



**DİYABETİK AYAK GELİŞEN HASTALARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Muhammed CANPOLAT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

Yüksek Lisans Tezi – 2018

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYABETİK AYAK GELİŞEN HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL
DESTEK İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Muhammed CANPOLAT

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**MALATYA
2018**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Muhammed CANPOLAT**'ın "**Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/07/2018

Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diyabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması	4
2.2.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus	4
2.2.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus	5
2.3. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları	5
2.4. Diyabetik Ayak.....	6
2.4.1. Diyabet Hastalarında Ayak Bakımı.....	7
2.5. Diyabetik Ayaklı Hastalarda Sosyal Destek.....	8
2.6. Diyabetik Ayaklı Hastalarda Yaşam Kalitesi	9
3. MATERYAL VE METOT	11
3.1. Araştırmanın Türü	11
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	11
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	11
3.4. Verilerin Toplanması	11
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	11
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	13
3.6. Verilerin Değerlendirmesi	13
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	14
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	14
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA	26
5.1. Hastaların ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	26
5.2. Hastaların DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	29
5.3. ÇBASDÖ ile DQOL Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	34
KAYNAKLAR	36

EKLER.....	45
EK-1: Özgeçmiş.....	45
EK-2: Katılımcı Onam Formu	46
EK-3: Sosyo-Demografik Form.....	47
EK-4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	48
EK-5: Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi.....	49
EK-6: Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	52
EK-7: Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Çalışma İzni	53
EK-8: Fırat Üniversitesi Hastanesi Çalışma İzni	54
EK-9: ÇBASDÖ Kullanım İzni	55



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tecrübelerinden yararlandığım değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a, tezimin yürütülmesinde göstermiş olduğu sabır ve emekten dolayı Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, yüksek lisansa başladığım ilk gün bana cesaret ve güven veren, tanımaktan onur duyduğum değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Meral ÖZKAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serdar SARITAŞ'a, araştırmamın istatistiksel analizindeki katkılarından dolayı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGİÇ'e, çalışmam esnasında moral verip beni motive eden, Muş Alparslan Üniversitesi'nde ki değerli arkadaşlarım; Sayın Öğr. Gör. Mustafa DURMUŐ'a, Sayın Öğr. Gör. Necmettin ÇİFTÇİ'ye, Sayın Öğr. Gör. Abdullah GERÇEK'e, Sayın Öğr. Gör. Abdulsamed KAYA'ya, Sayın Öğr. Gör. Özgür YEŐİLYURT'a, Sayın Arş. Gör. Cuma FİDAN'a, Sayın Arş. Gör. Mehmet ŐENER'e, Sayın Arş. Gör. Yalçın DİCLE'ye, eğitim ve öğretimimde öncülük yapan, yaşamımın her anında desteklerini hissettiğim anneme ve babama, hiçbir zaman beni yalnız bırakmayan gönül aynası kardeşlerime, iyi ki hayatıma girmişsin dediğim sevgili eşime teşekkür ederim.

ÖZET

Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Mart 2015 – Temmuz 2018 tarihleri arasında, Elazığ il merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Hastanesi ve Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 86 hasta ile yürütüldü. Veriler Sosyo-Demografik Form, ÇBASDÖ ve DQOL ölçekleri kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, One Way Anova, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, Bağımsız gruplarda t-testi ve Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Diyabetik ayaklı hastaların sosyal desteklerinin orta düzeyin üzerinde (58.88 ± 1.89) olduğu, sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının; özel insan desteği 19.06 ± 0.71 , aile desteği 20.22 ± 0.65 , arkadaş desteği 19.59 ± 0.66 olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin üzerinde (150.34 ± 2.93) olduğu, yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının; tedaviden memnuniyet 49.62 ± 1.14 , tedavinin psikolojik etkisi 62.98 ± 1.64 , hastalık kaygısı 12.74 ± 0.33 , sosyal ve mesleki endişe 24.98 ± 0.69 olduğu bulunmuştur. Özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları ile psikolojik etki ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları dışında sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu, sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin dikkate alınması, hastalara sosyal destek kaynakları tarafından destek verilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik Ayak, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Determination of the Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Diabetic Foot

Aim: The study was conducted as a descriptive study to determine the relationship between perceived social support and quality of life in patients with diabetic foot disease.

Material and Method: The study was conducted between March 2015 and July 2018 at Elazığ University Hospital and Elazığ Training and Research Hospital which are in Elazığ city center with 86 patients who agreed to participate in the study. Data were collected using the Socio-Demographic Form, MSPSS and DQOL scales. One-way ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, t-test in independent groups and correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: It was found out that the social support of the patients with diabetic foot was above the middle level (58.88 ± 1.89); social support subscale scores averages are: 19.06 ± 0.71 for special human support, 20.22 ± 0.65 for family support and 19.59 ± 0.66 for friend support. It is found out that the quality of life of the patients was above the middle level (150.34 ± 2.93), the average of the quality of life subscale scores; the satisfaction with treatment was 49.62 ± 1.14 , the psychological effect of treatment was 62.98 ± 1.64 , the anxiety of disease was 12.74 ± 0.33 , and the social and occupational anxiety was 24.98 ± 0.69 . There was a statistically significant positive correlation between social support total and all subscale scores average, total quality of life and all subscale scores except for the average scores of special human support subscale scores and psychological impact and vocational anxiety subscale scores.

Conclusion: It was found that the level of social support and quality of life of the patients were higher than the middle level, and there was a statistically significant relationship between social support and quality of life. In the light of these results, it is recommended to give consideration to the relationship between social support and quality of life, support to the sick by social support resources, and training to improve the quality of life.

Key Words: Diabetic Foot, Social Support, Quality of Life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DA	: Diyabetik Ayak
DM	: Diyabetes Mellitus
DQOL	: Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Diyabetes Mellitusun Etiyolojik Sınıflaması	4
Tablo 2.2. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları	6
Tablo 2.3. Diyabetik Ayakta Wagner Sınıflaması	7
Tablo 3.1. Kullanılan İstatistiksel Testler	14
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	15
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	16
Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	17
Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	18
Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özellikleri ile ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	20
Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	21
Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özellikleri ile DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	24
Tablo 4.8. ÇBASDÖ ile DQOL Arasındaki İlişki	25

1. GİRİŞ

Diyabetes Mellitus (DM) tüm dünyada hızla artan görülme sıklığı ve meydana getirdiği sorunlar nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (1). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre dünyada 415 milyon diyabetli olduğu ve önlem alınmaması durumunda 2040 yılında %55 artış gösterip 642 milyona ulaşacağı beklenmektedir (2). Ülkemizde de dünyada görülmesine paralel bir artış söz konusudur (3). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi-II (TURDEP-II) çalışmasına göre ülke genelinde diyabet sıklığı önemli derecede artmış ve %13.7'ye ulaşmıştır (1). Diyabet hastalarının %2-7'inde diyabetik ayak (DA) gelişmekte ve bunların çoğu da ampütasyonla sonuçlanmaktadır (4).

Diyabetin kronik bir hastalık olması uzun dönemde komplikasyonların görülmesine ve sağlık kaybına neden olmaktadır (5). DM'un tüm tiplerinde görülen hiperglisemi kontrol altına alınmadığında; periferik damar hastalıklarına, retinopatik, nefropatik ve nöropatik komplikasyonlara yol açmaktadır (6-8). DA nöropati ve periferik arter hastalığının alt ekstremiteleri etkilemesi sonucunda oluşan en ciddi ve en ağır komplikasyonlardandır (9).

Disiplinli sağlık bakımı gerektiren diyabet, komplikasyonları sebebiyle hasta ve hasta yakınlarını aynı zamanda sağlık sistemine getirdiği yük bakımından da toplumu etkilemektedir (10). Fiziksel bir hastalık olmasının yanında ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel sorunlarında görülmesine neden olmaktadır. DM'un neden olduğu ruhsal durum bozulmaları hastalığın seyrini, şiddetini ve tedaviye yanıtını etkileyebilmektedir (11). Sosyal destek alan bireylerin daha kolay iyileştiği, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve hastalıklarla baş etme güçlerinin arttığı belirtilmektedir (12). Taher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, DA'lı hastalarda sosyal desteğin bireysel bakım davranışlarını ve öz bakımlarını iyileştirmede etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir (13). Peker ve Karaöz yara iyileşme düzeyi %50'nin üstünde ve altında olan hastaları karşılaştırdıklarında yara iyileşme düzeyi %50'nin üstünde olan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (14). Karakurt ve arkadaşları da diyabet hastalarında sosyal destek düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün de arttığını bildirmiştir (15).

Günümüzde tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile hastaların yaşam süresinde ve yaşam kalitesinde değişimler olmuştur. Kullanım yaygınlığının arttığı oral ilaçlar ve insülin iğneleri ile yaşam süresinin uzadığı, kronik komplikasyonların arttığı

görülmektedir (16). Diyabet hastalarının progresyonlarının kötüleşmesi yaşam kalitesinin düşmesine ve hayat süresinin kılmasına neden olmaktadır (8). Yaşam kalitesi tedavi sonucunu gösterdiğinden diyabet tedavisine bakıldığında asıl amacın yaşam kalitesini iyileştirmek olduğu görülmektedir (17, 18). Winkley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ayak ülseri tekrarlayan veya 18 ay içinde iyileşmeyen hastalarda yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (19). Blanes ve arkadaşları; Raspovic ve Wukich; Igde ve arkadaşları tarafından diyabetik ayağın hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (20-22). Sothornwit ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da diyabetik ayağın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu bulunmuştur (23).

Hemşireler açısından sosyal destek, bakımın merkezinde yer alan bir kavram olması nedeniyle önemlidir. Bu anlamda hemşireler hastaların destek ihtiyaçlarını zamanında ve iyi tanımlamalıdır. Hasta tarafından ihtiyaç duyulan destek tipi ve gerekliliği konusunda bilgi sahibi olmaları gereklidir. Çünkü sosyal destek ihtiyaç olduğu anda ulaşılabilirse yeterli kabul edilmektedir (24). Diyabet komplikasyonları hastaların bir başkasına bağımlılığının artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (25). Bu anlamda hemşireler tarafından hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve danışmanlık yapılması, DA sağlığının korunması ve geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde DA hastalarında algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diyabetes Mellitus insülin sekresyonu veya insülin etkisinin yetersizliği sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarının bozulması sonrasında doku ve organlarda hasarın meydana geldiği kronik endokrin sistem hastalıklarındandır (7, 26). İnsülin metabolizma bozukluğu nedeniyle de makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar görülebilmektedir (27). Karbonhidratlar başta olmak üzere farklı metabolik bozukluklara; nefropati, nöropati, retinopati, serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları ve DA gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (6, 28). Diyabetin farklı tipleri olmakla beraber genellikle tip 1 ve tip 2 diyabet görülmektedir. Sinsi olarak ilerleyen ve tedaviye geç kalındığında geri dönüşümsüz komplikasyonlarla seyreden, yaşam boyu süren ve yaşam kalitesini bozan, sürekli eğitim gerektiren bir hastalıktır (29). Temel bozukluk fonksiyonel olarak insülin yetersizliğidir. İnsülin etkisinin yetersiz kalması sonucunda glikoz hücre içine giremez ve kan glikoz değeri normal sınırların (60-110 mg/dl) üstüne çıkar (30). Yükselen glisemi değeri doku ve organlarda hasar oluşturduğundan dolayı yaşam kalitesinde, iş gücünde, sosyal ve ekonomik olarak birey üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır (26).

Son yıllarda tip 2 diyabetin yaygınlığında ve görülme sıklığında dünyanın birçok bölgesinde özellikle yeni sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli derecede artışlar meydana gelmiştir (31). Gelişmiş birçok ülkede önde gelen ölümlerin dördüncü veya beşinci sebebidir. Ayrıca gelişmekte olan sanayileşmiş çoğu ülkede de salgın oranlarına ulaşacağı bildirilmektedir. Tip 2 diyabetin en düşük oranları geleneksel yaşam tarzının korunduğu kırsal kesimlerde yaşayan topluluklarda görülmektedir (32). 2000 yılında yaklaşık 150 milyon diyabetli hasta varken, 2025'e kadar iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (33). Yaşam tarzındaki hızlı değişim gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde diyabet prevalansını yükseltmektedir (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Diyabet Raporu'nda 1980 yılından 2014 yılına kadar diyabet prevalansının %4.7'den %8.5'e, yetişkin diyabet nüfusunun ise 108 milyondan 422 milyona ulaştığını bildirmiştir. IDF 2015 yılında dünyada 415 milyon diyabet hastası olduğunu, önlem alınmaması durumunda ise 2040 yılında %55 artış gösterip 642 milyona ulaşacağını bildirmiştir (2, 34).

Diyabet, dünyada görülmesine paralel olarak ülkemizde de artış göstermektedir (3). 2010 yılında yayınlanan TURDEP-II çalışmasında ülke genelinde 20 yaş üzeri 26.499 kişi incelenmiş ve diyabet sıklığının geçen zamanda önemli derecede arttığı ve %13.7'ye vardığı görülmüştür (1). Bozulmuş açlık glukozu prevalansının % 14.5, bozulmuş glukoz toleransının %7.1 olduğu bildirilmiştir. IDF Türkiye'nin Avrupa ülkeleri sıralamasında prevalans (%14.85) ve nüfus (7 milyon) açısından ilk beş ülke içinde olduğunu bildirmiştir (2).

2.2. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Diyabetes mellitusun birçok farklı formu vardır ve bu formların oluşmasını genetik, çevresel faktörler ve yaşam tarzı etkilemektedir (6). Diyabet önceleri patogeneze ve tedavi gereksinimine göre sınıflandırılmaktaydı. Yeni sınıflandırılması ise etiyojisine dayanmaktadır (35). Tip 1 diyabet pankreas beta hücrelerinin yıkımıyla oluşmaktadır. Tip 2 diyabet ise pankreasın beta hücrelerinde insülin salgılanmasında bozukluk olması ve insüline karşı direnç olmasıyla oluşur (36). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) etiyojik olarak DM'ü dört tipte sınıflandırmıştır (37). Aşağıda ADA'nın 2009'da yapmış olduğu etiyojik sınıflandırma verilmiştir (Tablo 2.1) (6).

Tablo 2.1. Diyabetes Mellitusun Etiyojik Sınıflaması

1. Tip 1 diyabetes
 - i. İmmün tip
 - ii. İdiyopatik
2. Tip 2 diyabetes
3. Diğer spesifik diyabet tipleri
4. Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM)

Kaynak: Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet (6)

2.2.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus

Tip 1 diyabet pankreastan insülinin salgılanmamasından kaynaklanan bir DM tipidir (38). Tip 1 diyabette pankreasta bulunan beta hücrelerinin harabiyeti söz konusudur ve etiyojisinde genetik eğilim, immünolojik ve çevresel faktörler vardır (35). Bu hastaların insülin eksikliğini günlük enjeksiyonlarla telafi etmeleri gerekir (39). Tip 1 diyabette glikozüri, poliüri, polidipsi, görme bozukluğu, polifaji, bulantı, kusma, karın ağrısı ve kilo kaybı görülebilmektedir (6). Önceleri yalnızca çocuklarda görülmekte iken günümüzde yetişkin yaşlarda da görülmeye başlamış ve tüm diyabet hastalarının yaklaşık %7-10'luk kısmını oluşturmaktadır (39).

2.2.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus

Tip 2 diyabet heterojen bir hastalık olup genetik ve çevresel faktörlerin neden olduğu bir durumdur (6). İnsülin sekresyonunda bozukluk veya insülin etkisine karşı direnç olmak üzere iki temel sorun vardır (35). Pankreas tarafından üretilen ünsüline karşı hücre-reseptör dejenerasyonu sonucunda insülin direnci oluşur ve glikozun hücre içine geçişi sağlanamadığından glikoz enerji için kullanılamaz. İnsülinin etkisi özellikle karaciğer, yağ ve kas dokusunda yetersizdir. Pankreasın yeterince insülin salgılayamaması sonucunda kan glikoz düzeyi yükselir ve karaciğerde glikoz yapımı ileri derecede artmaya başlar. İnsülin sekresyonunda azalma sabaha karşı aktif olan kontr-insüliner sistem hormonlarının hepatik glikoz yapımı artışına neden olmaktadır (40). Poliüri, polidipsi, görme bulanıklığı, yorgunluk, parestezi, kaşıntı ve vajinit en sık görülen belirtilerendir (6). Tip 2 diyabet orta ve ileri yaşlarda görülmektedir ve hastalar genellikle obezdir (35). Hastalığın yaş ile görülme sıklığı artmakta ve genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (8). Epidemiyolojik önleme ve kontrol programlarının yetersizliğinden tüm popülasyonda yaygınlığı artmaktadır (41).

2.3. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları

Diyabetes mellitus komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Tablo 2.2). Diyabet komplikasyonlarının gelişmesinde; metabolik kontrol, genetik ve diyabet süresi önemli rol oynamaktadır. (42). Diyabetin acil metabolik komplikasyonları hızlı gelişir ve ciddi prognozla seyreder. Hemen hemen bütün komplikasyonlar bilinç kaybına neden olacak kadar farklı düzeylerde hastaları etkilemektedir (43, 44). Kronik komplikasyonların uzun zamandır diyabet hastası olanlarda gelişme riski oldukça yüksektir. Kronik komplikasyonlar hastayı, hasta yakınlarını, çevre ve toplumu sosyal ve ekonomik yönden ilgilendiren sonuçlar doğurmaktadır. Diyabette gelişen kronik komplikasyonlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek morbidite-mortalite oranının artmasına neden olmaktadır (43, 44).

Tablo 2.2. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları

Akut komplikasyonlar	Kronik komplikasyonlar
➤ Diyabetik ketoasidoz koması	➤ Diyabetik ayak sendromu
➤ Hipoglisemi koması	➤ Diyabet nöropatisi
➤ Laktik asidoz koması	➤ Diyabet nefropatisi
➤ Hiperglisemik hiperosmolar nonketotik sendrom	➤ Göz komplikasyonları
	➤ Arter tutulumları
	➤ Diğer sorunlar

Kaynak: Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi (26)

2.4. Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak DM'un en çok korkulan komplikasyonlarından ve gelişmesinde birden fazla etken rol oynamaktadır (45). DA lezyonunun gelişmesinde önde gelen neden nöropati ve iskemidir (29, 46). Nöropati belirli bölgeleri tutabilir veya tüm sistemi etkisi altına alabilir; sıklıkla ayak ve bacadaki sinirleri etkilemektedir (47). DA'ta duyu kaybı travmalara karşı korunmayı engellemektedir ve doku hasarı riskini arttırmaktadır (48). Nöropatik ülserler ısı, ağrı ve basınç hissi kaybının olduğu ayakta travma sonrasında gelişmektedir. Ayak kaslarında gelişen zayıflığa ve atrofiye bağlı fleksiyon deformitesinden kaynaklanan ayak parmakları altında ve metatars başları altında basınç alanlarının oluşmasına neden olmaktadır (49). Hastaneye başvuran hastaların çoğunda diyabetik ayak çarpma, vurma, batma, yanma, vb. gibi hastaların farkında olmadığı fiziksel bir etkenden dolayı oluşmaktadır. Hastalar nöropatiden kaynaklanan duyu kaybı nedeniyle yaralanmayı erken dönemde fark edemez ve günlük yaşamlarına devam ederler. Bu durum da ilerleyici doku hasarlarına neden olmaktadır (29).

Diyabetik ayak gelişimi diyabet eğitimi sayesinde büyük ölçüde önlenmektedir. Buna rağmen her yıl hastanelere çok sayıda DA hastası yatırılmaktadır. Diyabet hastası olup hastaneye başvuran her beş kişiden birinin hastaneye yatış nedeni DA'dır. Tedavisinin uzun sürmesi nedeniyle hastalar hastanede kalmakta; sakatlık, iş gücü kaybı, psikososyal travma, hastaya ve ülkeye ciddi mali yük getirmesi gibi sorunlara neden olmaktadır (50). Diyabetik ayağın yaşam kalitesi ve iş gücünü olumsuz etkilemesi, organ kaybına neden olması, mortalite ve morbiditeyi arttırması da önemli bir durumdur (45).

Diyabet hastalarının %15'inde bir defa da olsa ayak ülseri gelişmektedir. Bir defa ülser gelişmiş hastalarda ülserin tekrar etme olasılığı daha yüksektir (51). Diyabetik

ayağın insidansına ve prevelansına yönelik kesin rakamları tespit edebilmek güçtür. Diyabet hastalarının sayısal artışı DA gelişen hastalarında sayısal olarak aynı oranda artışını göstermektedir (28). Diyabetli bireyler arasında DA insidansı yıllık %2 ile %7 arasındadır, çoğu amputasyon ile sonuçlanmaktadır ve tekrarlama oranı %20-80'dir (4). Ülkelere göre DA prevelansı ise Asya'da (%1.9), Afrika'da (%2.7) ve Avrupa'da (%5.5) olarak görülmüştür (52).

Diyabetik ayak ülserlerinin çok sayıda sınıflandırılması bulunmaktadır. Ancak en yaygın kullanılan Wagner tarafından yapılanıdır (Tablo 2.3). Bu sınıflama doku hasarını ve ülser derinliğini içermektedir (53).

Tablo 2.3. Diyabetik Ayakta Wagner Sınıflaması

Evre	Sınıflama
Grade 0	Ülser yok (yüksek riskli grup)
Grade 1	Yüzeysel ülser varlığı (cilt altı yağ dokusuna penetrasyon yok)
Grade 2	Subkutan dokuya invaze ülser (osteomyelit/abse yok)
Grade 3	Derin ülser (osteomyelit veya abse oluşumu)
Grade 4	Lokalize gangren (topukta, ayak ön kısmında, parmaklardan birinde)
Grade 5	Yaygın gangren (amputasyon gerekebilir)

Kaynak: Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet (53)

Wagner sınıflaması, sağlık çalışanları tarafından basit ve anlaşılır olması nedeniyle tedavi planlamasında yararlı olmaktadır. İleri evrelerinde amputasyon riskini göstermesi açısından önemli bir sınıflamadır (54, 55). Bu sınıflamasının dezavantajları ise; ayak yarası lokalizasyonunun belirlenmemesi, ayak bakımının kötü olması, enfeksiyonun ilk üç evrede ihmal edilmesi gibi durumları göz önünde bulundurmamasıdır (55).

2.4.1. Diyabet Hastalarında Ayak Bakımı

Diyabetik ayak tedavisinin uzun sürmesi ve birçok uzmanlık alanını ilgilendirmesi nedeniyle hastaya multidisipliner yaklaşılmasını gerektirir. Tedaviden olumlu sonuç alınabilmesi erken teşhis alınmasına ve geç kalmadan tedaviye başlanmasına bağlıdır (56). Diyabetik ayağı olan hastaların diyabetik ayağı olmayan hastalara oranla günlük yapılması gereken ayak izlem uygulanmasının daha düşük olduğu çalışmalarda görülmüştür. Hastanın bakımını yapmasına engel bir durum var ise bakımı üstlenen kişiler tarafından mutlaka bakımı yapılmalıdır (57).

Hastaların DA'dan korunması için; önerilen tedavi rejimine uyması, metabolik kontrollerinin sağlanması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmesi ve kontrollere düzenli olarak gitmesi gerekmektedir. DA'dan korunma davranışlarının kazandırılması için hekim ve/veya diyabet hemşiresi tarafından hastaya ve ailesine DA bakımına yönelik eğitim verilmelidir (58). DA lezyonu oluşmuş hastaların tedavisinde ana amaç yarayı bir an önce iyileştirmek ve hastayı amputasyondan korumaktır (9). DA gelişiminin önlenmesi ve bakımına yönelik hastalara;

- Diyabetik ayak riskine yönelik erken teşhis,
- Ayakların günlük kontrolü ve ayağa özen gösterilmesi,
- Ayak bakımının yapılması,
- Kan şekeri düzeyinin kontrol altında tutulması,
- Sigaranın yasaklanması konularında sistemli ve programlı eğitim verilmelidir (9).

Ayakların günlük kontrolü yapılırken parmak araları mutlaka kontrol edilmelidir. Hasta veya yakınları tarafından ayaklar kırmızılık, şişlik, nasır ve kesi açısından gözlenmelidir. Bu bulgulara rastlandığında ayaklar istirahat ettirilmelidir (58). DA ekibi tarafından hastaların muayenesinde sırasıyla ayağın derisi, duyası, vasküler yapısı, kemik ve tendonların durumu değerlendirilmelidir (59).

Ayaklar ılık su ile her gün yıkanmalı ve iyi kurulanmalıdır. Nasırlar polikliniklerde steril ortamda temizlenmelidir kesinlikle evde tedavi edilmeye çalışılmamalıdır. Tırnakların kesimi düz olarak yapılmalı ve derin kesilmemesine dikkat edilmelidir. Yaralanmaların önlenmesi için evde sürekli terlik giyilmeli ve çıplak ayakla dolaşmamalıdır. Ayakkabı seçiminde kolay giyilen, sıkı olmayan, yumuşak derili, kalın tabanlı ve geniş burunlu dayanıklı olmasına dikkat edilmelidir. Ayakkabı giymeden önce içinde yabancı cisim olup olmadığı kontrol edilmelidir. Çorap seçiminde pamuklu veya yünlü olmasına, dikişsiz olmasına dikkat edilmelidir. Ayakları ısıtmak için sıcak bir yere dayanmamalıdır. Ayaklarda kan akışını arttırmak için iki üç saat aralıklarla ayaklar yukarı kaldırılmalıdır (60).

2.5. Diyabetik Ayaklı Hastalarda Sosyal Destek

Sosyal destek, insanın problemlerle başedebilmesi için kendisine duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan eş, aile, arkadaş, kurum gibi kaynaklardan aldığı destek olarak tanımlanabilir (61, 62). Sosyal destek tanımı çeşitlilik göstermektedir. Bunun nedeni ise; temel insan gereksinimlerinden olan sevilme, saygı duyulma, ilgi görme,

güvenilme, değer verilme gibi ihtiyaçların her birey için farklı ifade edilmesinden kaynaklanmaktadır (63). Özellikle son yıllarda sosyal desteğin hastalıklara karşı koruyucu olduğundan ve başatme kaynağı olmasından bahsedilmektedir (64). İnsanların sosyal ve ruhsal yönden (empati, itibar, takdir, sevgi ve maddi yardım gibi) çeşitli yardımlar alması sağlığının korunmasını etkilemektedir (65, 66).

Sosyal destek kavramı algılanan sosyal destek ve sağlanan sosyal destek olarak ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişinin destek kaynaklarıyla güçlü bağlarının olduğuna inanması ve destek sağlayacağını algılamasıdır. Destek kaynağından gelen desteğin varlığını ve yeterliliğinin değerlendirilmesidir (67). Sağlanan sosyal destek ise; destek kaynakları tarafından kişiye verilen destek miktarı olarak tanımlanır. Desteğin davranışsal değerlendirilmesi olduğu kabul edilmektedir (68). Diyabetli hastalar üzerinde yapılmış çalışmalar incelendiğinde sosyal desteğin etkili olduğu görülmektedir. Taher ve arkadaşları; Peker ve Karaöz; Karakurt ve arkadaşları çalışmalarında sosyal desteği yüksek olan hastaların öz bakım davranışları ve yara iyileşme durumunun daha iyi olduğunu bildirmiştir (13-15).

Hemşireler hastalara holistik yaklaşım kapsamında bakım hizmeti verdiklerinde bireyi bedensel, zihinsel, duygusal, sosyo-kültürel ve manevi boyutlarıyla bir bütün olarak düşünmelidir (69). Sağlık sorunları olan kişilerin sosyal ilişkileri ve yaşam doyumu düzeyleri bozulabilmektedir. Gerekli sosyal desteği almış hastalar olaylara daha olumlu bakabilirler (70). Hasta ihtiyaçlarından olan bir dokunuş dahi hemşireler tarafından bilinçli, planlı ve kasıtlı bir şekilde kullanıldığında sevgi, merhamet ve acı gibi pozitif ve negatif iletiler gönderebilmektedir (71). Bu anlamda DA'lı hastaların karşılaştıkları olumsuz durumlarla baş edebilmesi için sosyal destek kaynaklarından destek almaları gerekmektedir.

2.6. Diyabetik Ayaklı Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin standart bir tanımı bulunmamaktadır çünkü tanımlaması zor ve kişiden kişiye değişebilen bir kavramdır (72, 73). Yaşam kalitesi tanımlamalarının farklılık göstermesi bu alanda çalışan kişilerin yaklaşımlarından kaynaklanmaktadır. Sosyal bilimciler psikoloji ve sosyal iyilik halini, tıp bilimi biyoloji, psikoloji ve klinik sonuçları değerlendirmeye katmaktadır (74). İlk olarak Thorndike tarafından (1939) "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanmıştır. 1982 de ise Lewis tarafından "bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı" olarak tanımı yapılmıştır (72, 73). Campbell, yaşam kalitesini birçok kişinin üzerinde konuştuğu, ancak

kimsenin bu konuda tam olarak ne yapacağını bilemediği bir antite olarak vurgulamıştır (74).

Yaşam kalitesi; kişinin içinde bulunduğu kültür ve değerler çerçevesinde, beklentileri, amaçları, standartları ve ilgileriyle ilişkili yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanmaktadır. İyi olma durumu olarak kullanılan ve mutlu olmayı içeren fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bireyi çevreleyen faktörlerin ilişkisini kapsayan geniş bir kavramdır (75). DSÖ yaşam kalitesini içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, kaygıları ve standartları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (76). Diyabetli hastalarda yaşam kalitesi tedavi ve bakımın önemli bir göstergesi kabul edilmektedir ve tip 2 diyabet tedavi kılavuzuna göre birincil amaç yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (18).

Diyabet komplikasyonlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalarda diyabet hastalarının yaşam kalitesinin genel popülasyondan daha düşük olduğu ancak diğer kronik hastalığı olan bireylerden daha iyi olduğu belirtilmiştir (17, 18, 77). Winkley ve arkadaşları uzun süre DA ile karşı karşıya kalan hastaların yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmiştir (19). Blanes ve arkadaşları, Raspovic ve Wukich; Igde ve arkadaşları; Sothornwit ve arkadaşları çalışmalarında diyabetik ayağın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (20-23).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Fırat Üniversitesi Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mart 2015 – Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

Fırat Üniversitesi Hastanesi Endokrin servisinde 9 hasta odası ve toplamda 20 yatak bulunmaktadır. Bu serviste 6 hemşire görev yapmaktadır ve ayda ortalama 2-4 DA hastası tedavi görmektedir. Plastik, Rekonstruktif Ve Estetik Cerrahi servisinde 30 hasta odası ve toplamda 40 yatak bulunmaktadır. Bu serviste 10 hemşire görev yapmaktadır ve ayda ortalama 4-6 DA hastası tedavi görmektedir. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Endokrin-Dahiliye servisinde 16 hasta odası ve toplamda 41 yatak bulunmaktadır. Bu serviste 16 hemşire görev yapmaktadır ve ayda ortalama 2-4 DA hastası tedavi görmektedir. Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi servisinde 7 hasta odası ve toplamda 11 yatak bulunmaktadır. Bu serviste 4 hemşire görev yapmaktadır ve ayda ortalama 1-3 DA hastası tedavi görmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini DA tedavisi alan yetişkin hastalar oluşturdu. Örneklem seçiminde yapılan güç analizinde; etki büyüklüğü 0.80 ve 0.95 güven aralığında en az 83 hasta olarak hesaplandı. Araştırma hata payını azaltmak için 86 hasta ile tamamlandı. Örneklem seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler Eylül 2015 - Ağustos 2016 tarihleri arasında pazartesi ve cuma günleri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Form, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği (DQOL) kullanıldı. Görüşme hasta odasında yapıldı. Her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, DA gelişen hastaların özelliklerini içeren *Sosyo-Demografik Form*, algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemek amacı ile *ÇBASDÖ* ve diyabetik bireylere özgü geliştirilmiş *DQOL* kullanıldı.

3.4.1.1.Sosyo-Demografik Form

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra oluşturulan hastaların sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, nerede yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu) gösteren ve hastalık özelliklerine (kaç yıldır diyabet hastası olduğu, insülin kullanma durumu, hastaneye yatma durumu ve diyabet dışında metabolik hastalığı olması durumu) ilişkin soruları içeren toplam 11 soru yer almaktadır (78, 79).

3.4.1.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (80). Ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Cronbach's Alpha değeri 0.89 bulunmuştur (64). Ölçek, "Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet" olarak düzenlenmiş 7 dereceli ve toplam 12 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; aile desteği (3, 4, 8, 11 maddeler), arkadaş desteği (6, 7, 9, 12 maddeler), özel kişi desteği (1, 2, 5, 10 maddeler) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28' dir. Ölçekten alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanı en düşük 12, en yüksek ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (64, 79).

Bu araştırmada ölçek toplam Cronbach's Alpha değeri 0.93, aile desteği alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.83, arkadaş desteği alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.81, özel insan desteği alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.82 bulundu.

3.4.1.3.Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)

Diyabet hastalarına özgü geliştirilmiş olan Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach's Alpha değeri 0.89 bulunmuştur (81). Ölçek dört bölüm ve toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümler; "tedaviden memnuniyet" (15 soru), "tedavinin psikolojik etkisi" (19 soru), "şeker hastalığının gelecekteki seyri/etkileri hakkında duyulan endişe" (4 soru) ve "sosyal ve mesleki kaygı/endişe" (7 soru) şeklindedir. Ölçeğin "tedaviden memnuniyet" bölümündeki sorular sırasıyla; çok memnun ediyor (5 puan), orta derecede memnun ediyor (4 puan), hiçbiri (3 puan), az derecede memnun ediyor (2 puan), hiç memnun etmiyor (1 puan) şeklindedir. Ölçeğin diğer bölümlerindeki sorular sırasıyla; hiçbir zaman (5 puan), çok nadir (4 puan), bazen (3 puan), sıklıkla (2 puan), her zaman (1 puan) şeklindedir. Ölçeğin iyi veya kötü yaşam kalitesi için her hangi bir skor kesme

noktası olmamakla beraber yüksek puan daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir (78, 81).

Bu araştırmada ölçeğın toplam Cronbach's Alpha değeri 0.89, tedaviden memnuniyet alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.85, tedavinin psikolojik etkisi alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.79, şeker hastalığının gelecekteki seyri/etkileri hakkında duyulan endişe alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.60, sosyal ve mesleki kaygı/endişe alt boyutu Cronbach's Alpha değeri 0.87 bulundu.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Hastaların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu algısı) ve hastalıkları ile ilgili (hastalık süresi, insülin kullanma durumu, diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ve diyabet dışında kronik hastalık durumu) soruları oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ve diyabet yaşam kalitesi düzeyi bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 paket programını kullanarak analiz edildi. Sayısal değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıma uyup uymadığını anlamak için Shapiro Wilk normallik testi kullanıldı. Shapiro Wilk testine göre DQOL puanının normal dağıldığı ($p>0.05$), ÇBASDÖ puanının normal dağılmadığı ($p<0.05$) belirlendi. Veri analizleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verildi. İstatistiksel analizler %95 güven aralığında, ($p<0.05$) önem düzeyinde değerlendirildi. Aşağıda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler belirtilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde (DQOL)	Normal dağılmayan ölçümlerde (ÇBASDÖ)
Yaş grupları, Yaşanılan yer, Eğitim durumu, Çalışma durumu, Gelir durumu algısı, Hastalık süresi	Varyans analizi	Kruskall Wallis analizi
Cinsiyet, Medeni durum, İnsülin kullanma durumu, Diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu, Diyabet dışında kronik hastalık durumu	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney-U testi
ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları ile DQOL toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki	Spearman korelasyon analizi	
Verilerin normallik dağılımı	Shapiro Wilk Testi	
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
İleri analizler	LSD, x^2 ve Mann Whitney – U analizleri	

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-6) alındı. Daha sonra Elazığ İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK-7) ve Fırat Üniversitesi Hastanesi'nden (EK-8) yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada hastaların olasılıksız gelişigüzel seçilmesi araştırmanın sınırlılığdır. Araştırma sonuçları benzer özellikteki gruplara genellenebilir.

4. BULGULAR

Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		S	%
Cinsiyet	Kadın	42	48.8
	Erkek	44	51.2
Medeni durum	Evli	47	54.7
	Bekâr	39	45.3
Yaş ($\bar{X}=48.5\pm 12.3$)	20-29 yaş	11	12.8
	30-39 yaş	14	16.3
	40-49 yaş	16	18.6
	50 yaş ve üzeri	45	52.3
Yaşanılan yer	Köy	10	11.6
	Kasaba	23	26.7
	İlçe	26	30.2
	İl	27	31.4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	9	10.5
	İlköğretim	33	38.4
	Ortaöğretim	28	32.6
	Lisans ve üzeri	16	18.6
Çalışma durumu	Çalışmıyor	17	19.8
	Ev hanımı	26	30.2
	Memur / işçi	21	24.4
	Emekli	16	18.6
	Diğer	6	7.0
Gelir durumu algısı	Gelir giderden fazla	21	24.4
	Gelir giderden az	18	20.9
	Gelir gidere denk	37	43.0
	Geliri yok	10	11.6
Toplam		86	100

Hastaların %51.2'sinin erkek, %54.7'sinin evli, %52.3'ünün 50 yaş ve üzerinde ve yaş ortalamasının 48.5 ± 12.3 olduğu, %31.4'ünün ilde yaşadığı, %38.4'ünün ilköğretim mezunu, %30.2'sinin ev hanımı ve %43'ünün gelirinin giderine denk olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık Özellikleri		S	%
Hastalık süresi	0-7 yıl	33	38.4
	8-14 yıl	27	31.4
	15-21 yıl	16	18.6
	22 yıl ve üzeri	10	11.6
İnsülin kullanma durumu	Evet	71	82.6
	Hayır	15	17.4
Diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu	Evet	72	83.7
	Hayır	14	16.3
Diyabet dışında kronik hastalık durumu	Evet	50	58.1
	Hayır	36	41.8
Toplam		86	100

Hastaların %38.4'ünün hastalık süresinin 0-7 yıl arasında, %82.6'sının insülin kullandığı, %83.7'sinin diyabet nedeniyle daha önce hastanede yattığı ve %58.1'nin diyabet dışında kronik hastalığının olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Alınabilecek Min-Max Puan	Alınan Min-Max Puan	$\bar{X}\pm SS$
ÇBASDÖ Toplam	12-84	12-84	58.88±1.89
Özel İnsan Desteği	4-28	4-28	19.06±0.71
Aile Desteği	4-28	4-28	20.22±0.65
Arkadaş Desteği	4-28	4-28	19.59±0.66
DQOL Toplam	45-225	91-223	150.34±2.93
Tedaviden Memnuniyet	15-75	21-75	49.62±1.14
Tedavinin Psikolojik Etkisi	19-95	40-93	62.98±1.64
Hastalık Kaygısı	4-20	5-20	12.74±0.33
Sosyal ve Mesleki Endişe	7-35	8-35	24.98±0.69

Hastaların ÇBASDÖ ile DQOL toplam ve alt ölçek puan ortalamaları (Tablo 4.3) gösterilmiştir. ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 58.88±1.89, özel insan desteği puan ortalamasının 19.06±0.71, aile desteği puan ortalamasının 20.22±0.65 ve arkadaş desteği puan ortalamasının 19.59±0.66 olduğu saptandı. Hastaların sosyal desteğinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. DQOL toplam puan ortalamasının 150.34±2.93, tedaviden memnuniyet puan ortalamasının 49.62±1.14, tedavinin psikolojik etkisi puan ortalamasının 62.98±1.64, hastalık kaygısı puan ortalamasının 12.74±0.33, sosyal ve mesleki endişe puan ortalamasının 24.98±0.69 olduğu saptandı. Hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	ÇBASDÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Özel İnsan Desteği $\bar{X}\pm SS$	Aile Desteği $\bar{X}\pm SS$	Arkadaş Desteği $\bar{X}\pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	54.57±18.91	17.28±6.80	18.64±6.67	18.64±6.63
Erkek	63.00±15.25	20.77±6.08	21.72±5.00	20.50±5.55
M _{wu}	702.00	641.00	693.50	794.50
p	0.05	0.01*	0.04*	0.26
Medeni Durum				
Evlü	63.36±16.74	19.85±6.40	20.89±5.71	20.61±5.66
Bekâr	55.89±18.25	18.12±6.87	19.41±6.41	18.35±6.53
M _{wu}	742.00	778.50	805.50	725.50
p	0.13	0.23	0.33	0.09
Yaş				
20-29 yaş	51.72±19.42	15.90±6.87	18.45±6.97	17.36±6.94
30-39 yaş	62.64±17.36	20.50±6.75	22.57±4.70	19.57±6.89
40-49 yaş	59.56±16.85	20.12±6.77	19.75±5.80	19.68±5.12
50 yaş ve üzeri	59.22±17.50	19.02±6.46	20.08±6.24	20.11±6.11
χ^2_{KW}	2.56	4.21	3.33	1.70
p	0.46	0.23	0.34	0.63
Yaşanılan Yer				
Köy	48.80±14.77	16.00±5.07	16.60±6.00	16.20±5.51
Kasaba	55.43±17.32	17.34±6.45	19.43±5.58	18.65±6.60
İlçe	58.96±18.58	19.53±7.00	20.03±6.55	19.33±6.47
İl	65.48±15.86	21.22±6.45	22.40±5.37	21.85±4.99
χ^2_{KW}	9.95	9.39	9.35	7.57
p	0.01*	0.02*	0.02*	0.05
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	54.11±26.13	17.44±9.28	18.33±9.01	18.33±8.03
İlköğretim	58.15±15.63	19.21±5.81	20.00±5.40	18.93±5.77
Ortaöğretim	61.46±19.75	20.35±7.12	20.67±6.90	20.42±6.70
Lisans ve Üzeri	58.73±11.85	17.80±5.75	21.00±3.66	19.93±4.92
χ^2_{KW}	2.05	4.61	1.39	2.51
p	0.72	0.32	0.84	0.64

Tablo 4.4. (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	ÇBASDÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Özel İnsan Desteği $\bar{X}\pm SS$	Aile Desteği $\bar{X}\pm SS$	Arkadaş Desteği $\bar{X}\pm SS$
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	56.82±20.28	18.70±7.18	19.94±6.74	18.17±7.04
Ev Hanımı	55.00±19.78	18.11±7.10	18.57±6.93	18.30±6.63
Memur / İşçi	63.09±15.10	20.57±6.32	21.33±4.88	21.19±5.54
Emekli	59.87±15.18	18.43±6.59	21.12±5.05	20.31±5.26
Diğer	64.16±12.57	20.66±4.84	21.83±6.24	21.66±4.80
χ^2_{kw}	1.93	1.89	2.14	3.43
p	0.74	0.75	0.70	0.48
Gelir Durumu Algısı				
Gelir giderden fazla	62.19±16.96	20.80±5.70	20.57±5.93	20.80±6.56
Gelir giderden az	54.05±19.59	18.05±7.31	18.27±6.90	17.72±6.89
Gelir gidere denk	59.91±15.00	18.83±6.33	21.24±5.00	19.83±5.11
Geliri yok	56.80±23.76	18.10±8.53	19.20±7.96	19.50±7.45
χ^2_{kw}	1.83	1.58	1.76	2.53
p	0.60	0.66	0.62	0.46

***p<0.05**

Hastaların cinsiyetleri ile ÇBASDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında özel insan desteği ve aile desteği alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). Erkek hastaların özel insan desteği ve aile desteği alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu, cinsiyet ile ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Yaşanılan yere göre ÇBASDÖ toplam puanı, özel insan desteği ve aile desteği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). İlde yaşayan hastaların ÇBASDÖ toplam, özel insan desteği ve aile desteği alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Hastaların medeni durum, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile ÇBASDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi (**p>0.05**) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özellikleri ile ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık Özellikleri	ÇBASDÖ Toplam $\bar{X}\pm SS$	Özel İnsan Desteği $\bar{X}\pm SS$	Aile Desteği $\bar{X}\pm SS$	Arkadaş Desteği $\bar{X}\pm SS$
Hastalık Süresi				
0-7 yıl	58.39±18.04	18.84±6.95	20.75±6.05	18.78±6.38
8-14 yıl	58.66±17.75	19.03±6.91	19.33±6.46	20.29±5.94
15-21 yıl	56.31±20.33	17.93±7.41	19.62±6.44	18.75±6.91
22 yıl ve üzeri	65.20±9.85	21.70±2.16	21.80±4.31	21.70±4.42
χ^2_{KW}	1.01	1.13	1.14	2.25
p	0.79	0.76	0.76	0.52
İnsülin Kullanma Durumu				
Evet	58.90±18.35	19.22±6.76	20.19±6.22	19.47±6.41
Hayır	58.80±13.67	18.33±6.18	20.33±5.35	20.13±4.76
M_{WU}	473.50	511.50	520.50	503.00
p	0.50	0.81	0.89	0.73
Diyabet Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu				
Evet	59.56±17.43	19.18±6.68	20.37±6.19	20.01±5.91
Hayır	55.35±18.44	18.50±6.66	19.42±5.40	17.42±7.04
M_{WU}	464.00	430.00	399.00	425.50
p	0.63	0.38	0.21	0.35
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Durumu				
Evet	61.06±19.10	19.48±7.32	20.82±6.63	20.76±6.07
Hayır	55.86±14.88	18.50±5.61	19.38±5.10	17.97±5.94
M_{WU}	771.00	696.00	637.50	682.50
p	0.25	0.07	0.02*	0.05

* $p<0.05$

Hastaların hastalık özellikleri ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında diyabet dışında kronik hastalık durumu ile aile desteği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Diyabet dışında kronik hastalığı olanların aile desteği alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan hastaların hastalık süresi, insülin kullanma durumu ve diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	DQOL Toplam $\bar{X}\pm SS$	Tedaviden memnuniyet $\bar{X}\pm SS$	Tedavinin psikolojik etkisi $\bar{X}\pm SS$	Hastalık kaygısı $\bar{X}\pm SS$	Sosyal ve mesleki endişe $\bar{X}\pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	145.30±30.05	47.50±10.17	61.19±17.97	12.11±2.94	24.50±6.47
Erkek	155.15±23.60	51.65±10.69	64.70±12.16	13.34±3.10	25.45±6.44
t	-1.69	-1.84	-1.06	-1.87	-0.68
p	0.09	0.06	0.29	0.06	0.49
Medeni Durum					
Evli	159.51±24.66	51.61±9.34	67.36±15.03	13.61±3.15	26.91±5.43
Bekâr	139.30±26.36	47.23±11.58	57.71±14.05	11.69±2.63	22.66±6.84
t	3.66	1.94	3.05	3.02	3.20
p	0.00*	0.05	0.00*	0.00*	0.00*
Yaş					
20-29 yaş	132.54±18.16	47.54±9.93	53.54±8.28	10.54±2.54	20.90±6.39
30-39 yaş	150.00±21.91	55.85±10.68	57.78±14.17	12.50±2.82	23.85±4.07
40-49 yaş	140.87±15.70	46.06±9.96	58.81±8.67	11.68±2.12	24.31±6.97
50 yaş ve üzeri	158.17±30.94	49.46±10.41	68.40±16.85	13.73±3.20	26.57±6.48
F	3.79	2.48	4.77	4.61	2.74
p	0.01*	0.06	0.00*	0.00*	0.04*
Yaşanılan Yer					
Köy	148.30±18.26	45.50±7.12	63.40±9.81	13.00±1.88	26.40±4.08
Kasaba	157.73±30.20	52.30±11.22	66.60±14.97	13.56±2.88	25.26±5.64
İlçe	150.57±28.89	51.84±10.02	62.07±13.64	12.88±4.03	23.76±7.49
İl	144.59±25.57	46.74±10.92	60.62±18.55	11.81±2.32	25.40±6.81
F	0.98	2.12	0.66	1.43	0.51
p	0.40	0.10	0.57	0.23	0.67
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	148.00±31.92	47.11±11.35	63.55±16.59	13.11±2.47	24.22±8.02
İlköğretim	151.78±23.31	48.66±9.43	63.75±12.75	12.72±2.63	26.63±5.33
Ortaöğretim	152.85±32.10	53.14±10.71	62.96±19.52	12.96±3.82	23.78±7.24
Lisans ve Üzeri	147.20±22.08	48.00±10.99	62.20±11.41	12.46±2.79	24.53±5.93
F	0.96	2.00	0.36	0.68	1.13
p	0.43	0.10	0.83	0.60	0.34

Tablo 4.6. (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	DQOL Toplam $\bar{X}\pm SS$	Tedaviden memnuniyet $\bar{X}\pm SS$	Tedavinin psikolojik etkisi $\bar{X}\pm SS$	Hastalık kaygısı $\bar{X}\pm SS$	Sosyal ve mesleki endişe $\bar{X}\pm SS$
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	151.94±27.73	51.05±12.90	65.00±21.39	11.88±1.45	24.00±5.53
Ev Hanımı	144.42±29.63	47.42±10.64	59.92±14.86	12.61±3.20	24.46±6.69
Memur / İşçi	147.23±28.69	50.33±10.10	62.85±14.10	12.23±3.76	23.80±7.20
Emekli	163.31±22.77	50.18±9.42	68.87±9.81	14.75±2.69	29.50±5.01
Diğer	140.83±8.51	51.16±9.70	55.33±8.86	12.16±2.63	22.16±3.76
F	1.45	0.41	1.32	2.39	2.78
p	0.22	0.79	0.26	0.05	0.03*
Gelir Durumu Algısı					
Gelir giderden fazla	159.14±24.89	53.23±8.98	65.90±12.58	13.66±3.49	26.33±6.64
Gelir giderden az	135.27±22.99	46.50±10.30	54.05±10.62	12.27±2.63	22.44±5.94
Gelir gidere denk	156.10±24.45	50.14±9.19	66.27±16.70	12.64±3.08	26.64±5.49
Geliri yok	137.70±35.94	44.30±16.00	60.80±17.27	12.00±2.78	20.60±7.50
F	4.27	2.38	3.16	0.97	3.99
p	0.00*	0.07	0.02*	0.40	0.01*

*p<0.05

Erkek hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının kadınlarınkinden yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi. ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların medeni durumları ile DQOL toplam, tedavinin psikolojik etkisi, hastalık kaygısı, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptandı ($p<0.05$). Evli hastaların puan ortalamalarının bekar olanlardan yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.6).

Hastaların yaşları ile DQOL toplam, tedavinin psikolojik etkisi, hastalık kaygısı, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptandı ($p<0.05$). Yaşı 50 ve üzerinde olan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.6).

Hastaların yaşadıkları yer ve eğitim durumları ile DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hastaların meslekleri ile sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptandı ($p<0.05$). Emekli olan bireylerin puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.6).

Hastaların gelir düzeyi ile DQOL toplam, tedavinin psikolojik etkisi, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptandı ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özellikleri ile DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık Özellikleri	DQOL Toplam $\bar{X}\pm SS$	Tedaviden memnuniyet $\bar{X}\pm SS$	Tedavinin psikolojik etkisi $\bar{X}\pm SS$	Hastalık kaygısı $\bar{X}\pm SS$	Sosyal ve mesleki endişe $\bar{X}\pm SS$
Hastalık Süresi					
0-7 yıl	145.06±22.94	50.51±11.83	58.81±12.66	12.30±2.85	23.42±5.20
8-14 yıl	153.96±29.49	49.14±9.13	66.40±18.30	12.62±2.89	25.77±7.35
15-21 yıl	145.18±28.13	46.75±9.87	60.43±13.85	11.93±3.17	26.06±7.83
22 yıl ve üzeri	166.30±28.88	52.60±11.38	71.60±12.55	15.80±2.61	26.30±4.66
F	1.97	0.74	2.61	4.36	1.07
p	0.12	0.52	0.05	0.00*	0.36
İnsülin Kullanma Durumu					
Evet	148.92±27.21	49.98±10.15	61.47±15.75	12.64±3.18	24.81±6.58
Hayır	157.06±27.27	47.93±12.70	70.13±10.64	13.20±2.54	25.80±5.84
t	-1.05	0.68	-2.02	-0.63	-0.53
p	0.29	0.49	0.04*	0.53	0.59
Diyabet Nedeniyle Daha Önce Hastanede Yatma Durumu					
Evet	152.97±27.40	50.27±9.68	64.00±15.56	13.00±3.21	25.69±6.72
Hayır	136.85±22.71	46.28±14.36	57.78±13.08	11.42±1.74	21.35±2.73
t	2.06	1.29	1.39	1.77	2.36
p	0.04*	0.19	0.16	0.08	0.02*
Diyabet Dışında Kronik Hastalık Durumu					
Evet	155.74±25.17	52.00±10.67	63.88±13.84	13.34±3.16	26.52±6.98
Hayır	142.86±28.56	46.33±9.68	61.75±17.23	11.91±2.77	22.86±4.94
t	2.21	2.52	0.63	2.16	2.69
p	0.03*	0.01*	0.52	0.03*	0.00*

*p<0.05

Hastaların hastalık süreleri ile hastalık kaygısı alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). Hastalık süresi 22 yıl ve üzeri olan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Hastaların insülin kullanma durumu ile tedavinin psikolojik etkisi alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). İnsülin kullanmayan bireylerin puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Hastaların DA nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ile DQOL toplam puan ortalamaları, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). Daha önce diyabet nedeniyle hastanede yatan bireylerin puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Hastaların diyabet dışında metabolik hastalık olma durumları ile DQOL toplam, tedaviden memnuniyet, hastalık kaygısı, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (**p<0.05**). Diyabet dışında metabolik hastalığı olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. ÇBASDÖ ile DQOL Arasındaki İlişki

		DQOL Toplam	Tedaviden Memnuniyet	Psikolojik Etki	Hastalık Kaygısı	Mesleki Endişe
ÇBASDÖ	r	0.37**	0.47**	0.24*	0.34**	0.23*
Toplam	p	0.00	0.00	0.02	0.00	0.02
Özel İnsan Desteği	r	0.27*	0.41**	0.17	0.26*	0.13
	p	0.01	0.00	0.11	0.01	0.20
Aile Desteği	r	0.35**	0.44**	0.22*	0.32**	0.24*
	p	0.00	0.00	0.03	0.00	0.02
Arkadaş Desteği	r	0.38**	0.43**	0.27*	0.34**	0.25*
	p	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02

**p<0.01, *p<0.05

Özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları ile psikolojik etki ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları dışında sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı (**p<0.05**) (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde tartışılmıştır.

- Hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların DQOL'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- ÇBASDÖ ile DQOL arasındaki ilişki bulgularının tartışılması

5.1. Hastaların ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının orta değerinde olduğu, en çok desteğin aileden alındığı belirlendi (Tablo 4.3). Hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olması çevresinden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Yıldız'ın yapmış olduğu çalışma sonucuna göre; hastaların toplam algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının ortanın üzerinde olduğu bulunmuştur (79). Olçay, Ayaz ve ark, Tan ve Karabulutlu yapmış oldukları çalışmada hastaların ailelerinden aldıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (61, 82, 83). Barutçu'nun yapmış olduğu çalışmada da bireylerin en fazla ailelerinden sosyal destek aldığı belirlenmiştir (84). Sosyal destek insanların bedensel ve ruhsal sağlığının devam ettirilmesinde önemlidir (85). DA'lı hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının yüksek bulunması aileleri tarafından yeterli sosyal destek verildiğini gösterebilir. Bu bulgular ışığında diğer alt boyutlara oranla aile desteğinin daha önemli olduğu söylenebilir. Türk toplumunun kültürel yapısında ailenin önemli kabul edilmesi, olası bir durumda güçlü bağların kurulması ile dayanışmaları söz konusudur. Kültürel olarak toplumumuzda aile önemli bir yere sahiptir. Hastaların kronik hastalıkların oluşturduğu olumsuz etkiyle baş etmelerinde ailenin önemli bir destek kaynağı olduğu düşünülebilir.

Araştırmada erkek hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak sadece özel insan desteği ile aile desteği alt boyutlarında önemli olduğu saptandı (Tablo 4.4). Karataş yapmış olduğu çalışmada erkeklerde algılanan sosyal destek düzeyinin kadınlardan daha yüksek

olduğunu belirtmiştir (86). Köçkar ise kadınların erkeklere oranla arkadaştan aldıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu diğer alt boyutlarda ise önemli bir fark olmadığını belirtmiştir (87). Albal cinsiyetin sosyal destek düzeyi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemiştir (88). Yılmaz ve arkadaşları da cinsiyetin sosyal destek düzeyi üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemiştir (89). Yıldız ise yapmış olduğu çalışmada kadınların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğunu saptamıştır (79). Cinsiyetin sosyal destek üzerindeki sonuçlarının farklı olması araştırmaların yapıldığı toplumların farklı kültürel yapıda olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmaya alınan hastaların medeni durum ve yaşları ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı. (Tablo 4.4). Köçkar da çalışmamıza benzer olarak medeni durum ve yaşın sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturmadığını belirlemiştir (87). Savcı çalışmasında yaşın sosyal destek üzerinde bir fark oluşturmadığını belirtmiştir (90). Yıldız ise evli olan bireylerin ÇBASDÖ toplam, aile desteği ve özel insan destek düzeyinin daha yüksek olduğunu ve 30 yaş altında olan bireylerin aile destek düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (79). Çalışmamızda bu değişkenin anlamlı bulunmaması örnekleme dahil edilen hastaların yaşlarının yarısından fazlasının 50 yaş ve üzeri olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı toplumda medeni durumu fark etmeksizin hastaların diğer aile bireyleri ile birlikte yaşamaları, aile içi bağların güçlü olması ve aile dayanışmasının önemini bilmeleri nedeniyle medeni durumun sosyal desteği etkilemediği söylenebilir.

Araştırmada yaşanan yere bakıldığında ilde yaşayan hastaların ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutlardan algıladıkları destek düzeyinin daha yüksek olduğu ve arkadaş desteği hariç diğer tüm puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.4). Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada da ilde yaşayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuştur (91). İlde yaşayan hastaların sağlık kurumlarına ulaşım şartlarının daha iyi olması, teknolojik açıdan daha iyi imkanlara sahip olması ve bunları kullanması sosyal destek düzeylerinin yükselmesine neden olabilir.

Araştırmada eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.4). Albal çalışmasında eğitim durumu ve çalışma durumunun sosyal destek düzeyini etkilemediğini belirlemiştir (88). Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada ise çalışma durumunun sosyal destek düzeyini etkilemediği ancak lise ve

üzerinde eğitim gören bireylerin ve geliri orta düzeyin üzerinde olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (91). Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada; okuryazar olmayan hastaların ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu, çalışma durumu ve gelir durumu algısı ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirtilmiştir (79). Köçkar'ın yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyinin sosyal destek düzeyini etkilemediği, özel insan desteği düzeyinin sadece üniversite mezunu hastalarda yüksek olduğu belirlenmiştir (87). Çalışmamızda bu değişkelerin anlamlı bulunmaması araştırmanın yapıldığı toplumda kişiler arası ilişkilerin önemli bir yere sahip olması ve sosyal destek verilirken çıkar ilişkisi güdülmemesi gibi kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada hastaların hastalık süresi, insülin kullanma durumu ve diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu, diyabet dışında kronik hastalığı olanların sosyal desteklerinin yüksek olduğu ancak sadece aile desteklerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.5). Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada 10 yıldan daha az zamandır diyabet olan hastaların ÇBASDÖ toplam, aile desteği ve özel insan desteğinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu yönüyle çalışmamız ile Yıldız'ın yapmış olduğu çalışma benzerlik göstermemektedir. Çalışmamız ile sonuçların farklılık göstermesi araştırmanın yapıldığı yerde yaşayan bireylerin toplumsal değerlerinde ki farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir. Yıldız'ın çalışmasında insülin kullanma ve oral antidiyabetik ilaç kullanma durumu ile ÇBASDÖ toplam, aile desteği ve arkadaş desteği alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu belirtilmiştir (79). Bu yönü çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Demiryel çalışmasında başka bir kronik hastalık olmasının sosyal desteği etkilemediğini bildirmiştir (92). Karataş ise başka kronik hastalığı olanların sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (86). Çalışmamızda bu değişkelerin anlamlı bulunmaması araştırmanın yapıldığı toplumun kültürel olarak farklı olmasından kaynaklanabilir. Araştırmanın yapıldığı toplumda hastalar herhangi olumsuz bir durumla karşı karşıya kaldıklarında sosyal destek kaynakları tarafından desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu anlamda diyabet tanısı konulmuş hastaların hastalık özellikleri fark etmeksizin sosyal destek kaynaklarından sosyal destek aldıkları söylenebilir.

5.2. Hastaların DQOL'den Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin

Bulguların Tartışılması

Araştırmada yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının orta değer üzerinde olduğu saptandı (Tablo 4.3). Yılmaz'ın çalışmasında da DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirtilmiştir (93). Bizim bulgularımız Yılmaz'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Hastaların aldıkları puanın artması yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Diyabet hastalarında yaşam kalitesi genel olarak tedavi sonucunun bir göstergesi olduğu kabul edilmektedir. Tedavide birincil amacın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır (94). Kronik hastalıkların insanlar üzerindeki etkisi düşünüldüğünde yaşam boyu insanları olumsuz etkilediği görülmektedir. Olumsuz etki düzeyi ise her hasta için farklılık göstermektedir. Bu anlamda hastalıklarla baş etmede olumsuz etkinin en aza indirilip yaşam kalitesinin yükseltilmesinin önemli olduğu düşünülebilir.

Araştırmada hastaların cinsiyetleri ile DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında erkeklerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.6). Akbudak'ın yapmış olduğu çalışmada erkeklerin DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirtilmiştir (78). Gökmen'in yapmış olduğu çalışmada da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı ancak erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan yüksek olduğu belirtilmiştir (95). Sajel ve Saranya'nın DA ülseri olan kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır (96). Göçgeldi ve arkadaşları erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan yüksek olduğunu belirtmişlerdir (75). Sönmez ve Kasım'ın çalışmasına bakıldığında erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür (97). Eren ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden düşük olduğu bulunmuştur (94). Yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde de diyabet hastalarında yaşam kalitesinin erkeklerde daha iyi olduğu görülmektedir (98-100). Bu yönüyle çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmanın yapıldığı toplumda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan daha iyi olması kadınların sosyal yaşamdaki sorumluluklarının (ev, anne olma, aile yaşamı, iş hayatı vb.) daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Kadınlar başta annelik olmak üzere birçok alanda erkeklere oranla daha ağır sorumluluklar yüklenmektedir. Kadınların yüklenmiş oldukları sorumlulukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmada evli olanların DQOL toplam ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, tedaviden memnuniyet alt boyutu hariç diğer puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6). Akbudak'ın yapmış olduğu çalışmada evlilerin DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (78). Gökmen yapmış olduğu çalışma sonucunda da evlilerin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu belirtmiştir (95). Bu yönüyle çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Evlilerin hastalıklar ile baş etmede hem maddi hem de manevi olarak eşlerinden destek alması yaşam kalitesinin artmasına neden olabilir.

Araştırmada DQOL toplam, tedavinin psikolojik etkisi, hastalık kaygısı, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamalarının 50 yaş ve üzeri olan bireylerde en yüksek, 20-29 yaş grubunda olan bireylerde ise en düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6). Akbudak yapmış olduğu çalışmada; yaş ile DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu belirlemiştir (78). Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar olmakla beraber yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin olmadığını ya da zayıf ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarda vardır (97, 101, 102). Çalışmamızın diğer çalışmalar ile farklılık göstermesi araştırmaya alınan hastaların büyük çoğunluğunun 50 ve üzeri yaşta olmasından kaynaklanabilir. Hastaların yaşları ilerledikçe hastalığa alışması ve psikolojik olarak daha az etkilenmesinden dolayı yaşam kalitesinin artmasına neden olabilir. 50 ve üzeri yaşta ki hastaların genel olarak mesleki açıdan bir beklentilerinin olmaması da yaşam kalitelerinin artmasına neden olabilir.

Araştırmada yaşanılan yer ve eğitim durumu ile DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.6). Coşkunsu çalışmasında eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir (103). Akbudak eğitim durumunun yaşam kalitesi bakımından önemli olmadığını belirlemiştir (78). Sönmez de eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmiştir (97). Bu yönüyle çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya alınan hastaların hepsinde DA gelişmiştir. Hastaların DA hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmaması, yaşadıkları bölgede diyabetik ayağa yönelik verilen eğitimin yetersiz olması nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkileneceği söylenebilir.

Araştırmada emekli olan hastaların sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6). Altın'ın çalışma sonuçlarına bakıldığında çalışmanın yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (104). Çalışmamız Altın'ın çalışmasından farklılık

göstermektedir. Emekli olan bireylerin yaşamlarının kalan diğer kısmında mesleki olarak bir beklenti içerisinde olmaması yaşam kalitelerinin yüksek çıkmasına neden olabilir. İnsanlar genç yaşlarda iş sahibi olmaktadır. İlerleyen yaşlarda işlerini ellerine almış ve genel olarak mesleki açıdan bir yerlere gelmişlerdir. Bu anlamda hastaların sosyal ve mesleki açıdan endişe duymaması yaşam kalitelerini arttırabilir.

Araştırmada geliri giderden fazla olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu DQOL toplam, tedavinin psikolojik etkisi, sosyal ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6). Altın çalışmasında gelir durumunun istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemiştir (104). Geliri iyi olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olması sosyal ve mesleki açıdan endişe duymamalarından, maddi olarak sosyal standartlarının iyi olmasından kaynaklanabilir. Hastaların gerekli tedavi hizmetlerini alabilmeleri için maddi kaynaklara ihtiyaçları vardır. Maddi olarak sıkıntı yaşamayan hastalar tedaviye daha iyi uyum sağlayabilirler. Geliri giderden fazla olanların sosyal ve mesleki açıdan doyum sağladıkları düşünülebilir.

Araştırmada hastalık süresi 22 yıl ve üzeri olan hastaların DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak sadece hastalık kaygısı alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.7). Sönmez ve Kasım yapmış oldukları çalışmada diyabet süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir (97). Redekop'un çalışmasında da hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (105). Hastalık süresinin herhangi bir yılında DA görülebilmektedir. Hastalık süresince DA ile karşı karşıya kalan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Araştırmada insülin kullanmayan hastaların tedavinin psikolojik etkisi alt boyutu hariç DQOL toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı (Tablo 4.7). Akbudak yapmış olduğu çalışmada insülin tedavisi alan hastaların DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu belirtmiştir (78). Yapılan diğer çalışmalarda da tedavi şekilleri ile yaşam kalitesi arasında ilişkiye rastlanmamıştır (106, 107). Bu yönüyle çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya alınan hastaların büyük çoğunluğu insülin kullanmaktadır. Bu durum tedavi şeklinin yaşam kalitesi açısından önemsiz çıkmasına neden olabilir.

Araştırmada diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatan hastaların DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak DQOL toplam ile

sosyal ve mesleki endişe alt boyutunun istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo 4.7). Akbudak'ın yapmış olduğu çalışmada da diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatan hastaların DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve tedavinin psikolojik etkisi alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (78). Bu yönüyle çalışmamız Akbudak'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Hemşireler tarafından hastalara hastalığı hakkında bilgi verilmesi hastaların yaşam kalitesinin yükselmesine neden olabilir.

Araştırmada diyabet dışında kronik hastalığı olan hastaların DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve tedavinin psikolojik etkisi hariç diğer alanlarda istatistiksel olarak aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 4.7). Sönmez ve Kasım çalışmalarında diyabet dışında hastalığı olan hastaların yaşam kalitesinin kötüleştiğini belirlemişlerdir (97). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bir kronik hastalığı olanların yaşam kalitelerinin iki kronik hastalığı olanlardan daha iyi olduğu belirtilmiştir (94). Akbudak'ın yapmış olduğu çalışmada ise diyabet dışında kronik hastalığı olan bireylerin DQOL toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (78). Çalışma sonuçlarının farklılık göstermesi araştırmaların yapıldığı bölgenin ve kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

5.3. ÇBASDÖ ile DQOL Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması

Araştırmada özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları ile psikolojik etki ve mesleki endişe alt boyut puan ortalamaları dışında sosyal destek toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ile yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı (Tablo 4.8). Savcı yapmış olduğu çalışmada algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki olduğunu belirtmiştir (90). Çalışkan ve arkadaşları sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiğini, sosyal destek düzeyi düştükçe yaşam kalitesinde düştüğünü, sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki olduğunu belirtmiştir (108). Benzer şekilde yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin olduğu çalışmalara rastlanılmıştır (84, 109-112). Sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin artması hastaların hastalığa bakış açısının değişmesinden kaynaklanabilir. Sosyal destek düzeyinin artması ile hastaların kendine güvenlerinin artabileceği, hastalık komplikasyonları ile baş etmede tedaviye pozitif bakmalarını sağlayabileceği düşünülebilir. Bu anlamda kronik hastalığı olan hastalara sosyal destek verilmesi ile

yaşam kalitesinin de yükseleceği düşünölebilir. Yaşam kalitesi yüksek olan hastalarında algılanan sosyal destek düzeylerinin yükseleceği söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

* Araştırmada kadınların erkeklere oranla özel insan desteği ile aile desteği düzeylerinin daha düşük olduğu,

* Araştırmada algılanan sosyal destek toplam, özel insan desteği ve aile desteği düzeyinin köyde yaşayanlarda en düşük, ilde yaşayanlarda ise en yüksek olduğu,

* Diyabet dışında kronik hastalığı olanların olmayanlara oranla aile desteği düzeyinin daha yüksek olduğu,

* Araştırmada evlilerin yaşam kalitelerinin bekarlardan daha yüksek olduğu,

* Araştırmada en düşük yaşam kalitesi 20-29 yaş grubundaki hastalar, en yüksek yaşam kalitesinin ise 50 yaş ve üzerindeki hastalar olduğu,

* Araştırmada emekli olan hastaların geleceğe yönelik sosyal ve mesleki açıdan endişe duymadıkları,

* Araştırmada geliri giderinden fazla olan hastaların yaşam kalitesinin diğer hastalardan yüksek olduğu,

* Hastalık süresi 22 yıl ve üzerinde olan hastaların hastalık kaygısı bakımından yaşam kalitesinin diğer hastalardan daha iyi olduğu,

* İnsülin kullanmayan hastaların tedavinin psikolojik etkisi bakımından yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu,

* Diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatan hastaların yaşam kalitesinin yatmayanlardan yüksek olduğu,

* Diyabet dışında kronik bir hastalığı olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu,

* Araştırmada toplam algılanan sosyal destek, aile desteği ve arkadaş desteği alt boyutları ile toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu,

* Araştırmada özel insan desteği alt boyutu ile toplam yaşam kalitesi, tedaviden memnuniyet ve hastalık kaygısı alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

* Diyabet tanısının konulduğu ilk andan itibaren hasta ve hasta yakınlarına hastalık hakkında eğitim verilmesi,

* Hastalara daha iyi sosyal destek verilebilmesi için hasta yakınlarına sosyal desteğin önemi hakkında bilgi verilmesi,

* Diyabetik ayaktan korunmak ve DA oluşması durumunda hastalara yapılması gerekenler hakkında eğitim verilmesi,

* Diyabet hemşiresi tarafından hastaların bilgilendirilmesi, yaşam kalitesi düzeyinin artırılmaya çalışılması, gerekli sosyal desteğin sağlanması,

* Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan daha geniş ve farklı örneklem gruplarında araştırmanın tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara. Yayın No: 816. 2014.
2. "Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi" Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın No: 1070 Ankara 2017.
3. Coşansu G. Diyabet: Küresel bir salgın hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2015, 31: 1-6.
4. Bloomgarden ZT. The diabetic foot. *Diabetes Care* 2008, 31(2): 372-6.
5. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008, 11: 3-18.
6. Yöner A. Diabetes Mellitus Fizyoloji, Tanımlama, Sınıflama, Etiyopatogenez, Klinik Özellikler. İçinde: Özata M (editör). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık, 2011: 543-64.
7. Yumuk V. Diabetes Mellitus'a Genel Bir Bakış. İçinde: Özata M (editör). *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık, 2011: 539-41.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Yayın No: 816. 2011.
9. Neşe AÇ, Ovayolu N. Diyabetik Ayak ve Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(2): 89-97.
10. Yılmaz C. Diyabetik Ayak Ülserleri. İçinde: Tüzün M. (editor). *Diyabetik Ayak ve Tedavisi*, 1. Baskı. İzmir, Deomed Medikal Yayıncılık, 2005: 5-22.
11. Güven T. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2007.
12. Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005, 20(3): 162-9.
13. Taher M, Abredari H, Karimy M, Rahmati M, Atarod M, Azaepira H. The Assessment of Social Support and Self-Care Requisites for Preventing Diabetic Foot Ulcer in Diabetic Foot Patients. *J Educ Community Health* 2016, 2(4): 34-40.
14. Peker A, Karaöz S. The Effects of Social Support and Hope in the Healing of Diabetic Foot Ulcers Treated with Standard Care. *Popul Health Manag* 2017, 20(6): 507.

15. Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 14(1): 1-9
16. Lavery LA, Wunderlich RP, Tredwell JL. Disease management for the diabetic foot: effectiveness of a diabetic foot prevention program to reduce amputations and hospitalizations. *Diabetes Res Clin Pract* 2005, 70(1): 31-7.
17. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes metabolism research and reviews* 1999, 15(3): 205-18.
18. Gries F, Alberti K. Management of non-insulin dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus statement. *IDF bull.* 1987, 32: 169-74.
19. Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds ME, Ismail K. Quality of life in people with their first diabetic foot ulcer: a prospective cohort study. *Diabetes Res Clin Pract* 2009, 99(5): 406-14.
20. Blanes L, Francescato DV, Carvalho HG, Masako LF. Health-related quality of life and self-esteem in patients with diabetic foot ulcers: results of a cross-sectional comparative study. *Ostomy Wound Manage* 2011, 57(3): 36-43.
21. Raspovic KM, Wukich DK. Self-reported quality of life and diabetic foot infections. *J Foot Ankle Surg* 2014, 53(6): 716-9.
22. Igde S. Health-Related Quality of Life Patients with Diabetes Mellitus and Diabetic Foot in the Southeastern Anatolia Region of Turkey. *IJCS* 2014, 7(1): 176.
23. Sothornwit J, Srisawasdi G, Suwannakin A, Sriwijitkamol A. Decreased health-related quality of life in patients with diabetic foot problems. *Diabetes metab syndr obes.* 2018, 11: 35.
24. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Sağ Bil Derg* 2006, 9(2).
25. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006, 7(1): 18-26.
26. Samancıoğlu S. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*, 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi 2016: 312-46.
27. American Diabetes A. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2011, 34 Suppl 1: S11-61.
28. Koloğlu S. *Endokrinolojide Temel ve Klinik* 1. Baskı. Ankara, Medikal Network, 1996: 367-86.

29. Bağriaçık N, İpbüker A, Görpe U, Hatemi H, Altındaş M, Özyazar M, et al. Diabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Bağriaçık N (editor). İstanbul, 2003: 9-57.
30. Tanyeri F. Diabetes mellitus tanım ve sınıflandırma. Aktüel Tıp Diabet Forumu 2002, 7(1): 4-10.
31. King H, Rewers M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes care* 1993, 16(1): 157-77.
32. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* 1997, 14(S5).
33. Steyn NP, Mann J, Bennett PH, Temple N, Zimmet P, Tuomilehto J. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutr* 2007: 7(1a).
34. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 7th edition, Bruxelles: IDF Publ: 2015.
35. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* 3. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 671-725.
36. Enç N. *İç Hastalıkları Hemşireliği* 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014: 259-92.
37. American Diabetes A. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2010, 33 Suppl 1: 62-9.
38. Çeliker T. 60 Yaş Ve Üstü Geriatrik Hastalarda Tıp II Diabetes Mellitus ve Depresyon İlişkisi. T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2007.
39. Erol Ö. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z (editor). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, İstanbul, Akademi Basın Yayıncılık, 2013: 232-52.
40. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C. TEMD Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu 4. Baskı. Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd Şti Ankara: 2009.
41. Alberti KGM, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabet Med* 2007, 24(5): 451-63.
42. Kavak H. Tıp 2 Diyabetes Mellitus ile Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkiler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
43. Yılmaz C, Fadıloğlu Ç, Çetinkalp Ş. Diyabet Hemşiresi El Kitabı İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, 2002: 5-149.

44. Maschak-Carey BJ Assessment and management of patients of diabetes mellitus, Smeltzer SC, Bare BG (eds.). brunner and Suddarth's *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 10th editioni Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2004: 1149-1203.
45. Akalın S, Aslan M, Başkal N, Çorakçı A, Dinççağ N, Erbaş T, et al. *Diabetes Mellitus 2000*. Yılmaz C, Yılmaz T, İmamoğlu Ş (editörler). İstanbul, Gri Tasarım, 2000: 13-199
46. Selçuk B. Diyabetik ayak yarası: Etyopatogenez. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics* 2010, 3(1): 12-7.
47. Öğce F. Diyabetik Ayak Ülserlerinin Tedavisinde Klasik Yara Pansumanı ile Hidrokolloid Yara Pansumanının Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
48. Khanolkar M, Bain S, Stephens J. The diabetic foot. *Qjm* 2008, 101(9): 685-95.
49. Bus SA, Yang QX, Wang JH, Smith MB, Wunderlich R, Cavanagh PR. Intrinsic muscle atrophy and toe deformity in the diabetic neuropathic foot. *Diabetes Care* 2002, 25(8): 1444-50.
50. Örmen B, Türker N, Vardar İ, Coşkun NA, Kaptan F, Ural S, et al. Diyabetik ayak infeksiyonlarının klinik ve bakteriyolojik değerlendirilmesi. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)* 2007, 21(2): 65-9.
51. Yeşil S. Diabetes Mellitus 2006. İçinde: İmamoğlu Ş (editor). *Diyabetik Ayak Yarasında Patogenez ve Genel Yaklaşım*. İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 2006: 357-65.
52. Abbott CA, Garrow AP, Carrington AL, Morris J, Van Ross ER, Boulton AJ. Foot ulcer risk is lower in South-Asian and African-Caribbean compared with European diabetic patients in the UK. *Diabetes care* 2005, 28(8): 1869-75.
53. Arslan M. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. In: Özata M, editor. *Diyabetik Ayak*. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2011, 641-54.
54. Oyibo SO, Jude EB, Tarawneh I, Nguyen HC, Harkless LB, Boulton AJ. A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. *Diabetes Care* 2001, 24(1): 84-8.
55. Deveci M. Diyabetik ayak sendromu: Tanım, sınıflama, epidemiyoloji, risk faktörleri, maliyet. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics* 2010, 3(1): 6-11.

56. Fındıkçıoğlu K, Demirtaş Y, Kandal S, Ayhan S, Latifoğlu O, Çelebi C. Diyabetik ayak yaralarına multidisipliner yaklaşım: Diyabetik ayak konseyi. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk Plast Surg)* 2005, 13(2).
57. Sriussadaporn S, Ploybutr S, Nitiyanant W, Vannasaeng S, Vichayanrat A. Behavior in self-care of the foot and foot ulcers in Thai non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Med Assoc Thai* 1998, 81(1): 29-36.
58. Alkanat HÖ. Diyabetik ayak bakımı ve korunma. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2015, 14: 470-4.
59. Aydoğan Ü, Akbulut H, Doğaner YÇ. Diyabetik Ayak. *TAF Prev Med Bull* 2010, 9(4): 375-382
60. Demir T, Akıncı B, Yeşil S. Diyabetik ayak ülserlerinin tanı ve tedavisi. *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 21: 63-70.
61. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing* 2005, 28(3): 236-40.
62. Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1997, 25(1): 95-100.
63. Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
64. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.
65. Yıldırım İ. *Anne Baba Desteği ve Başarı*. Ankara, Anı Yayıncılık, 2006.
66. Ryff CD, Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Pers Soc Psychol Rev* 2000, 4(1): 30-44.
67. Park H-S. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery, and religiosity on the relationship between stress and depression among Korean immigrants in the United States: Structural equation modeling: The University of Texas at Austin; 2007.
68. Kef S. The Personal Networks and Social Supports of Blind and Visually Impaired Adolescents. *J Vis Impair Blind* 1997, 91(3): 236-44.
69. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtış SÇ, Sarıtış S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3(1): 21-24.

70. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004, 5(2): 76-84.
71. Özer N, Saritas SC. Investigation of the effect of expressive touch on physiological and psychological states of intensive care patients. *Int J Med Invest* 2015, 4: 362-7.
72. Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. Paylaşılmamış deneyim: Deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. *FÜ Sağ Bil Derg* 2008, 22(6): 327-32.
73. Oyan G. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.
74. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatrici* 1999, 2: 173-8.
75. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008, 50(3): 172-9.
76. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996: 9-13.
77. Association AD. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). UK Prospective Diabetes Study Group. *Diabetes care* 1999, 22(7): 1125-36.
78. Akbudak P. Tip 2 Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular ile Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.
79. Yıldız E, Aşti T. Determine the relationship between perceived social support and depression level of patients with diabetic foot. *J Diabetes Metab Disord* 2015, 14(1): 59.
80. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988, 52(1): 30-41.
81. Yildirim A, Akinci F, Gozu H, Sargin H, Orbay E, Sargin M. Translation, cultural adaptation, cross-validation of the Turkish diabetes quality-of-life (DQOL) measure. *Qual Life Res* 2007, 16(5): 873-9.

82. Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2008, 28(6): 880-5.
83. Olçay GU. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2016.
84. Barutcu CD. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
85. Karadağ İ. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
86. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Stud* 2017, 23(4).
87. Köçkar Ç, Uzun Ö. Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10: 4.
88. Albal E, Kutlu Y. The Relationship Between the Depression Coping Self-Efficacy Level and Perceived Social Support Resources. *J Psy Nurs* 2010, 1(3): 115-20.
89. Yılmaz HB, Taş F, Yavuz B, Erol H. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi 2011, 86(1): 13-9.
90. Savcı A. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi SABE* 2006.
91. Arslan A. Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2016.
92. Demirel AC. Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2015.
93. Yılmaz M, Aktaş B, Dereli F. Diyabetli Bireylere Verilen Diyabet Eğitim Programının Bilgi Düzeyi, Sağlık İnancı, Diyabet Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi, İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2016.

94. Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004, 7(1): 85-94.
95. Gökmen S. Diyabetik Nöropatik Ağrının Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2016.
96. Sajel S, Saranya P. Quality of Life in patients experiencing Diabetic Foot Ulcer: A cross sectional study in a Clinical Pharmacist's Perspective. *RJPT* 2017, 10(1): 219.
97. Sönmez B, Kasım İ. Diabetes mellitus' lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2013, 17(3): 119-24.
98. Kandrack M-A, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991, 32(5): 579-90.
99. Hibbard JH, Pope CR. Gender roles, illness orientation and use of medical services. *Soc Sci Med* 1983, 17(3): 129-37.
100. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes care* 1997, 20(4): 562-7.
101. Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes care* 1997, 20(4): 585-90.
102. Sakamaki H, Ikeda S, Ikegami N, Uchigata Y, Iwamoto Y, Origasa H, et al. Measurement of HRQL Using EQ-5D in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Japan. *Value Health* 2006, 9(1): 47-53.
103. Uluslu ŞÇ. Diyabetik Ayak Komplikasyonu Olan ve Olmayan Diyabet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2015.
104. Altın T. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2016.
105. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes care* 2002, 25(3): 458-63.
106. Sanjari M, Safari S, Shokoohi M, Safizade H, Rashidinezhad H, Mashrouteh M, et al. A cross-sectional study in Kerman, Iran, on the effect of diabetic foot ulcer on health-related quality of life. *Int J Low Extrem Wounds* 2011, 10(4): 200-6.

107. Porojan M, Poanta L, Dumitrascu D. Assessing health related quality of life in diabetic patients. *Rom J Intern Med* 2012, 50(1): 27-31.
108. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015, 17(1).
109. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences. 2007.
110. Bastardo Y, Kimberlin C. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *Aids Care* 2000, 12(5): 673-84.
111. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois M-F, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006, 15(1): 83-91.
112. Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2012, 29(3): 159.

EKLER

EK-1: Özgeçmiş

Adı Soyadı	Muhammed CANPOLAT
Cinsiyeti	Erkek
Doğum Tarihi	21.12.1987
Doğum Yeri	Kovancılar
Medeni Durumu	Evli
Askerlik Durumu	31.05.2011 Terhis
E-mail	m.canpolat@alparslan.edu.tr m.canpolat087@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

2005-2009	Lisans; Fırat Üniversitesi, Elazığ Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Memurluğu Bölümü / Elazığ
2012-2013	Tezsiz Yüksek Lisans; Toros Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü-İşletme, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü / Mersin
2013- Devam	Yüksek Lisans; İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği / Malatya

İş Deneyimi

2010-2014	Sağlık Bakanlığı, Bingöl Devlet Hastanesi, Sağlık Memuru-Hemşire / Bingöl
2014-2014	Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Memuru-Hemşire / Adana
2014-2015	Sağlık Bakanlığı, Palu İlçe Devlet Hastanesi, Sağlık Memuru-Hemşire / Elazığ
2015-Devam	Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi / Muş

EK-2: Katılımcı Onam Formu

Bu araştırma, diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde aşağıdaki soruları özenle cevaplandırmanız istenecektir. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, şahsınıza ve kurumunuza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiçbir kuruluşa verilmeyecektir. Ayrıca sizden gelecek istek doğrultusunda, sonuçlar sizlerle paylaşılacaktır. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı bildirmeniz için aşağıda belirtilen yeri imzalamanız gerekmektedir. Katkılarınız için teşekkür ederim.



Muhammed CANPOLAT

Yukarıda amacı açıklanan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

İmza

EK-3: Sosyo-Demografik Form

1) Cinsiyet:

- a) Erkek b) Kadın

2) Medeni durumunuz:

- a) Evli b) Bekar

3) Kaç yaşındasınız:.....

4) Nerede yaşıyorsunuz?

- a) Köy b)Kasaba c)İlçe d)İl

5) Eğitim durumunuz:

- a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Lisans e) Lisansüstü

6) Mesleğiniz:

- a) Çalışmıyor b) Ev Hanımı c) Memur/ İşçi d) Emekli e) Diğer

7) Gelir düzeyiniz:

- a) Gelir giderden fazla b) Gelir giderden az c) Gelir gidere denk d) Geliri yok

8) Kaç yıldır diyabet hastası?(ilk tanı konulan yıl itibariyle)

9) İnsülin kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

10) Diyabet (şeker) hastalığınızdan dolayı hastaneye yattınız mı?

- a) Evet b) Hayır

11) Diyabet (şeker) hastalığı dışında yüksek tansiyon, kolesterol veya böbrek hastalığı, vb. gibi metabolik bir hastalığınız var mı, varsa nedir?

- a) Evet..... b) Hayır

EK-4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1) İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 2) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 3) Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 4) İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 5) Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 6) Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 7) İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 8) Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 9) Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 10) Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 11) Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 12) Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-5: Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi

Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki soruların doğru ya da yanlış şeklinde yanıtları yoktur. Lütfen sorularda görüşlerinizi ve yaşam biçiminizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz.

• Tedaviden memnuniyet

Sorular	Çok memnun ediyor	Orta derecede memnun	Hiçbiri	Az derecede memnun ediyor	Hiç memnun etmiyor
A1. Diyabetinizin tedavisi için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A2. Diyabet kontrolleriniz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A3. Şu anki diyabet tedaviniz sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A4. Kan şekerinizi ölçmek için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A5. Diyetinizdeki esneklik sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A6. Diyabetle ilgili sıkıntılarınızın ailenize yansımaları sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A7. Diyabetiniz hakkındaki bilgileriniz sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A8. Uykunuzdan ne derece memnunsunuz?	5	4	3	2	1
A9. Sosyal ilişkilerinizden ve arkadaşlıklarınızdan ne derece memnunsunuz?	5	4	3	2	1
A10. Cinsel hayatınız sizi memnun ediyor mu?	5	4	3	2	1
A11. İşiniz, okulunuz ve ev işleri ile ilgili aktivitelerinizden ne derece memnunsunuz?	5	4	3	2	1
A12. Vücudunuzun görüntüsü sizi ne derece memnun etmekte?	5	4	3	2	1
A13. Egzersiz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A14. Boş zamanlarınız sizi ne derece memnun ediyor?	5	4	3	2	1
A15. Genel olarak yaşantınızdan ne derece memnunsunuz?	5	4	3	2	1

• **Tedavinin psikolojik etkisi**

Sorular	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
B1. Diyabetinizin tedavisi nedeniyle ne sıklıkla ağrı hissediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B2. Toplum içinde diyabetli olarak yaşıyor olmanız sizi ne sıklıkta sıkıntıya sokuyor?	5	4	3	2	1
B3. Kan şekerinizi ne sıklıkta düşüyor?	5	4	3	2	1
B4. Kendinizi ne sıklıkta fiziksel olarak hasta hissediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B5. Diyabetiniz aile yaşantınızda ne sıklıkta problem yaratıyor?	5	4	3	2	1
B6. Ne sıklıkta gece kabus görüyorsunuz?	5	4	3	2	1
B7. Diyabetinizin sosyal ilişkilerinizi ve arkadaşlıklarınızı ne sıklıkta sınırladığını hissediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B8. Ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B9. Ne sıklıkta diyetiniz nedeniyle sınırlandığınızı hissediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B10. Diyabetiniz sizi araba veya herhangi bir makine (mikser, matkap vb) kullanmaktan ne sıklıkta alıkoymuyor?	5	4	3	2	1
B11. Diyabetiniz egzersiz yapmanıza ne sıklıkta engel oluyor?	5	4	3	2	1
B12. Diyabetiniz nedeniyle işinizi, okulunuzu veya ev işlerinizi ne sıklıkta aksatıyorsunuz?	5	4	3	2	1
B13. Diyabetli olmanızın ne anlama geldiğini hangi sıklıkta açıklamak zorunda kalıyorsunuz?	5	4	3	2	1
B14. Boş vakitlerdeki aktivitelerinize diyabetiniz ne sıklıkta engel olmakta?	5	4	3	2	1
B15. Başkaları ile diyabetiniz hakkında ne sıklıkta konuşuyorsunuz?	5	4	3	2	1
B16. Diyabetli olduğunuz ne sıklıkta ima ediliyor?	5	4	3	2	1
B17. Diyabetiniz nedeniyle tuvalete diğerlerinden fazla gittiğinizi ne sıklıkta fark ediyorsunuz?	5	4	3	2	1
B18. Birine diyabetli olduğunuzu söylemek yerine yememeniz gereken bir yiyeceği ne sıklıkta yemek durumunda kalıyorsunuz?	5	4	3	2	1
B19. İnsülinin neden olabileceği problemleri (şeker düşmesi, insülini yaptığınız yerlerde meydana gelebilecek iğne izleri gibi) başkalarından ne sıklıkta saklıyorsunuz?	5	4	3	2	1

- **Şeker hastalığının gelecekteki seyri/ etkileri hakkında duyulan kaygı/endişe**

Sorular	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
C1. Her an bayılabileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
C2. Vücudunuzun diyabetli olduğunuz için farklı görüldüğü konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
C3. Diyabetinizin oluşturabileceği komplikasyonları (yan etkileri) düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
C4. Diyabetiniz olduğu için başkalarının sizinle birlikte olmak istemeyeceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1

- **Sosyal ve mesleki kaygı endişe**

Sorular	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
D1. Evlenip evlenemeyeceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D2. Çocuğunuzun olup olmayacağı konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D3. İsteddiğiniz gibi bir işe sahip olmayabileceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D4. Sigorta talebinizin reddedilebileceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D5. Eğitiminizi tamamlayıp tamamlayamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D6. İşinizi kaybedebileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
D7. Bir seyahate ya da tatile çıkıp çıkamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1

EK-6: Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
04.08.2015	6	2015/6-2	
<p>Karar No: 2015/6-2: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 04.08.2015 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Muhammed CANPOLAT'IN “Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü, çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; dosya içeriğinde etik ihlal saptanmamış olup <u>Kurum İzin Belgesinin getirilmesi şartıyla Etik Kurulu Onayı verilebilir;</u> oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı			
Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŐ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr.İbrahim ŐAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

EK-7: Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği alışma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ELAZIĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ELAZIĞ KHBGS İŞ SAĞLIĞI VE
GÜVENLİĞİ BİRİMİ

08/09/2015 11:12 / 37445697 / 770 / 9377



00013314265

Sayı : 37445697/770
Konu : Muhammed CANPOLAT
Araştırma İzni

Sayın Muhammed CANPOLAT
(Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu)

İlgi: 04/09/2015 tarihli dilekçeniz.

"**Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" isimli dönem projesini Elazığ Eğitim Araştırma Hastanemizde yapabileme talebiniz tarafımızca değerlendirilmiş olup; çalışmanızın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütölmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllölük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırma sonucunun tarafımıza gönderilerek Genel Sekreterliğimizin bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görölmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

Uzm.Dr. Latif ÜSTÜNEL
Genel Sekreter

Olgunlar Mah. Atatürk Bulvarı (Eski Sarahatun hastanesi) No:37
İş Sağlığı Güvenliği Birimi ve Eğitim Birimi Uzman Erhan KATILMIŞ Dahili :3135

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5eab794b-5712-4b1e-a536-3ddd7bb9c740 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8: Fırat Üniversitesi Hastanesi Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/03/2015-85680



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/755.02.01/
Konu :İzin ve Onay İşleri

Sayın Muhammed CANPOLAT

10.03.2015 tarihli Araştırma İzin Taahhütnameniz başhekimliğimizce incelenmiş olup Etik Kurul Onayı alındıktan sonra hastanemiz Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ile Endokrinoloji Bilim Dalı bünyesinde çalışma yapmanız başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgileriniz ile gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Prof.Dr. M.Said BERİLGİN
Üniversite Hastanesi Başhekimi

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Tel: 0 (424) 233 35 55

E-Posta: :

halklaliskiler@firat.edu.tr

Faks: 0 (424) 238 80 96

Elektronik ağ:http://fm.firat.edu.tr/

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülsün Katılmış

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9: ÇBASDÖ Kullanım İzni

27.06.2018

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanım izni - m.canpolat@alparslan.edu.tr - Muş Alparslan Üniversitesi Posta



label:diyabetik-ayak-tezim

Posta

Etiketli kaldır

E-POSTA YAZ

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanım izni DİYA

Gelen Kutusu

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar

Tüm Postalar

Çöp Kutusu

Kategoriler

2017-2018 bahar iç hasta...

BELGELERİM

DİYABETİK AYAK TEZİM

E KİTAP

MŞÜ SYO DERS NOTLA...

Diğer



Muhammed CANPOLAT

Merhaba hocam Ben Muhammed CANPOLAT, Muş Alparslan Üniversitesinde



haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Alıcı: bana

Sayın Muhammed Canpolat,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda
Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan s
güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (200:

Kimden: "Muhammed CANPOLAT" <m.canpolat@alparslan.e

Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 18 Nisan Salı 2017 11:52:37

Konu: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanım iz



Yanıtlatmak veya Yönlendirmek için burayı tıklayın