaptığı çalışmasında algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engeller puanları ile diyabete bağlı komplikasyonları önleme davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamıştır [74]. Diyabetik ayak yarasının uzun sürmesi çalışmamızdaki hastaların, tedaviye ve sağlık davranışlarına olan inançlarını olumsuz etkilemiş ve buna bağlı olarak da engel algısı puanlarını artırmış olabilir.

Çalışmamızda diyabetik ayak ile ilgili bilgi alan hastaların algılanan yararlar alt boyut puan ortancasının daha düşük, algılanan engel alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde diyabeti olan bireylere verilen eğitimlerin engel algısını düşürdüğü sonucuna varılmıştır [94, 105-106]

### **5.1.3. Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Sağlık İnançları ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Çalışmamızda SİM ölçeğinin sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyut puanı ile HKÖ puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucumuza göre bireylerin hastalığı kabul düzeyleri arttıkça, hastalığın yönetimi ve komplikasyonların oluşmasını engellemeye yönelik davranışların yararına olan inancının arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda SİM ölçeği algılanan engeller alt boyut puanı ile HKÖ puanı arasında da negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. SİM’de algılanan engeller bireyin tavsiye edilen sağlık davranışlarını gerçekleştirmesini

etkilemektedir [62]. Bireyin engel algısı yüksekse önerilen sağlık davranışlarını gerçekleştirme olasılığı daha düşük olacaktır [71]. Çalışma sonucumuzda bireylerin hastalığı kabul düzeyleri artıkça, sağlık davranışlarını gerçekleştirmeye yönelik engel algılarının azaldığı belirlenmiştir.

Literatürde çalışma bulgularımızı karşılaştırabileceğimiz herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **Çalışma Sonucunda;**

- Diyabetik ayağı olan hastaların hastalığı kabul puan ortalamasının  $22.79 \pm 6.72$  olduğu,
- Diyabetik ayağı olan hastaların diyabete yönelik sağlık inançlarını negatif algıladıkları,
- Sağlık inanç modeli ölçeği sağlıkla ilgili önerilen aktiviteler alt boyutu ile HKÖ arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu,
- Sağlık inanç modeli ölçeği algılanan engeller alt boyutu ile HKÖ arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

### **Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- Diyabetik ayağı olan hastaların belirli aralıklarla hastalığa yönelik sağlık inançlarının değerlendirilerek olumsuz sağlık inançlarının belirlenmesi ve bunların olumlu hale getirilmesi için düzenli eğitimler planlanması,
- Diyabetik ayağı olan hastaların düzenli aralıklarla hastalığı kabul düzeylerinin değerlendirilerek, hastalığı kabul düzeyini arttıracak uygun girişimlerin planlanması,
- Hastalara bakım verilirken, hastaların hastalık ve sağlık inançları ile hastalığı kabul düzeylerini etkileyen sosyo-demografik özellikler ile hastalığa ilişkin özelliklerin göz önünde bulundurularak bakım verilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Internet:International Diabetes Fedaration “2017 Diabetes Atlas Eighth Edition”, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html> Erişim Tarihi: 23.06.2019
2. Demirtaş, A., Akbayrak, N., “Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve uyum kriterlerinin belirlenmesi”, *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 1, 10-18, 2003.
3. Yılmaz, C., “Türkiye’de geçmişten günümüze diyabet ve diyabet eğitimi yolculuğu” *Türk Diyabet Yıllığı*, 2018-2019, 33-46, 2019.
4. Terkeş, N., Çelik, F., Bektaş, H., “ Tip 2 diyabetli bireylerde tai chi egzersizinin diyabet yönetimine etkisi: sistematik derleme”, *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemflirelik Forumu Dergisi*, 9(2), 1-6, 2017.
5. Hingorani, A., LaMuraglia, G. M., Henke, P., Meissner, M. H., Loretz, L., Zinszer, M. K., Driver, V. R., Frykberg, R., Carman, T. L., MD, Marston, W., Mills Sr, J. L., Murad, M. H., “ The management of diabetic foot: a clinical practice guideline by the society for vascular surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the society for vascular medicine”, *Journal of Vascular Surgery*, 63(2), 3-21, 2016.
6. Satman, İ., “Türkiye diyabet prevalans çalışmaları TURDEP-I ve TURDEP-II”, *47. Ulusal Diyabet Kongresi*, Antalya, 2011.
7. Bayraktar, M., “Ulusal hastalık yükünde diyabetin önemi ‘’, *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, Sonuçları ve Çözüm Önerileri*, s. 8, Ankara, 2017.
8. Erkoç, Y., Yardım, N., “ Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları” *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı*, s. 62-65, Ankara, 2011.
9. Türkiye Diyabet Vakfı, “Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2017”, *TDV 2017, İstanbul*, s.14, 2017.
10. Şahin, M., “Diyabetik ayak”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 82-86, 2015.

11. Aalaa, M., Malazy, O. T., Sanjari, M., Peimani, M., Mohajeri Tehrani, M. R., ‘‘Nurses’ role in diabetic foot prevention and care; a review’’, *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11(24), 1-6, 2012.
12. Saltoğlu, N., Kılıçoğlu, Ö., Baktıroğlu, S., Oşar Şiva, Z., Aktaş, Ş., Altındaş, M., Arslan, C., Aslan, T., Çelik, S., Engin, A., Eraksoy, H., Ergönül, Ö., Ertuğrul, B., Güler, S., Kadanalı, A., Mülazımoğul, L., Olgun, N., Öncül, O., Öznur, A., Satman, İ., Şencan, İ., Tanrıöver, Ö., Turhan, Ö., Tuygun, A. K., Tüzün, H., Yastı, A. Ç., Yılmaz, T., ‘‘Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: Ulusal Uzlaşı Raporu’’, *Kimlik Dergisi*, 28(1), 2-34, 2015.
13. Akçay, S., Satoğlu, İ. S., Harman, E., Kurtulmuş, A., Kazımoğlu, C., ‘‘Diyabetik ayak ülserli hastalarda amputasyon oranı ve eşlik eden komorbiditelerin retrospektif analizi’’, *Medicine Science*, 1(4), 331-340, 2012.
14. Arıkan, Y., Kuzgun, Ü., Sever, C., Armağan, R., ‘‘Diyabetik ayak yarası olan hastalara multidisipliner yaklaşımda ortopedinin yeri’’, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 106-112, 2010.
15. Demir, T., Akıncı, B., Yeşil, S., ‘‘Diyabetik ayak ülserinin tanı ve tedavisi’’, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1), 63-70, 2007.
16. Neville, R. F., Kayssi, A., Buescher, T., Stempel, M. S., ‘‘The diabetic foot’’, *Current Problems in Surgery*, 53, 408-437, 2016.
17. Çenesiz, E., Atak N., ‘‘Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi’’, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-434, 2007.
18. Gözüm, S., Çapık, C., ‘‘Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli’’, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237, 2014.
19. Büyükkaya Besen, D., Esen, A., ‘‘Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması’’, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 155-164, 2011.

20. Baykal, A., Kapucu, S., ‘‘Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi’’, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 44-58, 2015.
21. Özdemir, Ü., Taşçı, S., ‘‘Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım’’, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72, 2013.
22. Tüten Kaymaz, T., Akdemir, N., ‘‘Diyabetli bireyde hastalığa psikososyal uyum’’, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 61-67, 2016.
23. Türkiye Diyabet Vakfı, ‘‘Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2013’’, *TDV, İstanbul*, s. 17, 2013.
24. Satman, İ., ‘‘Diyabet sağlık hizmetleri açısından hızla büyüyen bir sorun’’, *Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu*, s. 8, Türkiye, 2013.
25. Guyton, A. C., ‘‘ Medical Physiology’’, Hayrunissa Çavuşoğlu, *Yüce Yayınları ve Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, s. 884-896, 2001.
26. Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, ‘‘Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2016’’, *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, s.15, 2016.
27. Bozkuş, Y., ‘‘Diyabetin etiyolojisi ve tip 2 diabetes mellitusun patofizyolojisi’’, *Sağlık Afiyet Dergisi*, 1(1), 65-73, 2015.
28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ‘‘Türkiye Diyabet Programı 2015-2020’’, *T.C. Sağlık Bakanlığı 816*, Ankara, s.9-10, 2014.
29. Çubuk, G., İnce, S., ‘‘Oral antidiyabetik ilaçlar’’, *Kocatepe Veteriner Dergisi*, 8(1), 9-102, 2015.
30. Turan, E., Kulaksızoğlu, M., ‘‘Tip 2 diyabet tedavisinde güncel yaklaşımlar’’, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(ek sayı), 86-94, 2015.
31. Büyükkaragöz, A., ‘‘Diyabet egzersiz ve beslenme’’, *Sağlık Afiyet Dergisi*, 2015.
32. Şireci, E., Yılmaz Karabulut, E., ‘‘ Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin

- belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55, 2017.
33. Demirtaş, A., Akbayrak, N., “Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi.”, *Anatolian Journal Of Clinical Investigation* 3(1), 10-18, 2009.
34. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “ Türkiye Diyabet Programı 2015-2020” s.13-24, Ankara, 2014.
35. Tüzün, D., “Diyabetes mellitusun akut komplikasyonları”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 32-36, 2015.
36. Andrade Castellanos, C. A., Colunga Lozano, L. E., Delgado Figueroa N., Gonzalez Padilla, D. A., “ Subcutaneous rapid-acting insulin analogues for diabetic ketoacidosis”, *The Cochrane Collaboration*, 1, 1-73, 2016.
37. Satman, İ., İmamoğlu, Ş., Yılmaz, C., Akalın, S., Salman, S., “ Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu-2013”, *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, s. 41, Ankara, 2013.
38. Kurt, M., Atmaca, A., Gürlek, A., “Diyabetik nefropati”, *Hacettepe Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(1), 12-17, 2004.
39. Çelik, S., Olgun, N., “Yoğun bakımda hipoglisemi ve hiperglisemi”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 57-64, 2016.
40. Terzi, M., Cengiz, N., Onar, M. K., “Diyabetik nöropati”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 21(1), s.39-49, 2004.
41. Mallik, S., Kallis, C., Lunn, M. P. T., Smith, A. G., “ Gangliosides for the treatment of diabetic peripheral neuropathy”, *The Cochrane Collaboration*, 3, 1-10, 2014.
42. Chen, W., Zhang, Y., Li, X., Yang, G., Liu, J. P., “Chinese herbal medicine for diabetic peripheral neuropathy”, *The Cochrane Collaboration*, 10, 1-107, 2013.
43. Kanatlı, U., “Diyabetik ayak enfeksiyonları” *TOTBİD Dergisi*, 10(4), 296-305, 2011.

44. Atasoy, A., Atay, A., Ahabab, S., Hanedar, M., Yengün, M., ‘‘Diyabetik nefropatiye genel bir bakış’’, *Haseki Tıp Bülteni*, 53(1), 16-19, 2015.
45. Aydın, K., Gürlek, A., ‘‘Diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarında biyobelirteçlerin yeri’’, *İç Hastalıkları Dergisi*, 20(2), 65-72, 2013.
46. Kalkan, Ö. F., Karakeçili, F., Kalkan, A., ‘‘Diyabetik ayağın fizyopatolojisinde diyabetik ayak enfeksiyonları’’, *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 8(3), 18-24, 2015.
47. Genç, F. A., ‘‘Diyabetik ayakta cerrahi yaklaşım’’, *ANKEM Dergisi*, 25(Ek2), s.247-249, 2011.
48. Santema, T. B., Poyck, P. P. C., Ubbink, D. T., ‘‘ Skin grafting and tissue replacement for treating foot ulcers in people with diabetes’’, *The Cochrane Collaboration*, 2, 1-73, 2016.
49. Aydoğan, Ü., Akbulut, H., Doğaner, Y. Ç., ‘‘Diyabetik ayak’’, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 375-382, 2010.
50. Liu, J., Zhang, P., Tian, J., Li, L., Li, J., Tian, J. H., Yang, K., ‘‘ Ozone therapy for treating foot ulcers in people with diabetes’’, *The Cochrane Collaboration*, 10, 1-41, 2015.
51. Türkiye Diyabet Vakfı, ‘‘Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2016’’, *TDV 2016, İstanbul*, s. 102, 2016.
52. Büke, Ç., ‘‘Diyabetik ayakta infeksiyon ve biyofilm’’, *54. Ulusal Diyabet Kongresi*, s.5-6, Antalya, 2018.
53. Wagner, F. W., ‘‘ The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment’’, *Footankle*, 2(2), s.64-122, 1981.
54. Korkmaz, M., Şener, N., Bayram, E., Yılmaz, M., Çetinus, M. E., ‘‘ Diyabetik ayak yaraları ve klinik deneyimimiz’’, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(2), 60-65, 2015.
55. Orhan, B., Bahçecik, N., ‘‘Diyabet ve diyabetik ayak eğitiminde teknoloji-mobil eğitim’’, *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 101-108, 2017.



56. Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Yıldırım, A., “Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi” *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9, 2013.
57. Erkan, C., “Diyabetik ayak yarısında hemşirelik bakımı”, *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakım ve Tedavisi Sempozyumu*, s.95-100, İstanbul, 2008.
58. Birol, L., “Hemşirelik Süreci”, *Etki Yayınları*, s.16-18, İzmir, 2009.
59. Arıkan, Y., Kuzgun, Ü., Sever, C., Armağan, R., “Diyabetik ayak yarası olan hastalara multidisipliner yaklaşımda ortopedinin yeri”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 106-112, 2010.
60. Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., Özkan, S., “Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 192-200, 2007.
61. Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer Y., Ardiç, E., “Sağlık davranışı modelleri”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34, 2015.
62. Gördes Aydoğdu, N., Bahar, Z., “Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 34-40, 2011.
63. Kocaman, N., “Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 101-112, 2008.
64. Avuçan, A., İmrek, M., Karaboğa, I., “Kanserin psikososyal yönleri”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 12(38), 81-91, 2006.
65. Mete, H. E., “Kronik hastalık ve depresyon”, *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18, 2008.
66. Güleç, G., Büyükkınacı, A., “Kanser ve psikiyatrik bozukluklar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367, 2011.
67. Biçer Kanat, B., Yılmaz Özpolat, A. G., “Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı”, *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4), 106-110, 2016.

68. Sanchez, J. R., ‘‘Revisiting elisabeth kubler-ross: pastoral and clinical implications of the death and dying stage model in the caring process’’, *Kálathos*, 1(1), 5-10, 2007.
69. Kartal, A., Özsoy, S., ‘‘ Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients’’, *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1447-1458, 2007.
70. Kızıltaş, Ö., ‘‘ Tip 2 diyabet hastalarında psikolojik belirtilerin incelenmesi’’, *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(3), s.187-194, 2016.
71. Olgun, N., Altun Akdoğan, Z., ‘‘Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamasına etkisi’’, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s.46-57, 2012.
72. Kostyta, M., Tabata, K., Kocur, J., ‘‘İllness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients whit psoriasis’’, *Postepy Dermatologii i Alergologii* 30(3), 134-139, 2013.
73. Büyükkaya Besen, D., ‘‘ Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Doktora Tezi*, s.3-102, İzmir, 2009.
74. Tan, M.Y., ‘‘The relationship of health beliefs and comlication prevention behaviors of chinese individuals with type 2 diabetes mellitus.’’, *Diabetes Research and Clinical Practive*, 66 (1), 71- 77, 2004.
75. Gerçek, A., ‘‘Tip 2 Diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi’’, *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s.31-37, Erzincan, 2017.
76. Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Motowidło, U., Uchmanowicz, B., Chabowski, M., ‘‘Assessment of illness acceptance by patients with copd and the prevalence of depression and anxiety in COPD’’, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(1), 963-970, 2016.
77. Van Damme-Ostapowicz, K., Krajewska-Kułak, E., Nwosu, P.J., Kułak, W., Sobolewski, M., Olszański, R., ‘‘Acceptance of illness and satisfaction with life

- among malaria patients in rivers state, Nigeria.”, *BMC Health Services Research*, 14(1), 202, 2014.
78. Mustafafova, Z., “Yaşlı diyabetli hastalarda diyabet yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek Lisans Tezi*, s.23-36, Ankara, 2015.
79. Kurpas, D. et al., “Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases”, *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187, 114- 117, 2013.
80. Nowicki, A., Krzemkowska, E., Rhone, P., “Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period.”, *Polish Journal of Surgery*, 87(11), 539-550, 2015.
81. Richardson, A., Adner, N., Nordström, G., “Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability”, *J Adv Nurs*, 33, 758-763, 2001.
82. Pouwer, F., Beekman Aartjan, T.F., Lubach C., Snoek, F.J., “Nurses’ recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus”, *Patient Education and Counseling*, 60, 235-240, 2006.
83. Sabone, M. B., “The illness demands of diabetes on couples in Botswana” , *J Fam Nurs*, 14, 363-382, 2008.
84. Keogh, A.M., Feehally, J., “A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy”, *ANNA Journal*, 26(5), 471 -500, 1999.
85. Can, S., “Diyabetli bireylerde hastalığı kabulün diyabet öz bakım davranışlarına etkisi”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*”, *Yüksek Lisans Tezi*, s.70, Bolu, 2017.
86. Karna-Matyjaszek, U., Sierzantowicz, R., Mariak, Z., “Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą.” *Pol Merk Lek*,163, 37, 2010.

87. Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., Kuboki, T., ‘‘Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes’’, *Psychosomatics*, 47, 240–246, 2006.
88. Stuijbergen, A.K., Seraphine, A., Roberts, G., ‘‘An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions.’’ *Nurs Res*, 49, 122-129, 2000.
89. Özden, G., ‘‘ Tip 2 Diyabetes Mellitus’lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s.22, Malatya, 2018.
90. Lickiewicz, B., Zwolińska-Wcisło, M., Lickiewicz, J., Rozpondek, P., Mach, T., ‘‘Significance of the personality features in the illness adaptation process in patients with inflammatory bowel disease’’, *Prz Gastroenterol*, 5, 157-63, 2010.
91. Taşkaya, S. ‘‘ Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*’’, *Doktora Tezi*, s.101-105, Ankara, 2014.
92. Şermet, S., ‘‘Diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s. 91, Ankara, 2012.
93. Yandım, A., ‘‘Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetes mellituslu hastaların sağlık inançları, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s.44-80, Mersin, 2011.
94. Kartal, A., ‘‘Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Doktora Tezi*, s.62-97, İzmir, 2006.
95. Savsar, A., ‘‘Diyabetik ayağı olan yaşlı hastaların sağlık inançlarının diyabet yükü üzerine etkisi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s.33-54, Kayseri, 2017.
96. Yağcı, S., ‘‘Tip 2 diyabetli hastaların sağlık inancı, hastalık tutumları ve metabolik kontrolün değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*’’, *Yüksek Lisans Tezi*, s.85, Erzurum, 2017.

97. Meisenhelder-Smith, J., "Diabetes self-management education and continuous glucose monitoring on diabetes health beliefs, behaviors and metabolic control." *The Effects of American Diabetes Association (ADA)*, 388, 2006.
98. Dehghani-Tafti, A., Mazloomi Mahmoodabad, S.S., Morowatisharifabad, M.A., Afkhani Ardakani, M., Rezaeipandari, H., "Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model." *Global Journal of Health Science*, 7, 33-42, 2015.
99. Champion, L.V., Skinner, C.S., "The health belief model",. Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice 4th ed., *Jones and Bartlett LLC*, San Francisco, s. 31- 44, 2008.
100. Johnson, C., Whetstane, W.R., "Assessing transcultural attitudes towards diabetes in Trinidad.", *Journal of National Black Nurses Association*, 16(2), 15-19, 2005
101. Pourghazneina, T., Ghaffarib, F., Hasanzadehc, F., Chamanzarid, H., "The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study.", *Life Science Journal*, 10(4), 2013.
102. Arısoy, H., "Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*", *Yüksek Lisans Tezi*, s.89, Ankara, 2013.
103. Ratanasuwan, T., Indharapakdi, S., Promrerck, R., Komolviphat, T., Thanamai, Y., "Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: the culture consensus analysis.", *J Med Assoc Thai*, 88, 623-631, 2005.
104. Tessaro, I., Smith, S.L., Rye, S., "Knowledge and Perceptions of Diabetes in an Appalachian Population" , *Journal of National Black Nurses Association*, 16(2), Trinidad, 2005.
105. Akpunar, D., "Diyabet eğitiminin hastaların sağlık inancına, bilgi düzeyine ve diyabet yönetimine etkisi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*", *Yüksek Lisans Tezi*, s.51-57, Erzurum, 2012.
106. Daniel, M., Messer, L.C., "Perception of disease severity and barriers to self carepredict glysemic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus." *Chronic Diseases in Canada*, 23(4), 128-130, 2002.

## EKLER

### EK 1: TANIMLAYICI ANKET FORMU

1. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız? .....

3. Boy: .....

Kilo: .....

BKI: .....

#### 4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Bekar
3. Dul- boşanmış

#### 5. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul/Fakülte mezunu

#### 6. Mesleğiniz nedir?

1. İşçi
2. Memur
3. Ev hanımı
4. Emekli
5. Serbest meslek
6. Çiftçi
7. Diğer.....

#### 7. Size göre gelir durumunuz nasıl?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere eşit
3. Gelir giderden fazla

#### 8. Sosyal güvenceniz?

1. Var
2. Yok

#### 9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız yaşıyorum
2. Eşim ile birlikte
3. Eşim ve çocuklarım ile birlikte

4. Anne ve babam ile birlikte 5. Diğer (ise belirtiniz.....)

**10. Nerede yaşıyorsunuz?**

1. İl merkezinde 2. İlçe 3. Kasaba 4. Köy

**11. Sigara kullanıyor musunuz?**

1. Hiç kullanmadım
2. Kullandım,.....süre önce bıraktım
3. Halen kullanıyorum.....yıldır, günde.....tane/paket

**12. Alkol kullanıyor musunuz?**

1. Hiç kullanmadım
2. Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum
3. Evet, halen kullanıyorum (miktarı/zamanı.....)

**13. Ne kadar süredir DM hastalığınız var?.....**

**14. DM dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?**

1. Evet 2. Hayır

**15. Cevabınız evet ise hastalığınız/hastalıklarınız nelerdir? Belirtiniz.**

.....  
.....

**16. Diyabet hastalığınız için uygulanan tedavi şeklini belirtiniz?**

1. Sadece diyet tedavisi
2. Oral antidiyabetik (hap) + diyet
3. Oral antidiyabetik + insülin + diyet
4. İnsülin+diyet

**17.Şu anki tedavinize uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

**18. Kan şekeri ölçümü yapıyor/yaptırıyor musunuz?**

1. Evet (Ölçüm yeri ve ölçüm sıklığını belirtiniz.....)
2. Hayır

**19. Egzersiz yapıyor musunuz?**

- 1.Yapıyorum
- 2.Yapmıyorum
- 3.Ara sıra yapıyorum

**20. Egzersiz yapıyorsanız ne sıklıkta, tür ne kadar süre egzersiz yapıyorsunuz?**

Egzersiz sıklığı:

Egzersiz süresi:

Egzersiz tipi:

**21. Sıklıkla ne tür yiyecekler tüketiyorsunuz?**

1. Sebze-meyve ağırlıklı
2. Hayvansal gıda ağırlıklı
3. Hamur işleri, makarna vb. ağırlıklı
4. Sebze – meyve ve hayvansal gıda eşit oranda
5. Diğer (Belirtiniz).....

**22. Diyabet hastalığınız için sağlık kontrollerine ne sıklıkta gidersiniz?**

1. Ayda 1
2. 2 ayda 1
3. 3 ayda 1
4. 6 ayda 1
5. Yılda 1
6. Düzenli kontrole gitmiyorum

**23. Diyabet nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye yattınız mı?**

1. Evet
2. Hayır

**24. Diyabet hastalığı bakımı ve tedavisi konusunda daha önce bilgi aldınız mı?**

1. Evet (Bilgiyi kimden/nerden aldığınızı belirtiniz.....)
- 2.Hayır



**25. Diyabetle ilgili herhangi bir derneğe üye ve ya yayına (dergi, gazete vb.) abone misiniz?**

1. Evet (açıkça yazınız) .....
2. Hayır

**26. Ailenizde başka DM hastası var mı?**

1. Evet (ise açıklayınız.....)
2. Hayır

**27. Ne zamandan beri diyabetik ayağınız var?**

.....  
.....  
.....

**28. Nasıl oluştu?**

.....  
.....  
.....

**29. Daha önce ayağınızda yara açıldı mı?**

1. Evet
2. Hayır

**30. İzlem sonuçları (Hasta Dosyasından)**

Açlık kan şekeri:

Tokluk kan şekeri:

HgA1c:

Total Kolesterol:

HDL:

LDL:

Trigliserid:

Sistolik Kan Basıncı:

Diyastolik Kan Basıncı:

## **EK 2:HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ (ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE)**

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışlığı yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

**Hemşire Ezgi DÖNER**

### **1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

### **2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

### **3. Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

### **4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/ muhtaç yapıyor.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

### **5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

### **6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.**

Tamamen	1	2	3	4	5	Hiç
Katılıyorum						Katılmıyorum

**7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.**

Tamamen 1 2 3 4 5 Hiç

Katılıyorum Katılmıyorum

**8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.**

Tamamen 1 2 3 4 5 Hiç

Katılıyorum Katılmıyorum



### EK 3: DİYABET HASTALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

#### Sayın Katılımcı

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt sizin hastalık hakkında inandıklarınız ile ilgilidir. Her bir açıklama için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki kutu içine işaretleyiniz. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

**Hemşire Ezgi DÖNER**

<b>ALGILANAN DUYARLILIK</b>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Tip I ( genç tipi) diyabetli kişilerde diyabet komplikasyonu gelişme şansı yüksektir					
2. Tip 2 (erişkin tip)diyabetli kişilerde genellikle diyabet komplikasyonlar gelişmeyeceğini düşünüyorum					
3. Kendimi iyi hissettiğim sürece bende diyabet komplikasyonlarının gelişmesi mümkün değildir					
4. Yaralarım çabuk iyileştiği için bende diyabet komplikasyonu gelişmez					
<b>ALGILANAN CİDDİYET</b>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
5. Diyabetin ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğunu düşünüyorum					
6. Tip I diyabet ciddi bir hastalıktır					
7. Tip 2 diyabet Tip I diyabet kadar ciddi bir hastalıktır.					

<b>ALGILANAN YARARLAR</b>	<i>Kesinlikle katılmıyorum</i>	<i>Katılmıyorum</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
8. Kan şekerini normale yakın düzeyde tutmak diyabet komplikasyonlarını önler					
9. Düzenli olarak egzersiz yapmanın kan şekerinin kontrolüne yardımcı olacağına inanıyorum					
10. Aşırı kilolu diyabetlilerde kilo vermek (zayıflamak) komplikasyonların gelişmesini önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
11. Sigarayı bırakma diyabet komplikasyonlarını önlemeye ya da geciktirmeye yardım eder					
12. Düzenli olarak şekerli yiyeceklerden uzak durmak (kaçınmak) diyabetin kontrol altında tutulmasına yardım eder					
13. Az yağlı diyetle beslenmenin diyabet komplikasyonlarını geciktireceğini inanıyorum.					
14. Kan basıncının kontrol altında tutulması diyabetin komplikasyonlarını önlemede ya da geciktirmede yardım eder					
<b>ALGILANAN ENGELLER</b>	<i>Kesinlikle katılmıyorum</i>	<i>Katılmıyorum</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kesinlikle katılıyorum</i>
15. Diyabetin komplikasyonu mutlaka oluşacağı için kan şekerini kontrol altında tutmaya çalışmanın bir yararı olmadığına inanıyorum.					
16. Tip 2 diyabetli bireylerin düzenli olarak kan şekeri testi yapmasına gerek yoktur.					
17. Düzenli olarak doktora gittiğim için evde kan şekeri testi yapmama gerek yoktur.					
18. Kızartılmış ve yağlı yiyecekler tüketmek diyabetli bireyler için zararlı değildir					
19. İlaçlarımı her gün düzenli aldığım sürece diyetimi kontrol etmem gerekmez					
20. Sigara içme ile diyabet komplikasyonları arasında bir ilişki yoktur					
21. Bedenin hafifçe şişman görünmesi sağlığın iyi olduğunun bir işaretidir					
22. Ayaklarım sağlıklı görüldüğü sürece her gün ayaklarımı kontrol etmek zorunda değilim					
23. Diyabet tedavi edilebilir bu yüzden de ciddi bir hastalık değildir					

<b>SAĞLIKLA İLGİLİ ÖNERİLEN AKTİVİTELER</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
24. Kan şekerini kontrol altında tutmak önemlidir					
25. Kan şekerini haftada birkaç kez evde kontrol etmem önemlidir.					
26. Kilomu kontrol altında tutmak önemlidir					
27. Sigarayı bırakmak önemlidir					
28. Az yağlı diyet almak önemlidir					
29. Düzenli olarak şekerli gıdalar yemekten kaçınmak önemlidir					
30. İlaçların reçetede yazıldığı gibi alınması önemlidir					
31. Her gün ayaklarımı kontrol etmem önemlidir					
32. Düzenli olarak kan basıncının kontrol edilmesi önemlidir					
33. Düzenli olarak egzersiz yapmam önemlidir					

## **EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR**

Sayın Katılımcı;

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak “Diyabetik ayağı olan hastaların hastalığa ve sağlığa ilişkin tutumlarının hastalığı kabul üzerine etkisi” isimli bir çalışma yapılmaktadır.

Bu çalışmada sorgulama amaçlı Sosyo-Demografik Özellikleri içeren bir soru formu, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Ölçeği kullanılacaktır. Soruları yanıtlamak ortalama 30 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada üzerinizde herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi test edilmeyecektir. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz, sağlık inancınızın hastalığı kabul düzeyinize etkisini belirleyerek, bu konuda sizlere daha kapsamlı etkin destek sağlamada katkı da bulunacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır.

1. Çalışmayla ilgili bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın adı: ..... İmzası: .....

**Ezgi DÖNER**

**Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi**

**Fen Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Bölümü**

## ÖZGEÇMİŞ

Ezgi DÖNER 1990 yılında Kayseri’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2009’da kazandığı Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 2013 yılında mezun oldu. Aynı yıl Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisansa başladı. 2014 yılında Yahyalı Devlet Hastanesi Acil Servis’te hemşire olarak göreve başladı. 2018 yılında Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisansa başladı. 2019 yılında Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisansı tamamladı. 2018 yılında Gemerek Devlet Hastanesi’nde Kalite Yönetim Direktörü olarak çalışmaya başladı ve halen görevine devam etmektedir.