



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DİYABETİK AYAK HASTALARI VE BAKIM VERENLERİNE UYGULANAN EĞİTİM VE İZLEMİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. YILDIZ KIZILAY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2020

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYABETİK AYAK HASTALARI VE BAKIM
VERENLERİNE UYGULANAN EĞİTİM VE
İZLEMİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. YILDIZ KIZILAY

DANIŞMAN
Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen ve süreci benim için keyifli kılan, tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK'a, Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ ve Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ hocalarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve yara bakım servisi ekibine teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Anneme, babama, kardeşlerime, hep yanımda olan eşim Ömer Can KIZILAY'a ve tüm sıkıntılarımı bir gülüşüyle silen, her zaman güç veren canım oğlum Rüzgar KIZILAY'a çok teşekkür ediyorum.

DR. Yıldız KIZILAY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DiyabetesMellitus.....	3
2.1.1. DiyabetesMellitus Komplikasyonları	3
2.1.1.1. Akut Komplikasyonlar	3
2.1.1.2. Kronik Komplikasyonlar	4
2.2. Diyabetik Ayak.....	4
2.2.1. Diyabetik Ayak Etiyolojisi	4
2.2.2. Diyabetik Ayak Risk Faktörleri.....	5
2.2.3 Diyabetik Ayak Nöropatik ve İskemik özellikler	6
2.2.4. Diyabetik Ayak Sınıflaması.....	6
2.2.5. Hasta Yönetimi	7
2.2.6. Diyabetik Ayak Eğitimi.....	8
2.3. Tükenmişlik Sendromu	10
2.3.1. Tükenmişlik Tanımı	10
2.3.2. Tükenmişlik Sendromunun Önemi.....	11
2.3.3. Tükenmişlik Sendromunun Nedenleri.....	11
2.3.4. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri	12
2.3.5. Tükenmişlik Sendromunun Stresle İlişkisi.....	13

2.3.5.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	13
2.3.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları	14
2.4. Sosyal Destek	14
2.5. Bakım Verme, Bakım Yükü Ve Bakım Verende Tükenmişlik	15
3. GEREÇ YÖNTEM	17
3.1. Çalışma Tasarımı	17
3.2. İstatiksel Analiz	19
3.3. Araştırma Etiği	19
4. BULGULAR	20
4.1. Diyabetik Ayak Hastalarının Tanımlayıcı Bulguları	20
4.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Bulguları	21
4.3. Tükenmişlik Puanları.....	25
4.4. Hastaların Tanımlayıcı BulgularıİleBakım Verenin Tükenmişliği İlişkisi	27
4.5. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Bulguları İle Tükenmişlik İlişkisi.....	29
5. TARTIŞMA.....	34
5.1. Eğitim Ve İzlemin Tükenmişlik Üzerine Etkisi	34
5.2. Hastaya Ait Özelliklerle Bakım Verenin Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisi	37
5.3. Bakım Verene Ait Özelliklerle Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisi	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
ÖZET	44
SUMMARY	46
KAYNAKLAR	48
EKLER	57

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Diyabetik ayak risk faktörleri	5
Tablo II. Nöropatik ayak ve iskemik ayak özellikleri	6
Tablo III. Stresle başa çıkma yöntemleri	13
Tablo IV. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	20
Tablo V. Hastaların diyabetik ayak ile ilgili tanımlayıcı verileri	21
Tablo VI. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	22
Tablo VII. Bakım Verenlerin Bakım Verme Durumu İle İlgili Verileri	23
Tablo VIII. Bakım Verenlerin Hasta Hakkında Fikirleri	24
Tablo IX. Bakım Verenlerin Diğer Tanımlayıcı Bulguları	24
Tablo X. Tüm bakım verenlerin tükenmişlik puan ortalamaları.....	25
Tablo XI. Duygusal tükenme puanları	26
Tablo XII. Duyarsızlaşma Puanları	26
Tablo XIII. Kişisel başarı puanları.....	27
Tablo XIV. Hastanın sosyodemografik özellikleriyle tükenmişlik puanları ilişkisi	27
Tablo XV. Hastaların Diyabetik ayak ile ilgili verileriyle bakım verenlerin tükenmişlik puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo XVI. Hastanın diğer verileriyle tükenmişlik puanları arasındaki ilişki	29
Tablo XVII. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleriyle tükenmişlik puanları arasındaki ilişki	30
Tablo XVIII. Bakım verenin bakım verme durumu ile ilgili verilerin tükenmişlik puanları arasındaki ilişkisi.....	31
Tablo XIX. Bakım verenin hasta hakkında düşündükleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki	32
Tablo XX. Bakım verenin problemleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki.....	33

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Diyabetik ayak etiyolojisi	5
Şekil 2. Diyabetli hastalarda ayak sorunlarına yaklaşım.....	7



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DM	: Diyabetes Mellitus
DAE	: Diyabetik ayak enfeksiyonu
ADÜ	: Adnan Menderes Üniversitesi
DA	: Diyabetik Ayak
KVH	: Kardiovasküler hastalık
DRP	: Diyabetik retinopati



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Eğitim Diyabetik Ayak Bakım Önerileri	58
Ek 2. Eğitim Broşürü	63
Ek 3. Yapılandırılmış Destek Programı	66
Ek 4. Anket	68
Ek 5. Etik Kurul Onayı	74



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülinin etkisizliği nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinleri yeterince kullanamadığı kronik bir metabolizma hastalığıdır. Kronik olduğu için sürekli bakım gerektirmektedir(1).Türkiye’de erişkinlerde diyabet sıklığı TURDEP-II (2010) çalışmasında %13.7 olarak belirlenmiştir. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları ile bunlara bağlı morbitide ve mortalitenin arttığı gözlenmektedir(2).

Diyabetin komplikasyonları arasında en sık görülenlerden biri diyabetik ayaktır. Diyabetik ayak (DA) yaraları, tedavisi güç ve ciddi sonuçları olan önemli bir sorundur. Dünyada her 30 saniyede bir ayak kaybına neden olmaktadır (1). İş gücü kaybına, psikososyal travmaya ve sağlık bakım maliyetinin artmasına yol açmaktadır (3).Diyabetin kontrollü olması, hijyen kurallarına özen gösterilmesi, uygun ayakkabı tercihi, düzenli ayak muayeneleri ve ayak bakımı sayesinde bu sorunlar %50 oranında önlenabilir. Diyabetli hastalar yakından takip edilmeli ve özellikle ayak bakımı konusunda bilgilendirilmelidirler(3). Diyabetik ayak gelişimini önlemek bakım verenin bakım yükünü azaltmaktadır.

Tükenmişlik kavramı, bilimsel yayınlara ilk olarak 1974 yılında “Personel Tükenmişliği” adlı makale ile girmiştir. Herbert J. Freudenberger bu makalede tükenmişliği, "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak tanımlanmaktadır (4, 5). Günümüzde en yaygın kabul gören tanım ise C. Maslach’a aittir. Maslach’a göre tükenmişlik, “iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi” şeklinde tanımlanmaktadır (6).Son yıllarda artan evde bakım hastaları nedeniyle profesyonel olmayan bakım vericilere olan ihtiyaç da artmıştır. Bu durum profesyonel olmayan bakıcılarda tükenmişlik kavramını gündeme getirmektedir (7-9).

Bireysel olarak tükenmenin iş kayıpları, uykusuzluk, yorgunluk, baş ağrıları, bitkinlik, anksiyete, benlik saygısında azalma, çabuk öfkelenme, eleştiriye aşırı duyarlılık gibi duygusal sorunlar ile baş gösterdiği gösterilmiştir(10).Özellikle ölümcül hastalığı bulunan hastalara bakım, yüksek düzeyde duygusal talepleri de beraberinde getirmektedir.

Bu tür hastalara bakım sağlayanların tedavi yanında bilgi, güven ve duygusal destek verme gibi görevleri de olduğu düşünülür. Bu görevlerin yoğunluğu bakım verenler üzerinde ağır bir yük yaratabilmekte ve duygusal tükenmeye neden olabilmektedir(11, 12). Bakım verenin bu süreçten en az etkilenmesi için bakım veren ve ailesinin desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır (13).

Sosyal desteğin tükenmişliğe karşı bir tampon görevi gördüğü düşünülmektedir ve bu ilişki çok önemlidir. Sosyal destek almak tükenmişliği azaltan bir faktör olarak bulunmuştur. Yakın, ulaşılabilir bir aile ve dost çevresine sahip olmak bireye güven veren ve bireyi destekleyen nitelik taşıyarak tükenmişlik riskini azaltır(14).Yakın dönemde ise hastalığı kabullenmede, telefonla sosyal destek ve eğitimin faydalı bir yöntem olduğu düşünülmektedir (15).

Biz de bu bilgiler ışığında diyabetik ayak hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmanın amacı: diyabetik ayak hastalarına ve bakım verenlerine uygulanan eğitim ve izlemin, bakım verenlerde bakım işiyle ilişkili tükenmişlik düzeyine etkisinin araştırılmasıdır. İkincil amacımız ise diyabetik ayak hastalarına bakım verenlerde gözlenen tükenmişlik sendromuyla ilişkili faktörleri ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitus

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülinin etkisizliği nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinleri yeterince kullanamadığı kronik bir metabolizma hastalığıdır. Kronik olduğu için sürekli bakım gerektirmektedir(1).

Diyabet bu yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (16).Dünyada yaklaşık 415 milyon kişide diyabet, 318 milyon kişide ise glukoz intoleransı olduğu düşünülmektedir. Her 6 saniyede 1 kişi diyabet hastalığının sonuçları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.(17).

Diyabetin prevalansı her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde durum dünya geneli ile benzerdir. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) çalışmasına göre 1998 yılında diyabet görülme oranı %7.2 iken, 12 yıl sonra %90 artarak %13.7'ye yükselmiştir (2).Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları ile bunlara bağlı morbitide ve mortalitenin de arttığı gözlenmektedir. Akut komplikasyon riskini azaltmak ve kronik (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler) komplikasyonlarından korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi şarttır (1).

2.1.1. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları

Diyabetli bireylerde mortalitenin en önemli sebebi komplikasyonlardır. Komplikasyonlar akut komplikasyonlar ve kronik komplikasyonlar olarak iki başlıkta toplanır (18).

2.1.1.1. Akut Komplikasyonlar

Hipoglisemi ve hiperglisemi diyabetin akut komplikasyonlarından. Klinik kan şekeri seviyesine göre değişir. Koma ya da ölümcül olaylara neden olabilirler ancak genelde tedaviye hızlı yanıt veririler(19, 20)

2.1.1.2. Kronik Komplikasyonlar

Kronik komplikasyonlar; diyabetin ilerleyen dönemlerinde diğer organ sistemlerinde ortaya çıkan durumlardır. Diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyonlar makrovasküler ve mikrovasküler olarak iki başlıkta incelenebilir (21). Makrovasküler komplikasyonlar koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık olarak sıralanabilirler(22). Mikrovasküler komplikasyonlar ise nefropati, retinopati ve nöropati olarak sıralanabilir(23). Nöropati ve periferik arter hastalığı en önemli diyabet komplikasyonlarından biri olan diyabetik ayak oluşumuna neden olmaktadır(20).

2.2. Diyabetik Ayak

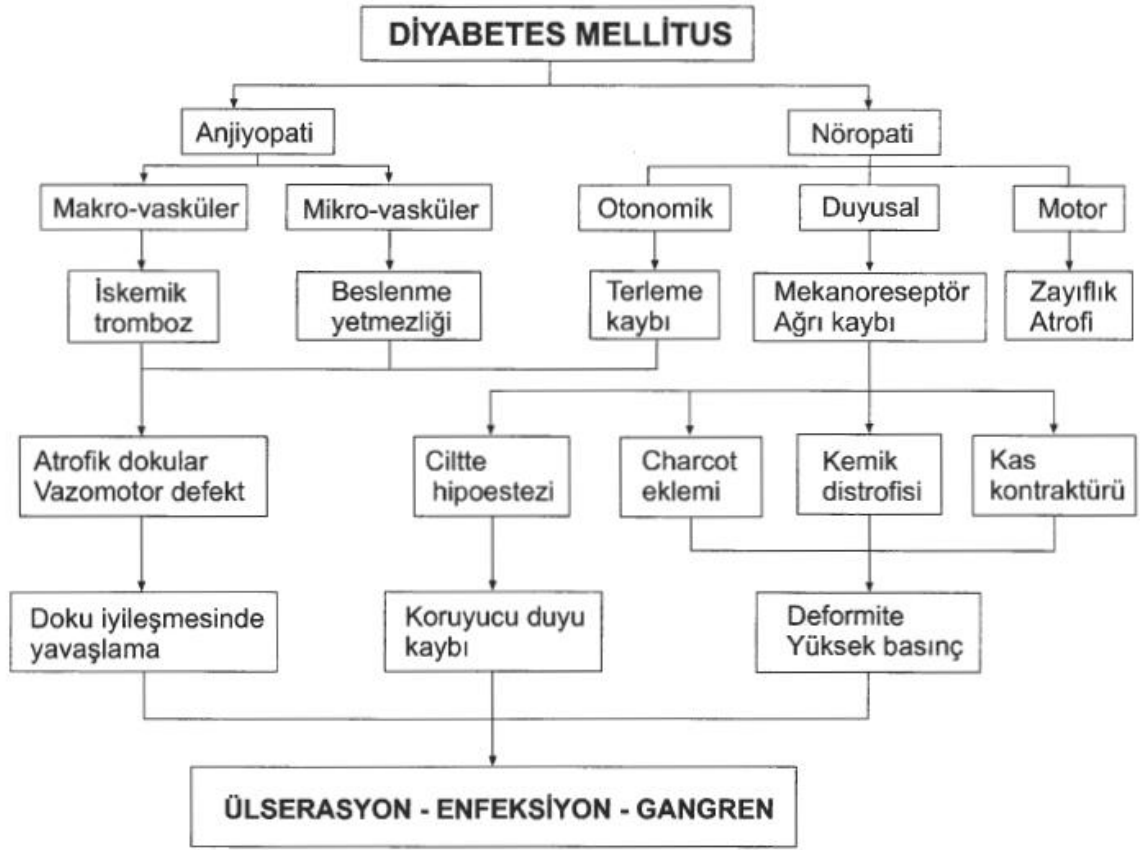
Diyabetik ayak; sıklıkla periferik nöropatiye bağlı koruyucu duyu kaybı ve periferik arter yetmezliğine bağlı iskemi sonucu gelişen bir diyabet komplikasyonudur (24). Ayak ülserlerinin yıllık insidansı %3 tür. Tüm diyabetik hastaların %15 inde ayak ülserleri görülür. Bunların %15 inde amputasyon gerekir (25). Nontravmatik amputasyonların %40-60'nın nedeni diyabetik ayaktır(26).

Yeni ülser saptanan diyabetik hastalarda relatif ölüm riskinin yaklaşık 2,5 kat arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Alt ekstremité major amputasyonu sonrası 3 yıllık yaşam beklentisi %50 dir. Bu oran bazı kanser türlerinden bile daha yüksektir (27).

Ayağında ülser veya enfeksiyonu olan bir diyabetik hastanın ortalama hastanede yatış süresi, ülseri olmayan bir diyabetliden en az %50 daha uzundur. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre DA yarası ve enfeksiyonlarının tedavisi için yapılan harcama tutarı; 475 milyon Türk lirasıdır (3).

2.2.1. Diyabetik Ayak Etiyolojisi

Diyabetik ayak lezyonlarının etiyolojisi multifaktöryeldir. Anormal ayak biyomekaniği (charcot artropatisi), periferik arter hastalığı, polinöropati (duyusal, otonom, motor), artmış kan glukozuna bağlı bozulmuş kan akımı ve yetersiz lokal immün cevaba bağlı yara iyileşmesinde gecikme gibi faktörlere bağlıdır (27). (Şekil 1).



Şekil 1. Diyabetik ayak etiyolojisi (28)

2.2.2. Diyabetik Ayak Risk Faktörleri

Risk faktörleri Tablo I 'de belirtilmiştir. Yaş dışında diğer faktörler izlem ve eğitim ile önlenabilir ya da geciktirilebilir (29, 30).

Tablo I. Diyabetik ayak risk faktörleri

• Nöropatik Ayak • Temel ayak bakımı eksikliği • Periferik Damar Hastalığı • Hijyen eksikliği • Ayak Deformitesi • Sigara içme • Enfeksiyon (Fungal ya da bakteriyel)	• Obezite • Ayakta ödem • 65 yaş ve yukarısı • Makrovasküler hastalık • Düzensiz glisemik kontrol • Dislipidemi
---	--

2.2.3. Diyabetik Ayak Nöropatik ve İskemik özellikler

Diyabetik ayak yaralarının % 80'i sadece nöropati, % 20'si nöroiskemi zemininde oluşan travmalar sonucunda oluşur. Sadece iskemik zeminde yara oluşması nadirdir, genelde nöropati eşlik eder(31).Tablo II'de iskemik ayak ve nöropatik ayağın özellikleri özetlenmiştir(32-34).

Tablo II. Nöropatik ayak ve iskemik ayak özellikleri

Nöropatik Ayak	İskemik Ayak
Sinsi başlangıç olabilir.	Saf nöropatik lezyonlara eşlik edebilir
Ağrı, dizestezi, parestezi ve hissizlik gibi nöropatik semptomlar görülür. Önce dokunma hissedilemez, sonra vibrasyon hissi ve eklem refleksleri kaybolur.	Kladikasyon (Kalça ve baldırda),istirahat ağrısı(özellikle geceleri artan), solukluk veya siyonize görünüm gibi iskemik semptomlar görülür.
Cilt sıcak (Sempatik denervasyon ve arterio venöz şant sonucu)ve kurudur. Genişlemiş venler görülebilir. Nabız palpasyonu alınır, kuvvetlidir.	Trofik değişiklikler (kılların dökülmesi, tırnak atrofisi) görülür. Nabız palpasyonu zayıftır veya alınamaz.
Ülser düzgün kenarlıdır. Granülasyon dokusu mevcuttur.	Ülser düzensizdir. Granülasyon dokusu yoktur.
Genelde lokalizasyonu metatars başı, parmak uçları ve aralarıdır.	Lokalizasyonu topuk, ayağın medial kenarı ve parmakların dorsal yüzüdür.

2.2.4. Diyabetik Ayak Sınıflaması

Diyabetik ayak ülserleri Pedis, Wagner, Üniversity Of Texas gibi sınıflandırmalarla sınıflandırılmaktadır. Wagner sınıflaması kullanım kolaylığı nedeni ile en çok tercih edilendir(35).

Wagner sınıflaması:

0. DERECE: Ülser yok, fakat ülser yönünden riskli ayak.
1. DERECE: Yüzeysel ülser vardır, fakat infeksiyonun klinik bulguları yoktur.
2. DERECE: Derin penetre ülser vardır, sıklıkla yumuşak doku infeksiyonu eşlik eder, derin abse oluşumu veya osteomyelit yoktur.
3. DERECE: Derin ülserle birlikte abse oluşumu veya osteomyelit de vardır.

4. DERECE: Ayağın bir bölümünde gangren vardır.

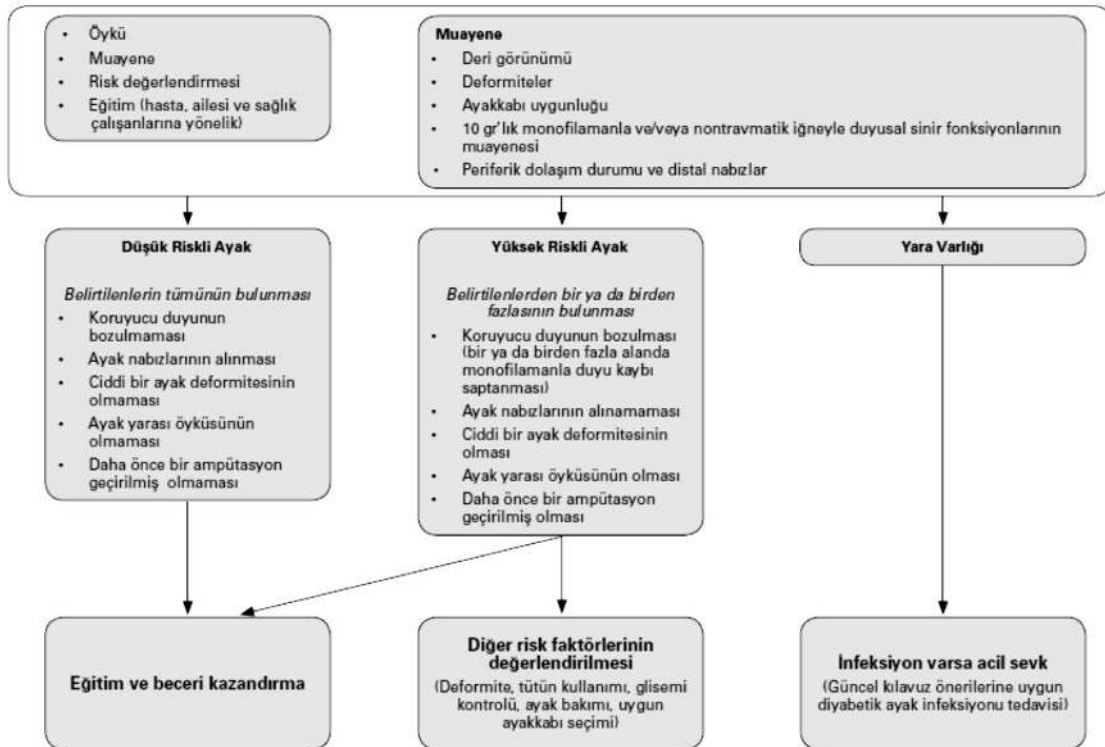
5. DERECE: Ayağın hemen tamamında gangren vardır.

2.2.5. Hasta Yönetimi

Diyabetik ayak ülserlerindeki esas amaç olan amputasyonların azaltılması için hastalara yakın takip ve etkin tedavi gereklidir. Ayrıca yeni ülser gelişiminin önlenmesi için hasta ve hasta yakınlarına düzenli olarak eğitim verilmelidir (36).

Tedavinin bileşenlerini dengeli ve uygun beslenme ile sigara ve alkolün kesilmesi gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra glisemi, kan basıncı ve lipid kontrolünün sağlanması; ayrıca yaranın sınıflandırılması, temiz tutulması, yükten korunması, enfeksiyon kontrolü, dolaşımın sağlanması ve gerekiyorsa cerrahi müdahale oluşturur (1).

Şekil 2’te diyabeti olan bireylerde yıllık ayak muayenesi, risk değerlendirmesi ve izlem algoritması gösterilmiştir.



Şekil 2. Diyabetli hastalarda ayak sorunlarına yaklaşım (3)

İleri evre hastaların zaman kaybetmeden ilgili merkezlere sevk edilmesi son derece önemlidir. Bu hastalar endokrinoloji, infeksiyon hastalıkları, ortopedi, plastik cerrahi, periferik damar cerrahisi, fizik tedavi uzmanlarının yanı sıra diyetisyen ve DA hemşiresinin de olduğu bir ortamda değerlendirilmeli ve tedavileri planlanmalıdır. Bu komplike hastaların hastanede yatış süresi, amputasyon oranları ve tedavi maliyetleri ancak multidisipliner yaklaşım ile azalabilmektedir(1).

2.2.6. Diyabetik Ayak Eğitimi

Diyabetik ayağın en iyi ve en ucuz tedavisi korunmadır. Düzenli ayak muaynesinin yapılması, ayak bakımı yapılması, hijyen kurallarına uyulması, uygun ayakkabı kullanımı ve iyi bir diyabet takibi ile bu sorunlar %50 oranında önlenabilir. Yüksek riskli ayaklar belirlenmeli ve yakından izlenmelidir. Özellikle önceden diyabetik ayak problemi yaşayan hastalara çok özen gösterilmelidir (37).

Diyabeti olan bireylere ve yakınlarına öğretilmesi gerekenler şunlardır(3):

- Ayaklar her gün kontrol edilmeli, ayağın taban ve üst kısmına bakılmalı, eğer alt kısımları rahat görülemiyorsa bir ayna kullanılmalı ya da aile bireylerinden yardım istenmelidir. Ayak derisinin renginde değişiklik olup olmadığını izlenmeli, ayak derisinin hasarsız ve yumuşak olmasına özen gösterilmelidir.

- Ayaklar yara, çatlak, nasır yönünden kontrol edilmeli; nasırlar ve kalluslar için kimyasal maddeler, makas ya da törpü, nasır ilaçları flasterler kullanılmaması, sorun varsa sağlık ekibiyle görüşülmesi söylenmelidir.

- Ayakları ısıtmak için sıcak su torbaları, ısıtıcı pedler veya diğer ısı kaynakları uygulanmamalıdır.

- Ev ortamında ayağa batabilecek veya takılarak düşmeye yol açabilecek cisimler uzaklaştırılmalıdır.

- Düzenli egzersiz programı olmalı, yapılan egzersizin yaraların oluşmamasına ve kasların güçlenmesine yardım edeceğini hatırlayarak egzersizler ihmal edilmemelidir.

Ancak uzun yürüyüşler yapılmamalı, ayak aynı pozisyonda uzun süre tutulmamalı ve egzersizde kullanılacak ayakkabılara dikkat edilmelidir.

- Ayak temizliğine özen gösterilmelidir. Ayakların yıkandığı suyun sıcaklığı olası yanıkları önlemek için 37°C'yi geçmemelidir. Ayaklar her gün ılık suda tahriş etmeyen bir sabunla yıkanarak temizlenmelidir.

- Ayak derisinin kurumasına, çatlamasına ve esnekliğinin bozulmasına yol açabileceğinden uzun süren ayak banyolarından kaçınılmalıdır.

- Ayaklar sabunla temizledikten sonra durulanıp, özellikle parmak araları olmak üzere iyice kurulanmalıdır.

- Yıkama işleminden sonra ayak derisinde kurumaları önlemek için yağlı krem veya nemlendirici losyon kullanarak ayak derisi yumuşak tutulmalı, ayak parmak aralarına losyon sürülmemelidir.

- Nasırlar ve sertlikler ponza taşıyla inceltilmeli (nasırlı alanın dışına çıkılmadan), parmaklarda pençeleşme varsa eklem sertliği oluşmaması için masaj yapılmalıdır.

- Tırnaklar banyodan sonra yumuşakken düz kesilmeli, etrafında kızarıklık, şişlik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Tırnaklar yuvarlak (∩) değil düz (—) şekilde kesilmeli, tırnak köşeleri derin alınmamalı, zımparalı bir tırnak törpüsüyle törpülenmelidir.

- Ayağa uygun ayakkabılar seçilmeli, ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmelidir. Hastalar mümkünse kendi ayak kalıpları alınarak üretilen ayakkabıları kullanmalıdır. Ayakkabı genişliği ayak genişliği kadar olmalı, ayağı tam kavramalıdır; önü sivri, yüksek topuklu, açık burunlu ayağı rahatsız edecek ayakkabılar yeğlenmemelidir.

- Yeni ayakkabı alındığında ilk günlerde kısa süreli giyip değiştirilmeli ve ayaklar sürekli kontrol edilmeli, ayakkabı satın almak için öğleden sonraki saatler yeğlenmelidir.

- Çıplak ayakla asla yürümemeli, denizde, kumsalda, hatta evde dahi terlik kullanılmalıdır.

- Ayakkabı giymeden ve çıkarıldıktan sonra içi çivi, yabancı cisimle pürüzlü yüzey ve yırtık açısından her zaman kontrol edilmeli, ayakkabının iç tabanlığı altı ayda bir değiştirilmelidir.

- Çoraplar her gün değiştirilmelidir. Pamuklu, yünlü veya koton, olası yara akıntılarını erken fark edebilmek için açık renkli çoraplar yeğlenmeli; bilekleri sıkmayan lastiksiz çoraplar kullanılmalıdır. Mekanik bası olmaması için yamalı, dikişli, ayağa büyük çoraplar kullanılmamalıdır.

- Ayaktaki kan dolaşımını güçlendirmek için kan şekeri düzeyinin normal sınırlarda kalmasına özen gösterilmelidir.

- Tütün kullanılmamalıdır.

- Herhangi bir ekstremitede kesik, çatlak ya da yara geliştiğinde en kısa sürede sağlık ekibine başvurulmalıdır.

2.3. Tükenmişlik Sendromu

2.3.1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik kavramı, bilimsel yayınlara ilk olarak 1974 yılında “Personel Tükenmişliği” adlı makale ile girmiştir. Herbert J. Freudenberger bu makalede tükenmişliği, "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak tanımlanmaktadır (4, 5)

Pines ve Aronson’a göre ise tükenmişlik, bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır. Sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe neden olan fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumudur. Bakker ve ark. tükenmişliği; işle ilgili negatif deneyimlerin sonucu ortaya çıkan bir sendrom olarak kavramlaştırmışlardır (9, 38).

Günümüzde en yaygın kabul gören tanım ise C. Maslach’a aittir. Maslach tükenmişliği, “iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi” şeklinde üç boyutta tanımlanmaktadır (6).

Duygusal tükenme (emotional exhaustion); tükenmişliğin kişisel ve stres boyutunu ifade eder. Kişinin duygusal ve fiziksel dayanaklarında azalmayı göstermektedir. Tükenmişlik sendromunun temelidir (39).

Duyarsızlaşma (depersonalizasyon); çalışanların hizmet verdikleri kişileri önemsememesi onlara birer nesne gibi davranması, azarlayıcı sözler sarf etmesi, umursamaz bir tutum sergilemeleridir. Bu davranışların altında bir yabancılaşma duygusu ve savunma mekanizması yatmaktadır (40).

Kişisel başarının azalması (lack of personal accomplishment); kişinin kendi hakkında olumsuz değerlendirme eğilimi olarak ifade edilebilir. Üçüncü ve son aşamadır (39).

2.3.2. Tükenmişlik Sendromunun Önemi

Yaşanılan duygusal, fiziksel ve psikolojik tükenme bireylerin, zamanla heyecanlarını kaybetmelerine yol açmaktadır. Bu durum o kişilerin kişisel başarılarında düşüşe yol açar ve ilişkide kişilere karşı duyarsızlaşmalarına sebebiyet verir (6). İnsanlar ile birebir ilişki gerektiren meslek gruplarında tükenmişlik daha fazla görülmektedir. Bu durumda hem hizmet veren hem de hizmet alan kişiler için çok çeşitli zorluklara yol açmaktadır (39).

2.3.3. Tükenmişlik Sendromunun Nedenleri

Tükenmişliğin ortaya çıkmasında pek çok faktör rol almaktadır. Tükenmişlik birden bire oluşmayan, çeşitli faktörlerin etkisiyle zaman içinde gelişen bir sendrom olarak bilinmektedir. Tükenmişlik sendromunda en önemli faktör stres olarak belirtilmiştir. Tükenmişliğe neden olan faktörler bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olmak üzere iki başlık altında değerlendirilebilir(40,41).

Bireysel faktörler

Kişilik özellikleri tükenmişlik sendromunda en önemli faktörlerdendir. Riski fazla olan kişilik özelliklerini; A tipi kişilik yapısı, dış kontrol odaklı ve karşılanması güç beklentileri olan, öz yeterliliğe sahip olmayan bireyler ile empati kuramayan bireyler olarak sıralayabiliriz(41, 42).

Örgütsel faktörler

İşin niteliği, çalışılan kurumun tipi, haftalık çalışma süresi, kurumun özellikleri, iş yükü, iş gerilimi, rol belirsizliği, rol çatışması, yönetimle ilgili işlerde geçirilen zaman miktarı, önemli kararlara katılamama, örgütsel işleyişteki aksaklıklar, adalet yokluğu, kontrol eksikliği, işin yüksek performans gerektirmesi, hizmet verilenin sanlarla ilişkiler, yetersiz personel, gibi birçok etken ise tükenmenin örgütsel nedenleri olarak sıralanabilir(43, 44).

Özellikle ölümcül hastalığı bulunan hastalara bakım, yüksek düzeyde duygusal talepleri de beraberinde getirmektedir. Bu tür bakım sağlayanların tedavi yanında bilgi, güven ve duygusal destek verme gibi görevleri olduğu bilinmektedir. Bu görevlerin yoğunluğu bakım verenler üzerinde ağır bir yük yaratabilmekte ve duygusal tükenmeye neden olabilmektedir(11, 12).

2.3.4. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik durumunda ortaya çıkabilecek belirtiler genellikle sık görülen belirtiler olup tükenmişlik yaşayan bireylerde genellikle benzer şekillerde ortaya çıkar. Belirtiler yavaş yavaş sinsiye ortaya çıkar. Belirtilerin sinsi olması tanıda gecikmeye, semptomların ilerlemesine neden olur. Yardım almak için başvuran bireyler, yaşamlarının anlamını yitirdiğini ve eskiden kendileri için çok anlamlı olan uğraşların artık anlamsız geldiğini söylemektedirler. Tükenmişlik belirtileri kişiye göre değişebilir, ancak belirtiler fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (42, 45).

A. psikolojik belirtiler: Motivasyon eksikliği, kişisel güvende azalma, değersizlik hissi, aşırı şüphecilik, kaygı, huzursuzluk, çabuk öfkelenme, tatminsizlik, konsantrasyon bozuklukları, çaresizlik, zihin karışıklığı ve düzensizlik, bilişsel becerilerde güçlükler yaşama (46).

B. Davranışsal belirtiler: Eleştiriye aşırı duyarlılık, sinirlilik, sabırsızlık, kurallar konusunda katılık, alınganlık, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, sürekli bir savunma ve suçlama hali, inkâr etme, rasyonelleştirme, çevre ile ilişkilerde bozulmalar.

C. Bedensel belirtiler: Kronik yorgunluk, enerji kaybı, uyku bozuklukları, nefes darlığı, mide problemleri(4,47).

2.3.5. Tükenmişlik Sendromunun Stresle İlişkisi

Schaufeli ve Enzmann'a göre tükenmişlik, uzun süren iş stresinin özel bir türü olarak düşünülebilir. Tükenmişliğin gelişmesinde stresin anahtar bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Ancak stresi tükenmişlikle karıştırmamak gerekir (48). Tükenmişlik çalışan ile karşısındaki kişi arasında olan sosyal ilişki kaynaklı aşırı bir stres durumu olmasıdır. Belli seviyede olan stresin insanlar için olumlu olduğu ve kişiyi motive ettiği bilinmektedir. Tükenmişlikte ise böyle bir durum yoktur (45).

Stres ve tükenmişliğin devam etmekte ve tırmanmakta olan durumlar olduğu görülmektedir. Çalışmalar karmaşık fiziksel, psikolojik ve manevi ihtiyaçları olan insanlara bakım vermenin bakım verenin stres düzeyini yükselttiğini göstermiştir(12). Bakım verenlerin hayatlarının getirdiği zorlukları yönetmek ve bunların üstesinden gelmek için daha fazla desteğe gereksinim duydukları kabul edilmelidir (11).

2.3.5.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle ilgili bireysel başa çıkma yöntemleri tablo III'te bahsedilmiştir.

Tablo III. Stresle başa çıkma yöntemleri (46, 49-51)

Mantıksız ve zarar verici düşünce ile fikirleri fark etme ve bunlar yerine akılcı düşünceleri benimseme
İşin risklerini ve zorluklarını öğrenme
Yaşanılan zorlukları ve duyguları paylaşma ve gerekli olması halinde yardım isteme
Kendi sınırlarını ve limitlerini bilme ve bu açıdan kaldıramayacağı yük ile sorumlulukların altına girmeme
Zaman yönetimi yapma
Sosyal ilişkileri ve hobilerine vakit ayırma, dinlenme ve tatil olanaklarını kullanma
İş çıkışlarında gevşetici ve rahatlatıcı aktivitelerde bulunma, fiziksel boşalım sağlayan spor etkinlikleri yapma
Gevşemek ve rahatlamak için iyi anıları hatırlama
Gevşeme teknikleri, nefes alma ve meditasyon yapma
Evinde sakinleşebileceği ve dinlenebileceği rahatlatma köşesi oluşturma
Dengeli beslenme ve uyku düzeni oluşturma
Negatif düşünceleri gerçekçi pozitif düşüncelerle değiştirme

Tükenmişlik sendromunu önlemek ya da iyileştirmek için takım çalışması oluşturmak bir başka yararlı yöntemdir. Çalışma yerinde sosyal destek amaçlı gruplar kurmak ve toplantılar düzenlemek benzer koşullar altında çalışanların zorlukları ve stresle baş etme yöntemleri hakkında karşılıklı fikir alıp vermelerini sağlamak için uygun olabilir (40).

2.3.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları

Tükenmişlik yaşayan bireyin duygusal yorgunluğu beraberinde fiziksel yorgunluğu da getirmektedir. Bu yorgunluğun esas kaynağı bireyin yaşadığı gerginliktir. Tükenmişlik bireyin sadece fiziksel sağlığı ile ilgili değil, aynı zamanda ruh sağlığı ile de ilgilidir (11).

Bireysel açıdan, tükenmenin aile içi sorunlara, psikosomatik hastalıklara, alkol-madde-sigara kullanımına ve yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme anksiyete, benlik saygısında düşme ve alınganlık gibi duygusal sorunlara neden olduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur. Ayrıca tükenmiş bireylerin daha kolay grip gibi fiziksel hastalıklara yakalandığı ve bu hastalıkların kolay atlatılmadığı belirtilmiştir (11, 14, 41).

Kurumsal açıdan ise; işi savsaklama, aksatma, hastalık nedeniyle işe gelmemede artış, işe geç gelmedeki artış, işi bırakma eğilimi ya da niyetindeki artış, hatalar yapma, kaza ve yaralanmalarda artış, işte yeniliklerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı neden olduğu bilinmektedir (12, 14, 52).

2.4. Sosyal Destek

Sosyal destek ile ilgili çalışmalar son 20 yıldır önem kazanmıştır (53). Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi görüş ayrılıklarına neden olmaktadır. Çevresindeki insanlar hatta hayvanlar tarafından yardım olarak tanımlamak mümkündür(54).En kapsamlı tanımı Cobb tarafından yapılmıştır. Cobb, sosyal desteğin bireyin ilgilenildiğine, sevildiğine, değerli olduğuna, karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının bir parçası olduğuna inanmasını sağlayan bilgi olduğunu ifade etmiştir (55).

Sosyal destek insanların gelişmesine yardımcı olur. İnsanlar sosyal destek aldıklarında daha az stres yaşarlar ve karşılaştıkları problemlerle daha kolay baş edebilirler

(54). İhtiyaç halinde sosyal destek alamamak strese neden olur ve sosyalizasyon ile yalnızlık sağlığını belirleyici etmenlerindendir (56).

Kriz durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarına dayanma ihtiyacı duyarlar (57). Zor durumda olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır(58). Yakın dönemde ise telefonla sosyal destek ve eğitimin hastalığı kabullenmede faydalı bir metot olduğu düşünülmektedir (15).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal Sorunların Önlenmesi konulu 2004 Yılı Raporu'nda, ruhsal bozuklukların ortaya çıkışını tetikleyen risk faktörleri açıklanmaktadır. Söz konusu raporda hastalıklar arasında özellikle uzun süreli (kronikleşmiş) sağlık problemlerinin depresyon riskini artırdığı vurgulanmakta, anksiyete reaksiyonları ve depresif durumun ise kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı belirtilmektedir. Aynı raporda; ruh sağlığını koruyucu faktörler de açıklanmaktadır. Kanıtlara dayalı ruh sağlığını koruyucu faktörün "ailenin ve dostların sosyal desteği" olduğu bildirilmiştir (59).

Sosyal desteğin tükenmişliğe karşı bir tampon görevi gördüğü düşünülmektedir ve bu ilişki çok önemlidir. Sosyal destek almak tükenmişliği azaltan bir faktör olarak bulunmuştur. Yakın, ulaşılabilir bir aile ve dost çevresine sahip olmak bireye güven veren ve destekleyen nitelik taşıyarak tükenmişlik riskini azaltır (14).

2.5. Bakım Verme, Bakım Yüğü Ve Bakım Verende Tükenmişlik

Türk Dil Kurumuna göre 'bakım' terimi 'birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi' olarak tanımlanmaktadır (60). Bakım hizmeti formal ve informal bakım olmak üzere iki şekilde sınıflandırılır. Formal bakım; resmi ve özel kurumlar ile gönüllü kuruluşların verdiği hizmetler, informal bakım ise aile, yakın akraba, komşu ve arkadaşların verdiği hizmetlerdir. İnfomal bakımda herhangi bir ücretlendirme söz konusu değildir (61).

Bakım veren kişiler hastanın ihtiyaçlarını yerine getirmede zorlanırlar. Ayrıca yorgunluk, uyku bozuklukları, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi problemler

yaşarlar. Tüm bu durumların bireylerde bakım yükünü artırdığı ve bakım vermeyi zorlaştırdığı bildirilmektedir (62).

Bakım verme esnasında bakım veren kişide ortaya çıkan bedensel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanabilir (63). Bakım verme yükü, negatif bir reaksiyondur ve depresif semptomların bir habercisi olarak kabul edilmektedir (64).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün nesnel ve öznel yük olarak iki boyutu olduğunu belirtmiştir (65). Nesnel yük bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak tanımlanmaktadır. Bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Öznel yük kişinin yukarıda sıralanan nesnel yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar (ilişkili emosyonel duygu ve tutumları) olarak tanımlanmaktadır. Özellikle öznel yükün başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir (7,13).

Hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikte olması, olağan günlük yaşam düzeninin yok olması, işine ve sosyal yaşamına devam edememe gibi nedenlerle kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı, çaresizlik, umutsuzluk duyguları yaşama hasta yakınında depresif duygulanıma ve tükenmişliğe yol açabilmektedir. Bakım verenin bu süreçten en az etkilenmesi için bakım veren ve ailesinin desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır (10).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Araştırmamız tek merkezli, müdahale çalışması olarak planlanmıştır. 01.04.2019 – 31.07.2019 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara ve Enfeksiyonları Bakım Ünitesine başvuran ve diyabetik ayak tanısıyla servise yatırılarak takip edilen, sorulan soruları doğru anlayıp cevaplayabilen, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip katılım onayı olan tüm hastalar ve bakım verenleri araştırmaya dahil edildi. Bakım verenlerden sürekli hastanın yanında kalmayanlar çalışma dışı bırakıldı. 01.04.2019-31.05.2019 tarihleri arasında servise yatan hasta ve bakım verenleri müdahale (olgu) grubunu, 01.06.2019-31.07.2019 tarihleri arasında servise yatan hasta ve bakım verenleri kontrol grubunu oluşturdu. Ancak kontrol grubu yeterli sayıya ulaşmadığı için süre 09.08.2019 tarihine kadar uzatıldı. 01.04.2019-31.05.2019 tarihleri arasında diyabetik ayak nedeniyle servise yatışı olan hasta sayısı 59 idi. Hasta ve yakınlarının 5 i katılmak istemedi. 3'ünün sürekli bakım vereni yanında yoktu. 1 kişiye izlem sırasında telefonla ulaşılamadı. 1 kişi tedavi reddi ile hastaneden ayrıldı. 1 kişi de takip esnasında ex oldu. Toplam 48 hasta ve yakını olgu grubunu oluşturdu. 01.06.2019-09.08.2019 tarihleri arasında diyabetik ayak nedeniyle servise yatanların 3'ü çalışmaya katılmak istemedi. 2 kişinin sürekli bakım vereni yanında yoktu. 2 hasta genel durum bozukluğu nedeniyle, 1 hasta uyumsuz olduğu için çalışmaya alınamadı. Toplam 48 hasta ve yakını kontrol grubunu oluşturdu.

Öncesinde her iki grup ta uygulanan ölçekler ve çalışma hakkında bilgilendirildi. Onamları alındı.

Olgu grubuna sırasıyla:

- İlgili literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş veri formu (ek-4) hastalara ve bakım verenlere yüz yüze uygulandı. Bakım verenlere ek olarak 'Maslach tükenmişlik ölçeği' uygulandı.

- İlk anketler doldurulduktan sonra hastalara ve bakım verenlerine diyabetik ayak bakımı ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili yüz yüze eğitim (ek-1) verildi.

- Hastalar ve bakım verenlerine hazırlanan eğitim broşürü (ek-2) verildi.
- Hastalar ve bakım verenleri iki ay süreyle iki haftada bir kez telefonla yapılandırılmış destek programı uygulanarak (ek-3) izlendi.
- İzlem sonunda bakım verenler telefonla aranarak anket ve ‘Maslach Tükenmişlik ölçeği’ tekrar uygulandı.

Kontrol grubuna sırasıyla:

- İlgili literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş veri formu hastalara ve bakım verenlere yüz yüze uygulandı. Bakım verenlere ek olarak ‘Maslach tükenmişlik ölçeği’ uygulandı.
- İki ay sonra bakım verenler telefonla aranarak anket ve ‘Maslach Tükenmişlik ölçeği’ tekrar uygulandı.

Kullandığımız müdahale yöntemi kuramsal bir modelden temel almamıştır. Müdahale programı, ilgili çalışmalar değerlendirilerek oluşturulmuştur. Hasta ve bakım verenlerine diyabetik ayak bakımı ve stresle başa çıkma yöntemleriyle ilgili eğitim, 2 kişilik (hasta ve bakım vereni) gruplar halinde slayt hazırlanarak verilmiştir. Standart olması açısından hastaların taburculuklarına yakın (3-5 gün önce) program uygulanmıştır. Eğitim öncesi tüm bakım verenler ve hastalara tanı ve tedavi hakkında düşüncelerini ve tecrübelerini sunmaları için fırsat verilmiştir. Ancak bu eğitimin farklılaşmasa neden olmamıştır. Herkese aynı kişi tarafından aynı yöntemde ve yaklaşık 30 dakika süren aynı içerikte eğitim verilmiştir. Eğitimin hatırlatıcı olması için hastalara ve bakım verenlerine kısa eğitim broşürü verilmiştir. Telefonla izlemi de aynı araştırmacı yapmıştır.

Çalışmamızda kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MBI) Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Toplam 22 maddeden oluşan bu ölçek, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenmişlik boyutunda 9 (1,2,3,6,8,13,14,16,20); kişisel başarı boyutunda 8 (4,7,9,12,17,18,19,21) ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 (5,10,11,15,22) madde yer almaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinde puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı yapılmaktadır. Likert tipi ölçektir. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar

alınması tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk uyarlamasında yer alan maddeler “hiçbir zaman 0”, “her zaman 4” olacak şekilde puanlanmaktadır (6,66)

Ergin (1992) tarafından ölçeğin Türkçe’ye uyarlanan formunda yer alan “işim gereği karşılaştığım kişiler” ve “iş” ifadesi, Duygun tarafından yapılmış olan “zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine etkisi” başlıklı çalışmada araştırmacı tarafından gerekli görülen yerlerde “çocuğum”, “çocuğumun bakımı” şeklinde değiştirilmiş olup ölçeğin geçerlilik çalışması da yapılmıştır. Daha sonra psikiyatri hastalarına bakım verenlerin tükenmişliğini değerlendirmek için de uygulanmış ve ifadeler “hastam” şeklinde değiştirilmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde, Kokurcan ve ark. nın çalışmasında olduğu gibi bakım veren tükenmişliğini belirlemek için aynı değişiklikler yapılmıştır (2,7,8, 67).

3.2. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programında yapıldı; verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilip; dağılımı normal olanlara parametrik, normal olmayanlara non-parametrik testler uygulandı. Tanımlayıcı analizlerde yüzdeler, ortalama ve standart sapma (SS) değerlendirildi. Her iki grup arasında ki farklar ki kare testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan veriler Student-t testi, One Way Anova ve Eşleştirilmiş Örneklem t testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan veriler ise Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Wilcoxon testleri ile değerlendirildi. Post hoc analizleri yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

3.3. Araştırma Etiği

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvuruldu. Dosya kurulun 21.03.2019 tarihli toplantısında 2019/46 protokol numarası ile incelendi ve 13 no’lu karar ile onay verildi (EK5)

4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 96 hasta ve bu hastalara bakım veren 96 yakını katılmıştır. 48 hasta ve yakını müdahale (olgu) grubunu diğer 48 hasta ve yakını kontrol grubunu oluşturmaktadır.

4.1. Diyabetik Ayak Hastalarının Tanımlayıcı Bulguları

Olgu grubunda olan hastaların yaş ortalaması $62,95 \pm 11,30$ ve yaş aralığı 33-93 arasındaydı. Kontrol grubunda olan hastaların yaş ortalaması $60,8 \pm 10,52$ yaş aralığı 33-81 arasındaydı.

Çalışmamızdaki hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde erkekler çoğunlukta idi. Olgu ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri yüzde olarak birbirine benzerdi ve aralarında anlamlı bir fark saptanmadı (**Tablo -IV**).

Tablo IV. Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Olgu Grubu (N=48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	37	77,1	42	87,5
Kadın	11	22,9	6	12,5
Medeni Durum				
Evli	38	79,2	40	83,3
Bekar/Dul/Boşanmış	10	20,8	8	16,7
Eğitim Durumu				
<9 yıl	36	75,0	38	79,2
9-12 yıl	6	12,5	8	16,6
>12 yıl	6	12,5	2	4,2
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	9	18,8	9	18,8
Çalışmıyor	39	81,2	39	81,2

Olgu grubunda DM hastalık yılı ortalaması $15,97 \pm 9,09$; kontrol grubunda ise DM hastalık yılı ortalaması $14,83 \pm 8,24$ 'tü. Aralarında anlamlı fark yoktu.

Olgu grubundaki hastaların 37'sinin (%77,1), kontrol grubundaki hastaların ise 28'inin (%58,3) diyabetik ayak dışında başka hastalıkları vardı ve iki grup arasında bu özellik açısından anlamlı fark mevcuttu ($\chi^2=3,859$, $p=0,049$). Hastaların diyabetik ayak ile ilgili diğer tanımlayıcı verilerinde olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktu. (**Tablo-V**).

Tablo V. Hastaların diyabetik ayak ile ilgili tanımlayıcı verileri

	Olgu Grubu (N:48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
DAE Dışında Hastalık Varlığı				
Var	37	77,1	28	58,3
Yok	11	22,9	20	41,7
Wagner Sınıflandırılması				
Evre 2	4	8,3	1	2,1
Evre 3	18	37,5	19	39,6
Evre 4	25	52,1	24	50,0
Evre 5	1	2,1	4	8,3
HbA1c				
HbA1c $\leq$ 7	17	35,4	12	25
HbA1c>7	31	64,6	36	75
DAE Hastalık yılı				
1 yıl ve daha az	26	54,2	34	70,8
1 yıldan fazla	22	45,8	14	29,2
Amputasyon Varlığı				
Var	14	29,2	15	31,2
Yok	34	70,8	33	68,8
Sağlık Durumu				
Kötü	10	20,8	12	25,0
Orta	23	47,9	24	50,0
İyi	15	31,3	12	25,0
Tükenmiş Hissetme				
Evet	21	43,8	25	52,0
Hayır	16	33,3	20	41,7
Kararsızım	11	22,9	3	6,3
Hastalık Hakkında Bilgilendirme Alma Durumu				
Var	8	16,7	8	16,7
Yok	40	83,3	40	83,3
Bilginin Hastalık Seyrine Etkisi				
Evet	39	81,3	43	89,6
Hayır	9	18,7	5	10,4

4.2. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Bulguları

Olgu grubunda olan bakım verenlerin yaş ortalaması $48,68 \pm 14,30$ ve yaş aralığı 22-71 arasındaydı. Kontrol grubunda olan bakım verenlerin yaş ortalaması $49,5 \pm 14,25$ ve yaş aralığı 18-80 arasındaydı. Aralarında anlamlı fark yoktu.

Olgu grubundaki bakım verenlerin 42'si(%87,5) kadındı, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise 34'ü (%70,8) kadındı. Her iki grup cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak fark mevcuttu ($\chi^2=4,042$, **p=0,044**). Bakım

verenlerin diğer sosyodemografik özelliklerinde iki grup arasında anlamlı fark yoktu (Tablo-VI).

Tablo VI. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

	Olgu Grubu (N=48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	42	87,5	34	70,8
Erkek	6	12,5	14	29,2
Medeni Durum				
Evli	38	79,2	38	79,2
Bekar/dul/boşanmış	10	20,8	10	20,8
Çocuk varlığı				
Var	34	70,8	40	83,3
Yok	14	29,2	8	16,7
Eğitim Durumu				
<9 Yıl	33	68,8	31	64,6
9-12 yıl	11	22,9	9	18,7
>12	4	8,3	8	16,7
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	11	22,9	15	31,2
Çalışmıyor	37	77,1	33	68,8
Gelir Düzeyi				
1941 ve altı	18	37,5	22	45,8
1941-6324 tl	28	58,3	23	47,9
6324 tl üzeri	2	4,2	3	6,3
Sosyal Güvence				
Var	42	87,5	42	87,5
Yok	6	12,5	6	12,5
Yaşadığı Yer				
Kentsel	37	77,1	41	85,4
Kırsal	11	22,9	7	14,6
Sigara Kullanımı				
Var	10	20,8	12	25,0
Yok	38	79,2	36	75,0
Alkol Kullanımı				
Var	5	10,4	8	16,7
Yok	43	89,6	40	83,3
Hastalık Varlığı				
Yok	24	50	26	54,2
Psikiyatrik Hastalık*	5	10,4	1	2,1
Kronik Hastalıklar**	19	39,6	21	43,7

*Depresyon, bipolar ve panik bozukluk**Diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, tiroidhastalıkları, astım, KOAH, romatoid artrit, disk hernisi, kardiovasküler hastalıklar, kolon ca, meme ca, migren

Olgu grubundaki bakım verenlerin 17'si(%35,4), kontrol grubundaki bakım verenlerin 6'sı(%12,5) zorunlu oldukları için bakım veriyorlardı ve iki grup arasında bu özellik

açısından anlamlı fark mevcuttu ($\chi^2=6,918, p=0,009$). Bakım verme ile ilgili olan diğer verilerde iki grup arasında fark yoktu (**Tablo-VII**).

Tablo VII. Bakım Verenlerin Bakım Verme Durumu İle İlgili Verileri

	Olgu Grubu (N=48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
Evde Bakıma Muhtaç Başka Birey Varlığı				
Var	7	14,6	6	87,5
Yok	41	85,4	42	12,5
Yakınlık Derecesi				
Eşi	24	50,0	26	54,1
Diğerleri	24	50,0	22	45,9
Hastalık Hakkında Bilgi				
Var	43	89,6	44	91,7
Yok	5	10,4	4	8,3
Bakım Verme Süresi				
1 yıla kadar	27	56,3	30	62,5
1 yıldan fazla	21	43,7	18	37,5
Haftalık bakım saati				
Haftada 168 saat	16	33,3	19	39,6
Haftada 168 saatten daha az	32	66,7	29	60,4
Bir ayda bakım verilen gün sayısı				
30 gün	36	75	32	66,7
30 günden daha az	12	25	16	33,3
Daha Önce Başka Birine Bakım Verme Durumu				
Var	13	27,1	12	25
Yok	35	72,9	36	75
Bakım Tercihi				
İsteyerek	31	64,6	42	87,5
Zorunluluk	17	35,4	6	12,5

Olgu grubu bakım verenlerinin 14'ü (%29,2), kontrol grubunun bakım verenlerinin 17'si (%35,4) hastalarının kötü olduklarını beyan etmişlerdir. Tablo 9'daki verilerde olgu ve kontrol grupları arasında fark yoktu. (**Tablo-VIII**).

Tablo VIII. Bakım Verenlerin Hasta Hakkında Fikirleri

	Olgu Grubu (N=48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
Bakım Verene Göre Hastanın Kendiyle İlgilenmesi				
Kötü	16	33,3	12	24,0
Orta	18	37,5	19	39,6
İyi	14	29,2	17	35,4
Bakım Verene Göre Hastanın Bakım İşlerine Yardımcı Olması				
Kötü	16	33,3	18	37,5
Orta	19	39,6	17	35,4
İyi	13	27,1	13	27,1
Bakım Verene Göre Hastanın Sağlık Durumu				
Kötü	14	29,2	17	35,4
Orta	22	45,8	18	37,5
İyi	12	25,0	13	27,1

Olgu grubundaki bakım verenlerin 18'inin (%37,5), kontrol grubundaki bakım verenlerin 24'ünün (%50) hayatlarında yaşadıkları başka problem mevcuttu. Olgu grubundaki bakım verenlerin 9'unun (%18,8), kontrol grubundaki bakım verenlerin 17'sinin (%35,4) ekonomik problemleri vardı. Tablo 10' daki tüm verilerde olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark yoktu (**Tablo-IX**).

Tablo IX. Bakım Verenlerin Diğer Tanımlayıcı Bulguları

	Olgu Grubu (N:48)		Kontrol Grubu (N:48)	
	n	%	n	%
Başka problem varlığı				
Var	18	37,5	24	50,0
Yok	30	62,5	24	50,0
Evlilik problemi				
Var	3	6,3	1	2,1
Yok	45	93,7	47	97,9
Eğitim problemi				
Var	3	6,3	3	6,3
Yok	45	93,7	45	93,7
Sağlık problemi				
Var	9	18,8	9	18,8
Yok	39	81,2	39	81,2
Ekonomi Problemi				
Var	9	18,8	17	35,4
Yok	39	81,2	31	64,6

Tablo IX. Bakım Verenlerin Diğer Tanımlayıcı Bulguları (devamı)

Çalışma ortamı problemi				
Var	1	2,1	2	4,2
Yok	47	97,9	46	95,8
Cinsel yaşam problemi				
Var	0	0	0	0
Yok	48	100	48	100
Hastalık hakkında bilgilendirme alma durumu				
Evet	8	16,7	7	14,6
Hayır	40	83,3	41	85,4
Bilginin Hastalık Seyrine Etkisi				
Evet	44	91,7	43	89,6
Hayır	4	8,3	5	10,4

4.3. Tükenmişlik Puanları

Bakım verenlerin tükenmişlik durumlarını değerlendirmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Tüm bakım verenlerin tükenmişlik ortalamaları değerlendirildiğinde ilk test duygusal tükenme puan ortalaması $13,58 \pm 7,33$, duyarsızlaşma $1,76 \pm 2,03$ ve kişisel başarı puan ortalaması $21,56 \pm 4,69$ olarak bulunmuştur (**Tablo-X**).

Tablo X. Tüm bakım verenlerin tükenmişlik puan ortalamaları

	İlk test		Son test	
	Ort $\pm$ SS	min-max	Ort $\pm$ SS	min-max
Duygusal tükenme	$13,58 \pm 7,33$	1,0-31,0	$10,82 \pm 6,12$	0,0-27,0
Duyarsızlaşma	$1,76 \pm 2,03$	0,0-8,0	$1,22 \pm 1,67$	0,0-8,0
Kişisel başarı	$21,56 \pm 4,69$	9,0-32,0	$22,27 \pm 4,35$	2,0-32,0

Bakım verenlerin ilk yapılan testte duygusal tükenme puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,809$) . İki ay sonra değerlendirilen son test duygusal tükenme puanları karşılaştırıldığında yine olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı ($p=0,349$). Ancak olgu grubunun ilk test duygusal tükenme puanları ile son test duygusal tükenme puanları karşılaştırıldığında anlamlı düşüş saptanmıştır (**$p=0,000$**). Kontrol grubun da ilk test duygusal tükenme puanları ile son test duygusal tükenme puanları karşılaştırıldığında anlamlı düşüş saptanmıştır (**$p=0,000$**) (**Tablo-XI**).

Tablo XI. Duygusal tükenme puanları

	Duygusal Tükenme İlk Test	Duygusal Tükenme Son Test	z	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
Olgu Grubu	13,54 $\pm$ 7,50	10,37 $\pm$ 6,25	-4,858	0,000
Kontrol Grubu	13,62 $\pm$ 7,24	11,27 $\pm$ 6,02	-3,509	0,000
z	-0,242	-0,936		
p	0,809	0,349		

Bakım verenlerin ilk yapılan testte duyarsızlaşma puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,071$) . İki ay sonra değerlendirilen son test duyarsızlaşma puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,121$). Olgu grubunun ilk test duyarsızlaşma puanları ile son test duyarsızlaşma puanları karşılaştırıldığında anlamlı düşüş saptanmıştır ($p=0,001$). Kontrol grubunun da ilk test duyarsızlaşma puanları ile son test duyarsızlaşma puanları karşılaştırıldığında anlamlı düşüş mevcuttur($p=0,023$) (**Tablo-XII**).

Tablo XII. Duyarsızlaşma Puanları

	Duyarsızlaşma İlk Test	Duyarsızlaşma Son Test	z	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
Olgu Grubu	2,16 $\pm$ 2,29	1,50 $\pm$ 1,90	-3,292	0,001
Kontrol Grubu	1,35 $\pm$ 1,65	0,95 $\pm$ 1,36	-2,277	0,023
z	-1,807	-1,550		
p	0,071	0,121		

Bakım verenlerin ilk yapılan testte kişisel başarı puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,364$). İki ay sonra değerlendirilen son test kişisel başarı puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,457$). Olgu grubunun ilk test kişisel başarı puanları ile son test duyarsızlaşma puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. ($p=0,061$). Kontrol grubunun ilk test duyarsızlaşma puanları ile son test kişisel başarı puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,084$) (**Tablo-XIII**).

Tablo XIII. Kişisel başarı puanları

	Kişisel Başarı İlk Test	Kişisel Başarı Son Test	t	p
	Ort ±SS	Ort ±SS		
Olgu Grubu	21,12±4,91	21,93±4,69	-1,920	0,061
Kontrol Grubu	22,00±4,47	22,60±4,01	-1,760	0,084
t	-0,911	-0,748		
p	0,364	0,457		

4.4. Hastaların Tanımlayıcı Bulguları İle Bakım Verenin Tükenmişliği İlişkisi

Hastanın cinsiyeti ile bakım verenin tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında erkek hastaların bakım verenlerinin kişisel başarı puanının kadınların bakım verenlerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t=-2,301$; $p=0,024$). Hastanın çalışma durumu ile bakım verenlerin tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında çalışmayan hastaların bakım verenlerinde duyarsızlaşma puanı çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,461$, $p=0,014$). Diğer alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-XIV).

Tablo XIV. Hastanın sosyodemografik özellikleriyle tükenmişlik puanları ilişkisi

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS
Cinsiyet				
Kadın	17	14,52±8,13	1,52±1,34	19,23±5,26
Erkek	79	13,38±7,19 ($z=-0,500$, $p=0,617$)	1,81±2,14 ($z=-0,065$, $p=0,949$)	22,06±4,44 ($t=-2,301$, $p=0,024$)
Yaş				
65 yaş ve altı	57	12,91±7,17	1,63±1,87	20,96±4,73
65 yaş üstü	39	14,56±7,55 ($z=-1,023$, $p=0,306$)	1,94±2,24 ($z=-0,471$, $p=0,638$)	22,43±4,56 ($t=-1,517$, $p=0,133$)
Medeni Durumu				
Evli	78	13,23±7,24	1,73±2,17	21,93±4,76
Bekar/Dul/Boşanmış	18	15,11±7,74 ($z=-1,184$, $p=0,236$)	1,88±1,27 ($z=-1,349$, $p=0,177$)	19,94±4,16 ($t=1,635$, $p=0,105$)
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	18	11,94±5,97	0,94±1,95	21,88±5,45
Çalışmıyor	78	13,96±7,59 ($z=-1,010$, $p=0,312$)	1,94±2,01 ($z=-2,461$, $p=0,014$)	21,48±4,54 ($t=0,325$, $p=0,746$)

Hastasında DAE' ya eşlik eden başka bir hastalık bulunan bakım verenlerde, hastasında sadece DAE olan bakım verenlere göre tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında duyarsızlaşma alt boyutunun puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,933$, $p=0,003$). 10 yıldan fazladır DM nedeniyle tedavi gören hastaların bakım verenlerinde

duyarsızlaşma alt boyutunun puanları,10 yıl ve daha az zamandır DM tedavisi görenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,370$; $p=0,018$). (Tablo-XV)

Tablo XV. Hastaların Diyabetik ayak ile ilgili verileriyle bakım verenlerin tükenmişlik puanlarının karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS
Eşlik Eden Hastalık Varlığı				
Var	65	14,03 $\pm$ 7,78	2,16 $\pm$ 2,19	21,83 $\pm$ 4,54
Yok	31	12,64 $\pm$ 6,30 ($z= -0,620$, $p=0,617$)	0,90 $\pm$ 1,27 ($z= -2,933$, $p=0,003$)	21,00 $\pm$ 5,03 ($t= -0,809$ $p=0,421$)
Wagner sınıflaması				
Evre 2	5	13,00 $\pm$ 6,04	2,40 $\pm$ 2,88	23,40 $\pm$ 2,96
Evre 3	37	13,16 $\pm$ 6,82	1,35 $\pm$ 1,91	20,86 $\pm$ 4,70
Evre 4	49	14,40 $\pm$ 7,65	2,06 $\pm$ 2,00	21,77 $\pm$ 4,72
Evre 5	5	9,20 $\pm$ 9,17 ($x^2= 2,37$, $p= 0,498$)	1,20 $\pm$ 2,16 ($x^2= 5,419$, $p= 0,144$)	22,80 $\pm$ 6,14 ($f= 0,66$ $p=0,573$)
HbA1C				
≤ 7	29	12,82 $\pm$ 6,99	2,06 $\pm$ 2,35	21,82 $\pm$ 4,26
> 7	67	13,91 $\pm$ 7,50 ($z=-0,743$, $p=0,457$)	1,62 $\pm$ 1,87 ($z=-0,644$, $p=0,520$)	21,44 $\pm$ 4,90 ($t= 0,362$ $p= 0,718$)
DM Hastalık Yılı				
10 yıl ve öncesi	37	11,86 $\pm$ 6,91	1,29 $\pm$ 2,03	20,86 $\pm$ 5,41
10 yıldan fazla	59	14,66 $\pm$ 7,44 ($z=-1,77$, $p=0,075$)	2,051 $\pm$ 1,98 ($z=-2,37$, $p=0,018$)	22,00 $\pm$ 4,17 ($t= -1,154$ $p= 0,251$)
DAE Hastalık Yılı				
1 yıla kadar	60	12,95 $\pm$ 6,85	1,65 $\pm$ 2,08	22,13 $\pm$ 4,91
1 yıldan fazla	36	14,64 $\pm$ 8,06 ($z=-1,046$, $p=0,296$)	1,94 $\pm$ 1,95 ($z=-1,057$, $p=0,291$)	20,61 $\pm$ 4,21 ($t= 1,548$ $p= 0,125$)
Amputasyon				
Var	29	14,00 $\pm$ 7,53	1,69 $\pm$ 1,73	21,89 $\pm$ 4,88
Yok	67	13,40 $\pm$ 7,29 ($z=-0,360$, $p=0,719$)	1,79 $\pm$ 2,15 ($z=-0,210$, $p=0,833$)	21,41 $\pm$ 4,64 ($t= 0,456$ $p= 0,649$)

Hastaların kendini tükenmiş hissetme durumu ile bakım verenlerin tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında, kendini tükenmiş hisseden hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenme puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($x^2= 10,186$; $p=0,006$) (Tablo-XVI).

Tablo XVI. Hastanın diğer verileriyle tükenmişlik puanları arasındaki ilişki

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS
Sağlık Durumu Algısı				
Kötü	22	15,81 $\pm$ 7,36	2,09 $\pm$ 2,28	20,45 $\pm$ 5,20
Orta	47	12,80 $\pm$ 7,20	1,57 $\pm$ 1,81	22,17 $\pm$ 4,31
İyi	27	13,11 $\pm$ 7,44 ($\chi^2= 2,41$, $p=0,298$)	1,81 $\pm$ 2,20 ($\chi^2= 0,665$, $p=0,717$)	21,40 $\pm$ 4,91 ($f= 1,020$, $p=0,365$)
Tükenmiş Hissetme Durumu				
Evet	46	15,97 $\pm$ 7,71	1,76 $\pm$ 2,03	21,67 $\pm$ 4,08
Hayır	36	12,00 $\pm$ 6,83	1,47 $\pm$ 1,74	21,83 $\pm$ 5,05
Kararsızım	14	9,78 $\pm$ 4,33 ($\chi^2= 10,186$, $p=0,006$)	2,50 $\pm$ 2,59 ($\chi^2= 2,262$, $p=0,323$)	20,50 $\pm$ 5,77 ($f= 0,425$, $p=0,655$)
Bilgilendirme Alma Durumu				
Evet	16	12,93 $\pm$ 5,93	1,68 $\pm$ 1,62	21,87 $\pm$ 4,84
Hayır	80	13,71 $\pm$ 7,60 ($z=-0,266$, $p=0,790$)	1,77 $\pm$ 2,11 ($z=-0,305$, $p=0,760$)	21,50 $\pm$ 4,69 ($t= 0,284$, $p= 0,772$)
Bilgilendirmenin Hastalık Seyrine Etkisi				
Var	82	13,69 $\pm$ 7,46	1,67 $\pm$ 1,95	21,90 $\pm$ 4,59
Yok	14	12,92 $\pm$ 6,74 ($z=-0,213$, $p=0,831$)	2,28 $\pm$ 2,43 ($z=-1,009$, $p= 0,313$)	19,57 $\pm$ 4,98 ($t= 1,733$, $p= 0,086$)

4.5. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Bulguları İle Tükenmişlik İlişkisi

Çalışmayan bakım verenlerin duyarsızlaşma puanı çalışanlara göre anlamlı daha yüksek bulunmuştur($z=-1,986$, $p=0,047$).Alkol kullanan bakım verenlerin duygusal tükenme puanı kullanmayana göre daha düşük bulunmuştur ($z=-2,096$, $p=0,036$) (**Tablo-XVII**).

Tablo XVII. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleriyle tükenmişlik puanları arasındaki ilişki

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Cinsiyet	Sayı	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS
Kadın	76	14,27±7,50	1,92±2,10	21,80±4,73
Erkek	20	10,95±76,15 (z= -1,581, p=0,114)	1,15±1,59 (z= -1,628, p=0,104)	20,65±4,55 (t=-0,976 p=0,332)
Yaş				
50 yaş ve altı	51	12,76±7,02	1,64±2,02	21,66±4,67
50 yaş üstü	45	14,51±7,64 (z= -1,095, p= 0,273)	1,88±2,04 (z=-0,695, p=0,487)	21,44±4,77 (t=0,230 p=0,819)
Medeni Durumu				
Evli	76	14,05±7,60	1,89±2,14	21,72±5,00
Bekar/Dul/Boşanmış	20	11,80±6,04 (z=-1,061, p=0,288)	1,25±1,44 (z=-1,012, p=0,311)	20,95±3,13 (t= 0,653 p= 0,515)
Gelir Düzeyi				
6324tl ve üzeri	5	11,80±7,39	1,80±2,16	18,20±4,65
6323-1941tl arası	51	12,49 ±6,75	1,80±2,11	21,76±4,41
1941tlve altı	40	15,20±7,89 (x2=2,760,p=0,252)	1,70±1,95 (x2=0,029,p=0,986)	21,72 ± 5,00 (f= 1,362, p= 0,261)
Eğitim				
<9 yıl	64	14,54±7,55	1,75 ± 2,03	21,90±4,80
9-12yıl	20	12,80±6,82	1,95± 2,25	21,10±5,42
>12yıl	12	9,75±5,87 (x2=4,111,p=0,128)	1,50± 1,73 (x2=0,294, p=0,863)	20,50±2,23 (f= 0,570 p= 0,568)
Çocuk Varlığı				
Var	74	14,28±7,46	1,85±2,17	21,67±4,62
Yok	22	11,22±6,50 (z=-1,667, p=0,095)	1,45±1,43 (z=-0,270, p=0,787)	21,18±5,02 (t= 0,431 p= 0,667)
Sosyal Güvence				
Yok	12	10,00±3,13	1,16±1,85	20,41±5,88
Var	84	14,09±7,62 (z=-1,780, p=0,075)	1,84±2,05 (z=-1,329, p=0,184)	21,72±4,52 (t= -0,902,p= 0,369)
Yaşadığı Yer				
Kentsel	78	12,96±7,19	1,71±1,94	21,69±4,93
Kırsal	18	16,27±7,53 (z=-1,518, p=0,129)	1,94±2,41 (z=-0,189, p=0,850)	21,00±3,56 (t= 0,561 p= 0,576)
Alkol Kullanımı				
Var	13	9,46±5,10	1,46±1,66	19,84±4,29
Yok	83	14,22±7,44 (z=-2,096 , p=0,036)	1,80±2,08 (z=-0,349, p=0,727)	21,83±4,72 (t= -1,424 p= 0,158)
Sigara Kullanımı				
Var	22	13,27±6,48	1,50±2,19	20,81±4,03
Yok	74	13,67±7,60 (z=-0,035, p=0,972)	1,83±1,98 (z=-1,046, p=0,296)	21,78±4,88 (t= -0,845 p= 0,400)
Hastalık				
Yok	50	12,00±7,39	1,52±2,00	21,88±5,45
Psikiyatrik	6	18,00±9,46	2,16±2,31	11,94±5,97
Kronik Hastalık	40	14,90±6,55 (x2= 3,019, p=0,054)	2,00±2,03 (x2= 0,745, p=0,477)	13,96±7,59 (f= 0,053p= 0,974)
Çalışma durumu				
Çalışıyor	26	11,69±6,47	1,30±2,14	21,53±4,74
Çalışmıyor	70	14,28±7,55 (z=-1,564,p=0,118)	1,92±1,97 (z=-1,986,p=0,047)	21,57±4,71 (t=-0,030,p=0,976)

Hastaya bir yıldan fazla süredir bakım veren hasta yakınlarının duygusal tükenme puanları anlamlı olarak bir yıl ve daha az süredir bakım verenlere göre yüksek bulundu ($z=-2,383$, $p=0,017$) (**Tablo-XVIII**).

Tablo XVIII. Bakım verenin bakım verme durumu ile ilgili verilerin tükenmişlik puanları arasındaki ilişkisi

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS
Evde Başka Bakıma Muhtaç Birey Varlığı				
Var	13	14,53 $\pm$ 5,78	2,30 $\pm$ 2,17	20,00 $\pm$ 4,54
Yok	83	13,43 $\pm$ 7,56 ($z= -0,724$, $p=0,469$)	1,67 $\pm$ 2,00 ($z= -1,390$, $p=0,165$)	21,80 $\pm$ 4,70 ($t= -1,294$ $p=0,199$)
Yakınlık Durumu				
Eşi	50	14,46 $\pm$ 7,04	1,88 $\pm$ 2,18	21,80 $\pm$ 4,96
Diğerleri	46	12,63 $\pm$ 7,60 ($z= -1,263$, $p= 0,207$)	1,63 $\pm$ 1,86 ($z= -0,349$, $p=0,727$)	21,30 $\pm$ 4,42 ($t=0,514$ $p=0,608$)
Hastalık Hakkında Bilgisi				
Var	87	13,28 $\pm$ 7,27	1,73 $\pm$ 2,03	21,55 $\pm$ 4,62
Yok	9	16,44 $\pm$ 7,79 ($z= -1,114$, $p=0,265$)	2,00 $\pm$ 2,06 ($z= -0,487$, $p=0,626$)	21,66 $\pm$ 5,63 ($t= -0,069$ $p= 0,945$)
Bakım Süresi				
1 Yıl ve Daha Az	57	12,17 $\pm$ 7,02	1,54 $\pm$ 2,08	20,96 $\pm$ 4,91
1 Yıldan Fazla	39	15,64 $\pm$ 7,38 ($z= -2,383$, $p=0,017$)	2,07 $\pm$ 1,92 ($z= -1,917$, $p=0,055$)	22,43 $\pm$ 4,27 ($t= -1,517$ $p= 0, 133$)
Haftalık Bakım Saati				
168 saat (7x24)	35	14,97 $\pm$ 8,38	1,54 $\pm$ 1,78	22,05 $\pm$ 5,13
168 saatten daha az	61	12,78 $\pm$ 6,60 ($z= -1,262$, $p=0,207$)	1,88 $\pm$ 2,16 ($z= -0,520$, $p=0,603$)	21,27 $\pm$ 4,44 ($t= 0,780$ $p= 0,438$)
Bir ayda bakım verilen gün sayısı				
30 Gün	68	13,48 $\pm$ 7,43	1,76 $\pm$ 2,15	21,92 $\pm$ 4,69
30 günden daha az	28	13,82 $\pm$ 7,21 ($z= -0,174$, $p=0,862$)	1,75 $\pm$ 1,71 ($z= -0,342$, $p=0,733$)	20,67 $\pm$ 4,67 ($t= 1,185$ $p= 0,239$)
Daha önce başka birine bakım verme durumu				
Var	25	14,08 $\pm$ 8,33	2,04 $\pm$ 2,35	21,72 $\pm$ 5,01
Yok	71	13,40 $\pm$ 7,00 ($z= -0,435$, $p=0,664$)	1,66 $\pm$ 1,91 ($z= -0,505$ $p=0,614$)	21,50 $\pm$ 4,61 ($t= 0,194$ $p= 0,847$)
Bakım Tercihi				
Gönüllü	73	12,76 $\pm$ 6,98	1,54 $\pm$ 1,92	21,68 $\pm$ 4,75
Mecburi	23	16,17 $\pm$ 7,98 ($z= -1,788$, $p=0,074$)	2,43 $\pm$ 2,23 ($z= -1,868$, $p=0,062$)	21,17 $\pm$ 4,60 ($t= 0,453$ $p= 0,652$)

Bakım verene göre hastanın bakım işlerine yardımcı olması durumu ile tükenmişlik karşılaştırıldığında, kötü olarak algılayan bakım verende duygusal tükenmişlik puanı daha yüksek bulunmuştur. ($\chi^2= 17,205$, $p=0,000$) (**Tablo-XIX**)

Tablo XIX. Bakım verenin hasta hakkında düşündükleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS	Ort, ±SDS
Hastanın Kendiyle İlgilenmesi				
Kötü	28	16,60±8,25	2,17±2,16	21,10±4,14
Orta	37	12,70±6,53	1,78±2,01	20,75±4,80
İyi	31	11,90±6,74	1,35±1,90	22,93±4,87
		(x ² = 5,512, p=0,064)	(x ² = 3,195, p=0,202)	(f= 2,043, p=0,135)
Hastanın Bakım İşlerine Yardımcı Olması				
Kötü	34	17,64±6,83	1,94±1,99	21,50±3,79
Orta	36	12,00±6,04	1,77±2,13	20,86±4,63
İyi	26	10,46±7,44	1,50±1,96	22,61±5,74
		(x ² = 17,205, p= 0,000)	(x ² = 1,349, p=0,509)	(f= 1,058 p=0,351)
Hastanın Sağlık Durumu				
Kötü	31	15,96±7,91	2,35±2,16	20,16±4,25
Orta	40	12,70±5,99	1,42±1,75	22,32±4,84
İyi	25	12,04±8,07	1,56±2,18	22,08±4,76
		(x ² = 4,465, p=0,107)	(x ² = 5,137, p=0,077)	(f= 2,104, p=0,128)

Bakım verenin yaşamındaki problem varlığı ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında problem yaşadığını söyleyenlerde duygusal tükenme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(z= -4,456, p=**0,000**). Problem tipleri değerlendirildiğinde; sağlık ve ekonomik problem yaşadığını söyleyen bakım verenlerde, sağlık ve ekonomik problem yaşamayanlara göre duygusal tükenme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (z= -3,248, p=**0,001**). (z=-4,590, p=**0,000**) (**Tablo-XX**)

Tablo XX. Bakım verenin problemleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Sayı	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS	Ort, $\pm$SDS
Problem Varlığı				
Var	42	17,31 $\pm$ 6,87	1,92 $\pm$ 2,00	20,78 $\pm$ 3,65
Yok	54	10,68 $\pm$ 6,35 (z= -4,456, p=0,000)	1,63 $\pm$ 2,05 (z= -1,142, p=0,254)	22,16 $\pm$ 5,32 (t= -1,436 p=0,154)
Evlilik Sorunu				
Var	4	16,00 $\pm$ 2,16	2,00 $\pm$ 2,82	21,25 $\pm$ 2,87
Yok	92	13,47 $\pm$ 7,46 (z= -0,826, p= 0,429)	1,75 $\pm$ 2,00 (z=-0,057,p=0,955)	21,57 $\pm$ 4,77 (t=-0,135p=0,893)
Sağlık Sorunu				
Var	18	18,50 $\pm$ 6,17	2,33 $\pm$ 2,30	19,77 $\pm$ 3,63
Yok	78	12,44 $\pm$ 7,14 (z=-3,248, p=0,001)	1,62 $\pm$ 1,95 (z=-1,500, p=0,134)	21,97 $\pm$ 4,83 (t= -1,809 p= 0,074)
Ekonomik Problem	26	19,26 $\pm$ 6,63	1,73 $\pm$ 1,86	21,30 $\pm$ 3,34
Var	70	11,47 $\pm$ 6,43 (z=-4,590, p=0,000)	1,77 $\pm$ 2,10 (z=-0,256, p=0,978)	21,65 $\pm$ 5,12 (t= -0,322 p= 0,748)
Çalışma Ortamı Problemi	3	11,66 $\pm$ 5,13	1,66 $\pm$ 0,57	20,66 $\pm$ 3,21
Var	93	13,64 $\pm$ 7,40 (z=-0,390 p=0,696)	1,76 $\pm$ 2,06 (z=-0,555,p=0,579)	21,59 $\pm$ 4,74 (t=-0,334,p=0,739)
Eğitim Problemi	6	14,66 $\pm$ 7,03	1,66 $\pm$ 1,86	21,50 $\pm$ 3,20
Var	90	13,51 $\pm$ 7,38 (z=-0,485, p=0,628)	1,76 $\pm$ 2,05 (z=0,086 p=0,931)	21,56 $\pm$ 4,79 (t=-0,033,p=0,973)
Cinsel Yaşam Problemi	0	13,58 $\pm$ 7,33	1,76 $\pm$ 2,03	21,56 $\pm$ 4,69
Var	96			
Bilgilendirme Alma Durumu	15	12,40 $\pm$ 6,17	1,66 $\pm$ 1,83	22,53 $\pm$ 3,33
Evet	81	13,80 $\pm$ 7,54 (z=-0,657, p=0,511)	1,77 $\pm$ 2,07 (z= -0,042, p=0,967)	21,38 $\pm$ 4,90 (t= -0,870p= 0,387)
Hayır				
Bilgilendirme Katkısı				
Evet	87	13,26 $\pm$ 7,45	1,78 $\pm$ 2,03	21,54 $\pm$ 4,68
Hayır	9	16,66 $\pm$ 5,43 (z=-1,447, p=0,148)	1,55 $\pm$ 2,12 (z= -0,448, p=0,654)	21,77 $\pm$ 5,16 (t= -0,144p= 0,886)

5. TARTIŞMA

Diyabetik ayak yarası olan hastaya bakım verenler hastanın hareket yeteneğinde azalma, cerrahi girişim ve amputasyona bağlı olarak bakım yükü oluşturabilecek birçok rol ve sorumluluğu üstlenmek durumunda kalmaktadırlar (68). Bu durum bakım verenin tükenmişliğine yol açabilmektedir. DAE hastaları ve bakım verenlerine; hastalıklarıyla ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilişkili verilen eğitim ve sonrasında yapılan iki aylık izlemin bakım verenin tükenmişliği üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda, hem olgu hem kontrol gruplarında duygusal ve duyarsızlaşma alt boyutlarının düzeylerini anlamlı olarak azalmış saptadık. Ayrıca eşlik eden başka hastalığın olması, hastalığın 10 yıldan uzun süredir var olması, bakım verenin sağlık ve ekonomik sorun yaşaması tükenmişlikle ilişkili bulunan bazı özelliklerdi. Bulgularımız doğrultusunda tartışmamızı eğitim ve izlemin tükenmişlikle ilişkisi ve tükenmişlikle ilişkili faktörler alt başlıkları ile yapılandırdık.

5.1. Eğitim Ve İzlemin Tükenmişlik Üzerine Etkisi

Çalışmamızda eğitim ve izlem uyguladığımız olgu grubunda tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının azaldığını saptadık. Sadece olgu grubunun sonuçları değerlendirildiğinde, eğitim ve izlemin etkili olduğu sonucuna varabiliriz. Ancak benzer sonuçları kontrol grubunda da elde etmemiz tükenmişliğe etki eden başka faktörlerin olduğunu düşündürmektedir. Bu durum literatür bilgileri baz alınarak iki şekilde açıklanabilir:

Gruplara ilk uygulanan değerlendirme esnasında tüm hastalar hastanede tedavi görüyorlardı. Hastanede yatış süresince hasta bireylerin hareketinin kısıtlanması ve cerrahi girişim ile ilgili kaygılar hasta ve bakım verenini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca; hastaneler bireylerin konfor alanlarının dışına çıktıkları ve koşulları gereği bir ya da daha fazla hastayla aynı odayı paylaşabildikleri, öz bakım gereksinimlerini sınırlı olanaklarla sağlayabildikleri yerlerdir. Hastaların kendi evlerindeki ortamlarından uzak kalmaları ve özel alanlarının sınırlandırılması bakımda bağımlılık düzeyinin artmasına ve yük algısının oluşmasına yol açabilmektedir(68,69). Tüm bu faktörlerin etkisiyle hastanede bulunan sürede tükenmişlik puanları her iki grupta da ikinci değerlendirmeye göre daha yüksekti. İki ay sonra ikinci değerlendirme hastane ortamından ayrılmış oldukları zamanda yapıldı.

Hastane ortamından ayrılan ve durumları stabil seyreden, hem olgu hem de kontrol gruplarındaki hastaların bakım verenlerinin tükenmişlik puanları düşmüştü.

İkinci açıklamayı ise Hawthorne etkisi ile yapabiliriz. Hawthorne Etkisi; genel anlamıyla uygulamada her türlü yeniliğin (yeni yöntemlerin, buluşların, aletlerin, programların, vb.) üretkenlikte ve performansta geçici de olsa belli bir artışa yol açması olarak tanımlanmaktadır (70). Hawthorne etkisinin tanımına göre bizim araştırmamızda, araştırmacının varlığının ve ilgisinin tüm katılımcıların düşünce ve davranışlarını etkileyebileceğini düşünüyoruz. İzlendiğini bilen hastalar, kendilerini gerçekte olduklarından daha iyi hissedebilmekte ve bildirebilmektedirler. Kontrol grubundaki hastalar da ilgi gördüklerini ve iki ay sonra arandıklarında izlendiklerini hissederek daha olumlu yanıtlar vermiş olabilirler. Hawthorne etkisi özellikle tıbbi araştırmalarda sorunlu bir faktör olarak kabul edilir (71). Bu etkinin gücü ise tartışmalıdır.

Diyabetik ayak hastalarına bakım verenlerde tükenmişliğe yönelik başka müdahale çalışmasına ulaşamamıştır. Tabi ki diğer hastaların sorunları ile diyabetik ayak hastalarının sorunları aynı olmadığı için tükenmişliğin aynı seviyede olması olası değildir. Ancak yapılan müdahalelerin etkinliğini karşılaştırmak gelecek araştırmalara fikir vermesi açısından önemlidir.

Daha önce Türkiye'nin doğusunda beş klinikte gerçekleştirilen çalışmada, engelli çocuğu olan annelere uygulanan çocuk bakımı ve stresle başa çıkma yöntemleri eğitiminin sadece duygusal tükenme alt boyutu üzerine zayıf etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar duygusal tükenme boyutunun zayıf etkilemesini, eğitimin annelerin yeteneklerini geliştirerek tükenmişlik düzeyini ya da tükenmişlik algısını azalttığı şeklinde yorumlamışlardır. Bu çalışmada duyarsızlaşma boyutu değerlendirilmemiştir. Kişisel başarı alt boyutunda da bizim çalışmamızdaki gibi anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Araştırmacılar bu sonucu bizim çalışmamızda da olduğu gibi Hawthorne etkisine bağlamışlardır. Ayrıca müdahale ve kontrol grubunda kişisel başarı algısının artmasının nedenini, annelerin “kişisel başarı” tanımından farklı beklentilerine sahip olmalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (72). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak kişisel başarı artışı anlamlı olmasa da puan ortalamaları iki grupta da artmıştır. Yani beklenti etkisinin bizim çalışmamız için de önemli olduğunu söyleyebiliriz. Engelli çocukların annelerine yapılan çalışmaya toplam 90 anne katılmış olup evren sayısı olarak bizim

çalışmamıza benzerdir. Yine bizim çalışmamıza benzer olarak bu çalışmada da verilen eğitim hasta bakımı ve stresle başa çıkma yöntemleriyle ilişkiliydi. Yapılan eğitim; interaktif eğitim ve kitapçıktan oluşmaktaydı. .Olgu kontrol grupları belirlenip pre test uygulandıktan sonra çalışmamıza benzer olarak iki ay sonra post test uygulanmıştı. Çalışmamızda eğitim grupları sadece hasta ve bakım vereninden (2 kişi) oluşurken, sözü geçen çalışmada sadece annelere bir ile yedi kişilik gruplar halinde eğitim verilmişti. Çalışmamız bu konuda engelli çocuk annelerine yapılan çalışmadan farklıydı (72).

Antalya'da yapılan başka bir çalışmada ise inme geçiren hastalar ve bakım verenlerine TEMpEST programı uygulanmıştır. TEMpEST programı (geçiş bakım modeline temellenen eğitim ve izlem modeli) üç kez hastanede ziyaret, bir kez ev ziyareti, üç ay boyunca telefonla iletişim ve web destekli eğitimden oluşturulmuştur. Yapılan ilk testlerde çalışmamıza benzer olarak tükenmişlik puan ortalamaları düşük olarak bulunmuş olup, araştırmacı bu sonucu bakım verme sürecinin yeni başlamasından dolayı ortaya çıktığı şeklinde yorumlamıştır. Bizim çalışmamızdan daha uzun süre izlenen katılımcıların olgu ve kontrol grupları incelendiğinde TEMpEST programı kapsamında uygulanan müdahaleler sonrası olgu grubu bakım verenlerin tükenmişlik göstergelerinde değişim görülmezken, kontrol grubunda bakım verenlerin algıladıkları tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanlarının arttığı belirlenmiştir. Yani yapılan program sonucu tükenmişlik düzeyinde azalma ya da artma olmamıştır. Araştırmacı bu sonucu, web sitesindeki tükenmişliği azaltmak için olan önerilerin, taburculuktan sonraki uygulanan ev ziyaretlerinin ve üç ay boyunca haftada en az bir telefonla iletişimin bakım verenlerin tükenmişlikten etkilenmesini önlemiştir şeklinde yorumlamıştır (73).

Literatürdeki tükenmişlik alanında yapılan diğer müdahale çalışmaları incelendiğinde, sanat terapisinden makineyle gevşemeye kadar birçok yöntemin uygulandığı ve genelde müdahale türlerinin bireysel yönelimli tasarlandığı görülmüştür. Kuşkusuz bunda organizasyon yönelimli çalışmalara göre bireysel yönelimli müdahalelerin daha kolay ve ekonomik olmasının payı büyüktür. Tükenmişliğin her üç boyutuna da etkili olan çalışmaların bireysel yönelimli çalışmalar olduğu gözlenmektedir (74). Bizim de çalışmamızda uyguladığımız müdahale bireysel yönelimliydi.

Kullandığımız müdahale yöntemi kuramsal bir modelden temel almamıştır. Müdahale programı, ilgili çalışmalar değerlendirilerek oluşturulmuştur. Tükenmişliğin

birden çok etkene bağılı olması tükenmişlikle mücadeleyi zorlaştıran başlıca sebeplerdendir. İzlemlerin telefonla yapılması, eğitim programının hasta ile bakım verenlerin bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmemesi ve katılımcıların araştırmacı tarafından rastgele seçilmemesi, tarihlere göre belirlenmesi çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Müdahalemizin direk etkisi olmamasından dolayı bizim müdahale programımızın geliştirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Maslach ölçeğinin kesme puanı olmaması nedeniyle çalışmamızda kaç kişide tükenmişlik olduğunu söylemek olası değildir. Ancak, diğer bakım verenlere yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmanın örnekleminde görece tükenmişlik puan ortalaması düşük bulunmuştur (9,72). Bu durum bakım verme sürecinin yeni başlamış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Uzun süreli bakım vermede tükenmişlik kaçınılmazdır. Bakım verilen süre ve hasta ile geçirilen zaman arttıkça tükenmişliğin arttığı bildirilmektedir (75). Çalışmamıza benzer sonuçlar da mevcuttur. Ankara’da yapılan şizofreni hastalarına bakım verenlerinde tükenmişliğin incelendiği çalışmada algılanan tükenmişlik alt boyut puan ortalamaları çalışmamıza benzerdi (7).

5.2. Hastaya Ait Özelliklerle Bakım Veren Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisi

Hastaların cinsiyetleri ile onlara bakım veren yakınlarının tükenmişlik seviyeleri karşılaştırıldığında erkek hastalara bakım verenlerin kişisel başarı puanlarının daha yüksek olduğunu saptadık. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (76). Yapılan bir başka çalışmada da hastanın cinsiyetinin bakım verenin tükenmişlik düzeyi üzerinde anlamlı bir fark ortaya çıkarmadığı tespit edilmiştir (77). Bu durumun aksine erkek hastalara bakım verenlerin, kadın hastalara bakım veren bireylere oranla daha fazla tükenmişlik yaşadığı da bildirilmiştir (78).

Hastaların çalışma durumlarına göre bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumlarını değerlendirdiğimizde çalışmayan hastanın bakım verenleri duyarsızlaşma alt boyutunda daha fazla tükenmiş hissediyorlardı. Hasta bireyin iş yaşamından ayrılmak zorunda kalması, emeklilik hakkını elde edememesi, hastayı ekonomik açıdan bakım verene bağımlı hale getirirken; bu durum bakım veren birey için yük oluşturur (79). Bizim çalışmamıza benzer şekilde inmeli hastalara bakım verenlerde yapılan bir çalışmada,

çalışmayan hastaların yakınlarında duyarsızlaşma puanları daha yüksek, kişisel başarı puanları daha düşük bulunmuştur. Bu durumu araştırmacılar hastaların çalışmamasının ve evde daha uzun süre kalmasının hasta yakınlarında duyarsızlaşma düzeyini arttırdığını ve daha düşük kişisel başarı oluşturduğu şeklinde yorumlamışlardır (80). Bu konuda farklı sonuçların bildirildiğini görmekteyiz. Bir başka çalışmada, kanser hastalarına bakım verenlerinin hastalarının çalışma durumları ile bakım verenlerin tükenmişlikleri arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (63).

Artan ayak yarası derecelendirmesine bağlı olarak amputasyon riskinin artmasına rağmen çalışmamızda hastanın diyabetik ayak enfeksiyonu Wagner evrelemesi ile değerlendirildiğinde; evreleme ile bakım verenin tükenmişliği arasında ilişki bulunmadı. Diyabetik ayak gelişen bireylerin bağımlılık durumunun ve aileye olan bakım yükünün araştırıldığı bir başka çalışmada sağ ayak Wagner evrelemesi 4 ve 5 olanlarda bağımlılık durumu düzeyi yüksek bulunurken sol ayakta farklılık yoktu (68). Araştırmacılar bulgularını artan ayak yarası derecelerine bağlı olarak bakım bağımlılığı artar şeklinde yorumlasalar da, her iki ayakta aynı sonucun çıkmaması bize bu konu hakkında fikir birliği olmadığını göstermektedir.

Hastalarında DAE dışında hastalığı olan bakım verenlerin duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur. Diyabetik ayak gelişen bireylerin bağımlılık durumunun ve aileye olan bakım yükünün araştırıldığı bir başka çalışma da ek hastalığı olan diyabetik ayak hastalarının, ek hastalığı olmayanlara göre daha bağımlı olduğu bildirilmiştir. Hastanın bağımlılığı arttıkça bakım yükünün arttığını söylemek de mümkündür (68).

Hastaların DM hastalığı süresi ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde 10 yıldan fazla DM hastası olan hastaların bakım verenlerinin duyarsızlaşma alt boyutunda daha tükenmiş olduklarını bulduk. Yine aynı serviste yapılan başka bir çalışmada hastalık yılı arttıkça bakım yükünün arttığı bulunmuştur (81). Uzun süre DM hastası olan olgulara yapılan başka çalışmalarda bunun hastaların komorbiditesi üzerinde artmış etkiye neden olduğunu ve bunun da hem hasta için hem de bakım veren kişi için olumsuz etkileri olduğunu belirtmektedirler (26,82).

Kendini Tükenmiş hisseden hastaların bakım verenlerinde duygusal tükenme puanları daha yüksek saptanmıştır. Diyabetik ayak, hastaların fiziksel işlevlerinde azalmaya sebep olduğu gibi diyabetli hastanın fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve cinsellikle ilgili pek çok sorun yaşamasına da sebep olmaktadır. Bu sorunlar hastanın tükenmişliğine sebep olmaktadır. Tüm gün tükenmiş hastasıyla ilgilenen bakım verenler hastadan negatif etkilenmektedirler (83).

Hastaların eğitim durumu, hastalık ile ilgili bilgi durumu, HbA1c gibi hasta kaynaklı bakım yükü yaratabilecek faktörlerin bakım verenin tükenmişliği ile ilişkisi olmadığını gözlemledik. Hastaların DAE nedeni ile amputasyon varlığını sorguladığımızda yaklaşık 1/3'ünde amputasyon olduğunu fakat bu durumun tükenmişlikle ilişkisi olmadığını saptadık. Bizim çalışmamıza benzer olarak, daha önce aynı serviste yapılmış başka bir çalışmada bu faktörlerin bakım yükü oluşturmadığı bildirilmiştir(81).

5.3. Bakım Verene Ait Özelliklerle Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisi

Bakım verenlerin yaş ortalamaları bu konuda yapılan çalışmalarda bildirilen yaş ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir (81,84).

Cinsiyet açısından değerlendirildiğimizde, kadın ve erkek bakım vericiler arasında tükenmişlik alt boyutlarında farklılık yoktu. Ancak literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınlarında tükenmişliğin araştırıldığı bir çalışmada duygusal tükenme oranları erkeklere göre bakım veren kadınlarda yüksek saptandığı bildirilmektedir (85). Ancak, inmeli hastalara bakım veren yakınları üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmiş oldukları bildirilmektedir (80).

Çalışmamızda bakım verenin yaşıyla tükenmişlik durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Otizm Spektrum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerindeki tükenmişliğin değerlendirildiği çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bildirilmiştir (86). Ancak literatüre baktığımızda farklı sonuçlar da mevcuttur. Aydın'da kanser hastaları bakıcılarına yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaşları arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (63). Farklı olarak, yapılan başka bir araştırmada katılımcıların yaşı ve çalışma süresi arttıkça duygusal tükenme ve

duyarsızlaşmanın azaldığı tespit edilmiştir (67).Yine aynı şekilde genç çalışanların mesleki tecrübelerinin az olması ve beklenti ve ideallerinin yüksek olması nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettiklerine değinilen çalışmalar da mevcuttur (86). Bu konuda bir fikir birliği olmadığını görüyoruz.

Çalışmamızda medeni durumla tükenmişlik durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Serebral palsili çocukların ebeveynlerinde bakım yükü araştıran çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (87). Bu konuda farklı sonuçlar da bildirilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada medeni durum ile tükenmişlik ilişkisine bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak dul/boşanmış olanların evli olanlara göre daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşadıkları bulunmuştur (7).

Çalışmamızda sağlık problemi olan bakım verenlerin duygusal tükenme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kanseri hastalarına bakım verenlerde yapılan bir çalışmada, herhangi bir kronik hastalığa sahip olan bakım verenlerin, kronik hastalığı olmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (63).Tükenmişlik durumunun kanser, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, romatoid artrit ve depresyon gibi hastalıklarla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (88). Bu sonuçlar bize sağlık sorunu yaşayan bakım verenlerin daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir.

Gelir durumları açısından bakıldığında bakım veren bireylerin tükenmişlik seviyeleri ile arasında bir ilişki yoktu. Çalışmamız ile uyumlu olarak gelir düzeyi, tükenmişlik üzerinde etkili bir faktör olmadığını bildiren başka araştırmalar da mevcuttur (89).

Ancak, çalışmamızda gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmamasına rağmen bakım verenlerin ekonomik problem yaşamasının duygusal tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır. Gelir düzeyi algısı kişiler arası farklılığa sahip olabilmektedir. Engelli çocuklara bakım veren ebeveynlerden gelir durumu en düşük olan grubun en fazla tükenmişlik seviyesine sahip olduğunu belirten araştırmacılar; düşük gelire sahip olmanın engellilik sebebiyle artmış masrafları karşılamakta zorlanan bireylerin tükenmesine yol açtığı şeklinde yorumlamışlardır (90,91). Bizim çalışmamızda da ekonomik zorluk yaşadığını düşünenlerin tükenmişlik hissini daha çok yaşadığını görmekteyiz.

Çalışmamızda eğitim durumuyla tükenmişlik arasında ilişki saptanmadı. Çalışmamıza benzer olarak, zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynler üzerinde yapılmış olan bir araştırmada eğitim durumunun bireylerin tükenmişlik seviyesi üzerinde anlamlı bir farka yol açmadığı bildirilmektedir (89). Ancak bu konuda farklı görüşler mevcuttur. Eğitim düzeyi artmasıyla beraber problem çözme becerilerinin olumlu yönde etkilendiği vurgulanmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasının farkındalığı arttırdığı ve daha yüksek direnme gücünü beraberinde getirdiği ifade edilmiştir (92,93). Eğitimli kişilerin iletişim becerilerinin genellikle daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda stres yönetim teknikleri gibi yaşam becerilerine sahip olma olasılıklarının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (94).

Alkol kullanan bakım vericiler ile kullanmayan bakım vericiler arasında duygusal tükenmişlik alt boyut düzeyleri arasında anlamlı fark vardı. Alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında ters ilişki mevcuttu. Bu durumu bakım verenlerin alkolü stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanmaları ile ilişkilendirebiliriz. Ancak sigara ve tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki yoktu. Çalışmamızdan farklı olarak sigara veya alkol kullanan bakım vericiler ile kullanmayan bakım vericiler arasında tükenmişlik alt boyutları açısından bir farka rastlamayan çalışmalar da mevcuttur (63).

Çalışmamızdaki bakım verenlerin çoğunluğu kadındı. Benzer şekilde kadınların bakım verme işine erkeklere oranla daha fazla katıldıklarına dair çalışmalar mevcuttur (95). Araştırmacılar kadınların erkeklere oranla bakım verme işlerine daha uygun görülmesinin en önemli nedeninin; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesine bağlı olabileceğini bildirmişlerdir (96). Bir başka araştırmacı ise bakım veren kişinin genelde kadın olduğunu, eş veya evin büyük kızının bu sorumluluğu üstlendiğini bildirmiştir (10). Bizim çalışmamızda da sonuçlar benzer olup eşler çoğunlukta idi.

Hastanın yakınlık durumuyla tükenmişlik arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak şizofreni hastalarına bakım veren yakınları üzerinde yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin hastalara yakınlık derecesi ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmadığı bildirilmiştir (7).

Bakım verenin çalışma durumuyla tükenmişlik karşılaştırıldığında çalışmayanların duyarsızlaşma alt boyut puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada bizim sonucumuza benzer olarak, otizmli çocuğa sahip annelerin çalışıyor

olmasının annenin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşamasını engellediği görülürken, çalışmayan ve her gün otizmlı çocuğuyla ilgilenen anneler de daha fazla duygusal tükenmişlik, motivasyon kaybı görülmüştür (97). Bir yerde çalışmak kişinin kendine zaman ayırmasına olanak sağlamak ve iyi oluş halini olumlu etkilemektedir.

Bakım vermede deneyimli olan bireylerin ortaya çıkabilecek herhangi bir problem karşısında daha tecrübeli olmaları nedeniyle bu problemi daha kolay aşacakları ve strese daha az maruz kalacakları ve sonuç olarak daha az tükenmişlik içinde olabilecekleri düşünülmese de rağmen araştırmamıza göre daha önceden başka bir hastaya bakım verme deneyimi olan bakım verenler ile deneyimi olmayanlar arasında tükenmişlik seviyeleri bakımından bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan bakım vericilerin bakım verme süreleri arttıkça daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları saptanmıştır. Bu durum, bakım verenlerin hastayla ilgilenme sürecinde kendi sosyal hayatlarını ertelemek ve bazen ailelerini, arkadaşlarını ihmal etmek durumunda kaldığını ve bu sürecin uzamasının tükenmişlik derecesini arttırdığını göstermektedir. Başka bir çalışmada da bakım verme süreleri arttıkça bakım verenlerin duygusal tükenme düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (85). Palyatif bakım hastalarına bakım verenlere yapılan bir başka çalışmada da benzer olarak , hastaya bakım verme süreleri 6-10 yıl olan olguların tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları, bakım verme süreleri 1 yıldan az olan olguların tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarından daha yüksek bulunmuştur(13).

Hastanın bakım işlerine yardımcı olma durumu sorgulandığında bakım verene göre kötü olarak algılanan yardım seviyesinin duygusal tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır. Bakım sürecinde destek alabilmek, bilindiği üzere bakım veren üzerindeki stres ve yük derecesini azaltmakta, hatta bir tür “koruyucu etki” (buffering) yapmaktadır. Çalışmamıza benzer olarak, otizmlı çocuğa sahip annelerle yapılan bir araştırmada; annenin çocuğa bakımında ona yardım eden birinin olup olmaması annelerde duygusal tükenmişlik, motivasyon kaybı ve kaygı düzeylerinde farklılaşmaya neden olmuştur. Çocuğunun bakımında anneye yardımcı olan birinin olmayan annelerin duygusal tükenmişlik ve kaygı düzeyleri, yardımcısı olan annelere göre daha yüksek bulunmuştur (97).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

DAE hastaları ve bakım verenlerine; hastalıklarıyla ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilişkili verilen eğitim ve sonrasında yapılan iki aylık izlemin bakım verenin tükenmişliği üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda, hem olgu hem kontrol gruplarında duygusal ve duyarsızlaşma alt boyutlarının düzeylerini azalmış saptadık. Kişisel başarı düzeyinde fark saptamadık.

Ayrıca, hastanın kadın olması, çalışmaması ve on yıldan uzun süredir diyabet hastası olması bakım verenin tükenmişliğini arttıran faktörler olarak bulduk. Ek olarak, hastanın bakım işlerine yardımcı olmaması ve hastanın kendisini tükenmiş hissetmesi de bakım verenin tükenmişliğini artıran faktörlerdendi. Bakım verenin kendisi ile ilgi olan ve tükenmişliğini artıran faktörler ise bir yıldan uzun süredir bakım vermekte olması, çalışmaması, ekonomik ve sağlık problemleri olarak öne çıktı.

Müdahalemizin direk etkisi olmamasından dolayı, müdahale programımızın geliştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Eğitim programının daha kapsamlı hazırlanması ve hasta ile bakım verenlerin bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmesi önerilebilir.

ÖZET

DIYABETİK AYAK HASTALARI VE BAKIM VERENLERİNE UYGULANAN EĞİTİM VE İZLEMİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Diyabetik ayak yarası olan hastaya bakım verenler hastanın hareket yeteneğinde azalma, cerrahi girişim ve amputasyona bağlı olarak bakım yükü oluşturabilecek birçok rol ve sorumluluğu üstlenmek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum da bakım verenin tükenmişliğine yol açabilmektedir. Çalışmanın amacı: diyabetik ayak hastalarına ve bakım verenlerine uygulanan eğitim ve izlemin, bakım verenlerde bakım işiyle ilişkili tükenmişlik düzeyine etkisinin araştırılmasıdır. İkincil amacımız ise diyabetik ayak hastalarına bakım verenlerde gözlenen tükenmişlik sendromuyla ilişkili faktörleri ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırmamız tek merkezli, müdahale çalışması olarak planlanmıştır. 01.04.2019 -31.05.2019 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara ve Enfeksiyonlarım Bakım Ünitesine başvuran ve diyabetik ayak tanısıyla servise yatırılarak takip edilen hasta ve bakım verenleri müdahale (olgu) grubunu, 01.06.2019-31.07.2019 tarihleri arasında servise yatan hasta ve bakım verenleri kontrol grubunu oluşturdu. Ancak kontrol grubu yeterli sayıya ulaşmadığı için süre 09.08.2019 tarihine kadar uzatıldı. Olgu ve kontrol grubuna sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş veri formu (ek-4) ve Maslach tükenmişlik ölçeği uygulandı. Olgu grubundaki hastalara ve bakım verenlerine diyabetik ayak bakımı ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili yüz yüze eğitim (ek-1) verildi. Hastalar ve bakım verenleri iki ay süreyle iki haftada bir kez telefonla yapılandırılmış destek programı uygulanarak (ek-3) izlendi. İzlem sonunda bakım verenler telefonla aranarak anket ve ‘Maslach Tükenmişlik ölçeği’ tekrar uygulandı. Kontrol grubuna da hiçbir müdahale uygulanmayarak 2 ay sonra anket ve ölçek uygulandı. Veriler toplandıktan sonra istatistiksel analizi SPSS paket program aracılığıyla yapıldı. Çalışmanın gerekli etik kurul izinleri ise Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul’undan alınmıştır.

Bulgular: Uygulanan müdahale sonrasında olgu grubunda hem olgu hem kontrol gruplarında duygusal ve duyarsızlaşma alt boyutlarının düzeylerini anlamlı olarak azalmış saptadık. Kişisel başarı puan ortalamalarında istatistiksel fark mevcut değildi. Ayrıca,

Çalışmamızda DAE bulunan kişilere bakım veren bireylerdeki tükenmişliğin; hastanın cinsiyeti, hastanın çalışma durumu, DM tanısı aldıktan sonra geçen süre, hastanın tükenmiş hissetme durumu, bakım verme süresi, bakım verenin çalışma durumu, hastanın bakım işlerine yardımcı olması, bakım verenin ekonomik ve sağlık problemleri gibi faktörlerden etkilendiğini gözlemledik.

Sonuç: DAE hastaları ve bakım verenlerine, hastalıklarıyla ve stresle başa çıkma yöntemleri ile ilişkili verilen eğitim ve sonrasında yapılan iki aylık izlemin bakım verenin tükenmişliği üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda, hem olgu hem kontrol gruplarında duygusal ve duyarsızlaşma alt boyutlarının düzeylerini azalmış saptadık.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, Diyabetik ayak, Bakım verenler

İletişim Adresi: yildiz-turkoglu@hotmail.com

SUMMARY

THE EFFECT OF EDUCATION AND FOLLOW-UP ON DIABETIC FOOT PATIENTS AND PATIENT'S CAREGIVERS ON BURNOUT

Objective: Caregivers of the patient with diabetic foot wound have to undertake many roles and responsibilities that may create a care burden due to the patient's mobility reduction, surgical intervention and amputation. This situation may lead to burnout of the caregiver. The aim of this study is to investigate the effect of education and follow-up applied to diabetic foot patients and caregivers on the level of burnout associated with care work in caregivers. Our secondary aim is to reveal the factors associated with burnout syndrome observed in caregivers of diabetic foot patients.

Method: Our research is planned as a single-center, intervention study. Patients and caregivers who applied to Adnan Menderes University Practice and Research Hospital Chronic Wounds and Infections Care Unit between 01.04.2019-31.05.2019 and followed up with a diagnosis of diabetic foot formed the intervention group. Between 01.06.2019-31.07.2019, patients and caregivers who were hospitalized formed the control group. However, the period was extended until 09.08.2019 as the control group did not reach the sufficient number. Sociodemographic and medical history data form (appendix-4) and Maslach burnout scale were applied to the case and control group. In the case group, patients and caregivers were given face-to-face training (Annex-1) on diabetic foot care and methods of dealing with stress. Patients and caregivers were monitored by phone call for two months, once every two weeks by applying a structured support program (Annex - 3). At the end of the follow-up, the caregivers were called by phone and 'Maslach Burnout Inventory' was applied again. No intervention was applied to the control group, and a questionnaire and scale were applied 2 months later. After the data were collected, statistical analysis was done through SPSS package program. The necessary ethics committee permits were obtained from the Adnan Menderes University Ethics Committee.

Results: After the intervention, we found that emotional and depersonalization subscales decreased significantly in both case and control groups. There was no statistical difference in personal achievement score averages. In addition, the burnout in individuals who care for people with diabetic foot in our study; we observed that the caregivers were

affected by factors such as gender, working status of the patient, the time elapsed after the diagnosis of DM, patient's feeling of exhaustion, duration of care, working status of the caregiver, patient's contribution in care, economic and health problems of the caregiver.

Conclusions: In our study, where we investigated the effect of training and the two-month follow-up of diabetic foot patients and caregivers on their diseases and methods of coping with stress, we found that the levels of emotional and depersonalization subscales decreased in both case and control groups.

Key words: Burnout, Diabetic foot, Caregivers

Contact address: yildiz-turkoglu@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Glisemik bozukluklarda tanı, sınıflama ve tarama. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. Onikinci Baskı, Ankara,Bayt Yayıncılık, 2019:15-17.
2. Satman I OB, Tutuncu Y. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol, 2013; 28: 169-180..
3. Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: ulusal uzlaş raporu. Klimik Dergisi 2015; 28(Özel Sayı 1): 2-34.
4. Arı G. S., Bal E. Ç.Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi,yönetim ve ekonomi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 15 (1): 131-148.
5. Freudenberger H. J. Staff Burn-Out.Journal of Social Issues. 1974; Vol.30, Number 1: 159-165.
6. Maslach C., Jackson S. E.The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 1981; 2: 99-113.
7. Kokurcan A. Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik.Ankara Üniversitesi.Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi.Ankara, 2014: 30-43.
8. Duygun T.Zihinsel engelli ve sağlıklı çocuk annelerinde stres belirtileri stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara .2001.
9. Kalıncara V.,Kalaycı I.Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik.Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.2017;10(2),19-39.
10. Yılmaz Dileköz A. Alzeihmer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi .Ankara, 2003: 33-35.

11. Işıkhani V.Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu, Akciğer Kanseri Destek Tedavisi.TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.Ed:Gülhan M., ve Yılmaz Ü.2006: 366-391.
12. Delvaux N., Razavi D., Farvacques C. Cancer care: a stress for health professionals. Social Science and Medicine. 1988; 27: 159-166.
13. Öksüzoğlu S.Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde depresyon ve tükenmişlik durumunun bakım süresiyle olan ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İzmir, 2018: 21-22.
14. Altay B.,Gönener D.,Demirkıran C.Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi. 2010;15(1): 10-16.
15. Coleman A. E., PHD The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis. Onkology Nursing Forum .2005 ;1;32(4):822-829.
16. Diabetes Fact Sheets [İnternet]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. (erişim tarihi:09.09.2019).
17. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2017,8th Edition (internet) <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html> (erişim tarihi:10.09.2019).
18. Akbaş E. M, Demirtaş L. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarına genel bakış. Türkiye Klinikleri Journal Endocrin- Special Topics, 2015; 8(3): 1-6.
19. Olgun N . Kendi Kendini İzleme. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Ed: Erdoğan S. Yüce Reklam Yayın Dağıtım, İstanbul. 2002: 67-79
20. Türkiye Diyabet Programı .Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığı Yayınları ,Ankara .2014,Yayın no: 816 .
21. Olgun N, Aslan FE, Coşansu G, Çelik S. Diabetes mellitus. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. ed: Karadakovan A, Aslan FE, Nobel Kitabevi,Adana .2011; 817-847.

22. Özcan Ş. Kronik Komplikasyonlar . Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Ed:Erdoğan S. Yüce Reklam Yayın Dağıtım, İstanbul. 2002: 150
23. Önmez A.Diabetes mellitus'ta mikrovasküler komplikasyonların yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 7(2),117 – 119.
24. ADA,Complications of Diabetes in the United States. <https://www.diabetes.org/diabetes/complications> (erişim tarihi:19.09.2019).
25. Ramsey SD., Newton K., Blough D.,et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes.Diabetes Care.1999;22(3):382-387.
26. Van Houtum W., Lavery L., Harkless L. The impact of diabetes related lowerextremity amputations in The Netherlands. J Inter. Med.1996;10:325-330.
27. Diyabet ve ayak. TÜRKDİAB Diyabet Tanı Ve Tedavi Rehberi 2019:97 -102. [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet Tani ve Tedavi Rehberi 2019.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf) (erişim tarihi:19.09.2019)
28. Gülman B. Diyabetik ayak. TOTBİD Dergisi. 2003; 2(1-2): 27-36. .
29. Yüksel A. Diyabette ayak bakımı. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Ed: Erdoğan S. Yüce Reklam Yayın Dağıtım, İstanbul. 2002: 163-182.
30. Boulton AJ., Armstrong DG, Albert SF.Comprehensive foot examination and risk assessment a report of the task force of the foot care interest group of the american diabetes association, with endorsement by the american association of clinical endocrinologists.Diabetes Care. 2008 Aug; 31(8): 1679–1685.
31. Baktiroğlu S. Diyabetik ayak infeksiyonları: genel bilgiler ve cerrahi tedavi. ANKEM Derg 2012; 26(Ek 2): 204-211.
32. Çolak R. Diyabetik ayağın fizyopatolojisinde nöropatik ve nöro-iskemik ülserler. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 2015;8(3):12-17
33. Clayton W, Elasy TA. A review of pathophysiology, classification and treatment of foot ulcers in diabetic patients. Clin diabetes. 2009;27:52–58.
34. Oşar Z. Diyabetik ayak. ders notları.http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/zeynep-osar-siva/Diyabetik_Ayak.pdf (erişim tarihi: 19.09.2019).

35. Geçmişten geleceğe diyabetes mellitus .Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği . Ed:Prof Dr Şazi İmamoğlu,1.baskı .Aralık 2015: 415-420
36. Kanatlı U. Diyabetik ayak enfeksiyonları. TOTBİD Derg. 2011; 4: 296–305.
37. Üzümlü K. A.Diyabetik Ayak Gelişiminin Önlenmesi.Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 2015;8(3):81-86.
38. Bakker A.B., Demerouti E. ,Verbeke W.Using the job demands resources model to predict burnout and performance. Human Resource Management.2004;43(1), 83-104.
39. Budak G.,Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi.2005; 20(2) :95-108
40. Ersoy F., Yıldırım C., Edirne T.Tükenmişlik (staff burnout) sendromu .Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2001;Şubat.
41. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M. P.Job Burnout. Annual Reviews of Psychology. 2001; 52: 397-422.
42. Ardiç K. ,Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği).Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 10(2): 69-96.
43. Brummelhuis L. L., Lippe T.,Kluwer E.S., Flap H.),Positive and Negative Effects of Family Involvement on Work-Related Burnout. Journal of Vocational Behavior.2008; 73, 387-396.
44. GüllüceA. Ç., İşcanÖ. F. Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi2010; 5 (2): 7-29
45. Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen Adaylarında Tükenmişlik. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke).2006; (16): 1-10.
46. Kaçmaz, N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.2005; 68, : 29-32.
47. Depression: What is burnout? (İnternet) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279286> (erişim tarihi:04.10.19).

48. Çalgan Z, Yeğenoğlu S. ve Aslan D.Eczacılar da mesleki bir sağlık sorunu: tükenmişlik.Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi.2009;29(1): 61-74.
49. Gündoğdu G. Sağlık çalışanlarında stres ve tükenmişlik.Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019; 48-55.
50. Selşik S.E. Stres ve stresle baş etme yolları ODTÜ broşürler (internet) <https://ncc.metu.edu.tr/sites/default/files/stres.png> (erişim tarihi: 11.10.2019).
51. Okutan M.,Tengilimoğlu D.İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması.G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi.2002; 3: 15-42.
52. Lewin J. E., Sager J. K. A process model of burnout among salespeople: some new thoughts.Journal of Business Research. 2007; 60: 1216-1224.
53. Ray EB., Miller K.I.Social Support, home/work stress, and burnout: Who can help? .The Journal of applied Behavioral SCIENCE. 1994;30(3): 357-372.
54. Taylors E. Health Psychology .By McGraw-Hill Education.Newyork .2018. Tenth edition ,151-157.
55. Kaner S. Engelli çocukları olan ana babaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumları. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri.Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri FakültesiÖzel Eğitim Bölümü. Ankara. 2004;12-18.
56. Cacioppo JT.,Cacioppo S., Capitanio JP., &Cole SW., 2015 The Neuroendocrinology of Social Isolation .Annu Rev Psychol. 2015, Jan 3; 66: 733–767.
57. Yılmaz E.,Yılmaz E., Karaca F.Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi . Manisa Genel Tıp Dergisi 2008;18(2).
58. Ardahan M. Sosyal Destek Ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt: 9 Sayı:2
59. World Health Organization (WHO).Prevention of Mental Disorders,EffectiveInterventions and Policy Options .2004.

60. Türk Dil Kurumu(internet)
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM (erişim tarihi: 09.10.2019).
61. Erdem M. Yaşlıya bakım verme .Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2005; 8(3):101-106.
62. Atagün M. I, Balaban D.Ö., Atagün Z. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2011; 3(3):513-552.
63. Uludağ F. Kanser hastaları ve bakım veren yakınlarının tükenmişlik durumları ve stresle başa çıkma tarzları . Aile Hekimliği A.D. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi,Aydın.2016:20-24.
64. Chou K.R. Caregiver Burden: A concept analiysis. J Pediatr Nurs.2000; 15 (6): 398- 407.
65. Montgomery R.J.V,. Gonyea J.G. HooymanN. R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, Vol. 34, No. 1, The Family and Health Care .1985(Jan) :19-26.
66. Çapri B.; Gündüz B. ,Gökçakan Z. Maslach tükenmişlik envanteri-öğrenci formu (mte-öf)’nun türkçe’ye uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011; 40 (1): 134-147.
67. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1992.
68. Kaya D.Diyabetik ayak gelişen bireylerin bağımlılık durumu ve aileye olan bakım yükünün belirlenmesi.İstanbul Üniversitesi . Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017: 52-68.
69. Kurt T. Otizm spektrum tanısı konulmuş çocuğa sahip ailelerin psikolojik süreçlerinin stres ve tükenmişlik bağlamında incelenmesi .İstanbul Aydın Üniversitesi. Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018:67-77.

70. Cook D. L. (1967). The impact of the Hawthorne Effects in experimental designs in educational research. United States Office of Education, Cooperative Research Project, Washington, D.C.,1967, No. 1757.
71. Kocakaya S. Deneysel alışmalar ne kadar güvenilir?. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi Journal of Research in Education and Teaching .2012;1(2):225-30
72. Bilgin S.,Gözüm S. Reducing burnout in mothers with an intellectually disabled child: An education programme. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(12):2552–2561
73. Avcı D. Y.İnme geçiren hastalar ve bakım verenleri için geçiş bakım modeline temellenen girişimlerin bakım verenlerin yeterliliğinin artırılması ve hasta sonuçlarına etkisi.T.C.Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi,Antalya,2019;65-70
74. Tunç A., Gündüz B.Maslach tükenmişlik modeline dayalı müdahale çalışmalarının incelenmesi .Ege Eğitim Dergisi ,2010 ;11 (1): 84–106.
75. Eskes GA, Lanctôt KL, Herrmann N, Lindsay P, Bayley M, Bouvier L, Dawson D, Egi S, Gilchrist E, Green T, Gubitz G, Hill MD, Hopper T, Khan A, King A, Kirton A, Moorhouse P, Smith EE, Green J, Foley N, Salter K, Swartz RH. Heart stroke foundation canada canadian stroke best practices committees canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following strokepractice guidelin, update 2019. Int J Stroke. 2019;June 21
76. Kurban M. Otizm spektrum bozukluğu olan ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin tükenmişlik düzeyi ve yaşam kalitesi bakımından izlenmesi. Haliç Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,2019:52-65
77. Nergiz H. Görme engelli çocuk ebeveynlerinin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi ve tükenmişlik ile yaşam doyumuna yönelik yordayıcı değişkenler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi,Ankara,2013:67-80.
78. Scazufca M, Kuipers E.Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia Br J Psychiatry. 1996,May;168 (5): 580-7.

79. İnci, F. H. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4
80. Tuna M. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2010, 17 (1); 41 – 5280
81. Ündey Y. Diyabetik Ayak Hastalarının Yakınlarındaki Bakım Yüğü: Bir Hastane Örneği. Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Aydın, 2017: 36-41
82. Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. Health-economic consequences of diabetic foot lesions. Clin. Infect Dis. 2004; 39(2): 132-9
83. Yıldız E. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012: 58-72
84. Or R. Yaşlıya Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüğü ve Bakım Verenin İyilik Hali. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2013: 68-78.
85. Kafadar TM. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınlarında tükenmişlik sendromu ve sosyal işlevsellik düzeyleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı . Tıpta Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2014: 36-44.
86. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an integration of research on job burnout. The Academy of Management Review. 1993; 18(4): 621–656
87. Asiltürk S. Serebral palsili çocukların yaşam kalitesinin ve ebeveynlerin bakım yükünün belirlenmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı . Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2019: 37-44
88. Aydın Ö., Göçmen AY., Okyay MY., Çağlayan EK.. Diyabetik hastalar ve obezlerde tükenmişlik sendromu ve hematolojik parametreler. Bozok Tıp Dergisi. 2013; 3(3): 1-5

89. Yıldız C. Zihinsel engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam doyumları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2015:59-64.
90. Upadhyaya G.R., Havalappanavar N. B. Stress in parents of the mentally challenged. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology,.2008;34: 53-55
91. Mutlu H. Engelli çocuğa sahip olan kadınların tükenmişlik duyguları ve evdeki çocukla ilgili iş bölümü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015:50-53
92. Walters, V. Stress, anxiety and depression women's accounts of their health problems. Soc Sci Med, 1993;36(4): 393-40
93. Weissman M. M., MyersJ. K. and Thompson W. D. Depression and its treatment in a us urban community 1975-1976. Arch Gen Psychiatry. 1977;38: 417-21
94. Uğur Ö., Fadiloğlu Ç. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doktora Tezi, İzmir,2006:155-163.
95. Şayan E. Kanserde depresyon ve tükenmişlik. İstanbul Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2010:59-63
96. Akın A., Demirel S.Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2003;25(4):73-82.
97. Kurt T. Otizm spektrum tanısı konulmuş çocuğa sahip ailelerin psikolojik süreçlerinin stres ve tükenmişlik bağlamında incelenmesi . İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2018:66-77.

EKLER

EK-1. Eğitim Diyabetik Ayak Bakım Önerileri

Diyabetik ayak hastalarının özellikle bakım konusunda siz bakım verenlere ve bizlere oldukça çok ihtiyaç duymaktadır. Hasta yakınları ve hastaların çoğu bakım ve hastalık konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmektedir. Bu eğitimin amacı hasta yakınlarını ve hastaları bilgilendirip, tükenmişlik oranını düşürmektir.

DIYABET(ŞEKER HASTALIĞI) :İnsülin eksikliği / yokluğu ya da etkisizliği nedeniyle, yediğimiz besinlerdeki şekerin hücre içine giremeyip, kandaki seviyesinin yükselmesi ile ortaya çıkan ve ömür boyu devam eden kronik bir hastalıktır.

Diyabetli kişilerin yaklaşık %50'si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişme riski altındadır. Hastanın yarası çok küçük sadece pansuman gerektiren bir yara da olabilir, ampute edilecek de olabilir. Her ikisinde de hastanın sağlam olan ayağının korunması ve hastalığın ilerlememesi bu aşamada yapılacak en önemli adımdır. Hastaların çoğu bu aşamada kendilerini mutsuz hissedebilir. Genelde bu süreci kolay atlatması için siz yakınlarından ve bizden yardım almaları gerekir. Unutulmamalıdır ki doğru adımlar sizi eski yaşantınıza daha kolay döndürecektir.

AYAK BAKIMINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Ayaktaki kan dolaşımını güçlendirmek için kan şekeri düzeyinin normal sınırlarda kalmasına özen gösterilmelidir.

- Tütün kullanılmamalıdır.

- Ayaklar her gün kontrol edilmelidir. Ayağın taban ve üst kısmına bakılmalı, eğer alt kısımları rahat görülemiyorsa bir ayna kullanılmalı ya da aile bireylerinden yardım istenmelidir, dikkatli bir incelemeyle ayakta meydana gelebilecek değişiklikler erken dönemde görülmektedir.

- Ayak derisinin renginde değişiklik olup olmadığını izlenmeli, ayak derisinin hasarsız ve yumuşak olmasına özen gösterilmelidir.

- Ayakları ısıtmak için sıcak su torbaları, ısıtıcı pedler veya diğer ısı kaynakları uygulanmamalıdır.

- Ev ortamında ayağa batabilecek veya takılarak düşmeye yol açabilecek cisimler uzaklaştırılmalıdır.

- Düzenli egzersiz programı olmalıdır. Yapılan egzersizin yaraların oluşmamasına ve kasların güçlenmesine yardım edeceğini hatırlayarak egzersizler ihmal edilmemelidir. Ancak uzun yürüyüşler yapılmamalı, ayak aynı pozisyonda uzun süre tutulmamalı ve egzersizde kullanılacak ayakkabılara dikkat edilmelidir.

- Ayak temizliğine özen gösterilmelidir. Ayakların yıkandığı suyun sıcaklığı olası yanıkları önlemek için 37°C'yi geçmemelidir. Her gün ılık suda tahriş etmeyen bir sabunla yıkanarak temizlenmelidir. Ayak derisinin kurumasına, çatlamasına ve esnekliğinin bozulmasına yol açabileceğinden uzun süren ayak banyolarından kaçınılmalıdır.

- Ayaklar sabunla temizledikten sonra durulanıp, özellikle parmak araları olmak üzere iyice kurulanmalıdır. Parmak aralarının iyi kurulanması mantar enfeksiyonlarının oluşmasını önler.

- Yıkama işleminden sonra ayak derisinde kurumaları önlemek için yağlı krem veya nemlendirici losyon kullanılmalıdır. Ayak parmak aralarına losyon sürülmemelidir. Parmak aralarına sürülen losyon mantar enfeksiyonlarının oluşmasına neden olabilir.

- Nasırlar ve sertlikler ponza taşıyla inceltilmeli (nasırlı alanın dışına çıkılmadan), parmaklarda pençeleşme varsa eklem sertliği oluşmaması için masaj yapılmalıdır.

- Ayak tırnakları mümkün olduğunca düzgün olmalıdır. Tırnaklar yuvarlak (∩) değil düz (—) şekilde kesilmeli, tırnak köşeleri derin alınmamalı, zımparalı bir tırnak törpüsüyle törpülenmelidir

- Ayak yaralarının büyük bölümü ayağa uygun ve rahat ayakkabılarla önlenabilmektedir. Hastalar mümkünse kendi ayak kalıpları alınarak üretilen ayakkabıları kullanmalıdır. Ayağa uygun ayakkabılar seçilmeli, ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmelidir. Ayakkabı genişliği ayak genişliği kadar olmalı, ayağı tam kavramalıdır; önü sivri, yüksek topuklu, açık burunlu ayağı rahatsız edecek ayakkabılar

yeğlenmemelidir. Yeni ayakkabı alındığında ilk günlerde kısa süreli giyip değiştirilmeli ve ayaklar sürekli kontrol edilmeli, ayakkabı satın almak için öğleden sonraki saatler yeğlenmelidir. Ayakkabı giymeden ve çıkarıldıktan sonra içi çivi, yabancı cisimle pürüzlü yüzey ve yırtık açısından her zaman kontrol edilmeli, ayakkabının iç tabanlığı altı ayda bir değiştirilmelidir.

- Çıplak ayakla asla yürümemeli, denizde, kumsalda, hatta evde dahi terlik kullanılmalıdır.

- Çoraplar her gün değiştirilmelidir. Pamuklu, yünlü veya koton, olası yara akıntılarını erken fark edebilmek için açık renkli çoraplar yeğlenmeli; bilekleri sıkmayan lastiksiz çoraplar kullanılmalıdır. Mekanik bası olmaması için yamalı, dikişli, ayağa büyük çoraplar kullanılmamalıdır.

- Herhangi bir ayakta kesik, çatlak ya da yara geliştiğinde en kısa sürede sağlık ekibine başvurulmalıdır.

Yara pansumanı: Hastanın yara pansumanı doktorunuzun önerdiği aralıklarla değiştirilip, uygun malzeme ile yapılmalıdır. Her yara için farklı öneriler vardır. Pansuman gerektiği gibi yapılmazsa enfeksiyon riski artmaktadır. Kafanıza takılan herhangi bir problem olduğunda kendinizi yalnız hissetmeyin, bizler size yardım için buradayız mutlaka danışın. Pansuman ilk aşamada size zor gelebilir. Her şey yolunda giderse zamanla pansuman ihtiyacının azalacağı ve pansuman yapıldıkça bu işlemin sizin vaktinizi daha az alacağı unutulmamalıdır.

Enfeksiyon kontrolü: El yıkama, yara bakımında aseptik teknik kullanma enfeksiyon riskini azaltır. Her pansumanda yara bölgesini akıntı, koku, nekroz varlığı yönünden değerlendirme yapılmalıdır. En ufak şüphe halinde sağlık kuruluşuna tekrar başvurulmalıdır. Kan şeker düzeyinin yüksek olması enfeksiyon ile başa çıkmada önemli rolü olan kırmızı kan hücrelerini etkisiz hale getirir. Yara iyileşmesini etkiler. Hastanın sigarayı bırakmamış olması da enfeksiyon riskini arttıran faktörlerdendir. Hasta aşırı alkol kullanmamalıdır. Diyabetlinin alkollü içki alması nöropatiyi ağırlaştırır ve erken yaşlara çeker.

EĞER AŞAĞIDA BELİRTİLEN BULGULARI HASTANIZDA GÖZLEMLİYORSANIZ MUTLAKA DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ

- Ayak ve tırnakta mantar enfeksiyonu
- Tırnak batması
- Nasır oluşumu
- Deride çatlakların oluşumu
- Ciltteki yaralar ve kesiler İçeride doğru büyüyen tırnaklar
- Ayaktaki renk değişiklikleri (morarma, solukluk)
- Bölgesel ısı artışı
- Ağrı ve his kaybı
- Ayak ya da ayak bileğinde şişlik
- Ayak şekli ve görünümündeki değişiklikler

AMPUTASYON

Amputasyon diyabetik ayakta en son aşama olarak uygulanacak yöntemdir. Uygun organizasyon, yakın monitorizasyon, hastanın, sağlık personelinin ve yakınların eğitimi ile amputasyon oranlarını % 85'e kadar azaltılabilmektedir. Yeni gelişen teknolojik aletlerle ve fizyoterapi ile hastanın eski yaşantısına geri dönmesi çoğunlukla sağlanmaktadır. Hekim ve hemşire ile işbirliği yaparak hastada ameliyata ilişkin ne gibi değişiklikler olacağı açıklanmalı, hasta psikolojik açıdan desteklemelidir. Genelde hastalar amputasyon sonrası kendilerini sosyal hayattan uzaklaştırır. Hastaya destek olmalı, gerekirse psikolog ve psikiyatrist ile görüşmekte doğru olacaktır. Alt ekstremité amputasyonlarından sonra protezler oldukça başarılı olarak kullanılmaktadır. Uzman bir rehabilitasyon ekibi tarafından izlenecek bir tedavi programı ile protez öncesi süreç doğru bir şekilde yönlendirilecektir. Her şartta, yara yeri bakımı, güdük şekillenmesi, eklem hareketliliğinin korunması ve kalan kasların güçlendirilmesine yönelik tedbirlerin hasta tarafından titizlikle

uygulanmasıyla vücut, iyi seçilmiş bir protezle birlikte amputasyon öncesi temel işlevlerini yerine getirmeye hazır hale gelecektir. Protez uygulanamayan hastalarda destek aletler kullanılmalı, son çare olarak tekerlekli sandalye kullanılmalıdır.

STRES

Tüm bu süreç sizlerin stres düzeyini arttırmakta ve strese bağlı olarak başka sorunlar doğurmaktadır. Stresle etkili bir şekilde baş edemediğimizde ya da üstesinden gelemediğimiz stres kaynakları çoğaldığında tükenme riski ile karşı karşıya kalabiliriz.

STRES İLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

A)DİYET: Alkol, sigara, kahve, kola ve uyku ilaçlarından uzak durulmalıdır. Bol su içilmelidir.

B)EGZERSİZ: Düzenli sporu, yürüyüşleri yaşam şekliniz haline getirmeye çalışın, her gün açık havada durmaya ve hareket etmeye çalışın.

C)ZAMAN YÖNETİMİ: Yapılacaklar Listesi oluşturun(A. Acil Yapılması Gerekenler B. Önemli ama bekleyebilir olanlar C.Diğerleri...). İşlerinizi ertelemeyin, parçalara ayırın, mola verin.

D) POZİTİF DÜŞÜNÜNÜN, HOŞGÖRÜLÜ VE ESNEK OLMAYA ÇALIŞIN. Günlük tutun: 14 gün boyunca bugün şunun değerini anladım, bugün şunun için şükrettim gibi cümlelerden oluşan günlük tutun.

E) SOSYAL DESTEK AĞINIZI OLUŞTURUN VE KORUYUN (Güvendiğiniz dostlarınızla paylaşmak, sohbet etmek, birlikte zaman geçirmek)

F)KENDİNİZE ÖZEL KISA DA OLSA VAKİT AYIRIN (Hobiler edinin, tek başınıza yapmaktan hoşlandığınız aktiviteler için organize olun)

G)GEVŞEME: Nefes egzersizi yapabilirsiniz. Nefes üçe kadar sayılarak alınmalı, on ikiye kadar sayarak tutulmalı ve nefes verme altıya kadar sayarak tamamlanmalıdır (uygulama yapılacak).

EK-2. Eğitim Broşürü

DIYABETİK AYAK BAKIM ÖNERİLERİ

- Ayaktaki kan dolaşımını güçlendirmek için kan şekeri düzeyinin normal sınırlarda kalmasına özen gösterilmelidir.
- Tütün kullanılmamalıdır .
- Ayaklar her gün kontrol edilmelidir.
- Ayak derisinin renginde değişiklik olup olmadığını izlenmeli, ayak derisinin hasarsız ve yumuşak olmasına özen gösterilmelidir.
- Ayakları ısıtmak için sıcak su torbaları, ısıtıcı pedler veya diğer ısı kaynakları uygulanmamalıdır.
- Ev ortamında ayağa batabilecek veya takılarak düşmeye yol açabilecek cisimler uzaklaştırılmalıdır.
- Düzenli egzersiz programı olmalıdır.
- Ayak temizliğine özen gösterilmelidir. Ayakların yıkandığı suyun sıcaklığı olası yanıkları önlemek için 37°C'yi geçmemelidir.
- Ayaklar sabunla temizledikten sonra durulanıp, özellikle parmak araları olmak üzere iyice kurulanmalıdır.
- Yıkama işleminden sonra ayak derisinde kurumaları önlemek için yağlı krem veya nemlendirici losyon kullanılmalı
- Nasırlar ve sertlikler ponza taşıyla inceltilmeli (nasırlı alanın dışına çıkılmadan), parmaklarda pençeleşme varsa eklem sertliği oluşmaması için masaj yapılmalıdır.
- Ayak tırnakları mümkün olduğunca düzgün olmalıdır. Tırnaklar yuvarlak (∩) değil düz (—) şekilde kesilmeli, tırnak köşeleri derin alınmamalı, zımparalı bir tırnak törpüsüyle törpülenmelidir.

- Ayak yaralarının büyük bölümü ayağa uygun ve rahat ayakkabılarla önlenilmektedir. Hastalar mümkünse kendi ayak kalıpları alınarak üretilen ayakkabıları kullanmalıdır.

- Çıplak ayakla asla yürümemeli, denizde, kumsalda, hatta evde dahi terlik kullanılmalıdır.

- Çoraplar her gün değiştirilmelidir

- Herhangi bir ayakta kesik, çatlak ya da yara geliştiğinde en kısa sürede sağlık ekibine başvurulmalıdır.

- Her pansumanda yara bölgesini akıntı, koku, nekroz varlığı yönünden değerlendirme yapılmalıdır. En ufak şüphe halinde sağlık kuruluşuna tekrar başvurulmalıdır.

STRESLE NASIL BAŞA ÇIKABİLİRSİNİZ?

A) DİYET

Alkol, sigara, kahve, kola ve uyku ilaçlarından uzak durun.

Bol su için.

B)EGZERSİZ: Düzenli sporu/ yürüyüşleri yaşam şekliniz haline getirin, her gün açık havada bulunmaya ve hareket etmeye çalışın.

C)ZAMAN YÖNETİMİ:

Yapılacaklar Listesi oluşturun

A) Acil Yapılması Gerekenler

B) Önemli ama bekleyebilir olanlar

C) Diğerleri...

İşlerinizi ertelemeyin, parçalara ayırın, mola verin.

D) POZİTİF DÜŞÜNÜNÜN, HOŞGÖRÜLÜ VE ESNEK OLMAYA ÇALIŞIN.

Günlük tutun; 14 gün boyunca bugün şunun değerini anladım, bugün şunun için şükrettim gibi cümlelerden oluşan günlük tutun .

E)SOSYAL DESTEK AĞINIZI OLUŞTURUN VE KORUYUN (Güvendiğiniz dostlarınızla paylaşmak, sohbet etmek, birlikte zaman geçirmek)

F) KENDİNİZE ÖZEL KISA DA OLSA VAKİT AYIRIN (Hobiler edinin, tek başınıza yapmaktan hoşlandığınız aktiviteler için organize olun)

G)GEVŞEME: Nefes egzersizi yapabilirsiniz. Nefes üçe kadar sayılarak alınmalı, on ikiye kadar sayarak tutulmalı ve nefes verme altıya kadar sayarak tamamlanmalıdır (uygulamayı hatırlayın).

EK-3. Yapılandırılmış Destek Programı

1. GÖRÜŞME(YÜZYÜZE)

- Proje formatı ile ilgili bilgi verilmesi.
- Hasta ve bakım vereni ile yüz yüze görüşme.
- Hasta ve bakım verenlerine anket uygulanması.
- Diyabetik ayak bakım önerileri ve stresle başa çıkma yöntemleri konulu eğitim yapma.
- Hasta ve bakım verenin tanı ve tedavi hakkında düşünce ve tecrübelerini sunması için fırsat verilmesi.
- Hasta ve bakım verenlerin çalışanlarla temas kurması için desteklenmesi.
- Diyabetik ayak bakım önerileri ve stresle başa çıkma yöntemleri konulu broşür verme.

2. GÖRÜŞME (TELEFON)

• Etketif iletişim kurma ve stresle baş etme yöntemlerini kullanması için hasta ve bakım vereninin teşvik edilmesi. Bu konular tartışılırken hastanın karşılaştığı güçlüklerin aşılmaaya çalışılması.

- Pansumanın öneminin tekrarlanması.
- Verilen broşürün okunması için teşvik edilmesi.

3. GÖRÜŞME (TELEFON)

• Etketif iletişim kurma ve stresle baş etme yöntemlerini kullanılmaya devam ettirilmesi konusunda hasta ve bakım vereninin cesaretlendirilmesi. Bu konular tartışılırken karşılaşılan güçlüklerin aşılmaaya çalışılması.

- Medikal desteğin devamının öneminin vurgulanması.

- Önerilen strateji ve tekniklerin kullanılmaya devamının öneminin vurgulanması.

4. GÖRÜŞME(TELEFON)

- Önerilen strateji ve tekniklerin kullanılmaya devamının öneminin vurgulanması.
Karşılaşılan zorlukların aşılmaya çalışılması
- Verilen broşürün okunması için teşvik edilmesi.
- Medikal desteğin devamının öneminin vurgulanması.
- Hasta ve bakım verenlerin çalışanlarla temas kurması için desteklenmesi.

5. GÖRÜŞME (TELEFON)

- Sosyal desteğe ulaşılabilirliğim vurgulanması.
- Diyabetik ayak hastalarına bakım verenlere anket uygulanması.

EK-4. Anket

DIYABETİK AYAK HASTALARI VE BAKIM VERENLERİNE UYGULANAN EĞİTİM VE İZLEMİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr Yıldız Kızılay' ın tez çalışmasıdır. Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuza inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Bu çalışma ile Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara Bakım Ünitesine başvuran diyabetik ayak hastalarına bakım verenlerde gözlenen tükenmişlik sendromunun sıklığını, ilişkili faktörleri ve hastalar ile bakım verenlere uygulanan eğitim ve izlemin tükenmişlik düzeyi üzerine etkisini araştırmaktayız. Bu çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Yıldız Kızılay'a uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Tel: 05064832508e-posta: yildiz-turkoglu@hotmail.com

Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 20-30 dakikadır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Araş. Gör. Dr. Yıldız KIZILAY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Hastanın

1- Adı soyadı:

Telefon no:

2- Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek

4- Medeni durumu: (1) Evli (2) Bekar (3) Dul/ Boşanmış

5- Eğitim durumu: (1) Okuryazar değil (2) 8 yıla kadar (3) 12 yıla kadar

(4) Diğer.....

6- Çalışma durumu: (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor (3)Emekli

7-Kaç yıldır diyabet hastasıdır?.....

8- Kaç yıldır diyabetik ayak hastasıdır?.....

9- Diyabet harici hastalığınız var mı? (1) Evet (2) Hayır

10-Amputasyon varlığı: (1) Var (2)Yok

amputasyon var ise yeri.....zamanı.....

11.Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

(1)Çok kötü (2)Kötü (3)Orta (4) İyi (5) Çok iyi

12.Bu hastalıktan dolayı tükenmiş hissediyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kararsızım

13-Daha önce diyabetik ayak ve bakımı konusunda bilgi aldınız mı?

(1)Evet (2) Hayır

14- Diyabet ve diyabetik ayak hakkındaki bilgilendirmenin hastalık seyrine etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3)Kararsızım

15-Diyabetik ayak sınıflaması:

16-Son bakılan HbA1c değeri:.....

Hasta Yakınının

1- Adı soyadı:

Telefon no:

2- Cinsiyeti:

(1) Kadın

(2) Erkek

3- Yaşı:

4- Medeni durumu:

(1) Evli

(2) Bekar

(3) Dul/ Boşanmış

5- Çocuk (1)Var (2) Yok

6- Eğitim durumu: (1) Okuryazar değil (2) 8 yıla kadar (3) 12 yıla kadar

(4) Diğer.....

7- Çalışma durumu: (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor (3)Emekli

8- Gelir düzeyi: (1) “6324 tl ve üzeri” (2) “6324-1941tl arası”

(3) “1941ve altı”

9- Sosyal güvenceniz: (1) Yok (2)Var.....

10- Oturduğunuz yer: (1) Köy (2) Belde (3) İlçe merkezi (4) İl merkezi

11- Sigara kullanıyor musunuz? (1) Evetpaket/gün (2) Hayır

12- Alkol kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır

13- Herhangi bir hastalığınız var mı? Varsa ne / nelerdir?

(1) Evet(2)Hayır.....

14- Evde bakıma muhtaç başka birey var mı? (1) Evet (2) Hayır

15- Hasta ile yakınlık dereceniz?

(1) Anne/Baba (2) Eşi (3) Çocuğu (4) Kardeşi (5) Diğer.....

16- Hastanızın hastalığı ile ilgili bilginiz var mı? (1) Evet (2) Hayır

17- Ne zamandır bakım görevini yapmaktasınız?

18- Hayatınızda yaşadığınız herhangi bir problem var mı? (1) Var (2) Yok

19- Varsa sorun alanı: Evlilik () Eğitim () Cinsel Yaşam () Sağlık ()
) Ekonomi () Çalışma Ortamı () Diğer ()

20- Haftada kaç saat bakım ile ilgilenmektesiniz?.....

21- Ayda kaç gün bakım ile ilgilenmektesiniz?.....

22- Daha önce başka bir hastaya bakım verdiniz mi? (1) Evet (2) Hayır

23- Hastanız kendisi ile ne kadar ilgilenabiliyor?

(1) Çok kötü (2)Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok iyi

24- Hastanız bakım işlerinde size ne kadar yardımcı oluyor?

(1) Çok kötü (2)Kötü (3)Orta (4) İyi (5) Çok iyi

25- Bakım ile ilgilenmeyi ne şekilde tercih ettiniz?

İsteyerek () Zorunluluk () Mesleki ()

26-Daha önce diyabetik ayak ve bakımı konusunda bilgi aldınız mı?

(1)Evet (2) Hayır

27- Diyabet ve diyabetik ayak hakkındaki bilgilendirmenin hastalık seyrine etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Sizden istenen her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına çarpı (X) işareti koyarak belirtmenizdir.

MADDELER:

1.Hastamdan soğuduğumu hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

2.Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

4.Hastamın ne hissettiğini hemen anlarım.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

5.Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

6.Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

7.Hastamın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

8.Hastamın bakımına yönelik yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

9.Yaptığım şeylerle hastamın yaşamına katkıda bulunduğuna inanıyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

10.Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

11.Hastamın bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

13.Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

14.Hastamın bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

15.Hastama ne olduğu umurumda değil.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

16.Doğrudan doğruya hastamla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

17.Hastamla aramda rahat bir hava yaratırım.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

18.Hastamla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissedirim.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

19.Hastamın bakımına yönelik birçok kayda değer başarı elde ettim.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

21.Hastamla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

22.Hastamın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman ()

EK-5. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/03/2019-E.19061



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.03.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 13 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR 13

Protokol No : 2019/46
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL'in "Diyabetik ayak hastaları ve bakım verenlerine uygulanan eğitim ve izlemin tükenmişlik üzerine etkisi" başlıklı klinik araştırmasının 07.03.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 18.03.2019 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, (Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrak Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/NNBDR59>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69

E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/NNBDR59> adresinden yapılabilir.

Bilgi İçin: Tülay Şahin

Unvan: Sağlık Teknikeri