|  |
| --- |
| **Kapsamlı Diyabet** **Öz Yönetim Ölçeği** |
| **Maddeler** |
| **1** | **Geçen ay boyunca (ortalama olarak), günlük aktiviteden başka ne sıklıkta egzersiz (örneğin; yüzme, yürüyüş, bisiklete binme) yaptınız?*** Her gün(7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1 - 2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **2** | **Geçen ay boyunca (ortalama olarak), günde kaç dakika egzersiz yaptınız?*** 30 dakika veya daha fazla
* 20-29 dakika
* 15-19 dakika
* 10-14 dakika
* 10 dakikadan az
 |
| **3** | **Geçen ay içinde (ortalama olarak) ne sıklıkla daha fazla yediğinizi düşündünüz (özellikle öğünde ekmek veya pirinç gibi karbonhidrat)*** Her gün(7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1 - 2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **4** | **Geçen ay içinde, patates kızartması, kırmızı et ve tam yağlı süt ürünü gibi yağlı yiyecekleri (ortalama olarak) ne sıklıkla yediniz?*** Her gün(7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1 - 2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **5** | **Geçen ay içinde, şeker, çikolata ve diyet olmayan alkolsüz içecekler gibi ilave sentetik şeker içeren yiyecekleri ne sıklıkla yediniz (ortalama olarak)?*** Her gün(7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1 - 2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **6** | **Geçen ay boyunca (ortalama olarak), anti-diyabetik ilaçlarınızı reçete edildiği şekilde almaya ne sıklıkta uyum gösterdiniz?** * Her gün (7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1-2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **7** | **Geçen ay, kan şekeri seviyenizi ne sıklıkta kontrol ettiniz (ortalama olarak)?*** Her gün(7 gün / haftada)
* 5-6 gün / haftada
* 3-4 gün / haftada
* 1 - 2 gün / haftada
* Hiç
 |
| **8** | **A. Son 3 ay içinde, düzenli diyabet kontrolü için doktora gittiniz mi?*** Evet
* Hayır

**B. Kan şekeri seviyeniz arka arkaya 3 gün veya daha fazla yüksek çıktığında (hedefin üzerinde) acil olarak bir doktor muayenesine gidiyor musunuz?*** Evet
* Hayır

**C. Son 6 ay içinde düzenli diş eti ve diş muayenesi için diş hekimine gittiniz mi?*** Evet
* Hayır

**D. Geçen yıl içinde, düzenli göz muayenesi için bir göz doktoruna gittiniz mi?*** Evet
* Hayır
 |
| **9** | **A. Son 6 ayda glikozile hemoglobin (HbA1c) için en az bir test yaptırdınız mı?*** Evet
* Hayır

**B. Geçen yıl içinde, kan lipid seviyesi için en az bir test yaptırdınız mı?*** Evet
* Hayır

**C. Geçen yıl içinde böbrek fonksiyonlarını saptamak için en az bir test yaptırdınız mı (örneğin; kan üre, serum kreatinin, albümin / kreatinin oranı)?*** Evet
* Hayır

**D. Son 3 ay içinde kez kan basıncı (tansiyon) seviyenizi en az bir kez kontrol ettirdiniz mi (örneğin, doktor ziyareti sırasında)?*** Evet
* Hayır
 |
| **10** | **Ortalama olarak, ne sıklıkla sigara içiyorsunuz?*** Günde en az 20 sigara
* Günde 10 - 19 sigara
* Günde 5 - 9 sigara
* Günde 1-4 sigara
* Asla sigara içmem
 |
| **11** | **Ayak bakımı**A. Herhangi bir yara veya hassasiyet olup olmadığını tespit etmek için ayaklarınızı günlük olarak muayene ediyor musunuz?* Evet
* Hayır

B. Ayaklarınızı her gün sabun ve suyla yıkıyor musunuz?* Evet
* Hayır

C. Ayaklarınızı yıkadıktan sonra (özellikle ayak parmak aralarını) her zaman kuruluyor musunuz?* Evet
* Hayır

D. Bazen çıplak ayakla yürür müsünüz (yürüme mesafesi kısa olsa bile)?* Evet
* Hayır
 |
| **12** | **Stres yaşadığınızda ne yapıyorsunuz?*** Yürümek, yüzmek veya bisiklete binmek gibi egzersiz yapmak
* Manevi uygulamalar yapmak
* Daha az aktif olmak (ör. Uyumak veya tek başına oturmak veya TV izlemek)
* Sigara içmek
* Yemek yemek
 |
| **13** | **Hastalık günlerinde (ör. Grip, ishal veya idrar yolu enfeksiyonları)****A. Kan şekeri seviyenizi normalden daha fazla mı ölçüyorsunuz?*** Evet
* Hayır

**B. Anti-diyabetik ilaçlarınızı normalden daha az miktarda alıyor musunuz?*** Evet
* Hayır

**C. Normalden daha fazla su içiyor musunuz?*** Evet
* Hayır

**D. Normal günlerde (hasta olmadığınız günlerde) yediğiniz yiyecek (özellikle pirinç, ekmek ve makarna gibi karbonhidrat) miktarında mı yiyor musunuz?*** Evet
* Hayır
 |