

Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Öz-Bakımı ile İlişkinin Belirlenmesi

Ayşe Payas

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Şubat 2021
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Özgül Erol

2. Prof. Dr. Gülümser Kublay

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu araştırmada; Diyabeti olan bireylerde sağlık okuryazarlığının, diyabet öz-bakımıyla ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı- korelasyonel ve kesitsel olarak planlanan araştırmanın evrenini, Araştırma kriterlerine uyan Gazimağusa Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran ve iç hastalıkları servislerinde yatarak tedavi gören 204 ve formları çevrimiçi yöntemle dolduran 112 diyabetli birey oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, Aralık 2019 - Ekim 2020 tarihleri arasında toplam 316 diyabetli birey ile araştırma tamamlanmıştır. Veriler Diyabetli Birey Tanımlama Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada katılanların diyabet süresinin ortalama $11,44 \pm 8,59$, yaş ortalamasının ise $55,29 \pm 16,26$ olduğu görölmüştür. Diyabetli bireylerin % 50,9'u erkek, % 41,8'i ilkokul mezunu, % 82,3'ü evli, % 38,3'ü herhangi bir işte çalışmayan, % 47,5'i geliri giderinden az, % 72,5'i eşi/çocukları ile yaşayan, % 80,7'si tip 2 diyabetli, % 69,6'sı ailesinde/yakın çevresinde diyabetli olduğu ve % 28,2'nin rahatsızlandığında sağlık kontrolüne kontrolüne gittiği, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada en çok % 75,6'sı doktoru ve % 41,1'i i interneti tercih ettikleri belirlenmiştir. Araştırmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı $96,26 \pm 19,62$ ile ortalamanın üzerinde, diyabet öz-bakım ölçeği puanı ise $89,18 \pm 16,09$ ile ortalama düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut puanları yükseldikçe, diyabet öz-bakım ölçeği puanı da yükselmektedir. "Sağlık okuryazarlığı ölçeği" genel ve bilgileri anlama alt boyut

dışında kalan alt boyut puanları ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında orta düzeyde, bilgileri anlama alt boyut puanları ile “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur.

Hemşireler hasta değerlendirmesi yaparken sağlık okuryazarlığını, sağlık davranışlarını teşvik eden, sağlıklı bir yaşam tarzı geliştiren ve nihayetinde yaşam kalitesini yükselten bir faktör olduğunu bilmelidir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, diyabet öz-bakım becerilerini etkileyeceği bilgisiyle değerlendirmelerini, hasta eğitim ve bakımını bu sonuçlara uygun olarak planlamaları önerilir. Hemşirelere kronik hastalık oranlarının yüksek olması nedeniyle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çalışmalarına destek vermeleri önerilir.

Anahtar Kelimeler : diyabet, hemşire, sağlık okuryazarlığı, öz-bakım

ABSTRACT

This study; It was aimed to determine the relationship between health literacy and diabetes self-care in individuals with diabetes. The population of the study which was planned as a descriptive-correlational and cross-sectional consisted of 204 diabetic individuals who applied to the Famagusta State Hospital outpatient clinic and received inpatient treatment in internal medicine clinics, and 112 individuals with diabetes who completed the study forms online. Sample selection was not made. The study was completed between December 2019 and October 2020 with 316 people with diabetes. Data were collected by using the Individual Descriptive Form, Health Literacy Scale, and Diabetes Self-Care Scale. Descriptive statistics and Mann Whitney U, Kruskal Wallis H and, Spearman correlation tests were used in the statistical analysis of the data. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ in all analyzes.

It was observed that the duration of diabetes of the participants in the study was 11.44 ± 8.59 on average and the mean age was 55.29 ± 16.26 . 50.9% of individuals with diabetes are male, 41.8% are primary school graduates, 82.3% are married, 38.3% are unemployed, 47.5% are low income, 72% are spouses / They live with their children, 80.7% of them have type 2 diabetes, 69.6% of them have diabetes in their family / close environment and 28.2% of them only go to health control when they get sick.

The mean score of the health literacy scale was 96.26 ± 19.62 and it was found to be above the average and the average score of the diabetes self-care scale with 89.18 ± 16.09 . The higher the health literacy general and sub-dimension scores, the higher the diabetes self-care scale score. A moderately positive linear relationship was found between the health literacy scale total and sub-dimension scores and the scores

obtained from the diabetes self-care scale of individuals with diabetes, while a weakly positive linear relationship was found between the information comprehension subscale scores and the diabetes self-care scale overall scores.

Nurses should be aware that health literacy is a factor that supports a healthy lifestyle and improves the quality of life. It is recommended that individuals evaluate their health literacy and diabetes self-care levels and plan patient education and care according to these results. Nurses are recommended to contribute to the improvement of health literacy in society due to the high rates of chronic diseases.

Keywords: diabetes, health literacy, self-care, nurse

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'e, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Sevinç Taştan'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocalarım Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a, Prof. Dr. Refia Selma Görgülü'ye ve tüm Hemşirelik Bölümü hocalarıma, değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Özgül Erol'a ve Prof. Dr. Gülümser Kublay'a, tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Anabilim Dalı ekibine ,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen çok sevgili annem Havva Ateş'e ve kardeşlerim Veli ve Hüseyin Korkmaz'a, sevgili eşim Sezer Payas'a ve tüm aileme, maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgememiş olan Yelda Ekin Tel ve ailesine ve Ece Balcı ve ailesine tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi	4
1.3 Araştırmanın Amacı.....	6
1.4 Araştırmanın Soruları.....	6
2 GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Diyabetin Tanımı.....	7
2.1.1 Diyabetin Epidemiyolojisi.....	8
2.1.2 Diyabetin Sınıflandırılması	10
2.1.2.1 Tip 1 Diyabet.....	10
2.1.2.2 Tip 2 Diyabet.....	10
2.1.2.3 Gestasyonel Diyabet.....	10
2.1.2.4 Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet.....	10
2.1.3 Diyabetin Belirtileri.....	11
2.1.4 Diyabetin Komplikasyonları.....	11
2.1.5 Diyabet ve Öz-Bakım.....	12
2.1.6 Diyabetli Bireylerin Öz-Bakımını Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	13

2.2 Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi.....	14
2.3 Diyabette Öz-Bakım ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi.....	16
3 GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 Araştırmanın Tipi	20
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4 Araştırma Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.6 Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1 Diyabetli Birey Tanımlama Formu.....	23
3.6.2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	23
3.6.3 Diyabet Öz-Bakım Ölçeği.....	24
3.7 Veri Toplama Süreci	25
3.8 Araştırma Zaman Çizelgesi.....	26
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.11 Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
4 BULGULAR.....	29
5 TARTIŞMA.....	65
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
6.1 Sonuçlar.....	74
6.2 Öneriler	76
KAYNAKLAR	77
EKLER	96

Ek 1: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt kurul izni.....	97
Ek 2: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Bünyesinde Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulve Kurumizi İzni.....	98
Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	99
Ek 4: Çevrimiçi Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	102
Ek 5: Diyabetli Birey Tanımlama Formu.....	103
Ek 6: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	105
Ek 7: Diyabet Öz-Bakım Ölçeği.....	107
Ek 8 : Ölçek Sahiplerinden Ölçeklerin Kullanım İzinleri.....	109

KISALTMALAR

ADA	American Diabetes Asociation
BGT	Bozulmuş Glikoz Toleransı
BM	Birleşmiş Milletler
CREDIT	Chronic Renal Disease In Turkey
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DÖBÖ	Diyabet Öz-Bakım Ölçeği
DUB	Diyabete Uygun Beslenme
FA	Fiziksel Aktivite
GDH	Gazimağusa Devlet Hastanesi
HLS-E.U	Health Literacy Survey in Europe
IDF	International Diabetes Federation
İ	İnsülin
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
OAD	Oral Antidiyabetik
PURE	The Prospective Urban Rural Epidemiology
RCN	Royal College Of Nursing
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SOYÖ	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP -1	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-1
TURDEP -2	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-2
TEKARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TREND-UK	Training, Research and Education for Nurses on Diabetes

UK

United Kingdom

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Diyabetin Komplikasyonları.....	10
Tablo 2: Araştırma Zaman Tablosu.....	26
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Dağılım-1.....	29
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Dağılım-2.....	30
Tablo 5: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özellikleri ile İlgili Dağılım-1.....	31
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özellikleri ile İlgili Dağılım-2.....	32
Tablo 7: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri ile İlgili Dağılım-3.....	33
Tablo 8: SOYÖ Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	34
Tablo 9: DÖBÖ Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	35
Tablo 10: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Genel ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Testi Sonuçları.....	38
Tablo 11: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Genel ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Sonuçları.....	39
Tablo 12: Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanları ile Diyabet Öz-Bakım Ölçeği Puanlarına Ait Sperman's Rho Korelasyon Katsayısı Sonuçları.....	40
Tablo 13: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel ve Alt Boyutları ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeğine (DÖBÖ) Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	41

Tablo 14(a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-1.....	42
Tablo 14 (b):Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-1 devamı	43
Tablo 15(a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-2.....	48
Tablo 15 (b):Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-2 devamı.....	49
Tablo 16(a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-3.....	53
Tablo 16 (b):Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları-3.....	54
Tablo 17: Diyabetli Bireylerin Tedavi Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 18: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -4.....	58
Tablo 19: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DÖBÖ Puan Ortalamaları-1.....	60
Tablo 20: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DÖBÖ Puan Ortalamaları-2.....	62

ŞEKİL

Şekil 1: Diyabetin Yaygın Belirtileri ve Semptomları.....	11
Şekil 2: Araştırma Evreninden Örnekleme Gidiş Şeması.....	22

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Günümüzde kronik hastalığı olan nüfus gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu haline gelerek hastaneye yatışa, uzun süreli sakatlığa, yaşam kalitesinde düşüşe ve önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (1,2). Kronik hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörü ve korunma stratejileri ortak olması nedeniyle diyabet kronik hastalıklar içerisinde en yaygın görülen hastalıklardan birisi olarak yerini almış ve dünya çapında büyüyen ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir (3,4).

Diyabet insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk nedeniyle ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik, metabolik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (5). Çoklu komplikasyonları yanında ömür boyu sürmesi nedeni ile diyabet, birey ile birlikte toplumu da etkileyen, ekonomik yük getiren, tedavi ve bakımında birden fazla disiplinin katılımını gerektirmektedir (6). Bulaşıcı olmadığı hâlde salgın nedeni olduğu konusunda birleşilen diyabet konusunda, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu 2006 yılında tarihi bir karar alarak , diyabeti küresel bir tehdit olarak kabul etmiş ve tüm ülkelere bu hastalıkla ortak mücadele edilmesi gerektiğinin mesajını vermiştir (7). Diyabet, 2000 yılından bu yana% 70 oranında yaptığı artışla ilk 10 ölüm nedeni arasına girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 2017 yılında yayınladığı raporda ise, diyabetin dünya çapında önde gelen ölüm

nedenleri arasında 7. Sırada olduğu gösterilmiştir. Ayrıca “Ulusal Hastalık Yüğü” çalışmasında diyabet, hem kronik hastalık içinde, hem de ölüme yol açan ilk 10 hastalık sıralamasında 3’üncü sırada yer almaktadır. Bu nedenle diyabet, yaygın komplikasyonlar ve artan erken ölüm riski sebebiyle ciddi bir hastalık olarak bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar arasında yerini almıştır (8,9). Aynı zamanda Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) ölümleri nedenlerine göre incelendiğinde, 2019 yılında vakalarının %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %19,7’sini iyi ve kötü huylu tümörler, %12,5’ini solunum sistemi hastalıkları %3,7’ünü sinir sistemi hastalıkları ve %4,4’ünü endokrin, metabolizma ve beslenme ile ilgili hastalıklar oluşturmakta ve diyabette bu hastalıkların içinde yer almaktadır (10).

Bireylerin kendi yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için üzerlerine düşeni yapmaları öz-bakım olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı devam ettirmek ve yükseltmek için evrensel bir kavram olan öz-bakımda hedef, bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumluluklarını yerine getirebilmesini sağlamaktır. En önemli kronik hastalıklardan biri olan diyabet, hastalarda yaşamsal gereksinimlerinin karşılanmasında öz-bakım becerileri önemli bir role sahiptir (11). Diyabet görme kaybına, böbrek yetmezliğine, miyokard enfarktüsüne, inmeye ve amputasyona yol açtığından bir dizi mikro-makrovasküler komplikasyonların ana nedenidir. Aynı zamanda yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini düşürdüğünden sürekli tıbbi bakım ile birlikte çok iyi bir öz-bakım gerektirmektedir (12). Diyabetli bireylerin hastalıklarını kontrol altında tutabilmeleri için; diyabete uygun beslenme, düzenli fiziksel aktivite, kan şekeri kontrolü, oral anti-diyabetiklerin ve insülinin doğru ve zamanında uygulanması, tedavinin etki ve yan etkilerinin bilinmesi, sigaranın kullanılmaması ve alkolün tok karına ve çok kısıtlı kullanılması, diyabetin oluşturacağı komplikasyonları önlemede primer faktörlerdir. Diyabetli bireyler ömür boyu sürecek ilaç tedavisine uyum sağlama ve rutin

izlemlerini yapma gibi öz-bakım aktivitelerini benimsemelidirler (13). D'Souza ve arkadaşlarının (2016) '*Tip 2 diyabetli yetişkinlerde öz-yeterlik ve öz-bakım davranışları*' adlı çalışmalarında çoğu yetişkinin (% 65) yüksek HbA1c > % 8 değerlerine sahip olduğunu ve bu doğrultuda, zayıf glisemik kontrole sahip Tip 2 diyabetli yetişkinlerin zayıf öz-yeterlik ve öz-bakım davranışlarına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunun söylenebileceğini belirtmektedir. Glisemik kontrolün diyet, egzersiz, ilaç tedavisi, ayak bakımı etkinliği ve davranışlarını iyileştirmede etkisi olduğu tespit edilmiştir (14). Diyabeti kontrol etmedeki en önemli faktör öz-bakım davranışlarıdır. Öz-bakım davranışlarını iyileştirebilmek için hastaların hastalıklarını daha iyi kontrol etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olmanın ilk adımı ise sağlık okuryazarlığıdır.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinde sonuçların ve maliyetlerin hayati ve önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri ve bireyin kendine olan öz-güvenin en üst düzeye ulaşması gerekir. Bu nedenle, her bireyin kendi sağlığından sorumlu olduğu ve herkesin yeterli düzeyde sağlık konusunda bilgi düzeyine, farkındalığa, doğru tutum ve davranış geliştirmeye ve öğrendiklerini öz-bakımında uygulama yetisini kazanması gerektiğini ortaya çıkmaktadır (15,16). Neşe ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu '*Tip 2 diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyabet öz-bakımı üzerine etkisi: klinik tabanlı bir çalışma*' adlı çalışmada Tip 2 diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı orta düzeyde olup, diyabet öz-bakım düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile diyabet öz-bakım davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu ve diyabet hastalarının, hastalık yönetimlerini doğru ve düzenli yapabilmeleri açısından sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi gerektiğini önermişlerdir (17).

Sağlık okuryazarlığı; bir hastaya tıbbi bir bilgi verildiği zaman o bilgiyi anlaması, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilmektedir (18). Modern sağlık sistemlerinden, hizmet alan bireylerin beklentisi giderek artmaktadır. Sağlık bakımında artan öz-sorumluluk nedeniyle bireylerden kendi sağlık sorumluluklarını almaları, bilgiyi anlamaları, kendileri ve başkaları için sağlık kararları almaları yönünde yeni roller üstlenmeleri istenmektedir. Tüm bu taleplerin temelinde kişilerin sağlık okuryazarlığı becerileri yer almaktadır. Buda bize sağlık okuryazarlığının kronik hastalıkların öz-yönetiminde kritik bir rol oynadığını göstermektedir (19). Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olmaması, hastalıkları yönetmede problem yaratmakta, ilaç kullanımı ve kronik hastalıkların insidansında artışa neden olmaktadır. Yatışların uzamasına, gereksiz tetkikler yapılmasına, koruyucu sağlık hizmetlerinin doğru kullanımına engel olmakta buna bağlı olarak iş gücü kayıplarına ve gereksiz sağlık harcamalarına yol açmaktadır (20).

1.2 Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi

Diyabet, öz-bakım eğitimi ve yönetimi gerektiren kronik bir hastalık olduğundan diyabet hastalarının tedavi, sağlıklı yaşam davranışları ve öz-bakım konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle diyabetli bireylerin sağlığı ile ilgili doğru karar verebilmesi için, sağlıkla ilgili mesajları anlayıp doğru yorumlayabilmeleri gerekir. Bu noktada da sağlık okuryazarlığının ve hasta – hemşire arasındaki ilişkinin önemi ortaya çıkmaktadır (21,22). Diyabeti olan bireylere bakım verecek hemşirenin; karşısındaki bireylerin yaşlarını, dilini ve din gibi sosyal ve kültürel özelliklerini, eğitim düzeylerini, sağlık inançlarını, alışkanlıklarını, ailesel ve çevresel destek sistemlerini, varsa öğrenme engellerini, sosyal ve ekonomik durumunu, mevcut ve geçmiş sağlık öyküsünü, hastalığına dair bilgi ve yeterlilikleri gibi birçok faktörleri belirlemesi gerekir. Böylece hemşire, bireyin diyabet konusunda

sağlık okuryazarlık düzeyini ve etkileyen faktörleri de belirleyerek, bireysel ihtiyaçları doğrultusunda eğitim ve danışmanlık yapmasını ve bireyin kendi bakımında aktif bir şekilde rol almasını sağlayabilmektedir (12,23). Ihan ve arkadaşlarının (2020) 207 katılımcıyla yapmış oldukları ‘‘Türkiye’de tip 2 diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve diyabet öz-bakımı’’ adlı çalışmaya göre tip 2 diyabetli bireylerin % 81,5’ inin yetersiz veya sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığının olduğu ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların, diyabet öz-bakımının da düşük olduğu bulunmuştur (24). Shin ve Lee’nin 60 yaş ve üzeri toplam 136 diyabetli birey ile yapmış oldukları ‘*Sağlık okuryazarlığının 60 yaş ve üzeri diyabetli kişilerde öz-bakım davranışlarıyla ilişkisi: Bir arabulucu olarak güçlendirme*’ adlı çalışmada ise daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin daha güçlü uygulama yetisine sahip olduğu ve daha yüksek yetiye sahip olanların sağlıklı yiyecekler ve egzersiz yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulunmuştur (25). Yine Yarmohammadi ve arkadaşlarının (2018) 300 tip 2 diyabetli bireyle yaptıkları ‘*Fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığının tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol üzerindeki etkisi ve öz-bakımın aracılık rolü*’ adlı çalışmada ise sağlık okuryazarlığının, tip 2 diyabetli bireylerde kendi kendine bakım davranışlarını pozitif etkileyerek, hastalarda HbA1c’yi azaltmada önemli bir faktör olduğunu göstermiştir (26). Kuzey Kıbrıs’ta şimdiye kadar yapılan araştırmalar tarandığı zaman diyabetli bireylere yönelik sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılmış çalışmaya ulaşamadığından, özellikle diyabetik popülasyonda sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki boşluğu doldurmaya yardımcı olmak için, bu araştırmada elde edilecek sonuçların kliniğe ve diğer araştırmalara kaynak olacağı düşünülmektedir.

Amaç :

Bu araştırma da; Diyabeti olan bireylerde sağlık okuryazarlığının diyabet öz-bakımıyla ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi nedir?
2. Diyabetli bireylerin öz-bakım aktivite düzeyleri nedir?
3. Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ile öz-bakım aktivite düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Diyabetli bireylerin tanımlayıcı özellikleri, sağlık okuryazarlığını ve öz-bakım aktivitelerini etkiler mi?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Diyabetin Tanımı

Tüm dünyada prevalansı giderek artan diyabet, insülin hormonunun yeterli miktarda üretilmemesi veya vücudun ürettiği insülini etkili bir şekilde kullanamaması ya da her iki eksiklik sonucu oluşan hiperglisemi ile karakterize, progresif, metabolik bir hastalık olarak bilinmektedir (27,28,29). İnsülin hormonu, kan şekeri seviyesinin etkisi altında pankreasın langerhans adacıklarının β hücreleri tarafından salgılanan ve hücre içi boşluğa depolanan bir protein hormonudur. Diyabette karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki anormalliklerin temeli, insülinin hedef dokular üzerindeki etkisinin yetersizliğidir. Yetersiz insülin salgılanmasından ve /veya hormon etkisinin karmaşık yollarından bir veya daha fazla noktada insüline karşı doku yanıtlarının azalmasından kaynaklanmaktadır (30).

Diyabet değişen yaşam tarzlarının, teknolojinin ve toplumsal gelişmelerin bir sonucu olarak son 40 yıldan bu yana benzeri görülmemiş bir küresel salgın hastalık olarak bilinmektedir. Diyabetin tüm dünyada hızla yayılması, hemen hemen tüm yaş gruplarında görülmesi, akut ve kronik komplikasyonlarla ilerlemesi, tüm yaşamsal organlarda kalıcı deformitelere yol açabilmesi, yüksek maliyetli tedavisi ve ilk beş ölüm nedeninden birisi olması nedeniyle aynı zamanda halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

(31,32,33). Yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarına oranla kardiyovasküler olay riski 2-4 kat daha yüksektir. Tüm dünya’da böbrek replasman tedavisi uygulanan olgular ile 65 yaş altı körlük ve travma dışı amputasyon olgularının en yaygın nedenini yine diyabet oluşturmaktadır (34).

2.1.1 Diyabetin Epidemiyolojisi

Yaşadığımız 21. yüzyılda ‘Diyabet’, hem ülkemizde hem de tüm dünyada görülme sıklığı ve yarattığı sorunlar hızla artmaktadır. Bu doğrultuda International Diabetes Federation (IDF) 2019 Diyabet Atlası verilerine göre; diyabetli hasta sayısının yaklaşık 463 milyon olduğu ve 2045 yılında dünyada bu sayının 700 milyona ulaşacağı bildirilmektedir. Ayrıca 20-64 yaş arası bireylerde teşhis edilmiş veya tanı konmamış diyabetli sayısının ise 351,7 milyon kişi olduğu ve bu sayının 2030 yılına kadar 417,3 milyona, 2045 yılına kadar 486,1 milyona çıkması beklendiği öngörülmektedir. Türkiye’de ise 2030 yılında erişkin nüfus içinde diyabet prevalansının %7,4 olması beklenmektedir (35). DSÖ, Türkiye’de ki diyabetli nüfusun 6 milyon’un üzerine çıkacağını öngörmektedir. Küresel bir sağlık sorunu olan ‘Diyabet’, Türkiye’de hesap edilenin ötesinde bir hızla yaygınlaşmakta olup IDF’in 2030 yılı için öngördüğü yaygınlığa, 2019 yılında ulaştığı görülmüştür. Bu verilerle, için Türkiye’de, diyabetli birey sayısının 2045 yılı itibari ile dünyada en yüksek diyabet görülen ilk 10 ülke arasına gireceği öngörülmektedir (36) . T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı” çalışmasında 15 yaş ve üzeri grupta, diyabet hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü ile açlık plazma glukozu ölçümüne dayalı olarak belirlenen diyabet tanısına göre, araştırma grubunda diyabet sıklığı %11 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre bakıldı zaman diyabetin sağlık hizmetleri alanında önemli bir yeri olduğu anlaşılmaktadır(37).

Dünya geneli hem vaka sayısı hem de diyabet prevalansı giderek artmaktadır. Türkiye’de 1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişiyi kapsayan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7,2, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) sıklığı ise %6,7 olarak bulunmuştur. TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde planlanmış olup aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasının saha araştırması sonuçlarına göre TURDEP-I’ den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl, ortalama kadın ve erkek boyu 1’er cm, kadınlarda ağırlık 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise ağırlık 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm arttığı ve tip 2 diyabet prevalansının %13,7’ye ulaştığı görülmüştür (38,39). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2008 yılında 35 yaş ve üzerinde diyabet prevalansını %11,3 olarak bildirmiştir (40). Küresel bir sağlık sorunu olan ‘Diyabet’, bu veriler doğrultusunda Türkiye’de hesap edilenin ötesinde bir hızla yaygınlaşarak IDF’in 2030 yılı için öngördüğü yaygınlığa 2020 yılında ulaşmış bulunmaktadır (35). 2009 yılında yapılan The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) çalışmasında 35-70 yaş grubunda diyabet prevalansı %14,7, Chronic Renal Disease In Turkey (CREDIT) çalışmasında ise 20 yaş üstü grupta %12 bulunmuştur (41,42). Diyabet görülme sıklığının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC) de diyabetin benzer durumda olduğu düşünülmektedir. 2008 yılında KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan taramada yetişkin nüfusta (20-80 yaş aralığı) %11 diyabetli ve %18 bozulmuş glukoz toleransı (BGT) bulunduğu görülmüştür (43).

2.1.2 Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet; Tip 1, Tip 2, gestasyonel diyabet ve spesifik nedenlere bağlı diyabet olmak üzere başlıca dört gruba ayrılmaktadır.

2.1.2.1 Tip 1 Diyabet

Mutlak insülin eksikliğine yol açan otoimmün β hücre yıkımı mevcuttur. Bundan dolayı mutlaka düzenli bir şekilde insülin tedavisi gerektirmektedir. Tüm diyabetlilerin yaklaşık %5-10'unu oluşturur.

2.1.2.2 Tip 2 Diyabet

Vücutta pankreas tarafından yeterli miktarda insülin üretememekte veya hücreler insülini etkili bir şekilde kullanamamaktadır. Diyabetlilerin yaklaşık %90'ını oluşturduğundan en sık görülen diyabet tipidir.

2.1.2.3 Gestasyonel Diyabet

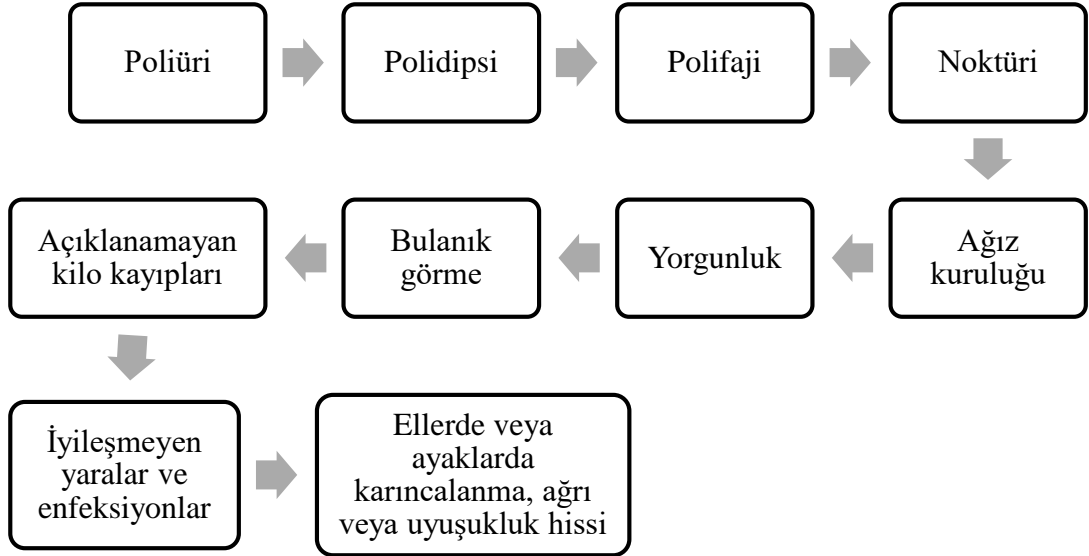
Gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde ilk kez ortaya çıkan glukoz intoleransı durumudur.

2.1.2.4 Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet

- Ekzokrin pankreas hastalıkları (örn. Pankreatit, kistik fibroz, hemokromatoz)
- Endokrinopatiler (örn. Cushing sendromu, akromegali, feokromositoma)
- İlacın indüklediği (örneğin, glukokortikoidler, nöroleptikler, alfa-interferonlar, pentamidin)
- β hücresi işlevinin genetik kusurları (örneğin MODY formları)
- İnsülin etkisinin genetik kusurları
- Diyabetle ilişkilendirilebilecek diğer genetik sendromlar
- Enfeksiyonlar
- Otoimmün aracılı diyabetin nadir biçimleri gibi nedenlerden dolayı diyabet gelişebilmektedir (44,45).

2.1.3 Diyabetin Belirtileri

Diyabetin yaygın belirtileri ve semptomları şekil 1’ de görülmüştür (46).



Şekil 1: Diyabetin yaygın belirtileri ve semptomları

2.1.4 Diyabetin Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları tablo 1’de görülmektedir (47) .

Tablo 1: Diyabetin Komplikasyonları

DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI			
1. Akut Komplikasyonlar		2. Kronik Komplikasyonlar	
		A) Mikrovasküler	B) Makrovasküler
+ Hipoglisemi		*Nefropati	*Koroner arter hastalıkları
+ Hiperглиsemi	- Diyabetik Ketoasidoz	*Nöropati	*Diyabetik ensefalopati
	- Hiperглиsemik Hiperozmolar Nonketotik Sendrom	*Retinopati	*Diyabetik ayağa neden olan periferik arter hastalıkları

2.1.5 Diyabet ve Öz-Bakım

Öz-bakım bireylerin normal hayatta karşılaştıkları olaylara karşı yapması gereken fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişmeleri, fonksiyonları içermektedir. Öz-bakım, kişinin kendi bakımını aktif olarak kendi yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır (48). Hastaların öz-bakımlarına aktif olarak katılmaları demek; hastalıkları ile ilgili ne zaman yardım isteyeceklerini bilme, kendi sağlığını iyileştirme, hastalıkları önleme veya azaltma, var olan hastalık sonrasında sağlık durumunu iyileştirmede oldukça donanımlı olması demektir (49). Orem'e göre hemşireler, öz-bakım eksikliği durumunda bireyin gereksinimlerini karşılayabileceği düzeye indirmeli, bireyin öz-bakım yeteneklerini artırmalı ya da öz-bakım yetersizliğini gideremediği durumlarda da bakım gereksinimlerini kendisi üstlenmelidir (50). Demir Doğan , Tosun ve Tek 'in (2018) 127 kişiyle yapmış olduğu '*Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi*' adlı çalışmasında solunum diyabetik hastalara göre solunum sistemi hastalığı olanların öz-bakım yönetimi, anlamlı derecede daha düşük olduğu ve erkelerin kadın hastalara göre daha kötü bir öz-bakım yönetimine sahip oldukları görülmüştür (51).

Diyabet, ömür boyu bakım ve takip gerektiren bir hastalık olması nedeniyle sürekli kendi kendine bakım uygulamasını zorunlu kılmaktadır. Kendi kendine bakım uygulamaları, diyabet hastalarında komplikasyonların önlenmesi ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için önemlidir. Diyabette kendi kendine bakım uygulamaları sağlıklı beslenme, ilaç uyumu, kan şekeri izleme, fiziksel olarak aktif olma ve sağlıklı baş etmeyi içerir. Bununla birlikte, birçok diyabetli birey önerilen diyabet öz-bakım uygulamalarının uygulanmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar, öz-bakım uygulamalarının gerçekleştiği çeşitli kişisel ve çevresel faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Bu faktörlerden bazıları tedavi etkinliğinde

bireyin kişisel sağlık inançları ve tutumu, diyabet bilgisi, öz-yeterlik, öz-bakım becerileri, motivasyonu, sosyal desteği, sağlık profesyoneli ile olan iletişimi ve sağlık okuryazarlığı düzeyidir (52,53,54). Van Puffelen ve arkadaşlarının (2020) 590 tip 2 diyabet hastasında yapmış olduğu '*Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalık seyri boyunca kendi kendine bakımı: desteği için özel çıkarımlar*' adlı çalışmasında; tip 2 diyabet hastalarının öz-bakım aktivitesi, hastalığın seyri boyunca değişiklik gösterdiğini ve diyabet bakımı sağlayıcılarının bireylere vereceği kendi kendine yönetim desteğinin planlanmasında, diyabetli bireylerin tedavileri ve komplikasyonları ile kişisel özellikleri ve problem yaşadığı alanların yanı sıra hastalık evrelerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (55). Yine Lee ve arkadaşlarının (2015) 295 tip 2 diyabet hastasıyla yapmış olduğu '*Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda glisemik kontrol için güçlendirme algıları, sağlık okuryazarlığı, öz-yeterlik ve öz-bakım davranışlarının yolları*' adlı çalışmada tip 2 diyabetli hastaların güçlendirme algıları ve sağlık okuryazarlığı, öz-yeterliği ve öz-bakım davranışlarını etkilemiştir. Ayrıca öz-yeterlik ve öz-bakım davranışlarının, tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrolü etkilediği görülmüştür (56).

2.1.6 Diyabetli Bireylerin Öz-Bakımını Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Diyabet üzerine uzmanlaşmış hemşireler, tamamen diyabet bakımında çalıştıkları için çeşitli bakım ortamlarında iyi hasta bakımı sağlamada ve öz-bakım yönetimini teşvik etmede çok önemli bir yere sahiptir (57). Hemşireler, genellikle insanlar için ilk temas noktasıdır ve onları diğer uzman hizmetlere yönlendirmede rol oynarlar. Hemşireler, bireyin kendi kendine yönetim stratejileri tükendiğinde veya kendilerini alışılmadık durumlarda bulduklarında baş edemediği durumlardan nasıl kurtulacağını öğretir. Diyabet United Kingdom (UK), Royal College Of Nursing (RCN) ve Training, Research and Education for Nurses on Diabetes (TREND-UK)

tarafından hazırlanan bir beyanamede hemşirelerin maliyet etkin olarak azalttığını , klinik sonuçları iyileştirdiğini ve hastanede kalış süresini kısalttığını gösterdiğinden hemşirelerin, iyi hasta bakımı ve öz-bakım yönetimi dahil tüm süreçlerin merkezinde yer aldığını göstermiştir (58) .

2.2 Sağlık Okuryazarlığı ve Önemi

Sağlık okuryazarlığı ilk kez Scott K. Simonds 1974 yılında “*Health Education as Social Policy*” adlı çalışmasında kullanmış bir terimdir. Zamanla önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı kavramı DSÖ tarafından “bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve sağlığı iyileştiren ve sürdüren şekillerde kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler ” olarak tanımlamıştır (59,60,61). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde Sağlık okuryazarlığının tanımı ise "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde yapılmıştır (62). Sorensen ve arkadaşları (2012) ‘*Sağlık okuryazarlığı ve halk sağlığı: tanımların ve modellerin sistematik bir incelemesi ve entegrasyonu*’ adlı çalışmalarında bütün tanımları analiz ederek "Sağlık okuryazarlığı; okuryazarlıkla yakından ilişkili olup insanların sağlıklarıyla ilgili günlük yaşamlarında karar vermek, yaşam kalitelerini yükseltmek ve devam ettirmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarından korunma amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak motivasyon ve yeterlilik" olarak tanımlamışlardır (63).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın habercisidir ve genel olarak bir bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olma yeteneği olarak tanımlanır. “Sağlık okuryazarlığı”, sağlık ve okuma-yazma alanlarında insanları bir araya getiren yeni bir kavram olmakla beraber, sağlıkla ilgili konularda uygun kararlar almak ve farklı durumlarda sağlığı yönetmek için gerekli olan temel bir bireysel yeterlilik (64). Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda multidisipliner bir kavram olup, sağlık hizmetlerine erişim ve bunların kullanımını dahil olmak üzere halk sağlığı üzerinde hayati bir etkiye sahip olduğundan; sağlığı koruma, geliştirme, risk altındaki gruplar gibi kavramlar halk sağlığının da önemli bir çalışma alanı haline gelmiştir (65).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları uygulama, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlarla ilgili talimatları, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını, hastanelerdeki onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneğini içermektedir (66,67). Sağlık okuryazarlığı insanın sosyo-kültürel bir varlık olmasından dolayı demografik, kültürel ve psikososyal gibi birçok faktörlerden, genel okuryazarlık düzeyinden, bireysel özelliklerden, hastalıkla ilgili deneyimlerden ve sağlık hizmeti sistemi ile ilgili etmenlere kadar birçok faktörden etkilenmektedir (68). Bodur ve arkadaşlarının (2017) 195 yetişkin bireylerle yapmış olduğu *‘Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler: konya’da toplum temelli bir çalışma’* adlı çalışmalarında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği görülmüştür (69). Pehlivan ve Özdemir (2019) 384 kişiyle yapmış olduğu *‘Malatya’da bir polikliniğe başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler’* adlı çalışmalarında Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler olarak cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı olduğu

görülmüştür (70). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığının önemini artıran bir diğer nokta tüm dünyada her yaş grubunda görülen ölümlerin büyük bir bölümünün sebebi olan kronik hastalıklardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe kronik hastalıkların yönetim süreci hakkında bilgi seviyesi, zihinsel ve fiziksel sağlık da bir o kadar zayıflamaktadır. Dolayısıyla düşük sağlık okur yazarlığı sağlığı koruyucu, geliştirici ve önleyici uygulamaların kullanımını daha da sınırlı hale getirmekte ve hastaneye yatış oranları da artmaktadır. Bu durum bakım maliyetlerini artırırken sağlıkta kalitenin düşmesine ve memnuniyetsizliğe de sebep olmaktadır. Bu nedenle; sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim sürecinde hastanın hekimi ya da sağlık personelini anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayıları okuyabilmesi her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır. Çünkü sağlık okuryazarlığı hastaların belirtilerin farkına varmasına, bakımı doğru yönlendirmesine ve tedaviye katılımına yardımcı olmaktadır (71,72). Sağlık okuryazarlığı bilişsel, kişisel, sosyal, iletişim ve teknoloji kullanımı becerilerini içeren çok boyutlu, dinamik bir kavramdır ve sağlıkla ilgili bilgiye erişimi, erişilen bilgiyi anlamayı ve öğrenilen bilgiyi kullanmayı içermektedir. Böylelikle sağlığın kendi kendine yönetimini ve sağlık bakımına karar vermeyi kolaylaştırmaktadır (73).

2.3 Diyabette Öz-Bakım ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Kronik hastalıkları hastanın etkili bir biçimde yönetilmesi için, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması son derece önemlidir. Hastaların diyabet hakkındaki bilgileri, kendi kendini yönetmeye yönelik tutumları ve kendi kendini yönetme becerileri, yaşam tarzı seçimleriyle birlikte, hem kısa hem de uzun vadede glisemik kontrolün sağlanması ve sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu

nedenle diyabette sağlık okuryazarlığı diyabet bilgisi, öz-yeterlik ve öz-bakım davranışları ve glisemik kontrol ile ilgilidir. Böylelikle diyabetli bireylere yapılacak eğitimlerde göz önüne alınması gereken önemli nokta bireyin sağlık okuryazarlık düzeyidir. Yetersiz/ düşük sağlık okuryazarlık düzeyi kişinin sağlık hizmetlerini etkili kullanmasını engellerken toplumsal boyutta yaşam kalitesinde azalmaya, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (74,75). Diyabette sağlık okuryazarlığı, ilaç ve özellikle insülin dozlarını anlama ve yönetebilme, kan şekerini ölçebilme ve sonucunu yorumlama, tüketmesi/tüketilmemesi gereken besinleri bilme ve ona göre beslenme, karbonhidrat sayımı yapabilme, insülin ya da sulfonilüre gibi ciddi ilaçların kullanımını yönetebilme açısından son derece önemlidir. Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı diyabetli bireylerin öz-bakım ve yönetimini yapabilmesi için vazgeçilmez bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişimini ve o bilgiyi etkili bir şekilde kullanabilme kapasitesini geliştirirken; bireyleri aynı zamanda güçlendirmektedir Güçlendirmeye ek olarak, sağlık profesyonellerinin desteği, hastaların hastalık sürecinde daha aktif rol almalarını sağlamaktadır (66,76). Özönük ve Yılmaz'ın (2017) 108 diyabetli bireyle yapmış olduğu 'Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ve tedavi uyumu arasındaki ilişki' adlı çalışmalarında, diyabetli bireylerin kendilerine verilen eğitimler doğrultusunda yaşam biçimi davranışlarını ve tedavilerini doğru uygulayarak kronik hastalık yönetimlerini doğru yapabilmeleri açısından, sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesinin yararlı olacağını belirtmişlerdir. Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki öz-etkililiği ve sorumluluğunu artırmak için de, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin önemli olduğu bulunmuştur (67). Akyol , Kuzu ve Bayraktaroğlu' nun (2020), 220 diyabetli bireyle yapmış olduğu 'Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki' adlı çalışmalarında, diyabetli

bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin ve akılcı ilaç kullanımının yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olması ile akılcı ilaç kullanımı ve tedavi uyumunun sağlanmasının daha kolay olacağı bilindiğinden, diyabetli bireylerin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi konusunda desteklenmesi gerektiği ön görülmüştür (77). Rachmawati, Sahar ve Wati'nin (2016) 106 tip 2 diyabetli bireylerle yapmış olduğu '*Tip 2 diabetes mellituslu yaşlı insanlar arasında diyabet okuryazarlığının kendi kendine yönetim ile ilişkisi: kesitsel bir çalışma*' adlı çalışmalarında, diyabet okuryazarlığı ile diyabetin kendi kendine yönetimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve diyabete özgü sağlık eğitimi ihtiyaçları değerlendirilirken ve ele alınırken diyabet okuryazarlık düzeyinin dikkate alınması gerektiği ön görülmüştür (78).

Bireylerin sağlık yönetimini desteklemek için teknoloji kullanımı son yıllarda hızla gelişmekte ve web tabanlı destek araçları, uzaktan eğitim ve hatta akıllı telefon uygulamaları (uygulamalar) yaşam tarzı değerikliklerinde faydalı olabilmektedir. Akıllı telefon uygulamalarının sağlıklı beslenme, kilo verme, fiziksel aktivitede artış ve düzenli kan şekeri izleme dahil olmak üzere bir çok kronik hastalıkta kendi kendini yönetmeye yardımcı olabilmektedir (79). Sezgin ve Sezgi'nin (2014) alışmalarında hemşire liderliğinde cep telefonu aracılığıyla kısa mesaj kullanımının diyabetli bireylerin takibi ve yönetiminde istenen glisemik kontrolün ve bilişsel-sosyal hasta uyumun sağlanmasında başarılı olduğu bulunmuştur (80). Hilmarsdöttir, Sigurgardöttir ve Arnardöttir (2020) 30 kişiyle yapmış olduğu '*Tip 2 diyabetin ayaktan tedavisinde dijital yaşam tarzı programı: randomize kontrollü bir çalışma*' adlı araştırmalarında SidekickHealth adlı dijital yaşam tarzı programının hem glisemik kontrol hem de psikolojik refah açısından tip 2 diyabetli bireylerin ayaktan hasta tedavisini potansiyel olarak geliştirebileceği bulunmuştur (81). Son yıllarda her alanda

olduğu gibi, özellikle sağlığa erişimde yaşanan teknolojik gelişmeler aracılığıyla, sunulan bilgi ve hizmet artmaktadır. Android/ios işletimli cep telefonu gibi mobil cihazların yksek oranlı kullanımı ve her yerden internete erişim sayesinde gerçekleştirilen mobil sağlık projeleri, bugun sağlığın geliştirilmesi ve kronik hastalıkların ynetilmesi açısından sağlık okuryazarlığını gerektirmektedir. unkü bir birey evrimii bilgiye ulaştığında, bilgiyi anlamada ve değerlendirmede sağlık okuryazarlığı dizeyi belirleyici olmaktadır (82). Konuya bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile mobil teknoloji kullanımı arasında birbirini olumlu etkileyen bir ilişki olduğu gürlmektedir. Doğanyığit (2015) sağlık okuryazarlığı dizeyini artırmak için basit cep telefonları ya da akıllı telefonlar aracılığı ile her ülkenin kendi kùltürü temel alınarak mobil uygulamaların kullanılmasının teşvik edilmesi ile kamu sağlığı kampanyalarında sağlık okuryazarlığı dizeyini artırma çalışmalarının yapılmasını önermektedir (83). Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de hızla artan diyabetli ve yetersiz kalan sağlık bakım profesyoneli sayısı göz önüne alındığında, diyabetli bireylerin öz-bakım becerilerinin artırılması, komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için sağlık okuryazarlığı dizeyinin artırılması önem kazanmaktadır. Hangi yolla olursa olsun sağlık okuryazarlığı dizeyinin, kronik hastalığı olan bireylerin öz-bakım becerilerinin, sağlığa erişimlerinin artırılması ve sağlıktaki yükün, sağlık giderlerinin azaltılmasında rolünün yksek olduğu vurgulanmaktadır (82).

Sağlık okuryazarlık dizeyinin birçok sağlık davranışıyla ilişkilendirilmiş olunmasına rağmen, bugüne kadar diyabetli hastalardan çok az kanıt elde edilmiştir.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; tanımlayıcı- kesitsel ve korelasyonel araştırma tasarımında yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma, gerekli kurum ve kurul izinleri alındıktan sonra 15 Aralık 2019 - 10 Mart 2020 tarihleri arasında KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi (GDH) diyabet polikliniği ve göğüs, dahiliye, nöroloji polikliniklerine başvuran ve bu servislerde yatan diyabetli bireylerle yapılmaya başlanmış, pandemi nedeniyle; 10.09.20 tarihinde etik kurul revize edilerek araştırmaya çevrim içi olarak devam edilmiştir.

GDH’de diyabet polikliniği ile dahiliye poliklinikleri koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Beş iç hastalıkları uzman hekimi rotasyonla diyabet polikliniğinde hizmet vermektedir. Diyabet polikliniğinde hafta içi saat 07:30-14:30 saatleri arasında bir diyabet hemşiresi tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti sürdürülmektedir.

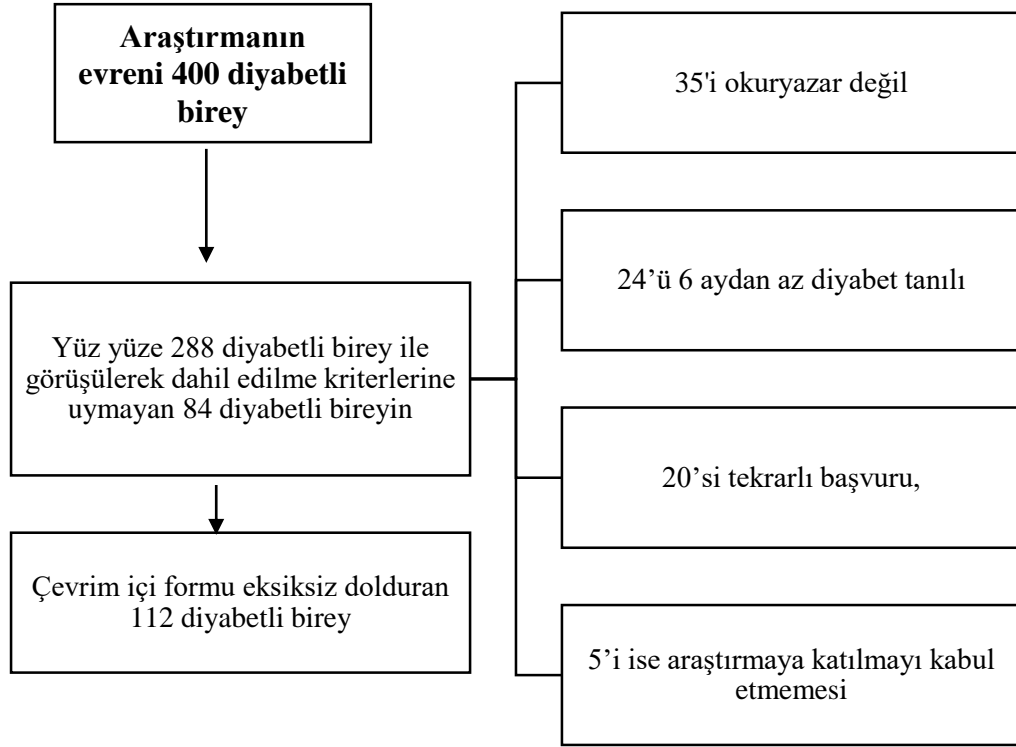
Diyabet polikliniği ile dahiliye poliklinikleri koordineli çalıştığından, diyabet polikliniğine aynı zamanda kardiyovasküler hastalığı olanlar da başvurmaktadır. Bu hastalara diyabet polikliniğinde kan basıncı ölçümü, elektrokardiyografi çekimi ve danışmanlık hizmeti de verilmektedir. Diyabet polikliniği birbiriyle bağlantılı iki odadan oluşmaktadır. Hastaların doktora muayene olmadan önce diyabet polikliniğinde kan şekeri, kan basıncı ve kilolarının ölçüldüğü ön poliklinik odası

ve yeni diyabet tanısı almış hastalara diyabet ile ilgili eğitimin verildiği (ilaç kullanımı ve insülin uygulaması, beslenme vs) aydınlık, sessiz karşılıklı oturma alanı bulunan, görüşmeye müsait bir eğitim odası bulunmaktadır.

Diyabetli bireylerin tedavi gördüğü göğüs, dahiliye, nöroloji servisleri 24 yatak kapasitesindedir. Dahiliye servisinde 10, göğüs servisinde 8, nöroloji servisinde ise 7 hemşire bakım hizmeti vermektedir. Bu servislerde çalışan hemşireler 07.00-14.00,14.00-21.00,21.00-07.00 saatleri olarak 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır.

3.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; GDH diyabet, göğüs, dahiliye, nöroloji polikliniklerine başvuran ve diyabetli bireylerin yatarak tedavi gördüğü göğüs, dahiliye ve nöroloji servislerinde yatan diyabetli bireyler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, 12 haftalık süre içerisinde belirtilen bölümlere başvuran tüm hastalara ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın başlaması ile 288 diyabetli bireyle görüşülmüş ve diyabetli bireylerin 35' i okuryazar değil, 24'ü 6 aydan az diyabet tanılı, 20'si tekrarlı başvuru, 5'i ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Dahil edilme kriterlerine uymayan 84 diyabetli birey çıkarılarak araştırmaya 204 kişi dahil edilmiştir. Ancak 2020 Mart ayı itibari ile başlayan pandemi süreci kapsamında gelen kısıtlamalar nedeni ile hastalarla yüz yüze araştırma yapma imkanı kalmadığından, çalışmaya ara verilmiştir. Araştırmada veri toplama sürecindeki kesinti nedeniyle, araştırmanın etik kurul izni revize edilerek, araştırma verilerinin çevrimiçi yöntemle toplanmasına devam edilmiştir. Bu süreçte 112 diyabetli birey, soru formlarını çevrimiçi cevaplayarak araştırmaya katılmıştır. Araştırmanın evrenini 400 diyabetli birey oluşturmaktadır. Araştırmada dahil edilme kriterlerine uyan ve formları eksiksiz dolduran toplam 316 diyabetli birey ise örnekleme dahil edilmiştir.



Şekil 2: Araştırmanın Evreninden Örnekleme Gidiş Şeması

3.4 Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri
- En az altı aydır diyabet tanısı olan
- Türkçe konuşan ve yazabilen
- Araştırma yönergelerini okuyup anlama yetisine sahip olma
- Çevrimiçi paylaşılmış araştırma formlarını eksiksiz dolduran
- En az okuryazar olmalı

3.5 Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler:

Sağlık Okur Yazarlığı ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeğinden alınan puanlar,

Bağımsız değişkenler :

Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, diyabet- diğer hastalıkları, alışkanlıkları ile ilgili özellikler)

3.6 Veri Toplama Aracı

Araştırmada verilerin toplanmasında, Diyabetli Birey Tanımlama Formu (21 soru) , Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (25 soru) , Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (35 soru) kullanılmıştır.

3.6.1 Diyabetli Birey Tanımlama Formu

Araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatürden yararlanılarak (12,84,85,86,87,88) oluşturulan Diyabetli Birey Tanımlama Formu; katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni ve çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişi, sigara ve alkol kullanma durumu, sağlık için en çok tercih edilen kurum, sosyal güvence, diyabetin tipi, süresi, ailede ve/veya çevresinde diyabetli varlığı, başka kronik hastalık varlığı, diyabet kontrol sıklığı, tedavi şekli, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı ve alternatif tedavi kullanma durumunu içeren 21 soru bulunmaktadır. Hazırlanan formun ön uygulaması 10 hasta ile yapılmış olup formlarda hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Bu formlar araştırma verilerine dahil edilmiştir.

3.6.2 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

Sorensen tarafından 2013 yılında geliştirilen 47 maddelik HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) formun daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorenson'ın tarafından yine 2013 yılında sadeleştirilmiştir. Ölçeğin sadeleştirilmiş şekli Aras ve Bayık Temel tarafından 2017 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (84). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği dört alt boyut ve 25 madde olarak (Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Uygulama

ve Kullanma) tasarlanmıştır. 5’li likert tipindeki ölçekte katılımcılardan “5: Hiç zorluk çekmiyorum, ...1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız” şeklinde yanıtlamaları istenmektedir. Ölçekte olumsuz ve ters madde bulunmamaktadır. Tüm ölçekten minimum 25 ve maksimum 125 puan alınabilmektedir. Ölçekten düşük puan alınması sağlık okur yazarlığının yetersiz, sorunlu/zayıf olduğunu, yüksek puan ise yeterli/çok iyi olduğuna işaret etmektedir. Alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır.. Ölçeğin tümünde ve alt boyutlarında Cronbach alfa değeri 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,932 bulunmuştur. Ölçek kullanım izni yazar Bayık’dan e-mail yoluyla alınmıştır (EK-8).

3.6.3 Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ)

Diyabet Öz-Bakım Ölçeği; Tip 2 diyabetli hastaların öz-bakım aktivitelerini ölçmek amacıyla Lee ve Fisher tarafından 2005 yılında Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği 2008 yılında Karakurt tarafından yapılmıştır (12). Diyabet Öz-Bakım Ölçeği 4’lü likert (1- hiçbir zaman tipinde.... 4- her zaman) ve 35 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte, yemek, egzersiz, kan şekeri, oral antidiyabetik ve insülin kullanımı, doktora gitme, ayak bakımı, kişisel hijyen, diyabet ve komplikasyonları ile ilgili bilgileri sorgulanmaktadır. Ölçekte negatif ifade bulunmamaktadır ve minimum 35 maximum 140 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar hastaların öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmelerinde olumlu olarak yorumlanmakta ve puan artışı öz-bakım becerilerindeki başarıyla ilişkilendirilmektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,856 bulunmuştur. Ölçek kullanım izni yazar Karakurt’dan e-mail yoluyla alınmıştır (Ek-8).

3.7 Veri Toplama Süreci

Araştırma verilerinin toplanmasında örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan diyabetli bireylere öncelikli olarak araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden diyabetli bireylerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu onamları yazılı olarak alınmıştır. Veriler, GDH'nde diyabetli bireylerin başvurduğu diyabet polikliniği ve tedavi gördüğü göğüs, dahiliye, nöroloji servislerinde yatan diyabetli bireylerin uygun olduğunu bildirdiği bir saatte yattıkları serviste yataklarında, diyabet polikliniğine başvuran hastalardan ise poliklinik bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sürecinin pandeminin yarattığı olumsuzluklar nedeniyle kesintiye uğramasıyla, çevrimiçi paylaşılan formlarla belirlenen sürede verilerin bir bölümü çevrimiçi olarak toplanmıştır.

3.8 Araştırma Zaman Çizergesi

Tablo 2: Araştırma Zaman Tablosu

	2019			2020				2021	
	Haziran Temmuz	Ağustos Eylül	Ekim Kasım	Şubat Mart Nisan	Eylül	Ekim Kasım	Aralık	Ocak	Şubat
Tez Önerisi Ve Ölçek Izinlerinin Alınması									
Etik Kurul Izni									
Kurum İzni									
Hastanede Verilerin Toplanması									
Etik Kurulun Revize Edilmesi									
online Verilerin Toplanması									
SPSS Programına Veri Girişinin Yapılması									
Verilerin Analizi									
Tez Raporunun Yazılması									
Tez Raporunun Sunulması									

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 programı kullanılarak veri girişi yapılmış ve değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerde elde edilen verilerin genel dağılımına bakıldığında kullanılan ölçeklerin tamamının normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Yani ikili grupların karşılaştırılmasında “Mann Whitney U Testi” tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis H Testi” tekniği kullanılmıştır. “Kruskal Wallis H Testi” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test edilmesinde “Mann Whitney U Testi” tekniği kullanılmıştır. İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir.

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın belirli bir zaman diliminde yapıyor oluşu, özellikle bu tarz çalışmalar için ortak bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Bireylerin 18 yaş ve üzeri oluşu ve diyabetli bireylerin az altı aydır diyabet tanısı almış olması gerektiği gibi kriterlerle araştırmaya sınırlılıklar getirilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar KKTC’de yaşayan diyabetli bireylerin başvurduğu GDH diyabet polikliniği ve diyabetli bireylerin tedavi gördüğü göğüs, dahiliye, nöroloji servisleri ile sosyal medya kullanabilen diyabetli bireylere genellenebilir.

3.11 Araştırmanın Etik Boyutu

- I. Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurul izni (Tarih:24.09.2019 Sayı:ETK00-2019-0195) (EK-1)
- II. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi bünyesinde Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul ve kurum izni (Tarih:05.12.2019 Sayı:YTK01-629-19/E.4105) (EK-2)
- III. Araştırmanın yüz yüze yöntemle yapılan bölümüne katılmayı kabul eden diyabetli bireylere araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu yazılı olarak alınmıştır (EK-3).
- IV. Araştırmaya çevrimiçi olarak katılan diyabetli bireylere araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amacını anlatan bölüm eklenmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu çevrimiçi olarak alınmıştır (EK-4).
- V. Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan ‘Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği’ yazarı Bayık’dan ölçek kullanım izni e-mail ile alınmıştır (EK-8)
- VI. ve ‘‘Diyabet Öz-Bakım Ölçeği’’ yazarı Karakut’dan e-mail yoluyla ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK-8)

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Dağılım-1 (n:316)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Ort. 55,29±16,26 (18-87)		
40 Yaş ve Altı	51	16,1
41-64 Yaş Arası	162	51,3
65 Yaş ve Üzeri	103	32,6
Cinsiyet		
Kadın	155	49.1
Erkek	161	50.9
Eğitim durumu		
Okur-Yazar	27	8.5
İlkokul Mezunu	132	41.8
Ortaokul Mezunu	34	10.8
Lise Mezunu	53	16.8
Üniversite Ve Üzeri	70	22.2
Medeni durum		
Evli	260	82.3
Bekar	56	17.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	82	25.9
Emekli	113	35.8
Çalışmıyor	121	38.3
Çalışmayanlar (n:121)		
Ev kadını	102	32.3
işsiz	19	6.0
Toplam	316	100

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin yaş ortalaması 55,29 ve % 51,3 ile 41-64 yaş aralığında olduğu , % 50,9'unun erkek , % 41,8'inin ilkokul mezunu, % 82,3'ünün evli, % 38,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, çalışmayanların %32,3'ünün ise ev kadını olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Dağılım-2 (n:316)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	150	47.5
Gelir Gidere Eşit	147	46.5
Gelir Giderden Fazla	19	6.0
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi		
Yalnız	28	8.9
Eşimve/veya çocuklarımla	229	72.5
Anne-Babamla	28	8.9
Arkadaşımla	31	9.8
Sigara Tüketme Durumu		
Hayır	138	43.7
Evet	178	56.3
Tüketilen Sigara Miktarı (n:178)		
1-10 adet	121	68
11-20 adet	43	24.2
21 adet ve üzeri	14	7.9
Sigara Tüketme Sıklığı		
Günde	81	45.5
Haftada	97	54.5
Alkol İçme Durumu		
Hayır	277	87.7
Evet	39	12.3
Alkol içme sıklığı(n:39)		
Günde	15	38.5
Haftada	18	46.2
Ara-sıra	6	15.4
Toplam	316	100

Tablo 4'te araştırmaya katılan diyabetli bireylerin; % 47,5'inin geliri giderinden az olduğu, % 72,5'inin eşi ve/veya çocukları ile yaşadığı, % 56,3'ünün sigara içtiği, sigara içenlerinin % 68,0'i günde 1-10 adet arası sigara içtiği ve sigara tüketme sıklığının ise % 54,5'inin hafta da olduğu, % 87,7'sinin alkol tüketmediği, alkol tüketenlerin ise % 46,2'sinin haftada bir alkol tükettiği görülmüştür.

Tablo 5 : Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özellikleri ile İlgili Dağılım-1 (n:316)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlıkta Tercih Edilen Kurum		
Devlet Hastanesi	223	%70.6
Özel Hastane	33	%10.4
Sağlık Ocağı	60	%19.0
Sosyal Güvence Durumu		
SGK	252	%79.7
Özel Sağlık Sigortası	18	%5.7
Dar Gelirli karlı	46	%14.6
Diyabet Tipi		
Tip 1	61	19.3
Tip 2	255	80.7
Ailede Yakın Çevrede Diyabetli Varlığı		
Hayır	96	30.4
Evet	220	69.6
Yakınlık Düzeyi (n:220)		
1.derece akraba	183	83.2
2.derece akraba	37	16.8
Diyabet Süresi		
6 ay-6yıl arası	106	33.5
7-13 yıl arası	101	32.5
14-18 yıl arası	44	13.9
19 yıl ve üzeri	65	20.6
Diyabet Süresi Ortalaması	11,44±8,59	(min:0,6max:48)
Diyabet Dışında Kronik Hastalık		
Hayır	136	43.0
Evet	180	57.0
Toplam	316	100

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin % 70,6'sının sağlığı ile ilgili olarak devlet hastanesine başvurduğu , % 79,7'sinin sosyal güvencesi SGK olduğu ,% 80,7'sinin tip 2 diyabeti olduğu, % 69,6'sının ailesinde veya yakın çevresinde diyabetli bireylerin olduğu, aile veya yakın çevresinde diyabetli olan bireylerin % 82,3'ü 1. dereceden akraba olduğu, % 33,5'inin diyabet süresinin 6 ay ile 6 yıl arasında olduğu, % 57,0'sinin diyabet dışında başka kronik hastalığının bulunduğu görülmüştür(Tablo5).

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Hastalık Özellikleri ile İlgili Dağılım-2 (n:316)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bulunan kronik hastalık sayısı (n:180)		
1 kronik hastalığı olanlar	76	42,2
2 kronik hastalığı olanlar	71	39,4
3 kronik hastalığı olanlar	33	18,3
Sağlık Kontrol Sıklığı		
Rahatsızlandığımda	89	28,2
1-2 Ayda 1 kez	80	28,5
3 ayda 1 kez	69	21,8
6 ayda 1 kez	48	15,2
Yılda 1 kez	20	6,3
Diyabet Tedavi Şekli		
OAD+ FA+ DUB	154	48,7
İ+ FA+ DUB	99	31,3
FA+ DUB	15	4,7
OAD+ İ+ FA+ DUB	48	15,2
Toplam	316	100

Oral antidiyabetik: OAD, İnsülin: İ, Fiziksel aktivite: FA, Diyabete uygun beslenme: DUB

Araştırmaya katılan diyabetli bireyler içerisinde başka kronik hastalığı olan bireylerin % 42,2'sinin "bir kronik hastalığı" olduğu, % 28,2'si diyabet kontrolüne rahatsızlandığında gittiği, %48,7'sinin tedavi şeklinin oral antidiyabetik + fiziksel aktivite + diyabete uygun beslenme olduğu görülmüştür.

Tablo 7: Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Bazı Özellikleri ile İlgili Dağılım-3 (n:316)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin En Çok Kullanılan Kaynaklar		
*İnternet	130	41,1
*Televizyon+Radyo	97	30,7
*Gazete+Dergi+Kitap	51	16,2
*Arkadaş-Arkadaş+Komşu	77	24,4
*Doktor	239	75,6
*Hemşire+Eczacı	82	25,9
Diyabetle İlgili Alternatif Tedavi Kullanma Durumu		
Hayır	271	85,8
Evet	45	14,2
Kullanılan Alternatif Tedavi Yöntemleri		
*Zeytin Yaprağı	14	4,2
*Limon	7	2,1
*Tarçın	22	6,6
*Zencefil-Karanfil-Nane	5	1,5
Toplam	316	100

*Çoklu Cevaplama

Tablo 7’de diyabetli bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada en çok tercih edilen kaynak olarak ise ; % 75,6’sı doktoru ve % 41,1’i i interneti kullandığı , diyabetli bireylerin 85,8’i hastalıkları ile alternatif tedavi yöntemleri kullanmazken, % 14,2’si alternatif tedavi yöntemleri kullandıkları, alternatif tedavi yöntemleri kullanan bireylerin ise en çok tarçın ve zeytin yaprağını kullandıkları görülmüştür.

Tablo 8: SOYÖ Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (n:316)

Sorular	Min.- Max.Puan	X	Ss	Medyan
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1-5	3,56	1,42	4,00
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1-5	4,10	1,18	5,00
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1-5	3,98	1,38	5,00
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1-5	3,82	1,46	4,00
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1-5	3,82	1,40	4,00
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1-5	3,35	1,51	4,00
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1-5	2,63	1,61	2,00
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1-5	3,64	1,54	4,00
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1-5	4,30	1,10	5,00
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1-5	3,42	1,58	4,00
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1-5	4,32	1,06	5,00
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	1-5	4,47	0,88	5,00
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1-5	3,95	1,24	4,00
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1-5	3,91	1,16	4,00
15. . Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1-5	3,93	1,14	4,00
16.Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1-5	4,16	1,06	4,00
17.Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1-5	4,08	1,15	4,00

Sorular	Min.-Max.Puan	X	Ss	Medyan
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1-5	4,15	1,05	4,00
19.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1-5	4,14	1,01	4,00
20.Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1-5	4,17	1,08	5,00
21.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1-5	3,74	1,14	4,00
22.Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1-5	3,15	1,68	4,00
23.Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1-5	3,78	1,18	4,00
24.Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1-5	3,99	1,12	4,00
25.Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1-5	3,70	1,09	4,00

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin “Sağlık Okuryazarlığı” ölçeğini oluşturan sorulara ait betimsel istatistik sonuçları tablo 9 da verilmiştir. Diyabetli bireylerin sorular içerisinde en yüksek puanı 12. sorudan alarak “*ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabildikleri*”, en düşük puanı ise 7. sorudan alarak “*tıbbi reçeteleri anlayamadıkları*” görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 9: DÖBÖ Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (n:316)

Sorular	Min. - Max. Puan	X	Ss	Medyan
1. Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim.	1-4	2,87	1,01	3,00
2. Ara öğünlerimi her zaman yerim.	1-4	2,52	1,10	2,00
3. Lokantalarda yemek yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.	1-4	2,55	1,21	3,00
4. Davetlere (misafirlige, gezmeye, günlere vb.) gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım.	1-4	2,65	1,21	3,00
5. Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zaman da, diyetime bağlı kalırım.	1-4	2,80	1,25	3,00
6. Aşırı yemem.	1-4	2,06	1,13	2,00
7. Düzenli olarak egzersiz yaparım.	1-4	2,09	1,09	2,00
8. Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım.	1-4	1,94	1,11	2,00
9. Yeterince egzersiz yaparım.	1-4	1,99	1,09	2,00
10. Kan şekerimi ölçerim.	1-4	3,02	1,07	3,00
11. Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını saklarım.	1-4	2,06	1,26	1,00
12. Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım.	1-4	3,14	1,28	4,00
13. İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım.	1-4	2,37	1,44	1,00
14. İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım.	1-4	2,02	1,32	1,00
15. Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum.	1-4	2,12	1,37	1,00
16. Kan şekerim düştüğü zaman kesme şeker alırım.	1-4	2,09	1,30	1,00
17. Düzenli olarak doktoruma giderim.	1-4	2,95	1,10	3,00
18. Kan şekerim çok yükseldiği zaman doktoruma danışırım.	1-4	2,52	1,29	2,00
19. Kan şekerim çok düştüğü zaman doktoruma danışırım.	1-4	2,35	1,29	2,00

Sorular	Min. - Max. Puan	X	Ss	Medyan
20. Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim.	1-4	2,82	1,20	3,00
21. Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim.	1-4	3,75	0,66	4,00
22. Gün boyunca evde her zaman terlik/ev ayakkabısı giyerim.	1-4	3,42	1,01	4,00
23. Daima çorap giyerim.	1-4	3,51	0,87	4,00
24. Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım.	1-4	3,63	0,76	4,00
25. Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım.	1-4	3,85	0,47	4,00
26. Dişlerimi her gün fırçalarım.	1-4	2,80	1,29	3,00
27. Diyabet kartı taşıyorum.	1-4	1,57	1,12	1,00
28. Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum.	1-4	2,96	1,23	4,00
29. Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/uzmanlarına danışırım.	1-4	2,79	1,08	3,00
30. Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum.	1-4	2,95	1,19	3,00
31. Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim.	1-4	1,13	0,53	1,00
32. Bir diyabet destek grubuna katılıyorum.	1-4	1,45	0,97	1,00
33. Bir diyabet dergisine aboneyim.	1-4	1,14	0,57	1,00
34. Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım.	1-4	2,34	1,29	2,00
35. Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım.	1-4	2,96	0,92	3,00

Diyabetli bireylerin diyabet öz-bakım ölçeğini oluşturan sorulara ait betimsel istatistik sonuçları tablo 9’da verilmiştir. Diyabetli bireylerin sorular içerisinde en yüksek puanı 25. sorudan “düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yapabildikleri” ve en düşük puanı ise 9, 31 ve 33. sorulardan “düzenli egzersiz yapmadıkları, diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye gitmedikleri ve bir diyabet dergisine abone olmadıkları” aldıkları görülmüştür.

Araştırma sırasında diyabetli bireylerden ölçekte yer alan soruların cevapları alınırken diyabet ve ayak bakımı ile ilgili sorulara çok düşük veya çok yüksek puan vermemelerine rağmen, “düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim” sorusuna “ne gibi, ayağın nesini kontrol edeyim, gibi “şaşkınlık” ifadeleri kullandıkları belirlenmiştir. Bu durum çalışmaya katılan diyabetli bireylerin ayak bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmüştür.

Tablo 10:Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Genel ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Testi Sonuçları (n:316)

Ölçekler	N	Z	R
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel	316	,107	,000
Boyut 1: Bilgiye Erişim	316	,161	,000
Boyut 2: Bilgileri Anlama	316	,097	,000
Boyut 3: Değer Bıçme/ Değerlendirme	316	,134	,000
Boyut 4: Uygulama/ Kullanma	316	,076	,000
Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ)	316	,056	,018

Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için yapılan normalite testi (One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi) sonuçları aşağıdaki tablo 10’de verilmiştir.Araştırmada kullanılan ölçeklerde elde edilen verilerin genel dağılımına bakıldığında kullanılan ölçeklerin tamamının normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre

verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Yani ikili grupların karşılaştırılmasında “Mann Whitney U Testi” tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis H Testi” tekniği kullanılmıştır. “Kruskal Wallis H Testi” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde “Mann Whitney U Testi” tekniği kullanılmıştır İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Tablo 11: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Genel ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Sonuçları ($n:316$)

Ölçekler	Soru Sayısı	Cronbach's Alpha Değeri
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel	25	,932
Boyut 1: Bilgiye Erişim	5	,897
Boyut 2: Bilgileri Anlama	7	,842
Boyut 3: Değer Bıçme/ Değerlendirme	8	,895
Boyut 4: Uygulama/ Kullanma	5	,776
Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ) Genel	35	,856

Özdamar'a göre ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; $.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçek yüksek derecede, $.79 \leq \alpha < .80$ aralığında ise orta düzeyde, $.39 \leq \alpha < .79$ aralığında ise düşük düzeyde güvenilirdir (89). Sonuç olarak tablo ya bakıldığında gerek sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki gerekse diyabet öz-bakım ölçeğindeki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle sağlık okuryazarlığı ölçeğinin toplam ve alt boyutlarının gerekse diyabet öz-bakım ölçeğinin ölçtüğü özellik ve özellikler homojendir. Bu sonuçlara göre, sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutları ve diyabet öz-bakım ölçeği güvenilir bir ölçüm aracıdır (Tablo 11).

Tablo 12: Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puanları ile Diyabet Öz-Bakım Ölçeği Puanlarına Ait Sperman's Rho Korelasyon Katsayısı Sonuçları (n:316)

Değişkenler	Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ)	
	Genel	
	r değeri	p değeri
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel	$r_{rho:},416$,000
Boyut 1: Bilgiye Erişim	$r_{rho:},347$,000
Boyut 2: Bilgileri Anlama	$r_{rho:},284$,000
Boyut 3: Değer Biçme/ Değerlendirme	$r_{rho:},366$,000
Boyut 4: Uygulama/ Kullanma	$r_{rho:},361$,000

Tablo 12’te araştırmaya katılan diyabetli bireylerin “sağlık okuryazarlığı ölçeği” genel puanları, bilgiye erişim, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanma alt boyut puanları, ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında *orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki* var iken, *bilgileri anlama* alt boyut puanları ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında *düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki* bulunmuştur.

Tablo 13: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel ve Alt Boyutları ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeğine (DÖBÖ) Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (n:316)

Değişkenler	Min. Max. Puan	X	Ss	Medyan
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) Genel	25-125	96,26	19,62	100
✓ Bilgiye Erişim	5-25	19,27	5,78	21
✓ Bilgileri Anlama	7-35	26,14	6,81	27
✓ DeğerBiçme/Değerlendirme	8-40	32,48	6,78	33
✓ Uygulama/ Kullanma	5-25	18,36	4,59	19
Diyabet Öz-Bakım Ölçeğine (DÖBÖ)	54-140	89,18	16,09	90

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) genel ve alt boyutları ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeğine ait betimsel istatistik sonuçları tablo 13’de verilmiştir. Diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları genel puana bakıldığında ($96,26 \pm 19,62$) ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Ölçeğin alt boyut puanlarına bakıldığında katılımcıların sırasıyla en yüksek puanları bilgiye erişim ($19,27 \pm 5,78$), uygulama/kullanma ($18,36 \pm 4,59$) ve değer biçme/değerlendirmeden ($32,48 \pm 6,78$) alırlarken, en düşük puanı ise bilgileri anlama ($26,14 \pm 6,81$) boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmada bireylerin Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (DÖBÖ) puanlarının ise ortalama düzeyde ($89,18 \pm 16,09$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 14 (a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -1

Değiş-ken-ler	N	SOYÖ Genel Puanı			Bilgiye Erişim			Bilgileri Anlama			Değer Biçme/ Değerlendirme			Uygulama/ Kullanma		
		Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.
Yaş																
≤40 Yaş ^a	51	107,5±17,1	48-125	216,86	22,3±3,4	13-25	208,14	31±4,3	16-35	226,42	34,4±7,2	8-40	194,44	19,8±5	5-25	190,73
41-64 Yaş ^b	162	98,3±17,9	25-125	166,90	19,9±5,6	5-25	168,60	26,8±6,3	7-35	165,43	33,2±6,2	8-40	165,75	18,4±4,6	5-25	159,21
≥65 Yaş ^c	103	87,5±19,8	45-125	116,38	16,7±6,1	5-25	118,03	22,7±6,9	7-35	113,97	30,4±7	12-40	129,30	17,6±4,2	8-25	141,43
İstatistiksel Analiz <i>Fark Sonuçları</i>		X²= 44,09 p =0,000 a>b - a>c - b>c			X²= 37,90 p = ,000 a>b - a>c - b>c			X²= 53,85 p = ,000 a>b - a>c - b>c			X²= 19,59 p = ,000 a>c - b>c			X²= 10,01 p = ,00,7 a>c		
Cinsiyet																
Kadın	155	97,7±19,8	45-125	165,85	19,5±5,8	5-25	162,54	26,4±7	10-35	163,32	33,1±6,5	12-40	166,20	18,7±4,5	9-25	164,18
Erkek	161	94,9±19,4	25-125	151,43	19±5,8	5-25	154,61	25,9±6,6	7-35	153,86	31,9±7	8-40	151,09	18±4,7	5-25	153,03
İstatistiksel Analiz		U: 11339,0 p : ,161			U : 11851,5 p : ,437			U : 117320,0 p : ,356			U : 11284,0 p : ,140			U : 11597,5 p : ,277		
Eğitim durumu																
Okur-Yazar ^a	27	83,3±16,2	49-125	93,69	16±6,7	5-25	109,17	20,5±6,1	10-31	85,87	30,1±5,6	18-40	113,31	16,8±4,3	9-25	125,61
İlkokul ^b	132	89,2±18,1	45-125	122,95	17±5,8	5-25	119,01	23,3±6,3	7-35	118,77	31,3± 6,9	12-40	141,03	17,5±4,2	6-25	139,50
Ortaokul ^c	34	91,6±21,6	25-125	139,24	18,6±6,1	5-25	147,82	25±6,4	7-35	141,65	30,2± 8,7	8-40	135,01	17,7±5,2	5-25	151,25
Lise ^d	53	106,3±15,6	48-125	205,41	22,1±3,5	13-25	202,41	29,8±5	16-35	205,56	34,9± 5,7	12-40	194,81	19,5±4,7	7-25	182,42
Üniversite ve ^e	70	109,3±14,5	50-125	224,39	23±3,2	10-25	223,94	31,5±4,3	14-35	234,00	34,9± 5,5	16-40	192,79	20±4,4	10-25	192,43
İstatistiksel Analiz <i>Fark Sonuçları</i>		X²= 44,09 p =0,000 a<d ,a<e , b<d, b<e, c<d,c<e			X²= 37,90 p = ,000 a<d, a<e, b<d, b<e,c<d,c<e			X²= 53,85 p = ,000 a<c ,a<d,a<e ,b<d, b<e, c<d,c<e			X²= 19,59 p = ,000 a<d ,a<e, b<d,b<e, c<d,c<e			X²= 10,,01 p = ,00,7 a<d, a<e ,b<d,b<e		

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi

Tablo 14 (b): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -1 devamı

Medeni durumu																
Evli	260	94,5±19,1	45-125	149,05	18,8±5,9	5-25	150,72	25,4±6,8	7-35	148,73	32,2±6,7	8-40	152,50	18,1±4,5	5-25	153,10
Bekar	56	104,3±20	25-125	202,38	21,5±4,6	5-25	194,62	29,4±5,9	7-35	203,84	34±7,2	8-40	186,35	19,4±5	5-25	183,58
İstatistiksel Analiz		U : 4822,5 p: ,000			U : 5257,5 p: ,001			U : 4741,0 p: ,000			U : 5720,5 p: ,012			U : 5875,5 p: ,023		
Çalışma durumu																
Çalışıyor ^a	82	104,2±178	25-125	197,95	21,3±4,9	5-25	194,45	29,2±5,9	7-35	201,01	34,4±6	8-40	186,95	19,3±4,6	5-25	178,52
Emekli ^b	113	91,5±19,2	47-125	134,45	18,1±6,2	5-25	140,19	24,2±6,7	7-35	131,55	31,2±6,6	12-40	136,96	18,1±4,4	8-25	151,53
Çalışmıyor ^c	121	95,3±19,7	45-125	154,23	19±5,6	5-25	151,24	25,9±6,8	10-35	154,86	32,4±7,2	8-40	159,34	18±4,7	5-25	151,44
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları		X²: 23,33 p: ,000 a>b - a>c			X²:14,35 p: ,000 a>b - a>c			X²:14,35 p: ,000 a>b - a>c			X²: 14,35 p: ,001 a>b			X²: 5,35 p: ,069		

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi

Araştırmada diyabet hastalığı olan bireylerin; *sağlık okuryazarlığı ölçeği genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama değer biçme/ değerlendirme ve uygulama/ kullanma* alt boyutlarından aldıkları puanlarının; diyabet hastalığı olan bireylerin *yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni ve çalışma durumu* değişkenlerine göre aralarında anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir. Bu amaçla tek yönlü varyans analizinin non parametrik karşılığı olan Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testi teknikleri kullanılmıştır (Tablo 14(a)).

Tablo14 (a)' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma alt boyut puanlarının bireylerin *yaş gruplarının* sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,05$).

Ölçekten alınan puanlar ile yaş grupları karşılaştırıldığında fark; *65 yaş ve üstü* ile *40 yaş ve altı* ve arasında ölçeğin genel (U:1076,0 – p: ,000), bilgiye erişim (U:1147,5 – p: ,000) bilgileri anlama (U:865,0 – p: ,000), değer biçme/değerlendirme (U:1626,5 – p: ,000) ve uygulama/kullanma (U:1821,0 – p: ,002) alt boyut puanları arasındadır. *65 yaş ve üstü* grubun ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanları *40 yaş ve altı* gruba göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde *65 yaş ve üstündekiler ile 41-64 yaş* arasındaki grup arasında da ölçeğin genel (U:5555,5 – p: ,000), bilgiye erişim (U:5653,5 – p: ,000), bilgileri anlama (U:5517,5 – p: ,000) ve değer biçme/değerlendirme (U:6335,5 – p: ,001) alt boyut puanları arasında fark vardır. *65 yaş ve üstü* grubun puanları *41-64 yaş* gruba göre daha düşüktür. *40 yaş ve altındakilerin 41-64 yaş* arasındaki grubun ölçeğin genel (U:2705,0 – p: ,000), bilgiye erişim (U:3078,5 – p: ,005) ve bilgileri anlama (U:2428,5 – p: ,000), puanları *40 yaş ve altı* grubun lehine olacak şekilde farklı olduğu belirlenmiştir. *40 yaş ve altı* grubun puanları *41-64 yaş* arası gruba göre daha yüksek

ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 14 (a)). Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin *cinsiyet* gruplarının sağlık okur yazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>,05$) (Tablo 14(a)).

Diyabetli bireylerin *eğitim durumları* ile sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme ve uygulama/ kullanma* alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p<,05$).

Üniversite ve üstü ve lise eğitimi olan diyabetli bireylerin ölçeğin genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme alt boyut puanları ile ortaokul ve altında eğitimi olanlar arasında fark vardır. Ölçeğin uygulama/ kullanma alt boyut puanlarına bakıldığında sadece *üniversite ve üstü* eğitimi olanlar ile *ilkokul mezunu* ya da *okur-yazar* olanlar arasında fark olduğu görülmüştür. *Üniversite ve üstü* eğitilmişler ile *ortaokul, ilkokul mezunları ve okur-yazar* grubu arasında ölçekten alınan puanların sıra ortalamaları arasındaki farka bakıldığında; *Üniversite ve üstü* eğitilmiş grubun sırasıyla genel ölçek puanı; ortaokul (U:518,5 – p: ,000), ilkokul (U:1665,5 – p: ,000) ve okur-yazar (U:223,5 – p: ,000), bilgiye erişim; ortaokul (U:610,5 – p: ,000), ilkokul (U:1575,5 – p: ,000) ve okur-yazar (U:289,5 – p: ,000), bilgileri anlama; ortaokul (U:440,5 – p: ,000), ilkokul (U:1322,0 – p: ,000) ve okur-yazar (U:122,5 – p: ,000), değer biçme/ değerlendirme; ortaokul (U:754,5 – p: ,002), ilkokul (U:3104,5 – p: ,000) ve okur-yazar gruplarının (U:477,5 – p: ,000) ve uygulama/ kullanma; ilkokul (U:3062,0 – p: ,000) ve okur-yazar (U:554,0 – p: ,002) diyabetli bireylerin alt boyut puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14(a)).

Benzer farkın *lise mezunları ile ortaokul, ilkokul mezunları ve okur-yazar* grubun arasında olduğu belirlenmiştir. Lise mezunlarının sırasıyla genel ölçek puanı; ortaokul

(U:506,5 – p: ,001), ilkokul (U:1649,5 – p: ,000) ve okur-yazar (U:223,5 – p: ,000), bilgiye erişim; ortaokul (U:585,0 – p: ,000), ilkokul (U:1602,0 – p: ,000) ve okur-yazar (U:299,0 – p: ,000), bilgileri anlama; ortaokul (U:495,5 – p: ,000), ilkokul (U:1533,0 – p: ,000) ve okur-yazar (U:177,0 – p: ,000), değer biçme/ değerlendirme; ortaokul (U:564,5 – p: ,003), ilkokul (U:2290,0 – p: ,000) ve okur-yazar gruplarının (U:354,0 – p: ,000) ve uygulama/ kullanma; ilkokul (U:2561,0 – p: ,004) ve okur-yazar (U:462,0 – p: ,010) diyabetli bireylerin alt boyut puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14(a)).

Ölçeğin bilgiyi anlama alt boyutlarına bakıldığında, ortaokul mezunları ile okur-yazar olanların puan sıra ortalamaları arasında fark olduğu görülmüştür. Ortaokul mezunlarının bilgiyi anlama alt boyut puanları (U:276,5 – p: ,008) okur-yazar diyabetli bireylerin puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 14(a)).

Tablo 14(b)'de görüldüğü gibi araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin, *medeni durum gruplarının* sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,05$). Bu sonuca göre bekar olan diyabet hastalarının sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel puanı ve bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanma* alt boyut puanları evli olanlara göre daha yüksektir.

Araştırmamızda diyabetli bireylerin *çalışma durumu* gruplarının ölçeğin genel puanı ve bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme alt boyut puan sıralama ortalamaları arasında fark olduğu belirlenirken ($p < ,05$), uygulama/ kullanma alt boyut puanları arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuç doğrultusunda,

çalışan gruptaki bireyler ile *emekli olanlar* ve *çalışmayanlar* arasında; ölçeğin genel puanı; emekli (U:2763,0 – p: ,000) ve çalışmayan (U:3596,0 – p: ,001), bilgiye erişim; emekli (U:3082,0 – p: ,000) ve çalışmayan (U:3564,0 – p: ,001), bilgileri anlama; emekli (U:2599,0 – p: ,000) ve çalışmayan (U:3509,0 – p: ,000) gruptaki bireyler arasında fark vardır. Çalışan gruptaki diyabetli bireylerin ölçek genel puanı ve bilgiye erişim ve bilgileri anlama alt boyut puanları hem emekli hem de çalışmayan gruba göre daha yüksektir. Ayrıca *çalışan grup* ile *emeklilerin* ölçeğin değer biçme/ değerlendirme (U:3136,0 – p: ,000) alt boyut puanları arasında da istatistiksel anlamlı fark vardır. Çalışan grubun değer biçme/ değerlendirme alt boyut puanları emekli olan gruptaki bireylere göre daha yüksektir (Tablo 14(b)).

Tablo 15(a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -2

Değişkenler	N	SOYÖ Genel Puanı			Bilgiye Erişim			Bilgileri Anlama			Değer Biçme/Değerlendirme			Uygulama/ Kullanma		
		Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min- Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min - Max	Sıra Ort.
Gelir Durumu																
Gelir Giderden Az ^a	150	94,19±18,3	48-125	146,53	18,5±6,02	5-25	146,72	25,36±6,72	7-35	146,99	32,15±6,49	8-40	150,83	18,12±4,45	5-25	153,55
Gelir Gidere Eşit ^b	147	95,9±20,3	25-125	158,05	19,4±5,58	5-25	159,36	26,13±6,79	7-35	158,70	32,23±7,12	8-40	156,95	18,14±4,68	5-25	154,43
Gelir Giderden Fazla ^c	19	115,3±12,6	72-125	256,47	24,05±1,77	18-25	244,87	32,36±4,37	16-35	247,79	37,05±4,75	23-40	231,08	21,89±3,76	13-25	229,08
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları		X²: 24,44 p : ,000 a<c – b<c			X²: 19,83 p : ,000 a<c – b<c			X²: 20,62 p : ,000 a<c – b<c			X²: 13,20 p : ,001 a<c – b<c			X²: 12,14 p : ,002 a<c – b<c		
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi																
Yalnız ^a	28	92,3±25,7	25-125	149,70	17,1±7,5	5-25	135,68	25,8±8,2	7-35	159,63	31,9±8,8	8-40	162,05	17,5±5,4	5-25	147,05
Eşim/çocuklarımla ^b	229	95,8±18,0	50-125	153,70	19,3±5,5	5-25	156,42	25,8±6,6	7-35	152,78	32,4±6,3	12-40	154,44	18,2±4,4	6-25	154,86
Anne-Babamla ^c	28	91,9±24,1	45-125	142,29	17,8±6,9	5-25	141,93	24,4±7,4	13-35	136,23	31,4±8	12-40	149,75	18,3±4,7	9-25	157,43
Arkadaşım ^d	31	107,5±17,1	48-125	216,55	22,5±3,2	13-25	209,42	30,6±4,7	16-35	159,63	34,4±7,2	12-40	193,18	20,1±5	7-25	196,73
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları		X²: 14,29 p : ,003 b<d – c<d			X²: 12,63 p : ,005 a<d- b<d – c<d			X²: 16,61 p : ,001 b<d – c<d			X²: 5,26 p : ,154			X²: 6,27 p : ,099		
Tercih Edilen Sağlık Kurumu																
Devlet Hastanesi ^a	223	93,7±20,3	25-125	146,77	18,5±5,9	5-25	145,37	25,3±6,9	7-35	147,24	31,8±7,3	8-40	151,29	18,1±4,6	5-25	152,17
Özel Hastane ^b	33	106,5±15,9	50-125	208,71	22,2±4	8-25	206,17	29,2±5,7	12-35	199,67	35,5±5,7	14-40	204,55	19,7±4,8	9-25	187,14
Sağlık Ocağı ^c	60	100,3±16,4	53-125	174,47	20,6±5,3	5-25	181,09	27,6±6,3	7-35	177,69	33,4±4,7	22-40	159,97	18,7±4,3	6-25	166,29
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları		X²:15,48 p : ,000 a<b			X²:17,56 p : ,000 a<b- a<c			X²:12,79 p : ,000 a<b			X²:9,86 p : ,007 a<b			X²:4,78 p : ,092		

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi, *bonferroni düzeltmesinde fark bulunamamıştır.

Tablo 15(b): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -2 devamı

Sosyal Güvence Durumu																
SGK ^a	252	95,8±19	25-125	155,59	19,3±5,7	5-25	157,88	26,1±6,8	7-35	157,29	32,3±6,7	8-40	154,43	18,2±4,5	5-25	154,63
Özel Sağlık Sigortası ^b	18	109,2±18,6	49-125	225,03	21,8±5,1	7-25	207,25	30,2±5,2	15-35	210,36	36,2±5,4	18-40	215,89	21,1±4,4	9-25	214,89
Dar Gelirli kartlı ^c	46	93,7±21,7	45-125	148,43	18,2±6,3	5-25	142,84	25,1±7,3	12-35	144,86	32,2±7,7	8-40	158,33	18,2±5,2	5-25	157,62
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları	X ² :10,36 p: ,006 a<b ,b>c			X ² :6,60 p : ,037 *			X ² :6,90 p : ,032*			X ² :7,66 p : ,022 a<b			X ² :7,35 p : ,025 a<b			

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi, *bonferroni düzeltmesinde fark bulunamamıştır.

Tablo15(a)' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma* alt boyut puanlarının bireylerin *gelir durumu, evde birlikte yaşadıkları kişi, tercih ettikleri sağlık kurumu ve sosyal güvence durumu gruplarının* sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$).

Ölçekten alınan puanlar ile gelir durumu grupları karşılaştırıldığında fark; *geliri giderinden az* olan gruptaki bireyler ile *geliri giderinden fazla* gruptaki bireyler arasında ölçeğin *genel* (U:446,0– p: ,000), *bilgiye erişim* (U:546,5 – p: ,000), *bilgileri anlama* (U:525,0 – p: ,000), *değer biçme/değerlendirme* (U:703,0 – p: ,000) ve *uygulama/kullanma*(U:733,5 – p: ,001) alt boyut puanları arasındadır. *Geliri giderinden az* olan grubun ölçeğin *genel* ve tüm alt boyut puanları *geliri giderinden fazla* olan gruba göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde *geliri giderine eşit* olan gruptaki bireyler ile *geliri giderden fazla* gruptaki bireyler arasında ölçeğin *genel* (U:514,0 – p: ,000), *bilgiye erişim* (U:634,0 – p: ,000), *bilgileri anlama* (U:600,0 – p: ,000), *değer biçme/değerlendirme* (U:739,5 – p: ,001) ve *uygulama/kullanma* (U:747,0 – p: ,001) alt boyut puanları arasında fark vardır. Geliri giderine eşit olanların ölçeğin *genel* ve tüm alt boyut puanları, *geliri giderinden fazla* olan gruptaki bireylere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 15 (a)).

Diyabetli bireylerin *evde birlikte yaşadıkları kişi* ile sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama* alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p<,05$) (Tablo 15(a)). Ölçekten alınan puanlar ile evde birlikte yaşanan kişi grupları karşılaştırıldığında fark; *arkadaşlarıyla yaşayanlar* ile diğer gruplar arasında farka bakıldığında; *eşi/çocuklarıyla birlikte*

yaşayanların ölçeğin genel (U:2084,0 – p: ,000), bilgileri anlama (U:2011,5 – p: ,000) ve bilgiye erişim (U:2328,5 – p: ,002), benzer şekilde *anne-babasıyla yaşayanların* genel (U:259,0 – p: ,008), bilgileri anlama (U:219,0 – p: ,001) ve bilgiye erişim (U:260,5 – p: ,007) ve yine *yalnız yaşayanların bilgiye erişim* (U:250,0 – p: ,004) alt boyut puanları arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre arkadaşlarıyla yaşayanların *ölçek genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama* alt boyut puanlarının farklı ve istatistiksel olarak da daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 15(a)).

Diyabetli bireylerin *tercih ettikleri sağlık kurumu* ile sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme* alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu görülmüştür (p<,05) (Tablo 15(a)).

Tablo 15(a)'da görüldüğü gibi, ölçekten alınan puanlar ile sağlıkla ilgili tercih edilen kurum grupları karşılaştırıldığında fark; *devlet hastanesini* tercih eden gruptaki bireyler ile *özel hastaneyi* tercih edenlerin ölçeğin genel (U:2253,0 – p: ,000), bilgiye erişim (U:2260,0 – p: ,000), bilgileri anlama (U:2473,0 – p: ,002) ve değer biçme/değerlendirme (U:2476,5 – p: ,002), yine *sağlık ocağını* tercih edenlerin bilgiye erişim (U:5181,0 – p: ,007) alt boyut puanları arasındadır. Bu sonuca göre devlet hastanesini tercih edenlerin ölçeğin genel, bilgileri anlama ve değer biçme/değerlendirme puanları, özel hastaneyi tercih edenlere ve bilgiye erişim alt boyut puanları ise hem özel hastaneyi hem de sağlık ocağını tercih edenlere göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkla ilgili tercihi özel hastane olan diyabetli bireylerin ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Diyabetli bireylerin *sosyal güvence durumu* ile sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, ve tüm alt boyut* puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu

görülmüştür ($p < ,05$) (Tablo 15(b)). Ölçekten alınan puanlar ile *sosyal güvence durumu* grupları arasındaki farka bakıldığında; *özel sağlık sigortası* olanlar ile *SGK'lı* olanlar arasında ölçeğin genel (U:1251,5 – p: ,001), değer biçme/değerlendirme (U:1366,0 – p: ,005), uygulama/kullanma (U:1395,5 – p: ,006) alt boyut puanları ve *dar gelirli kartı* olanların ölçeğin genel (U:233,0 – p: ,007) puanlarının farklı olduğu ve özel sağlık sigortasına sahip olanların ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanlarının yüksek ve farklı olduğu görülmesine rağmen, ikili karşılaştırmalarda yapılan bonferroni düzeltmesi sonrası, ölçeğin bilgiye erişim ve bilgileri anlama alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunamamıştır. Özel sağlık sigortasına sahip olanların, ölçeğin genel puanı SGK'lı ve dar gelirli olanlardan, değer biçme/ değerlendirme ve uygulama/ kullanma alt boyut puanları ise SGK'lılardan istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir (Tablo15(b)).

Tablo 16(a): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -3

Değişkenler	N	SOYÖ Genel Puanı			Bilgiye Erişim			Bilgileri Anlama			Değer Biçme/ Değerlendirme			Uygulama/ Kullanma		
		Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.
Diyabetin Tipi																
Tip 1	61	107,3±17,6	48-125	215,67	21,9±3,8	8-25	198,86	30,3±5	12-35	215,22	34,4±6,7	12-40	190,90	20,8±4,5	7-25	210,23
Tip 2	255	93,3±19,6	25-125	144,82	18,6±6	5-25	148,85	25,2±6,8	7-35	144,93	32±6,7	8-40	150,75	17,8±4,4	5-25	146,13
İstatistiksel Analiz	U : 4290,0 p : ,000			U : 5315,5 p : ,000			U : 4317,5 p : ,000			U : 5801,0 p : ,002			U : 4622,0 p : ,000			
Ailede Yada Çevrede Diyabetli Varlığı																
Hayır	96	95,6±20,1	47-125	155,83	19,6±6	5-25	164,90	26,1±7	7-35	158,06	31,8±7,2	8-40	151,33	18,2±4,7	5-25	154,64
Evet	220	96,6±19,4	25-125	159,66	19,2±5,7	5-25	155,71	26,2±6,8	7-35	158,69	32,8±6,6	8-40	161,63	18,5±4,6	5-25	160,19
İstatistiksel Analiz	U : 10304,0 p : ,732			U : 9945,5 p : ,407			U : 10518,0 p : ,955			U : 9872,0 p : ,355			U : 10189,0 p : ,618			
Diyabet Süresi																
6 ay-6yıl arası	106	99,5±18,3	25-125	173,61	20,3±5,4	5-25	174,36	27,3±5,9	7-35	173,12	33,1±6,9	8-40	168,80	18,8±5,1	5-25	169,74
7-13 yıl arası	101	95,9±20,2	45-125	157,42	19,3±5,8	5-25	159,46	26,3±6,9	12-35	160,29	32,3±6,9	12-40	155,64	18,1±4,2	7-25	150,34
14-18 yıl arası	44	95,2±21,2	53-125	153,68	18,4±6,6	5-25	148,78	25,8±7,7	7-35	155,35	32±7	12-40	153,00	19±4,5	10-25	171,02
19 yıl ve üzeri	65	92,3±19,4	47-125	138,80	18,3±5,6	5-25	137,72	24,2±7,2	10-35	134,01	32,2±6,3	12-40	149,88	17,7±4,3	7-25	144,38
İstatistiksel Analiz	X ² :4,18 p : ,186			X ² :7,19 p : ,066			X ² :7,19 p : ,066			X ² :7,51 p : ,057			X ² :2,20 p : ,532			
Diyabet Dışında Kronik Hastalığın Olması																
Hayır	136	101,8±19,8	25-125	187,86	20,6±5,5	5-25	198,86	28,4±6,6	7-35	190,05	33,3±6,6	8-40	171,09	19,5±4,6	5-25	182,67
Evet	180	92,1±18,5	45-125	136,32	18,3±5,8	5-25	148,85	24,5±6,5	10-35	134,66	31,9±6,9	8-40	148,99	17,5±4,4	5-25	140,24
İstatistiksel Analiz	U : 8247,5 p : ,000			U : 5315,5 p : ,000			U : 7949,0 p : ,000			U : 10528,0 p : ,033			U : 4622,0 p : ,000			

Tablo 16 (b): Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -3 devamı

Sağlık Kontrol Sıklığı																
Rahatsızlığında ^a	89	88,5±19,7	45-125	122,60	16,4±6,1	5-25	113,46	23,8±7,2	7-35	127,87	30,8±7,2	8-40	134,81	17,4±4,2	5-25	138,23
1-2 Ayda 1 kez ^b	90	93,7±18,42	52-125	143,98	18,6±5,9	5-25	148,09	24,7±6,4	10-35	137,96	32,5±6,6	12-40	157,03	17,8±4,5	6-25	146,39
3 Ayda 1 kez ^c	69	105,3±15,3	67-125	199,62	22,4±3,6	11-25	210,30	28,6±5,5	15-35	190,03	34,2±5,9	20-40	181,62	20,1±4,3	10-25	194,75
6 Ayda 1 kez ^d	48	101,1±17,9	47-125	180,58	21±4,5	7-25	179,70	28,2±5,9	13-35	186,01	33,3±6,2	16-40	169,63	18,5±4,8	7-25	164,57
Yılda 1 kez ^e	20	99,9±25,9	25-125	188,75	19,8±6,5	5-25	176,20	29,6±7,8	7-35	212,45	32,2±8,8	8-40	164,10	18,3±5,8	5-25	163,55
İstatistiksel Analiz Fark Sonuçları	X ² = 35,00 p = ,000 a<c-a<d-a<e-b<c			X ² : 49,16 p : ,000 a<b-a<c-a<d-b<c			X ² : 34,26 p : ,000 a<c,a<d,a<e,b<c,b<d, b<e			X ² : 11,30 p : ,023 a<c			X ² : 17,20 p : ,002 a<c-b<c			

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi

Tablo 16(a)'da görüldüğü gibi diyabetli bireylerin *diyabetin tipi ve başka bir kronik hastalığın olup olmaması durumu* ile sağlık okuryazarlığı ölçeği *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma* alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p<,05$). Bu sonuca göre ; tip 1 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanları tip 2 diyabetli bireylere olanlara göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<,05$). Benzer şekilde diyabet dışında, başka kronik hastalığı olmayan diyabetli bireylerin, ölçeğin genel ve alt boyut puanları kronik hastalığı olanlara göre farklı ve daha yüksektir ($p<,05$).

Araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin *ailesinde/çevresinde diyabetli varlığı ve diyabet süresi* değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$) (Tablo 16(a)).

Tablo 16(b)'da diyabetli bireylerin diyabetle ilişkili yaptırdığı *sağlık kontrol sıklığı* ile ölçeğin *genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma* alt boyut puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<,05$).

Ölçekten alınan puanlar ile diyabetli bireylerin *sağlık kontrol sıklığı* grupları karşılaştırıldığında, *rahatsızlandığında* sağlık kontrolüne gidenler ile *üç ayda bir* kontrole gidenler arasında ölçeğin genel (U:1596,0 – p: ,000), bilgiye erişim (U:1228,5 – p: ,000), bilgileri anlama (U:1864,5 – p:,000) , değer biçme/değerlendirme (U:2168,5–p:,001) ve uygulama (U:1959,5–p:,000) ve *altı ayda bir* ölçeğin genel (U:1343,0 – p: ,000), bilgiye erişim (U:1181,5 – p: ,000), bilgileri anlama (U:1367,5 – p: ,001) ve *yılda bir* ölçeğin genel (U:5455 – p: ,007), bilgileri anlama (U:459,0 – p: ,001) ve *bir-iki ayda bir* kontrole gidenlerin bilgilere erişim (U:3110,0

– p: ,010) ve *üç ayda bir* gidenlerin değer biçme/değerlendirme (U:2168,5–p:,001) ve uygulama/kullanma (U:1959,5–p:,000) alt boyut puanları farklıdır ve rahatsızlandığında sağlık kontrolüne gidenlerin puanları istatistiksel olarak hepsinden daha düşüktür (Tablo 16(b)).

Sağlık kontrolüne *bir-iki ayda bir* gidenler ile *üç ayda bir* gidenlerin ölçeğin genel (U:1990,0–p: ,000), bilgiye erişim (U:1884,5 – p: ,000 - .05), bilgileri anlama (U:2025,5 – p: ,000), uygulama/kullanma (U:2164,0–p:,001) ve altı ayda bir gidenlerin bilgileri anlama (U:1468,0 – p: ,002) *yılda bir* gidenlerin bilgileri anlama (U:502,0 – p: ,002) alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Bir iki ayda bir sağlık kontrolüne gidenlerin üç ayda ve yılda bir gidenlere göre puanları daha düşüktür (Tablo 16(b)).

Tablo 17: Diyabetli Bireylerin Tedavi Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Değişkenler	N	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel Puanı			Bilgiye Erişim Alt Boyutu			Bilgileri Anlama Alt Boyutu			Değer Bıçme/ Değerlendirme Alt Boyutu			Uygulama/ Kullanma Alt Boyutu		
		Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.
Diyabet Tedavi Şekli																
OAD+ FA+DUB	154	94,7±19,4	25-125	150,65	18,7±6,2	5-25	151,77	25,4±7	7-35	148,38	32,6±6,6	8-40	158,81	18,1±4,4	5-25	151,10
İ+ FA+DUB	99	98,5±20,6	48-125	170,86	19,7±5,5	5-25	164,15	27,4±6,5	12-35	174,71	32,5±7,4	8-40	163,80	19±4,8	5-25	173,21
FA+DUB	15	103,5±17,5	67-125	191,50	21,7±4,1	11-25	192,30	28,7±5,4	18-35	189,90	33,7±6,1	22-40	172,53	19,4±5,6	7-25	185,03
OAD+ İ+ FA+ DUB	48	94,2±18,6	47-125	147,89	19,5±5,2	8-25	157,88	25,3±7	12-35	147,73	31,6±6,4	16-40	142,18	17,7±4,2	10-25	143,61
İstatistiksel Analiz	X ² = 5,55 p = ,135			X ² : 3,32 p : ,344			X ² : 7,48 p : ,058			X ² : 2,23 p : ,524			X ² : 6,15 p : ,104			
Diyabetle İlgili Alternatif Tedavi Kullanma Durumu																
Hayır	271	96,3±19,89	25-125	159,50	19,4±5,8	5-25	160,90	26,2±7	7-35	159,82	32,5±6,8	8-40	158,48	18,4±4,6	5-25	159,08
Evet	45	95,4±18,1	45-125	152,48	18,7±5,5	5-25	144,07	25,8±5,8	14-35	150,57	32,6±6,6	12-40	158,61	18,3±4,6	10-25	155,03
İstatistiksel Analiz	U : 5826,5 p : ,633			U : 5448,0 p : ,248			U : 5740,5 p : ,528			U : 6092,5 p : ,993			U : 5941,5 p : ,783			

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi, ,

Oral antidiyabetik: OAD, İnsülin: İ, Fiziksel aktivite: FA, Diyabete uygun beslenme: DUB

Tablo 17’de görüldüğü gibi diyabetli bireylerin *diyabet tedavi şekli ve diyabetle ilgili alternatif tedavi kullanma durumu* değişkenlerine göre sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>,05$)

Tablo 18: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SOYÖ Genel ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları -4

Değişkenler	N	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel Puanı			Bilgiye Erişim			Bilgileri Anlama			Değer Biçme/ Değerlendirme			Uygulama/ Kullanma		
		Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.	Mean ±SD	Min-Max	Sıra Ort.
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin En Çok Kullanılan Kaynaklar																
İnternet																
<i>Evet</i>	130	104,6±16,35	25-125	198,63	21,8±4,03	5-25	197,93	29,5±5,26	7-35	204,02	34,26±6,17	8-40	185,05	19±4,8	5-25	172,42
<i>Hayır</i>	186	90,45±19,65	45-125	130,45	17,52±6,16	5-25	130,94	23,77±6,79	7-35	126,69	31,23±6,93	12-40	139,95	17,9±4,4	6-25	148,77
İstatistiksel Analiz		U : 6873,5 p : ,000			U : 6963,5 p : ,000			U : 6173,0 p : ,000			U : 8639,0 p : ,000			U : 10280,5 p : ,023		
Televizyon+ Radyo																
<i>Evet</i>	97	92,6±18,3	51-125	137,43	17,8±5,9	5-25	132,68	24±6,6	10-35	129,29	32,5±6	12-40	153,26	18,2±4,2	9-25	152,46
<i>Hayır</i>	219	97,9±20	25-125	167,83	19,9±5,6	5-25	169,94	27,1±6,7	7-35	171,44	32,5±7,1	8-40	160,82	18,4±4,8	5-25	161,17
İstatistiksel Analiz		U : 8577,5 p : ,006			U : 8116,5 p : ,001			U : 7788,0 p : ,000			U : 10113,0 p : ,495			U : 10036,0 p : ,433		
Gazete+Dergi+Kitap																
<i>Evet</i>	51	103,7±19,7	25-125	198,12	20,9±5,6	5-25	189,32	29,4±6,6	7-35	206,45	33,8±6,3	8-40	176,34	19,6±4,5	5-25	183,90
<i>Hayır</i>	265	94,8±19,3	45-125	150,88	19±5,8	5-25	152,57	25,5±6,7	7-35	149,27	32,2±6,9	8-40	155,07	18,1±4,6	5-25	153,61
İstatistiksel Analiz		U : 4737,0 p : ,001			U : 5185,5 p : ,008			U : 4312,0 p : ,000			U : 5847,5 p : ,126			U : 5462,0 p : ,030		
Akraba+Arkadaş+Komşu																
<i>Evet</i>	77	86,7±21,9	25-124	118,45	16,4±6,7	5-25	116,94	23,2±7,1	7-35	121,14	29,8±7,7	8-40	123,78	17,3±4,4	5-25	135,38
<i>Hayır</i>	239	99,4±17,8	47-125	171,40	20,2±5,2	5-25	171,89	27,1±6,4	10-35	170,54	33,3±6,2	8-40	169,69	18,7±4,6	5-25	165,95
İstatistiksel Analiz		U : 6118,0 p : ,000			U : 6001,0 p : ,000			U : 6324,5 p : ,000			U : 6528,0 p : ,000			U : 7421,0 p : ,010		
Doktor																
<i>Evet</i>	239	98,4±19,1	25-125	168,75	19,8±5,6	5-25	166,76	26,6±6,8	7-35	165,19	33,3±6,4	8-40	169,05	18,7±4,6	5-25	166,23
<i>Hayır</i>	77	89,6±19,9	50-125	126,68	17,7±6,1	5-25	132,88	24,6±6,6	7-35	137,73	30±7,4	8-40	125,74	17,2±4,5	5-25	134,51
İstatistiksel Analiz		U : 6751,5 p : ,000			U : 7228,5 p : ,004			U : 7602,0 p : ,021			U : 6679,0 p : ,000			U : 7354,5 p : ,008		
Hemşire+ Eczacı																
<i>Evet</i>	82	103,4±19,9	25-125	195,02	20,5±5,1	5-25	180,03	28,7±6,4	7-35	195,00	34,5±6,6	8-40	191,29	19,6±5	5-25	185,26
<i>Hayır</i>	234	93,8±19	45-125	145,70	18,8±5,9	5-25	150,96	25,2±6,7	7-35	145,71	31,8±6,7	12-40	147,01	17,9±4,4	6-25	149,12
İstatistiksel Analiz		U : 6599,5 p : ,000			U : 7825,5 p : ,012			U : 6601,0 p : ,000			U : 6905,0 p : ,000			U : 7400,0 p : ,002		

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi

Tablo 18’de Görüldüğü Gibi Diyabetli Bireylerin Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin En Çok Kullanılan Kaynaklar İçerisinde *Internet, Televizyon+Radyo, Gazete+Dergi+Kitap, Akraba+Arkadaş+Komşu, Doktor, Hemşire+ Eczacı* Değişkenlerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel Ve Alt Boyut Puanlarının Sıralama Ortalamaları Arasındaki Fark İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulunmuştur ($P<.05$). Bu Sonuca Göre; Sağlıkla İlgili *Internet, Akraba-Arkadaş+Komşu, Doktor, Hemşire+ Eczacı*’dan Bilgi Alan Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel Ve Tüm Alt Boyut Puanları Bilgi Almayanlara Göre Daha Yüksektir.

Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin *Televizyon+Radyo* Kullananların Ölçeğin Değer Bıçme/Değerlendirme Ve Uygulama/Kullanma Alt Boyut Puanları Arasında Anlamlı Fark Yokken Ölçeğin Genel, Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama Alt Boyut Puanlarının Sıralama Ortalamaları Arasındaki Fark İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulunmuştur ($P<.05$). Sağlıkla İlgili Bilgi Almak İçin *Televizyon+Radyo* Kullanan Diyabetli Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel, Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama Alt Boyut Puanları, Kullanmayanlara Göre Daha Yüksektir (Tablo 18).

Diyabetli Bireylerin Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin Kullandığı *Gazete+Dergi+Kitap* Değişkeninin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Genel, Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Uygulama Alt Boyut Puanlarının Sıralama Ortalamaları Arasındaki Fark İstatistiksel Olarak Anlamlı Bulunmuştur ($P<.05$). *Gazete-Dergi-Kitapları* Okuyarak Sağlık Bilgisi Edinenlerin Ölçeğin Genel, Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Uygulama Alt Boyut Puanları, *Gazete+Dergi+Kitaptan Yararlanmayanlara* Göre Daha Yüksektir (Tablo 18).

Tablo 19: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DÖBÖ Puan Ortalamaları-1

Değişkenler	N	Sıra. Ort	Mean±SD	Min.-Max	İstatistiksel Analiz
Yaş					
40 Yaş ve Altı	51	181,72	94±19	55-138	X ² =5,22 p = ,073
41-64 Yaş Arası	162	148,94	87,4±15,9	54-140	
65 Yaş ve Üzeri	103	162,05	89,6±14,4	56-121	
Cinsiyet					
Kadın	155	163,05	90,1±16	55-138	U:11772,5 p : ,385
Erkek	161	154,12	88,3±16,2	54-140	
Eğitim durumu					
Okur-Yazar	27	147,39	87±12,9	65-108	X ² : 9,08 p : ,059
İlkokul Mezunu	132	148,80	87,4±15	55-121	
Ortaokul Mezunu	34	138,29	85,1±13,9	55-107	
Lise Mezunu	53	170,08	91,5±16,7	54-140	
Üniversite ve Üzeri	70	182,13	93,7±18,7	57-138	
Medeni durum					
Evlü	260	154,66	88,4±15,5	54-140	U: 6281,0 p : ,107
Bekar	56	176,34	92,8±18,4	60-138	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	82	154,46	89,1±17,7	57-140	X ² : ,870 p : ,647
Emekli	113	164,91	90±15,4	54-121	
Çalışmıyor	121	155,25	88,4±15,7	55-138	
Gelir durumu					
Gelir Giderden Az	150	159,28	89,4±15,7	55-138	X ² : 5,70 p : ,058
Gelir Gidere Eşit	147	151,72	87,8±16,2	54-140	
Gelir Giderden Fazla	19	204,79	97,5±16,3	66-132	
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi					
Yalnız	28	140,75	86,8±18,9	55-132	X ² :5,95 p:,114
Eşim/çocuklarımla	229	157,54	88,9±15,4	54-140	
Anne-Babamla	28	146,16	87,1±16,5	61-120	
Arkadaşımle	31	192,77	95,5±17,6	60-138	
Sağlıkla İlgili Tercih Edilen Kurum					
Devlet Hastanesi	223	156,78	88,8±16,3	55-140	X ² : ,267 p : ,875
Özel Hastane	33	162,41	89,9±14,8	63-132	
Sağlık Ocağı	60	162,73	90,2±16,3	54-138	
Sosyal Güvence					
SGK	252	156,84	88,8±15,5	54-140	X ² :1,26 p : ,569
Özel Sağlık Sigortası	18	180,47	93,1±18,2	63-132	
Dar Gelirli kartlı	46	159,00	89,8±18,5	55-138	
Diyabet Tipi					
Tip 1	61	193,85	96,2±18,2	60-140	U : 5621,0 p : ,001
Tip 2	255	150,04	87,5±15,1	54-121	

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi

Tablo 19’da görüldüğü gibi diyabetli bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni, çalışma ve gelir durumu, evde birlikte yaşadıkları kişi, sağlıkla ilgili tercih ettikleri kurum ve sosyal güvence durumu değişkenlerine göre diyabet öz-bakım ölçeği puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>,05$). Diyabetli bireylerin *diyabet tipi* değişkenine göre diyabet öz-bakım ölçeği puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Tip 1 diyabeti olan bireylerin, diyabet öz-bakım ölçeği puanları tip 2 diyabetli olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 20: Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DÖBÖ Puan Ortalamaları-2

Değişkenler	N	Sıra Ort	Mean±SD	Min.Max	İstatistiksel Analiz
Ailede Yada Çevrede Diyabetli Varlığı					
Hayır	96	165,30	90,5±17,6	55-132	U : 9907,0 p : ,382
Evet	220	155,53	88,6±15,4	54-140	
Diyabet Süresi					
6 ay-6yıl arası	106	153,41	88,1±15,4	55-124	X ² :6,06 p : ,109
7-13 yıl arası	101	154,22	88,7±16,9	54-140	
14-18 yıl arası	44	153,77	88,4±17,2	61-122	
19 yıl ve üzeri	65	176,65	92,2±15,1	56-138	
Diyabet Dışında Kronik Hastalık					
Hayır	136	167,91	91±17,4	54-140	U : 10960,5 p : ,112
Evet	180	151,39	87,8±15	55-121	
Diyabet Nedenli Sağlık Kontrol Sıklığı					
Rahatsızlığımda ^a	89	127,61	83,6±15,5	54-121	X ² :25,10 p : ,000 a<b-a<c-a<d- c>e
1-2 Ayda 1 kez ^b	90	169,31	90±16,6	55-140	
3 Ayda 1 kez ^c	69	190,37	95±14,8	69-138	
6 Ayda 1 kez ^d	48	168,20	90,8±14,7	61-118	
Yılda 1 kez ^e	20	114,08	82,02±14,6	60-120	
Diyabet Tedavi Şekli					
OAD+ FA+ DUB ^a	154	135,54	84,9±14,7	54-1211	X ² :19,45 p : ,000 a<b-a<d
İ+ FA+ DUB ^b	99	180,87	93,6±17,7	55-140	
FA+ DUB ^c	15	165,43	89,9±9,6	74-104	
OAD+ İ+ FA+ DUB ^d	154	135,54	93,4±15,2	66-121	
Diyabetle İlgili Alternatif Tedavi Kullanma Durumu					
Hayır	271	158,31	89,2±16,5	25-125	U : 6045,5 p : ,927
Evet	45	159,66	88,9±13,2	45-125	
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşabilmek İçin En Çok Kullanılan Kaynaklar					
İnternet					
Evet	130	166,82	90,8±17,05	55-138	U : 11008,0 p : ,176
Hayır	186	152,68	88,04±15,3 2	54-140	
Televizyon+Radyo					
Evet	97	155,80	88,4±16,1	54-127	U : 10359,5 p : ,726
Hayır	219	159,70	89,5±16,1	55-140	
Gazete+Dergi+Kitap					
Evet	51	180,93	92,8±17,3	54-127	U : 5613,5 p : ,055
Hayır	265	154,18	88,5±15,8	55-140	
Akraba+Arkadaş+Komsu					
Evet	77	138,46	85,4±15,5	55-124	U : 7658,5 p : ,027
Hayır	239	164,96	90,4±16,1	54-140	
Doktor					
Evet	239	168,72	91,1±16	54-140	U : 6760,0 p : ,000
Hayır	77	126,79	83,2±15	55-121	
Hemşire+ Eczacı					
Evet	82	177,75	92,4±17,1	55-132	U : 8015,5 p : ,027
Hayır	234	151,75	88±15,6	54-140	

p<.05 X²: Kruskal Wallis H Testi U:Mann Whitney U testi Oral antidiyabetik:OAD, İnsülin: İ, Fiziksel aktivite: FA, Diyabete uygun beslenme: DUB

Yine Tablo 20’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan diyabet hastalığı olan bireylerin *diyabet öz-bakım ölçeği* puanlarının bireylerin *ailede/çevrede diyabetli birey varlığı*, *diyabet süresi*, *diyabet dışında kronik hastalık varlığı*, *diyabetle ilgili alternatif tedavi kullanma* durumu grupları arasında ki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Ancak araştırmaya katılan bireylerin diyabeti nedeniyle *sağlık kontrolüne gitme* sıklığı grupları ile öz-bakım ölçeği puanlarının sıra ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p<,05$). Yapılan analizlerin sonucunda farklılık; *rahatsızlandığında* diyabeti nedeniyle sağlık kontrolüne giden gruptaki bireyler ile *bir iki ayda bir* gidenler (U:2982,0 – p: ,003), *üç ayda bir* (U:1847,0 – p: ,000 - .05) ve *altı ayda bir* kontrole giden (U:1567,0 – p: ,010 - .05) gruptaki bireyler arasındadır. Aynı zamanda *üç ayda bir* kez sağlık kontrolüne gidenler ile *yılda bir* kontrole giden (U:350,0 – p: ,001) bireyler arasında da fark belirlenmiştir. Belirlenen farka göre, rahatsızlandığında sağlık kontrolüne giden gruptaki bireylerin diyabet öz-bakım ölçeği puanları, bir iki ayda bir, üç ayda bir ve altı ayda bir kere diyabeti için sağlık kontrolüne giden grubundaki bireylerden daha düşükken, üç ayda bir kez kontrole gidenlerin ölçekten aldıkları puanları, altı ayda bir kere sağlık kontrolüne giden grubundaki bireylere göre farklı olarak daha yüksektir (Tablo 20).

Diyabetli bireylerin *diyabet tedavi şekli* ile *diyabet öz-bakım* puanları sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<,05$). Ölçekten alınan puanlar ile *diyabet tedavi şekli* grupları karşılaştırıldığında fark; “OAD+ FA+ DUB” olan gruptaki bireyler ile tedavi şekli “İ+ FA+ DUB” olanlar (U:5477,5 – p: ,000) ve tedavi şekli “OAD+ İ+ FA+ DUB” olan gruptaki bireyler arasındadır (U:2558,0 – p: ,001). Bu sonuca göre tedavi şekli

“OAD+ FA+ DUB” olan gruptaki bireylerin *diyabet öz-bakım ölçeđi* puanları, diđer iki grupta bulunan bireylere göre daha dűşűktür (Tablo 20).

Tablo 20’de görűldűđű gibi diyabetli bireylerin sağlık ile ilgili bilgiye ulaşabilmek için kullandığı kaynaklar içerisinde *akraba+arkadaş+komşu, doktor, hemşire+eczacı* değişkenlerine göre, *diyabet öz-bakım ölçeği* puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Sağlık ile ilgili bilgiyi akraba+arkadaş+komşudan alanların, diyabet öz-bakım ölçeği puanları almayanlardan, daha dűşűktür. Farklı olarak, sağlık ile ilgili bilgileri doktor ve hemşire+eczacıdan alan diyabetli bireylerin ise, diyabet öz-bakım ölçeği puanları almayanlara göre daha yűksektir. Bilgi almak için internet, televizyon+ radyo, gazete+dergi+kitap kullananlarla, kullanmayanlar arasında diyabet öz-bakım ölçeği puanları sıra ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > .05$).

Bölüm 5

TARTIŞMA

Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ile diyabet öz-bakımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

- ✓ Diyabetli bireylerin SOYÖ'ne ait puanlarının tartışılması
- ✓ Diyabetli bireylerin bazı tanımlayıcı özellikleri ile SOYÖ'nden aldıkları puanların tartışılması
- ✓ Diyabetli bireylerin bazı tanımlayıcı özellikleri ile DÖBÖ'den aldıkları puanların Diyabetli bireylerin DÖBÖ'ne ait bulguların tartışılması
- ✓ SOYÖ genel ve alt boyut puanları ile DÖBÖ puanları korelasyonu

Diyabetli Bireylerin SOYÖ'ne Ait Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği genel puanı $96,26 \pm 19,62$, bilgiye erişim $19,27 \pm 5,78$, bilgiyi anlama $26,14 \pm 6,8$, değerlendirme $32,48 \pm 6,78$ ve uygulama alt boyut puanı $18,36 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımıza göre araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin ortalamanın üzerinde sağlık okuryazarlığı puanı alarak sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bize göstermektedir. Bayık Temel ve Aras'ın bir üniversite hastanesinin dahiliye servisine başvuran 250 hastayla yapmış olduğu çalışmada ise toplam ölçek puanı ortalaması $90,30 \pm 12,35$ ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ise $18,64 \pm 3,17$ ile $30,08 \pm 4,65$ arasında olduğunu bulmuşlardır (85). Bizim çalışmamızda genel ölçek puanı biraz daha yüksek olmakla birlikte iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstererek her iki

çalışmada da bireylerin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 13). Ancak Gustafsdottir ve arkadaşlarının (2020) İzlanda’da 251 katılımcı ile yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların % 72,5 yüksek puan olarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bulmuşlardır (90). Benzer şekilde Jordan ve Hoebel’in (2015) Almanyada 4845 katılımcıyla yapmış oldukları çalışmada ise katılımcıların % 55,8’i yüksek puan olarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bulmuşlardır (91). Bizim çalışmamızla farklılık bulunmasının sebebi olarak aradaki kültür ve popülasyon farklılığı, katılımcıların eğitim düzeyinin ve gelir algısının bizim çalışmamıza göre yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyabetli Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile SOYÖ Puanlarına Ait Bulguların Tartışılması

Yaptığımız araştırmanın verilerine göre; *‘yaş, eğitim, medeni ve çalışma durumu, gelir gider algısı, evde birlikte yaşanan kişi, sağlıkla ilgili en sık tercih edilen kurum, sosyal güvence durumu, diyabetin tipi, diyabet dışında kronik hastalık varlığı, diyabet kontrol sıklığı, sağlıkla ilgili en çok kullanılan kaynaklar içerisinde; internet, tv+ radyo, gazete+dergi+kitap, arkadaş+akraba+komşu, doktor, hemşire+eczacı’* değişkenlerinin sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediği ve değişken grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<05$).

Araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin yaş ortalamaları $55,29\pm 16,26$ olup 40 yaş ve altı grubundaki diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçek puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek görülmektedir (Tablo 14). Benzer şekilde Almigbal ve arkadaşlarının 352 tip 2 diyabetli bireylerle yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların ortalama yaşı $51,89 \pm 10,94$ bulunmuş ve 50 yaşın üzerindeki katılımcıların düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (92). Rouquette ve ark.’nın 317 kişiyle Fransa’da yapmış olduğu çalışmada ise

katılımcıların yaş ortalamalarının 53 olduğu ve yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığını bulmuşlardır (93). Bu araştırmaların sonuçları bulgumuzla benzerlik göstermekte ve yaş ilerledikçe işitme, görme veya bilişsel bozuklukların meydana gelmesiyle bilgiye erişimin kısıtlanacağı ve sağlık okuryazarlığının etkilenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin eğitim durumlarına bakıldığı zaman okur yazar ve ilköğretim grubunda olan bireylerin lise ve üzeri eğitim grubunda olanlara göre SOYÖ genel ve alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. Ehmman ve ark.(2020) nın yapmış oldukları çalışmada da eğitim süresi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanının da arttığını belirtmişlerdir (94). Benzer şekilde Jovanic ve ark. (2018) araştırmalarında, ilköğretim ve orta eğitim almış olan bireylerin yüksek eğitimli olanlara kıyasla daha düşük bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir (95). Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre; bilgisayar 8, internet 9 ve cep telefonu kullanımının ortalama 10 yaşa indiği gösterilirken, 2020 verilerinde ise; en yüksek cep telefonu kullanım oranının 16-44 yaşlar arasında olduğu ve yine eğitim düzeyi arttıkça internet ve bilgisayar kullanımının da arttığı gösterilmiştir, sonuçlarımızla uyumludur (96,97). Sağlık bakım profesyonellerinin hasta eğitiminde, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin önemini bilerek, eğitim düzeyinden etkileneceğini de dikkate almalıdır. Ayrıca eğitim seviyesinin artması da hastalıkla ilgili bilgilere erişimi kolaylaştırabilmektedir. Buna ek olarak verilecek eğitimin ve bakımın hastaların hem eğitim düzeyine, hemde sağlık okuryazarlığına göre planlanması hasta eğitiminin ve bakımın etkinliğini arttıracığı düşünülmektedir.

Bekar olan diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel puanları evli olanlara göre daha yüksektir. Araştırma sonucumuzdan farklı olarak Gaffari-Fam ve

ark.'nın (2019) İranda 192 kişiyle yapmış olduğu çalışmada ise evli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (98). Literatürdeki bu farklılığın iki çalışmanın örneklem sayısı arasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışan gruptaki diyabetli bireylerin SOYÖ genel puanı ile, bilgiye erişim ve bilgileri anlama alt boyut puanları hem emekli hem de çalışmayan gruba göre daha yüksektir. Ayrıca çalışan grubun değer biçme/ değerlendirme alt boyut puanları emekli olan gruptaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 14). Hashim ve ark. (2020) 280 tip 2 diyabetli bireylerle yapmış oldukları çalışmada da çalışan hastaların benzer şekilde sağlık okuryazarlığı puanlarının, işsiz olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu bulgu bizim verilerimizle örtüşmektedir (99). Bu sonuç doğrultusunda bir işe sahip olmak daha iyi bir ekonomik durumla ilişkilendirerek, kişinin kendi geliri olması kendi finansal avantajlarını ve refahını yaratacağı düşünülmektedir. Gelir düzeyini geliri giderine göre fazla olarak algılayanların ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanları, geliri giderinden az veya eşit olarak algılayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 15). Lorini ve ark. (2020) yapmış olduğu çalışmada ise yeterli mali kaynağa sahip olmayan bireylerin daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (100). Jovanic ve ark. (2018)'nın çalışmasında ise maddi durumlarını iyi olarak algılayanların, sağlık okuryazarlık düzeyi maddi durumlarını düşük algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (95). Bu her iki çalışmanın sonuçları araştırma sonuçlarımızla örtüşmektedir. Sağlıkla ilgili tercihi özel hastane olan diyabetli bireylerin ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Özel sağlık sigortasına sahip olanların, ölçeğin genel puanı SGK'lı ve dar gelirli kartlı olanlardan, değer biçme/ değerlendirme ve uygulama/ kullanma alt boyut puanları ise SGK'lılardan istatistiksel olarak farklı

olduğu belirlenmiştir. Temel ve imen'in (2017) 65 yaş ve üzeri grubunda farklı kronik hastalıkları olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada ise bağkur, emekli sandığı ve yeşil kartı olan bireylerin özel sağlık sigortası olan bireylere göre sağlık okuryazarlık puanı daha düşük bulunmuştur (101). Gelir durumu iyi olan bireylerin daha çok özel sağlık sigortasına sahip olduğu ve sağlıkla ilgili tercih edilen kurumun ise özel hastane olduğunu söyleyebiliriz.

Arkadaşlarıyla yaşayan diyabetli bireylerin ölçek genel, bilgiye erişim, bilgileri anlama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 15). Temel ve imen'in (2017) 65 yaş ve üzeri grubunda farklı kronik hastalıkları olan bireylerle yapmış olduğu çalışmada ise eşiyle birlikte yaşayanların çocukları/akrabaları ve huzur evi/yalnız yaşanlara göre sağlık okur yazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (101). Bu farklılığın bizim çalışmamıza göre araştırmacının 65 yaş ve üzeri bireylerle çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tip 1 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı leği genel ve alt boyut puanları tip 2 diyabetli bireylere olanlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde Gomes ve ark. 347 diyabetli hastayla yaptığı çalışmada, tip 1 diyabetli olanların tip 2 diyabetli hastalardan daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahip olduklarını ve tip 1 diyabetli hastaların HbA1c seviyeleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini göstermiştir (sırasıyla 84.4 ± 21.4 ve 61.6 ± 26.8 puan, $p < 0.001$) (102). Bu çalışmaların sonuçları, araştırma bulgumuzda tip 1 diyabetli bireylerin, tip 2 diyabetli olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları verimizle de uyum göstermektedir (Tablo 15). Tip 1 diyabet genellikle 30 yaşdan önce başlarken tip 2 diyabet daha çok 30 yaş sonrası başlamaktadır. Genç yaş sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif etkiye sahiptir (103,97).

Sağlıkla ilgili bilgiyi internet, akraba-arkadaş+komşu, doktor, hemşire+eczacı'dan bilgi alan diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve tüm alt boyut puanları bilgi almayanlara göre daha yüksektir. TC Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada ise sağlıkla ilgili bilgiyi internetten ve doktordan aldığını belirtenlerle sağlıkla ilgili bilgiyi diğer kaynaklardan aldığını belirtenlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (103). Bizim çalışmamızla kısmen benzerlik göstererek bize bireylerin bilgiye erişim sağlayabildiklerini ancak bilginin edinildiği kaynağın türü ve güvenilirliğine göre değişebileceğini aynı zamanda edinilen bilginin anlaşılması, öğrenilmesi ve uygulanmasının kişiden kişiye farklılık göstereceği düşünülmektedir.

Diyabetli Bireylerin DÖBÖ'nden Aldıkları Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda diyabet öz-bakım ölçeği puanı $89,18 \pm 16,09$ bulunmuştur. Ovayolu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise katılımcıların müdahale grubunda eğitim öncesi öz-bakım puanlarının $61,3 \pm 10,9$ 'dan, eğitim sonra $89,9 \pm 12,3$ 'e yükseldiği ($p < .005$), kontrol grubunda ise önce $56,5 \pm 7,6$, sonra $54,7 \pm 9,3$ olduğu görülmüştür (105). Ovayolu ve arkadaşlarının yaptıkları bu çalışmada müdahale grubunun eğitim sonrası aldığı DÖBÖ puanı ile bizim çalışmamızda elde edilen DÖBÖ puanı benzerlik göstermektedir. Bunun sebebi katılımcıların eğitim düzeyinden ve araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Neşe ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada ise DÖBÖ puan ortalaması $81,15 \pm 14,07$ olarak saptanmıştır (17). Araştırmamızda da ölçek puan ortalaması biraz daha yüksek olmasına rağmen benzer olduğu söylenebilir, ölçekten alınan DÖBÖ puanı arttıkça, diyabetli bireylerin öz-bakım becerilerinin de daha iyi olduğunu göstermektedir .

Diyabetli Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile DÖBÖ'nden Aldıkları Puanlarının Tartışılması

Yaptığımız araştırma verilerine göre ; *'diyabetin tipi, diyabet nedenli sağlık kontrol sıklığı, diyabet tedavi şekli sağlıkla ilgili en çok kullanılan kaynaklar içerisinde;arkadaş+akraba+komşu, doktor, hemşire+eczacı'* değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Tip 1 diyabeti olan bireylerin, diyabet öz-bakım ölçeği puanları, tip 2 diyabeti olanlara göre daha yüksektir. Toma ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, tip 2 diyabeti olan hastaların HbA1c değerlerini azaltmada ve öz-bakım becerilerinde, tip 1 diyabetli hastalara göre daha zayıf olduklarını tespit etmişlerdir (106). Tip 1 diyabetin genellikle çocukluk çağında görülmesi, daha yoğun bir öz bakım beceri ve yönetimi gerektirmesi nedeniyle araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (103).

Çalışmamıza katılan diyabetli bireylerden tedavi şekli "OAD+ FA+ DUB" olan gruptakilerin diyabet öz-bakım ölçeği puanları, diğer iki grupta bulunan bireylere göre daha düşüktür (Tablo 21). Devarajoo ve ark.'nın Malezya'da 371 tip 2 diyabetli bireyle yaptıkları çalışmada ise reçete edilen ilaç türünün diyabet öz-bakımını ve öz yeterliliğini etkilemediği bulunurken, kullanılan ilaca olan uyumun etkilendiğini göstermiştir (107). Kassahun ve arkadaşlarının Etiyopya'da 325 tip 2 diyabetli hasta ile yaptıkları çalışmada ise ilaç uyumu düşük olanların, orta düzeyde uyumlu olanlara göre öz-bakım düzeylerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (108). Çalışmamızda ölçeğin fizik aktivite davranışlarına ait sorulardan katılımcıların ortalamanın altında puan aldıkları, beslenme davranışlarından ise orta düzeyli puanlar aldıkları görülmüştür. "Diyabet ilaçlarımı zamanında alırım" maddesine cevapları ise ortalamanın üzerinde olmuştur. Ancak diyabetin tedavisinde en önemli bileşenlerin ilaçlardan önce fizik aktivite ve diyabete uygun beslenme olduğu düşünüldüğünde

ayrıca OAD ilaçları tip 2 diyabetli bireylerin kullandığı göz önüne alındığında her iki çalışmanın sonucu ile sonuçlarımızın uyumlu olduğu söylenebilmektedir.

Rahatsızlandığında diyabet kontrolüne giden gruptaki bireylerin diyabet öz-bakım ölçeği puanları, bir iki ayda bir, üç ayda bir ve altı ayda bir kere diyabet kontrolüne giden grubundaki bireylere göre daha düşüktür. Werfalli ve ark. (2020) yapmış olduğu çalışmada diyabetli bireylerin rahatsızlandığında kontrole giden diyabetli bireylerin DÖBÖ puanı daha düşük olduğu bulunmuştur (109). Bu sonuç çalışmamızla benzer bulguları içermektedir. Ayrıca American Diabetes Association (ADA)'nın 2017 diyabet öz-yönetim eğitim kılavunda 9. Standartında diyabetli bireylerin üç ayda bir diyabetle ilgili sağlık kontrollerini yaptırmalarını önermektedir. Standartlara giren bu öneri bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir (110). Diyabeti nedeniyle her ay yada iki ayda bir sağlık merkezine başvuru sıklığının, bireyin düşük öz-bakım becerileri nedeniyle diyabetini yönetemediğini düşündürmektedir.

Sağlıkla ilgili bilgiyi akraba+arkadaş+komşudan alanların, diyabet öz-bakım ölçeği puanları almayanlardan daha düşüktür. Farklı olarak, sağlıkla ilgili bilgileri doktor ve hemşire+eczacıdan alan diyabetli bireylerin ise, diyabet öz-bakım ölçeği puanları almayanlara göre daha yüksektir. Piccinino ve ark.'nın en son (2014) çalışmasına ilişkin bulgularına bakıldığında; aile ve arkadaş aracılığıyla elde edilen bilgilerin diyabetin önlenmesi ve yönetimi konusunda tavsiye / danışmanlık sağlama konusunda belirgin bir şekilde yer aldığı görülmüştür (111). Araştırmamızla benzer sonuçlar elde edilmiş olup bilginin edinildiği kaynağa göre değişiklik gösterilebileceği ve güvenilir bilgiye nasıl erişilebileceği konusunda bireylerin yönderilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır.

SOYÖ Genel ve Alt Boyut Puanları ile DÖBÖ Puanlarının Korelasyonu

Araştırmamıza katılan diyabetli bireylerin “sağlık okuryazarlığı ölçeği” genel puanları, bilgiye erişim, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanma alt boyut puanları, ile “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında *orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki* var iken, bilgileri anlama alt boyut puanları ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında *düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki* bulunmuştur. Bu sonuca göre diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça diyabet öz-bakım becerilerinin de arttıracığı ancak benzer oranda bir artış olmayacağı sonucuna varılmaktadır. Neşe ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada ise sağlık okuryazarlığı ile diyabet öz-bakım arasında pozitif yönde ve çok güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,851$; $p=0,001$)(17). Araştırmamızla kısmen benzerlik göstererek sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça diyabet öz-bakım becerilerinin de benzer oranda arttıracığı sonucuna varılmaktadır.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Diyabeti olan bireylerde sağlık okuryazarlığının diyabet öz-bakımıyla ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

Araştırmada diyabetli bireylerin yaş ortalaması 55,29 olduğu ve % 51,3'un 41-64 yaş aralığında olduğu , bunların % 50,9'unun erkek , % 41,8'inin ilkokul mezunu, % 82,3'ünün evli, %38,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı ve çalışmayanların %32,3'ünün ise ev kadını olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 47,5'inin gelirinin giderinden az olduğu, % 72,5'inin eşi ve/veya çocukları ile yaşadığı, %70,6'sının sağlığı ile ilgili olarak devlet hastanesine başvurduğu, %79,7'sinin sosyal güvencesinin SGK olduğu görülmüştür. Diyabet tipine bakıldığında % 80,7'sinin tip 2 diyabet olduğu, % 69,6'sının ailesinde veya yakın çevresinde diyabetli bireylerin olduğu ve aile veya yakın çevresinde diyabetli olan bireylerin % 82,3'ü 1. dereceden akraba olduğu bulunmuştur. Diyabet kontrol sıklığı ve tedavi şekli incelendiğinde % 28,5'nin diyabet kontrolüne 1-2 Ayda 1 kez gittiği ve %48,7'sinin tedavi şeklinin oral antidiyabetik + fiziksel aktivite + diyabete uygun beslenme olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin sağlıkla ilgili bilgiyi en çok doktordan alırım diyenlerin oranı % 75,6 iken, interneti tercih edenlerin oranı ise % 41,1 olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel ve alt boyutlarında “yaş, eğitim, medeni durumu, gelir gider algısı, sosyal güvence durumu, diyabetin tipi, başka kronik hastalık varlığı, diyabetle ilgili kontrol sıklığı, sağlıkla ilgili en çok kullanılan kaynaklar içerisinde; internet, arkadaş+akraba+komşu, doktor, hemşire+eczacı” değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçeği uygulama alt boyutu hariç çalışma durumu ve sağlıkla ilgili en sık tercih edilen kurum, değerlendirme ve uygulama alt boyutları hariç evde birlikte yaşanan kişi ve tv+radyo, değerlendirme alt boyutu hariç gazete+dergi+kitap değişkenleri de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Diyabet öz-bakım ölçeğinden alınan puanlar ‘diyabet tipi, tedavi şekli, kontrol sıklığı, sağlıkla ilgili bilgiyi en çok doktor, hemşire+eczacı, arkadaş+akraba+komşudan alma değişkenleri ile karşılaştırıldığında gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği genel cronbach’s alpha değeri ,932 ve diyabet öz-bakım ölçeği genel cronbach’s alpha değeri ,856 bulunarak her iki ölçeğinde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuştur.

Sağlık okuryazarlığı ölçeği genel puanları, bilgiye erişim, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanma alt boyut puanları, ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında orta düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki var iken, bilgileri anlama alt boyut puanları ile diyabetli bireylerin “diyabet öz-bakım ölçeği” genel puanları arasında düşük düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur

6.2 Öneriler

- ✓ Hemşireler; diyabetli bireylere bakım vermeden önce nüfusun etnik / kültürel geçmiş, cinsiyet, yaş, örgün eğitim seviyeleri, okuryazarlık ve matematik bilgisi dahil olmak üzere tüm demografik özelliklerini ve ayrıca diyabet riski ve ilişkili komplikasyonların yaygınlığını belirlemesi önerilir.
- ✓ Hemşireler, diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, diyabet öz-bakım becerilerini etkileyeceği bilgisiyle eğitim ve bakımı planlamadan önce sağlık okuryazarlığını değerlendirmesi önerilir.
- ✓ Hemşirelerin; diyabetli bireylerin öz-bakım becerilerinin ne kadarını yapıp ne kadarını yapamadığını kolayca belirleyebileceği kontrol-listeleri kullanmaları önerilir.
- ✓ Hemşirelerin, sağlıklı bir yaşam tarzı geliştiren ve yaşam kalitesini yükselten bir faktör olan sağlık okuryazarlığının artırılması için farkındalık çalışmalarına katkı sağlamaları önerilir.
- ✓ Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düşük diyabetli bireylerin öz-bakım becerilerinin geliştirilmesine yönelik farklı eğitim ve izlem planları yapmaları önerilir.
- ✓ Ülkemizde yeterli sayıda diyabet hemşiresi olmadığı için bu alanda hemşirelerin yetiştirilmesi önerilir.
- ✓ Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığının diyabet öz-bakımı ile ilişkisinin içerisine bilgi düzeyinin de belirleneceği araştırmaların yapılması önerilir.
- ✓ Hemşirelerin diyabetli bireylere güvenilir bilgi kaynakları ve internet linklerini paylaşması ve erişimlerini desteklemesi önerilir.

KAYNAKÇA

- [1] Şireci, E. & Karabulutlu E. Y. (2017), *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1)
- [2] Raghupathi, W. & Raghupathi, V. (2018), *An Empirical Study of Chronic Diseases in the United States: A Visual Analytics Approach*, International journal of environmental research and public health, 15(3), 431.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15030431>
- [3] Akpınar, N. B. & Ceran, M. A (2019), *Kronik Hastalıklar Ve Rehabilitasyon Hemşireliği*, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 140-152
- [4] Karakurt P. ve ark. (2017), *Diyabetli Hastaların Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları*, European Journal of Therapeutics, 23: 165-72
- [5] Türk Diyabet Vakfı (2019), *TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*, İstanbul: Ulusal Diyabet Konsensus Grubu
https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf Erişim Tarihi: 06.07.2019

- [6] Şahin Z. (2015), *Tip 2 Diyabetli Hastaların, Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki*, ODÜ Tıp Dergisi, 2 (3)
- [7] United Nations Resolution 61/225: *World Diabetes Day*(2007)
<https://digitallibrary.un.org/record/589515> Erişim Tarihi: 25.03.2020
- [8] Öcal, E. E. and M. F. Önsüz (2018), *Diyabet hastalığının ekonomik yükü*, Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi; 3(1),24-31
- [9] World Health Organization (2017), *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth. Geneva*
Erişim Tarihi: 25.03.2020
- [10] TÜİK (2019), *Ölüm Nedenleri İstatistikleri*, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710> Erişim Tarihi:01.02.20
- [11] İstek, N., & Karakurt, P., (2018), *Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi*, Journal of Academic Research in Nursing, 4(3): 179-182 | DOI: 10.5222/jaren.2018.63634
- [12] Karakurt P.(2008), *Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Eğitimin Öz-Bakım Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Erzurum

- [13] Ünsal Avdal, E. & Kizilci, S. (2010), *Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,3-3
- [14] D'Souza M.S., Karkada S.N., Parahoo K., Venkatesaperumal R., Achora S., Cayaban A.R.R. (2017), *Self-Efficacy And Self-Care Behaviours Among Adults With Type 2 Diabetes*, Applied Nursing Research,36:25-32. doi: 10.1016/j.apnr.2017.05.004
- [15] Berberoğlu, U , Öztürk, O , İnci, M , Ekerbiçer, H . (2018), *Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi*, Sakarya Tıp Dergisi , 8 (3) , 575-581 . DOI: 10.31832
- [16] RobatSarpooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpooshi, H., & Peyman, N. (2020), *The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes*, Patient Related Outcome Measures, 11, 129–135. <https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>
- [17] Neşe A., Bakir E., Samancıoğlu Bağlama S. & Karasu F. (2020), *Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Diyabet Öz-Bakımı Üzerine Etkisi: Klinik Tabanlı Bir Çalışma*, Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi,5-3 doi: 10.5336/healthsci.2020-74281

- [18] Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016), *Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 – 1 , 69-74
- [19] Önsüz M.F.(2017), *Sağlık Okuryazarlığı Ve Medya*, Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.; 2(2),46-53
- [20] İnkaya B. & Tüzer H. (2018), *Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi*, Kocaeli Medicine Journal ; 7; 3:124-129
- [21] Özaydın, Ü., Can, M. F., Yılmaz, S., & Antakya, H. (2018), *Bireylerde Bazı Sağlık Okuryazarlığı Tutum ve Davranışları: Hatay İli Örneği Certain Health Literacy Attitude and Behaviors in Individuals: An Example for Hatay*, Smyrna Tıp Dergisi,34-41
- [22] Akbolat M., Kahraman G., Erigüç G., Sağlam H. (2016), *Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler Mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma* , TAF Preventive Medicine Bulletin,15-4
- [23] Brabers A.E, Rademakers J.J, Groenewegen P.P,(2017), *What Role Does Health Literacy Play In Patients' Involvement In Medical Decision-Making?* PLoS One Journal, 3;12(3):e0173316. doi: 10.1371/journal.pone.0173316
- [24] İlhan N, Telli S, Temel B, Aştı T., (2021) *Health Literacy And Diabetes Self-Care In Individuals With Type 2 Diabetes In Turkey*, Prim Care Diabetes.15(1):74-79. doi: 10.1016/j.pcd.2020.06.009

- [25] Shin KS, Lee EH. (2018), *Relationships Of Health Literacy To Self-Care Behaviors In People With Diabetes Aged 60 And Above: Empowerment As A Mediator*. J Adv Nurs. Oct;74(10):2363-2372. doi: 10.1111/jan.13738. Epub 2018 Jul 5. PMID: 29893030
- [26] Yarmohammadi S, Momenyan S, Ghaffari M, Ali R, Azizpour M. (2019) *Impact Of Functional, Communicative And Critical Health Literacy On Glycemic Control Among Patients With Type 2 Diabetes, And The Mediating Role Of Self-Care*, Psychol Res Behav Manag.18;12:427-435. doi: 10.2147/PRBM.S207466.
- [27] Yalın, H., Demir, H. G., & Olgun, N. (2011), *Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi Ve Tanılama*, The Journal of Turkish Family Physician, 2(2), 41-49
- [28] Kharroubi, A. T., & Darwish, H. M. (2015), *Diabetes Mellitus: The Epidemic Of The Century*. World journal of diabetes, 6(6), 850
- [29] American Diabetes Association (2011), *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*, Diabetes care, 34 Suppl 1(Suppl 1), S62–S69. <https://doi.org/10.2337/dc11-S062>
- [30] Guthrie R.A; Guthrie D.W (2004), *Diabetes Mellitus Pathophysiology*, Critical Care Nursing Quarterly, 27-2 , 113

- [31] World Health Organization: WHO ,*Diyabet 2020 vizyon ve hedefler*(2015)
https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf Erişim Tarihi:06.07.2019
- [32] Lancet, T. (2017), *Diabetes: A Dynamic Disease*, The Lancet Healthy Longevity 3;389(10085):2163 doi: 10.1016/S0140-6736(17)31537-4
- [33] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼,*T¼rkiye Diyabet ¼nleme ve Kontrol Programı Eylem Planı* (2011-2014), Diyabet Cemiyeti, ANKARA <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi> Erişim Tarihi:06.07.2019
- [34] World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization; (2016) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871> Erişim Tarihi: 31.03.2020
- [35] IDF Diabetes Atlas (2019) https://www.diabetesatlas.org/-upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf. Erişim Tarihi:03.12.2019
- [36] T.C. Sağlık Bakanlığı. *T¼rkiye Diyabet Programı 2015-2020*. İçinde: G¼m¼ř E, elik H, ¼zkanS,ve ark. Sayfa: 9.
https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf Erişim Tarihi:25.12.19

- [37] T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Sağlık Bakanlığı Yayın No.909; Ankara, 2013, s 89-104
- [38] Satman I. ve ark. (2012), *Türkiye’de Ve Dünya’da Diyabet, Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu Raporu*
http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_02_15_2b178.pdf Erişim Tarihi:06.07.2019
- [39] Diyabet Cemiyeti <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi> Erişim Tarihi:15.12.2019
- [40] Onat A. ,Can G., Yüksel H., Ademoğlu E., Erginel Ünaltuna N., Kaya A., Altay S.(2017) *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*, <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> Erişim Tarihi:15.12.2019
- [41] Oğuz, A., et al. (2018), *The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: PURE Turkey*,*Türk Kardiyol Derneği Arsivi* ;46(7):613-623
- [42] Topbaş E. (2015) *,Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı*, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 10(1): 53-59
- [43] Kıbrıs Türk Diyabet Derneği , KKTC diyabet verileri (2008)
<https://www.diyabetderneği.com/yayinlar.php> Erişim Tarihi:25.12.19

- [44] American Diabetes Association (2020) *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes*, 2020 Diabetes Care 43(Supplement 1): S14-S31
- [45] Kerner W, Brückel J; *German Diabetes Association. Definition, Classification And Diagnosis Of Diabetes Mellitus*, Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2014 Jul;122(7):384-6. doi: 10.1055/s-0034-1366278. Epub 2014 Jul 11. PMID: 25014088
- [46] Joshua J. Neumiller (2020), *Klinik Diyabet 2020* Ocak; 38 (1): 109 - 111. <https://doi.org/10.2337/cd19-0079>
- [47] American Diabetes Association <https://www.diabetes.org/diabetes/complications> Erişim Tarihi:06.07.2020
- [48] Çelik, M. Y. (2019), *Orem'in Öz- Bakım Eksikliği Kuramı ve Bu Kurama Göre Sağ Ayak Bileği ve Pelvis Kırığı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı*, Sağlık ve Toplum dergisi,30-35
- [49] Tüzün Özdemir, S , Durmaz Akyol, A . (2019), *Hemodiyaliz Hastalarına Arteriyovenöz Fistüle İlişkin Verilen Eğitim Özbakım Davranışlarını Etkiler mi?*, Nefroloji Hemşireliği Dergisi , 14 (2) , 45-56

- [50] Çelik A. ve Yıldırım Y., (2016) *Orem Öz-Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*, Journal of Cardiovascular Nursing ;7(14):182-1829(3), 99-104
- [51] Demir Doğan M., Tosun, E , Tek, A . (2018), *Perception Of Disease, Quality Of Life, Self-Care Management In Chronic Illness*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 7 (3) , 33-40
- [52] İstek, N., & Karakurt, P. (2018). *Global bir sağlık sorunu: tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi*, JAREN;4(3):179-182
- [53] Erol, Ö. & Yanık,Y. T. (2016), *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(3).
- [54] Gurmu, Y., Gela, D. & Aga, F. (2018), *Factors Associated With Self-Care Practice Among Adult Diabetes Patients In West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia*, BMC Health Serv Res 18, 732. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3448-4>
- [55] Van Puffelen A., Kasteleyn M., de Vries L., Rijken M., Heijmans M., Nijpels G., Schellevis F., & Diacourse study group (2020), *Self-Care Of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus Over The Course Of Illness: Implications For Tailoring Support*, Journal Of Diabetes And Metabolic Disorders, 19(1), 81–89. <https://doi.org/10.1007/s40200-019-00479-y>

- [56] Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH (2016), *Pathways Of Empowerment Perceptions, Health Literacy, Self-Efficacy, And Self-Care Behaviors To Glycemic Control In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus*, Patient Education and Counseling; 99(2):287-94. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.021. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26341940
- [57] İnkaya, B.V. & Karadağ, E. (2017), *Diyabetli Bireyler Ve Onlara Bakım Veren Hemşirelerin Hastalık Özyönetim Stratejilerine Bakışı: Kalitatif Bir Çalışma*, Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(1), 31-37
- [58] Royal Collage Nursing Web Site; important op diabete nursings <https://www.rcn.org.uk/> Erişim Tarihi: 25.12.2020
- [59] World Heakth Organization. Health promotion: track 2: health literacy and health behaviour. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Accessed April 8, 2020
- [60] Şahinöz, T., Şahinöz, S., & Kıvanç, A. (2018), *Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 71-79
- [61] Durmaz, S , Sürücü, E , Ozvurmaz, S . (2020), *Mermer Fabrikası İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*, Medical Sciences , 15 (3) , 81-91

- [62] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011) Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara s. 1-20
- [63] Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. ve ark. (2012), *Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models*, BMC Public Health, 12:80
- [64] Finbraten, H.S., Guttersrud, O., Nordström, G. et al. (2020) *Explaining Variance In Health Literacy Among People With Type 2 Diabetes: The Association Between Health Literacy And Health Behaviour And Empowerment.*, BMC Public Health 20, 161 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8274-z>
- [65] Finbraten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G, Pettersen KS, Trollvik A, Guttersrud (2018), *Establishing The HLS-Q12 Short Version Of The European Healthliteracy Survey Questionnaire*, BMC Health Services Research, 18(506):1–17
- [66] Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2011), *Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 96-106
- [67] Özönük, E. & Yılmaz, M. (2019), *Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki*, Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(2), 96-103

- [68] Olisarova, V., Kaas, J., Staskova, V., Bartlova, S., Papp, K., Nagorska, M., & Reifsnider, E. (2021), *Health Literacy And Behavioral Health Factors In Adults*, Public Health, 190, 75-8
- [69] Bodur A. S., Filiz, E., & Kalkan, I.,(2017), *Factors Affecting Health Literacy In Adults: A Community Based Study In Konya, Turkey*, International Journal of Caring Sciences, 10(1), 100-109
- [69] Bodur A. S., Filiz, E., & Kalkan, I.,(2017), *Factors Affecting Health Literacy In Adults: A Community Based Study In Konya, Turkey*, International Journal of Caring Sciences, 10(1), 100-109
- [70] Pehlivan E. & Ozdemir K. (2020), *Health literacy levels and related factors of patients admitted to an outpatient clinic in Malatya*, European Journal of Public Health, Volume 30-5, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.361>
- [71] Kendir Ç. Akkaya K., Arslantaş İ., Kartal M., (2017), *Health Literacy of Students Who Applied to Medical and Nursing Faculty in Dokuz Eylul University*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11 (3) , 144-151,DOI: 10.21763/tjfmpe.336167
- [72] Bostock S. & Steptoe A (2012), *Association Between Low Functional Health Literacy And Mortality In Older Adults: Longitudinal Cohort Study*,BMC, 16;344(1602):1-10

- [73] Laing, R., Thompson, S. C., Elmer, S., & Rasiah, R. L. (2020), *Fostering Health Literacy Responsiveness In A Remote Primary Health Care Setting: A Pilot Study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(8), 2730. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17082730>
- [74] Hill-Briggs F., Adler N.E, Berkowitz S.A, Chin M.H, Gary-Webb T.L, Navas-Acien A, Thornton P.L, Haire-Joshu D (2020), *Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review*. Diabetes Care, 2;44(1):258–79. doi: 10.2337/dci20-0053
- [75] Protheroe J, Rowlands G, Bartlam B, Levin-Zamir D. (2017) *Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management*. J Diabetes Res.;1298315. doi: 10.1155/2017/1298315
- [76] Finbråten HS, Pettersen KS, Wilde-Larsson B, Nordström G, Trollvik A, Guttersrud Ø. *Validating the European Health Literacy Survey Questionnaire In People With Type 2 Diabetes: Latent Trait Analyses Applying Multidimensional Rasch Modelling And Confirmatory Factor Analysis*, J Adv Nurs. 2017 Nov;73(11):2730-2744. doi: 10.1111/jan.13342. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28543754
- [77] Akyol Güner, T., Kuzu A., Bayraktaroğlu, T . (2020), *Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki* ,Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi , 4 (3) , 214-223

- [78] Rachmawati, U., Sahar, J. & Wati, D.N.K. (2019), *The Association Of Diabetes Literacy With Self-Management Among Older People With Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study* BMC Nursing, 18-34
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0354-y>
- [79] Stiles E., (2011), *Promoting Health Literacy In Patients With Diabetes*, Nursing Standart ,1;26(8):35-40. doi: 10.7748/ns2011.10.26.8.35.c8789. PMID: 22165805
- [80] Sezgin ve Sezgi (2014), *Tip 2 Diyabetli Hastaların Cep Telefonu İle Takibi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,3:4, 173-183 DOI: 10.5455/musbed.20131203074020
- [81] Hilmarsdóttir E, Sigurgardóttir ÁK, Arnardóttir RH. (2020), *A Digital Lifestyle Program in Outpatient Treatment of Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Study*, Journal of Diabetes Science and Technology
doi:10.1177/1932296820942286
- [82] Yıldırım, F. E., & Keser, A. E. (2015), *Sağlık Okuryazarlığı*, Ankara Üniversitesi Dergisi Yayın No: 455 ,Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3,90-100

- [83] Yıldırım, F. E., & Keser, A. E. (2015). *Sağlık okuryazarlığı*, Ankara Üniversitesi Dergisi Yayın No: 455 ,Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No: 3,101-111
- [84] Bayık Temel, A. & Aras Z. (2017), *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi*, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(2), 85-94.
- [85] Çopurlar C. & Kartal M. (2016), *Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care , 10 (1) , 0-0 . DOI: 10.5455/tjfm.193796
- [86] Aba N. & Tel H. (2012), *Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü*, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1:18-23
- [87] Ağralı H. & Akya I. (2018), *Diyabetli Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi; 9(3):314-321
- [88] Hashempour L. (2018), *Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi Ankara
- [89] Kazım Özdamar, *Paket Programları İle İstatistiksel Veri Analizi*, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999, s.522

- [90] Gustafsdottir, Sonja Stelly et al.(2020) “*Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version.*” *BMC public health* vol. 20,1 61. 14, doi:10.1186/s12889-020-8162-6
- [91] Jordan, S., Hoebel, J. (2015) *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland.* *Bundesgesundheitsbl.* **58**, 942950.<https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- [92] Almigbal TH, Almutairi KM, Vinluan JM, et al. (2019),*Association Of Health Literacy And Self-Management Practices And Psychological Factor Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus In Saudi Arabia,* *Saudi Media Journal*,40(11):1158-1166. doi: 10.15537/smj 11.24585. PMID: 31707414.
- [93] Rouquette, Alexandra et al. (2018) “*Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire.*” *PloS one* vol. 13,12 e0208091. 6 Dec., doi:10.1371/journal.pone.0208091
- [94] Ehmann, A. T., Groene, O., Rieger, M. A., & Siegel, A. (2020) *The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany,* *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051683>

- [95] Jovanić, M., Zdravković, M., Stanisavljević, D., & Jović Vraneš, A. (2018). *Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure*, International journal of environmental research and public health, 15(8), 1761. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081761>
- [96] Türkiye İstatistik Kurumu (2013), 06-15 Yaş Grubu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanımı Ve Medya, <https://tuikweb.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=15866> Erişim Tarihi:15.02.21
- [97] Türkiye İstatistik Kurumu (2020), Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679) Erişim Tarihi:15.02.21
- [98] Gaffari-Fam, Saber et al. (2020) “Impact of health literacy and self-care behaviors on health-related quality of life in Iranians with type 2 diabetes: a cross-sectional study.” *Health and quality of life outcomes* ; 18,1 357. 4., doi:10.1186/s12955-020-01613-8
- [99] Hashim, S. A., Barakatun-Nisak, M. Y., Abu Saad, H., Ismail, S., Hamdy, O., & Mansour, A. (2020), *Association of Health Literacy and Nutritional Status Assessment with Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus*, Nutrients, 12(10), 3152. <https://doi.org/10.3390/nu12103152>

- [100] Lorini, C., Lastrucci, V., Paolini, D., Bonaccorsi, G., & Florence Health Literacy Research Group (2020), *Measuring Health Literacy Combining Performance-Based And Self-Assessed Measures: The Roles Of Age, Educational Level And Financial Resources In Predicting Health Literacy Skills. A Cross-Sectional Study Conducted In Florence (Italy)*, *BMJ open*, 10(10), e035987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035987>
- [101] Bayık Temel, A & Çimen, Z . (2017), *Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler* , Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 33 (3) , 105-125
- [102] Gomes, M. B., Muniz, L. H., Melo, L., Pizarro, M. H., Barros, B., Santos, D. C., & Negrato, C. A. (2020). *Health literacy and glycemic control in patients with diabetes: a tertiary care center study in Brazil*. *Diabetology & metabolic syndrome*, 12, 11. <https://doi.org/10.1186/s13098-020-0519-6>
- [103] Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tani, Tedavi ve İzlem Kılavuzu* (2020), sayfa 22-24 https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20200625154506-2020tbl_kilavuz_86bf012d90.pdf Erişim Tarihi:15.02.21
- [104] T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri* (2018), <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html> Erişim Tarihi:04.02.2021



- [105] Aytekin Kanadli K, Ovayolu N., Ovayolu Ö. (2016) *Does Telephone Follow-Up and Education Affect Self-Care and Metabolic Control in Diabetic Patients?* *Holist Nursing Practice*,30(2):70-7. doi: 10.1097/HNP.000000000000137. PMID: 26871245
- [106] Toma T, Athanasiou T, Harling L, Darzi A, Ashrafian H. (2014),*Çevrim içi Social Networking Services In The Management Of Patients With Diabetes Mellitus: Systematic Review And Meta-Analysis Of Randomised Controlled Trials*, *Diabetes Res Clin Pract.* Nov;106(2):200-11. doi: 10.1016/j.diabres.2014.06.008
- [107] Devarajoo, C., & Chinna, K. (2017), *Depression, Distress And Self-Efficacy: The Impact On Diabetes Self-Care Practices*, *PloS one*, 12(3), e0175096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175096>
- [108] Kassahun, T., Gesesew, H., Mwanri, L., & Eshetie, T. (2016), *Diabetes Related Knowledge, Self-Care Behaviours And Adherence To Medications Among Diabetic Patients In Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Survey*, *BMC endocrine disorders*, 16(1), 28
- [109] Werfalli, M. M., Kalula, S. Z., Manning, K., & Levitt, N. S. (2020), *Does Social Support Effect Knowledge and Diabetes Self-Management Practices in Older Persons With Type 2 Diabetes Attending Primary Care Clinics in Cape Town, South Africa?*. *PloS one*, 15(3), e0230173.107

[110] American Diabetes Association, *2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*,
<https://spectrum.diabetesjournals.org/Content/30/4/301>,Erişim
Tarihi:07.02.2021

[111] Piccinino, L. J., Devchand, R., Gallivan, J., Tuncer, D., Nicols, C., & Siminerio, L. M. (2017), *Insights From the National Diabetes Education Program National Diabetes Survey: Opportunities for Diabetes Self-Management Education and Support*, *Diabetes spectrum : a publication of the American Diabetes Association*, 30(2), 95–100. <https://doi.org/10.2337/ds16-0056>

EKLER

Ek 1: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurul izni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"</p>	<p>99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2019-0195</p>	<p>24.09.2019</p>	
<p>Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>		
<p>Sayın Ayşe Korkmaz</p>		
<p>Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi.</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 24.09.2019 tarih ve 2019/21-04 sayılı kararı doğrultusunda "Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Özbakımıyla İlişkinin Belirlenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin danışmanlığında, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilgilerinize rica ederim.</p>		
<p></p>		
<p>Prof. Dr. Fatma Güven Lisaniler Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>FGL/ns.</p>		
<p>www.emu.edu.tr</p>		

**Ek 2: Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Bünyesinde
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul ve kurum izni**



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü
Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Sayı : YTK1.01-629-19/E.4105

5 Aralık 2019

Konu : Ayşe Korkmaz'ın Etik Kurulu hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisan Öğrencisi Ayşe Korkmaz'ın " Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Öz Bakımıyla İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma için yeni etik kurul üyelerinin atanması ve yeni tüzüğün onaylanacağı zamana kadar tez sürecinin uzamasına bağlı mağduriyet yaşanmaması için hastanemizde çalışma yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bu izin etik kurul kararı değildir. Yeni tüzüğe göre oluşturulacak Etik kurul kararı daha sonra bildirilecektir.

Gereği için bilgilerinize. Saygılarımla arz ederim.



e-imzalıdır

Sonuç BÜYÜK
Başhekim Baş Yrd.

Dağıtım:

Gereği:

Gazimağusa Devlet Hastanesi

Bilgi:

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü

Not: 93/2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bedrettin Demirel Caddesi - Ortaköy
Tel: (392) 228 54 41
Fax: (392) 223 18 99

Bilgi için:Havva GÜNDOĞDU
Başhekim Sekreteri

Ek 3 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



**Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Öz-Bakımı ile İlişkisinin Belirlenmesi

Bu form ile “*Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Diyabet Öz- Bakımı ile İlişkisinin Belirlenmesi*” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayımlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz

ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Diyabetli bireylerin kendi öz-bakım aktivitelerinde aktif rol alabilmeleri için diyabetleriyle ilgili bilgiye ulaşabilmeli, anlayabilmeli, yorumlayabilmeli, uygulayabilmeli ve değerlendirebilmelidir. Bu nedenle bu çalışmada sizlerin diyabetle ilgili sağlık okuryazarlık düzeyiniz belirlenerek diyabet öz-bakımıyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma, Gazimağusa Devlet Hastanesi Diyabet Polikliniği hasta görüşme odasında yapılması planlanmaktadır. Çalışma süresince sizden beklenen verilerin toplanabilmesi için oluşturulan anket formlarını objektif olarak yanıtlamanızdır. Araştırmada anket formlarının doldurulması için öngörülen süre yaklaşık 15-20 dakikadır. Çalışma sonuçlarımız sizin anket formlarına verdiğiniz cevapların istatistiksel olarak incelemesi ile ortaya çıkmasında kullanılacaktır. Çalışmada bildireceğiniz düşünceler sağlık okuryazarlığınızın diyabet öz-bakımıyla ilişkisini ortaya koyacağından formları içtenlikle cevaplamanız istenmektedir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Ayşe KORKMAZ Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi Görevi: Öğretim Üyesi
Telefon : 05338802105 Telefon : 0533 832 97 47

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Ayşe Korkmaz ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ayşe KORKMAZ

Adres:

Tel:

İmza: Tarih:13.09.2019

Ek 4: Çevrimiçi Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

DİYABETLİ BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DİYABET ÖZ BAKIMIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Değerli katılımcı,

Aşağıda yer alan anket formunun amacı; Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığının diyabet öz bakımıyla ilişkisini belirlemektir. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için isminiz istenmeyecektir. Bu nedenle sorulara içtenlikle cevap vermenizi diler araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Ayşe KORKMAZ
Doğu Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN
Doğu Akdeniz Üniversitesi Öğretim Üyesi
Tez Danışmanı

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz? *

- Evet, kabul ediyorum.
- Hayır, kabul etmiyorum.

Ek 5: Diyabetli Birey Tanımlama Formu

DİYABETLİ BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DİYABET ÖZ BAKIMIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

DİYABETLİ BİREY TANIMLAMA FORMU

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: 1.Kadın () 2. Erkek ()

3.Eğitim Durumunuz Nedir?

1.Okur yazar () 2.İlkokul mezunu () 3.Ortaokul mezunu()

4.Lise mezunu () 5.Üniversite ve üzeri ()

4.Medeni Durumunuz Nedir? 1. Evli () 2. Bekar ()

5. Çalışma Durumunuz Nedir? 1. Çalışıyor () 2.Emekli () 3. Çalışmıyor ()

5.1 Çalışmıyor ise durumu ? 1. Ev hanımı() 2. İşsiz ()

6. Gelir Düzeyinizi Nasıl Algılıyorsunuz?

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

7. Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?

1.Yalnız () 2.Eşim ve/veya çocuklarımla 3.Anne-Babamla () 4.Arkadaşım ()

8. Sigara içiyor musunuz? Cevabınız hayır ise 9. Soruya geçiniz

1.Hayır, hiç içmedim. () 2. İçtim, bıraktım. () 3. Evet, içiyorum. ()

9. Tükettiğiniz sigara miktarı :..... Adet

9.1 SigaraTüketme Sikliği? 1.Günde () 2.Haftada () 3.Ara Sıra()

10.Alkol tüketiyor musunuz?1.Evet () 2.Hayır () Cevabınız hayır ise 12. Soruya geçiniz

11.Tükettiğiniz alkol miktarı:..... Adet

11.1 AlkolİçmeSıklığı? 1.Günde () 2.Haftada () 3.Ara Sıra()

12.Sağlığınızla ilgili en sık tercih ettiğiniz kurum hangisidir?

1.Devlet Hastanesi () 2.Özel Hastane () 3.Üniversite Hastanesi ()

4.Sağlık Ocakları () 5.Diğer (Belirtiniz.....)

13.Sosyal güvenceniz var mı ? 1. Yok () 2. SGK () 3. Özel sağlık sigortası () 4.Dar gelirli

14.Diyabetinizin tipi nedir? 1. Tip1 Diyabet () 2. Tip2 Diyabet ()

15.Ailenizde ve/veya yakın çevrenizde diyabet var mı? 1.Hayır () 2. Evet ()

15.1 Cevabınız evet ise yakınlık düzeyiniz nedir?1) 1.derece akraba 2) 2. Derece akraba

16. Ne zamandır Diyabet hastasıınız?

17. Başka kronik hastalığınız var mı? 1.Hayır () 2. Evet ()

17.1 Cevabınız evet ise kronik hastalık/lar nedir?

18.Hangi sıklıkta Diyabet Kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?

1. Rahatsızlandığımda () 2. Ayda 1 kez () 3. 2 ayda 1 kez ()

4. 3 ayda 1 kez () 5. 6 ayda 1 kez () 6. Yılda 1 kez ()

19.Diyabet Tedavi Şekliniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Oral Antidiyabetikler () İnsülin () Oral Antidiyabetikler + İnsülin ()

Fiziksel Aktivite () Diyabete uygun beslenme tedavisi ()

20.Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşabilmek için en çok hangi kaynakları kullanıyorsunuz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

İnternet () Gazete () Arkadaş- akraba () Hemşire ()

Televizyon () Dergi () Komşu () Eczacı ()

Radyo () Kitap () Doktor ()

21.Diyabetle ilgili herhangi bir alternatif tedavi yöntemi kullanıyorsunuz? 1.Hayır ()
2. Evet ()

21.1Cevabınız evet ise Kullanılan Alternatif Tedavi Yöntemi nedir?

.....

Ek 6: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler bireylerin kendi sağlıkları için yaptıkları bazı davranışları tanımlamaktadır. Lütfen sizden de sağlığınıza ilgili olarak neler yaptığınızı anlatmanız için birkaç dakikanızı ayırmanızı istiyoruz. Lütfen, düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği daire içine alın. Toplam 25 ifade yer almaktadır.

İFADELER	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	()	()	()	()	()
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()

13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
15. . Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
16.Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
17.Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
19.Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
20.Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
21.Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
22.Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
23.Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
24.Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()
25.Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	()	()	()	()	()

Ek 7: Diyabet Öz-Bakım Ölçeği

DİYABET ÖZ-BAKIM ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler diyabetlilerin kendi bakımları için yaptıkları bazı davranışları tanımlamaktadır. Lütfen sizden de diyabet bakımınızla ilgili olarak neler yaptığınızı anlatmanız için birkaç dakikanızı ayırmanızı istiyoruz. Lütfen, düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği daire içine alın. Toplam 35 ifade yer almaktadır.

İFADELER	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim.	()	()	()	()
2. Ara öğünlerimi her zaman yerim.	()	()	()	()
3. Lokantalarda yemek yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
4. Davetlere (misafiriğe, gezmeye, günlere vb.) gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
5. Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zaman da, diyetime bağlı kalırım.	()	()	()	()
6. Aşırı yemem.	()	()	()	()
7. Düzenli olarak egzersiz yaparım.	()	()	()	()
8. Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım.	()	()	()	()
9. Yeterince egzersiz yaparım.	()	()	()	()
10. Kan şekerimi ölçerim.	()	()	()	()
11. Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını saklarım.	()	()	()	()
12. Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım.	()	()	()	()
13. İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım.	()	()	()	()
14. İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım.	()	()	()	()
15. Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum.	()	()	()	()
16. Kan şekerim düştüğü zaman kesme şeker alırım.	()	()	()	()

İFADELER	Hiç Bir Zaman	Baze n	Sık Sık	Her Zaman
17. Düzenli olarak doktoruma giderim.	()	()	()	()
18. Kan şekeri çok yükseldiği zaman doktoruma danışırım.	()	()	()	()
19. Kan şekeri çok düştüğü zaman doktoruma danışırım.	()	()	()	()
20. Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim.	()	()	()	()
21. Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim.	()	()	()	()
22. Gün boyunca evde her zaman terlik/ev ayakkabısı giyerim.	()	()	()	()
23. Daima çorap giyerim.	()	()	()	()
24. Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım.	()	()	()	()
25. Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım.	()	()	()	()
26. Dişlerimi her gün fırçalarım.	()	()	()	()
27. Diyabet kartı taşıyorum.	()	()	()	()
28. Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum.	()	()	()	()
29. Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/ uzmanlarına danışırım.	()	()	()	()
30. Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum.	()	()	()	()
31. Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim.	()	()	()	()
32. Bir diyabet destek grubuna katılıyorum.	()	()	()	()
33. Bir diyabet dergisine aboneyim.	()	()	()	()
34. Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım.	()	()	()	()
35. Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım.	()	()	()	()

BU ARAŞTIRMAYA KATILDIĞINIZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM.

Ek 8: Ölçek Sahiplerinden Ölçeklerin Kullanım İzinleri

Ynt: diyabet öz bakım ölçeği kullanım izni

Merhaba Ayşe Hanım,
Tez çalışmanızda "Diyabet Öz-Bakım Ölçeğini" kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili bilgileri ekte gönderiyorum.
İyi çalışmalar....
Doç.Dr. Papatya Karakurt
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
24030 Erzincan

Gönderen: ayşe korkmaz <aysee_20_04@hotmail.com>

Gönderildi: 28 Haziran 2019 Cuma 10:06

Kime: papatyademirci@hotmail.com

Konu: diyabet öz bakım ölçeği kullanım izni

Sayın Papatya Hocam;

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi hemşirelik bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe KORKMAZ."Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının öz bakımına etkisini belirlemek" adlı tezimde diyabet öz bakım ölçeğinizi kullanabilir miyim? ölçeği değerlendirmesiyle birlikte gönderebilir misiniz?

← Re: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni



Ayla Bayık Temel <ayla.bayik@gmail.com>

1.07.2019 Pzt 15:40

Kime: Siz

Sayın

AYŞE KORKMAZ

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94 sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır.Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim

Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

ayşe korkmaz <aysee_20_04@hotmail.com>, 27 Haz 2019 Per, 14:17 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Ayla HOCAM;

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi hemşirelik bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe KORKMAZ."Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının öz bakımına etkisini belirlemek" adlı tezimde ölçeğinizi kullanabilir miyim? ölçeği değerlendirmesiyle birlikte gönderebilir misiniz?

