



**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-YÖNETİM ALGISI, ÖZ-
BAKIM AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ**

Hemşire Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK

**HEMŞİRELİK ANABİLİDİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Temmuz2019

BOLU

**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-YÖNETİM ALGISI, ÖZ-BAKIM
AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ**

Hemşire Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK

**HEMŞİRELİK ANABİLİDİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi Arzu AKMAN YILMAZ

**Temmuz2019
BOLU**

ÖZET

DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-YÖNETİM ALGISI, ÖZ-BAKIM AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ

Bu çalışma diyabetli bireylerin öz-yönetim algısı, öz-bakım aktiviteleri ve ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye servisinde yatarak tedavi gören ve polikliniğe ayaktan başvuran 158 diyabetli birey oluşturmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından tarafından literatür incelenerek oluşturulan soru formu, Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği ve Diyabette Öz-Yönetim Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, mann whitney u testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin % 71. 5' inin (n=113) ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ağız içinde mantar ve dişlerde pozisyon değişikliği olmayan bireylerin DÖYAS ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlılık teşkil etmektedir ($p<0,05$). Diş protezi kullanmayan, dişini/protezi günde 2 kez 2 dk fırçalama durumu yüksek olan, diş çürüğü olmayan, dişlerde pozisyon değişikliği olmayan bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları daha yüksek olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diş hekimine diyabet olduğunu belirten, ağız içinde mantar olmayan, ağızda kötü koku tat olmayan ve tat kaybı olmayan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları belirtmeyenlere oranla yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir ($p<0.05$). Diş hekimine diyabet olduğunu belirten bireylerin belirtmeyenlere oranla, diş çürüğü ve ağız kuruluğu olmayan bireylerin olanlara oranla öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmektedir ($p<0.05$). Diş çürüğü ve diş etlerinde çekilme olmayan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları olanlara oranla yüksek bulunmuş olup

istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca diş etlerinde çekilme, diş çürüğü ve dişlerde pozisyon değişikliği olmayan diyabetli bireylerin öz bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak anlamlılık teşkil etmektedir ($p<0.05$).

Diyabetli bireylerin kendi bakımlarına katılımları ve bu süreci yönetmeleri ile ilgili farkındalıkları belirlenerek geliştirilmesine destek olunması gerekmektedir. Bu sayede kan şekerlerinin uygun seviyede tutulması sağlanarak ağız sağlığı ile ilgili meydana gelebilecek komplikasyonlar gibi diğer komplikasyonların da önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağız sağlığı, Diyabet, Öz-bakım aktiviteleri, Diyabette Öz-yönetim algısı, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINING THE AWARENESS OF SELF-MANAGEMENT PERCEPTIONS, SELF-CARE ACTIVITIES AND ORAL HEALTH IN PATIENTS WITH DIABETES

The aim of the present study was to determine the awareness of self-management perceptions, self-care activities, and oral health in patients with diabetes. The sample of this cross-sectional study comprised 158 patients satisfying the inclusion criteria among those with diabetes who admitted to the outpatient clinic and received inpatient management in the Internal Diseases Service of İzzet Baysal Training and Research Hospital, Bolu Abant İzzet Baysal University.

Data were collected through the face-to-face interview technique using Diabetes Self-Care Activities Scale, Diabetes Self-Management Scale, and a questionnaire prepared by the researcher with the review of literature. Data analysis included the numbers, percentages, mean, standard deviation, t-test, mann whitney u test and chi-square test. All p-values < 0.05 were considered to be statistically significant.

It was determined that 71.5 % (n = 113) of the subjects with diabetes had oral health problems. The Diabetes Self-Management Scale scores of the individuals who did not change the position of the fungus and teeth in the mouth were statistically significant ($p < 0.05$). Oral health applications and self-care activities summary scale diet scores of individuals who did not use dental prosthesis, who had high tooth / prosthesis twice daily brushing status, no tooth decay and no change in position were found to be statistically significant and this difference was found to be statistically significant ($p < 0.05$). The self-care activities summary scale of the individuals who stated to the dentist that there was diabetes, without fungus in mouth, no bad smell in taste, and no loss of taste was found to be higher than those who did not specify exercise scores and it was statistically significant ($p < 0.05$). Blood sugar scores of the self-care activities summary scale were found to be higher than those of the individuals who stated to the dentist that they had diabetes and those who did not have dental caries and dry mouth ($p < 0.05$). Self-care activities

summary scale of tooth decay and gingival withdrawal individuals was found to be higher than those with foot care scores and was statistically significant ($p<0.05$). In addition, total scores of self-care activities summary scale scores of diabetic individuals without gingival withdrawal, tooth decay and tooth position change were statistically significant ($p<0.05$).

People with diabetes need to be identified and supported to participate in their own care and manage their awareness. In this way, keeping the blood sugar at an appropriate level can prevent other complications such as oral health complications.

Keywords: Diabetes, Diabetes Self-management Perception, Nursing, Oral health, Self-care activities.

TEŞEKKÜR

Türkiye Cumhuriyetinin kurucusu Anafartalar komutanı Gazi Mareşal Mustafa Kemal ATATÜRK' e teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans derslerim ve tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimiyle bana her konuda destek olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKMAN YILMAZ' a,

Hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen kıymetli dahiliye hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK ve Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA' ya,

Yüksek lisansım boyunca emeği geçen bütün hocalarıma,

Hayatım boyunca beni hiç yalnız bırakmayan Annem Selma, eşim Murat, doğacak oğlum Mehmet Halit' e, kardeşlerim Uğurcan ve Onurcan' a,

Tezimi hazırlamamda ve meslek hayatımda bana her zaman bilgi ve yeteneğiyle destek olan sevgili meslek büyüğüm ve canım ablam Satı CAN' a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm diyabetli birey ve yakınlarına,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Nazmiye İkbâl BERDO ÇELİK

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar	X
SİMGELER VE KISALTMALAR	XII
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1.Diyabetin Tanımı.....	6
2.2.Diyabetin Sınıflandırılması.....	6
2.2.1.Tip 1 Diyabet.....	6
2.2.2.Tip 2 Diyabet.....	9
2.3.Diyabetin Komplikasyonları.....	11
2.3.1.Akut Komplikasyonlar.....	12
2.3.1.1.Diyabetik Ketoasidoz.....	12
2.3.1.2.Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD).....	13
2.3.1.3.Hipoglsemi.....	13
2.3.1.4.Laktik Asidoz (LA).....	15
2.3.2.Kronik Komplikasyonlar.....	15
2.3.2.1.Nefropati.....	15
2.3.2.2.Nöropati.....	16
2.3.2.3.Retinopati.....	16
2.3.3.Ağız Sağlığı İle İlgili Komplikasyonlar.....	16
2.4.Diyabette Öz-Yönetim.....	20
2.5.Diyabet ve Öz-Bakım Aktiviteleri.....	21
3.GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1.Araştırmanın Şekli.....	25

3.2. Araştırmanın Soruları.....	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	26
3.5. Araştırmanın Evreni.....	26
3.6. Araştırmanın Örnekleme.....	26
3.7. Veri Toplama Araçları.....	28
3.7.1. Soru Formu.....	28
3.7.2. Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği.....	28
3.7.3. Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası.....	29
3.8. Verilerin Toplanması.....	30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER.....	85
8.1. Diyabetli Bireylerin Öz-Yönetim Algısı, Öz-Bakım Aktiviteleri ve Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesine İlişkin Soru Formu	85
8.2. Diyabette Öz-Yönetim Algısı Ölçeği.....	89
8.3. Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği.....	90
8.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	92
8.5. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Onayı.....	95
8.6. Sağlık Bakanlığı Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	96
8.7. Diyabet Öz-Yönetim Algısı Ölçeği Kullanım İzni.....	97
8.8. Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni.....	98
8.9. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları, Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	109
10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....	110

TABLULAR LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	33
Tablo 4.1.2. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri.....	35
Tablo 4.1.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına İlişkin Uygulamaları.....	37
Tablo 4.1.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar ve Diş Hekimine Başvurma Durumları.....	38
Tablo 4.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.2.2. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.2.3. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.2.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.3.1. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları İle DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3.2. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadıkları Sorunlar ve DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.4.1. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Diyet Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.4.2. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Diyet Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.4.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Egzersiz Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Egzersiz Puanlarının	

Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.4.5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Kan Şekeri Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.4.6. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Kan Şekeri Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.4.7. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Ayak Bakımı Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.4.8. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Ayak Bakımı Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.4.9. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Sigara Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.4.10. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Sigara Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.4.11. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.4.12. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..	60
Tablo 4.5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu ile DÖYAS Puanı ve Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	61

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADA	: Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
APG	: Açlık Plazma Glukozu
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DÖAÖ	: Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti
DÖYAS	: Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobın, Hemoglobın A1c
HHD	: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
HLA	: Human Lökosit Antijen
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
JADA	: Amerikan Diş Hekimler Birliği Dergisi (The Journal of the American Dental Association)
OAD	: Oral Antidiyabetik
MODY	: Gençlerde Görülen Tıp 2 Diyabet (Maturity-Onset Diabetes of The Young)
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
TDC	: Türk Diyabet Cemiyeti
TURDEP –I	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Diyabet gerek dünyada görülme sıklığında meydana gelen önlenemeyen artış gerekse hastalığın yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle günümüzün önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (1). Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, beslenme özelliklerinin değişmesi, fiziksel hareket yetersizliği gibi yaşam koşullarında meydana gelen değişimler tüm dünyada diyabetin görülme sıklığını artırmaktadır. Dünya genelinde diyabet prevalansı %8.3 iken ABD’de 2012 yılında nüfusun %9.3’ünün (29.1 milyon) diyabetli olduğu ve mevcut eğilimler devam ederse 2050 yılında her üç Amerikalıdan birinin diyabet olacağı tahmin edilmektedir (2, 3). Benzer şekilde Avrupa’da da yaşlı nüfusta meydana gelen artış ile birlikte 2013 yılında 56.3 milyon olan diyabetli birey sayısının 2035’de 68.9 milyon olacağı tahmin edilmektedir (4).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de diyabetli birey sayısında belirgin oranda bir artış meydana gelmiştir. Ülkemizde 1997-98 yıllarında gerçekleşen TURDEP-I (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I) çalışmasının verilerine göre %7.2 olan diyabet prevalansının 2010’da tekrarlanan TURDEP II (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II) çalışmasında %13.7’ye yükseldiği belirtilmektedir (1, 5, 6). IDF tarafından yayınlanan raporda diyabetli birey sayısının en yüksek olduğu ülkeler arasında Türkiye, 7 milyon üzerindeki diyabetli birey sayısı ile Rusya ve Almanya’yı takiben üçüncü sırada yer almaktadır (4).

Dünyada görülme sıklığı hızla artan diyabet, pankrestaki beta hücrelerinden salınan insülin seviyesinde azalma, dokularda insüline duyarsızlık ya da insülinin tamamen olmaması nedeniyle meydana gelen kan şekeri yüksekliği ile karakterize olan metabolik bir hastalıktır (7). Diyabetli bireyler meydana gelen kan şekeri yüksekliği kontrol edilemediğinde diyabete ikincil olarak gelişen çeşitli sağlık sorunları veya komplikasyonlar ile karşılaşabilmektedirler (8).

Diyabete ikincil olarak gelişen sağlık sorunları akut ve kronik diye iki başlık altında incelenmektedir. Akut olarak gelişenler içerisinde, hiperozmolar hiperglisemik

durum, laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi yer almaktadır (9). Nefropati, retinopati, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme ve ayak yaraları diyabetin kronik komplikasyonları arasında yer almaktadır (8). Bu diyabete ikincil olarak gelişen sağlık sorunları hastalar tarafından en çok bilinen ve sağlık personelinin önemle üzerinde durduğu komplikasyonlardır. Ancak bu sorunların yanı sıra diyabetli bireylerde diş çürümeleri, diş eti ile ilgili hastalıklar, tükürük bezinde fonksiyon bozukluğu, tat kaybı ve fungal enfeksiyonlar gibi ağız sağlığına yönelik sorunlar da çoğunlukla gelişebilmektedir (10, 11, 12).

Literatürde diyabette ağız sağlığı ile ilgili sorunları ve diyabet ile kan şekeri kontrolü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların Loe'nin 1993'te yayınlanan makalesinden sonra artış gösterdiği görülmektedir. Loe (1993) diyabetli bireylerde gelişen peridontal hastalıkların diyabetin bir komplikasyonu olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (13). Daha sonra yapılan çalışmalarda da diyabeti olan bireylerde diyabeti olmayanlarla karşılaştırıldığında daha fazla ağız sağlığına yönelik sorun geliştiği belirtilmiş (11, 14, 15, 16, 17) ve ağız-diş sağlık problemleri yönünden diğer bireylerden daha fazla risk taşıdıkları vurgulanmıştır (18).

Diyabetli bireyler özellikle kan şekerinin yüksek seyretmesi veya kontrol edilememesi nedeniyle ağız içi yapılarda gelişen patolojik değişiklikler sonucu peridontal hastalıklara daha yatkındırlar. Diyabette kan şekeri yüksekliği damarlarda oksijenin taşınmasını ve atıkların uzaklaştırılmasını engelleyerek doku beslenmesini etkilemekte ve böylece enfeksiyon direncini düşürmektedir (19, 20). Diyabeti olan bireylerde immün sistemin aktif olarak çalışmaması ile birlikte obezite varlığında yağ dokusunun inflamasyona yatkınlığının artması ile kapiller damar yapısı bozulmaktadır. Bu durum diş etlerinin kanlanması olumsuz olarak etkilemekte ve bunun sonucunda ağız sağlığı sorunları meydana gelmektedir (21). Ayrıca bazı bakteriler glikoz oranı arttığında daha hızlı üreyebilmektedirler. Bu nedenle tükürükte glikoz oranı yüksek olan, enfeksiyona yatkınlığı artmış bireyler ağız sağlığı sorunları açısından risk altındadırlar (20).

Bu patolojik değişikliklere bağlı olarak diyabetli bireylerde tat almada bozulma, dil ağrısı, hiperkeratoz, eritroplaki, lökoplaki, oral liken planus, ağız içinde

ülserasyon, diş çürüğünde artış, dişeti hiperplazisi, periodontal apse, kemik kaybı, yanan ağız sendromu, oral kandidiyazis, nefeste aseton kokusu, tükürük bezinde büyüme, tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğu ve tükürük glikoz seviyesinde artış gibi oldukça geniş çerçevede ağız sağlığı sorunları gelişebilmektedir (17, 22). Bu sorunlara ek olarak diş kaybı ve tükürük salgısındaki fonksiyonel değişiklikler ile birlikte bireyler çiğneme ve gastrointestinal sorunlarla da karşılaşabilmektedirler (23, 24). Tüm bu problemler diyabetlilerin; sağlığını, yaşamını, beslenmesini ve glisemik kontrolünü de önemli ölçüde etkileyebilmektedir (20, 25, 26, 27). Bu nedenle diyabetli bireyler sistemik komplikasyonlar gibi ağız sağlığı açısından da sağlık profesyonelleri tarafından belirli aralıklarla kontrol edilmelidirler (28). Diyabetli bireylerde günlük düzenli ağız bakımının sürdürülmesi ve sağlık kontrollerinin yapılması ağız sağlığı ile ilgili komplikasyonların önlenmesi için özellikle önemlidir (29). Bununla birlikte diyabetin tedavisinde önemli basamaklardan biri hasta eğitimidir. Bu noktada diyabet eğitim hemşireleri ve diyabetli bireylerle çalışan tüm hemşireler bireyleri ağız sağlığı sorunları ve önlenmesi konusunda bilgilendirerek ve izleyerek desteklemelidirler. Diyabetli birey ve yakınlarına günlük düzenli ağız ve diş bakımının diyabetin tedavi ve düzenli seyrinde önemli olduğu anlatılmalıdır (22). Diyabetli bireylere ağız sağlığı ile ilgili komplikasyonların önlenmesi için yumuşak kıllı bir diş fırçası ile dişlerini, diş yüzeylerini ve dillerini her öğün sonrası veya günde en az iki defa fırçalamaları, ara öğünlerden sonra ağız bakımı yapmaları/ağızlarını çalkalamaları ve gece uyumadan önce dişlerin arasını diş ipi ile temizlemeleri konusunda bilgi verilmelidir (18, 22, 28). Hemşireler de bakım verdikleri diyabetli hastaların ağız içini değerlendirmeli gözlemledikleri sorunlar konusunda bireyi diş hekimine başvurmaları konusunda yönlendirmelidirler (28). Ayrıca bireylerin kendilerinin de diş fırçalama ve diş ipi kullanma esnasında kanama, diş etlerinde kanlanma-şişlik-hassasiyet, kalıcı ağız kokusu, diş ve diş etlerinde iltihap, dişlerde ayrılma ya da kayıp, iyileşmeyen yara gibi sorunlar açısından ağız içini kontrol etmeleri gerektiği vurgulanmalıdır (18). Ancak bireylerin diyabetle ilgili tüm öz-yönetim konularında olduğu gibi ağız sağlığı ile ilgili istedik davranışları gerçekleştirmeleri ve sürdürebilmeleri için eğitimin yanısıra diyabete ilişkin öz-bakım aktivitelerini ve öz-yönetimlerini etkili bir şekilde sağlayabiliyor olmaları da gereklidir.

Diyabetli bireylerin hastalık yönetimini etkili olarak yapabilmelerinde gerekli olan bazı özellikleri taşımaları gerekmektedir. Bireylerin tedavilerine yönelik tutum ve davranışları diyabet tedavisinin ana unsurudur (30). Diyabette öz-yönetim algısı sağlık gelişim davranışlarından birisi olup pozitif sağlık tutumlarının oluşturulması ve devam ettirilmesinin temel unsuru niteliğinde kabul edilmektedir (31). Joslin, diyabetli bireylerin kendi bakımlarına katılmalarının önemini belirtmiş ve günümüzde diyabet eğitiminde önerilen diyabet öz-yönetim eğitimi kavramını savunmuş olmakla beraber süreçte hemşirenin rolünün önemini dile getirmiştir (32). Diyabette öz-yönetim; günümüzde kronik hastalıkların giderek artmasından dolayı sağlık politikaları içinde önemli bir yer almış ve bakımın merkezi unsuru olduğu kabul edilmiş bir kavramdır (33). Bu kavram doğrultusunda bireyler sağlık ekibinin merkezinde rol almalı ve hastalıkları ile ilgili sağlık bakım kararlarına katılmalıdırlar (34). Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için bireylerin diyet ve ilaç kullanımına uyum, fiziksel aktivite ve kan şekeri izlemi gibi diyabet öz-yönetiminin önemli yapı taşlarından olan öz-bakım aktivitelerini dikkatli bir şekilde gerçekleştirmeleri gerekir (35). Bu şekilde hastalığın yönetiminde daha başarılı olabileceği belirtilmektedir. Diyabette öz-yönetimin glisemik kontrolü sağlamada ve diyabetin komplikasyonlarını önlemede tedavi kadar etkili olduğu belirtilmektedir (31).

Diyabette öz-bakım bireylerin kendilerine dikkat etmesini, enerjisini denetimli kullanmasını, kararlarını öz-bakım becerisi doğrultusunda değerlendirmesini, yaşamsal faaliyetlerini sıraya koyarak yapmasını ve devamlılığını sağlamasını gerektirir. Bu özellikleri yerine getirebilen hastaların öz-bakım gücü yeterli olacak, sağlıklarının sorumluluklarını taşıyabilecek ve kendi kendilerine yetebilen hale geleceklerdir (36). Diyabetlilerin uygulanan tedaviyi tanıma, başlatma, devam ettirme yeteneği öz-bakım gücünün belirleyicisidir (35). Kaliteli bir öz-bakım bireyde iyi bir kan şekeri kontrolü sağlar (36). Yapılan araştırmalarda hastalık süreçlerinde pozitif davranış sergileyen diyabetli bireylerin kan şekeri kontrollerinin, öz-bakım yeteneklerinin, diyabetle ilgili bilgi seviyelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (30). Diyabetli bireyin öz-bakımını devam ettirebilmesi oluşabilecek komplikasyonları engelleyebildiği gibi yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek bireyin yaşam süresinin uzamasına da neden olmaktadır (7).

Diyabetli bireylerin öz-yönetim ve öz-bakım düzeylerinin tanımlanması ve bireye özgü girişimlerle geliştirilmesi gerekir. Ancak literatürde diyabetin bir komplikasyonu olarak diyabetli bireylerin ağız sağlığı sorunları ve ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-yönetim ve öz-bakım aktivitelerini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır.

1.2. Çalışmanın Amacı:

Bu çalışma diyabetli bireylerin öz-yönetim algısı, öz-bakım aktiviteleri ve ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetin Tanımı

Diyabet, pankreastaki hücrelerin yeteri kadar insülini pankreastan dışarı verememesi ya da salgılanan insülinin vücutta etkin olarak değerlendirilememesi sonucu ortaya çıkan kronik, metabolik bir hastalıktır (10, 29). Diyabette insülin salınımının ve/veya etkinliğinin tam veya kısmen eksikliği karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması bozukluklarına neden olmaktadır (11, 37). Bu durum diyabetli bireylerin kronik hiperglisemi ve hiperglisemiye ikincil olarak gelişen makrovasküler ve mikrovasküler sorunlar ile baş etmelerini gerektirmektedir (11).

2.2.Diyabetin Sınıflandırılması

Günümüzde diyabet gelişimine neden olan faktörler hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmasıyla birlikte hastalığın sınıflamasında bazı değişiklikler olmuştur. Daha önceleri diyabet tedavi yöntemine göre “insüline bağımlı” ve “insüline bağımsız” şeklinde sınıflandırılmıştı. İnsüline bağımlı diyabetin pankreasın beta hücrelerinde meydana gelen hasar sonucu geliştiği düşünülüyordu ve hastanın yaşı sınıflamada bir ölçüt olarak değerlendirilmekteydi (3, 38). Fakat bugün diyabette hiperglisemiye neden olan fizyopatolojik süreçlerin tipler arasında farklılık gösterdiği bilinmektedir. Diyabetin bazı formlarında mutlak insülin eksikliği olduğu veya genetik bir kusur nedeniyle insülin salınımının bozulduğu, bazılarında ise insüline karşı direnç oluştuğu belirlenmiştir (3). Bu bilgiler ışığında ideal bir diyabet sınıflamasının klinik tanımlayıcı kriterlere dayalı diyabet evrelerinin yanı sıra etiyolojik gruplamayı da içermesi gerekmektedir (11).

WHO ve ADA tarafından kabul edilen yeni diyabet sınıflamasına göre; tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gebelikte ortaya çıkan diyabet ve diğer türler olarak dört farklı diyabet tipi vardır (2, 39). Bu çalışmada incelenen diyabet tiplerinden tip 1 ve tip 2 diyabette etyoloji, fizyopatolojik süreçler, epidemiyoloji, risk faktörleri, tanılama ve tedavi ile ilgili genel bilgiler üzerinde durulmuştur.

2.2.1.Tip 1 Diyabet

Tip 1diyabette meydana gelen mutlak insülin eksikliği genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Özellikle bu faktörlerden genetik

yatkınlığın oldukça önemli olduğu ve monozigot ikiz kardeş varlığının en önemli risk faktörü olduğu belirtilmektedir (40). Genetik yatkınlığı olan bireylerde doğumda normal olan beta hücre kitlesi zamanla ortaya çıkan otoimmün yıkım ile orantılı olarak azalmaktadır (41). Bu kişiler beta hücre yıkımı ortaya çıkmadan önce metabolik olarak normal olmalarına rağmen hastalık belirgin hale geldiğinde diyabet belirtileri görülmeye başlar (39). HLA genleri tip 1 diyabet gelişiminde önemli rol oynamakla birlikte hastaların 1/5'inde HLA haricindeki genlerin de diyabete eğilim gösterdiği belirlenmiştir (42).

Genetik yatkınlık ile birlikte çevresel koşullarında Tip 1 diyabete yol açtığı bildirilmiş ancak çok azının ilişkili olduğu gösterilebilmiştir (43). Özellikle coğrafik özellikler değerlendirildiğinde tip 1 diyabet insidansının Ekvatordan Kuzeye doğru çıkıldıkça artma eğilimi gösterdiği belirtilmektedir (44).

Tip 1 diyabete yol açan diğer bir faktör ise otoimmünitedir. Enfeksiyonlar (özellikle virüsler), aşular ve beslenmeye ilişkin faktörler otoimmüniteyi tetikleyebilmektedir (43). Hastaların %90'ında bağışıklık sisteminin yanlışlıkla sağlam dokulara saldırdığı (Tip 1A), kalanında ise farklı etmenler sebebiyle oluşan (Tip 1B) beta hücre hasarı mevcuttur. Tip 1A diyabette; kalıtsal eğilimi olan bireylerin çevresel etmenlerin (virüsler, toksinler, stres) tetiklemesiyle bağışıklık sistemi uyarılır ve beta hücrelerinde meydana gelen hasar ilerlemeye başlar (45). Örneğin sıklıkla viral enfeksiyonlar sonucu gelişen pankreatit beta hücrelerinde hasara neden olmaktadır. Beta hücrelerindeki bu hasar insülin üretiminde ve salgılanmasında yetersizliğe yol açar (46). Beta hücre miktarı %80-90 azaldığında diyabet belirtileri görülmeye başlar. Başlangıçta Tip 1A diyabeti olanlarda adacık otoantikörleri pozitifdir. Tip 1B diyabette bağışıklığın yanlışlıkla sağlam hücreye saldırması dışındaki etmenler sonucu ortaya çıkan insülin eksikliğidir ve serumda adacık otoantikörleri bulunmamaktadır (45).

Bu çok faktörlü süreç sonucu Tip 1 diyabet genellikle çocuk ve gençlerde görülmektedir (39). Amerika'da 20 yaş altı nüfusun % 0.24'ünün (yaklaşık olarak 193.000 genç) diyabetli olduğu; 2011-2012 yılında yıllık tip 1 diyabetli genç sayısının 17.900 olduğu belirlenmiştir (47). Avrupa'da ise yaklaşık 286.000 tip 1 diyabetli çocuk olduğu (0-19 yaş) tahmin edilmektedir ve her yıl yaklaşık 28.200

yeni vaka bu sayıya eklenmektedir (48). İsveç, Finlandiya gibi kuzey Avrupa ülkelerinde prevalansın yaklaşık % 1 olduğu belirtilmektedir (49).

Ülkemizde yaklaşık olarak 7 milyondan fazla diyabetli birey olduğu bilinmekle birlikte bu sayının yalnızca %55' ine (3,9 milyon kişi) tanı konulmuştur. Tanı konulan bireylerin %91' i tedavi (3,5 milyon kişi) görmektedir. Tip 1 diyabet ülkemiz için tüm diyabetli vakaların yaklaşık olarak %3-5' inden sorumlu olmaktadır (50).

Çocuk ve gençlerde sık görülen Tip 1 diyabete genetik yatkınlığı olan kişilerde çevre kökenli etmenlerin beta hücrelerinde otoimmün yanıtı uyarmasından, belirtiler meydana gelinceye kadarki zamana "Preklinik Dönem" denilmektedir. Bu evrede bireylerde herhangi bir yakınma bulunmaz. Hastalığın varlığı etken kalıtsal tehlike, humoral otoimmünite belirteçleri, erken dönem insülin salınımı bozukluğu ve beta hücrelerine yönelik dolaşımdaki otoantikörler ile tespit edilir (49).

İkinci evrede; otoimmünite aktif, disglisemi (hiperglisemi, hipoglisemi ve glisemik değişkenlik), presemptomatik, çoklu otoantikörler mevcuttur. Üçüncü evrede ise; β -hücreleri % 80-90 civarında eksildiği için semptomlar görülmeye başlar. Bu evrenin ilk döneminde serumda adacık otoantikörleri görülür ve ilk yılın sonunda kanda kaybolur. Yeni başlayan hiperglisemi mevcuttur ve bu evrede diyabet standart kriterlere göre tanılanabilir (51). Bu klinik belirtilerin yanında kan glikoz düzeyi analizine göre açlık plazma glikozunun 126 mg/dl' den büyük ya da eşit, tokluk plazma glikozunun 200 mg/dl'den büyük veya eşit, oral glikoz tolerans testinde 2. saatte plazma glikozunun 200 mg/dl'den büyük veya eşit, HbA1C'nin %6.5' den büyük ya da eşit olması ile tıbbi tanı konulur (52).

Tip 1 diyabetin tedavisinde amaç; diyabet semptomlarının düzeltilmesi, komplikasyonların önlenmesi, yaşam süresi ve kalitesinin artırılmasıdır (49). Bu amaçla tedavi; insülin uygulanmasını, beslenme programı geliştirilmesini, aktivite-egzersiz planı oluşturulmasını, eğitim ve aile desteğini kapsamaktadır (53). Tip 1 diyabet tedavisinde; açken kan şekere bakıp 24 saatlik insülin gereksiniminin %50'sini kapsayan bazal insülinler, öğün sonrası kan şekeri yükselmesini dengeleyen ve günlük üç ana yemekteki insülin gereksiniminin % 10-20'sini oluşturan bolus

insülinler kullanılabilir (52). Kullanılan insülin türleri kan şekeri düzeylerine bağlıdır. Çalışmalar, günde üç veya dört insülin enjeksiyonunun en iyi kan şekeri kontrolünü sağladığını ve diyabetin neden olduğu göz, böbrek ve sinir hasarını önlediğini veya geciktirdiğini göstermiştir (54).

2.2.2. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet de genetik ve çevresel etkenlere yanıt olarak meydana gelen heterojen bir hastalıktır (41). Tip 2 diyabet insülin direnci, otoimmün olmayan beta hücresi fonksiyonunun yetersizliğinden kaynaklanan bozulmuş insülin üretimi/salgılanması ve bozulmuş hepatik glikoz üretimini kapsayan metabolik bozukluklara bağlı olarak gelişir (55).

Tip 2 diyabetin ortaya çıkmasına neden olan insülin direnci hücre reseptör hasarı sonucu üretilen insülinin kullanımı ile ilgili sorunlardan kaynaklanmaktadır. Bu durumda glikoz hücreye giremez ve güç sağlamada glikozdan yararlanılamaz. Özellikle kaslar ve yağlar olmak üzere periferdeki dokularda insülin etkisinin yetersizliği sonucunda glikoz tutulumu azalır (45). Pankreastaki hücrelerden kaslar ve karaciğer için insüline olan karşı koymayı bastırarak seviyede insülin üretilmediğinde/salgılanmadığında kan glikoz oranı yükselir (56). Hem insülin sekresyonunda yetersizlik hem de kortizol, adrenalin ve büyüme hormonunda artış sonucu karaciğerde glikoz yapımı artmıştır (45). İnsülin direnci genelde diyabet öncesi dönemde başlar ve uzun yıllar devam eder. İnsülin salınımında belirgin miktarda eksilme ise diyabetin ilerleyen evrelerinde veya başka hastalık durumlarında öne çıkmaktadır (45).

Tip 2 diyabet gelişimini etkileyen süreçler giderek daha fazla aydınlatılırken görülme sıklığı da giderek artmaktadır. Dünyada 2013 yılı itibarıyla 382 milyon diyabetli birey rakamının 2035' de %55 artış göstererek 592 milyon olacağı tahmin edilmektedir (4). Dünya genelinde diyabet prevalansı %8.3 iken ABD'de 2012 yılında nüfusun %9.3'ünün (29.1 milyon) diyabetli olduğu, bunların 8.1 milyonunun diyabet tanısı almamış olduğu belirlenmiştir (2). Mevcut eğilimler devam ederse 2050 yılında her üç Amerikalıdan birinin diyabet olacağı tahmin edilmektedir (3). Amerika'da ölüm sıralamasında ise diyabet yedinci sırada yer almaktadır (2).

Avrupa'da yaşlı nüfus ile birlikte diyabet prevalansının da arttığı, hemen hemen 56.3 milyon diyabetli olduğu belirtilmektedir ve 2035' de bu miktarın 68.9 milyona yaklaşacağı tahmin edilmektedir. Avrupa'da 1/10 ölüm diyabetle bağlantılıdır ve bu oranın %90' ının 50 yaşın üzerindeki bireylerde olduğu bilinmektedir (4). Avrupa'da 20-79 yaşlarında en çok diyabetli bireylerin olduğu ülkeler arasında ülkemiz 7 milyon üzerinde diyabetli birey sayısı ile Rusya ve Almanya'yı takiben üçüncü sırada bulunmaktadır (4).

Türkiye'de 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP I (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması- I) çalışmasının verilerine göre diyabet prevalansı %7.2 iken 2010' da tekrarlanan TURDEP II (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II) çalışmasında 12 senede diyabet görülme oranı %90 artarak %13.7' ye yükseldiği belirtilmektedir (5, 6).

Dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı giderek artan Tip 2 diyabete ait yaygın risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır; (41, 57, 58)

- Birinci derece yakında (anne, baba vb.) diyabet öyküsünün olması
- Obezitenin varlığı
- 45 yaşından büyük olma
- Etnik köken (Afrika ve Asya kökenli Amerikalılar)
- Daha önce bozulmuş açlık glikozunun olması
- Gestasyonel diyabet öyküsünün olması
- 4.5 kg üzeri bebek doğurma
- Hipertansiyonunun olması
- Polikistik over sendromunun olması
- Fiziksel hareketsizlik
- HDL kolesterolün 35 mg/dl ve/veya trigliseridin 250 mg/dl den büyük seyretmesi

Yukarıda sıralanan risk faktörlerine sahip bireylerde rastgele bakılmış plazma glikoz ölçümü ile beraber diyabet belirti ve bulgularının olması durumunda, açken plazma glukoz takibi veya OGTT ile diyabet tanısı konulabilmektedir (59). Tanı

konulmadan önce bireylerde sıklıkla ağızda kuruluk, poliüri, polidipsi, polifaji, zayıflama, görmede bulanıklık, ayak bölgesinde uyuşmalar, yorgunluk gibi belirtiler mevcuttur (58). Ayrıca açlık plazma glikozunun 126 mg/dl' ye eşit ya da yüksek, rastlantısal plazma glikozunun 200 mg/dl' ye eşit ya da yüksek, OGTT 200 mg/dl'ye eşit ya da yüksek HbA1C'nin %6.5' e eşit ya da yüksek olması tanının kesinleşmesine yardımcı olur (58, 60).

Tip 2 diyabet tedavisinde amaç, kan glikozunun normal sınırlara ulaştırılması ile beraber makro ve mikrovasküler komplikasyon ve kardiyovasküler tehlikelerin önüne geçilmesinin sağlanmasıdır (61). Bu amaçla yaşam tarzı değişikliği ve risk durumuna göre farmakolojik tedavi kombine olarak kullanılmalıdır (62).

Yaşam tarzı değişikliğinin diyabet tedavisinde yeri büyüktür. Hayat biçimi değişikliklerinin iki önemli unsuru beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitedir (63). Beslenme alışkanlıkları bireye uygun olarak günlük ana öğün (günde 2 ya da 3 kez) ve ara öğün (günde 2 ya da 4 kez) olarak planlanır. Aktivite ise günde 30-60 dk olarak orta derecede düzenlenir. Hastaya öğün zamanları ve aktivite planı hakkında bilgi verilmelidir (64).

Yaşam tarzı değişikliklerinin yeterli olmadığı bireylerde farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) tarafından oluşturulan "Tip 2 Diyabet Tedavisi Küresel Rehberi" ne göre diyabet tedavisi üç basamakta yapılmalıdır; birinci basamakta ilk olarak metformin seçilmelidir metformine toleransı olmayan ya da aşırı kan şekeri yüksekliği olan bireylerde sulfonilüre, glinid grubu ilaçlara geçilebilir. İkinci basamakta metformine sulfonilüre ya da diğer OAD' lerin eklenmesi tercih edilmelidir. Üçüncü basamak tedavide bazal insülin ya da üçüncü bir OAD eklenebilir. 4. basamaktaki tedavi protokolünde kesinlikle insülin başlanılmalı, diyabetli birey insülin kullanıyor ise oranı artırılmalıdır (62).

2.3. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabette kan glikoz seviyesi istenilen sınırlarda tutulamadığında bireyin yaşam kalitesini önemli derecede etkileyebilen çeşitli komplikasyonlar

gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar akut ve kronik komplikasyonlar olarak iki bölümde ele alınmaktadır.

2.3.1. Akut Komplikasyonlar

Diyabetli bireyde oluşabilecek akut sağlık sorunları; diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemik durum, laktik asidoz ve hipoglisemidir (9).

2.3.1.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

Tip 1 diyabeti olan bireylerde en mühim mortalite ve morbidite nedeni diyabetik ketoasidoz insülin noksanlığı ve kan şekeri yüksekliği nedeniyle kan ve idrar içeriğinde keton yükselmesi durumudur (65). İnsülin eksikliğinin sebepleri içinde; tip 1 diyabet başlangıcında olma, eksik insülin kullanma ya da hiç kullanmama, insülin pompası kullanılıyor ise kateter tıkanması, sürekli aynı bölgeye insülin yapılması sonucu emilimin bozulması, yanlış ölçüm nedeniyle eksik doz insülin yapılması yer almaktadır. Ayrıca enfeksiyon, travma, yanık, steroid kullanımı, miyokard infarktüsü, serebrovasküler olay, hipertroidi, akromegali, feokromositoma da DKA'ya yol açan nedenler arasında sayılabilir (9, 66).

DKA'nın belirtileri ve bulgularında; bulantı, kusma, karın ağrısı, poliüri, polidipsi yer almaktadır (9, 65, 66). Bu belirtilerle birlikte iştahsızlık, halsizlik, dehidratasyon, taşikardi, sıcak ve kuru cilt, nefeste aseton kokusu mevcuttur (9, 66). Ayrıca ilerleyen safhalarda bilinç bulanıklığı ve koma görülebilmektedir (65). Labotavuar bulgularında ise plazma glukoz düzeyi >300 mg/dl, ketonemi ≥ 3 mmol/l, idrarda keton $\geq 2+$, kan pH ≤ 7.30 ve serum bikarbonat (HCO_3^-) düzeyi ≤ 15 mEq/l dir. Bununla birlikte serum ozmolalitesi biraz yükselse de yine de düşük seyreder (<320 mOsm/l). Anyon açığı artmış (genellikle >12) olup DKA'daki hastaların çoğunda asidoz ve dehidratasyon nedeniyle az veya orta seviyede lökositoz ($10.000-15.000/\text{mm}^3$) oluşabilir. Az sıklıkta serumdaki amilazın ve lipazın seviyesi kabul edilen üst seviyenin 2-3 mislini geçmeyecek miktarda artabilir. Ketonüri ve glukozüride gelişir (22, 67, 68, 69).

DKA' da tedavi amacı; doku perfüzyonunun iyileşmesini sağlamak, dolaşım hacmini düzenlemek, serum glukoz ve ozmolalitesini normal aralıklarda tutmak, serum ve idrarda bulunan ketonu gidermek, elektrolitleri dengeli hale getirmektir.

Hafif DKA durumlarında intravenöz nötr insülin ile tedaviye başlanır, hafif dozda intramüsküler veya subkutan nötr insülin tedavisi uygulanabilir (70).

2.3.1.2.Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)

Diyabetle hastaneye yatan hastaların %1'inde HHD oluşmaktadır. Hiperozmolar hiperglisemik durum'un 50 yaş üzerindeki bireylerde görülme olasılığı daha yüksek olup vakaların %25-35'i henüz tip 2 diyabet tanısı almamış bireylerdir (70). Hiperozmolar hiperglisemik durum, akut insülin gereksiniminin yükseldiği zamanlarda, myokart enfarktüsü, serebrovasküler olay, tiazidler, propranolol, fenitoin, steroidler, furosemid, klortalidon gibi ilaç kullanımı, enfeksiyonlar, gastrointestinal sorunlar, böbrek yetmezliği, endokrin sistem hastalıkları (hipertiroidi, akromegali vb.), bakım eksikliği ya da uygulamadaki yanlışlıklar sebebiyle bireye verilen tedavideki yetersizlik sonucunda gelişir (66, 69, 71).

Çeşitli nedenlerle gelişen HHD'de poliüri, polidipsi, taşikardi, hipotansiyon, konfüzyon, koma, fokal, jeneralize motor atak, hemiparezi gibi nörolojik semptomlar görülmektedir. Laboratuvar bulgularında ise ciddi hiperglisemi > 600 mg/dl (sıklıkla 1000-2000 mg/dl) ve hiperosmolarite > 320 mOsm/kg belirlenebilir. Bununla birlikte ciddi dehidratasyon gelişir. Kan pH >7.3 , HCO₃ düzeyi > 18 mEq/L olup asidoz gelişmez. Ketonüri olmayabilir ya da eser miktarda olabilir (69).

Tedavide ise, öncelikli olarak dehidratasyonun giderilmesi amacıyla hidrasyon tedavisi yapılmalıdır. Hipotansiyon durumu düzelmezse kolloid ve pressör ajanlar kullanılabilir. İnsülin tedavisi DKA'da olduğu gibi düzenlenir (71).

2.3.1.3.Hipoglisemi

Hipoglisemi diyabetli bireyler arasında en fazla görülen akut komplikasyondur. İnsülinle diyabet tedavisi gören bireylerde daha sık görülmektedir (72). Hipoglisemi tanısı Whipple triadı varlığında çok kolaylıkla konulabilir (38, 72). Whipple triadı hipoglisemiyle uyumlu semptomların varlığı, o anda plazma glikoz düzeyinin düşük olması ve eksojen glikoz vererek plazma glikoz düşüklüğü düzeltilince semptomların kaybolmasıdır. Literatür incelendiğinde hipoglisemi sınır değeri için kan glikoz düzeyinin 45-75 mg/dl aralığında olduğu görülmektedir (38). Hipoglisemi hafif, orta ve ciddi olarak üç seviyede meydana gelebilir (72). Kandaki

şeker düzeyinin 70 mg/dl' nin altında olması hafif hipoglisemi, 50-70 mg/dl arası orta seviyeli hipoglisemi, 50 mg/dl altında olması ise ciddi derecede hipoglisemi olarak kabul edilmektedir (73).

İnsülin miktarının yüksek uygulanması, insülini yanlış zamanda ve yanlış şekilde yapmak, hastaya uygun olmayan insülini seçmek ve uygulamak, fazla miktarda OAD kullanmak, herhangi bir öğünü yememek ve eksik karbonhidrat almak, insülin gereksiniminin düşmesi, duyarlılıktaki artış, egzersiz ve alkol kullanımı, psikolojik ve nörolojik bozukluklar, miyokard infarktüsü, aritmiler, trafik, ev veya iş kazaları, hipotermi gibi durumlar hipoglidemiye neden olabilir (73,74). Bu durumlar nedeniyle hipoglisemi geliştiğinde hastada adrenerjik ve nöroglükopenik olarak iki grup altında toplanabilecek çeşitli belirtiler meydana gelmektedir. Adrenerjik belirtiler; otonom sinir sisteminin ve adrenal medullanın aktivasyonuna bağlı şekilde ortaya çıkar (74). Bu belirtiler titreme, soğuk terleme, anksiyete, bulantı, çarpıntı, acıkma olarak sayılabilir (73,74). Nöroglükopenik belirtiler ise serebral kortekse şeker iletiminin zayıflamasına bağlı gelişmekte olup baş dönmesi, baş ağrısı, halsizlik, konsantrasyon ve konuşma güçlüğü ve konfüzyon şeklinde seyretmektedir (73, 74).

Hipogliseminin tedavisi şiddetine göre düzenlenmektedir. Hafif hipoglisemide bireye; 15 g karbonhidrat 150-200 ml meyveli içecek, 4-5 adet küp şeker veya 3-4 şeker tableti verilir (72, 73, 74). Bu uygulamalardan 15 dakika sonra, eğer kan şekeri 70 mg/dl'den küçük ya da şikayetler halen mevcutsa tedavi ara vermeden sürdürülür. Kan şekeri 70 mg/dl' den büyük veya eşit ve şikayetlerde azalma varsa ara veya ana öğüne 30 dk ya da daha uzun zaman kaldıysa içeriğinde karbonhidrat ve protein olan besin önerilir. Orta seviyede hipoglisemisi olan hastaya; 30 g çabuk etki gösteren karbonhidrat (meyveli içecek, küp şeker, şeker tablet vb gibi) verilir (73). Ciddi hipoglisemisi olan bireye; 1 mg glukagon subkutan veya intramusküler olarak uygulanır ya da 50 ml %20 dekstroz veya 100 ml %5-10 dekstroz 100 ml/st intravenöz olarak kan şekeri normale dönene kadar uygulanır (73).

2.3.1.4. Laktik Asidoz (LA)

Laktik asidoz kan içeriğinde laktat miktarı yükseldiği zaman ortaya çıkan ve dokularda oksijen yetersizliğinden kaynaklı ağır metabolik asidoz durumudur (71, 72). Laktik asidoz geliştiğinde hastada kan laktat düzeyi >5 mmol/l ve $pH < 7.30$ olarak görülür (71, 72). Bu tablodaki bireye yoğun bakım ünitesinde hemodinamik stabilizasyon sağlanmalı ve oksijen tedavisi uygulanmalıdır. Kan pH'sını yükseltmek için intravenöz olarak $NaHCO_3$ uygulamak gerekli olabilir. Tedavinin hedefi 48 saat içinde laktat düzeyinin ≤ 3 mmol/l olmasıdır. Sodyum ve su dengesini tedavi etmek için hemodiyaliz gerekebilir (71).

2.3.2.Kronik Komplikasyonlar

2.3.2.1.Nefropati

Nefropati glomerül içi arteriollerin hasarı ve böbrek fonksiyonlarının ilerleyici olarak bozulması ile meydana gelen bir komplikasyondur (75). Yetişkin diyabetlilerde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri nefropatidir (76). Diyabetli bireylerin %30' unda görülmektedir (77).

Diyabetik nefropatinin risk faktörleri arasında; yüksek tansiyon, sigara içimi, dislipidemi, proteinüri, glomerüler filtrasyon oranı, kalıtsal riskler sayılabilmektedir (78). Diyabetik nefropatide böbrek hücrelerinin yapı ve fonksiyonlarında bazı bozulmalar oluşmaktadır. Bunlar; mezengium genişlemesi, glomerul bazal membran kalınlaşması ve glomerular sklerozudur. Diyabetik nefropati idrarda albümin atılımının artması (≥ 30 mg/gün) ve/veya glomerül filtre hızının devamlı azalması (GFR) ile oluşan bir durumdur (79).

Diyabetik nefropatili bireylerde; kan şekeri ve kan basıncı kontrolü, diyetle protein azaltılması, hiperlipidemi tedavisi, sürekli egzersiz, alkol ve sigaranın bırakılması önemli noktalar (79, 80).

2.3.2.2.Nöropati

Nöropati sinir liflerinin ilerleyici kaybı ile oluşmaktadır ve kalitatif, kantitatif veya anatomik fonksiyon testleri ile saptanabilir (81). Vücuttaki herhangi bir sistem etkilenebilmektedir. Özellikle vücudun alt ekstremitelerini etkileyen distal-simetrik duyusal polinöropati, infeksiyon ve iskemi ile birlikte ayak amputasyonunun öncelikli sebebidir (82). Şikayetleri arasında; küçük liflerin etkilenmesiyle gelişen ağrılı, yanmaya neden olan, uyuşukluk ve karıncalanıyor gibi his en sık görülenlerdir. Büyük liflerde etkilenme durumunda ise, his ve koruyan duyu kayıpları diyabetik ayak gelişiminde önem ifade etmektedir (83). Diyabet nedeniyle meydana gelen nöropati düzeltilemese de iyi kontrollü diyabette nöropatinin gelişmesi/ilerlemesi önlenbilir veya ortaya çıkması geciktirilebilir. Periferik nöropatideki şikayetlerin (parestezi, hissizlik, nöropatik ağrı) tedavisi semptomları gidermeye yöneliktir (80) .

2.3.2.3.Retinopati

Diyabetik retinopati (DRP), mikrooklüzyon ve damar geçirgenliğindeki hasar nedeniyle gelişir ve oklüzyon nedeniyle retinal hipoksi meydana gelmektedir (79). Diyabet tanısı 20 seneden fazla olan hastalarda diyabetik retinopati sıklığı %60' dan fazladır (84). Retinopati yetişkin diyabetli bireylerin en önemli körlük nedenidir (85). Bu komplikasyonun tedavisinde; sistemik olarak şeker regülasyonu, kan basıncı kontrolü, dislipidemi tedavisi önemlidir. Lokal olarak ise; lazer fotokoagülasyon tedavisi, intravitreal anti vasküler endotelial büyüme faktörü (anti VEGF) enjeksiyon uygulaması, seyrek olarak intravitreal steroid enjeksiyon uygulaması, vitrektomi uygulanmaktadır (84).

2.3.3.Ağız Sağlığı İle İlgili Komplikasyonlar

Diyabetli bireyler ağız-diş sorunları açısından herkesten daha yüksek risk taşırlar (18). Diyabetli bireylerde glikoz seviyesinin kontrol altına alınmasında ağız sağlığı önemli bir etkidir. Çünkü kan şekerinin yüksek seyretmesi ağız sağlığını olumsuz etkiler, ağız sağlığı iyi olmadığı zaman ağız içinde hastalık meydana gelir ve bu nedenle kan şekerinin kontrol altına alınması zorlaşır. Diyabetli kişiler diyabetin diğer komplikasyonları gibi ağızla ilgili problemler yönünden de değerlendirilmelidirler (28). Diyabetli bireylerde diş eti dokusunda vasküler

değişimler meydana gelmekle birlikte diş eti dokusunda yıkım oluşmaktadır (19). Yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmaların birçoğunda diyabetli bireylerin sağlıklı bireylere oranla daha fazla periodontal hastalığa yakalandığı belirlenmiştir (17).

Diyabette oral fizyopatolojiyi inceleyecek olursak; tükürük glikoz seviyesindeki artma ile beraber tükürük akış hızında azalma ve bu azalmaya bağlı olarak ağız kuruluğu meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak pH düşer, tükürüğün antibakteriyel özelliği düşer, bakteri plağı oluşumunda artış gözlemlenir. Böylece diyabetli bireyde diş eti çekilmeleri ve diş çürükleri meydana gelmektedir (22). Hasta bireylerde tükürükte koyulaşma ve miktarında azalma sebebiyle tükürük diş üzerini yıkayamaz ve bu nedenle çiğneme zorlaşmaktadır (24). Ayrıca polimorfonükleer lökosit fonksiyonları, yüksek oksidasyon, immün cevapta değişiklik, yüksek LDL seviyesi nedeni ile aterom oluşumu da diyabette periodontal hastalığın artmasına neden olan faktörler arasındadır (17).

Diyabetli bireyin ağızda şu şekilde değişiklikler meydana gelebilmektedir; tat alma bozukluğu, dil ağrısı, hiperkeratoz, eritroplaki, lökoplaki, oral liken planus, ülserasyon varlığı, dil üzeri lezyonlar, diş çürüğünde artış, dişeti hiperplazisi, periodontal apse, tükürük glikoz seviyesinde artış, kemik kaybı, yanan ağız sendromu, oral kandidiyazis, nefeste aseton kokusu (22). Tükürük bezinde büyüme, azalmış tükürük akışı, enfeksiyonda artma, yara iyileşmesinde gecikme, kandidiazis, ağız kuruluğu ve periodontal hastalıklar meydana gelebilmektedir (17).

Yetişkin diyabetli bireyler ile yapılan bir çalışmada hastaların üçte birinde tat alma değişimleri olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda sakaroz ya da glukoz algılama yetisi azaldığı için şeker alımı ihtiyacı artar ve tokluk şekerinde artma meydana gelebilmektedir. Ağız ve diş hastalıkları mevcutsa tedavi ile ağız tadı normale döndürülmelidir (18). Ayrıca tükürükte artan kalsiyum ve glukozla bağlı plak birikimi, alveolit, pulpitis, ağız kuruluğu, çürük riskinde artış meydana gelmektedir (22). Çürük oluşumu kan şekeri düzenli seyretmeyen diyabetli bireylerde tükürükte artmış glukoz oranından da etkilenmektedir (17). Diyabet sürecinde hiperglisemi nedeniyle kseroztomia (ağız kuruluğu) yaygın olduğu için bireyler konuşmada, çiğneme ve yutmada zorluk çekmektedirler (18). Azalmış tükürük salgısı nedeniyle meydana gelen ağız kuruluğu sonucunda ağızda yanma ve kandidiazisde

görülebilmektedir (17). Tükürük aynı zamanda ağızdaki asidi de nötralize ederek ağız içi florayı korumaya da yardımcı olduğu için bu floranın bozulması durumunda fırsatçı mikroorganizmalar çıkarak dişlerde çürümeye, ağız içinde yaraya, mantar enfeksiyonlarına ve periodontal rahatsızlıklara neden olmaktadır (18). Ağız içinde tükürük azaldığı zaman besinler diş üzerine yapışarak plak oluşmasına neden olur ve bu şekilde diş taşları meydana gelir. Diyabetli bireylerde diş taşları genelde yoğun olmakla beraber, diyabetli çocuklarda gingival bölge altında bazen pigmentli tabaka olduğu gözlemlenmiştir (24).

Diş protezi kullanan bireylerde ağız içi nem eksikliğinden dolayı ağız mukozasında yaralar oluşabilmektedir. Takılıp çıkarılabilen protezlerin ağızda bütün gün kalması da mantar gelişimini hızlandırmaktadır. Bu nedenle protez bakımına özen gösterilerek protezler geceleri çıkarılmalıdır (18). Diyabeti kontrol altına alınamayan bireylerde diyabeti kontrol altına alınmış bireylere göre periodontal hastalık görülme oranı yüksek bulunmuştur (17). Kan şekerinin yüksek seyretmesi yara iyileşmesini geciktirdiğinden iltihabi durum artarak ağrı, stomatit ve glossit oluşmasını tetiklemektedir. Kan şekeri yüksek seyredince tükürükteki şeker oranı da yükselir ve bazı bakterilerin çoğalması için uygun bir ortam haline gelerek diş ve diş eti hastalıkları için zemin hazırlar (18). Diyabetli bireylerde diş ve dişeti rahatsızlıkları önlenemediğinde enfeksiyonu kontrol altına almak zorlaşır. Ketoasidoz ve sepsise varan durumlar gelişebilir (19).

Diyabet ve periodontal hastalık arasında spesifik ağız kokusuna bağlı ilişki mevcuttur. Periodontal hastalıklarda plak ve inflamasyon sebebiyle ağız kokusu oluşmaktadır (86). Ağız sağlığı bozulduğu zaman ağız içi ve diş iltihabı nedeniyle ağız kokusu, konuşma-çiğneme ve yutma sorunları ile beraber beslenme de etkilenerek gastrointestinal problemlerle beraber sağlığın geneli etkilenmektedir. Ayrıca dudakların birleşim yerlerinde çatlak ve kızarıklıkla beraber ağız bölgesinde yaralara neden olmaktadır (18).

Yaşamın sağlıklı olabilmesinde ağız ve dişdeki sağlığın da iyi olması önem taşımaktadır. Ağız diş sağlığını korunma ve iyilik halinin sürdürülmesinde diyabetli bireylerin bilgilendirilmesi önemlidir. Günlük düzenli ağız ve diş bakımının diyabetin tedavi ve düzenli seyrinde önemli olduğu hasta ve yakınlarına

anlatılmalıdır (22). Ağız ve diş sağlığı diyabetli bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürmesi için önemlidir. Ağız sağlığının iyi olması diyabetin öz-yönetim becerisini de etkilemektedir. Diyabetli bireylerin ağız-diş sağlıkları ve oral hijyenleri yaşam kaliteleri üzerinde de etkilidir (18). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili kontrollerin önemi konusunda birey ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Bireye, ağız bakımı ve hijyeninin diyabet tedavisine katkısının olduğu ve kan şekeri regülasyonu sağlanmadığı durumlarda periodontal hastalık ve diş çürüklerine yakalanma oranının artabileceği ile ilgili bilgilendirilme yapılmalıdır (22).

Ağız içinde tükürük azalmasını önlemek için bireye; ksilitollü sakızlar günde üç kere 20 dakika, sodyum karboksimetli selüloz içerikli preparatlar, tükürük destekleyici ve nemlendiriciler kullanımı ile bakteri plağını önlemeye yönelik olarak; ağız bakımı, alkolsüz antiplak ve anti tartar etkili gargaralar, klorheksidin içeren gargaralar kullanımı hakkında bilgi verilmelidir (22). Bireyler dişlerini her öğün sonrası veya günde en az 2 defa fırçalamalıdır. Yumuşak kıllı bir diş fırçası kullanılmalı ve bütün diş yüzeyleri dil de dahil fırçalanmalıdır (18). Bireylere ara öğünleri sonrası ağız bakımı yapmaları gerekmektedir (22). Ara öğünden sonra ağızlarını çalkalamalıdır (18). Eğer yapamayacak durumdaysa günde 3 defa 20 dk ksilitollü sakız çiğnenmesi gerektiği açıklanmalıdır. Lifli besinler yemeleri gerektiği anlatılmalıdır. Tatlandırıcı olarak şeker alkollerini olan sorbitol, ksilitol, mannitol gibi maddeler kesinlikle diyetisyen eşliğinde alması gerektiği söylenmeli ve bunların yerine kalori içermeyip metabolize olmayan sentetik tatlandırıcılar olan sodyum siklamat, aspartam veya sakkarin tercih edilmelidir (22).

Gece uyumadan önce dişlerin arasının diş ipi ile temizlenmesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Hareketli protez kullanan bireylere protezlerini ağızdan çıkararak temizlemeleri ve kullanmadıkları zaman/gece su dolu bir kaptaki bekletmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca bireylere gün içinde sık aralıklarla su yudumlaması gerektiği anlatılarak bunun ağız kuruluğu ve ağız içi temizliği sağlamada etkili olabileceği belirtilmelidir (28). Diyabetli bireyler; diş fırçalama ve diş ipi kullanma esnasında kanama, diş etlerinde kanlanma-şişlik-hassasiyet, kalıcı ağız kokusu, diş ve diş etlerinde iltihap, dişlerde ayrılma ya da kayıp, iyileşmeyen

yara yönünden kendilerini kontrol etmelidirler (18). Ağız içi 15 günde bir ayna yardımı ile herhangi bir değişiklik yönünden incelenmeli ve herhangi bir sorun olmasa bile sene de 2 defa diş doktoruna kontrole gidilmesi gerekmektedir (28). Diyabetli bireyler diş hekimlerine gitmek için sabah saatlerini tercih etmelidirler ve gitmeden önce de insülin enjeksiyonlarını ve kahvaltılarını yapmalıdırlar (87).

2.4.Diyabette Öz-Yönetim

Kronik hastalıklar giderek arttığı için batı toplumları bu hastalıklarla ilgili uzun süreli durum yönetimi politikaları oluşturma gereksinimi duymuşlardır. Hastaların kendi durumlarını idare etme fikri çağdaş sağlık politikası kapsamında daha fazla önemsenmiş ve bunun sonucunda, öz-yönetim bakımın merkezi bir unsur olarak kabul edilmiştir (33). Öz-yönetim algısı sağlık gelişim davranışlarından birisidir ve pozitif sağlık davranışlarının başlatılması ve devam ettirilmesinin önemli bir unsurudur (31).

Diyabet; kan şekeri takibi, beslenme ve egzersiz gibi aktivitelerin bireysel olarak sürdürülmesi gerektiği kronik bir hastalık olarak öz-yönetimle büyük oranda bağlantılıdır (33). Bundan dolayı diyabet öz-yönetim eğitim ve desteği diyabetli bireyler için olduğu kadar diyabet için risk altın olan ya da prediyabetik bireyler için de oldukça önemlidir (88). Diyabet tedavisinde hedef, kan şekeri kontrolünü sağlamak ve meydana gelebilecek komplikasyonları engellemektir. Ancak diyabetli bireylerde kan şekeri düzeyinin istendik düzeyde kontrollü olarak sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi güç olabilmektedir (32). Bundan dolayı diyabet yönetiminde amaç, kan şekeri kontrolünün sağlanması ve meydana gelebilecek komplikasyonların önüne geçilmesi veya en alt seviyeye çekilmesidir. Kan şekeri kontrolünün sağlanabilmesi için; diyabete yönelik beslenme tedavi uygulaması, egzersiz, bireyin kanındaki şeker oranı kontrolünü kendisinin yapması, diyabet öz-yönetimi ile ilgili eğitim ve OAD veya insülin tedavisi öneriler arasında yer almaktadır (89).

İlaç tedavisi etkisi başarılı olmasına rağmen hastalar sağlık personelinin kendilerine verdiği yaşam tarzı ile ilgili önerileri yaşantılarına uygulama ve devam ettirmede sorun yaşayabilmektedirler. Bu durum hastaların tedavi sürecine

geleneksel yaklaşım göstermelerinden kaynaklanmaktadır. Diyabet, öz-yönetim kararları ve karmaşık bakım aktiviteleri gerektirdiği için hastalığın kontrolünde bireylerin öz-yönetim becerileri sahibi olması gerekmektedir (90). Joslin, diyabetli bireylerin kendi bakımlarını kendilerinin yapması gerektiğini vurgulamış ve çağımızda diyabet ile ilgili eğitimde tavsiye edilen diyabette öz-yönetim eğitiminin üzerinde durmuştur. Aynı zamanda bu süreçte hemşirenin rolünün büyük olduğunu dile getirmiştir (32). Diyabette öz-yönetimin glisemik kontrolü sağlamada ve diyabetin komplikasyonlarından korunmada diyabet tedavisi kadar faydalı olduğu tespit edilmiştir (31). Diyabetli bireylerin öz-yönetim becerilerini kazanabilmeleri ve sürdürebilmeleri için sağlıkla ilgili inançları öğrenilmeli, bu inançları kapsamında uygun yöntemlerle metabolik kontrolleri sağlanmalı ve yaşam kaliteleri optimize edilmelidir (91). Diyabette yönetim yalnızca planlanan tedaviye uyum göstermek değil aynı zamanda bireyin yaşam tarzında da davranış değişiklikleri yapmasını gerektirmektedir (92). Bireyin ömür boyu uyması gereken diyabet tedavisi, bireyin tedavi sürecini kendisinin yönetmesini ve davranış değişikliğini kapsamaktadır (93). Diyabet öz-yönetim eğitimi; diyabette bireyin kendi kendine bakımı için gerekli olan bilgi, beceri ve yetenekleri kolaylaştırmayı amaçlayan devamlı bir süreçtir (94). Diyabet öz-yönetim eğitimi, 1930' lardan beri diyabetli bireylerin hastalıklarını yönetmeyi öğrenme sürecinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (95).

Diyabet öz-yönetim eğitim ve desteği; diyabetli birey ve bakım bireylere prediyabet ve diyabetin öz-bakımında lazım olan bilgileri, becerileri ve yetenekleri sürdürme sürecine odaklanmaktadır. Bununla birlikte diyabet öz-yönetim eğitimi diyabetli bireylere devamlı olarak kendi durumlarını yönetmek için gerekli davranışları uygulayabilmeleri ve sürdürebilmeleri konusunda yardımcı olmaktadır (88). Diyabetli bireylerin kendi bakım ve diyabetlerine uyumları için öz-yönetim tanımlanmalı ve bireyler sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakıma dahil edilmelidirler (31).

2.5.Diyabet ve Öz-Bakım Aktiviteleri

Öz-bakım teorisi hemşirelikle ilgili uygulamalarda çok tercih edilen teorilerdendir ve ilk olarak Dorethea Elizabeth Orem tarafından 1956 yılında “Öz-

bakım Teorisi” olarak oluşturulmuştur. 1971 ile 2001 arası yıllarda “Öz-bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi” olarak biçimlendirilmiştir. Bu teoriye göre insan kendi ihtiyaçlarını belirleme ve yerine getirme gücüne sahiptir (35). Bireyin kendisi ve etrafı öz-bakım sürecinde etkileşimlerde bulunmaktadır. Öz-bakım; insan, çevre, kültür ve gündelik hayat öğeleri gibi kavramlarla ilişkilidir (96).

Öz-bakım Orem’in Genel Hemşirelik Kuramı'nın temel öğelerinden biri olmakla beraber bireylerin hayatlarını, sağlıklarını ve iyiliklerini sürdürmede uyguladıkları faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (35, 97). Bu faaliyetler beceri, iletişim eğitim, kültür ve etkileşimle gelişir (7, 36). Diğer bir ifade ile kişilerin kendi sağlıkları için devamlı katkıda bulunmaları ve katılım göstermelerine öz-bakım denilmektedir. Öz-bakım her bireyin gerçekleştirmesi gereken temel insan gereksinimidir ve kişiler eğer kendi öz bakımlarını gerçekleştiremezlerse sağlıklarında bozulma meydana gelebilmektedir (34). Orem’e göre; öz-bakım bir faaliyet sistemi olmakla beraber devamlı olarak uygulanır (96).

Orem’ e göre kendi bakımını yerine getirebilen kişi öz-bakım ajanıdır yani eylemi yapan kişidir. Orem’ e göre kişinin öz-bakım ihtiyaçlarını gerçekleştirebilmesinde gereken öz-bakım gücünü taşıması gereklidir (35). Bireyin kendi bakımını yerine getirme kabiliyetiye öz-bakım güç-yetenek veya etkinliği diye tanımlanmaktadır. Öz-bakım gücü kişinin hayatını kendi bakımıyla ilgili gereksinimlerini yerine getirebilecek şekilde ayarlama ve ilerletme kabiliyetidir (36). Öz-bakım gücü; kendine güven, saygı, fiziksel aktiviteyi kontrol etme/gerçekleştirme yeteneği, olayları kavrama kabiliyeti, motivasyon, kendi öz bakımında karar alma, teknik bilgi edinme ve yerine getirme yeteneği, bilişsel durumu, motivasyonu, iletişim kabiliyeti, amaçlarını yerine getirebilmesi için öz-bakım davranışlarını planlama ve yaşamına adapte etme yeteneği gibi unsurları içermektedir. Diyabetli bireydeki bu unsurlar hastalık nedeniyle sürdürülmesi gereken tedavi ile başa çıkmada önem taşımaktadır (35).

Diyabette öz-bakım davranışları; uygun beslenme, egzersiz, düzenli kan şekeri kontrolü, insülin dozunun doğru olması ve etkilerinin bilinmesi ve tedavisini içermektedir (7). Diyabeti olan birey insülin ya da ilaç tedavisini tanıma, başlatma, devam ettirme yeteneği öz-bakım gücünün belirleyicisidir (35). Diyabetli bireyin öz-

bakımını devam ettirebilmesi oluşabilecek komplikasyonları engelleyebildiği gibi yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek bireyin yaşam süresinin uzamasına da neden olmaktadır (7). Aynı zamanda Orem hastanın bakım gücünün yeterli olması için maddi ve manevi kaynakların da yeterli olması gerektiğini savunmuştur (35). Diyabetli bireylerin kendi kendilerine bakabilmeleri için hastalıkları ve gereksinimleri konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hastalar sağlık gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olduklarında bakımlarının sorumluluklarını alma konusunda daha istekli olmaktadır (34).

Diyabetli bireylerin hastalıklarına olan tutum durumları diyabet bakım sürecini etkileyen bir unsurdur. Özcan (1999) tarafından yapılan çalışmada; diyabetin yaşam kalitesindeki etkisiyle ilgili olumsuz düşünce barındıran diyabetlilerin diyabetle ilgili bakımda daha çok zorlukla karşı karşıya kaldıkları ve olumlu tutuma sahip hastalara kıyasla bakımlarının etkisiz olduğu tespit edilmiştir (30).

Diyabet hastalığında tedavi şekli ne olursa olsun hasta kendi bakım aktivitelerini planlı bir şekilde sürdürmesi gerekmektedir. Bireylerin öz-bakım becerilerini kullanarak diyabet yönetimini sürdürmeleri kan glikoz kontrolünü sağlayarak komplikasyonların önlenmesini ve sonuç olarak yaşam doyumlarını ve yaşam kalitelerini olumlu olarak etkileyebilir (7, 34, 92). Diyabetli bireylerin kan şekeri kontrolünü sağlayabilmeleri için belirli aralıklarla sağlık kontrolüne gitmesi, kan şekeri seviyesini takip etmesi, tedavisine uyum sağlaması, beslenme ve egzersiz programı yapması önemlidir ve bu davranışlar öz-bakım davranışlarını oluşturmaktadır (35). Öz-bakım diyabetli bireylerin kendilerine dikkat etmesini, enerjisini denetimli kullanmasını, kararlarını öz-bakım becerisi doğrultusunda değerlendirmesini, yaşamsal faaliyetlerini sıraya sokarak yapmasını ve devamlılığını sağlamasını gerektirir. Bu özellikleri yerine getirebilen bireylerin öz-bakım gücü yeterli olacak, sağlıklarının sorumluluklarını taşıyabilecek ve kendi kendilerine yetebilen hale geleceklerdir (36).

Kaliteli bir öz-bakım bireyde iyi bir kan şekeri kontrolü sağlanmasına katkıda bulunabilir (36). Yapılan araştırmalarda hastalık süreçlerinde pozitif davranış sergileyen diyabetli bireylerin kan şekeri kontrollerinin, öz-bakım yeteneklerinin, diyabetle ilgili bilgi seviyelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (30).

Diyabetlilerin yaşam kalitelerinin korunma ve yükseltilmesinde, meydana gelebilecek komplikasyon durumlarının engellenmesi ve öz-bakım gücü artırılmasında sağlık çalışanlarına önemli sorumluluk düşmektedir (34). Ayrıca bireylerin tedaviden dolayı sosyal hayatlarında sınırlılıklar yaşamaları nedeniyle bu süreçle başa çıkabilmede hemşirelerin desteğine ihtiyacı vardır (35). Bu kapsamda diyabetli bireylere bakım veren hemşireler bireyi sadece fiziksel olarak değil beceri, bilgi, değerler ve tutum yönünden de değerlendirilmeli, bireyin öz-bakım ihtiyaçlarına göre bir bakım planı oluşturmalıdırlar (36).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

1.3.1.Diyabetli bireyler ağız sağlığına ilişkin sorunlar yaşıyorlar mı?

1.3.2.Diyabetli bireyler ağız sağlığına ilişkin uygulamaları gerçekleştiriyorlar mı?

1.3.3.Diyabetli bireyler ağız bakımını nasıl uyguluyorlar?

1.3.4.Diyabetli bireylerin öz-yönetim algısı ve ağız sağlığına ilişkin yaşadıkları sorunlar ve uygulamaları arasında fark var mı?

1.3.5.Diyabetli bireylerin öz-bakım aktiviteleri ile ağız sağlığına ilişkin yaşadıkları sorunlar ve uygulamaları arasında fark var mı?

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye servisi ve polikliniğinde yapılmıştır. Dahiliye polikliniğinde dört adet poliklinik odası, bir diyabet eğitim odası ve hastalar için bekleme salonu mevcut olup hafta içi hergün sabah 09.00-12.00 ve öğleden sonra 13.30-16.30 saatleri arasında hastalara hizmet verilmektedir. Dahiliye polikliniğinde bir diyabet eğitim hemşiresi mevcut olup diyabetli hastalara bireysel ve grup eğitimleri bu hemşire tarafından verilmektedir.

Dahiliye servisi 19 yataklı bir servis olup serviste gündüz sorumlu hemşire hariç (08.00-16.00) dört, gece (16.00-08.00) iki hemşire görev yapmaktadır. Serviste yatan hastaların diyabet eğitimleri taburculuk aşamasında diyabet eğitim hemşiresi tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca serviste çalışan hemşireler tarafından insülin uygulamasına ilişkin eğitim tekrarlanmaktadır.

Araştırmanın verileri 01.12.2016-28.02.2017 tarihleri arasında Dahiliye polikliniğine başvuran ve serviste yatan diyabetli hastalardan elde edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya belirtilen tarihlerde dahiliye polikliniğine başvuran veya serviste yatan 18 yaş ve üzeri, en az bir yıllık süre ile Tip 1 veya Tip 2 diyabet tanısı olan, sözel iletişim kurulabilen, işitme kaybı olmayan, psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan (18 yaş altında, yeni veya bir yıldan az süredir diyabet tanısı olan, sözel iletişim kurulamayan, işitme sorunu ve psikiyatrik bir hastalık tanısı olan) bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi dahiliye polikliniğine başvuran veya serviste yatan Tip 1 ve Tip 2 diyabeti olan bireyler oluşturmuştur.

3.6. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem büyüklüğü olayın görülüş sıklığına göre evrendeki eleman sayısı bilindiği durumda kullanılan istatistiksel hesaplama yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bunun için AİBÜ bilgi işlem ünitesinden son bir yıl içinde poliklinik ve serviste yatan hastaların sayısı tespit edilmiştir.

Araştırmanın örneklemi hesaplamak için; $\alpha = 0.05$ için saptanan yanılma düzeyinde teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır. İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) olan p değeri 0,50 olarak alınmıştır. İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) olan q değeri 0,50 olarak alınmıştır. Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen standart sapma değeri 0,10 olarak alınmıştır. Bu hesaplamalar sonucunda serviste yatan bireylerden elde edilecek örneklem büyüklüğü 67, polikliniğe başvuran bireylerden elde edilecek örneklem büyüklüğü 91 olarak belirlenmiştir. Böylece araştırmanın örneklimini araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 158 Tip 1 ve Tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur.

Olayın görölüş sıklığına göre evrendeki eleman sayısı bilindiği durumda;

N: Evrendeki birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri

($\alpha = 0.05$ için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görölüş sıklığı (olasılığı)

(0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görölmeşiş sıklığı (1-p)

(1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

(0,10 olarak alınmıştır).

Buna göre poliklinik örneklem sayısı:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

$$P = \frac{1687 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{(0,01) \cdot (1686) + 0,9604}$$

$$P = 91$$

Servis örneklem sayısı:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

$$P = \frac{219 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{(0,01) \cdot (218) + 0,9604} = 67$$

olarak hesaplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, ağız sağlık ve bakımı ile ilgili görüşlerini ve uygulama şekillerini tespit etmek için araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan soru formu (6, 15, 17, 20, 21, 40, 41, 64, 80, 92, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112), (Summary Diabetes Self-Care Activities Measure-SDSCAM) Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve (Perceived Diabetes Self-Management Scale'nın - PDSMS) Diyabette Öz-Yönetim Ölçekleri kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Soru formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu 2 bölümden meydana gelmektedir. Soru formunun ilk bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, diyabet ile ilgili özellikler ve eşlik eden hastalıklar gibi 21 adet açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise hastaların ağız sağlığı ve bakımı ile ilgili 19 adet soru yer almaktadır (EK-1).

3.7.2. Diyabette Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği

Glasgow tarafından geliştirilmiş, Toobert et al. (2000) tarafından yeniden düzenlenmiştir. Tip II diyabetli bireylerin öz-bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kav ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır (EK-2). Ölçek yedili likert tipindedir. Ölçekte yedi gün içinde gerçekleştirilen diyabet öz-bakım aktivitelerine ilişkin sorular yer almaktadır (113). Bunlar; diyet (5 soru), ilaç kullanımı (3 soru) egzersiz (2 soru), kan şekerini ölçme (2 soru), ayak bakımı (5 soru) ve sigara içme (4 soru) ile ilgili soruları içermekte olup ayrıca öz-bakım önerileri kısmında sağlık personeli önerileri ile ilgili dört kapalı uçlu soru bulunmaktadır (114).

Ölçeğin alt boyutlarını inceleyecek olursak:

Diyet: İlk dört madde bireylerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili durumu belirlemektedir. Birinci ve ikinci maddelerin ortalaması genel diyet puanını, dördüncü madde ters puanlanarak üçüncü ve dördüncü maddelerin ortalaması özel

diyet puanını oluşturmaktadır. Tüm maddelerin ortalaması “diyet puanını” meydana getirmektedir.

Egzersiz: Beşinci ve altıncı madde puanlarının ortalaması “egzersiz puanını” oluşturmaktadır.

Kan Şekeri Testi: Yedinci ve sekizinci maddelerin puanlarının ortalaması “kan şekeri testi puanını” meydana getirmektedir.

Ayak Bakımı: Dokuzuncu ve onuncu maddelerin puanlarının ortalaması “ayak bakımı” puanını oluşturmaktadır.

Sigara İçme Durumu: Onbirinci madde ise sigara içme ile ilgili durumu ve içilen sigara sayısı/gün olarak hesaplanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt boyutlarının cronbach alpha katsayıları; diyet 0.60, egzersiz 0.93, kan şekeri testi 0.89 ve ayak bakımı 0.46 olarak belirlenmiştir (113). Bizim çalışmamızdaki cronbach alpha katsayıları ise; diyet 0.61, egzersiz 0.74, kan şekeri testi 0.77, ayak bakımı 0.72, sigara 0.77 olarak tespit edilmiştir. Toplam cronbach alpha değeri ise 0.75 olarak hesaplanmıştır.

3.7.3.Diyabette Öz-Yönetim Algısı Skalası

Diyabette Öz-yönetim Algısı Skalası (DÖYAS) Wallson ve arkadaşları (2007) tarafından hazırlanmış, Türkçe geçerlilik güvenilirliği Özcan ve Bayındır Çevik tarafından gerçekleştirilmiştir (EK-3). Diyabette Öz-yönetim Algısı Skalası’nda 5’li likert tipinde 8 madde bulunmaktadır. Ölçeğin dört maddesi (1, 2, 6, 7) olumsuz ifadeler olup bu maddelere yüksek oranda katılım düşük öz-etkililiği belirtmektedir. Bu nedenle belirtilen dört madde diğer maddelere göre ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 8-40 arasında değişebilmektedir. Toplam puandaki fazlalık, diyabet yönetimindeki farkındalığın yüksekliğini belirtmektedir (115). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alpha değeri 0.76 olarak belirlenmiş olup, bizim çalışmamızın cronbach alpha değeri ise; 0.783 olarak belirlenmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Çalışmaya dahil olmayı onaylayan diyabetli bireylerin verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Dahiliye polikliniğine başvuran hastalarla polikliniğin bekleme salonunda, serviste yatan hastalarla da hastanın odasında görüşme yapılmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler kodlanarak SPSS programına kaydedilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayısal değişkenlerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler; kategorik değişkenler değerlendirilmesinde ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları karşılandığı durumda gruplar arası farklılığın incelenmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Bağımsız Örneklem testi), varsayımlar sağlanmadığıda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ancak diğer katılımcıların mental sağlığını değerlendirmeye yönelik bir ölçek/test kullanılmadığından tanılanmamış psikiyatrik veya mental bir sağlık sorunu olan hastalar da çalışmaya dahil edilmiş olabilir. Ayrıca çalışma da katılımcıların bağımsızlık düzeyinin belirlenmemiş olması da bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için “Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan” (29.01.2016 tarihi 2016/15 no’lu) (EK-4) ve “Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nden” resmi izin (EK-5) alınmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere ankete başlamadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve

Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur iznialınmıştır (EK-6).



4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular dört bölümde incelenerek sunulmuştur:

4.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları, Yaşadıkları Sorunlar ve Diş Hekimine Başvurma Durumları

4.2. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının ve Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması

4.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ve Yaşadıkları Sorunlar ile DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

4.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ve Yaşadıkları Sorunlar ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

4.5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu ile DÖYAS Puanı ve Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

4. 1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları, Yaşadıkları Sorunlar ve Dış Hekimine Başvurma Durumları

Tablo 4. 1. 1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=158)

Tanıtıcı Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min-Maks.
Yaş Ortalaması		47.1±14.9	19-73
		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	85	53.8
	Erkek	73	46.2
Medeni Durum	Evli	108	68.4
	Bekâr	50	31.6
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	91	57.6
	Geniş Aile	34	21.5
	Yalnız Yaşıyor	33	20.9
Eğitim Durumu	İlk/Orta öğretim	71	44.9
	Lise	49	31.0
	Yüksek Öğretim	24	15.2
	Okur-yazar değil	14	8.9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	88	55.7
	Çalışıyor	70	44.3
Sosyal Güvence	Var	157	99.4
	Yok	1	0.6
Gelir Düzeyi	Geliri Giderine Eşit	92	58.2
	Geliri Giderinden Az	50	31.6
	Geliri Giderinden Fazla	16	10.1
Sigara Kullanma Durumu	Hiç Kullanmamış	87	55.1
	Kullanmaya devam ediyor	54	34.2
	Bırakmış	17	10.8
Alkol Kullanma Durumu	Hiç Kullanmamış	138	87.3
	Kullanmaya devam ediyor	3	1.9
	Bırakmış	17	10.8
		$\bar{x} \pm SS$	Min-Maks.
Sigara kullanan ve bırakanların paket-yıl sayısı		9.9±13.6	1-40
Alkol kullanan ve bırakanların yıllık tüketim ortalaması (kadeh)		24.5±7.8	15-50

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri tablo 4.1.1’de verilmiştir. Çalışmaya dahil olan diyabetli bireylerin yaş ortalaması 47.1±14.9 yıl olup %53.8’i kadındır. Katılımcıların %68.4’ünün evli, %57.6’sının çekirdek aile yapısına sahip, %44.9’unun ilk/ortaöğretim mezunu olduğu, %55.7’sinin çalışmadığı, tamamına yakınının (%99.4) sosyal güvencesinin olduğu ve %58.2’sinin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %55.1’inin

daha önce hiç sigara kullanmadığı, %10.8' inin bıraktığı, sigara kullanan ve bırakanların paket-yıl sayısı ortalamasının ise 23.4 ± 13.6 (1-50 yıl) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %87.3' ünün daha önce hiç alkol kullanmadığı, %10.8' inin bıraktığı belirlenmiş olup alkol kullanan ve bırakanların kadeh üzerinden yıllık tüketim ortalaması ise 24.5 olarak hesaplanmıştır.



Tablo 4.1.2. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri (n=158)

Diyabete İlişkin Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min-Maks.
Diyabet tanı süresi		6.0±4.4	1-17
		Sayı	Yüzde
Diyabet Tipi	Tip 2 diyabet	120	75.9
	Tip 1 diyabet	38	24.1
Diyabet Tedavisi	İnsülin	81	51.3
	OAD	37	23.4
	OAD ve İnsülin	36	22.8
	Beslenme Tedavisi	4	2.5
Ailede Diyabetli Birey Varlığı	Evet	91	57.6
	Hayır	67	42.4
Düzenli Olarak Kontrole Gitme	Evet	150	94.9
	Hayır	8	5.1
Kontrolle Gitme Sıklığı	1-3 Ay	106	67.1
	3-6 Ay	31	19.6
	6-12 Ay	13	13.3
Diyabete Bağlı Komplikasyon Varlığı	Hayır	86	54.4
	Evet	72	45.6
Gelişen Komplikasyonlar	Retinopati	38	52.8
	Nöropati	15	20.9
	Kardiyovasküler Hastalık	13	18
	Nefropati	6	8.3
Tanı Konulmuş Başka Hastalığın Varlığı	Evet	94	59.5
	Hayır	64	40.5
Tanı Konulan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalık	54	57.5
	Guatr	14	14.9
	Astım	14	14.9
	Hiperlipidemi	7	7.4
	KBY	3	3.2
	Romatoit Artrit	2	2.1
Diğer Hastalıklarıyla İlgili İlaç Kullanma Durumu	Evet	88	93.6
	Hayır	6	6.4

Çalışmaya katılan bireylerin diyabet tanı süresi ortalaması 6.0±4.4(1-17 yıl) olup %75.9' nin tip 2 diyabet tanısı aldığı, %51.3' ünün insülin kullandığı ve %57.6' sının ailesinde diyabetli birey olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %94.9' u düzenli olarak ve %67.1' i 1 ile 3 ay arasında kontrole gitmektedirler. Bireylerin %45.6' sında diyabete bağlı komplikasyon geliştiği ve %52.8' inde retinopati geliştiği belirlenmiştir. Bireylerin %59.5' inde diyabet dışında tanı konulmuş başka bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %57.5' inde kardiyovasküler hastalık,

%14.9'unda astım ve %14.9' unda guatr olduğu ve %93.6' sının bu hastalıklara yönelik olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir.



**Tablo 4.1.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına İlişkin Uygulamaları
(n=158)**

Ağız Sağlığına İlişkin Uygulamalar	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diş protezi kullanma	56	35.4	102	64.6
Protezini su dolu kaba koyarak saklama	45	80.3	11	19.7
Protezini ıslak beze sararak saklama	11	19.7	45	80.3
Dişini/protezi günde 2 kez 2 dk fırçalama	155	98.1	3	1.9
Ara öğün sonrası fırçalama	56	35.4	102	64.6
Dilini fırçalama	130	82.3	28	17.7
Günde en az bir kez diş ipi kullanma	50	31.6	108	68.4
Ağız ve diş sağlığı için ürün kullanma (diş macunu veya gargara)	158	100	0	0
Altı ayda bir diş hekimine kontrole Gitme	58	36.7	100	63.3
Diş hekimine kan şekerini belirtme	116	73.4	42	26.6

Katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili uygulamaları incelendiğinde %35.4' ünün protez kullandığı, %80.3' ünün protezini su dolu kaba koyarak muhafaza ettiği, %98.1'inin dişini/protezi günde iki defa ve %35.4' ünün ara öğün sonrasında da dişini fırçaladığı, %82.3' ünün dil üzerini de fırçaladığı ve %31.6' sının günde en az bir kez diş ipi kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların tamamının ağız ve diş sağlığı için diş macunu ve ağız bakım suyu kullandıkları bulunmuştur. Katılımcıların %36.7'sinin altı ayda bir diş hekimine kontrole gittiği ve %73.4' ünün ise diş hekimlerine kan şekerlerini bildirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar ve Diş Hekimine Başvurma Durumları (n=158)

	Ağız sağlığı ile ilgili Sorunlar		Diş Hekimine Başvurma Durumu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Diş Çürüğü	52	46	52	46
Ağız Kuruluğu	45	40	45	40
Ağızda Kötü Koku/Tat	43	38	43	38
Tat Kaybı	40	36	40	36
Ağız İçinde Mantar	20	18	20	18
Dişlerde Hassasiyet	18	16	18	16
Diş Eti Kanaması	15	13	15	13
Diş Etlerinde Çekilme	15	13	15	13
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	10	9	10	9

Tablo 4.1.4.' de bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ve bu sorunlar için diş hekimine başvurma durumları incelenmiştir. Tabloda gösterilmemekle birlikte katılımcıların %71.5' inin (n=113) ağız sağlığıyla ilgili herhangi bir sorunun olduğu belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların %46' sının diş çürüğünün olduğu ve bu şikâyete yönelik olarak diş hekimine başvurdukları tespit edilmiştir. Katılımcıların %40' inin ağız kuruluğu, %38' inin ağızda kötü koku ve tat sorunu yaşadığı, %36' sının tat kaybı yaşadığı belirlenmiştir.

4.2. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının ve Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması

Tablo 4.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması (n=158)

	Protezi kullanmadı kullanmadı gizaman saklama şekli		Dişini/ protezini günde iki dk/iki defa fırçalama	Ara öğün sonrası fırçalama durumu	Dilini fırçalama	Diş ipi kullanma	Altı ayda bir kontrole gıtme	Diş hekimine kan şekerini belirtme
	Temiz su dolu kaba koyma	Islak havlu/ beze sarma						
Cinsiyet	%	%	%	%	%	%	%	%
Kadın	80.8	19.2	100	44.7	89.4	35.3	42.4	69.4
Erkek	80	6/20	94.9	24.7	74	27.4	30.1	78.1
	$X^2=0.005$ $p=9.42$		$X^2=3.561$ $p=0.96$	$X^2=6.899$ $p=0.12$	$X^2=6.420$ $p=0.011$	$X^2=1.132$ $p=0.287$	$X^2=2.522$ $p=0.112$	$X^2=1.513$ $p=0.219$
Medeni durum								
Evli	78.4	21.6	199.1	27.8	80.6	20.4	34.3	65.7
Bekar	100	-	96	52	86	56	42	90
	$X^2=1.342$ $p=0.571$		$X^2=1.734$ $p=0.188$	$X^2=8.764$ $p=0.003$	$X^2=0.695$ $p=0.405$	$X^2=20.058$ $p=0.000$	$X^2=0.881$ $p=0.348$	$X^2=10.306$ $p=0.001$
Aile Yapısı								
Çekirdek aile	76.7	23.3	98.9	37.4	85.7	26.4	40.7	71.4
Geniş aile	/81	19	100	20.6	76.5	17.6	20.6	67.6
Yalnız yaşıyor	100	-	93.9	45.5	78.8	60.6	42.4	84.8
	$X^2=1.486$ $p=0.476$		$X^2=4.039$ $p=0.133$	$X^2=4.871$ $p=0.088$	$X^2=1.799$ $p=0.407$	$X^2=17.045$ $p=0.000$	$X^2=4.878$ $p=0.087$	$X^2=2.974$ $p=0.226$
Eğitim durumu								
İlk/orta öğretim	77.5	22.5	95.8	23.9	71.8	16.9	31	63.4
Lise	100	-	100	42.9	95.9	38.8	38.8	83.7
Yükseköğrenim	-	-	100	54.2	100	70.8	62.5	100
Okur-yazar değil	80	20	100	35.7	57.1	14.3	14.3	42.9
	$X^2=1.674$ $p=0.433$		$X^2=3.747$ $p=0.290$	$X^2=8.958$ $p=0.030$	$X^2=22.83$ $p=0.000$	$X^2=27.276$ $p=0.000$	$X^2=10.992$ $p=0.012$	$X^2=21.696$ $p=0.000$
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	85.4	14.6	96.6	33	75	17	29.5	59.1
Çalışıyor	50	50	100	38.6	91.4	50	45.7	91.4
	$X^2=5.499$ $p=0.020$		$X^2=2.433$ $p=0.119$	$X^2=0.538$ $p=0.463$	$X^2=7.217$ $p=0.007$	$X^2=19.574$ $p=0.000$	$X^2=4.387$ $p=0.036$	$X^2=20.890$ $p=0.000$
Gelir düzeyi								
Gelir gidere eşit	84.1	15.9	98.9	30.4	82.6	22.8	31.5	66.3
Gelir giderden ↓	50	50	100	31.2	75	31.2	37.5	62.5
Gelir giderden ↑	75	25	96	46	84	48	46	90
	$X^2=2.869$ $p=0.238$		$X^2=1.820$ $p=0.402$	$X^2=3.567$ $p=0.168$	$X^2=0.690$ $p=0.708$	$X^2=9.492$ $p=0.009$	$X^2=2.928$ $p=0.231$	$X^2=10.407$ $p=0.005$
Sigara kullanma durumu								
Kullanmamış	87.5	12.5	97.7	43.7	87.4	37.9	43.7	70.1
Kullanıyor	77.8	22.2	98.1	31.5	77.8	27.8	33.3	87
Bırakmış	71.4	28.6	100	5.9	70.6	11.8	11.8	47.1
	$X^2=1.559$ $p=0.459$		$X^2=0.404$ $p=0.817$	$X^2=9.441$ $p=0.009$	$X^2=3.882$ $p=0.144$	$X^2=5.069$ $p=0.079$	$X^2=6.636$ $p=0.036$	$X^2=11.671$ $p=0.003$
Alkol kullanma durumu								
Kullanmamış	82.9	17.1	97.8	39.1	84.8	33.3	39.1	76.8
Kullanıyor	100	-	100	-	100	33.3	33.3	33.3
Bırakmış	69.2	30.8	100	11.8	58.8	17.6	17.6	52.9
	$X^2=1.680$ $p=0.432$		$X^2=0.443$ $p=0.801$	$X^2=6.663$ $p=0.036$	$X^2=7.654$ $p=0.022$	$X^2=1.726$ $p=0.422$	$X^2=3.022$ $p=0.221$	$X^2=6.937$ $p=0.031$

Tablo 4.2.1.'de çalışmaya katılan diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ağız sağlığına yönelik uygulamaları karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde bireylerin çalışma durumu ile kullanmadığı zaman protezini saklama şekli; medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ile ara öğün sonrası diş fırçalama; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve alkol kullanma durumu ile dilini fırçalama; medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile diş ipi kullanma arasında; eğitim durumu, çalışma durumu ve sigara kullanma durumu ile altı ayda bir kontrole gitme; medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu ile diş hekimine kan şekerini belirtme durumu arasında anlamlı derecede fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre çalışmayan bireylerin protezini temiz su dolu kaba koyarak saklama sıklığı; bekâr, yükseköğrenim mezunu, sigara ve alkol kullanmayan bireylerin ara öğün sonrası dişlerini fırçalama sıklığı; kadın, yükseköğrenim mezunu olan, çalışan ve alkol kullanan bireylerde dil üzerini fırçalama sıklığı; bekâr, yalnız yaşayan, yükseköğrenim mezunu olan, çalışan, geliri giderinden fazla olan bireylerde diş ipi kullanma sıklığı; yükseköğrenim mezunu olan, çalışan ve sigara kullanmayan bireylerde altı ayda bir kontrole gitme sıklığı; bekâr, yükseköğrenim mezunu olan, çalışan, geliri giderinden fazla olan, sigara kullanan ve alkol kullanmayan bireylerde diş hekimine kan şekerini belirtme sıklığı anlamlı derecede fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.2. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması (n=158)

	Dış Çürüğü	Ağız Kuruluğu	Ağızda Kötü Koku/Tat	Tat Kaybı	Ağız İçinde Mantar	Dışerde Hassasiyet	Dış Eti Kanaması	Dış Etlerinde Çekilme	Dışerde Pozisyon Değişikliği
Cinsiyet	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Kadın	24.7	17.6	17.6	23.5	16.5	12.9	14.1	14.1	9.4
Erkek	42.5	41.1	38.4	27.4	8.2	9.6	4.1	4.1	2.7
	p=0.018	p=0.001	p=0.004	p=0.577	p=0.120	p=0.508	p=0.032	p=0.032	p=0.086
Medeni durum									
Evli	42.6	37	38	35.2	13	12	9.3	10.2	6.5
Bekar	12	10	4	4	12	10	10	8	6
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.866	p=0.708	p=0.883	p=0.663	p=0.908
Aile Yapısı									
Çekirdek aile	28.6	30.8	28.6	33	14.3	12.1	12.1	9.9	6.6
Geniş aile	58.8	41.2	47.1	26.5	11.8	8.8	-	5.9	2.9
Yalnız yaşıyor	18.2	9.1	3	3	9.1	12.1	12.1	12.1	9.1
	p=0.001	p=0.011	p=0.000	p=0.003	p=0.733	p=0.868	p=0.103	p=0.671	p=0.579
Eğitim durumu									
İlk/orta öğretim	40.8	43.7	36.6	39.4	16.9	12.7	4.2	9.9	2.8
Lise	36.7	16.3	20.4	14.3	8.2	6.1	12.2	12.2	8.2
Yükseköğrenim	4.2	4.2	8.3	8.3	4.2	16.7	16.7	8.3	8.3
Okur-yazar değil	28.6	35.7	35.7	21.4	21.4	14.3	14.3	-	14.3
	p=0.010	p=0.000	p=0.027	p=0.002	p=0.204	p=0.524	p=0.209	p=0.583	p=0.332
Çalışma durumu									
Çalışmıyor	31.8	35.2	29.5	33	17	12.5	9.1	12.5	5.7
Çalışıyor	34.3	20	24.3	15.7	7.1	10	10	5.7	7.1
	p=0.743	p=0.035	p=0.461	p=0.013	p=0.063	p=0.623	p=0.846	p=0.148	p=0.708
Gelir düzeyi									
Gelir gidere eşit	42.4	32.6	33.7	35.9	10.9	12	6.5	9.8	4.3
Gelir giderden az	12.5	43.8	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	-	6.2
Gelir giderden fazla	22	16	20	10	16	10	14	12	10
	p=0.009	p=0.040	p=0.082	p=0.001	p=0.680	p=0.930	p=0.317	p=0.358	p=0.418
Sigara kullanma durumu									
Kullanmamış	23	17.2	18.4	24.1	12.6	13.8	14.9	13.8	9.2
Kullanıyor	44.4	44.4	38.9	29.6	9.3	7.4	-	3.7	3.7
Bırakmış	47.1	35.3	35.3	17.6	23.5	11.8	11.8	5.9	6.3
	p=0.013	p=0.002	p=0.021	p=0.570	p=0.304	p=0.510	p=0.012	p=0.120	p=0.225
Alkol kullanma durumu									
Kullanmamış	31.2	24.6	25.4	22.5	12.3	13	9.4	10.1	6.5
Kullanıyor	66.7	66.7	-	-	-	-	-	-	-
Bırakmış	41.2	52.9	47.1	52.9	17.6	-	11.8	5.9	5.9
	p=0.322	p=0.017	p=0.093	p=0.014	p=0.660	p=0.229	p=0.812	p=0.726	p=0.897

*(Ki Kare testi uygulanmıştır).

Tablo 4.2.2.'de bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ağız sağlığına yönelik yaşadıkları sorunlar karşılaştırılmıştır. Buna göre; erkek, evli, geniş aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu, geliri giderine eşit, sigara kullanmayı bırakmış katılımcıların diş çürüğü olma sıklığı; erkek, evli, geniş aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu, çalışan, geliri giderinden az, alkol ve sigara kullanan bireylerin ağız kuruluğu olma sıklığı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek, evli, geniş aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu ve sigara kullanan bireylerde ağızda kötü koku/tat sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli, çekirdek aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu, çalışmayan, geliri giderine eşit ve alkol kullanmayı bırakmış bireylerde tat kaybı sıklığının istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ağız sağlığı ile ilgili yaşanan diğer sorunlar içerisinde sadece kadın cinsiyet ile diş eti kanaması ve diş etlerinde çekilme şikâyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.2.3. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması (n=158)

	Protezi kullanmadığı zaman saklama şekli		Dişini/ protezini günde iki dk/iki defa fırçalama	Ara öğün sonrası fırçalama durumu	Dişini fırçalama	Diş ipi kullanma	Altı ayda bir kontrole gitme	Diş hekimine kan şekerini belirtme	
	Temiz su dolu kaba koyma	Islak havlu/ beze sarma							
Diyabet Tipi	%	%	%	%	%	%	%	%	
Tip 2 DM	-	-	97.5	29.2	79.2	23.3	31.7	65.8	
Tip 1 DM	-	-	100	55.3	92.1	57.9	52.6	97.4	
			p=0.325	p=0.003	p=0.069	p=0.000	p=0.019	p=0.000	
Diyabet Tedavisi									
İnsülin	85	15	97.5	37	85.2	35.8	37	75.3	
OAD	81.8	18.2	100	40.5	97.3	40.5	43.2	75.7	
OAD ve İnsülin	81.8	18.2	97.2	25	61.1	16.7	25	72.2	
Beslenme Tedavisi	33.3	66.7	100	50	75	-	75	25	
			p=0.210	p=0.781	p=0.458	p=0.001	p=0.055	p=0.149	p=0.166
Ailedeki Diyabetli Varlığı									
Evet	81.1	18.9	96.7	34.1	83.5	25.3	34.1	73.6	
Hayır	78.9	21.1	100	37.3	80.6	40.3	40.3	73.1	
			6p=0.849	p=0.133	p=0.673	p=0.635	p=0.045	p=0.422	p=0.945
Düzenli Kontrole Gitme									
Evet	82.4	17.6	99.3	35.3	83.3	32.7	36.7	76.7	
Hayır	60	40	75	37.5	62.5	12.5	37.5	12.5	
			p=0.230	p=0.000	p=0.901	p=0.133	p=0.232	p=0.962	p=0.000
Gitme Sıklığı									
1-3 Ay	79.4	20.6	99.1	39.6	84	35.8	40.6	78.3	
3-6 Ay	84.6	15.4	100	25.8	87.1	22.6	25.8	71	
6-12 Ay	100	-	100	23.1	69.2	30.8	30.8	76.9	
			p=0.575	p=0.811	p=0.230	p=0.332	p=0.379	p=0.292	p=0.697
Komplikasyon									
Hayır	80	20	96.5	26.4	87.2	45.3	48.8	66.3	
Evet	80.5	19.5	100	43	76.4	15.3	22.2	81.9	
			p=0.968	p=0.110	p=0.029	p=0.076	p=0.000	p=0.001	p=0.026
Gelişen Komplikasyon									
Retinopati	100	-	100	26.3	86.8	26.3	31.6	94.7	
Nöropati	46.7	53.3	100	46.7	86.7	6.7	26.7	86.7	
KVH	100	-	100	-	38.4	-	-	61.6	
Nefropati	100	-	100	33.3	66.7	-	-	33.3	
			p=0.257	p=0.239	p=0.005	p=0.248	p=0.275	p=0.000	
Başka Hastalık Varlığı									
Evet	86	14	100	27.7	79.8	18.1	21.3	71.3	
Hayır	33.3	66.7	95.3	46.9	85.9	51.6	59.4	76.6	
			p=0.002	p=0.034	p=0.013	p=0.320	p=0.000	p=0.000	p=0.460
Tamlanan Hastalık									
KVH	80.6	19.4	100	33.9	69.5	20.3	25.4	71.2	
Guatr	100	-	100	20	100	33.3	20	73.3	
Astım	80	20	100	50	100	18.8	25	81.2	
Hiperlipidemi	100	-	100	33.3	86.7	46.7	33.3	86.7	
KBY	100	-	100	-	75	-	25	50	
Romatoit Artrit	100	-	100	66.7	100	33.3	-	100	
			p=0.678	p=0.249	p=0.018	p=0.238	p=0.881	p=0.516	
İlaç Kullanma Durumu									
Evet	86	14	100	28.4	78.4	17	22.7	71.6	
Hayır	100	-	100	16.7	100	33.3	-	66.7	
				p=0.534	p=0.203	p=0.316	p=0.188	p=0.796	

*(Ki Kare testi uygulanmıştır).

Tablo 4.2.3.'de bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özellikleri ile ağız sağlığına yönelik uygulamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre diyabet dışı başka hastalığı olan bireylerin protezini kullanmadığında temiz su dolu kaba koyarak saklama sıklığı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin diş/protezini günde iki dk/iki defa fırçalama sıklığı incelendiğinde; düzenli olarak kontrole giden ve diyabet dışı başka hastalığı olan bireylerde bu sıklık anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ara öğün sonrası fırçalama durumunda ise; tip 1 diyabetli, diyabete bağlı komplikasyonu olan, diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerde ara öğün sonrası dişini fırçalama sıklığının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Dilini fırçalama sıklığı bakımından incelendiğinde OAD kullanan, retinopatisi olan, guatr, astım ve romatoid artritli olan bireylerde bu sıklığın anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diş ipi kullanma sıklığına göre incelendiğinde sıklıkla tip 1 diyabetli, ailesinde diyabetli birey bulunmayan, diyabete bağlı komplikasyonu ve diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerin diş ipini anlamlı olarak daha fazla kullandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özellikleri altı ayda bir diş sağlığı ile ilgili kontrole gitme sıklığı bakımından değerlendirildiğinde sıklıkla tip 1 diyabetli, diyabete bağlı komplikasyonu olmayan ve diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerin altı ayda bir diş sağlığı ile ilgili kontrole gittiği ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bununla birlikte tip 1 diyabetli olan, düzenli kontrole giden, diyabete bağlı komplikasyonu olan, retinopatisi olan bireylerin daha fazla sıklıkta hekimine kan şekerini belirttiği ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması (n=158)

	Dış Çürüğü	Ağız Kuruluğu	Ağızda Kötü Koku/Tat	Tat Kaybı	Ağız İçinde Mantar	Dişlerde Hassasiyet	Diş Eti Kanaması	Diş Etlerinde Çekilme	Dişlerde Pozisyon Değişikliği
Diyabet Tipi	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tip 2 DM	40	32.5	31.7	30	15.8	10.8	8.3	10.8	5.8
Tip 1 DM	10.5	15.8	13.2	10.5	2.6	13.2	13.2	5.3	7.9
	p=0.001	p=0.047	p=0.025	p=0.016	p=0.033	p=0.694	p=0.377	p=0.307	p=0.649
Diyabet Tedavisi									
İnsülin	25.9	22.2	21	18.5	12.3	18.9	8.6	6.2	7.4
OAD	43.2	18.9	21.6	18.9	10.8	18.9	13.5	16.2	10.8
OAD ve İnsülin	38.9	52.8	50	41.7	16.7	11.1	5.6	11.1	-
Beslenme Tedavisi	25	25	-	75	-	-	25	-	-
	p=0.233	p=0.003	p=0.004	p=0.004	p=0.747	p=0.362	p=0.469	p=0.319	p=0.249
Ailedeki Diyabetli Varlığı									
Evet	39.6	31.9	26.4	27.5	16.5	14.3	9.9	9.9	7.7
Hayır	23.9	23.9	28.4	22.4	7.5	7.5	9	9	4.5
	p=0.038	p=0.272	p=0.782	p=0.468	p=0.092	p=0.182	p=0.843	p=0.843	p=0.412
Düzenli Kontrolle Gitme									
Evet	32	29.3	26.7	25.3	13.3	10	9.3	9.3	6.7
Hayır	50	12.5	37.5	25	-	37.5	12.5	12.5	-
	p=0.291	p=0.304	p=0.502	p=0.983	p=0.269	p=0.017	p=0.766	p=0.766	p=0.451
Gitme Sıklığı									
1-3 Ay	28.3	32.1	26.4	27.4	14.2	11.3	11.3	9.4	7.5
3-6 Ay	41.9	19.4	29	29	12.9	6.5	6.5	6.5	6.5
6-12 Ay	38.5	30.8	23.1	-	7.7	7.7	-	15.4	-
	p=0.313	p=0.389	p=0.915	p=0.088	p=0.809	p=0.699	p=0.343	p=0.648	p=0.588
Komplikasyon									
Hayır	23.3	17.4	18.6	20.9	3.5	16.3	10.5	7	5.8
Evet	44.4	41.7	37.5	30.6	23.6	5.6	8.3	12.5	6.9
	p=0.005	p=0.001	p=0.008	p=0.166	p=0.000	p=0.035	p=0.649	p=0.238	p=0.771
Gelişen Komplikasyon									
Retinopati	44.7	42.1	34.2	31.6	15.8	5.3	15.8	18.4	5.3
Nöropati	53.3	20	46.7	26.7	53.3	-	-	-	6.7
KVH	38.4	53.8	38.4	30.7	7.6	-	-	-	15.3
Nefropati	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	-	33.3	-
	p=0.619	p=0.113	p=0.621	p=0.707	p=0.014	p=0.106	p=0.439	p=0.269	p=0.000
Başka Hastalık Varlığı									
Evet	50	35.1	37.2	31.9	20.2	9.6	7.4	11.7	7.4
Hayır	7.8	18.8	12.5	15.6	1.6	14.1	12.5	6.2	4.7
	p=0.000	p=0.025	p=0.001	p=0.021	p=0.001	p=0.383	p=0.287	p=0.251	p=0.484
Tanımlanan Hastalık									
KVH	44.1	32.2	40.7	30.5	18.6	11.9	8.5	10.2	3.4
Guatr	46.7	26.7	20	20	13.3	-	13.3	26.7	13.3
Astım	43.8	31.2	12.5	12.5	25	-	-	6.2	12.5
Hiperlipidemi	26.7	20	40	40	6.7	26.7	13.3	6.7	6.7
KBY	75	75	25	50	25	-	-	-	-
Romatoit Artrit	66.7	33.3	-	66.7	-	-	-	-	33.3
	p=0.541	p=0.463	p=0.170	p=0.260	p=0.713	p=0.101	p=0.675	p=0.365	p=0.285
İlaç Kullanma Durumu									
Evet	52.3	37.5	39.8	33	19.3	10.2	5.7	10.2	4.5
Hayır	16.7	-	-	16.7	33.3	-	33.3	33.3	50
	p=0.091	p=0.063	p=0.051	p=0.408	p=0.408	p=0.410	p=0.013	p=0.088	p=0.000

*(Ki Kare testi uygulanmıştır).

Tablo 4.2.4.'de diyabetli bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özellikleri ile ağız sağlığına yönelik yaşadıkları sorunların karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre tip 2 diyabeti olan, ailesinde diyabetli birey olan, diyabete bağlı komplikasyonu ve diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde diş çürüğü olma sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tip 2 diyabeti olan, OAD ve insülin kullanan, diyabete bağlı komplikasyonu ve diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku/tat sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tip 2 diyabeti olan, beslenme tedavisi kullanan ve diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde tat kaybı sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tip 2 diyabeti olan, diyabete bağlı komplikasyonu, nöropatisi ve diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde ağız içinde mantar sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli olarak kontrole gitmeyen ve diyabete bağlı komplikasyonu olmayan bireylerde dişlerde hassasiyet sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloda incelenen diğer sorunlardan sadece diyabet dışı hastalığıyla ilgili ilaç kullanmayan bireylerde diş eti kanaması ve dişlerde pozisyon değişikliği sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte KVH komplikasyonu olan bireylerde sıklığı dişlerde pozisyon değişikliği sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

4.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ve Yaşadıkları Sorunlar ile DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları İle DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

DÖYAS toplam puanı					
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	34.1±4.3	1.615	0.112
	Koyma	11	31.8±4.2		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde2 kez 2 dkFırçalamaDurumu	Evet	155	35.2±3.6	-1.644	0.102
	Hayır	3	38.7±2.3		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	35.1±3.6	0.877	0.382
	Evet	56	35.6±3.6		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	35.3±3.3	0.260	0.795
	Hayır	28	35.1±4.6		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	35.0±3.9	2.007	0.046
	Evet	50	36.1±2.8		
Altı Ayda Bir DişHekimine KontrolGitme Durumu	Hayır	100	35.0±3.9	1.773	0.078
	Evet	58	36.0±2.9		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	35.4±3.3	0.738	0.462
	Hayır	42	35.0±4.4		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.3.1.' de ağız sağlığına ilişkin uygulamalar ile DÖYAS ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece günde en az bir kez diş ipi kullanma durumu ile DÖYAS ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadıkları Sorunlar ve DÖYAS Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

Kategorik özellikler		DÖYAS toplam puanı			
		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	35.7±3.2	-3.743	0.000
	Evet	20	32.6±5.1		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	35.5±3.9	-1.945	0.054
	Evet	15	33.6±5.1		
Diş Çürüğü	Hayır	106	35.4±3.8	-0.554	0.580
	Evet	52	35.1±3.3		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	35.4±3.6	-0.718	0.474
	Evet	45	35.0±3.6		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	35.2±3.7	1.243	0.216
	Evet	15	36.4±2.0		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	35.2±3.8	0.942	0.348
	Evet	18	36.1±1.8		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	35.1±3.6	2.393	0.018
	Evet	10	38.0±1.9		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	35.3±3.5	0.145	0.885
	Evet	43	35.4±3.8		
Tat Kaybı	Hayır	118	35.0±3.7	1.890	0.061
	Evet	40	36.2±3.2		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.3.2.' de bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile DÖYAS ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; ağız içinde mantar sorunu olanların puanları daha düşük iken dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin DÖYAS ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tabloda yer verilen diğer ağız sağlığına ilişkin sorunlar ile DÖYAS ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ve Yaşadıkları Sorunlar ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4.1. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Diyet Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Diyet Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	21.1±2.9	-1.998	0.051
	Koyma	11	23.1±3.5		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde 2 kez 2 dk Fırçalama Durumu	Evet	155	22.7±3.4	-1.992	0.049
	Hayır	3	26.7±1.2		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	22.1±3.3	3.612	0.000
	Evet	56	24.1±3.3		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	23.0±3.4	1.306	0.194
	Hayır	28	22.0±3.4		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	22.2±3.3	3.546	0.001
	Evet	50	24.2±3.4		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine Kontrole Gitme Durumu	Hayır	100	22.2±3.3	3.231	0.002
	Evet	58	24.0±3.4		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	23.0±3.2	0.719	0.473
	Hayır	42	22.5±4.1		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.1.'de bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; dişini/protezi günde 2 kez 2 dk ve ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalama, günde en az bir kez diş ipi kullanma ve altı ayda bir diş hekimine kontrole gitme durumu ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları incelendiğinde; ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan ve altı ayda bir diş hekimine kontrole giden bireylerin diyet puanları daha yüksek iken dişini/protezini günde 2 kez 2 dk fırçalayan bireylerin puanı daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.4.2. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Diyet Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Diyet Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	23.0±3.5	-1.049	0.296
	Evet	20	22.1±3.1		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	22.6±3.5	1.905	0.059
	Evet	15	24.4±2.9		
Diş Çürüğü	Hayır	106	23.6±3.3	-4.239	0.000
	Evet	52	21.2±3.1		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	23.1±3.4	-1.974	0.050
	Evet	45	22.0±3.4		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	22.8±3.4	0.232	0.817
	Evet	15	23.0±3.6		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	22.7±3.5	0.693	0.489
	Evet	18	23.3±3.3		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	22.6±3.4	3.434	0.001
	Evet	10	26.3±2.6		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	23.1±3.6	-1.649	0.101
	Evet	43	22.1±2.9		
Tat Kaybı	Hayır	118	22.7±3.5	0.949	0.344
	Evet	40	23.3±3.3		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.2.2.'de bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; diş çürüğü olmayan ancak dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.4.3. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Egzersiz Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Egzersiz Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	3.4±1.4	0.797	0.429
	Koyma	11	3.1±0.7		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde2 kez 2 dk Fırçalama Durumu	Evet	155	4.6±1.9	-0.637	0.525
	Hayır	3	5.3±1.2		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	4.2±1.8	3.745	0.000
	Evet	56	5.4±2.0		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	5.0±1.8	5.870	0.000
	Hayır	28	2.9±1.6		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	4.0±1.7	6.522	0.000
	Evet	50	6.0±1.8		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine Kontrole Gitme Durumu	Hayır	100	4.4±1.7	2.213	0.028
	Evet	58	5.1±2.2		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	5.0±1.9	4.571	0.000
	Hayır	42	3.5±1.7		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.3.'de bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; ara öğün sonrası dişini fırçalama, dilini fırçalama, günde en az bir kez diş ipi kullanma, altı ayda bir diş hekimine kontrole gitme ve diş hekimine kan şekerini belirtme durumu ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırıldığında ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, bu esnada dilini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden ve diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin puanı yüksek bulunmuş olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.4.4. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Egzersiz Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Egzersiz Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	4.7±2.0	-2.063	0.041
	Evet	20	3.8±1.5		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	4.6±2.0	0.224	0.823
	Evet	15	4.7±1.6		
Diş Çürüğü	Hayır	106	4.9±2.2	-2.174	0.031
	Evet	52	4.2±1.2		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	4.9±2.0	-3.403	0.001
	Evet	45	3.8±1.6		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	4.6±1.9	-0.195	0.845
	Evet	15	4.5±2.1		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	4.6±2.0	1.129	0.261
	Evet	18	5.1±1.6		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	4.6±1.9	0.798	0.426
	Evet	10	5.1±2.3		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	4.9±2.0	-2.431	0.16
	Evet	43	4.0±1.7		
Tat Kaybı	Hayır	118	4.8±2.0	-2.107	0.037
	Evet	40	4.1±1.8		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.4.'de bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; ağız içinde mantar, diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat ve tat kaybı olanların olmayanlara göre öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Kan Şekeri Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Kan Şekeri Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	Z	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba Koyma	45	27.12±2.0	-1.801	0.072
	Islak Beze Sarma	11	34±0.4		
Dişini/Protezi Günde2 kez 2 dkFırçalama Durumu	Evet	155	79.8±2.0	-0.708	0.479
	Hayır	3	66.5±0.1		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	76.6±2.0	-1.516	0.130
	Evet	56	84.7±0.4		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	81±2.0	-1.260	0.208
	Hayır	28	72.6±0.3		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	80.6±2.0	-0.653	0.514
	Evet	50	77.1±0.5		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine Kontrole Gitme Durumu	Hayır	100	78.7±2.0	-0.432	0.666
	Evet	58	81±0.5		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	83±2.0	-2.231	0.026
	Hayır	42	70±0.4		

*(Mann-Whitney U testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.5.'de tabloda bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece“diş hekimine kan şekerini belirtme durumu” ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve diş hekimine kan şekerini belirtenlerin puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.4.6. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Kan Şekeri Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Kan Şekeri Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	Z	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	78.2±2.0	-1.241	0.214
	Evet	20	88.0±0.3		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	79.5±2.0	-0.025	0.980
	Evet	15	80.0±0.3		
Diş Çürüğü	Hayır	106	83.2±2.0	-2.066	0.039
	Evet	52	72.0±0.5		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	75.3±2.0	-2.587	0.010
	Evet	45	90.0±0.5		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	78.4±2.0	-1.294	0.196
	Evet	15	90.0±0.3		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	80.0±2.0	-0.308	0.758
	Evet	18	77.3±0.3		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	79.3±2.0	-0.275	0.783
	Evet	10	82.2±0.2		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	79.3±2.0	-0.136	0.891
	Evet	43	80.1±0.4		
Tat Kaybı	Hayır	118	77.7±2.0	-1.195	0.232
	Evet	40	84.7±0.4		

*(Mann-Whitney U testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.6.' da bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; diş çürüğü olmayan ancak ağız kuruluğu olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Tabloda yer verilen diğer ağız sağlığına ilişkin sorunlar ile kan şekeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.4.7. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Ayak Bakımı Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

DÖBAÖ Ayak Bakımı Toplam Puanı					
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	8.5±3.0	1.142	0.258
	Koyma	11	7.3±3.7		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde2 kez 2 dk Fırçalama Durumu	Evet	155	8.5±3.1	-2.345	0.020
	Hayır	3	12.7±1.2		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	8.2±3.0	1.939	0.054
	Evet	56	9.2±3.2		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	8.6±3.0	0.613	0.540
	Hayır	28	8.3±3.5		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	8.3±3.1	1.398	0.164
	Evet	50	9.1±3.0		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine Kontrole Gitme Durumu	Hayır	100	8.4±3.0	0.885	0.378
	Evet	58	8.9±3.3		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	8.9±3.0	2.252	0.026
	Hayır	42	7.7±3.4		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.7.' de bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; bireylerin dişini/protezi günde2 kez 2 dk fırçalama ve diş hekimine kan şekerini belirtme durumu ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.4.8. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Ayak Bakımı Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ Ayak Bakımı Toplam Puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	8.4±3.0	1.830	0.069
	Evet	20	9.8±3.6		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	8.3±3.0	3.581	0.000
	Evet	15	11.2±3.2		
Diş Çürüğü	Hayır	106	9.0±3.3	-2.328	0.021
	Evet	52	7.8±2.5		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	8.4±3.1	0.859	0.392
	Evet	45	9.0±3.0		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	8.6±3.1	0.119	0.905
	Evet	15	8.7±3.4		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	8.5±3.0	0.455	0.650
	Evet	18	8.9±3.7		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	8.5±3.0	1.296	0.197
	Evet	10	9.8±4.0		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	8.5±3.1	0.532	0.595
	Evet	43	8.8±3.2		
Tat Kaybı	Hayır	118	8.6±3.1	0.116	0.908
	Evet	40	8.6±3.2		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.8.' de bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; diş çürüğü olmayan ve diş etlerinde çekilme olan bireylerin ayak bakımı puanları daha yüksek olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.4.9. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Sigara Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ sigara toplam puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	1.3±0.5	-0.329	0.744
	Koyma	11	1.4±0.5		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde2 kez 2 dkFırçalama Durumu	Evet	155	1.4±0.5	0.077	0.939
	Hayır	3	1.3±0.6		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	1.4±0.5	-0.639	0.524
	Evet	56	1.3±0.5		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	1.3±0.5	-0.901	0.369
	Hayır	28	1.4±0.5		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	1.4±0.5	-0.612	0.541
	Evet	50	1.3±0.5		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine KontrolGıtme Durumu	Hayır	100	1.4±0.5	-0.191	0.849
	Evet	58	1.3±0.5		
Diş Hekimine Kan ŞekeriniBelirtme	Evet	116	1.4±0.5	3.036	0.003
	Hayır	42	1.2±0.4		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.9.' da diyabetli bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; diş hekimine kan şekerini bildiren bireylerin bildirmeyenlere göre sigara puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.10. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşadığı Sorunlar İle Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Sigara Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ sigara toplam puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	1.4±0.5	-1.042	0.299
	Evet	20	1.3±0.4		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	1.4±0.5	-1.891	0.060
	Evet	15	1.1±0.4		
Diş Çürüğü	Hayır	106	1.3±0.5	2.351	0.020
	Evet	52	1.5±0.5		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	1.3±0.5	3.034	0.003
	Evet	45	1.5±0.5		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	1.4±0.5	-3.088	0.002
	Evet	15	1.0±0.0		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	1.4±0.5	-1.244	0.215
	Evet	18	1.2±0.4		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	1.4±0.5	-1.052	0.294
	Evet	10	1.2±0.4		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	1.3±0.5	2.562	0.011
	Evet	43	1.5±0.5		
Tat Kaybı	Hayır	118	1.3±0.5	1.077	0.283
	Evet	40	1.4±0.5		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.10.' da bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; diş çürüğü, ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku / tat olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanı daha yüksek ancak diş eti kanaması olanların daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.11. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamaları ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

		DÖBAÖ toplam puanı			
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Diş Protezini Saklama Şekli	Su Dolu Kaba	45	47.1±6.0	-0.878	0.384
	Koyma	11	48.8±4.6		
	Islak Beze Sarma				
Dişini/Protezi Günde 2 kez 2 dk Fırçalama Durumu	Evet	155	50.3±7.1	-1.877	0.062
	Hayır	3	58.0±1.7		
Ara Öğün Sonrası Fırçalama Durumu	Hayır	102	48.8±6.6	4.129	0.000
	Evet	56	53.4±7.1		
Dilini Fırçalama Durumu	Evet	130	51.1±7.0	2.746	0.007
	Hayır	28	47.1±7.0		
Günde En Az Bir Kez Diş İpi Kullanma	Hayır	108	49.0±6.4	3.885	0.000
	Evet	50	54.0±7.7		
Altı Ayda Bir Diş Hekimine Kontrol Gitme Durumu	Hayır	100	49.3±6.6	2.732	0.007
	Evet	58	52.4±7.6		
Diş Hekimine Kan Şekerini Belirtme	Evet	116	51.7±6.7	3.478	0.001
	Hayır	42	47.3±7.3		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.11.' de diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamaları ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; ara öğün sonrası dişini fırçalayan, dil üzerini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden, diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin toplam öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.12. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşadığı Sorunlar ile Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

DÖBAÖ toplam puanı					
Kategorik özellikler		n	Ort.±S.S.	t	p
Ağız İçinde Mantar	Hayır	138	50.4±7.2	0.017	0.986
	Evet	20	50.5±6.3		
Diş Etlerinde Çekilme	Hayır	143	50.0±7.1	2.386	0.018
	Evet	15	55.0±6.0		
Diş Çürüğü	Hayır	106	52.0±7.0	-4.290	0.000
	Evet	52	47.1±6.3		
Ağız Kuruluğu	Hayır	113	51.0±7.6	-0.620	0.536
	Evet	45	50.0±5.7		
Diş Eti Kanaması	Hayır	143	50.4±7.0	0.214	0.830
	Evet	15	51.0±8.4		
Dişlerde Hassasiyet	Hayır	140	50.3±7.0	0.645	0.520
	Evet	18	51.4±8.2		
Dişlerde Pozisyon Değişikliği	Hayır	148	50.0±7.0	2.607	0.010
	Evet	10	56.0±6.8		
Ağızda Kötü Koku/Tat	Hayır	115	51.0±7.0	-1.087	0.279
	Evet	43	49.4±7.3		
Tat Kaybı	Hayır	118	50.4±7.0	0.155	0.877
	Evet	40	50.6±7.6		

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.4.12.' de diyabetli bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadıkları sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; diş etlerinde çekilme ve dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ancak diş çürüğü olan bireylerin toplam puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

4. 5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu ile DÖYAS Puanı ve Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

Tablo 4.5. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığı ile İlgili Sorun Yaşama Durumu ile DÖYAS Puanı ve Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=158)

	DÖYAS Toplam puanı		Öz-Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Toplam Puanı	
	Ort.±S.S.	t;p	Ort.±S.S.	t; p
Ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşama durumu				
Evet	35.0±3.8	-2.046;	49.6±6.8	-2.334;
Hayır	36.2±2.8	0.042	52.5±7.5	0.021

*(t testi uygulanmıştır)

Tablo 4.5.'de diyabetli bireylerin ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşama durumu ile DÖYAS puanı ve öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanı karşılaştırılmıştır. Tabloya göre; ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşayan bireylerin DÖYAS toplam puanı ve öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma diyabetli bireylerde öz yönetim algısı, öz bakım aktiviteleri ile ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 158 tip 1 ve tip 2 diyabetli birey ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin %53.8'i kadın, %46.2'si erkektir. Katılımcıların %57.6' sını çekirdek aile yapısına sahiptir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %44.9' unun ilköğretim mezunu olduğu %8.9' unun okur-yazar olmadığı ve %15.2' sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen 2 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Diyabetli Bireylerin Ağız Sağlığına İlişkin Uygulamaları ve Yaşadıkları Sorunlar

Araştırmamızda katılımcıların yaklaşık olarak $\frac{3}{4}$ 'ünün ağız sağlığıyla ilgili sıklıkla diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat ve tat kaybı çeşitli sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarına göre; erkek, evli, geniş aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu diş çürüğü, ağız kuruluğu (10, 107), ağızda kötü koku/tat sıklığının (107) istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Evli, çekirdek aile yapısına sahip, ilk/orta öğretim mezunu, çalışmayan bireylerde tat kaybı sıklığının (107) istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkeklerde eğitim seviyesinin düşmesi ağız sağlığını bozan etmenler arasında sayılabilmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre; tip 2 diyabeti olan, diyabete bağlı komplikasyonu ve diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde diş çürüğü, ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku/tat, ağız içinde mantar olma sıklığı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Tip 2 diyabeti olan, diyabet dışında başka hastalığı olan bireylerde tat kaybı sıklığı fazladır ($p<0.05$). Düzenli olarak kontrole gitmeyen bireylerde dişlerde hassasiyet sıklığı fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmadan çıkan

bu sonuca göre; bireylerin yaşının ileri olması, diyabete bağlı komplikasyon varlığı ve diyabete eşlik eden başka hastalık olması bireylerde ağız içinde komplikasyon olma ihtimalini artıran etmenlerdendir. Sandberg ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada ağız kuruluğu, periodontitis ve diş çürüklerinin diyabetli hastalarda diyabeti olmayanlara göre daha fazla olduğu ve bu bireylerin peridontal tedavi ve çürüklerin önlenmesi gibi diş sağlığı ile ilgili tedavilere daha fazla gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (10). Ürdünde 405 diyabetli birey ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %28' inin diş eti hastalığı olduğu belirlenmiştir (116).

Elderrat tarafından yapılan çalışmada bireylerin %77' si ağız kuruluğu, %70' i diş eti kanaması %63' ü diş etlerinde çekilme yaşamaktadır. (117). Kawamura ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada diyabetli hastalarda diş kaybı ve diş eti hastalığı (gingivitis index) indeksi daha yüksek bulunmuştur (11). Ülkemizde yapılan konu ile ilgili bir çalışmada diyabetli bireylerde diyabetik olmayanlara göre daha yüksek ve şiddetli sıklıkta tat değişikliği, ağız kuruluğu, mukozada ağrı, dilde tabaka ve yanan ağız sendromu deneyimledikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada tip 2 diyabetlilerin %70' inde, tip 1 diyabetlilerin %67.5' inde ağız kuruluğu; tip 2 diyabetlilerin %67.5' inde ve tip 1 diyabetlilerin %22.5' inde tat değişikliğinin olduğu belirtilmiştir (111). Eltaş ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada diyabetli ve diyabetli olmayan periton diyaliz tedavisi alan hastalarda ağız sağlığı incelenmiş; ağız kuruluğu (%59.1), tat değişikliği (%54.5) ve mukoza ülserinin (%54.5) ve diş çürüğünün diyabetli bireylerde daha fazla geliştiği belirlenmiştir (107).

Taşkın Yılmaz tarafından (2018) yapılan çalışmada katılımcıların %62.6' sının diyabet tanısı aldıktan sonra ağız sağlığında bozulma olduğu ve ağızda mukozit gelişimi açısından risk altında oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada diyabetli bireylerin ağız sağlığının ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin iyi düzeyde olmadığı belirlenmiştir (20). Sönmez ve top (2015) tarafından diyabetin ağız ve diş sağlığı yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların başvuru nedenleri arasında sıklıkla protez ve diş eti problemleri olduğu belirtilmiştir (26).

Kan şekeri istenilen düzeyde tutulmadığı durumlarda bireylerde ağız kuruluğu ve oral mukoza değişiklikleri gibi şikayetler meydana gelebilmektedir (10, 41). Bir başka deyişle kan şekeri kontrolünün iyi olmaması periodontal hastalık gelişim oranının artmasına neden olmaktadır (118). Meydana gelen diğer problemler arasında; diş eti kanaması, tat kaybı, ağızda kötü koku tat, diş çürüğü, ağız içinde mantar, diş etlerinde çekilme, dişlerde hassasiyet, dişlerde pozisyon değişikliği, ağız kuruluğu sayılabilir (10, 17, 22, 107, 110, 111). Bu problemler diyabetli bireylerin genel sağlık durumunun bozulmasına neden olarak yaşam kalitesinin ve beslenme düzeninin değişmesine neden olmaktadır (18). Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular ve literatürdeki çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde diyabetli bireylerde ağız sağlığı ile ilgili sorunların azımsanmayacak kadar fazla sıklıkta görüldüğü söylenebilir (17, 119, 120). Bu nedenle diyabetin ağız ve diş sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurularak bireylerin bu komplikasyonlardan korunmaları desteklenmelidir. Özellikle diyabetli bireyler ağız sağlığının önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Çünkü Lindenmeyer ve arkadaşları (2012) ve Valerio ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan nitel bir çalışmada da belirtildiği gibi diyabetli bireyler sağlık personelleri tarafından bilgilendirilmemişlerse ağız sağlığı ve diyabet arasındaki ilişkinin çoğunlukla farkında olmayabilirler (121, 122).

Elderrat tarafından yapılan çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin oral hastalıklar açısından risk altında olduklarına ilişkin farkındalıkları düşük bulunmuştur (117). Saengtıpbovorn ve taneepanichskul tarafından yapılan çalışmada motivasyonel görüşme ve bireysel oral hijyen öğretimi gibi yöntemleri içeren yaşam şekli ve ağız sağlığı eğitim programının yaşlı tip 2 diyabetli bireylerde kontrol grubuna göre glisemik parametreleri iyileştirdiği ve ağız sağlığına ilişkin sorunları azalttığı belirlenmiştir (106). Diyabetli bireylere yönelik gerçekleştirilecek ağız sağlığına ilişkin eğitim programlarının kapsamlı olması ve bireyin öz bakım aktivitelerini nasıl gerçekleştireceğinin gösterilmesi oldukça önemlidir. Yuen ve marlov tarafından yapılan çalışmada Amerikada diyabet sıklığının en yüksek olduğu 6 ve en düşük olduğu 6 eyalette yürütülen diyabet öz yönetim eğitim programlarının içeri oral ağıza yönelik bilgiyi içerip içermemesi bakımından incelenmiştir. Bu çalışmada diyabet sıklığının yüksek olduğu eyaletlerdeki eğitim programlarının %89.5' inde diyabet prevalansının düşük olduğu eyaletlerdeki programların %85.9'

unda oral sağlık ile ilgili bilgi bulunduğu belirlenmiştir. Bu programların sıklıkla ağız ağlığına ilişkin bilgi, dzenli dental bakımın alınması, dental sorunların önlenmesi için iyi oral hijyenin önemi, günlük firçalama ve gargara gibi konuları içerirken daha az sıklıkla uygun diş firçalama ve gargara tekniklerinin gösterilmesi gibi konuları içerdiği belirlenmiştir (41).

Çalışmamıza katılan bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamaları incelendiğinde protez diş kullananların çoğunluğunun protezlerini kullanmadıkları zaman su dolu bir kapta muhafaza ederek doğru bir uygulama gerçekleştirdikleri katılımcıların tamamının ağız ve diş sağlığı için diş macunu ve ağız bakım suyu gibi ürünler kullandıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte diyabetli bireylerin ağız bakımı ile ilgili uygulamalardan dişini/protezini günde iki defa 2 dakika firçalama, aynı esnada dil üzerini firçalama, diş hekimine diyabet olduğunu belirtme uygulamalarını çoğunlukla gerçekleştirdikleri belirlenmiştir ancak bu bireyler günde en az bir kez diş ipi kullanma ve altı ayda bir diş hekimine kontrole gitme uygulamalarını daha az sıklıkta gerçekleştirmektedirler. Çalışmamızda dzenli olarak kontrole giden ve diyabet dışı başka hastalığı olan bireyler dişini/protezini günde iki dk/iki defa firçalama oranı olarak anlamlılık göstermiştir ($p<0.05$). Tip 1 diyabetli, diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerde ara oğün sonrası dişini firçalama, diş ipi kullanma ve altı ayda bir diş sağlığı ile ilgili kontrole gitme oranı anlamlıdır ($p<0.05$). Bu sonuç genç ve komplikasyonu olmayan hastaların oral hijyene daha fazla önem verdiklerini göstermektedir. Çalışmamızda; yükseköğrenim mezunu, alkol kullanmayan bireylerin ara oğün sonrası dişlerini firçalama sıklığı ve diş hekimine kan şekerini belirtme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yükseköğrenim mezunu olan bireylerde dil üzerini firçalama sıklığı ve diş ipi kullanma sıklığı anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç bize eğitim durumu arttıka ağız bakımı konusundaki önemin de artmış olduğunu göstermektedir. Yuen (2009) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetli katılımcıların %73.1' i diş hekimine diyabeti olduğunu belirtmektedir. %42.7' si dzenli olarak diş hekimine gitmekte, %61.2' si günde iki kez dişlerini firçalamakta, %62.1' i ise günde bir kez diş ipi kullanmakta olduğunu belirlemiştir (120). Eldarrat diyabetli hastaların iyi oral ağılı sürdürmeye ilişkin tutumlarının istendik düzeyde olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %50' si günde bir kez dişlerini fırçalıyor %66' sı gargara kullanmıyor. %40' ı yılda bir kez diş hekimine gidiyor %14' ü düzenli olarak gidiyor (117).

5.2. Diyabetli Bireylerin DÖYAS ve Öz Bakım Aktiviteleri Özeti Ölçeği Puan Durumlarının İncelenmesi

Diyabette hedef kan şekeri seviyesinin istenilen düzeyde olmasını sağlamak ve meydana gelebilecek komplikasyonları önlemektir (32). Diyabet tedavisi, kan şekeri takibi, beslenme, egzersiz gibi bireyin gerçekleştirmesi ve sürdürmesi gereken unsurlardan meydana geldiği için diyabette öz-yönetimin sağlanması oldukça önemlidir (33, 90). Diyabette öz-yönetim beslenme, egzersiz, düzenli kan şekeri kontrolü, insülin dozunun doğru ayarlanması gibi öz-bakım aktivitelerini içermektedir (7, 34). Diyabetin tedavi şekli ne olursa olsun diyabetli bireyin kendi bakım aktivitelerini planlı bir şekilde sürdürmesi ile meydana gelebilecek komplikasyonlar önlenebilir ve yaşam kaliteleri yükseltilebilir (7, 34, 92). Bu nedenle çalışmada bireylerin öz-bakım davranışlarından olan ağız sağlığı ile ilgili uygulamalarının ve yaşadıkları sorunlar ile öz-yönetim algıları ve öz-bakım davranışları arasındaki bağlantının incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda çalışmamızda diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece günde en az bir kez diş ipi kullanma durumu ile DÖYAS ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca ağız içinde mantar sorunu olanların puanları daha düşük iken dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin DÖYAS ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımızı doğrudan karşılaştırarak tartışılacak benzer makalelere ulaşamadık. Bu nedenle araştırmada elde edilen bulgular öz-yönetim ve öz-bakım aktivitelerine yönelik ulaşılabilen yayınların ilgili kısımlarından yararlanılarak tartışılmıştır. Valerio ve arkadaşlarının (2011) tip 2 diyabetli bireyler ile yaptıkları çalışmada bireylerin diyabet ve ağız sağlığı arasındaki ilişkiye dair farkındalıklarının olmadığı ve bireylerin ağız sağlıkları zayıf olduğu zaman yaşam kalitelerinin olumsuz etkileceğinden endişe ettikleri belirlenmiştir. Bu durumun ağız sağlığı ile ilgili eğitim yetersizliği nedeniyle olduğu, diyabet ve ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi bireylere öğretmekle meydana gelebilecek risklerin

önlenebileceği ve yaşam kalitesinin artırılabilirliği tespit edilmiştir (122). Kumsar ve Yılmazın (2018) çalışmasında da diyabetli bireylerin ağız sağlığı ve bununla ilgili yaşam kalitesinin istenilen seviyede olmadığı belirlenmiştir (20). Wichit ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında öz-yönetim uyumlarının kadın diyabetli bireylerin erkeklerden daha yüksek olduğu ve aile odaklı bir eğitimle öz-yönetimin geliştirilebileceği belirlenmiştir (123). Nelson ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin öz yönetim güçlerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (124).

Weinger ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; diyetin diyabeti olan her birey için öz-bakımın önemli bir unsuru olduğu belirtilerek sağlıklı bir diyetin kan şekeri düzenlenmesi ve komplikasyonların önlenmesindeki önemi üzerinde durulmuştur. Çalışmada; diyabetli bireyler için ağızda meydana gelen tat alma, yutma gücü, diş ile ilgili problemlerin diyet ile ilgili öz-bakımı etkileyen önemli bir unsur olduğu belirlenmiştir (125). Çalışmamızda bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları incelendiğinde; ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan ve altı ayda bir diş hekimine kontrole giden bireylerin diyet puanları daha yüksek iken dişini/protezini günde 2 kez 2 dk fırçalayan bireylerin puanı daha düşük bulunmuştur. Çalışmada diş çürüğü olmayan ancak dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Weinger ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; egzersizin kan şekeri kontrolünü sağlama, insülin duyarlılığının artırılması, kilo vermeyi teşvik edici ve oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesini sağlaması bakımından önemli olduğu tespit edilerek yaşlı bireylerin zorlandığı belirlenmiştir (125). Özçakar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin %81.3' ünün egzersiz ile kan şekeri seviyesini düşürülebileceğini bildikleri belirlenmiştir. Kadınların öz-bakım bilinci erkeklere oranla daha iyi ve diyabet tanı alma süresi uzadıkça öz-bakım yeteneğinin de arttığı bulunmuştur (36). Çalışmamızda bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırıldığında ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, bu esnada dilini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi

kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden ve diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin puanı yüksek bulunmuş olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırıldığında ağız içinde mantar, diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat ve tat kaybı olanların olmayanlara göre öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Chali ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında diyabetli bireylerin yarıya yakınının öz-bakım uygulamalarının zayıf olduğu ve sağlık uzmanları tarafından eğitim verildiği takdirde öz-bakım uygulamalarının gelişeceği belirlenmiştir (99). Kassahun ve arkadaşlarının (2016) diyabetli bireyler ile ilgili olarak yaptıkları çalışmada yarıya yakın katılımcının öz-bakım davranışlarının zayıf olduğu, katılımcıların %30.9'unun ilaç kullanımına uyumunun düşük, %56.1'inin kişisel bakım davranışlarının zayıf, %28.1'inin kan şekeri kontrollerinin yetersiz olduğu ve öz-bakım konusunda bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (126). Nascimento ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği çalışmada altı aylık süre ile diyabetli bireylere bakım konusunda destek verildiğinde fiziksel aktivite, düzenli ilaç kullanımı ve beslenme konularında iyileşme sağlandığı belirlenmiştir (105).

Çalışmamızda diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece“diş hekimine kan şekerini belirtme durumu” ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve diş hekimine kan şekerini belirtenlerin puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diş çürüğü olmayan ancak ağız kuruluğu olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İshak ve arkadaşları (2017) tarafından diyabetli bireyler ile ilgili olarak yapılan çalışmada bireylerin öz-bakım toplam puanı orta derecede bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada diyet ile açlık kan şekeri arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiş, bir diğer çalışmada ise; egzersiz, ilaç kullanımı ve kan şekeri gibi kişisel bakım uygulamaları arasında bir ilişki bulunamamıştır (127).

Bireylerin dişini/protezi günde 2 kez 2 dk fırçalama ve diş hekimine kan şekerini belirtme durumu ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Diş çürüğü olmayan ve diş etlerinde çekilme olan bireylerin ayak bakımı puanları daha yüksek olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diş hekimine kan şekerini bildiren bireylerin bildirmeyenlere göre öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diş çürüğü, ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku/tat olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanı daha yüksek ancak diş eti kanaması olanların daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Borhaninejad ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada; çalışmaya katılan diyabetli bireylerin yarıdan fazlasının öz bakım becerisinin zayıf, %29' u ortalama yeteneğe sahip, %3,40'ı ise uygun düzeyde öz-bakım yeteneğine sahip olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada öz bakım davranışları zayıf olarak bulunmuştur. Bu nedenle diyabetli bireylere öz-bakımla ilgili eğitim verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (128). Alrahbi tarafından (2014) diyabetli bireyler ile gerçekleştirilen çalışmada bireylerin; %9,5'i düzenli egzersiz yapıyor; %18'i sağlıklı beslenme uygulamalarını sürdürüyor olarak bulunmuş olup öz-yönetimi düşük düzeyde belirlenmiştir (129).

Tuval ve arkadaşları (2016) tarafından diyabetli bireylerle ilgili gerçekleştirilen çalışmada diyabetli bireylerin; diyet, egzersiz, kendi kendine kan şeker izlemi, ayak bakımı ile ilgili öz-bakım puanlarına bakılmıştır. Sonuçlara göre; diyet, egzersiz, kan şekeri ve ayak bakımına düşük uyum belirlemiştir (130). Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; ara öğün sonrası dişini fırçalayan, dil üzerini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden, diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin toplam öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diş etlerinde çekilme ve dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ancak diş çürüğü olan bireylerin toplam puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşayan bireylerin

DÖYAS toplam puanı ve öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Jannoo ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada; diyabetli bireylerin öz-bakım aktiviteleri olan diyet, ayak bakımı, egzersiz ve sigara puanlarına bakılmıştır. Hastaların yarısından fazlasında diyetle uyum gösterilmediği belirlenmiştir (131). Başka bir çalışmada kan şekeri kontrolleri zayıf olan hastaların yarısından fazlasının periodontal hastalık riskinin farkında olmadıkları belirlenmiştir (25). Yine benzer bir çalışmada diyabet bilgisi düşük olan katılımcıların ilaca uyumu ve kan şekeri kontrol düzeylerinin de düşük olduğu ve tespit edilmiştir (126).

Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan biri de ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşayan bireylerin DÖYAS toplam puanı ve öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanlarının daha düşük bulunmuş olmasıdır. Bu bağlamda literatürde ulaşılan ve çalışmadan elde edilen bulgular göstermektedir ki diyabetli bireylerde ağız sağlığı ile ilgili öz-bakım davranışları yeterli düzeyde gerçekleştirilememekte olup ağız sağlığı ile ilgili sorunlar sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle diyabetli bireylerin diyabetin diğer önemli komplikasyonlarından korunmanın yanı sıra ağız sağlığı ile ilgili sorunlardan korunmaya yönelik de bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda genelde tüm hemşirelerin özelde ise diyabet hemşirelerinin diyabetli bireyin öz-yönetimlerini güçlendirirken diyabette öz-bakım davranışları içine ağız sağlığının sürdürülmesine yönelik uygulamaları da dahil etmelerinin yararlı olacağı düşünülmüştür (126).

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen bulgularla aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili uygulamaları incelendiğinde protez diş kullananların çoğunluğunun protezlerini kullanmadıkları zaman su dolu bir kapta muhafaza ederek doğru bir uygulama gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.
- Ağız bakımı ile ilgili uygulamalardan dişini/protezini günde iki defa 2 dakika fırçalama, aynı esnada dil üzerini fırçalama, diş hekimine diyabet olduğunu belirtme uygulamaları katılımcıların çoğunluğu gerçekleştirirken günde en az bir kez diş ipi kullanma ve altı ayda bir diş hekimine kontrole gittime uygulamalarını daha az sıklıkta gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların tamamının ağız ve diş sağlığı için diş macunu ve ağız bakım suyu gibi ürünler kullandıkları belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin yaklaşık olarak $\frac{3}{4}$ 'ünün ağız sağlığıyla ilgili herhangi bir sorunu olduğu belirlenmiştir.
- Bireylerin ağız sağlığıyla ilgili yaşadığı sorunlar incelendiğinde sıklıkla diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat ve tat kaybı sorunu yaşadığı belirlenmiştir.
- Çalışmada diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ağız sağlığına yönelik uygulamaları incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu gibi özellikleri ile ağız sağlığına yönelik bazı uygulamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken eğitim ve çalışma durumu bakımından neredeyse bütün uygulamalarda farklılık gösterdiği bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu gibi özellikleri ile ağız sağlığına yönelik yaşadıkları bazı sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

- Diyabetli bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özelliklerine göre ağız sağlığına yönelik uygulamaları incelendiğinde diyabet dışı başka hastalığı olan bireylerin protezini kullanmadığında temiz su dolu kaba koyarak saklama sıklığı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Bireylerin diş/protezini günde iki dk/iki defa fırçalama sıklığı incelendiğinde; düzenli olarak kontrole giden ve diyabet dışı başka hastalığı olan bireylerde bu sıklık anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Ara öğün sonrası fırçalama durumunda ise; tip 1 diyabetli, diyabete bağlı komplikasyonu olan, diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerde ara öğün sonrası dişini fırçalama sıklığının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Dilini fırçalama sıklığı bakımından incelendiğinde OAD kullanan, retinopatisi olan, guatr, astım ve romatoid artriti olan bireylerde bu sıklığın anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diş ipi kullanma sıklığına göre incelendiğinde sıklıkla tip 1 diyabetli, ailesinde diyabetli birey bulunmayan, diyabete bağlı komplikasyonu ve diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerin diş ipini anlamlı olarak daha fazla kullandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özellikleri altı ayda bir diş sağlığı ile ilgili kontrole gitme sıklığı bakımından değerlendirildiğinde sıklıkla tip 1 diyabetli, diyabete bağlı komplikasyonu olmayan ve diyabet dışı başka hastalığı olmayan bireylerin altı ayda bir diş sağlığı ile ilgili kontrole gittiği ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Tip 1 diyabeti olan, düzenli kontrole giden, diyabete bağlı komplikasyonu olan, retinopatisi olan bireylerin daha fazla sıklıkta hekimine kan şekerini belirttiği ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet ve diğer kronik hastalıklara ilişkin diyabet tipi, diyabet tedavisi, komplikasyon varlığı gibi özellikleri ile ağız sağlığına

yönelik yaşadıkları bazı sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

- Çalışmaya katılan tip 2 diyabetli bireylerin diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat, tat kaybı ve ağız içinde mantar sorunlarını tip 1 diyabetli bireylere göre daha fazla sıklıkta yaşadıkları belirlenmiştir.

- Oral antidiyabetik ve insülin kullanan bireylerde daha fazla sıklıkta ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku/tat sorunu yaşandığı, buna karşın beslenme tedavisi alan bireylerde tat kaybı sorununun daha fazla sıklıkta yaşandığı belirlenmiştir.

- Diyabete ilişkin komplikasyonu olan bireylerin ağız sağlığı ile ilgili diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat, ağız içinde mantar ve dişlerde hassasiyet sorunlarını da daha fazla sıklıkta yaşadıkları belirlenmiştir.

- Diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece günde en az bir kez diş ipi kullanma durumu ile DÖYAS ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

- Bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile DÖYAS ölçeği puanları karşılaştırıldığında; ağız içinde mantar sorunu olanların puanları daha düşük iken dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin DÖYAS ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmada incelenen diğer ağız sağlığına ilişkin sorunlar ile DÖYAS ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

- Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanları incelendiğinde; ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan ve altı ayda bir diş hekimine kontrole giden bireylerin diyet puanları daha yüksek ikendişini/protezini günde2 kez 2 dk fırçalayan bireylerin puanı daha düşük bulunmuştur.

- Çalışmada diş çürüğü olmayan ancak dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği diyet puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

- Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırıldığında ara öğün sonrası dişini/protezini fırçalayan, bu esnada dilini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden ve diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin puanı yüksek bulunmuş olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Bireylerin ağız sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları karşılaştırıldığında ağız içinde mantar, diş çürüğü, ağız kuruluğu, ağızda kötü koku/tat ve tat kaybı olanların olmayanlara göre öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği egzersiz puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik uygulamalarından sadece “diş hekimine kan şekerini belirtme durumu” ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve diş hekimine kan şekerini belirtenlerin puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diş çürüğü olmayan ancak ağız kuruluğu olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği kan şekeri puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Bireylerin dişini/protezi günde 2 kez 2 dk fırçalama ve diş hekimine kan şekerini belirtme durumu ile öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği ayak bakımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diş çürüğü olmayan ve diş etlerinde çekilme olan bireylerin ayak bakımı puanları daha yüksek olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Diş hekimine kan şekerini bildiren bireylerin bildirmeyenlere göre öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diş çürüğü, ağız kuruluğu ve ağızda kötü koku/tat olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği sigara puanı daha yüksek ancak diş eti kanaması olanların daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

- Bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; ara öğün sonrası dişini fırçalayan, dil üzerini fırçalayan, günde en az bir kez diş ipi kullanan, altı ayda bir diş hekimine kontrole giden, diş hekimine kan şekerini belirten bireylerin toplam öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diş etlerinde çekilme ve dişlerde pozisyon değişikliği olan bireylerin öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ancak diş çürüğü olan bireylerin toplam puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir
- Araştırmada ağız sağlığı ile ilgili sorun yaşayan bireylerin DÖYAS toplam puanı ve öz-bakım aktiviteleri özeti ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar ışında diyabetli bireylerin ağız sağlığına yönelik komplikasyonlardan korunabilmeleri için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Diyabetli bireylere bakım veren hemşirelerin bireylerin ağız sağlığına ilişkin uygulamalarını değerlendirerek gereksinimleri doğrultusunda ağız sağlığı ve bakımına yönelik bilgilendirmeleri ve belirli aralıklarla ya da gereksinim oldukça bu bilgilerin tekrarlanması,
- Diyabet eğitim programlarında diyabetli bireylerde sıklıkla geliştiği belirlenen ağız sağlığı ile ilgili sorunlar ve bakımı konusuna diyabete yönelik öz-bakım aktiviteleri içinde kapsamlı bir şekilde yer verilmesi,
- Diyabetli bireyler ağız sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirilirken bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, diyabet tanı süresi, başka kronik hastalığı olup olmadığı, diyabete eşlik eden komplikasyon varlığı gibi bireye ilişkin özelliklerin göz önünde bulundurulması,
- Diyabetli bireylerin ağız sağlığı ile ilgili öz-bakım aktivitelerine katılımları konusunda teşvik edilmesi,
- Çalışmanın daha geniş bir örneklem grubu ile farklı diyabet tiplerine spesifik olarak tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Güngör N, Çeçen D, Özbaşaran F, Çetinkaya A.** Seferihisar Devlet Hastanesindeki Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2004**; 7: 10-20.
2. **WEB_1.(2016).** ADA's web site. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/?loc=superfooter>(02.02.2016).
3. **WEB_1.(2012).** ADA's web site. http://professional.diabetes.org/content/fast-facts-data-and-statistics-about-diabetes/?loc=dorg_statistics(02.02.2016).
4. **Çakır B. Ve ark.**Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. **2015**; sf: 21-27.
5. **WEB_1.(2014).** TURDEP II's web site. <http://www.turkendokrin.org/files>(05.08.2015).
6. **WEB_1.(2016).** WHO's web site.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>(22.04.2016).
7. **Aba N, Tel H.** Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü.Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. **2012**; 18-23.
8. **WEB_1.(2016).** American Diabetes Association's web site.<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/?loc=superfooter>(22.04. 2016).
9. **Satman İ. Ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 2016. Baskı. Miki Matbacılık. **2016**;sf.115.
10. **Sandberg GE, Sundberg HE, Fjellstrom CA, Wikblad KF.** Type 2 diabetes and oral health A comparison between diabetic and non-diabetic subjects. Diabetes Research and Clinical Practice, **2000**; 50: 27–34.
11. **Kawamura M, Fukuda S, Kawabata K.,Iwamoto Y.** Comparison of Health Behaviour and Oral/Medical Conditions in Non-Insulin-Dependent (type II) Diabetics and Non-Diabetics. Australian Dental Journal. **1998**;43: 15-20.
12. **WEB_1.(2016).** JADA's web site.[http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)63602-3/fulltext](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)63602-3/fulltext)Diabetes and oral health(22.04.2016).
13. **Löe H.**Periodontal Disease The Sixth Complication of Diabetes Mellitus.Diabetes Care. 1993; 16(1): 329-334.
14. **Khanuja P K, Norula C S, Rajput R.** Association of Periodontal Disease with Glicemic Control in Patients with Type 2 Diabetes in Indian Population. Front Med. 2017; 11(1): 110-119.
15. **Sajatovic M ve ark.** A 60-Week Prospective Randomized Controlled Trial of Targeted Training in Illness Management vs. Treatment as Usual in Individuals with Serious Mental Illness and Diabetes Mellitus. Psychiatr Serv. **2018**; 01; 68(9): 883–890.
16. **Bastos A S ve ark.**Diabetes Mellitus and Oral Mucosa Alterations: Prevalence and Risk Factors. Diabetes Research and Clinical Practice. 2011; 92; 100–105.

17. **Tunalı M, Erşahin Ş, Aydınbelge M.** Periodontal Hastalık İle Diyabet Arasında Çift Yönlü İlişki. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) **2014**; 23 (1) sf. 28-35.
18. **Şahin O A.** Diyabetli Bireylerde Cilt, Ağız ve Diş Bakımı. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics **2015**;1(3) sf.49-57.
19. **Kesici H.**Diyabet ve Periodontitis. KSU Tıp Fak Der. **2016**;11(3) 23-25.
20. **Kumsar A K, Yılmaz F T.** Tip 2 Diyabetli Bireylerde Ağız Sağlığı ve Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi. FNJN FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi **2018**; 26(2): 103-113.
21. **Grieken R A, Tricht M J, Koeter M W. J, Brink W, Schene A H.** TheUseandHelpfulness of Self-Management StrategiesforDepression: TheExperiences of Patients. PlosOne <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206262>, **2018**; sf: 1-12.
22. **Yılmaz T. Ve ark.** Diyabetin Akut Komplikasyonları. TURKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2015**; Baskı. Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş. 72-73.
23. **Coşansu G.** Diyabette Genel Sağlık Önerileri. Erdoğan S, ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Basım Yayım;**2002**; 93-183.
24. **Balcıoğlu E, Yay A, Alkan B A, Kara M, Özdamar S, Sönmez M F.**Diyabetli Hastalarda Diş Taşı Yapısı ve Mineral Densitesinin İncelenmesi. Erciyes Med J. **2012**; 34(1): 10-4.
25. **Allen E M. ve ark.** Attitudes, Awareness and Oral Health-Related Quality of Life in Patients With Diabetes. Journal of Oral Rehabilitation. **2008**; 35: 218–223.
26. **Sönmez S, Top M.** Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sosyal Güvenlik Dergisi.**2015**; 5(2): 189-217.
27. **Hillson R.**Taste and Smell in Diabetes. Practical Diabetes. **2014**; 31(7): 269-271.
28. **Yılmaz T. ve ark.** Diyabetinin Kronik Komplikasyonları Nöropati. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf. 88.
29. **Syrja A-MH, Kneckt MC, Knuutila MLE.** Dental Self-Efficacy as a Determinant to Oral Health Behaviour, Oral Hygiene and HbA1c Level Among diabetic Patients. J ClinPeriodontol, **1999**; 26: 616–621.
30. **Kartal A, Çağırğan M, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M.** Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin.**2008**; 7(3). Sf: 223-230.
31. **Selen F, Polat Ü.**Sleep Quality and Perceived Self Management In Patients With Diabetic Foot Ulcers: Çorum/Turkey. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi - Yıl 11, Sayı 1, **2018**; Sf: 628-648.
32. **Sürücü A H.** Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. **2014**; Sf:46-51.
33. **Bossy D, KunutsenR I, Rogers A, Foss C.**Group Affiliation in Self-Management: Support or Threat to Identity. The Authors. Health Expectations Published by John Wiley& Sons Ltd Health Expectations. **2016**; 20. sf:159–170.
34. **Düzöz T G, Çatalkaya D, Uysal D D.** Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi **2009**;26: 210-213.

35. **Avdal E Ü, Kızılcı S.** Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. **2010**; 3(3), 164-168.
36. **Özçakar N, Kartal M, Kuruoğlu E.** Diyabet Hastalarının Özbakım Bilinci. Türk Aile Hek Derg **2009**; 13(1): 17-22.
37. **WEB_1.(2014).** AmericanDiabetesAssociation's web site. <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications> (05.08. 2015).
38. **Glaser B, Leibowitz, G.** Hipoglisemi ve Adacık Hücreleri Tümlörleri, Kahn, C R, Weir C G, King G L, Jacobson M A, Moses A C, Smith R J.,(editörler). Joslin'sDiabetesMellitus. 1.Baskı,İstanbul: Ohan Matbaacılık, 2008;114.
39. **Bennett PH. Knowler WC.** DiabetesMellitus ve Glikoz Homeostazının Tanımı, Teşhisi ve Sınıflandırması. Joslin'sDiabetesMellitus. 1.Baskı, İstanbul: Ohan Matbaacılık, **2008**; 333-338.
40. **Reijonen H, Concannon P.** Tip 1 Diyabetin Genetiği. Joslin's Diabetes Mellitus. 1.Baskı, İstanbul: Ohan Matbaacılık, **2008**; 355-356.
41. **Yuen K H, Marlov M N, Mahoney S, Slate E, Jenkins C, London S.** Oral Health Content in Diabetes Self-Management Education Programs. DiabetesResearchandClinical Practice 90. **2010**; Sf: 82-84.
42. **Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A.** Tip 1 Diyabet. Güncel Pediatri. **2007**; 5: 1-10.
43. **Einsenbarth GS.** Tip 1 Diabetes Mellitus. Joslin's Diabetes Mellitus. 1.Baskı, İstanbul: Ohan Matbaacılık, **2008**; 399-408.
44. **Satman İ.** Risk Faktörleri. Tip 1 Diyabet. Sf.13.
45. **Satman İ. ve ark.** Tip 1 Diabetes Mellitus Fiziopatoloji. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 8.Baskı, Ankara: Miki Matbaacılık, **2016**; 23.
46. **Duği K.** Diabetes Mellitus. Science in School, **2006**; 1:61-64.
47. **WEB_1.(2018).** ADA's web site. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/?loc=superfooter>(**29.11.2018**).
48. **WEB_1.(2018).** IDF' s web site. <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>(**29.11.2018**).
49. **Deyneli O.** Tip 1 Diabetes Mellitus. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. 2.Baskı, İstanbul: Euromat Entegre Matbaacılık, **2011**; 565-567.
50. **WEB_1.(2011).** TURDEP I's web site. <http://www.turkendokrin.org/files>(05.08.2015).
51. **Satman İ ve ark.** Tip 1 Diabetes Mellitus. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; sf:23.
52. **Yılmaz T. Ve ark.** Diyabette Riskli Grup Tanı Kriterleri. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2015. Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş. 5. Baskı. **2015**; Sf. 15.
53. **Laffel L, Fasquarello C, Lawlor M.** Diyabetli Çocukların ve Adölesanların Tedavisi. Joslin's Diabetes Mellitus. 1.Baskı, İstanbul: Ohan Matbaacılık, **2008**; 711-712.

54. **WEB_1. (2018).** ADA' s web site.<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/medication/insulin/insulin-routines.html>(4.4.2018).
55. **Codario R A.** Tip 2 Diyabetin Fizyopatolojisi. Tip 2 Diyabet, Pre-Diyabet ve Metabolik Sendrom. İstanbul: Acar Basım, **2005**; sf: 9.
56. **Aktunç E, Ünalacak M, Demircan M.** Tip II Diyabet'te Patofizyoloji ve Akılcı Tedavi Yaklaşımı. Karaelmas Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD. Zonguldak. **2002**; 11:9 – 335.
57. **WEB_1.(2013)**<http://www.diabetcemiyeti.org/c/tip-2-diyabet-icin-risk-faktorleri>(16.04.2018).
58. **Yılmaz T ve ark.** Tip 2 Diyabet Tedavisi. Turkdiab Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. **2015**; 34-35.
59. **Altun B. U.** Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi. Trakya Univ Tıp Fak Derg **2010**;27.1 1:19-25.
60. **Satman İ. ve ark.** Glisemik Bozukluklarda Tanı, Sınıflama ve Tarama / Tanı ve Sınıflama Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 8.Baskı, Ankara: Miki Matbaacılık, **2016**; 15-16.
61. **Çakır B. Ve ark.** Diyabetin Tedavisi. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. **2015**; sf: 16.
62. **Satman İ. ve ark.** Tip 2 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşım. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 8.Baskı, Ankara: Miki Matbaacılık, **2016**; 93-102.
63. **Yılmaz T ve ark.** Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Egzersiz. Turkdiab Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. **2015**; 46-51.
64. **Yönem A.** Diabetes Mellitus Fizyoloji, Tanımlama, Sınıflama, Etiyopatogenez, Klinik Özellikler. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. 2.Baskı, İstanbul: Euromat Entegre Matbaacılık, **2011**; 550-555.
65. **Gümüş E. Ve ark.** Diyabetin Akut Komplikasyonları. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Sf.18.
66. **Yılmaz T. Ve ark.** Diyabetin Akut Komplikasyonları. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf.75-78.
67. **Satman İ ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar; Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; Sf.116.
68. **Satman İ ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; Sf.117.
69. **Yılmaz T. ve ark.** Diyabetin Akut Komplikasyonları. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf. 80.
70. **Satman İ ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; Sf.119-120.
71. **Satman İ ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; Sf.122-125.
72. **Tüzün D.** Diyabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları. KSU Tıp Fak. Der. **2015**;10(2):32-36.

73. **Yılmaz T. ve ark.** Diyabetinin Kronik Komplikasyonları Böbrek Hastalığı. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf. 84.
74. **Satman İ. ve ark.** Diyabette Akut Komplikasyonlar. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; sf.128.
75. **Yılmaz T. ve ark.** Diyabetin Kronik Komplikasyonları Diyabette Ağız ve Diş Sağlığı. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf. 104-105.
76. **Satman İ. ve ark.** Diyabetin Kronik Komplikasyonları. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; sf.138.
77. **Gruden G, Viberti G.** Diyabetik Nefropati Patogenezi. Joslin's Diabetes Mellitus. sf. 85314. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi. **2008**.
78. **Avcı E, Çakır E.** Diyabetes Mellitusun Mikrovasküler Komplikasyonu: Diyabetik Nefropati. Selçuk Tıp Derg **2014**; 30: 15-18.
79. **Önmez A.** Diabetes Mellitus'ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. **2017**; 7 (2): 117-119.
80. **Uludağ M O.** Diyabete Bağlı İkincil Hastalıklar (Komplikasyonlar). mised sayı 23 – 24. **2010**; Sf. 39-44.
81. **Yıldırım A, Çevik B.** Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Orem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi. Sted **2016**; 25(5): 205-212.
82. **Satman İ. ve ark.** Diyabetin Kronik Komplikasyonları. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; sf.142.
83. **Yılmaz T. ve ark.** Diyabetinin Kronik Komplikasyonları Retinopati. TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2017**; Sf. 94-96.
84. **Yılmaz T ve ark.** Diabetes Mellitus Tanı Sınıflama ve İzlem İlkeleri. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2013**; sf: 17.
85. **Satman İ. ve ark.** Diyabetin Kronik Komplikasyonları. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. **2017**; sf.136-137.
86. **Akpınar A, Ataoğlu T, Bostancı V, Marakoğlu İ, Sezer H.** Tip 2 Diyabetli Periodontitis Hastalarında Periodontal Tedavinin Ağız Kokusuna Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. **2008**; Cilt: 11. Sayı:1. Sf: 28-34.
87. **Özenen Ö D, Karataş M Ö, Sandallı N.** Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Oral Değişiklikler. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi Cilt: 10 Sayı:1 **2007**; Sf: 58-62.
88. **WEB_(2018)** ADA's web site. <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2017/american-diabetes-association-aade-dsmes-standards-2017.html> (**5.5.2018**).
89. **Usluoğlu H, Güngörmüş Z.** Diyabetik Hastaların Öz Yeterlilikleri İle Öz Bakım Aktiviteleri Arasındaki İlişki. Social Sciences Studies Journal (SSSJ) **2018**; Vol:4 Issue:21 sf:3165-3170.
90. **Chester B, Stanely W G, Geetha T.** Quick Guide to Type 2 Diabetes Self-Management Education. Creating an Interdisciplinary Diabetes Management Team. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. Targets and Therapy. **2018**; 11. 641–645.

91. **Davies MJ ve ark.** Effectiveness of the Diabetes Education and Self Managementforongoingand Newly Diagnosed (DESMOND) Programme for People with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes: Cluster Randomised Controlled Trial.bmj.com. **2007**; sf:1-11.
92. **Şireci E, Karabulutlu Y E.** Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **2017**;20:1. Sf: 48-55.
93. **Sürücü H A, Kızılcı S.**Diyabet Özyönetim Eğitiminde, Grup Temelli Eğitim, Bireysel Eğitimden Üstün mü? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. **2014**; Sf: 46-51.
94. **Funnell M M ve ark.** National Standards for Diabetes Self Management Education. Diabetes Care, Volume 32, supplement 1, **2009**; sf: 87-94.
95. **Susan I, Michael M, K.M. Venkat Narayan.** Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. Diabetes Care, **2001**. Volume 24, Number 3.
96. **Yılmaz C, Yürekli ŞB.** Gestasyonel Diabetes mellitus Ve Pregestasyonel Diyabet. Endokrinoloji Metabolizma Ve Diyabet. 2011; 2. Baskı, İstanbul: Euromat Entegre Matbaacılık. Sf: 655.
97. **Coşansu K.** Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Doktora Tezi. **2009**; Sf:26.
98. **Baig A A ve ark.** Picture GoodHealth: A Church-Based Self-Management InterventionAmongLatinoAdultswithDiabetes. J Gen InternMed 30(10):1481–90. **2015**; Sf: 1481-1490.
99. **Chali W S, Salih M H, Abate T A.** Self-CarePracticeandAssociatedFactorsAmongDiabetesMellitusPatients on Followup in BenishangulGumuzRegionalStatePublicHospitals, Western Ethiopia: a Cross-SectionalStudy. Bmcresearch notes**2018**; **11**: 833.
- 100.**Cunningham P.**PatientPerceptions of Clinician Self-Management SupportforChronicConditions. TheAmericanJournal of ManagedCare. vol. 22: 4. sf: 125-133.
- 101.**Kristensen T A M, Hazelton H B, Waldorff F B, Guassora A D.** How General PractitionersPerceiveandAssess Self-Care in PatientswithMultipleChronicConditions: a QualitativeStudy. Kristensen et al. BMC FamilyPractice. **2017**; 18:109 sf:1-10.
- 102.**Leite R S, Marlow M N, Fernandes J K.** Oral Health and Tip 2 Diabetes. Am J Med Sci. **2013**; 345(4): 271–273.
- 103.**Miller C K, Kristeller J L, Headings A, Nagaraja H.** Comparison of a MindfulEatingInterventionto a Diabetes SelfManagement InterventionAmongAdultsWithType 2 Diabetes: A RandomizedControlled Trial. HealthEducBehav. **2014**; 41(2): 145–154.
- 104.**Mizuno H ve ark.** TheEffects of Non-SurgicalPeriodontalTreatment on Glycemic Control, OxidativeStressBalanceandQuality of Life in PatientswithType 2 Diabetes: A RandomizedClinicalTtrial. PlosOne | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188171> , **2017**; sf:1-17.
- 105.**Nascimento TMRV, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, Mand S, Heisler M.** A Pilot Study of a CommunityHealth Agent-ledtype 2 Diabetes Self-Management

Program Using Motivational Interviewing-Based Approaches in a Public Primary Care Center in São Paulo, Brazil. Do Valle Nascimento et al. BMC Health Services Research. **2017**; 17:32.

- 106. Saengtibovorn S, Taneepanichskul.** Effectiveness of Lifestyle Change Plus Dental Care program on Improving Glisemic and Periodontal Status in the Elderly with Type 2 Diabetes. Saengtibovorn and Taneepanichskul BMC Oral Health **2014**; 14:72. Sf:1-10.
- 107. Eltaş A, Tozoğlu Ü, Keleş M, Çanakçı V.** Assessment of Oral Health in Peritoneal Dialysis Patients with and without Diabetes Mellitus. Peritoneal Dialysis International. **2012**; Vol. 32, no:1. sf: 81–85.
- 108. Izuora ve ark.** Changes in Inflammatory and Bone Turnover Markers after Periodontal Disease Treatment in Patients with Diabetes. Am J Med Sci. **2016**; 351(6): 589–594.
- 109. Özüğuz U, Aydın Y, Berker D.** Gestasyonel Diyabet: Risk Faktörleri, Tanı ve Tedavi. İç Hastalıkları Dergisi **2010**; 17: 71-79.
- 110. Taichman L S ve ark.** Periodontal Health in Women with Early Stage Postmenopausal Breast Cancer Newly on Aromatase Inhibitors: A Pilot Study. J Periodontol. **2015**; 86(7): 906–916.
- 111. Tozoğlu Ü, Bilge M.** Diyabetes Mellitus Olgularında Oral Mukoza Bulguları. Düzce Tıp Dergisi **2010**; 12(2): 12-16.
- 112. Yumuk V.** Diabetes Mellitus'a Genel Bir Bakış. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. 2. Baskı, İstanbul: Euromat Entegre Matbaacılık, **2011**; 539-540.
- 113. Kav S, Akman AY, Doğan N, Tarakçı Z, Bulut Y, Hanoğlu Z.** Turkish validity and reliability of the summary of diabetes self-care activities measure for patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Clinical Nursing, 2010; 19: 2933–2935.
- 114. Toobert D J, Hampson S E, Glasgow R E.** The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. diabetes care, volume 23, number 7, 2000. Sf: 943-950.
- 115. Çevik BA.** Tip II Diyabetlilerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri ile Sağlık İnancı ve Öz-Etkililik Arasındaki İlişki, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010**; sf: 33-51.
- 116. Habashneh R A. Ve ark.** Knowledge and Awareness About Diabetes and Periodontal Health Among Jordanians. Journal of Diabetes and Its Complications. **2010**; 24; 409–414.
- 117. Eldarrat H A.** Diabetic Patients: Their Knowledge and Perception of Oral Health. Citation: Libyan J Med. **2011**; 6(5691); 1-5.
- 118. Garton B J, Ford P J.** Root Caries and Diabetes: Risk Assessing to Improve Oral and Systemic Health Outcomes. Australian Dental. **2012**; 57: 114–122.
- 119. Kapp J M, Boren A S, Yun S, LeMaster J.** Diabetes and Tooth Loss in a National Sample of Dentate Adults Reporting Annual Dental Visits. Centers for Disease Control and Prevention. **2007**; Volume 4: No. 3.
- 120. Yuen K H, Wolf J B, Bandyopadhyay D, Magruder K M, Salinas C F, London S D.** Oral Health Knowledge and Behavior Among Adults with Diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 86. **2009**; Sf: 239–246.

- 121. Lindenmeyer ve ark.** Oral Health Awareness And Care Preferences İn Patients With Diabetes: A Qualitative Study. *Family Practice* **2012**; 0:1–6.
- 122. Valerio M A. ve ark.** A Qualitative Examination of Patient Awareness and Understanding of Type 2 Diabetes and Oral Health Care Needs. *Diabetes Research and Clinical Practice*. **2011**: 159-165.
- 123. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M.** Randomized Controlled Trial of a Family-Oriented Self-Management Program to Improve Self-Efficacy, Glycemic Control and Quality of Life Among Thai Individuals with Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. **2017**; No: 123. Sf: 37-48.
- 124. Nelson ve ark.** Randomized Controlled Trial of a Community Health Worker Self Management Support Intervention Among Low-Income Adults With Diabetes, Seattle, Washington, Centers for Disease Control and Prevention 2010–2014; www.cdc.gov/pcd/issues/2017/16_0344.htm. **2017**. Volume 14, e15. Sf: 1-9.
- 125. Weinger K, Beverly E, Smaldone A.** Diabetes Self-Care and the Older Adult. *West J Nurs Res. PMC*. **2015**. 1-22.
- 126. Kassahun T, Gesesew H, Mwanri L, Eseti T.** Diabetes Related Knowledge, Self-Care Behaviours and Adherence to Medications Among Diabetic Patients in Southwest Ethiopia: a Cross-Sectional Survey. *Kassahun et al. BMC Endocrine Disorders*. **2016**; 16:28. Sf: 1-11.
- 127. İshak N. Ve ark.** Diabetes Self-Care and Its Associated Factors Among Elderly Diabetes in Primary Care. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. **2017**: 12(6); 504-511.
- 128. Borhaninejad ve ark.** Predictors of Self-Care Among the Elderly with Diabetes Type 2: Using Social Cognitive Theory. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. **2017**: 11(3); 163-166.
- 129. Alrahbi H.** Diabetes Self-Management (DSM) in Omani with Type-2 Diabetes. *International Journal Of Nursing Sciences*. **2014**: 1-8.
- 130. Tuval T S ve ark.** Adherence to Self-Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes—The Role of Risk Preferences. *Value in Health*. **2016**: 19(6); 844-851.
- 131. Jannoo Z. ve ark.** Examining Diabetes Distress, Medication Adherence, Diabetes Self-Care Activities, Diabetes-Specific Quality of Life and Health-Related Quality of Life Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*. **2017**: 9; 48-54.

8. EKLER

8.1.DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM ALGISI, ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN SORU FORMU

DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM ALGISI, ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ SORU FORMU

Tarih.....

Soru formu no:.....

Bu araştırma Diyabetli bireylerin Öz Yönetim Algısı, Öz Bakım Aktiviteleri ve Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizden alınan bilgiler, bilimsel bir araştırmada kullanılacak ve bu araştırmadaki kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek ve gelecekte verilecek hizmetler açısından önemli katkıda bulunacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sosyodemografik özellikler:

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz?() Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz?() Bekar () Evli () Diğer (açıklayınız).....
4. Aile yapınız?
() Yalnız yaşıyorum
() Çekirdek aile (anne, baba, çocuklar)
() Geniş aile (anne, baba, çocuklar ve yakın akrabalar)
() Diğer (Açıklayınız).....
5. Eğitim Durumunuz?
() Okur-yazar değil () İlkokul() Ortaokul() Lise
() Lisans () Lisansüstü () Diğer
(Açıklayınız).....
6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
() Çalışmıyor () Çalışıyor () Emekli () Ev hanımı () Diğer
(Açıklayınız).....
7. Mesleğiniz?() İşçi () Memur() Çiftçi () Esnaf () Diğer (Açıklayınız).....
8. Sosyal Güvenceniz? () Yok () Var
9. Beslenme, yeterli barınma ve sağlık bakımını karşılama durumuna göre gelir düzeyiniz nedir?

()Gelirim giderimden fazla ()Gelirim giderime eşit ()Gelirim giderimden az

Alışkanlıklar:

10. Sigara kullanıyor musunuz?

()Hayır

()Evet Günde adet/paket.....yıldır

()Bırakmış Günde.....adet/paket.....yıl içmiş.....yıldır
içmiyor

11. Alkol kullanıyor musunuz?

()Hayır

()Evet Gündekadeh/yıldır

()Bırakmış Günde.....kadeh/.....yıl içmiş.....yıldır içmiyor

Diyabete İlişkin Özellikler:

12. Ne zaman diyabet/şeker hastalığı tanısı aldınız?.....ay/yıl önce

13. Diyabet/şeker hastalığı tipiniz? ()Tip 1 Diyabet ()Tip 2 Diyabet

14. Diyabet/şeker hastalığınızın tedavisinde ne kullanıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

()Beslenme tedavisi ()Egzersiz ()Oral antidiyabetik ()İnsülin ()İnsülin Pompası

15. Ailenizde sizden başka diyabetli birey var mı?() Hayır () Evet (Yakınlık derecesi.....)

16. Düzenli olarak diyabet kontrolüne gidiyor musunuz?

()Hayır (Nedenini belirtiniz.....)

()Evet (Hangi sıklıkta gidiyorsunuz?.....)

17. Diyabete bağlı olarak herhangi bir komplikasyon/sağlık sorunu gelişti mi?

()Bilmiyorum (19. Soruya geçiniz)

()Hayır(19. Soruya geçiniz)

()Evet

18. 17. soruya cevabınız evet ise; hangi komplikasyon/sağlık sorunu gelişti?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

()Retinopati ()Nefropati ()SVO ()Nöropati ()Hipertansiyon

()Periferik Vasküler Hastalık ()İskemik Kalp Hastalığı / Geçirilmiş MI

19. HbA1c seviyenizi biliyor musunuz?

()Hayır

()Evet Değerini yazınız:.....

Tedavi görülen başka hastalığın varlığı:

20. Diyabet/şeker hastalığı dışında hekim tarafından tanı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

()Evet ()Hayır (Cevabınız hayır ise 22. soruya geçiniz)

21. 20. soruya cevabınız evet ise; hastalıklarınızı, süresini ve ilaç kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.

Diğer hastalıklar	Süresi	İlaç kullanma durumu
aydır/yıldır	() Evet () Hayır
aydır/yıldır	() Evet () Hayır
aydır/yıldır	() Evet () Hayır
aydır/yıldır	() Evet () Hayır

Ağız temizliği/hijyenine yönelik uygulamalar:

22. Diş protezi kullanıyor musunuz?()Evet ()Hayır (24. soruya geçiniz)

23. Diş protezlerinizi kullanmadığınızda nasıl saklıyorsunuz?

- () Temiz su dolu bir kap içine koyuyorum.
() Islak bir havluya/beze sarıyorum.
() Diğer (Açıklayınız).....

24. Dişlerinizi/protezlerinizi en az günde iki defa iki dakika süreyle fırçalıyor musunuz?

()Evet ()Hayır

25. Ara öğünlerden sonra dişlerinizi/protezlerinizi fırçalıyor musunuz?()Evet ()Hayır

26. Dişlerinizi/protezlerinizi fırçalarken dilinizin üzerini de fırçalıyor musunuz?()Evet ()Hayır

27. Diş temizliğinde günde en az bir defa diş ipi kullanıyor musunuz?()Evet ()Hayır

28. Düzenli olarak (altı ayda bir) diş hekimine kontrole gidiyor musunuz?()Evet ()Hayır

29. Diş hekiminize gittiğiniz zaman kan şekeri değeriniz hakkında doktorunuza bilgi veriyor musunuz?

()Evet ()Hayır

30. Ağız ve diş hijyeni/temizliği için herhangi bir ürün kullanıyor musunuz?

() Hayır() Evet (Hangi ürünü kullanıyorsunuz?
.....)

Ağız Sağlığı ile İlgili Sorular:

31. Ağız sağlığı ile ilgili sorunlar yaşıyor musunuz?()Evet ()Hayır

32. Ağız sağlığı ile ilgili yaşadığınız sorunları ve diş hekimine gidip gitmediğinizi belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Ağız sağlığı ile ilgili sorunlar	Bu sorun için diş hekimine başvurma durumunuz
Ağız içinde mantar enfeksiyonu, pamukçuk()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Dişetlerinde çekilme()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Diş çürüğü()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Ağız kuruluğu()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Diş eti kanamaları()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Dişlerinizde hassasiyet()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Dişlerinizde pozisyon değişikliği ve sallanma ()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Ağzınızda kötü koku ve tat()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır
Tat kaybı ()Evet ()Hayır	()Evet ()Hayır

8.2.DİYABETTE ÖZ YÖNETİM ALGISI ÖLÇEĞİ

DİYABETTE ÖZ-YÖNETİM ALGISI SKALASI (DÖYAS)

Kendinize en yakın şıkkı seçiniz...

Kesinlikle katılmıyorum..... (1)

Katılmıyorum(2)

Kararsızım..... (3)

Katılıyorum.....(4)

Kesinlikle katılıyorum..... (5)

	1	2	3	4	5
1. Hastalığım sırasında ortaya çıkan sorunlara çözüm bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
2.Hastalığım sırasında değiştirmem gerekenleri değiştirmenin gerekliliğine inanmıyorum.	1	2	3	4	5
3.Hastalığıma uyum göstererek kendimi idare ediyorum.	1	2	3	4	5
4.Diğer birçok insan gibi hastalığımla ilgili şeyleri idare edebiliyorum.	1	2	3	4	5
5.Hastalığımla idare etmek için aldığım sorumlulukları başarıyorum.	1	2	3	4	5
6.Hastalığımla idare etme konusundaki planlarım genellikle başarılı değildir.	1	2	3	4	5
7.Ne kadar uğraşsam da hastalığımla istediğim gibi idare edemiyorum.	1	2	3	4	5
8. Hastalığımla idare etmeyle ilgili hedeflerimi genellikle başarabiliyorum.	1	2	3	4	5

8.3.DİYABETTE ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi Aşağıda diyabetle ilişkili öz-bakım aktivitelerinizi belirlemek için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak son 7 gün içinde bu aktiviteleri uygulama durumunuzu sorunun altında yer alan rakamların üstünde işaretleyerek belirtiniz. Eğer son 7 günü hasta olarak ya da olağandışı bir durum (seyahat, misafir ağırlama, çok yoğun iş temposu gibi) yaşayarak geçirdiyseniz lütfen soruları ondan önceki bir haftayı düşünerek cevaplayınız.

Diyet

1. Son 7 günün kaç gününde sağlıklı bir beslenme planı izlediniz?
0 1 2 3 4 5 6 7
2. Geçen ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?
0 1 2 3 4 5 6 7
3. Son 7 günün kaç gününde beş porsiyon ya da daha fazla meyve ve sebze yediniz?
0 1 2 3 4 5 6 7
4. Son 7 günün kaç gününde kırmızı et veya tam yağlı süt ürünleri gibi yüksek yağ içeren besinler tükettiniz?
0 1 2 3 4 5 6 7

Egzersiz

5. Son 7 günün kaç gününde en az 30 dakikalık fiziksel bir aktivitede bulundunuz? (yürüme dahil olmak üzere ara vermeksizin, sürekli ve düzenli yapılan aktivitelerin dakika olarak toplamı)
0 1 2 3 4 5 6 7
6. Son 7 günün kaç gününde evde veya işinizde yaptıklarınızın dışında ayrıca yüzme, bisiklete binme ve yürüme gibi egzersizler yaptınız?
0 1 2 3 4 5 6 7

Kan Şekeri Testi

7. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi ölçtünüz?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi sağlık ekibinizin önerdiği sıklıkta ölçtünüz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Ayak Bakımı

9. Son 7 günün kaç gününde ayaklarınızı kontrol ettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

10. Son 7 günün kaç gününde ayakkabılarınızın içini gözden geçirdiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Sigara

11. Son 7 gün içinde sigara içtiniz mi? (bir nefes bile olsa)

0- Hayır

1- Evet (Cevabınız evet ise günde ortalama kaç adet sigara

içtiniz?) Günde içilen sigara sayısı:.....

8.4.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Algısı, Öz Bakım Aktiviteleri ve Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıklarının belirlenmesi'dir. Bu araştırmanın amacı; diyabetli bireylerin öz yönetim algıları ve öz bakım aktiviteleri ile ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesidir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavileri ya da varsa invaziv girişimler belirtilerek, yöntemler kullanılarak uygulanacaktır (hastanın anlayabileceği şekilde). Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15-20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 158'dir. Bu çalışma ile ilgili olarak size sorulan sorulara cevap vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. (ör. uygulanan tedavi şemasına özen gösterme, çalıştırıcının önerilerine uyma, ilaç kutularını getirme, vb.).

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için beklenen yararlar; hastaların öz yönetim algıları ve öz bakım aktiviteleri ile ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının artırılması sağlanacaktır. Böylece sizin gibi diyabet tanısı olanlara da yarar sağlayacağı düşünülmektedir (beklenen yarar yoksa da hasta bilgilendirilmelidir). (Varsa, embriyo, fetus veya anne sütü ile beslenen yeni doğan için tahmin edilebilir riskler veya uygunsuzluklar; gerekiyorsa gebe kalınmaması yönünde uyarı ve bu çalışma için kabul edilebilir gebelikten korunma yöntemleri yazılmalıdır).

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu çalıştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar hemş. Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK tarafından karşılanacaktır (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir). Çalışma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0543 358 13 35 no.lu telefondan hemş. Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK' e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır (yapılacaksa ödeme miktarı yazılmalıdır). Ayrıca bu çalışma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalıştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine

getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

*Bu örnek form araştırcılara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakóltesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; **kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır**. Güncelleme tarihi 28.11.2013.



8.5.BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLERDE İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU ONAYI



Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Nazmiye İkbal Berdo
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Bolu Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği A. B. D.

Sayın Nazmiye İkbal Berdo,

“**Diyabetes Mellitus’lu Bireylerin Öz Yönetim Algısı ve Öz Bakım Aktiviteleri İle Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2015/129) Kurulumuzun 02.09.2015 tarihli ve 2015/129 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştu. Araştırmanızın başlığının “**Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Algısı, Öz Bakım Aktiviteleri ve Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi**” olarak değiştirilmesiyle ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2016/15) Kurulumuzun 29.01.2016 tarihli ve 2015/01 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

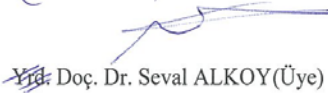

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT(Üye)


Doç. Dr. Mithat DURAK(Üye)


Doç. Dr. Altay EREN (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY(Üye)

Av. Zuhale DEMİRCİ(Üye)



8.6.SAĞLIK BAKANLIĞI BOLU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KİHBOS EĞİTİM BİRİMİ
11/11/2016 16:03 - 71924980 - 663.08 - E.400



Sayı : 71924980-663.08
Konu : Yüksek Lisans Tez Araştırması
(N. İkbal BERDO)

DAĞITIM YERLERİNE

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Nazmiye İkbal BERDO'nun , araştırma bilgileri ve İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi uygunluk mütalası yazımız ekinde bulunan "**Diyabetli Bireylerin Öz Yönetim Algısı, Öz Bakım Aktiviteleri ve Ağız Sağlığına İlişkin Farkındalıklarının belirlenmesi** " konulu yüksek lisan tez araştırmasını **01/12/2016-28/02/2017** tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Ünitesinde yapmasına dair Makam Onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Abdullah DANIŞMAN
Genel Sekreter V.

EKLER:

- 1- Makam Oluru
- 2-Hastane Mütalası
- 3- Üst Yazı

Dağıtım:

Nazmiye İkbal Berdo
Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Güvenli Elektronik İmza
Aynı ile Aynıdır.

(Handwritten signature)

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi Bolu İzzet
Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar Mevkii 0(374)2753030-2526 Nilgün Yıldız
Eğitim Ar- Ge Birimi
Faks No:

e-Posta: nilgun.yildiz2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: e-posta:www.bolu.khb @
saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4adb5e09-c2ce-4dc7-b5d7-1e612b05e644 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nilgün YILDIZ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0374 270 45 75 / 2649

S. Polat BOZYEL
Y. No: 522

8.7.DİYABET ÖZ YÖNETİM ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sayın Berdo,

Tez çalışmanızda Diyabet Öz Yönetim Algısı Skalasını (DÖYAS) kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Ayfer Bayındır Çevik
RTE Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Başkanı

From: ikbalberdo@hotmail.com
To: ayferbayindir@hotmail.com.tr
Subject: DÖYAS Hakkında
Date: Fri, 28 Aug 2015 14:52:37 +0300

Merhaba Ayfer hocam
Ben AİBÜ Hemşirelik programında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam ile ilgili taramalarım sırasında sizin DÖYAS'la ilgili sununuza ulaştım. Bu ölçeği tez çalışmamda kullanabilir miyim? Kaynak olarak gösterebilir miyim?
Teşekkür ederim, iyi çalışmalar hocam.

8.8.DİYABET ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Outlook.com İletiyi Yazdır

<https://dubl30.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=tr-t>

[Yazdır](#)

[Kapat](#)

Fwd: self-care activities measure- Türkçe

Kimden: **Sultan Kav** (sultan.kav@gmail.com)
Gönderme tarihi: 28 Ağustos 2015 Cuma 12:32:14
Kime: **ikbalberdo@hotmail.com** (ikbalberdo@hotmail.com)
3 ek
Article_JCN.pdf (73,5 KB) , diyabet öz-bakım ölçeği (2).doc (49,8 KB) , SDSCA (1).pdf (58,6 KB) ,

Merhaba ikbal Hanım,

Elbette kullanabilirsiniz. Ölçeğin orijinalinin yer aldığı makale, Türkçe çevirisi ve geçerlilik çalışması makalesini ekte bulabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar diliyorum. Saygılarımla,
Sultan Kav
iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Kimden: ikbal berdo <ikbalberdo@hotmail.com>
Tarih: 19 Ağustos 2015 22:09:20 GMT+3
Kime: "sultan kav@gmail.com" <sultan.kav@gmail.com>
Konu: diyabette öz bakım aktiviteleri ölçeği

Merhaba Sultan hocam
Ben AİBÜ hemşirelik programında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam ile ilgili taramaların sırasında sizin diyabette öz bakım aktiviteleri ile bir makalenize ulaştım. Diyabette öz bakım aktiviteleri ölçeğinizi tez çalışmamda kullanabilir miyim? Çalışmanızı kaynak gösterebilir miyim?
Teşekkür ederim, iyi çalışmalar.
Nazmiye İkbal Berdo
AİBÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Yüksek Lisans Öğrencisi

--
Sultan Kav RN, PhD
Professor at Baskent University
Faculty of Health Sciences Department of Nursing
Baglica, Ankara, TURKEY

EONS Former President
www.cancermuse.eu

8.9. DİYABETLİ BİREYLERİN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE AĞIZ SAĞLIĞINA YÖNELİK UYGULAMALARI, YAŞADIKLARI SORUNLARIN KARŞILAŞTIRILMASI (n=158)

Tablo 4.2.1. Diyabetli bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması (n=158)

	Protezi kullanmadığın da saklama durumu		Diş/protezi günde iki dk/iki defa fırçalama		Ara öğün sonrası fırçalama durumu		Dilin i fırçalama	Diş ipi kullanma			Altı ayda bir kontrole gitme		Diş hekimine kan şekerini belirtme	
	Tem iz su dolu kaba koy ma	Islak havlu ya da beze sarıyo r	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır
Cins iyet	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Kadı n	21/8 0.8	5/19.2	85/100	-	38/44 .7	47/55.3	76/8 9.4	9/10. 6	30/35.3	55/64. 7	36/42.4	49/57.6	59/ 69. 4	26/30. 6
Erke k	24/8 0	6/20	75/94. 9	3/4.1	18/24 .7	55/75.3	54/7 4	19/2 6	20/27.4	53/72. 6	22/30.1	51/69.9	57/ 78. 1	16/21. 9
	X ² =0.005 p=9.42		X ² =3.561 p=0.96		X ² =6.899 p=0.12		X ² =6 .420 p=0. 011	X ² =1.132p=0.287			X ² =2.522p=0.112		X ² =1.513 p=0.219	
Med eni durum														
Evli	40/7 8.4	11/21. 6	107/99 .1	1/0.9	30/27. 8	78/72.2	87/8 0.6	21/1 9.4	22/20.4	86/79.6	37/34.3	71/65.7	71/6 5.7	37/3 4.3
Bekar	5/10 0	-	48/96	2/4	26/52	24/48	43/8 6	7/14	28/56	22/44	21/42	29/58	45/9 0	5/10
	X ² =1.342 p=0.571		X ² =1.734 p=0.188		X ² =8.764 p=0.003		X ² =0 .695 p=0. 405	X ² =20.058 p=0.000			X ² =0.881 p=0.348		X ² =10.306 p=0.001	
Aile Yap ısı														
Çeki rdek aile	23/7 6.7	7/23.3	90/98.9	1/1.1	34/37.4	57/62.6	78/8 5.7	13/14.3	24/2 6.4	67/73.6	37/40.7	54/59.3	65/7 1.4	26/2 8.6
Geni ş aile	17/8 1	4/19	34/100	-	7/20.6	27/79.4	26/7 6.5	8/23.5	6/17. 6	28/82.4	7/20.6	27/79.4	23/6 7.6	11/3 2.4
Yaln ız yaşı yor	5/10 0	-	31/93.9	2/6.1	15/45.5	18/54.5	26/7 8.8	7/21.2	20/6 0.6	13/39.4	14/42.4	19/57.6	28/8 4.8	5/15 .2
	X ² =1.486 p=0.476		X ² =4.039 p=0.133		X ² =4.871 p=0.088		X ² =1.799 p=0.407	X ² =17.045 p=0.000		X ² =4.878 p=0.087		X ² =2.974 p=0.226		
Eğit im dur umu														
İlk/o rta öğre tim	31/7 7.5	9/22.5	68/95. 8	3/4.2	17/23.9	54/76.1	51/7 1.8	20/28.2	12/1 6.9	59/83.1	22/31	49/69	45/6 3.4	26/3 6.6
Lise	6/10 0	-	49/100	-	21/42.9	28/57.1	47/9 5.9	2/4.1	19/3 8.8	30/61.2	19/38.8	30/61.2	41/8 3.7	8/16 .3
Yük sek	-	-	24/100	-	13/54.2	11/45.8	24/1 00	-	17/7 0.8	7/29.2	15/62.5	9/37.5	24/1 00	-

öğretim														
Okur-yazar değil	8/80	2/20	14/100	-	5/35.7	9/64.3	8/57.1	6/42.9	2/14.3	12/85.7	2/14.3	12/85.7	6/42.9	8/57.1
	$X^2=1.674$ $p=0.433$		$X^2=3.747$ $p=0.290$		$X^2=8.958$ $p=0.030$		$X^2=22.803$ $p=0.000$		$X^2=27.276$ $p=0.000$		$X^2=10.992$ $p=0.012$		$X^2=21.696$ $p=0.000$	
Çalışma durumu														
çalışıyor	41/85.4	7/14.6	85/96.6	3/3.4	29/33	59/67	66/75	22/25	15/17	73/83	26/29.5	62/70.5	52/59.1	36/40.9
çalışmıyor	4/50	4/50	70/100	-	27/38.6	43/61.4	64/91.4	6/8.6	35/50	35/50	32/45.7	38/54.3	64/91.4	6/8.6
	$X^2=5.499$ $p=0.020$		$X^2=2.433$ $p=0.119$		$X^2=0.538$ $p=0.463$		$X^2=7.217$ $p=0.007$		$X^2=19.574$ $p=0.000$		$X^2=4.387$ $p=0.036$		$X^2=20.890$ $p=0.000$	
Gelişim düzeyi														
Gelişim düzeyi eşit	37/84.1	7/15.9	91/98.9	1/1.1	28/30.4	64/69.6	76/82.6	16/17.4	21/22.8	71/77.2	29/31.5	63/68.5	61/66.3	31/33.7
Gelişim düzeyi az	2/50	2/50	16/100	-	5/31.2	11/68.8	12/75	4/25	5/31.2	11/68.8	6/37.5	10/62.5	10/62.5	6/37.5
Gelişim düzeyi fazla	6/75	2/25	48/96	2/4	23/46	27/54	42/84	8/16	24/48	26/52	23/46	27/54	45/90	5/10
	$X^2=2.869$ $p=0.238$		$X^2=1.820$ $p=0.402$		$X^2=3.567$ $p=0.168$		$X^2=0.690$ $p=0.708$		$X^2=9.492$ $p=0.009$		$X^2=2.928$ $p=0.231$		$X^2=10.407$ $p=0.005$	
Sigara kullanma durumu														
Kullanmış	21/87.5	3/12.5	85/97.7	2/2.3	38/43.7	49/56.3	76/87.4	11/12.6	33/37.9	54/62.1	38/43.7	49/56.3	61/70.1	26/29.9
Kullanmıyor	14/77.8	4/22.2	53/98.1	1/1.9	17/31.5	37/68.5	42/77.8	12/22.2	15/27.8	39/72.2	18/33.3	36/66.7	47/87	7/13
Bırakmış	10/71.4	4/28.6	17/100	-	1/5.9	16/94.1	12/70.6	5/29.4	2/11.8	15/88.2	2/11.8	15/88.2	8/47.1	9/52.9
	$X^2=1.559$ $p=0.459$		$X^2=0.404$ $p=0.817$		$X^2=9.441$ $p=0.009$		$X^2=3.882$ $p=0.144$		$X^2=5.069$ $p=0.079$		$X^2=6.636$ $p=0.036$		$X^2=11.671$ $p=0.003$	
Alkol kullanma durumu														
Kullanmış	34/82.9	7/17.1	135/97.8	3/2.2	54/39.1	84/60.9	117/84.8	21/15.2	46/33.3	92/66.7	54/39.1	84/60.9	106/76.8	32/23.2
Kullanmıyor	2/100	-	3/100	-	-	3/100	3/100	-	1/33.3	2/66.7	1/33.3	2/66.7	1/33.3	2/66.7

or														
Bıra kmiş	9/69. 2	4/30.8	17/100	-	2/11.8	15/88.2	10/5 8.8	7/41.2	3/17. 6	14/82. 4	3/17.6	14/82.4	9/52. 9	8/47 .1
	$X^2=1.680$ $p=0.432$	$X^2=0.443$ $p=0.801$	$X^2=6.663$ $p=0.036$		$X^2=7.654$ $p=0.022$	$X^2=1.726$ $p=0.422$	$X^2=3.022$ $p=0.221$		$X^2=6.937$ $p=0.031$					



Tablo 4.2.2. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması (n=158)

	Diş Çürüğü		Ağız Kuruluğu		Ağızda Kötü Koku/Tat		Tat Kaybı		Ağız İçinde Mantar		Dişlerde Hassasiyet		Diş Eti Kanaması		Diş Etlerinde Çekilme		Dişlerde Pozisyon Değişikliği	
	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Eve t	Hayır	Ev et	Hayır
Cinsiyet	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %
Kadın	21/24.7	64/75.3	15/17.6	70/82.4	15/17.6	70/82.4	20/23.5	65/76.5	14/16.5	71/83.5	11/12.9	74/87.1	12/14.1	73/85.9	12/14.1	73/85.9	8/9.4	77/90.6
Erkek	31/42.5	42/57.5	30/41.1	43/58.9	28/38.4	45/61.6	20/27.4	53/72.6	6/8.2	67/91.8	7/9.6	66/90.4	3/4.1	70/95.9	3/4.1	70/95.9	2/2.7	71/97.3
	X ² =5.610 p=0.018		X ² =10.601 p=0.001		X ² =8.503 p=0.004		X ² =0.311 p=0.577		X ² =2.419 p=0.120		X ² =0.437p =0.508		X ² =4.578 p=0.032		X ² =4.578 p=0.032		X ² =2.979 p=0.086	
Medeni durumu																		
Evli	46/42.6	62/57.4	40/37.8	68/63	41/38.6	67/62	38/35.2	70/64.8	14/13.3	94/87	13/12	95/88	10/9.3	98/90.7	11/10.2	97/89.8	7/6.5	101/93.5
Bekar	6/2	44/88	5/0	45/90	2/4	48/96	2/4	48/96	6/2	44/88	5/0	45/90	5/0	45/90	4/4	46/92	3/3	47/94
	X ² =14.487 p=0.000		X ² =12.265p =0.000		X ² =19.902p =0.000		X ² =17.579p =0.000		X ² =0.029 p=0.866		X ² =0.140 p=0.708		X ² =0.022 p=0.883		X ² =0.190 p=0.663		X ² =0.013 p=0.908	
Aile Yapısı																		
Çekirdek aile	26/28.6	65/71.4	28/30.8	63/69.2	26/28.6	65/71.4	30/33	61/67	13/14.3	78/85.7	11/12.1	80/87.9	11/12.1	80/87.9	9/9	82/90.1	6/6.6	85/93.4
Geniş aile	20/58.8	14/41.2	14/41.2	20/58.8	16/47.1	18/52.9	9/26.5	25/73.5	4/11.8	30/88.2	3/8	31/91.2	-	34/100	2/5.9	32/94.1	1/2.9	33/97.1
Yalnız yaşıyor	6/8.2	27/81.8	3/9.1	30/90.9	1/3	32/97	1/3	32/97	3/9.1	30/90.9	4/2.1	29/87.9	4/2.1	29/87.9	4/2.1	29/87.9	3/3.9	30/90.9
	X ² =14.358 p=0.001		X ² =9.015 p=0.011		X ² =16.588 p=0.000		X ² =11.510 p=0.003		X ² =0.622 p=0.733		X ² =0.283p =0.868		X ² =4.544 p=0.103		X ² =0.798 p=0.671		X ² =1.094p =0.579	
Eğitim durumu																		
İlk/orta öğretim	29/40.8	42/59.2	31/43.7	40/56.3	26/36.6	45/63.4	28/39.4	43/60.6	12/16.9	59/83.1	9/12.7	62/87.3	3/4.2	68/95.8	7/9.9	64/90.1	2/2.8	69/97.2
Lise	18/36.7	31/63.3	8/16.3	41/83.7	10/20.4	39/79.6	7/14.3	42/85.7	4/8.2	45/91.8	3/6.1	46/93.9	6/12.2	43/87.8	6/12.2	43/87.8	4/8.2	45/91.8
Yüksek öğretim	1/4.2	23/95.8	1/4.2	23/95.8	2/8.3	22/91.7	2/8.3	22/91.7	1/4.2	23/95.8	4/12.7	20/83.3	4/12.7	20/83.3	2/8.3	22/91.7	2/8.3	22/91.7
Okur-yazar değil	4/8.6	10/71.4	5/35.7	9/64.3	5/35.7	9/64.3	3/21.4	11/78.6	3/21.4	11/78.6	2/14.3	12/85.7	2/14.3	12/85.7	-	14/100	2/14.3	12/85.7
	X ² =11.449 p=0.010		X ² =18.912 p=0.000		X ² =9.147 p=0.027		X ² =14.414 p=0.002		X ² =4.591p =0.204		X ² =2.241p =0.524		X ² =4.536p =0.209		X ² =1.949p =0.583		X ² =3.413p =0.332	
Çalışma durumu																		
çalışıyor	28/31.8	60/68.2	31/35.2	57/64.8	26/29.5	62/70.5	29/33	59/67	15/17	73/83	11/12.5	77/87.5	8/9.1	80/90.9	11/12.5	77/87.5	5/5.7	83/94.3
çalışıyor	24/34.	46/65.	14/20	56/80	17/24.	53/75.7	11/15.	59/84.3	5/7.1	65/92.9	7/10	63/90	7/10	63/90	4/5.7	66/94.3	5/7.1	65/92.9

	3	7			3		7											
	X ² =0.108 p=0.743	X ² =4.438 p=0.035	X ² =0.545 p=0.461	X ² =6.129 p=0.013	X ² =3.458 p=0.063	X ² =0.241 p=0.623	X ² =0.037 p=0.846	X ² =2.089 p=0.148	X ² =0.140 p=0.708									
Gelir düzeyi																		
Gelir gidere eşit	39/42. 4	53/57. 6	30/32. 6	62/67. 7.4	31/33. 7	61/63. 6.3	33/35. 9	59/64. 4.1	10/10. 9	82/89. 9.1	11/12	81/88	6/5	86/93. 3.5	9/8	83/90. 0.2	4/4. .3	88/95. 5.7
Gelir giderden az	2/1 2.5	14/87. 5	7/4 3.8	9/56 .2	2/1 2.5	14/8 7.5	2/1 2.5	14/8 7.5	2/1 2.5	14/8 7.5	2/1 2.5	14/87. 5	2/1 2.5	14/8 7.5	-	16/100	1/6 .2	15/9 3.8
Gelir giderden fazla	11/22	39/78	8/1 6	42/84 4	10/20	40/80	5/1 0	45/90 0	8/1 6	42/84	5/1 0	45/90	7/1 4	43/86	6/1 2	44/88	5/1 0	45/90
	X ² =9.460 p=0.009	X ² =6.425 p=0.040	X ² =5.014 p=0.082	X ² =13.013p =0.001	X ² =0.772p =0.680	X ² =0.144 p=0.930	X ² =2.296 p=0.317	X ² =2.053 p=0.358	X ² =1.746 p=0.418									
Sigara kullanma durumu																		
Kullanmamış	20/23	67/77	15/17. 2	72/82 2.8	16/18. 4	71/81 1.6	21/24. 1	66/75. 5.9	11/12. 6	76/84. 7.4	12/13. 8	75/86. 2	13/14. 9	74/85. 1	12/13. 8	75/86. 2	8/9. .2	79/90. 0.8
Kullanıyor	24/44. 4	30/55. 6	24/44. 4	30/55. 6	21/38. 9	33/66. 1.1	16/29. 6	38/77. 0.4	5/9. 3	49/98. 0.7	4/7. 4	50/92. 6	-	54/100	2/3. 7	52/96. 6.3	2/3. .7	52/96. 6.3
Bırakmış	8/4 7.1	9/5 2.9	6/3 5.3	11/6 4.7	6/3 5.3	11/6 4.7	3/1 7.6	14/8 2.4	4/2 3.5	13/7 6.5	2/1 1.8	15/88. 2	2/1 1.8	15/8 8.2	1/5. 9	16/9 4.1	10/6. 6.3	148/93. 7.6
	X ² =8.674 p=0.013	X ² =12.539p =0.002	X ² =7.695p =0.021	X ² =1.124p =0.570	X ² =2.382 p=0.304	X ² =1.349 p=0.510	X ² =8.773 p=0.012	X ² =4.237 p=0.120	X ² =2.982 p=0.225									
Alkol kullanma durumu																		
Kullanmamış	43/31. 2	95/68. 8	34/24. 6	104/75. 4	35/25. 4	103/74. 6	31/22. 5	107/77. 5	17/12. 3	121/87. 7	18/13	120/87	13/9.4	125/90.6	14/10. 1	124/89.9	9/6. .5	129/93.5
Kullanıyor	2/6 6.7	1/3 3.3	2/6 6.7	1/33 .3	-	3/10 0	-	3/10 0	-	3/10 0	-	3/10 0	-	3/10 0	-	3/10 0	-	3/10 0
Bırakmış	7/4 1.2	10/58. 8	9/5 2.9	8/47 .1	8/4 7.1	9/52 .9	9/5 2.9	8/47 .1	3/1 7.6	14/8 2.4	-	17/100	2/1 1.8	15/8 8.2	1/5. 9	16/9 4.1	1/5. .9	16/9 4.1
	X ² =2.266 p=0.322	X ² =8.142 p=0.017	X ² =4.740 p=0.093	X ² =8.472 p=0.014	X ² =0.832 p=0.660	X ² =2.944p =0.229	X ² =0.418 p=0.812	X ² =0.641 p=0.726	X ² =0.217p =0.897									

Tablo 4.2.3. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Uygulamalarının Karşılaştırılması (n=158)

	Protezi kullanmadığı nda saklama durumu		Diş/protezi günde iki dk/iki defa fırçalama		Ara öğün sonrası fırçalama durumu		Dilini fırçalama		Diş ipi kullanma		Altı ayda bir kontrole gitme		Diş hekimine kan şekerini belirtme	
	Temiz su dolu kabakoya koyma	Islak havlu ya da beze sarıy or	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır	Ev et	Hay ır
Diyabet Tipi	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Tip 2 DM	-	-	117/97.5	3/2.5	35/29.2	85/70.8	95/79.2	25/20.8	28/23.3	92/76.7	38/31.7	82/68.3	79/65.8	41/34.2
Tip 1 DM	-	-	38/100	-	21/55.3	17/44.7	35/92.1	3/7.9	22/57.9	16/42.1	20/52.6	18/47.4	37/97.4	1/2.6
	$X^2=$ -- p=		$X^2=0.968$ p=0.325		$X^2=8.590$ p=0.003		$X^2=3.314$ p=0.069		$X^2=15.937$ p=0.000		$X^2=5.460$ p=0.019		$X^2=14.706$ p=0.000	
Diyabet Tedavisi														
İnsülin	17/85	3/15	79/97.5	2/2.5	30/37	51/63	69/85.2	12/14.8	29/35.8	52/64.2	30/37	51/63	61/75.3	20/24.7
OAD	9/81.8	2/18.2	37/100	-	15/40.5	22/59.5	36/97.3	1/2.7	15/40.5	22/59.5	16/43.2	21/56.8	28/75.7	9/24.3
OAD ve İnsülin	18/81.8	4/18.2	35/97.2	1/2.8	9/25	27/75	22/61.1	14/38.9	6/16.7	30/83.3	9/25	27/75	26/72.2	10/27.8
Beslenme Tedavisi	1/33.3	2/66.7	4/100	-	2/50	2/50	3/75	1/25	-	4/100	3/75	1/25	1/25	3/75
	$X^2=4.520$ p=0.210		$X^2=1.084$ p=0.781		$X^2=2.596$ p=0.458		$X^2=17.401$ p=0.001		$X^2=7.586$ p=0.055		$X^2=5.332$ p=0.149		$X^2=5.076$ p=0.166	
Ailedeki Diyabetli Varlığı														
Ev et	30/81.1	7/18.9	88/96.7	3/3.3	31/34.1	60/65.9	76/83.5	15/16.5	23/25.3	68/74.7	31/34.1	60/65.9	67/73.6	24/26.4
Hay ır	15/78.9	4/21.1	67/100	-	25/37.3	42/62.7	54/80.6	13/19.4	27/40.3	40/59.7	27/40.3	40/59.7	49/73.1	18/26.9
	$X^2=0.036$ p=0.849		$X^2=2.252$ p=0.133		$X^2=0.178$ p=0.673		$X^2=0.226$ p=0.635		$X^2=4.027$ p=0.045		$X^2=0.645$ p=0.422		$X^2=0.005$ p=0.945	
Düzenli Kontrole Gitme														
Ev et	42/82.4	9/17.6	149/99.3	1/0.7	53/35.3	97/64.7	125/83.3	25/16.7	49/32.7	101/67.3	55/36.7	95/63.3	115/76.7	35/23.3
Hay ır	3/60	2/40	6/75	2/25	3/37.5	5/62.5	5/62.5	3/37.5	1/12.5	7/87.5	3/37.5	5/62.5	1/12.5	7/87.5
	$X^2=1.441$ p=0.230		$X^2=24.143$ p=0.000		$X^2=0.016$ p=0.901		$X^2=2.261$ p=0.133		$X^2=1.428$ p=0.32		$X^2=0.002$ p=0.962		$X^2=16.023$ p=0.000	
Gitme Sıklığı														
1-3 Ay	27/79.4	7/20.6	105/99.1	1/0.9	42/39.6	64/60.4	89/84	17/16	38/35.8	68/64.2	43/40.6	63/59.4	83/78.3	23/21.7
3-6 Ay	11/84.6	2/15.4	31/100	-	8/25.8	23/74.2	27/87.1	4/12.9	7/22.6	24/77.4	8/25.8	23/74.2	22/71	9/29
6-12 Ay	4/100	-	13/100	-	3/23.1	10/76.9	9/69.2	4/30.8	4/30.8	9/69.2	4/30.8	9/69.2	10/76.9	3/23.1
	$X^2=1.105$ p=0.575		$X^2=0.418$ p=0.811		$X^2=2.940$ p=0.230		$X^2=2.208$ p=0.332		$X^2=1.943$ p=0.379		$X^2=2.463$ p=0.292		$X^2=0.722$ p=0.697	
Komplikasyon														
Hay ır	12/80	3/20	83/96.5	3/3.5	19/26.4	53/73.6	75/87.2	11/12.8	39/45.3	47/54.7	42/48.8	44/51.2	57/66.3	29/33.7
Ev et	33/80.5	8/19.5	72/100	-	37/43	49/57	55/76.4	17/23.6	11/15.3	61/84.7	16/22.2	56/77.8	59/81.9	13/18.1

	$X^2=0.002p=0.968$		$X^2=2.560p=0.110$		$X^2=4.739p=0.029$		$X^2=3.147p=0.076$		$X^2=16.383p=0.000$		$X^2=11.948p=0.001$		$X^2=4.928p=0.026$	
Gelişen Komplikasyon														
Retinopati	38/100	-	38/100	-	10/26.3	28/73.7	33/86.8	5/13.2	10/26.3	28/73.7	12/31.6	26/68.4	36/94.7	2/5.3
Nöropati	7/46.7	8/53.3	15/100	-	7/46.7	8/53.3	13/86.7	2/13.3	1/6.7	14/93.3	4/26.7	11/73.3	13/86.7	2/13.3
KVH	13/100	-	13/100	-	-	13/100	5/38.4	8/61.6	-	13/100	-	13/100	8/61.6	5/38.4
Nefropati	6/100	-	6/100	-	2/33.3	4/66.7	4/66.7	2/33.3	-	6/100	-	6/100	2/33.3	4/66.7
	$X^2=5.309p=0.257$		$X^2=-p=-$		$X^2=7.985p=0.239$		$X^2=18.602p=0.005$		$X^2=7.862p=0.248$		$X^2=7.525p=0.275$		$X^2=27.953p=0.000$	
Başka Hastalık Varlığı														
Evet	43/86	7/14	94/100	-	26/27.7	68/72.3	75/79.8	19/20.2	17/18.1	77/81.9	20/21.3	74/78.7	67/71.3	27/28.7
Hayır	2/33.3	4/66.7	6/195.3	3/4.7	30/46.9	34/53.1	55/85.9	9/14.1	33/51.6	31/48.4	38/59.4	26/40.6	49/76.6	15/23.4
	$X^2=9.414p=0.002$		$X^2=4.492p=0.034$		$X^2=6.144p=0.013$		$X^2=0.988p=0.320$		$X^2=19.728p=0.000$		$X^2=23.788p=0.000$		$X^2=0.545p=0.460$	
Tanımlanan Hastalık														
KVH	29/80.6	7/19.4	59/100	-	20/33.9	39/66.1	41/69.5	18/30.5	12/20.3	47/79.7	15/25.4	44/74.6	42/71.2	17/28.8
Guatr	4/100	-	15/100	-	3/20	12/80	15/100	-	5/33.3	10/66.7	3/20	12/80	11/73.3	4/26.7
Astım	4/80	1/20	16/100	-	8/50	8/50	16/100	-	3/18.8	13/81.2	4/25	12/75	13/81.2	3/18.8
Hiperlipidemi	3/100	-	15/100	-	5/33.3	10/66.7	13/86.7	2/13.3	7/46.7	8/53.3	5/33.3	10/66.7	13/86.7	2/13.3
KBY	3/100	-	4/100	-	-	4/100	3/75	1/25	-	4/100	1/25	3/75	2/50	2/50
Romatoit Artrit	3/100	-	3/100	-	2/66.7	1/33.3	3/100	-	1/33.3	2/66.7	-	3/100	3/100	-
	$X^2=2.315p=0.678$		$X^2=-p=-$		$X^2=6.632p=0.249$		$X^2=13.592p=0.018$		$X^2=6.773p=0.238$		$X^2=1.761p=0.881$		$X^2=4.235p=0.516$	
İlaç Kullanma Durumu														
Evet	43/86	7/14	88/100	-	25/28.4	63/71.6	69/78.4	19/21.6	15/17	73/83	20/22.7	68/77.3	63/71.6	25/28.4
Hayır	44/100	-	6/100	-	1/16.7	5/83.3	6/100	-	2/33.3	4/66.7	-	6/100	4/66.7	2/33.3
	$X^2=-p=-$		$X^2=-p=-$		$X^2=0.387p=0.534$		$X^2=1.624p=0.203$		$X^2=1.006p=0.316$		$X^2=1.732p=0.188$		$X^2=0.067p=0.796$	

Tablo 4.2.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özellikleri İle Ağız Sağlığına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması (n=158)

	Dış Çürüğü		Ağız Kuruluğu		Ağızda Kötü Koku/Tat		Tat Kaybı		Ağız İçinde Mantar		Dışlerde Hassasiyet		Dış Eti Kanaması		Dış Etlerinde Çekilme		Dışlerde Pozisyon Değişikliği	
	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır	Ev et	Hayır
Diyabet Tipi	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
Tip 2 DM	48/40	72/60	39/32.5	81/67.5	38/31.7	82/68.3	36/30	84/70	19/15.8	101/84.2	13/10.8	107/89.2	10/8.3	110/91.7	13/10.8	107/89.2	7/5.8	113/94.2
Tip 1 DM	4/10.5	34/89.5	6/15.8	32/84.2	5/13.2	33/86.8	4/10.5	34/89.5	1/2.6	37/99.4	5/13.2	33/86.8	5/13.2	33/86.8	2/5.3	36/94.7	3/7.9	35/92.1
	X ² =11.355 p=0.001		X ² =3.957 p=0.047		X ² =4.991 p=0.025		X ² =5.789 p=0.016		X ² =4.550 p=0.033		X ² =0.154 p=0.694		X ² =0.782 p=0.377		X ² =1.042 p=0.307		X ² =0.207 p=0.649	
Diyabet Tedavisi																		
İnsülin	21/25.9	60/74.1	18/22.2	63/77.8	17/21	64/79	15/18.5	66/81.5	10/12.3	71/87.7	7/18.9	74/91.4	7/18.9	74/91.4	5/12.5	76/93.8	6/14.4	75/92.6
OAD	16/43.2	21/56.8	7/18.9	30/81.1	8/21.6	29/78.4	7/18.9	30/81.1	4/10.8	33/89.2	7/18.9	30/81.1	5/13.5	32/86.5	6/16.2	31/83.8	4/10.8	33/89.2
OAD ve İnsülin	14/38.9	22/61.1	19/52.8	17/47.2	18/50	18/50	15/41.7	21/58.3	6/16.7	30/83.3	4/11.1	32/88.9	2/5.6	34/94.4	4/11.1	32/88.9	-	36/100
Beslenme Tedavisi	1/2.5	3/7.5	1/2.5	3/7.5	-	4/10	3/7.5	1/2.5	-	4/10	-	4/10	1/2.5	3/7.5	-	4/10	-	4/10
	X ² =4.275p=0.233		X ² =13.676 p=0.003		X ² =13.101 p=0.004		X ² =13.093 p=0.004		X ² =1.224p=0.747		X ² =3.200p=0.362		X ² =2.533p=0.469		X ² =3.515p=0.319		X ² =4.115p=0.249	
Ailedeki Diyabetli Varlığı																		
Evet	36/39.6	55/60.4	29/31.9	62/68.1	24/26.4	67/73.6	25/27.5	66/72.5	15/16.5	76/83.5	13/14.3	78/85.7	9/9.9	82/90.1	9/9.9	82/90.1	7/7.7	84/92.3
Hayır	16/23.9	51/76.1	16/23.9	51/76.1	19/28.4	48/71.6	15/22.4	52/77.6	5/7.5	62/92.5	5/7.5	62/92.5	6/9	61/91	6/9	61/91	3/4.5	64/95.5
	X ² =4.297 p=0.038		X ² =1.209p=0.272		X ² =0.077p=0.782		X ² =0.528p=0.468		X ² =2.840p=0.092		X ² =1.780p=0.182		X ² =0.039p=0.843		X ² =0.039p=0.843		X ² =0.673p=0.412	
Düzenli Kontrolle Götme																		
Evet	48/32	102/68	44/29.3	106/70.7	40/26.7	110/73.3	38/25.3	112/74.7	20/13.3	130/86.7	15/10	135/90	14/9.3	136/90.7	14/9.3	136/90.7	10/6.7	140/93.3
Hayır	4/50	4/50	1/12.5	7/87.5	3/7.5	5/62.5	2/2.5	6/75	-	8/100	3/7.5	5/62.5	1/12.5	7/87.5	1/12.5	7/87.5	-	8/100
	X ² =1.114p=0.291		X ² =1.057p=0.304		X ² =0.450p=0.502		X ² =0.000p=0.983		X ² =1.221p=0.269		X ² =5.690p=0.017		X ² =0.089p=0.766		X ² =0.089p=0.766		X ² =0.569p=0.451	
Götme Sıklığı																		
1-3 Ay	30/28.	76/71.	34/32.1	72/67.9	28/26.	78/73.6	29/27.	77/72.6	15/14.	91/85.8	12/11.	94/88.7	12/11.	94/88.7	10/9.4	96/90.6	8/7.5	98/92.5

3-6 Ay	3/41.9	7/58.1	6/19.4	25/80.6	9/29	22/71	9/29	22/71	4/12.9	27/87.1	2/65	29/93.5	2/65	29/93.5	2/65	29/93.5	2/65	29/93.5	
6-12 Ay	5/38.5	8/61.5	4/30.8	9/69.2	3/23.1	10/76.9	-	13/100	1/77	12/92.3	1/77	12/92.3	-	13/100	2/15.4	11/84.6	-	13/100	
	X ² =2.322p= =0.313	X ² =1.887p= 0.389	X ² =0.178p= =0.915	X ² =4.865p= =0.088	X ² =0.424p= =0.809	X ² =0.716p= =0.699	X ² =2.137p= =0.343	X ² =0.868p= =0.648	X ² =1.063p= =0.588										
Kompli kasyon																			
Hayır	20/23.3	66/57.7	15/17.4	71/82.6	16/18.6	70/81.4	18/20.9	68/79.1	3/35	83/96.5	14/16.3	72/83.7	9/10.5	77/89.5	6/73	80/93	5/5.8	81/94.2	
Evet	32/44.4	40/55.6	30/41.7	42/58.3	27/37.5	45/62.5	22/30.6	50/69.4	17/23.6	55/76.4	4/56	68/94.4	6/83	66/91.7	9/12.5	63/87.5	5/6.9	67/93.1	
	X ² =7.969 p=0.005	X ² =11.291 p=0.001	X ² =7.064 p=0.008	X ² =1.920p= =0.166	X ² =14.353 p=0.000	X ² =4.464 p=0.035	X ² =0.207p= =0.649	X ² =1.391p= =0.238	X ² =0.084p= =0.771										
Gelişen Komplikasyon																			
Retinopati	17/44.7	21/55.3	16/42.1	22/57.9	13/34.2	25/65.8	12/31.6	26/68.4	6/15.8	32/84.2	2/53	36/94.7	6/15.8	32/84.2	7/18.4	31/81.6	2/53	36/94.7	
Nöropati	8/53.3	7/46.7	3/20	12/80	7/46.7	8/53.3	4/26.7	11/73.3	8/53.3	7/46.7	-	15/100	-	15/100	-	15/100	1/67	14/93.3	
KVH	5/38.4	8/61.6	7/53.8	6/46.2	5/38.4	8/61.6	4/30.7	9/69.7	1/76	12/92.4	-	13/100	-	13/100	-	13/100	2/15.3	11/84.7	
Nefropati	2/33.3	4/66.7	4/66.7	2/33.3	2/33.3	4/66.7	2/33.3	4/66.7	2/33.3	4/66.7	2/33.3	4/66.7	-	6/100	2/33.3	4/66.7	-	6/100	
	X ² =4.431p= =0.619	X ² =10.300p= =0.113	X ² =4.410p= =0.621	X ² =3.773p= =0.707	X ² =15.895 p=0.014	X ² =10.477 p=0.106	X ² =5.856p= =0.439	X ² =7.599p= =0.269	X ² =28.237 p=0.000										
Başka Hastalık Varlığı																			
Evet	47/50	47/50	33/35.1	61/64.9	35/37.2	59/62.8	30/31.9	64/68.1	19/20.2	75/79.8	9/9.6	85/90.4	7/7.4	87/92.6	11/11.7	83/88.3	7/7.4	87/92.6	
Hayır	5/7.8	59/92.2	112/18.8	52/81.2	8/12.5	56/87.5	10/15.6	54/84.4	1/16	63/98.4	9/14.1	55/85.9	8/12.5	56/87.5	4/62	60/93.8	3/47	61/95.3	
	X ² =30.692 p=0.000	X ² =5.001 p=0.025	X ² =11.759 p=0.001	X ² =5.344 p=0.021	X ² =11.979 p=0.001	X ² =0.760p= =0.383	X ² =1.132p= =0.287	X ² =1.37p= 0.251	X ² =0.489p= =0.484										
Tamlanan Hastalık																			
KVH	26/44.1	33/55.9	19/32.2	40/67.8	24/40.7	35/59.3	18/30.5	41/69.5	11/18.6	48/81.4	7/11.9	52/88.1	5/85	54/91.5	6/10.2	53/89.8	2/34	57/96.6	
Guatr	7/46.7	8/53.3	4/26.7	11/73.3	3/20	12/80	3/20	12/80	2/13.3	13/86.7	-	15/100	2/13.3	13/86.7	4/26.7	11/73.3	2/13.3	13/86.7	
Astım	7/43.8	9/56.2	5/31.2	11/68.8	2/12.5	14/87.5	2/12.5	14/87.5	4/25	12/75	-	16/100	-	16/100	1/62	15/93.8	2/12.5	14/87.5	
Hiperlipidemi	4/26.7	11/73.3	3/20	12/80	6/40	9/60	6/40	9/60	1/6.7	14/93.3	4/26.7	11/73.3	2/13.3	13/86.7	1/67	14/93.3	1/67	14/93.3	
KBY	3/7.5	1/25	3/7.5	1/25	1/25	3/7.5	2/50	2/50	1/25	3/7.5	-	4/100	-	4/100	-	4/100	-	4/100	
Romatoit Artrit	2/66.7	1/33.3	1/33.3	2/66.7	-	3/100	2/66.7	1/33.3	-	3/100	-	3/100	-	3/100	-	3/100	1/33.3	2/66.7	
	X ² =4.061p= =0.541	X ² =4.625p= 0.463	X ² =7.754p= =0.170	X ² =6.504p= =0.260	X ² =2.917p= =0.713	X ² =9.222p= =0.101	X ² =3.164p= =0.675	X ² =5.439p= =0.365	X ² =6.227p= =0.285										
İlaç Kullanma Durumu																			
Evet	46/42	33/33	55/6	35/53/6	29/29	59/6	17/17	71/8	9/9	79/8	5/5	83/9	9/9	79/8	4/4	84/9			

	52. 3	47. 7	7.5	2.5	39. 8	0.2	33	7	19. 3	0.7	0.2	9.8	7	4.3	0.2	9.8	.5	5.5
Hayır	1/1 6.7	5/8 3.3	-	6/10 0	-	6/10 0	1/1 6.7	5/83 .3	2/3 3.3	4/66 .7	-	6/10 0	2/3 3.3	4/66 .7	2/3 3.3	4/66 .7	3/5 0	3/50
	X ² =2.848p =0.091		X ² =3.467p= 0.063		X ² =3.802p =0.051		X ² =0.686p =0.408		X ² =0.684p =0.408		X ² =0.679p =0.410		X ² =6.231 p=0.013		X ² =2.902p =0.088		X ² =16.838 p=0.000	



9. ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI :Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK

DOĞUM YERİ VE TARİHİ :Kadıköy, 13.04.1986

İLETİŞİM

Adres :AİBÜ İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gölköy Kampüsü, 14280 Merke/BOLU

E-posta : ikbalberdo@hotmail.com

Telefon : 0543358 13 35

YABANCI DİL: İngilizce

EĞİTİM DURUMU

TARİH	ALAN	ÜNİVERSİTE	DERECE
2004-2008	Hemşirelik	Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksek Okulu	Lisans

MESLEKİ DENEYİMİ

TARİH	KURUM	GÖREVİ
2008-2009	Özel Çağsu hastanesi	Hemşire
2009-	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire


Ulusal Bilimsel Etkinliklere Ait Yayınlar

Çiçek Can S, Usta Yıldırım Y, **Can S**, Berdo N İ. Kronik Hastalık Yönetimi ve Karar Destek Sistemleri. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 2016; 8(1):46-53.

Katıldığı Kongreler

Kızılay Kan Bağışı Kongresi 2006 Kemer/Antalya

10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU

 T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	
23/09/2019	
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne	
Öğrencinin Adı Soyadı:	Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK
Numarası:	146208005
Anabilim Dalı:	HEMŞİRELİK
Lisansüstü Eğitim Düzeyi:	Yüksek Lisans <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
Tez Başlığı:	<u>DİYABETLİ BİREYLERİN ÖZ YÖNETİM ALGISI, ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ VE AĞIZ SAĞLIĞINA İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ</u>
<p>Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 84 sayfalık kısmına ilişkin 23/09/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca Turnitin intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında %12 "alıntılar dahil" yapıldığında ise %12 olarak tespit edilmiştir.</p> <p><i>Uygulanan Filtrelemeler:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1- Kaynakça Hariç,2- Alıntılar Hariç / Dahil3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç. <p>"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Bilgilerinize arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">Nazmiye İkbal BERDO ÇELİK Öğrencinin Ad Soyad ve İmza</p> <p><i>EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.</i></p>	
TEZ DANIŞMAN ONAYI	
UYGUNDUR 23/09/2019 (Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKMAN YILMAZ)	

Doküman Görüntüleyici

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 23-Eyl-2019 10:26 +03
 NUMARA: 1178139809
 Kelime Sayısı: 20255
 Gönderildi: 1

**DİYABETLİBİREYLERİN
 ÖZ-YÖNETİM ALGISI, ÖZ-
 BAK... Nazmiye İkbal
 Berdo Çelik tarafından**

Benzerlik Endeksi

%12

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:	%8
Yayınlar:	%5
Öğrenci Ödevleri:	%9

[alıntılarını dahil et](#) [bibliyografyayı dahil et](#) [5 kelime > çıkarılan eşleşmeler](#)

mod: [yazdır](#)

[yenile](#) [İndir](#)

2% match (30-Eyl-2014 tarihli internet) http://halksagligiokulu.org	✖
1% match (11-Haz-2015 tarihli internet) http://earsiv.atauni.edu.tr	✖
1% match (13-Haz-2017 tarihli öğrenci ödevleri) Sınıf: tez Ödev: aynur ülkü-tez Ödev Numarası: 824581547	✖
1% match (01-Tem-2018 tarihli internet) http://hemsirelik.ege.edu.tr	✖
<1% match (16-May-2018 tarihli internet) http://halksagligiokulu.org	✖
<1% match (11-Eyl-2017 tarihli internet) http://www.turkdiab.org	✖
<1% match (25-Tem-2017 tarihli öğrenci ödevleri) Sınıf: tez Ödev: aynur ülkü tez	✖