

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET HASTALARINDA
ÇOK BOYUTLU DİYABET, YALNIZLIK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİ**

Gizem SOYSAL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI**

İSTANBUL, Ocak 2022

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET HASTALARINDA
ÇOK BOYUTLU DİYABET, YALNIZLIK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİ**

**Gizem SOYSAL
174003027**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI**

İSTANBUL, Ocak 2022

ÖZET

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA ÇOK BOYUTLU DİYABET, YALNIZLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİ

Bu araştırmayla Tip 2 diyabet hastalarında çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı. Kesitsel tipte yapılan araştırma 1 Ocak-28 Şubat 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Yapılan çalışmaya 240 kişi katıldı. Veri toplama araçları olarak; “Hasta Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Diyabet Anketi”, “UCLA Yalnızlık Ölçeği”, “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanıldı. Araştırmayla elde edilen veriler IBM SPSS 24 programında analiz edildi. Araştırmayla toplanan verilerin güvenirlikleri Cronbach Alfa katsayısı yardımıyla ölçüldü ve ölçeklerin tamamı güvenilir bulundu. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro-Wilk testi yapıldı ve tüm değişkenlerde verilerin normal dağılmadığı belirlendi. İki gruplu değişkenlere Mann-Whitney U Testi, üç ya da daha fazla gruplu değişkenlere Kruskal-Wallis testi yapıldı. Kruskal-Wallis testi sonucu farklılık bulunan değişkenlere Post Hoc testlerinden Dunn’s testi uygulandı.

Araştırmada; Tip 2 diyabet hastalığında yalnızlık düzeyi %33,8 oranında; sosyal destek algı düzeyi %38,3 oranında; aile desteği algı düzeyi %41,8 oranında; arkadaş desteği algı düzeyi %35,8 oranında ve özel bir insan desteği algı düzeyi %33,8 oranında bulundu. En yüksek etkinin aile desteği algısı üzerine olduğu görüldü. Okur-yazar olanların yalnızlık düzeylerinin üniversite mezunlarından yüksek olduğu, diğer (baba, çocuk, eş, eş ve anne, kızı, kızı ve oğlu, oğlu, torun) kişilerle yaşayanların yalnızlık düzeylerinin eşi ve çocuklarıyla ya da yalnız yaşayanların yalnızlık düzeylerinden yüksek olduğu tespit edildi. Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatanların yalnızlık düzeylerinin hastaneye yatmayanlardan yüksek olduğu, evlilerin sosyal destek, aile desteği ve özel bir insan desteği algılarının bekârlardan yüksek olduğu belirlendi. Sosyal güvencesi olanların sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği algılarının sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek olduğu, annesinde diyabet bulunanların arkadaş desteği algılarının çocuğunda diyabet bulunanlardan yüksek olduğu saptandı. Diğer gruplarda ise anlamlı farklılık bulunamadı.

Anahtar kelimeler: Tip 2 Diyabet, Sosyal destek, Yalnızlık

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN MULTI-DIMENSIONAL DIABETES, LONELINESS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN TYPE 2 DIABETES

In this study, it was aimed to determine the relationship between multidimensional diabetes, loneliness, and perceived social support in patients with Type 2 diabetes. Data were collected by the cross-sectional method, and conducted in a state hospital in Istanbul between the dates of January 1 and February 28, 2021. 240 people participated in the study. As data collection tools, “Patient Information Form”, “Multidimensional Diabetes Questionnaire”, “UCLA Loneliness Scale”, and “Perceived Social Support Scale” were used. The data obtained from the research were analyzed through the IBM SPSS 24 program. The reliability of the data collected in the research was measured with the help of the Cronbach's Alpha coefficient and all the scales were found reliable. Shapiro-Wilk test was applied to determine whether the data followed a normal distribution and it was determined that the data were not normally distributed in all variables. The Mann-Whitney U test was applied to the variables with two groups, and the Kruskal-Wallis test for the variables with three or more groups. Dunn's test, which is one of the Post Hoc tests, was applied to the variables with differences per Kruskal-Wallis test results.

In the research, in Type 2 diabetes, it was found that the level of loneliness is 33,8%; perception level of social support is 38,3%; perception level of family support is 41,8%; perception level of friend support is 35,8%, and the perception level of special person support is 33,8%. It was observed that the highest effect was on the perception of family support. It was determined that the level of loneliness of those who are literate persons is higher than those who are university graduates, and those who live with other persons (father, child, spouse, spouse and mother, daughter, daughter and son, son, grandchild) have higher level of loneliness than those who live with their spouse and children or alone. It was also determined that the level of loneliness of those hospitalized when diagnosed with diabetes is higher than those who were not hospitalized and the perceptions of social support, family support, and special person support were higher among married people than single ones. It was also concluded that the perceptions of social support, family support, friend support, and special people support of those with social security were higher than those who do not have social security, and the perceptions

of friend support of those whose mothers have diabetes were higher than those whose children have diabetes. No significant difference was found in the other groups.

Keywords: Type 2 Diabetes, Social support, Loneliness



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecimde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen, güler yüzünü ve samimiyetini esirgemedi yol gösteren çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI'ya, eğitim hayatım süresince değerli katkılarıyla bana destek veren tüm hocalarıma, çalışmama katkıda bulunarak anket sürecime dâhil olan değerli hastalara, hayatım boyunca attığım her adımda arkamda olan maddi ve manevi beni her konuda destekleyerek yardımlarını esirgemeyen, bitmeyen öğrenciliğim konusunda gösterdikleri sabır ve çalışma motivasyonu ile hayatıma sağladıkları her türlü imkânlardan, varlıklarına her daim şükrettiğim aileme teşekkürlerimi sunarım.

Gizem SOYSAL

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Gizem SOYSAL



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER VE ŞEMALAR LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tip 2 Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Tip 2 Diyabetin Etiyolojisi ve Patogenezi	5
2.3. Tip 2 Diyabetin Tanısı	7
2.4. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları	10
2.4.1. Akut Komplikasyonlar.....	11
2.4.2. Diyabetik Ketoasidoz.....	11
2.5. Tip 2 Diyabet Tedavisi ve Bakımı	12
2.6. Tip 2 Diyabet Yönetiminde Kişilik Özellikleri ve Davranışlar	16
2.6.1. Yalnızlık Algısı	18
2.6.2. Engel Algısı ve Fonksiyonel Yetersizlik Hissi	19
2.6.3. Tip 2 Diyabet Hastalarında Stres ve Depresyon	20
2.6.4. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi	25
2.6.5. Tip 2 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	32
3.4. Veri Toplama Araçları	33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.6. Verilerin Analizi.....	35
3.7. Araştırma Soruları	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	37

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKLAR.....	83
EKLER	93
ÖZGEÇMİŞ	108



TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 3. Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4. Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 5. Bireylerin Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 6. Bireylerin Yalnızlık Düzeyi Puan Ortalamaları	43
Tablo 7. Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları	43
Tablo 8. Çok Boyutlu Diyabet İle Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki	44
Tablo 9. Çok Boyutlu Diyabetin Yalnızlığa Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları	47
Tablo 10. Çok Boyutlu Diyabetin Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları	48
Tablo 11. Çok Boyutlu Diyabetin Aile Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları	49
Tablo 12. Çok Boyutlu Diyabetin Arkadaş Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları	50
Tablo 13. Çok Boyutlu Diyabetin Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları	51
Tablo 14. Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki	52
Tablo 15. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 16. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 17. Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55

Tablo 18.	Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 19.	Tedaviye İlişkin Uygulamalara Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 20.	Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 21.	Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 22.	Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 23.	Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 24.	Bireylerin Tedavi Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64

ŞEKİLLER VE ŞEMALAR LİSTESİ

SAYFA NO

Şema 1.	Tip 2 Diyabet Tanı Kriterleri İle İlgili Referans Aralıkları	7
Şema 2.	Tip 2 Diyabet Oranında HbA1c ve Bozulmuş Açlık Glikozundaki Risk Oranlarına Bağlı Olarak Plazma Glikozu ve Yüzde Değerleri	8
Şema 3.	Diyabet Tanı Algoritması	9
Şema 4.	Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Tanısı	10
Şema 5.	Diyabet Hemşiresinin Görevleri	17
Şema 6.	Glisemik Kontrol İlişkisi İle Birlikte Stres Boyutları	24
Şema 7.	Öz Bakım ve Sosyal Destek Şeması	31
Şema 8.	Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutları, İçerik, Kodlama ...	34
Şema 9.	Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları	36

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AntiGAD	: Anti Glutamik Asid Dekarboksilaz Antikoru
APG	: Açlık Plazma Glikozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glikozu
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
ÇBDA	: Çok Boyutlu Diyabet Anketi
dl	: Desilitre
HbA1c	: Hemoglobin A1c (Glikolize Hemoglobin)
ICA	: İnsülin Otoantikorları
kg	: Kilogram
m²	: Metrekare
mg	: Miligram
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
PG	: Plazma Glikozu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TURKDİAB	: Türkiye Diyabet Vakfı
YYDD	: Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar

1. GİRİŞ

Diyabetes mellitüs metabolizmanın yeterli insülin salgılayamaması neticesinde meydana gelen kontrol edilemediğinde birçok ruhsal problem ve çoklu organ yetmezliğine neden olan endokrin sistem kaynaklı bir hastalıktır. Halk arasında şeker hastalığı olarak da bilinen bu hastalık son yıllarda devamlı olarak artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü diyabet hastalığının tehlikesine ve artma düzeyine dikkat çekerek 2000 yılında 3 milyon diyabet hastası var iken, 2014 yılında bu sayının 7 milyona ulaştığını ifade etmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2019 yılı verileri incelendiğinde tüm dünya genelinde 463 milyon diyabet hastasının bulunduğu rapor edilmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu gelecek yıllarda diyabet hastalığı için, bu oranın iki katına çıkacağını ve her 10 yetişkinden birinin diyabet hastalığına yakalanacağını tahmin etmektedirler (1).

Diyabetes mellitüs adı verilen hastalık Tip 1 ve Tip 2 diyabet olarak iki kısımda incelenmektedir. Tip 1 diyabet olarak adlandırılan hastalıkta vücutta insülin eksikliği söz konusudur. Tip 2 diyabet hastalığında ise metabolizma insülin direnci gerçekleştirmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında insülin düzeyleri genellikle normal seviyededir. Ancak insülin seviyelerinde zaman zaman yükselmeler olduğu gözlemlenmektedir. Bu nedenle Tip 2 diyabet hastalarının tedavi noktasında diyetler, ilaçlar ve çeşitli egzersizler bulunmaktadır. Bazı Tip 2 diyabet hastalarına ilaç verilmez. Bunun yerine diyet programları ve egzersizler önerilmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında çoklu organ yetmezliği dışında ruhsal problemler de söz konusu olmaktadır. Diyabet hastalarının yaşam kaliteleri diğer insanlara göre daha düşüktür. Diyabet hastalarında genellikle depresyon ve stres durumları, yetersizlik hissi buna bağlı olarak yalnızlık algısı gözlemlenmektedir. Tip 2 diyabet hastalarının sosyal çevre ile ilgili olan ilişkileri de diğer insanlara nazaran daha düşüktür (2).

Diyabet hastalığının tedavi noktasındaki hedef, kan şekerini sabit düzeyde tutarak hastanın kendini daha iyi hissetmesi ve diyabetle mücadele etmesini sağlamaktır. Kan şekerinin devamlı olarak yükselmesinin sebepleri incelendiğinde; öğünlerin atlanması, zamanında yemek yiyememe, öğün sırasında olması gerekenden daha fazla besin tüketme, insülin ilaçlarını yeterli seviyede kullanmama veya doz aşımı yapma, yeterince spor yapmama şeklinde ifade edilmektedir. Bazı hastaların ise kan şekerleri olduğundan

daha fazla düşmektedir. Bunun nedeni ise öğünlerin geciktirilmesi, vücudun uzun süre aç bırakılması, insülin ilaçlarının saatinde alınmaması, aç karnına spor yapılması şeklinde tanımlanabilmektedir. Tip 2 diyabet, hastaların sosyal yaşamlarını önemli düzeyde olumsuz etkilemektedir. Diyabet hastalığına yakalanan bireylerde çeşitli ilaçların kullanılması, kan şekerinin dengesiz olması, sinirlilik hali, depresyon ve yalnız kalma ihtiyacı gibi ruhsal durumlar ortaya çıkmaktadır. Hasta normal sosyal yaşantıya adaptasyon sağlamakta zorluk çekmektedir. Özellikle kronik rahatsızlığı olan hastalarda ruhsal dengesizlikler daha sık gözlemlenmektedir. Yaşam kalitesi düşen hastalar zaman içerisinde psikiyatrik destek görececek konuma gelmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kişilerin, kronik hastalığı olmayan kişilere göre daha fazla psikiyatrik destek aldıkları ve buna ihtiyaç duydukları gözlemlenmektedir (3).

Tip 2 diyabet hastalarında en belirgin ruhsal rahatsızlıklar; yeme bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete, yalnızlık hissi şeklindedir. Diyabetle beraber gelişen tüm semptomların artmasıyla hastalar yaşam kalitelerinin düştüğünü hissetmekte ve buna bağlı olarak yetersizlik hissine kapılmaktadırlar. Bu durumda hastada depresif belirtiler gözlemlenmektedir. Diğer taraftan hastaların yaşamlarında pek çok değişikliğin meydana getirdiği tedirginlikler hastanın anksiyete seviyesini de yükseltmektedir. Diyabet hastalarının yaşamlarındaki ilk değişim; beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve devamlı ilaç kullanmaları ile başlamaktadır (4).

Tip 2 diyabet günümüzde özellikle obezitenin de artması ile birlikte oldukça sık görülen ve insidansı günden güne artan önemli bir hastalıktır. Bu nedenle tıp alanındaki uzmanlar ve akademisyenler tarafından Tip 2 diyabetin neden olduğu komplikasyonlar ve tedavi yöntemleri ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Bununla birlikte literatürde pek fazla çalışmaya rastlanmadığından, bu araştırmada çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisi incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tip 2 Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Tip 2 diyabet dünya üzerinde sıklıkla karşılaşılan, diyabet hastalarının %90'ını oluşturan metabolik bir hastalıktır. Tip 2 diyabet hastalarının 5 ile 10 yıl arasında devam eden prediyabet dönemleri bulunmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarına diyetisyenler tarafından belli diyetler verilerek kan şekeri sabit tutulmaya çalışılmaktadır. Prediyabet dönemi genellikle gizli şeker olarak da isimlendirilen, kan şekerinin normalden yüksek seviyede olduğu ancak diyabet sınırının da altında olduğu bir ara dönemdir. Tip 2 diyabetin insan yaşamına ve sağlığına vermiş olduğu zararlar oldukça önemlidir. Aynı zamanda Tip 2 diyabetin meydana getirmiş olduğu risk faktörleri de oldukça geniş bir yer kaplamaktadır. Tip 2 diyabete neden olan sebepler çevresel veya genetik faktörler olabilmektedir. Aile içerisinde herhangi bir bireyde Tip 2 diyabet var ise bu diyabetin çocuğa geçme ihtimali çok yüksektir. I. derecede akrabasında Tip 2 diyabet bulunan kişilerin bulunmayan kişilere göre %40 oranında daha fazla risk grubunda olduğu bilinmektedir (5).

Literatür taramalarına bakıldığında etnik gruplar içerisinde Tip 2 diyabet hastalarının daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. Etnik grup olarak ifade edilen kesim ise Amerika, Asya orijinli ve Pima yerlileri şeklinde sıralanabilmektedir. Tip 2 diyabetin meydana getirmiş olduğu diğer risk faktörlerine bakıldığında; sağlıksız beslenme, egzersizlerin yeterince yapılmaması, obezite, yaşam kalitesinin düşmesi şeklindedir. Yaşam tarzı Tip 2 diyabet hastalığına yakalanmada önemli bir kriterdir. Kişinin beslenme alışkanlığı, yaşam tarzı, egzersiz yapma süresi ve sıklığı Tip 2 diyabet için önemli kriterlerdir. Tip 2 diyabet hastalığı olan kişiler tedavi olmak amacıyla hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına başvururlar. Tip 2 diyabet tedavi sürecinde oral antidiyabetik ilaçlar, insülin kullanımı, çeşitli diyabet diyetleri, egzersiz takvimleri verilmektedir (1).

Diyabet hastalarının çoğunda şişmanlık veya obezite problemleri gözlemlenmektedir. Tip 2 diyabet hastalığı olan obezite bireylere öncelikle obezite ile ilgili tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Her bir Tip 2 diyabet hastasına farklı olarak hastalığın seyrine, kişinin yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına göre ayrı ayrı diyet programları uygulanmaktadır. Tip 2 diyabet tanısı konulan hastada öncelikle beslenme tarzının değiştirilmesi, diyabet ilaçlarının düzenli olarak içilmesi, egzersiz yapılması

beklenmektedir. Bu durum diyabet hastalarının sosyal yaşama uyum sürecinde problemler yaşamasına ve kişinin kendisini yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Tip 2 diyabet hastaları kendilerini diyet programlarına, egzersizlere ve beslenme alışkanlıklarına adapte etmeye çalışırken fiziksel ve ruhsal olarak yorulmaktadırlar (6).

Tip 2 diyabet toplum sağlığını ciddi derecede etkilemektedir. Tedavinin süreci, maliyeti, kişide oluşturmuş olduğu ruhsal sorunlar nedeniyle hastaya olan yükü arttırmakta ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Antik çağlardan günümüze gelen bu hastalık eski yıllarda çok üzerinde durulmayan ancak son zamanlarda neredeyse tüm insanları etkisi altına alan global bir hastalık haline gelmiştir. Diyabetes mellitus insülin hormonunun etkisinin azlığı nedeniyle insan metabolizmasında bozukluklara neden olmaktadır. Tip 2 diyabetin meydana getirmiş olduğu hiperglisemi komplikasyonları ile birlikte ölüme neden olurken uzun dönemde ise kronik hastalıklara sebep olmaktadır (7).

Diyabetin tanımı ilk olarak Mısırlılar tarafından ortaya atılmıştır. Daha sonra 1675 tarihinde hastaların kan ve idrarlarındaki tatlılık keşfedilip tatlı bal anlamına gelen “Mellitus” kelimesi tıp alanına girmiştir. Modern tıp zamanlarına gelindiğinde ise Fransız bilim adamları diyabet ile ilgili daha fazla çalışmalar gerçekleştirip karaciğer aracılığı ile glikogenesis yapıldığını bunun diyabetin gelişiminde önemli rol oynadığını ifade etmişlerdir. 1921 yılında bilim adamlarının yapmış olduğu çalışmalar sonucu insülin elde edilerek kliniklerde kullanılmaya başlanmıştır (8).

Tıp alanında yapılan incelemelere göre; Diyabetes mellitus sınıflandırılması dört gruba ayrılmaktadır. Tip 1 diyabet; immün aracılığı olan genellikle insülin yokluğuna bağlı olarak gelişen diyabet türüdür. Tip 2 diyabet; insülin direnci kaynaklı ilerleyici insülin sekresyonuna bağlı gelişen bir diyabet türüdür. Gestasyonel diyabet; genellikle anne adaylarında doğuma kadar süreçte gelişebilen diyabet türüdür. Diğer diyabet türleri ise tıbbi alanda oldukça spesifik olan diyabet türleridir (9).

Diyabet genel olarak çevresel faktörler veya genetik özelliklere göre ortaya çıkmaktadır. Hastanın yaşam tarzı, alkol, sigara kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları diyabete yakalanma konusunda etkili olmaktadır. Aynı zamanda kişinin I. dereceden yakın akrabalarında Tip 2 diyabetin bulunması da bu hastalığa yakalanmasını kolaylaştırmaktadır. Tip 2 diyabetin oluşmasının en önemli belirleyicisi insülin direncidir. Genel olarak hastalık tanısı konulmadan yıllar önce ortaya çıkar ve zaman

içerisinde gelişerek belirgin hale gelir. Dünya üzerindeki birçok insanda insülin direncine yatkınlık bulunmaktadır. Ancak bazı insanlar egzersiz yaparak, düzenli ve dengeli beslenerek insülin dirençlerini dengede tutabilmektedirler. Tip 2 diyabetin gelişimi ile ilgili olarak çevresel faktörlerin etkili olması araştırmacıların dikkatini çekmiş ve bu konuda çeşitli incelemeler yapılmıştır. Örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde son 20 yılda çok fazla diyabet hastası ortaya çıkmış ve bunun sebepleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda Tip 2 diyabetin çok fazla kilosu olan, fiziksel aktivitesi son derece azalmış bireylerde daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (10).

İnsülin direnci ile obezitenin ilişkisi ifade edilmiş olsa bile patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Obez hastaların plazma serbest yağ asidi oranları normal popülasyonlara göre daha yüksektir. Serbest yağ asidi düzeyleri ise glikoz alımını bozmaktadır. Bu durum ise hastada diyabet gelişimini hızlandırmaktadır. Tip 2 diyabetin gelişimi ile ilgili olarak en önemli faktör olan insülin direncinde en büyük rolü, karaciğer, yağ ve kas dokusundaki bozulmalar meydana getirmektedir (1).

Hedef dokulardaki reseptörlere bağlanmış olan insülinler tirozin kinazı aktive etmektedir. İnsülin direncinde tirozin kinaz bozulduğu için hücresel reaksiyonların aktivitesinde bozulmalar meydana gelmektedir. Tüm bu metabolik reaksiyonlar insülin hastalarında hem fiziksel hem de ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Diyabet hastası olan kişilerde meydana gelen çeşitli komplikasyonlar hastaların ilaç kullanmalarına, yaşam tarzlarını değiştirmelerine ve çeşitli egzersizler yapmalarına neden olmaktadır. Normal yaşam standartında düzenli ve dengeli beslenmek, egzersiz yapmak, olağan bir durumdur. Ancak diyabet hastalarında nedene bağlı olarak bu aktiviteleri geliştirmek hastanın kendisini yetersiz hissetmesine ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Tip 2 diyabetin daha iyi anlaşılabilmesi için etiyolojisi ve patogenezinin de bilinmesi gerekmektedir (11).

2.2. Tip 2 Diyabetin Etiyolojisi ve Patogenezi

Tip 2 diyabet hastalığında etnik köken, obezite, gestasyonel diyabet hikâyesi, ileri yaş gibi risk etkenlerinin bulunduğu bilinmektedir. Tip 2 diyabeti olan kişilerin genellikle obezite problemi ile de mücadele ettikleri bilinmektedir. Obezite, insülin direncini oluşturan bir faktördür. Obez olmayan kişilerde ise abdominal yağ oranının artması ile birlikte Tip 2 diyabet gelişmektedir. Düzenli olmayan beslenme ve yüksek miktarda

enerji alınması hastalığı ortaya çıkaran temel faktörler arasındadır. Tip 2 diyabet hastalığının oluşması genel olarak etnik kökene bağlı olduğu gibi çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. İnsülin eksikliği ya da insülin direnci Tip 2 diyabet hastalığının patogeneğinde önemli rol oynayan iki faktördür (12).

Tip 2 diyabet hastalığının ileri safhalarında hiperglisemi durumları ortaya çıkmaktadır. Tip 2 diyabet hastalığında yemekten sonra dolaşımdaki glikoz konsantrasyonuna cevap oluşturacak şekilde pankreas hücrelerinden insülin salınımı gerçekleşmektedir. Aynı zamanda kaslarda ve karaciğerdeki glikojen sentezi, çoğu hücrede aminoasit alımını ve protein sentez oluşumunu gerçekleştirmektedir. Kişilerde görülen düşük insülin aktivitesi kişinin hipoglisemi semptomları yaşamasına neden olmaktadır. Açlık halinde insülin sekresyonunun düşmesine bağlı olarak düzenleyici hormonların artması sonucunda depolanmış olan glikojen glikoza dönüşmektedir. Glikoz, glikogenezis ve glikojenoliz güçlü bir aktivasyon enzimi olarak ifade edilmektedir (13).

Tip 2 diyabet hastalığında göreceli veya mutlak olarak bir insülin eksikliği görülmektedir. Bu durum iskelet kaslarında insülin taşıyan enzimlerde birtakım fonksiyon yüksekliklerine neden olmaktadır. Kişi yemek yedikten sonra iskelet kaslarında olan glikoz akışında azalma gerçekleşmektedir. Aynı zamanda dolaşımdaki plazmada glikozun yükseldiği görülür. Tip 2 diyabet hastalığı genel olarak ailesinde I. derece akrabalarında Tip 2 diyabet görülen kişilerde oldukça yüksektir. Tip 2 diyabet hastalığının genetik olarak görülme sıklığı oldukça yüksektir. Monozigotik izlerden Tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerin yaklaşık olarak %25'i nin aile geçmişinde bu hastalığın görüldüğü bilinmektedir (1).

Arizona'da yaşayan yerlilerin %40 oranında Tip 2 diyabet hastalığı olduğu bilinmektedir. Bu durum dünya üzerinde en fazla Tip 2 diyabet görülen grubun bu insanlar olduğunu göstermektedir. Pima kıızılderililerde Tip 2 diyabeti olan kişilerin %80'inin 35-40 lı yaş aralığında olduğu bilinmektedir. Bu durum genel olarak 35-40 yaşlarında Tip 2 diyabet ile ilgili semptomların görülme sıklıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Tip 2 diyabet hastalığının öyküsü hastalığın gelişiminde önemli bir etken olarak ifade edilmektedir. Bu bakımdan son yıllarda obezite, genetik yatkınlık, beslenme bozuklukları ve düzensiz yaşama bağlı Tip 2 diyabet hastalığının sıklıkla görüldüğü gözlemlenmektedir. Tip 2 diyabet hastalığının tanısının konulması ve görülme sıklığı ile ilgili yorum yapılabilmesi için hastanın aile geçmişinin incelenmesi gerekmektedir. I.

derece akrabalarında Tip 2 diyabet hastalığı olan bireylerde Tip 2 diyabet görülme sıklığı oldukça yüksektir. Aynı zamanda beslenme bozukluklarına bağlı sonradan gelişen insülin direnci durumları da söz konusu olmaktadır. Tip 2 diyabetin tedavi edilmediği durumlarda obezitenin geriye dönüşümsüz sağlık problemleri ortaya çıkaracağı bilinmektedir. Tip 2 diyabet hastalarının çeşitli diyet uygulamaları ve endokrin bölümü ile işbirliği içinde tedavi edilmesi önerilmektedir (2).

2.3. Tip 2 Diyabetin Tanısı

Tip 2 diyabet hastalığı insülin etkisinde, insülin salınımı ya da bu etkenlerin her ikisinde de bir bozukluk olması sebebiyle meydana gelen hiperglisemi ile karakterize olan metabolik bir hastalıktır. Tip 2 diyabet hastalığının kişide meydana getirmiş olduğu semptomlara bağlı olarak tanı koymak için çeşitli kriterler incelenmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında genel olarak kilo kaybı ya da kilo artışı, ağız kuruluğu, ayaklarda yanma, idrar yolları enfeksiyonu, ayaklarda uyuşma, bulanık görme, polifaji, mantar enfeksiyonları, yorgunluk, kaşıntı gibi belirtiler oluşmaktadır. Bu belirtiler ile hastaneye başvuran bir kişiye açlık plazma glikozu, oral glukoz tolerans testi, rastlantısal plazma glikoz testi ve son olarak HbA1c testleri yapılmaktadır. Bu testlerin sonuç aralıklarına göre hastanın Tip 2 diyabet olup olmadığı ile ilgili tanı konulmaktadır. Aşağıdaki şemada Tip 2 diyabet tanı kriterleri ile ilgili referans aralıkları verilmiştir (Şema 1).

Şema 1. Tip 2 Diyabet Tanı Kriterleri İle İlgili Referans Aralıkları (1)

Açlık Plazma Glukozu (APG) ^{1,2}	≥ 126 mg/dl
Rastlantısal Plazma Glukozu ³ + diyabet semptomları	≥ 200 mg/dl
Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2. st plazma glukozu ^{4,5}	≥ 200 mg/dl
HbA1c ^{6,7}	≥ %6,5

TÜRKDİAB. “*Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*”, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2017.

Tip 2 diyabet tanısı ile ilgili yapılan ölçümlerde kan glukozunda referans yöntemi olarak venöz plazmada glikoz oksidasyon yönteminin kullanılması önerilmektedir. Açlık plazma glukozu ölçümü için kişinin yaklaşık olarak 8 saat aç kalması gerekmektedir. Rastlantısal plazma glukozu, diyabet semptomlarının belirlenmesi için gıda alımına bağlı olmadan herhangi bir saat içinde ölçüm gerçekleştirilebilir. Oral glukoz tolerans testi

ölçümünde 75 gram oral glikoz alımı gerçekleştirilerek ölçüm yapılmaktadır. Plazma glikoz ölçümüne göre glikoz ölçümü %11, kapiller glikoz ölçümü %7, serum glukoz değeri %5 oranında daha düşük bulunmaktadır. HbA1c ölçümünde uluslararası standartlar yöntemine göre ölçüm yapıldığı için Tip 2 diyabet hastalığı tanısında aktif bir şekilde kullanılmaktadır (1).

Ülkemizde HbA1c ölçümü tam olarak standardize edilmediği için tek başına bu değer tanıyı koymak için yeterli değildir. HbA1c testinin gebelik durumunda veya anemi durumunda kullanılmaması önerilmektedir. Diyabet tanılarını ile ilgili HbA1c ve oral glukoz tolerans testi tanı değerlerinin birbiri üzerinde herhangi bir üstünlüğünün olmadığı bilinmektedir (14). Tip 2 diyabet oranında HbA1c ve bozulmuş açlık glukozundaki risk oranlarına bağlı olarak plazma glikozu yüzde ve değerleri aşağıdaki şemada verilmiştir (Şema 2).

Şema 2. Tip 2 Diyabet Oranında HbA1c ve Bozulmuş Açlık Glikozundaki Risk Oranlarına Bağlı Olarak Plazma Glikozu ve Yüzde Değerleri (1)

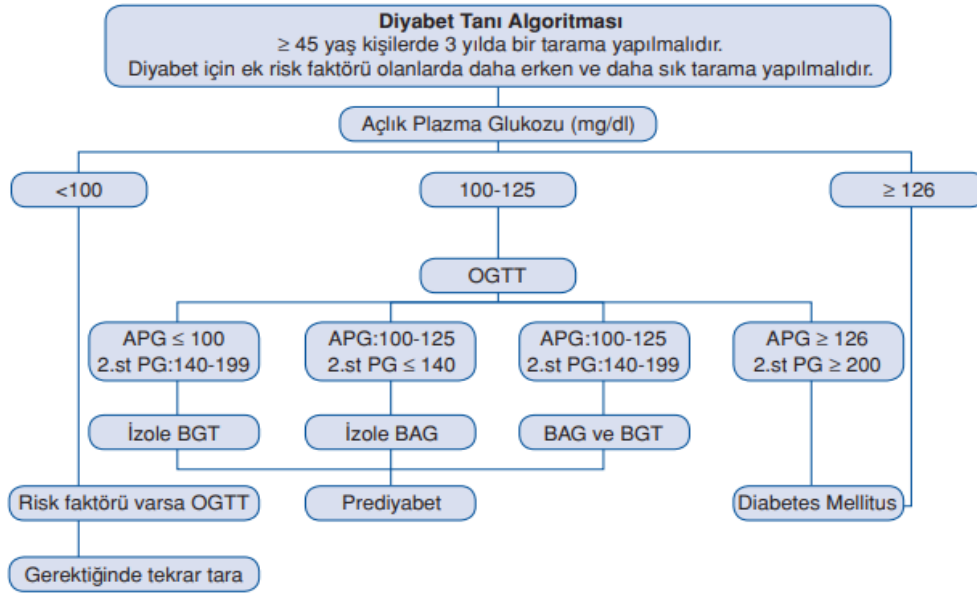
Plazma Glukozu (PG)		
Riskli Grup	Açlık (mg/dl)	Tokluk (OGTT 2. st PG (mg/dl)
Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG)	100-125	
Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT)		140-199
HbA1c	%5,7 – 6,4	

TÜRKDİAB. “*Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*”, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2017.

Tip 2 diyabet hastalığında riskli grupta olan kişiler bozulmuş açlık glukozu ve bozulmuş glukoz toleransına sahip olan kişilerdir. Asemptomatik bireylerde Tip 2 diyabet ile ilgili tanı kriterleri genel olarak beden kitle endeksinin 25 kg/m²den büyük olması ve diğer risk grubunda olan kişilerde incelenmektedir. Bu kişilerde fiziksel inaktivite insülin rezistansları, klinik bulguları, kişide kalp hastalığının olup olmadığı, polikistik over sendromu geçirip geçirmediği, hipertansiyon varlığı, tıbbi öyküsünde gestasyonel diyabet tanısı olanlar, yüksek riskli gruplar ve kişinin genetik olarak I. dereceden akrabalarında Tip 2 diyabet hastalığı bulunma durumları incelenmektedir (15).

Tip 2 diyabetin belirlenebilmesi için, Tip 2 diyabet hastalığına benzer şikâyetler

ile gelen hastalara çeşitli sorular yöneltilmektedir. Hastaların genetik olarak tıbbi öyküleri incelendikten sonra çeşitli ölçümler ve testler gerçekleştirilmektedir. Beden kitle endeksi ve ek risk faktörlerine bağlı tanı kriterleri ile ilgili çalışmalar, hastaların 45 yaş ve üstü olanlar için yapılmalıdır. Aynı zamanda Tip 2 diyabet panoları ile ilgili yılda en az 3 defa tarama testlerinin yapılması önerilmektedir. Tip 1 diyabet ile ilgili çeşitli geciktirme ve önleme yöntemleri olmaması sebebiyle tarama yapılması önerilmemektedir. Ancak Tip 1 diyabet hastalarının içinde genetik öyküsü ile ilgili bir inceleme gerçekleştirilebilir. Aşağıdaki şemada diyabet tanı algoritması bulunmaktadır (Şema 3).



Şema 3. Diyabet Tanı Algoritması (1)

TÜRKDİAB. “*Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*”, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2017.

Halk arasında ve bazı çalışmalarda Tip 1 diyabet ve Tip 2 diyabet hastalıklarının birbirleriyle karıştırıldığı görülmektedir. Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalığının tanı kriterlerinin bilinmesi ve buna yönelik tedavi yöntemlerinin tercih edilmesi hayati önem taşımaktadır. Tip 1 diyabet ve Tip 2 diyabet hastalığı ayrımı yapılırken klinik özelliklerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Tip 1 diyabet genel olarak gençlerde ve çocuklarda görülmektedir. Son yıllarda yaşam tarzına bağlı olarak yetişkinlerde ve yaşlılarda da Tip 1 diyabet hastalığının görüldüğü gözlemlenmektedir. Tip 2 diyabet ise genel olarak 30 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Kişide obezite ve günlük aktivitelerde zorlanma gibi durumların meydana gelmesi sebebiyle adolesan yaşlarında ve çocuklarda Tip 2

görülme sıklığı oldukça artmaktadır (16). Aşağıdaki şemada Tip 1 diyabet ve Tip 2 diyabet tanısı ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiştir (Şema 4).

Şema 4. Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Tanısı (1)

Klinik Özellikler	Tip 1 Diyabet	Tip 2 Diyabet
Başlangıç yaşı	Genellikle ≤ 30 yaş	Genellikle ≥ 30 yaş
Başlangıç şekli	Genellikle akut, semptomatik	Yavaş, çoğunlukla asemptomatik
Ketozis	Sıklıkla var	Sıklıkla yok
Başlangıç kilosu	Genellikle zayıf	Genellikle fazla kilolu/obez
Ailede diyabet yükü	Yok veya belirgin değil	Yoğun
C –peptid	Düşük	Normal / Yüksek / Düşük
Otoantikör (ICA, AntiGAD)	Genellikle pozitif	Negatif
Otoimmün hastalık birlikteliği	Var	Yok

TÜRKDİAB. “*Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*”, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2017.

2.4. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları

Tip 2 diyabet hastalığı ile ilgili tanı ve tedavinin doğru bir şekilde yapılmaması çeşitli morbidite ve erken ölüm gibi durumlara neden olmaktadır. Bu nedenle bu hastalığın tanı ve tedavi yöntemlerinin hastanın genel özelliklerine bağlı olarak yapılması gerekmektedir. Tip 2 diyabet hastalığında kronik, metabolik ve akut birçok komplikasyonun bulunduğu görülmektedir. Mortalite ile beraber akut metabolik komplikasyonların temelinde hiperglisemi ve hipogliseminin sebep olduğu diyabetik ketoasidoz olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda kronik komplikasyonların sebebinin de yüksek kan glikoz düzeylerine bağlı olarak gerçekleştiği bilinmektedir. Tip 2 diyabetin tedavi yöntemlerinde kişinin beslenme alışkanlıkları ve çevresel yapısı da oldukça büyük bir öneme sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının, genel olarak vücudunda yaşamış olduğu komplikasyonlara bağlı olarak çeşitli psikolojik sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle tedavi esnasında Tip 2 diyabet hastalarının genel psikolojik durumları ve vücudunda gerçekleşen semptomlar göz önünde bulundurularak tedavi planının izlenmesi gerekmektedir. Diyabetin tedavisinde genel olarak diyetisyenlerden, iç hastalıkları uzmanlarından ve endokrin alanındaki uzmanlardan yardım alınmaktadır (17).

Tip 2 diyabet hastalarına yaşam tarzı ile ilgili değişikliklerin yapılması, tıbbi tedavi yöntemlerinin uygulanması, glisemik kontrolün sağlanması için çeşitli işlemlerin yapılması gerekmektedir. Hastalığın önlenmesi veya tedavi edilebilmesi için hem makrovasküler hem de mikrovasküler komplikasyonların göz önünde bulundurularak faaliyete geçirilmesi önemlidir. Tip 2 diyabetin komplikasyonları genel olarak akut komplikasyonlar ve diyabetik ketoasidoz olmak üzere iki grupta incelenmektedir (18). Çalışmanın bu kısmında akut komplikasyonlar ve diyabetik ketoasidoz kavramları incelenmiştir.

2.4.1. Akut Komplikasyonlar

Hiperglisemik durum, laktik asidoz, hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz gibi durumların temelinde akut komplikasyonlar yer almaktadır. Hipoglisemi ve diyabetik ketoasidoz genel olarak Tip 1 diyabette görülürken, hiperosmoral hiperglisemik durumlar Tip 2 diyabette daha sık görülmektedir. Diyabetin akut komplikasyonları genel olarak düşük kan şekeri olarak ifade edilen hipoglisemi, ketoasidoz, laktik asidoz ve bakteriyel enfeksiyonlar olarak ifade edilmektedir. Hipoglisemi kavramı kan şekerinin fazla düşmesine bağlı olarak kişinin normal fonksiyonlarını yapmasına engel olan bir durumdur. Hipogliseminin sebebi çok fazla egzersiz veya yetersiz enerji alımı sonucunda gerçekleşmektedir. Aynı zamanda çok fazla insülin alındığında da hipoglisemi durumları ortaya çıkabilmektedir. Ketoasidoz, insülin yokluğuna bağlı gelişen diyabetik koma olarak da adlandırılan bir durumdur. Genellikle Tip 1 diyabeti olan kişilerde sıklıkla görülmektedir (19).

Laktik asidoz vücutta laktik asit birikmesine bağlı olarak gerçekleşen bir durumdur. Hücreler enerji şeklinde glikoz dışı yakıt kullanmaları sebebiyle laktik asit birikimi gerçekleştirmektedirler. Eğer laktik asit vücutta çok fazla oranda kalırsa kişinin kendisini rahatsız hissetmesine sebep olmaktadır. Bu durum genel olarak Tip 2 diyabetlilerin sıklıkla karşılaştığı durumlardan birisi olarak ifade edilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonlar diyabetli kişilerin cilt ve tırnaklarında sıklıkla görülen bakteriyel ve fungal kaynaklı bir durum olarak ifade edilmektedir (1).

2.4.2. Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz kardiyovasküler hastalıklar, gözlerin hasar görmesi, nefropati durumları, nöropati ve ayak komplikasyonları, impotans gibi durumların ortaya

ıkmasına neden olmaktadır. Uzun süre kan şekerinin yüksek olması büyük ve küçük damarların aynı zamanda sinirlerin tahrip olmasına neden olmaktadır. Diyabetik ketoasidozun neden olduğu durumlardan birisi kalp hastalıklarıdır. Kardiyovasküler hastalıklar dünya üzerinde birçok insanın mücadele ettiği hastalıklardan birisidir. Kardiyovasküler hastalıkların genetik yatkınlık dışında birçok sebebi bulunmaktadır. Bu sebeplerden birisi de diyabet hastalığıdır. Diyabet hastalığı olan kişilerin temel ölüm sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıkların olduğu bilinmektedir (6).

Diyabeti olan bireylerde inme riski veya kalp hastalığı görülme oranları %2 veya diyabeti olmayan bireylerden 5 kat daha fazladır. Kan ekeri yüksek olan hastalarda bacaklardaki damarların etkilenmesine bağlı olarak çeşitli nörolojik semptomlar görülmektedir. Yetişkinlerde görme bozuklukları ve körlüklerin temel sebepleri kan ekerine bağlı olarak ifade edilmektedir. 15 yıl boyunca diyabet hastalığı ile mücadele eden kişilerin %10'unda görme bozukluklarının grldği bilinmektedir. Diyabet hastalığı olan kişilerde nefropati ile ilgili gerçekleşen sorunlar hayati önem taşıtmaktadır. Tip 1 diyabeti olan kişilerin %40 ında 50 yaşına geldiklerinde böbrek nakli gerekecek durum söz konusu olmaktadır (3).

Diyabet hastalığı, kişilerde önemli nöropatik problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Diyabetik sinir hastalıklarında, ayaklarda ve bacaklarda duyu kaybı olabilir. Aynı zamanda bacak yarası ve ayak yarası gibi sonuçların ortaya çıktığı rapor edilmektedir. Bacak amputasyonlarının kaza haricindeki en önemli sebeplerinden birisi diyabet olarak gösterilmektedir. Diyabet hastalığının kişilerde çeşitli cinsel gszlklere ve psikolojik problemlere neden olduğu da yapılan çalışmalar sonucunda gözlemlenmiştir (12).

2.5. Tip 2 Diyabet Tedavisi ve Bakımı

Tip 2 diyabet hastalığı devamlı olarak tedavi ve bakım gerektiren kronik ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Diyabetik ketoasidozun, akut komplikasyonlara göre kontrolünün sağlanması ve diyabetin önlenmesi için çeşitli tıbbi tedavinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Tip 2 diyabet hastalığı olanların yaşam tarzlarının düzenlenmesi meydana gelen psikolojik problemlere bağlı olarak terapi yöntemlerinin tercih edilmesi önemli kriterler olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda diyabet hastalarının düzenli olarak egzersiz yapmaları, hastalığın komplikasyonlarını önlemede

önemli bir faktördür. Tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerde genel olarak kan glikoz düzeyi kontrolünün sağlanması gerekmektedir. Bunun için yeterli egzersiz ve beslenme tedavisinin uygulanması gerekir. Fakat amaçlanan HbA1c seviyesine ulaşılmadığı durumlarda kişinin ihtiyaçlarına göre tıbbi tedavi yöntemleri tercih edilmektedir (8).

Günümüzde Tip 2 diyabet ve diğer diyabet tedavileri için sülfonilüre, meglinitit, fenilalanin ve türevleri, glikozidaz inhibitörleri gibi çeşitli ilaç sınıfları kullanıldığı bilinmektedir. Tıbbi tedavi yöntemlerinde kişinin ilaçlar ve beslenme ile ilgili doğru bir eğitim alması gerekmektedir. Bu konuda diyabet uzmanları ve diyetisyenler hastayı eğitmektedirler. Aynı zamanda verilen ilaçların hipoglisemi ve glisemik kontrol ile ilgili etki mekanizmalarının kişiye anlatılması olumlu sonuçlar meydana getirecektir. Kişilerin tıbbi tedavide ilaçları kullanması, yaşam tarzlarını değiştirmesi, beslenmesine dikkat etmesi ve yeterli düzeyde egzersiz yapması diyabetin tedavi edilmesinde önemli faktörler arasında yer almaktadır (14).

Diyabeti olan kişinin farklı nedenlere bağlı olarak ilaç tedavisine yanıt vermemesi durumunda insülin tedavisi düşünülmelidir. Genel olarak HbA1c seviyesi %8 den fazla olması durumunda insülin tedavisi tercih edilmektedir. Diyabetin tedavi ve bakımında ilaç tedavisinin yanı sıra tıbbi beslenme tedavisi de önemli bir kriterdir. Diyabet yönetimi ile ilgili olarak beslenme tedavisinde her bir bireyin kişisel özelliklerine ve hastalık durumuna bağlı olarak çeşitli tedavi programları hazırlanmaktadır. Bu tedavi programları diyabet eğitim hemşiresi, psikologlar, endokrinolog veya diyabet diyetisyenleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Tedavi programında diyabeti olan kişilerin gün içerisinde öğün planlarına uymaları, yasaklı olan yiyecekleri tüketmemeleri ve genel olarak tüketmesi gereken besinler ile ilgili bilgi verilmektedir. Diyabeti olan kişiler beslenme tedavi planına adaptasyon sağlamakta büyük problemler yaşamaktadırlar. Bu sebeple öğün planı diyabetli olan kişinin yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına göre hazırlanmaktadır. Tıbbi beslenme tedavisinin genel hedefleri aşağıda maddeler halinde verilmiştir (9);

- Kişilere beslenme konusunda doğru adımların atılmasını sağlama,
- Diyabeti olan bireylerin tek tip beslenmeye odaklanmalarını önleme,
- Kişilere günlük öğünler için tedavi edici planlar hazırlama,
- Diyabet ile ilgili komplikasyonları geciktirme veya önleme,
- Kişinin olması gereken beden kitle endeksine ulaşmasını sağlama,

- Kişinin sağlıklı yaşam tarzına teşvik edilmesini sağlama,
- Kişisel ve kültürel farklılıklar dikkate alınarak kişinin besin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve buna yönelik tedavi planlarının oluşturulması,
- Diyabet hastalığı olan kişilerin beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi,
- Uygun porsiyonlarda besin çeşitliliği sağlanarak kişinin sağlığını iyileştirme,
- Besin seçimleri ile ilgili olarak kişilere pozitif mesajlar verme,
- Kişiye özgü lipit profili, glisemik ve kan basıncı ile ilgili hedeflenen değerlere ulaşma şeklinde ifade edilmektedir.

Tip 2 diyabet hastalarının, yaklaşık olarak %90 oranında obez bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle kişinin enerji alımının düşürülerek kilo kaybının sağlanması oldukça önemlidir. Tip 2 diyabet hastalarında istenen, kilo kaybı yaşayarak hedeflenen beden kitle indeksine ulaşılmasıdır. Kişinin kilo verebilmesi için yaşam tarzını ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmesi gerekmektedir. Obez yetişkin kişilerin incelemelerde yaklaşık olarak %5 ile %10 arasında kilo kaybının kardiyovasküler hastalıkları önlemede önemli bir kriter olduğu görülmüştür. Ağırlık oranı arttıkça diyabetik kişilerde kardiyovasküler ve diğer hastalık oranları artmaktadır (5).

Kişilerin enerji ihtiyaçları belirlenirken, kişinin fiziksel aktivitesi, yaşı, cinsiyeti, beslenme alışkanlıkları, farklı bir hastalığının olup olmadığı göz önünde bulundurulmaktadır. Tıbbi beslenme tedavisi genel olarak kişinin metabolik hedefleri, enerji ihtiyacı ve yaşam tarzına göre düzenlenmelidir. Diyabetle ilgili bu tıbbi beslenme tedavi yönteminde, karbonhidratların türü ve miktarı oldukça önemlidir. Kişilerde genel olarak karbonhidrat tüketimine bağlı olarak sağlıksız beslenme ve diyabet hastalığının oluştuğu görülmektedir. Yetişkin kişilere uygulanan diyetlerde toplam karbonhidrat oranı günlük 130 gramın altında olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda diyabetli kişilerin günlük alması gereken karbonhidrat oranı kişinin kilo kaybına, glisemik hedeflerine, beslenme alışkanlıklarına ve eşlik eden hastalıklarının durumuna göre tespit edilmektedir (7).

Tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerde plazma glikoz düzey kontrolünün yapılabilmesi için ürünün posa içeriğinin yeterli miktarda olması gerekmektedir. Tip 2 diyabet hastalığı olan yetişkin bireylerin çözünür posa içerikli besinler tüketmeleri insülin ihtiyaçlarını azaltmaktadır. Aynı zamanda plazma lipit düzeylerinin azaltılmasında da oldukça etkilidir. Diyet posaları Tip 2 diyabetin geciktirilmesinde ve önlenmesinde oldukça önemlidir. Normal bir kişinin günlük enerji ihtiyacının %15'i ile %20'si

proteinlerden kazanılmaktadır. Ancak diyabet kaynaklarına göre nefropatisi olan kişilerde yüksek protein alımına bağlı olarak böbrek yetmezliği durumu söz konusu olabilmektedir. Bu alanda yapılan incelemelerde diyabetli kişilerin diyetle protein alımının %1 oranında arttırılmasının, böbrek hastalığı ile ilgili semptomların artmasında oldukça etkili olduğu görülmüştür (11).

Diyabet hastalığında ve kardiyovasküler hastalıklarda yağ alımı ve miktarı oldukça önemlidir. Özellikle doymuş yağlar ile oluşturulmuş beslenme alışkanlıkları oldukça tehlikelidir. Kardiyovasküler hastalıkların oluşması ve diyabetli kişilerin diyabet ile mücadele edebilmeleri için trans yağ alımı mümkün olduğunca azaltılmalıdır. Diyet kolesterolü ile ilgili 200 mg altında referansın hedeflenmesi ve haftada en az 2 defa omega-3 yağ asidi olan balık tüketmeleri önerilmektedir. Tip 2 diyabet hastalığı olan bireylerin beslenme alışkanlıklarını ve diyetlerini doğru bir şekilde uygulamaları gerekmektedir. Diyabet beslenme tedavisini standart bir şekilde devam ettiren bir kişinin dışarıdan takviye olarak vitamin veya mineral almasına gerek yoktur (19).

Kişiselleştirilmiş beslenme planında kişinin gündelik hayatta alabileceği vitaminler ve mineraller yer almaktadır. Fakat metabolik olarak kontrol edilemeyen herhangi bir diyabetik semptoma bağlı olarak çeşitli vitamin ve mineral takviyelerinin verildiği bilinmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında oksidatif stresin meydana getirdiği diyabetik komplikasyonlara bağlı olarak antioksidan içeren besinlerin tüketilmesi önerilmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında karbonhidratların ve toplam enerji alımının azaltılmasına bağlı olarak çeşitli tatlandırıcıların kullanıldığı bilinmektedir. Enerji içermeyen tüm tatlandırıcılar günlük dozunu arttırmamak kaydıyla düzenli olarak kullanılmalıdır. Tip 2 diyabetlilere genel olarak tatlandırıcıları minimum düzeyde kullanmaları, su tüketim oranlarını arttırmaları önerilmektedir (16).

Tip 2 diyabet hastalarının diyabet ile ilgili komplikasyonlarını geciktirmeleri veya önlemeleri için öğünleri atlamamaları gerekmektedir. Beslenme programında yer alan ürünlerin belirlenen zamanlarda tüketilmesi hiperglisemi ve hipoglisemi ataklarını engellemektedir. İnsülin kullanımı olmayan Tip 2 diyabet hastalarında günde 3 ana ve 1 ara öğün olmak üzere beslenme planı oluşturulmaktadır. Öğün sayıları diyabetin türüne ve komplikasyonların şiddetine bağlı olarak tekrardan düzenlenmelidir. Diyabeti olan tüm bireylere kendisini çok zorlamama şartı ile egzersiz yapmaları önerilmektedir. Fiziksel aktivitenin hipertansiyon, obezite, vücut kompozisyonu ve duygu durumu ile

ilgili oldukça pozitif etkiler oluşturduğu yapılan çalışmalar sonucunda gözlemlenmiştir (13).

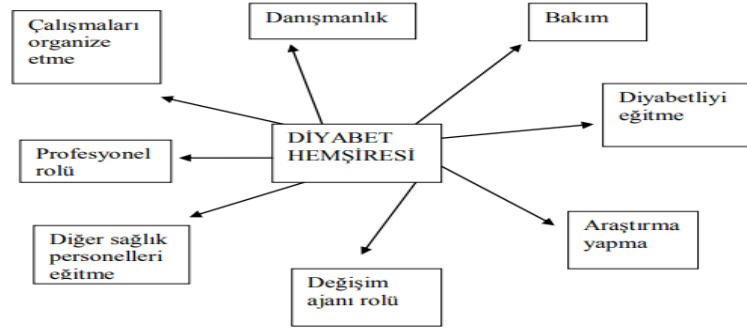
2.6. Tip 2 Diyabet Yönetiminde Kişilik Özellikleri ve Davranışlar

Diyabet kişinin metabolizmasını ve psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır. Diyabet hastalığı genel olarak kişiyi, ailesini, toplumu ve çevresini negatif yönde etkilemektedir. Diyabet ve diyabetin komplikasyonları sebebiyle kişinin bakım ve tedavi maliyetlerinin giderek arttığı ve diyabet hastalığı olan kişilerin yaşam kalitelerinin oldukça azaldığı bilinmektedir. Diyabet hastalığına bağlı olarak kişide meydana gelen komplikasyonlar kişinin paniklemesine ve kaygı halinin oluşmasına sebep olmaktadır. Ayrıca kişilerde diyabet hastalığına bağlı olarak çeşitli karamsarlık durumları, çaresizlik, yalnızlık gibi davranışlar gözlemlenmektedir. Kişiler kendilerinde meydana gelen değişimleri fark ederek sağlık kuruluşlarına başvurmaktadırlar. Bu davranışların ortadan kaldırılabilmesi için diyabet hemşirelerinin ve diyabet alanındaki uzman doktorların kişi ile olan iletişimi oldukça önemlidir (4,10).

Diyabet bakım ve tedavisinde alanında uzman kişilerin gerekli bilgi ve becerilere sahip olması oldukça önemlidir. Devamlı olarak bakım ve tedavi gerektiren diyabet hastalığı olan kişilerin yaşam parklarında değişiklik yapmak ve hastalıkla baş edebilmek için çeşitli beslenme tedavi planlarına uyum sağlamalarını gerçekleştirmek oldukça zor bir süreçtir. Kişinin diyabet tedavi sürecinde özyeterlilik ve özgüven duygularının yüksek olması gerekmektedir. Özyeterlilik düzeyi daha yüksek olan kişilerde hastalık ile mücadelenin olumlu yönde seyrettiği görölmektedir. Diyabet tanısı konulan kişilerin var olan durumu kabul etmek ve buna yönelik tedavi yöntemlerini uygulamaları gerekmektedir. Bu süreçte kişinin yaşam tarzının ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi sebebiyle çeşitli adaptasyonel problemler ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda Tip 2 diyabet hastalığı olan kişilerde komplikasyonlara bağlı olarak sosyal çevreden uzaklaşma ve çeşitli psikolojik sorunların da görölme sıklıkları oldukça yüksektir (17).

Diyabete bağlı komplikasyonların engellenmesi veya geciktirilmesi için yaşam boyu öğrenme yöntemlerinin diyabet hastalığında uygulanması gerekmektedir. Diyabet hastalığının tedavisinde kişinin tutum ve davranışları oldukça önemlidir. Kişinin hastalığı kabullenmesi ve buna yönelik olarak tedavi için çabalaması hastalıkla mücadelede pozitif etkiler oluşturmaktadır (4).

Diyabet hemşirelerinin hastalıkla m¼cadele noktasında çeşitli diyabet çalışmalarını organize etme, hastalara danışmanlık ve bakım hizmetleri sunma, diyabetli kişiye diyabet hastalığı konusunda eğitim verme, diğer sağlık personellerine diyabet alanında eğitim verme gibi g¼revleri (şema 5) bulunmaktadır (18).



şema 5. Diyabet Hemşiresinin G¼revleri (18)

Akkuş ¼.¼. “*Tip 2 Diyabeti Olan ve Olmayan Bireylerin Serum D Vitamini, Kalsiyum ve Magnezyum D¼zeyleri İle Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması*”, Başkent ¼niversitesi, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2015.

Diyabetle m¼cadele edebilmek için hastanın psikolojik durumunun pozitif olması, hastalıkla ilgili birçok bilgiye sahip olması, kendi kendine bakım becerileri konusunda istekli ve pozitif duygu durumları içinde olması oldukça ¼nemlidir. Diyabet hemşiresi tarafından hastaya ¼ncelikle kendi sağlık durumunun her şeyden ¼nemli olduğu anlatılmalıdır. Aynı zamanda diyabetin diğer hastalıklar gibi bir hastalık olduğu kabul ettirilmelidir. Hastalığın kronik ve ciddi bir rahatsızlık olması sebebiyle bir ¼m¼r boyu kendisine dikkat etmesi gerektiği ifade edilmelidir. Aynı zamanda diyabet komplikasyonlarının farklı hastalıkları da meydana getirdiği ifade edilmelidir. Hastaya komplikasyonların geciktirilmesi, risk oranlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin d¼zeltilmesi için çeşitli tedavi edici beslenme planları oluşturulmalıdır. Tedavinin doğru bir şekilde uygulanması için kişiye s¼rekli olarak pozitif duygu durumu ile yaklaşılmalıdır (18).

Kişiye davranışları ve yaşam biçimindeki değişiklikler sonucu meydana gelen negatif durumlara karşılık tedavi edici y¼ntemler kullanılmalıdır. Diyabet hastalığına bağlı olarak anne-baba olma veya evlenme gibi durumların herhangi bir riski olmadığı

anlatılmalıdır. Diyabet tedavisi ile ilgili olarak öncelikle hastanın istekli olması sağlanmalıdır. Hasta, sağlık kurumlarında diyabet ile ilgili her zaman danışabileceği ve kendisini tedavi edebilecek bir ekibin olduğuna inandırılmalıdır. Diyabeti olan bir kişinin sosyal çevresi ve aile yaşantısı da tedavinin olumlu yönde devam etmesi noktasında oldukça önemlidir. Diyabet hastalığı olan kişilerin aile bireyleri, beslenme tedavi planlarının doğru bir şekilde uygulanması için kişiyi desteklemelidir. Aynı zamanda Tip 2 diyabet komplikasyonlarından olan psikolojik sorunlar, çaresizlik, karamsarlık, özgüven eksikliği, yalnızlık ve yetersizlik hissinin ortadan kaldırılması için kişiye duygusal destek verilmesi oldukça önemlidir. Tip 2 diyabet hastalarının sosyal hayattan uzaklaşmaması tedavinin olumlu yönden devam etmesi noktasında oldukça önemlidir. Kişinin psikolojik durumunun iyi olması, Tip 2 diyabet hastalığı ile mücadele edilmesi noktasında oldukça önemli bir kriterdir (2).

2.6.1. Yalnızlık Algısı

Yalnızlık kavramı geçmişten bugüne insanları olumsuz yönde etkileyen psikolojik bir durumdur. Yalnızlık algısı çocuk, genç, yaşlı olmak üzere tüm bireyleri kapsamaktadır. Yalnızlık, uzun yıllar boyunca insanların acı çekmelerine sebep olan bir olgu olarak kabul edilmiştir. Yalnızlık, genel olarak bir insanın tek başına yaşamasının bir neticesi olarak somut yalnızlık, toplum grubundan uzaklaşan ve kendisini soyutlayan kişilerin yaşamış olduğu yalnızlık ve bir insanın çevresi ile olan tüm diyalogu ortadan kaldırarak kendi seçimi ile ortaya çıkardığı yalnızlık olarak ifade edilmektedir. Yalnızlık kavramının oldukça karmaşık ve çok boyutlu olması sebebiyle tanımlanması oldukça güçtür. Yapılan literatür incelemelerinde yalnızlık kavramı kişinin yakınlık ihtiyacını yeterince karşılamadığı durumlarda meydana gelen olumsuz, istenmeyen, rahatsız edici ve insana acı veren bir duygu olarak kabul edilmektedir. Bazı araştırmacılar ise yalnızlık kavramını kişiye çaresizlik ve kaygı duyguları oluşturarak acı verici bir durum olarak tanımlamaktadır (20).

Yalnızlık durumu genel olarak kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal bütünlüğüne karşı tehdit edici bir durum olarak ifade edilmektedir. Yalnızlık algısı kişide kaygıya, umutsuzluğa, çaresizliğe ve gerginliğe neden olmaktadır. Yalnızlık algısı kişinin kendini sosyal ortamdan soyutlayarak, tek başına hissetmesine neden olan bir duygu durumudur. Literatürde yalnızlık kavramının farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Farklı tanımlara rağmen yalnızlık algısı ile ilgili ortak noktalar şu şekilde sıralanmaktadır (21);

- Yalnızlık öznel bir yaşantıyı ifade etmektedir.
- Yalnızlık kişiye acı veren ve istenmeyen bir durum olarak ifade edilmektedir.
- Yalnızlık insan yaşamını etkileyen bir durumdur.
- Yalnızlık psikolojik oluşu olumsuz yönde etkileyen bir durumdur.
- Yalnızlık algısı çeşitli kişisel ve çevresel etmenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir.
- Bazı durumlarda kişi kendi iradesi ile yalnızlık duygusu içerisine girebilmektedir.
- Kişinin toplum içerisinde meydana gelen problemlere bağlı olarak yalnızlık duygusu içerisine girmesi mümkündür. Ancak bazı psikolojik hastalıklar ve bu psikolojik hastalıkları tetikleyen diğer hastalıklar nedeniyle yalnızlık algısının oluştuğu da bilinmektedir.
- Yalnızlık algısı kişilerin sosyal yaşantısında ve psikolojik dünyasında oldukça etkili bir duygu durumudur.

Yalnızlık algısının oluşmasının sebeplerinden birisi diyabet hastalığı olarak gösterilmektedir. Diyabet hastalığının meydana getirdiği komplikasyonlar kişide özgüven eksikliği, engellilik hissi gibi duygu durumların oluşmasına neden olmaktadır. Bu olumsuz duygu durumları kişileri sosyal hayattan soyutlayarak yalnızlık duygusu içerisine girmelerine neden olmaktadır. Yalnızlık duygusu içerisinde olan kişiler tedaviye olumlu yönde cevap vermekte zorlanmaktadırlar. Bu nedenle diyabet tedavisi gören kişilerin, aileleri ve sosyal çevreleri tarafından cesaretlendirilmeleri ve yalnız bırakılmamaları tedavi noktasında oldukça önemli kriterdir (22).

2.6.2. Engel Algısı ve Fonksiyonel Yetersizlik Hissi

Diyabet hastalığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla rastlanan kronik hastalıklardan birisidir. Diyabet ile ilgili çok sayıda komplikasyonlar bulunmaktadır (23). Diyabetin özellikle kas ve iskelet sistemi komplikasyonları kişilerde böbrek, sinir sistemi, göz ve damar ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu komplikasyonlar yüksek düzeyde morbidite, mortalite, ekonomik ve sosyal sorunlar gibi olumsuz durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (24). Bu sebeplerle diyabetli hastalarda fiziksel özürülük riski oldukça yüksektir. Diyabet hastalığı kişinin bireysel ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyen hastalıklardan birisidir. Aynı zamanda kişinin psikolojik veya sosyal hayata adaptasyon sağlayamamasına, çeşitli problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan kişilerde fiziksel ihtiyaçlarının

karşılanması oldukça önemli bir durumdur. Özellikle günlük yaşam aktivitelerinin bozulması, fiziksel aktiviteleri ile ilgili sınırlamaların yaşanması, bu hastalarda psikolojik sorunların ve yalnızlık hissinin oluşmasına neden olmaktadır (25).

Diyabete bağlı olarak fiziksel aktivitenin sınırlandırılması kişilerde engel algısı ve fonksiyonel yetersizlik duygusunun oluşmasına sebep olmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri kişilerin psikolojisini olumlu yönde etkileyen aktiviteler olarak ifade edilmektedir. Fonksiyon, kişinin sosyal sistem içerisinde kendi farkındalığını ortaya çıkaran faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (26). Günlük yaşam aktiviteleri kişilerin yemek yapma, alışverişe gitme, taşıt kullanma, işe gitme gibi faaliyetleri gerçekleştirme durumu olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik durumlarının yaşanması psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabetli hastalarda kas ve iskelet sistemi komplikasyonları, periferik sinir yaralanması, depresyon, kaygı, anksiyete, özgüven eksikliği gibi negatif davranışların ortaya çıkması söz konusu olmaktadır (27).

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikososyal boyutları da olan bir hastalık olarak ifade edilmektedir. Diyabet hastalığı olan bir kişinin duygusal, fiziksel, sosyal ve cinsellik ile ilgili birçok problemi beraberinde yaşadığı bilinmektedir. Bu süreçte diyabeti olan kişilerin farklı düzeylerde engel algısı ve yetersizlik hissiyatına kapılmaları oldukça doğaldır. Bu nedenle diyabet alanındaki uzman doktorların ve diyabet hemşirelerinin kişilere engel algısı ve fonksiyonel yetersizlik ile ilgili destek vermeleri oldukça önemlidir (28). Tip 2 diyabet tedavisi sırasında kişilerin çeşitli psikologlarla görüşme halinde olmaları oldukça önemli kriterlerden birisidir. Tip 2 diyabet komplikasyonlarının kişinin günlük aktivitelerini sınırlamaları, engel algısı ve fonksiyonel yetersizlik gibi duygu durumlarının oluşmasına neden olmaktadır. Kişinin bu duygu durumları içerisinde çıkamamaları yalnızlık algısının oluşmasına ve buna bağlı olarak depresyon ve anksiyete gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle Tip 2 diyabet ve diğer diyabet türü hastalıkların tedavisinde psikologlar, diyetisyenler, uzman doktorlar ve diyabet hemşirelerinin işbirliği içerisinde çalışmaları gerekmektedir (29).

2.6.3. Tip 2 Diyabet Hastalarında Stres ve Depresyon

Stres ve depresyon kişilerin hayati fonksiyonlarını ve işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyen psikolojik rahatsızlıklardır. Stres ve depresyonun meydana gelmesinde

kişisel faktörler ve çevresel etmenler büyük önem taşımaktadır. Stres ve depresyon rahatsızlıklarında kişiler duygu düzenleme güçlükleri yaşamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bir bireyin sosyal hayata adaptasyon sağlaması oldukça zor hale gelmektedir. Stres ve depresyon durumlarını ortaya çıkaran çeşitli hastalıklarda mevcuttur. Bu hastalıklardan en önemlisi diyabet olarak bilinmektedir. Diyabet hastalığı insülin eksikliği veya insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın protein ve yağlardan yeterince yararlanamama durumu olarak ifade edilmektedir (30).

Diyabet hastalığı devamlı olarak tıbbi tedavi ve diyet programları uygulaması gerektiren bir süreçtir. Bu durum kişinin sosyal hayatında, tedavi sürecinden kaynaklı yaşama dair adaptasyon sağlamasını gerektirmektedir. Diyabet hastalığı yaşadığımız dönemin en önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun kaynakları global diyabet prevalansının %8,3 olduğunu rapor etmiştir. Yapılan çalışmalar diyabet hastalığına yakalanma durumunun, beslenme bozuklukları, çevresel etmenler ve genetik kaynaklı olduğunu belirtmektedir. Türkiye diyabet epidemiyolojisi araştırmalarına göre; 12 yıl içerisinde Türkiye'de diyabet görülme sıklığı %90 oranında artış göstermiştir. Bu hastalık kişinin psikolojik ya da sosyal adaptasyon sürecinde problemler yaşamasına neden olmaktadır (31).

Diyabet organik sonuçlarının yanı sıra psikososyal ve psikiyatrik boyutları olan bir hastalıktır. Diyabeti olan kişiler cinsellik, fiziksel, sosyal ve duygusal birçok problem ile mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle diyabet hastalığı ile mücadelede diyetisyenlerin yanı sıra, psikiyatri doktorlarının da yardımı söz konusudur. Diyabet hastası olan bir kişide, diğer kronik hastalıklarda da olduğu gibi psikiyatrik hastalık belirtileri ve semptomların görülme sıklıkları oldukça fazladır. Bu semptomlar kişinin sosyal yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabet hastalığına bağlı kişinin devamlı olarak egzersiz yapması, kendisini yorgun hissetmesi, ani şeker atakları geçirmesi ve obeziteye karşı çeşitli diyet listeleri uygulaması, kişide yetersizlik algısının oluşmasına neden olmaktadır. Diyabet hastalığının ilerleyen safhalarında kişide sosyal hayata adaptasyon problemlerine bağlı olarak yalnızlık algısının da geliştiği yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen veriler arasındadır (32).

Diyabet hastalığında en sık rastlanan sorunlar depresyon ve stres bozuklukları olarak görülmektedir. Yapılan incelemelerde diyabeti olan hastaların yaşam boyu depresyon yaygınlık oranlarının %14 ile %32 arasında olduğu görülmüştür. Bu oran

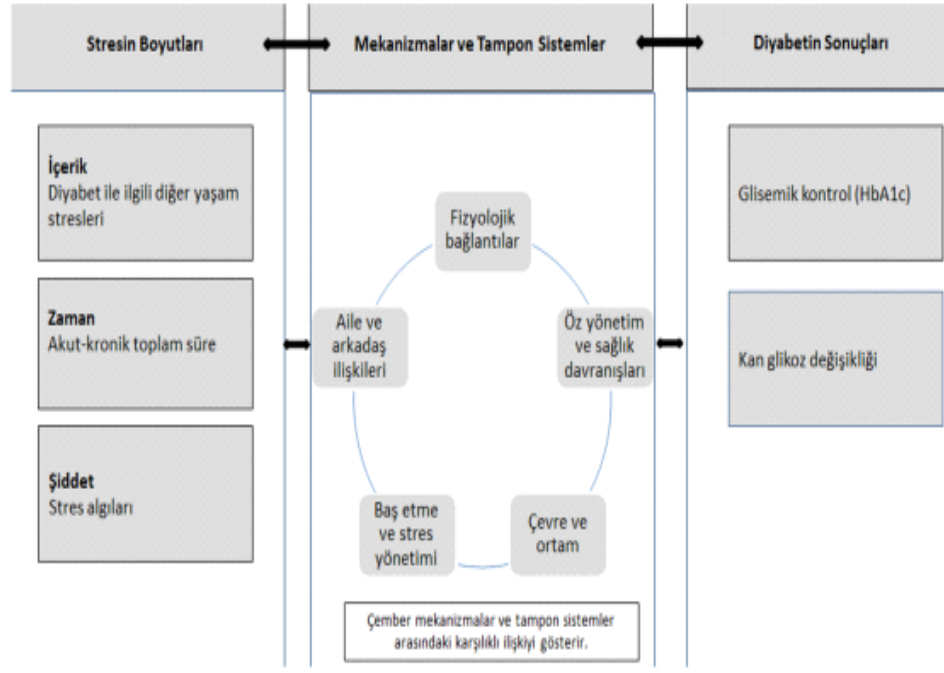
diyabetli hastalara göre oldukça yüksek bir oran olarak ifade edilmektedir. Tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve stres bozukluğunun görülmesindeki artışla beraber hastanın tedaviye olan cevabı hastanın, hastalık ile olan uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabeti olan bir hasta kendisini diğer insanlardan farklı olarak görmekte ve bazı konularda kendisini yetersiz hissetmektedir. Bazı diyabetli hastalar ise diyabetin meydana getirmiş olduğu semptomlara bağlı olarak stres atakları yaşamaktadır. Kan şekeri düzeyi doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilemektedir. Bu nedenle kişide çeşitli psikiyatrik sorunlar meydana getirmektedir. Günümüzde diyabetli hastalar ile ilgili tedavi rehberlerinde kişinin diyabet tedavisinin yanı sıra psikiyatrik yardımda alması gerektiği önerilmektedir (33).

Diyabet tedavisinin olumlu bir şekilde ilerlemesi için kişinin psikolojik durumunun iyi olması gerekmektedir. Aynı zamanda kişinin hastalığı kabullenmesi ve buna uyumlu bir şekilde yaşam standartlarını oluşturması hastalıkla mücadele noktasında oldukça önemli bir kriterdir. Diyabet hastalığı, devamlı olarak takip ve kontrol gerektiren bir hastalıktır. Diyabetin olumlu bir şekilde tedavi edilebilmesi için düzenli egzersiz, doğru beslenme ve devamlı kontrol edilen bir ruh sağlığı olması gerekmektedir. Diyabetin iyi yönetilememesi durumunda çeşitli komplikasyonlar meydana gelmektedir. Yapılan çoğu araştırmada stres bozuklukları ve depresyon oranlarının diyabetli hastalarda görülme sıklıklarının oldukça yüksek olduğu rapor edilmektedir (34).

Diyabet hastası olan bir kişinin veya sağlıklı bir bireyin depresif duygu durumu, kilo artışı, kilo kaybı ya da iştah kaybı, yorgunluk, enerji kaybı, ölüm düşünceleri, aşırı suçluluk hissi, ilgi kaybı, uykusuzluk gibi semptomları göstermesi depresyona yakalanmış olduğunu göstermektedir. Depresyonla birlikte kişide çeşitli beslenme bozuklukları, alkol ve yabancı madde kullanımı anksiyete bozukluğu gibi durumlar gelişebilmektedir. Diyabetli hastalarda stres bozuklukları ve depresyon gelişimine bağlı doktorun önerilerine uymama, düzenli bir şekilde egzersiz yapmama ve ilaçları düzenli kullanmama gibi davranışlar meydana gelmektedir. Bu uyumsuzluğun temel sebebi depresyona bağlı olarak gelecek ile ilgili olumsuz düşüncelerdir. Diyabet tedavisinde bireysel diyabet eğitimi, psikolojik ve tıbbi bakım, tıbbi izleme gibi tedavi bileşenleri oldukça etkilidir. Diyabette ilaç tedavisinin yanı sıra stres yönetim terapileri, stresle baş etme becerilerini artırma eğitimleri ve bilişsel davranışçı terapi uygulama yöntemleri önerilmektedir (35).

Tip 2 diyabet, organizma üzerinde birçok sistemi duygusal, ruhsal, sosyal ve psikoseksüel açıdan olumsuz yönde etkileyen hastalıklardan birisidir. Bu nedenle Tip 2 diyabetin tedavisinde psikiyatrik tedavi yöntemlerinden yardım alınması gerekmektedir. Diyabetin meydana getirdiği komplikasyonlara bağlı stres bozuklukları ve depresyon oluşabildiği gibi psikolojik zorlanmalar ve emosyonel gerginliklere bağlı olarak da diyabet hastalığı gelişebilmektedir. Hastalar kronik bir hastalığa sahip olduklarını kabullenmekte zorlanabilir ve buna bağlı olarak adaptasyon sorunları gelişebilmektedir. Hastalık semptomlarının yanında uygulanan tedavilerin meydana getirmiş olduğu gelecek kaygısı, hastanın kendi başına yetemeyecek düşüncesi, başkalarına bağımlı olma düşüncesi sosyal, fiziksel ve bilişsel yaşamında olumsuz davranışların gelişmesine neden olmaktadır (36).

Anksiyete gelişimi ile ilgili epinefrin salgısının uyarıldığı ve bunun da insülin etkisini azalttığı bilinen bir durumdur. Stres bozukluğu yaşayan bir kişide serbest yağ asitleri, kan şekeri ve kortizol oranlarının arttığı ve tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri regülasyonu sağlanamayan hastalarda depresyon ve stres bozuklukları görüldüğü rapor edilmektedir (37). Aşağıdaki şemada glisemik kontrol ilişkisi ile birlikte stres boyutları verilmiştir (Şema 6).



Şema 6. Glisemik Kontrol İlişkisi İle Birlikte Stres Boyutları (37)

Danese A, Moffitt T, Harrington H, Milne B, Polanczyk G, Pariante CM, Poulton R, Caspi A. "Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2009, 163(12): 1135-1143.

Depresyon ve stres bozuklukları Tip 1 ve Tip 2 diyabette her 4 hastadan en az birisini etkisi altına almaktadır. Bu sebeple özellikle fazla kilolu olan Tip 1 yada Tip 2 diyabet hastalarının, gestasyonel diyabet ve doğum sonrası diyabet de dahil olmak üzere yüksek depresyon belirtileri için tıbbi gözlem altına alınması gerekmektedir. Diyabetli hastalarda depresyon ve stres bozukluğunun tanısı ve hastalığa bağlı somatik bulgular ile psiko fizyolojik bozuklukların ayırt edilmesi oldukça önemlidir. Hasta kendisini iyi hissetmiyorsa, gündelik hayatındaki işlevselliğe bir problem varsa ilgi alanlarında azalma durumu söz konusuysa depresyondan bahsedilebilir. Literatür incelemelerinde diyabeti olan hastalarda majör depresyon prevalansının oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da metabolik kontrolü iyi yapılmayan olgularda majör depresyon görülme oranlarının daha sık olduğu rapor edilmiştir. Diyabette psikiyatrik değerlendirme endikasyonları aşağıda maddeler halinde verilmiştir (37);

- Depresif duygu durumu davranışları,

- Yeme bozukluğuna bağlı düşük beden kitle indeksi,
- İnsülin korkusu ya da iğne fobisine bağlı insülin tedavisini reddetme,
- Devamlı suboptimal kontrol,
- Tekrarlayan hipoglisemi,
- Tedavi için hastaneye yatmayı reddetme şeklinde ifade edilmektedir.

2.6.4. Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi

Sağlıklı yaşam ve sağlık, tüm bireylerin temel hakkıdır. Aynı zamanda sağlıklı yaşam refah seviyesi yüksek bir yaşam olarak da tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi kişinin yaşam süresi boyunca nitelik açısından istendik ve yeterli düzeyde olmasını hedefleyen uygulamalar ve yaklaşımlar bütünüdür. Yaşam kalitesi kişilerin, hayattaki hedeflerine, beklentilerine, ilgi alanlarına ve kendilerinin yaşam içerisindeki algılama biçimlerine etki etmektedir. Yaşam kalitesi kişinin hayatını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesinin olumlu veya olumsuz yönde değerlendirilmesi, kişinin sosyal hayatı içerisinde biyolojik, toplumsal, ruhsal ve manevi unsurlar ile birlikte yaşamın gidişatı ile ilgilidir (38).

Yaşam kalitesi öznel ve nesnel göstergeler altında incelenmektedir. Nesnel göstergeler hastalık belirtileri, sağlık durumu, fiziksel hareketler, işlevsel yetersizlikler, duygusal ya da ruhsal yönden güçlük çekme gibi konuları içermektedir. Öznel göstergeler ise duygusal ve ruhsal yönden iyilik halini ve yaşam doyumunu ifade etmektedir. Klinik uygulamaların bir parçası olan yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi için, kişinin sağlık ve hastalık ile ilgili gelişimlerinin değerlendirilmesi, hastalık etmenlerinin incelenmesi gerekmektedir. Diyabet hastalığı, çoğu kişinin sosyal hayatını, üretkenliğini, günlük yaşam aktivitelerini ve işlevselliğini sınırlandırmaktadır. Yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen kronik hastalıkları olan kişilerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Diyabet de bir kronik hastalıktır. Bu nedenle diyabet tanısının konulduğu ilk günden itibaren diyabet hastalarının sıkı bir tedavi süreci içerisinde takip edilmesi gerekmektedir. Dünyada salgın epidemisi olarak ifade edilen diyabet hastalığının toplumsal ve bireysel olarak insan sağlığını bozduğu düşünülmektedir (39).

Tip 2 diyabet hastalığı, insan yaşamını olumsuz etkileyerek kişide anksiyete, depresyon ve stres bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tip 2 diyabet hastaları ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde kötü

yaşam kalitesinin depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Diyabette yaşam kalitesinin yükseltilmesi bir hedef içerisinde. Çünkü kişinin diyabet hastalığı ile mücadele edebilmesi için duygu durumunun oldukça pozitif olması gerekmektedir. Diyabet tedavisi ile ilgili olarak temel amaçlardan birisi yaşam kalitesini arttırarak ömrü uzatmak olarak belirlenmiştir. Diyabet hastalarında azalmış konsantrasyon ve enerji, artan değersizlik duygusu, yalnızlık algısı, ilgi ve zevk kaybı, umutsuzluk duyguları gibi depresyon belirtileri hastalar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında diyabet ile mücadelede hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik tedavi ve beslenme diyet programları oluşturulmaktadır (40).

Herhangi bir insanın yaşamını olumlu yönde etkileyen en önemli faktörlerden birisi yaşam kalitesi olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi kişinin sosyal, psikolojik, fonksiyonel ve ruhsal alandaki sağlığı ile paralellik göstermektedir. Sağlığın yalnızca hasta olunmaması olarak tanımlanamayacağı gibi yaşam kalitesi de yalnızca hastalık ile ilgili şikâyetlerin olmaması olarak ifade edilemez (41).

Yaşam kalitesi kelime anlamı olarak çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Yaşam kalitesi, kişinin sosyal, fiziksel ve ruhsal yaşantısı üzerinde etkili olması açısından oldukça önemlidir. Günümüzde insanlar yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik ekonomik ve sosyal açıdan faaliyetler gerçekleştirmektedirler. Hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlıklı olma yolunda yapılan tüm etkinlikler yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedefidir. Kişinin iyi bir kariyer yapması, iyi bir evlilik yapması, sosyo ekonomik durumunun iyi olması ve sağlıklı olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Yaşam kalitesi, bireyin çevresinden, inançlarından, psikolojik durumundan etkilenmektedir. Kişide meydana gelen hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı hastalıklar yaşam boyu tıbbi tedavi ve izleme gerektirmektedir. Bu hastalıklarla birlikte kişinin yaşam boyu tıbbi tedaviye ve izlemeye adaptasyon sağlaması gerekmektedir (42).

Yaşam boyu devam eden kronik hastalıkların meydana getirdiği komplikasyonlar ve devamlı olarak hastalığa adaptasyon sağlama gerekliliği kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir. Bunun temel sebebi; kişinin olumsuz duygu durumu geliştirmesi ve hastalığın komplikasyonları ile mücadele etme eksikliğidir. Dünya üzerindeki tüm kişiler için temel olan şey kişisel ihtiyaçlarını karşılama, işe gidebilme, sosyal yeri sağlayabilme gibi fonksiyonlardır. Bu fonksiyonlarda herhangi bir gerileme

veya eksiklik olması durumunda hastalarda stres ve depresyon durumlarının meydana geldiği görülmektedir. Stres ve depresyon rahatsızlıkları kişinin yaşam kalitesini negatif olarak etkilemektedir. Diyabet hastalığı da kişinin yaşam kalitesi üzerine olumsuz yönde etki eden hastalıklardan birisidir. Diyabet komplikasyonları kişinin diyabete olan uyumunu ve diyabetle mücadele edebilme kapasitesini zorlamaktadır (43).

Tip 2 diyabette ve diğer diyabet türlerinde yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden birisi diyabete bağlı gelişen vasküler ve vasküler uzun dönem komplikasyonlarının varlığı olarak ifade edilmektedir. Tip 2 diyabet komplikasyonları ile karşılaşan kişiler bu komplikasyonların bir ömür boyu devam edeceğini, ilaç kullanma durumunu ve başka birisine bağımlı bir şekilde yaşayacağı düşüncesi ile stres ve benzeri rahatsızlıklara yakalanmaktadırlar. Diyabeti olan hastalara bireysel diyabet eğitimi, ve psikiyatri desteği ile birlikte yaşam kalitesini artırıcı öneriler verilmektedir. Hastaların sağlık kurumlarında uzman doktorların ve diyabet hemşirelerinin önerilerine uymaları gerekmektedir. Aynı zamanda diyabet ile ilgili diyetisyenlerin oluşturmuş olduğu diyet formlarına bağlı bir şekilde beslenilmesi yaşam kalitesini artırıcı faktörlerden birisidir (44).

Literatür incelemelerinde diyabet hastalığında kurallara uygun bir şekilde hastalık sürecinin devam etmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği görülmüştür. Diyabet hastalığı olan bir kişinin hastalığı kabullenmesi ve hastalığa yönelik tedavi yöntemlerini uygulaması oldukça önemli bir kriterdir. Diyabet hastalığında kişinin umutlu olması ve tedaviye inançlı olması da hastalıkla mücadele noktasında önemini korumaktadır. Literatür incelemelerinde diyabet hastası olan kişilerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği rapor edilmiştir. Diyabeti olan hastaların olumsuz duygu durumları geliştirmesi başkalarına bağımlı olma düşünceleri, diyabet atakları ile mücadele noktasında kendilerini zayıf ve yalnız hissetmeleri, yetersizlik algısı gibi duygu ve davranışları geliştirdikleri gözlemlenmektedir. Tıbbi açıdan bu sonuçlar istenilen bir durum değildir. Bu nedenle diyabet hastası olan kişilerde verilen eğitimlerde yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çeşitli önerilerde bulunmaktadır (45).

Diyabet hastaları devamlı olarak tansiyon, kalp ve kolesterol kontrollerini gerçekleştirmelidir. Aynı zamanda diyabetik ayak riskine karşılık, düzenli ayak bakımı ve görme kusurları meydana gelmeden göz taramaları gerçekleştirmeleri gerekmektedir.

Koç ve ark. (2013) “Diyabet tanısı ile izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi” çalışmalarında, Türkiye için pilot çalışma konusunu incelemişlerdir. Çalışma kapsamında diyabet hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik 76 hastaya anket çalışması uygulanmıştır. Hastaların %39'u erkek %60'ı kadındır. Anket sonucunda diyabet hastalığının %96 oranında yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır (43).

Diyabetik ayak hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerini inceleyen Toygar ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışma kapsamında, diyabetik ayak hastalığı olan 171 hastaya diyabetik ayak ölçeği formu uygulaması yapılmıştır. Çalışmada yer alan hastaların %67'sinin erkek %84'ünün ise kadın olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde diyabetik ayak hastalarında yaşam kalitesinin orta seviyede olduğu sigara kullanımı, cinsiyet türü, alkol kullanımı ve diyabete eşlik eden diğer kronik hastalıklar bakımından anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Diyabetik ayak hastalarında uygulanan tedavi yöntemleri ve eşlik eden kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkileri olduğu gözlemlenmiştir (46).

2.6.5. Tip 2 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek

Diyabet hastalığı yaşam boyu devam eden, her yaşta kişiyi sosyal ve psikolojik olarak etkileyen geriye dönüşümsüz, kronik hasarları sebebiyle ekonomik yükü oldukça ağır olan ve öz bakım isteyen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Günümüzde diyabet hastalığı oldukça yaygın hale gelen çevresel ve kişisel faktörlere bağlı gelişme gösteren bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Diyabet hastalığı ile mücadelede kişinin sosyal çevresi, sağlık kurumundan almış olduğu hizmet ve aile ilişkileri oldukça önemlidir. Bunun temel sebebi; diyabet hastası olan bir kişinin başkasına bağımlı olma düşüncesi, umutsuzluk, kaygı, endişe, yalnızlık algısı, yetersizlik hissi gibi duygu durumları içerisinde olmasıdır. Sağlık kurumunda bulunan diyabet hekimi veya diyabet hemşiresi tedavi sürecinde vermiş olduğu eğitimler ile birlikte diyabet hastasına sosyal destek sağlamalıdır. Aynı zamanda diyabet hastalığında hastaya aile desteğinin verilmesi de psikiyatrik sorunların ortaya çıkmaması noktasında önemli bir kriterdir (47).

Aile bireylerinin hastaya hastalığı kabullendirmesi ve buna yönelik tedavi yöntemlerinde destek olması hastalık sürecinin başarılı olmasını sağlayacaktır. Diyabet

hastalığında öz bakım da oldukça önemli bir faktördür. Öz bakımı sağlamada kişilerin bireysel olarak iyilik hallerini ve sağlıklarını korumak için kendi üzerine düşenleri yapmaları gerekmektedir. Diyabet hastalarının kronik hastalıkları ile ilgili olarak oluşan kaygı ve endişe durumlarına bağlı depresyon ve stres bozuklukları gibi ruhsal hastalıkları ile birlikte öz bakım yeterliklerini de oldukça geliştirmeleri gerekmektedir. Bu noktada Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet veren sağlık kurumları ve sosyal destek algısı oldukça önemli bir yer oluşturmaktadır. Diyabetli hastaların sosyal hayattan kopmadan yaşam faaliyetlerine devam etmeleri aynı zamanda diyabet tedavi sürecini kurallara uygun bir şekilde yaşamaları oldukça önemlidir. Öz bakımda temel hedef kişinin kendi sağlığı ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesidir. Diyabet hastalarının hastalığı kabul etmeleri ve hastalık ile ilgili diyetlerini ve ilaç kullanımlarını gerçekleştirmeleri öz bakım olarak değerlendirilmektedir (48).

Diyabet tanısı olan kişilerin çoğu yaşamlarının belli dönemler içerisindeki bazı evrelerini öz bakımları ile düzenlemek zorundadırlar. Diyabet hastalarının hastalıklarını kontrol altına almaları ve diyabetin meydana getirmiş olduğu komplikasyonları en az düzeye indirebilmek için hastalığa yönelik tedavi yöntemlerini geliştirmeleri gerekmektedir. Diyabet hastalarının hastalıklarının kontrol edilmesi için düzenli olarak kolesterol, tansiyon ve kalp kontrollerinin yapılması ileride meydana gelebilecek görme bozuklukları ve ayak problemlerine karşı çeşitli tarama testlerinin yapılması önerilmektedir. Diyabet hastalarının öz bakım kapsamında sigara ve alkol kullanmamaları, düzenli aralıklarla diyabet ile ilgili testlerini yaptırmaları, ömür boyu ilaç kullanmaya adaptasyon sağlamaları, diyabeti önleyici komplikasyonlara yönelik tedavi süreçlerine uyum sağlamaları gerekmektedir (49).

Diyabet kronik bir hastalık olmasının yanı sıra psikososyal ve psikiyatrik boyutları olan bir hastalıktır. Diyabet hastaları diyabet atakları sırasında meydana gelen komplikasyonlara bağlı olarak stres ve endişe durumları geliştirebilmektedir. Bazı hastaların diyabet tedavi süreci içerisinde umutsuzluk ve kaygı durumları yaşadığı bilinmektedir. Bu durum diyabetin tedavi edilmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun temel sebebi; yeterince ailesinden veya sağlık kurumlarından sosyal destek alamayan hastalarda ilaç kullanımının bırakılması, diyabet eğitim programının dışına çıkılması, sigara ve alkol kullanımı, depresyon gelişimi gibi durumlardır. Bu hastalar için aileleri tarafından yanında olduklarını bilmek onlara diyabet tedavisinde cesaret

vermektedir. Aynı zamanda hastaların diyabet tedavi süreci ile ilgili umutsuzluğa kapılmasını önlemektedir. Hastanın ailesi, sosyal çevresi, arkadaşları, sağlık kurumunda tedavi aldığı hekimi ve hemşiresi tedavi sürecinin olumlu yönde devam etmesi için hastaya sosyal destek sağlamalıdır. Hemşirenin psikososyal ve psikiyatrik sorunları önleme, bu sorunlar ile ilgili bakım, eğitim ve danışmanlık gibi görevleri bulunmaktadır (50).

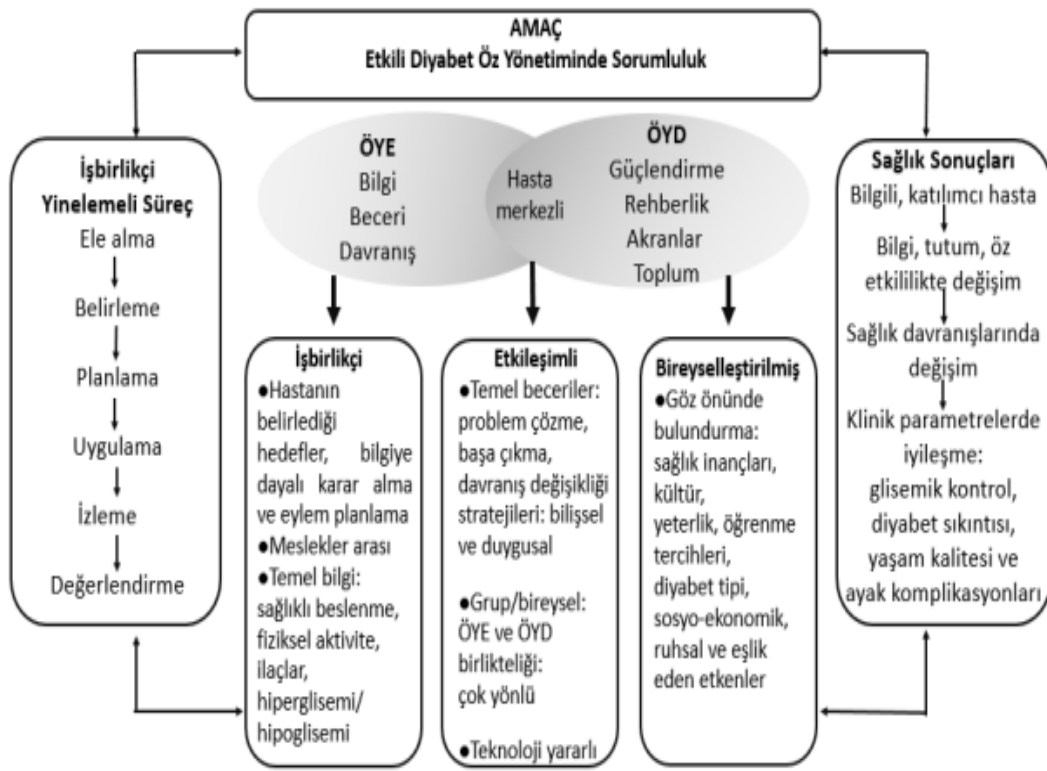
Diyabet hemşireleri, diyabet hastaları ile ilgili öz bakımın gerekli olduğunu ve çeşitli faktörlerin öz bakım üzerinde etkili olduğunu bilmektedir. Algılanan sosyal desteğin ise, hastaların diyabetle mücadele etme noktasında oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Diyabet hastalığında öz bakım büyük bir çaba gerektirmektedir. Bu nedenle diyabet hastası olan her bireyin diyabet tanısının konulmasından tedavi sürecine kadar tüm protokollerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Sosyal desteğin varlığı ile birlikte diyabet hastalığı olan bir kişide olumlu sağlık davranışları gözlemlenmektedir. Sosyal destek varlığı hastalık ile ilgili komplikasyonların meydana gelmesini engellemektedir (47).

Hastanın ailesi, arkadaşları veya sağlık kurumundaki diyabet hemşireleri tarafından verilen sosyal destek ile birlikte diyabet tedavi sürecine daha kolay adaptasyon geliştirdiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle hemşireler gözlem ve görüşme teknikleri ile öz bakım aktivitelerini arttırmalıdır. Aynı zamanda sağlık kurumlarında hasta yakınlarına diyabet hastalığı ile ilgili genel bilgi ve eğitim programları verilmelidir. Diyabet hastalığında sosyal destek algısının temel hedefi (49);

- Diyabeti olan hastanın kendi iradesi ile tedavi sürecine uyum sağlaması,
- Hastanın kendi hastalığını kabul etmesi ve hastalığı yönetme becerisinin kazandırılması,
- Hastanın bakım davranışları ile ilgili ailesinin destekte bulunması için bilgilendirilmesi,
- Hastaya diyabet ile ilgili sorun çözme kabiliyetlerinin kazandırılması,
- Kan şekeri düzeyini etkileyen stresörler ile mücadele etmek için yardım edilmesi şeklinde ifade edilmektedir.

Karakurt ve ark. (2013) çalışmalarında diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi konusunu incelemişlerdir. Çalışma

kapsamında Erzincan Devlet Hastanesi B Blok dâhiliye kliniğinden seçilen Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastalar öz bakım gücü ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği olmak üzere iki anket uygulamasına tabi tutulmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde; diyabetli hastalarda algılanan sosyal destek gücü arttıkça diyabet komplikasyonlarının azaldığı ve diyabet ile mücadele oranlarının arttığı gözlemlenmiştir. Aynı zamanda diyabetli hastaların kişisel özellikleri de göz önünde bulundurularak psikolojik ve sosyal değişikliklere adaptasyonu daha kolay hale getirmek için öz bakım ve sosyal destek davranışlarını geliştirmeye yönelik faaliyetlerin olumlu yönde olduğu gözlemlenmiştir (51).



Şema 7. Öz Bakım ve Sosyal Destek Şeması (52)

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu A, Bozdemir N, Aşıl R. "Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı", *TJFMPC*, 2020, 14(3): 479 - 491.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tip 2 diyabet hastalarında çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırmada kesitsel yöntem kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma İstanbul ilinde 2.basamak sağlık kuruluşu olan bir hastanenin dâhiliye kliniğinde yatan ya da ayakta tedavi gören hastalarla gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmıştır. Veriler Etik Kurul Onayı (Ek-1) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek-2) alındıktan sonra 1 Ocak 2021-28 Şubat 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan bir hastanedeki son bir yıl içerisinde dâhiliye kliniğine tetkik ve tedavi için başvuran 600 hasta oluşturmaktadır. Örneklem hesabı:

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

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n = 600 (1,96)^2 (0,50) (0,50) / (0,05)^2 (600-1) + (1,96)^2 (0,50) (0,50) = 234$$

n = 234 bulunmuştur.

Dâhiliye kliniğine tetkik ve tedavi için başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus tanılı, 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmayı kabul eden 240 hasta örneklem olarak alınmıştır (Ek-3).

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Hasta Bilgi Formu (Ek-4), Çok Boyutlu Diyabet Anketi (Ek-5), UCLA Yalnızlık Ölçeği (Ek-6), Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-7) kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik bilgilerini toplamak amaçlı “Hasta Bilgi Formu” kullanılmıştır (Ek-4). Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formunda araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yerleşim yeri, sosyal güvence, öğrenim durumu, düzenli gelirin var olup olmadığı, meslek, birlikte yaşadıkları kişiler, diyabet dışında başka hastalığın olup olmadığı, diyabet tanısının konulduğu yıl süresi, diyabet tanısıyla ilgili hastaneye yatışın var olup olmadığı, son bir yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatış olup olmadığı, ailede başka diyabetlinin olup olmadığı, evde kan şekeri ölçümü yapıp yapılmadığı, insülin kullanılıp kullanılmadığı, diyabet ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı, diyabetle ilgili eğitim alındıysa eğitimin kim tarafından verildiği, diyabetle ilgili alınan eğitimin yeterli olup olmadığına ilişkin kapalı ve açık uçlu 19 soru bulunmaktadır.

Çok Boyutlu Diyabet Anketi: Diyabet ile ilişkili bilişsel-sosyal faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla Talbot ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (53). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Kuzu tarafından 2009 yılında yapılmıştır (2). Ölçek yazarından e-posta ile yazılı izin alınmıştır (Ek-8). Ölçek, üç bölüm, 6 alt boyut ve 40 ifadeden oluşmaktadır (Ek-5). Bu bölümler, alt boyutları ve kodlamalar Şema 8’de özetlenmiştir:

Şema 8. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Alt Boyutları, İçerik, Kodlama (2)

Bölüm ve İçeriği	Alt Boyutları	İfade Sayısı	Kodlama
1- Genel olarak diyabetin algılanması ve sosyal destek üzerine odaklanır.	Engel Algısı	9	Hiç
	Ciddiyet Algısı	3	1-2-3-4-5-6
	Destek Algısı	11	Oldukça çok
2- Diyabetlinin eşinin (ya da onun için önemli olan bir başkasının) diyabetlinin hastalığına ilişkin özbakım aktivitelerine yönelik destekleyici ve destekleyici olmayan davranışlarının düzeyi sorgulanmaktadır.	Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar (YYDD)	4	Asla 0-1-2-3-4-5-6 Her zaman
3- Bireyin hastalığın yönetimine ilişkin özyeterlilik ve sonuç beklentisi algısı belirlenmeye çalışılmaktadır.	Özyeterlilik Algısı	7	Hiç emin değilim 0-100 Çok eminim
	Sonuç Beklentisi Algısı	6	Hiç önemli değil 0-100 Çok önemli

Kuzu CG. “Tip 2 diyabetlilerde özbakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel-sosyal faktörler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(4): 10-18.

UCLA Yalnızlık Ölçeği: Bireylerin yalnızlık düzeylerini ölçmek amacıyla Russell, Peplau ve Ferguson (1978)’ın geliştirdiği ölçeğin (54), ülkemizde Türkçe’ye uyarlanması ilk kez Yaparel (1984) (55) ve ardından Demir (1989) tarafından yapılmıştır (56). Ölçekte 10’u olumlu, 10’u olumsuz olmak üzere 20 ifade bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18 numaralı olumsuz ifadeler, 1 - Hiç, 2- Nadiren, 3- Bazen, 4- Sık sık şeklinde kodlanmış ve puanlanmıştır. 1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20 numaralı olumlu ifadeler ters kodlanmış ve puanlanmıştır (55). En yüksek puan 80, en düşük puan 20’dir (Ek-6). Puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır. Yüksek puan yalnızlığın daha yoğun yaşandığının göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca elde edilen sürekli puanlar sınıflandırılarak; 20-34 arasındaki puanlar düşük, 35-48 arasındaki puanlar orta, 49 ve üstündeki puanlar yüksek derecede yalnızlık olarak değerlendirilmektedir (22,57). Ölçek yazarından e-posta ile yazılı izin alınmıştır (Ek-9).

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Ölçek Procidano ve Heller tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (58). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği ilk olarak 1993 yılında Eskin tarafından test edilmiş (59); 2001 yılında ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Eker, Arkar ve Yıldız tarafından yeniden çalışılmıştır (3). Ölçek yazarından e-posta ile yazılı izin alınmıştır (Ek-10). Ölçek, 12 ifade ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği” ve “Özel Bir İnsan Desteği” şeklindedir ve her bir boyutta 4’er ifade yer almaktadır. İfadelerin tamamı “Kesinlikle hayır 0-1-2-3-4-5-6-7 Kesinlikle evet” şeklinde kodlanmış ve puanlanmıştır (Ek-7). Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (3). 0-11,99 arası puan ortalaması çok düşük, 12-23,99 puan ortalaması düşük, 24-35,99 arası puan ortalaması orta, 36-47,99 arası puan ortalaması yüksek ve 48-60 arası puan ortalaması çok yüksek sosyal destek algısı olarak yorumlanmıştır. 0-3,99 arası puan ortalaması çok düşük, 4-7,99 puan ortalaması düşük, 8-11,99 arası puan ortalaması orta, 12-15,99 arası puan ortalaması yüksek ve 16-20 arası puan ortalaması çok yüksek aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği algısı olarak yorumlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Yalnızlık ve Algılanan sosyal destek (Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği),

Bağımsız değişkenler: Çok boyutlu diyabet (Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, Yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı), Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkla ilgili bilgi, deneyim ve sosyodemografik özellikleri.

3.6. Verilerin Analizi

Anket ve ölçekler aracılığıyla elde edilen veriler IBM SPSS 24.0 istatistikî analiz programıyla analize tabi tutulmuştur. Araştırmada kullanılan, çok boyutlu diyabet anketi, yalnızlık ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeğiyle ilgili olarak geçerlilik ve güvenirlik analizleri yanında araştırmada kullanılacak testleri belirlemek amaçlı normallik analizleri yapılmıştır.

Araştırmada yer alan ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlikleri Cronbach Alfa katsayısı yardımıyla ölçülmüştür. Cronbach Alfa katsayısı; “ölçekte yer alan madde/ifadenin (k) varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir

ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır” (60). Cronbach Alfa değeri; 0,00-0,40 arasında ise ölçek güvenilir değildir, 0,40-0,60 arasındaysa ölçek düşük güvenilirliktedir, 0,60-0,80 arasındaysa ölçek oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 arasındaysa ölçek yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (61). Pallant (2010)’a göre araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilir kabul edilebilmesi için Cronbach alfa değerinin en az 0,70 (tercihen en az 0,80) olması gerekmektedir (62). Araştırmada yer alan ölçekler ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ilişkin ölçülen Cronbach Alfa değerleri Şema 9’da görüldüğü gibi ölçülmüştür.

Şema 9. Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayıları (61)

Ölçek	Madde sayısı	Katsayı
Çok Boyutlu Diyabet Anketi	40	0,922
- Engel algısı	9	0,938
- Ciddiyet algısı	3	0,907
- Destek algısı	11	0,953
- Yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar (YYDD)	4	0,935
- Özyeterlilik algısı	7	0,900
- Sonuç beklentisi algısı	6	0,952
UCLA Yalnızlık Ölçeği	20	0,839
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	12	0,960
- Aile desteği	4	0,874
- Arkadaş desteği	4	0,890
- Özel bir insan desteği	4	0,891

Özdamar K. “*Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi II*”, Kaan Yayınları, Eskişehir, 2004.

Şema 9’daki bulgulara göre; referans değerler dikkate alındığında (61,62) araştırmada kullanılan tüm ölçeklerde ve alt boyutlarında ölçekler güvenilir bulunmuştur. Araştırmada kullanılacak parametrik ve nonparametrik testlerin belirlenmesi amacıyla Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermesi halinde parametrik testler normal dağılım göstermemesi halinde nonparametrik testler kullanılır (63,64). Shapiro-Wilk normallik testi sonuçlarına göre verilerin normal dağılım göstermedikleri belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen iki gruplu değişkenlere nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi, üç ya da daha fazla gruplu değişkenlere Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucu farklılık bulunan değişkenlere Post Hoc testlerinden Dunn’s testi uygulanmıştır. Yalnızlık ve sosyal destek algısı arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi, Tip 2 diyabetin yalnızlık ve sosyal destek algısına etkisiyle ilgili olarak regresyon analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır:

1. Araştırmaya gönüllü katılan Tip 2 diyabetli hastaların sosyodemografik özellikleri nelerdir?
2. Tip 2 diyabet hastalarında yalnızlık düzeyi nedir?
3. Tip 2 diyabet hastalarında sosyal destek algısı ne düzeydedir?
4. Çok boyutlu diyabetin yalnızlık ve sosyal destek algısına etkisi var mıdır?
5. Yalnızlık ve sosyal destek algısı arasında ilişki var mıdır?
6. Tip 2 diyabet tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yalnızlık ve sosyal destek algı düzeylerinin puan ortalaması nedir?
7. Tip 2 diyabet tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yalnızlık ve sosyal destek algı düzeyleri arasında fark var mıdır?

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliğı

Bu araştırma 1 Ocak 2021-28 Şubat 2021 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağı 2.basamak sağlık kuruluşu olan bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın daha geniş örneklem grubu içerisinde yapılamaması genellenebilirlik açısından önemlidir.

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları anket ile sınırlı olup, objektif sonuçlar sağılamayabilir. Elde edilen sonuçlar, verilerin toplandığı tarihlerde araştırmanın yapıldığı hastaneye gelen ve gönüllü katılım gösteren hastaların yanıtları ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama öncesinde İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-1) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kurum izni (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek katılmaya davet edilmiş, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve katılım öncesinde onamları alınmıştır (Ek-3).

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarından elde edilen verilerin araştırma sorularına göre analiziyle elde edilen bulgular bu başlık altında yer almaktadır.

Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=240)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş Ort=53,10±13,91 Min=19; Mak=87	19-35	28	11,7
	36-52	89	37,1
	53-69	94	39,2
	70-87	29	12,1
Cinsiyet	Kadın	125	52,1
	Erkek	115	47,9
Medeni durum	Evli	184	76,7
	Bekâr	56	23,3
İkamet ettiği yerleşim yeri	Büyükşehir	161	67,1
	Şehir	21	8,8
	İlçe	46	19,2
	Köy	12	5,0
Sosyal güvence	Var	220	91,7
	Yok	20	8,3
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	14	5,8
	Okur-yazar	20	8,3
	İlköğretim/Ortaokul mezunu	97	40,4
	Lise mezunu	57	23,8
	Ön Lisans mezunu	13	5,4
	Lisans mezunu	29	12,1
	Yüksek Lisans/Doktora mezunu	10	4,2
Düzenli bir gelirin varlığı	Evet emekli	94	39,2
	Evet çalışıyor	76	31,7
	Hayır	68	28,3
	Diğer (1 ölüm aylığı, 1 yaşlı aylığı)	2	0,8
Meslek	Ev Hanımı	85	35,4
	İşçi	56	23,3
	Emekli	25	10,4
	Serbest	22	9,2
	Memur	11	4,6
	Diğer*	41	17,1
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşi ve çocukları ile yaşıyor	164	68,3
	Yalnız yaşıyor	27	11,3
	Ailesi ile (anne, baba, kardeş) yaşıyor	22	9,2
	Diğer**	27	11,3

***Diğer:** Kendi işyeri olan (6), Mühendis (5), Şoför (5), Hemşire (4), Öğretmen (4), Çalışmıyor (4), Çiftçi (3), Avukat (2), Mali Müşavir (2), Öğrenci (2), Mimar (1), Sağlık memuru (1), Acil Tıp Teknisyeni (1), Aşçı (1).

****Diğer:** Eşi (7), Kızı (6), Çocukları (3), Oğlu (3), Başka akrabası (3), Eşi ve annesi (1), Kızı ve oğlu (1), Babası (1), Torunu (1), Arkadaşı (1).

Tablo 1’deki bulgulara göre; araştırmaya gönüllü olarak katılan Tip 2 diyabet hastalarının %11,7’si (n=28) 19-35 yaş grubunda, %37,1’i (n=89) 36-52 yaş grubunda, %39,2’si (n=94) 53-69 yaş grubunda ve %12,1’i (n=29) 70-87 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %52,1’i (n=125) kadın ve %47,9’u (n=115) erkektir. Katılımcıların %76,7’si (n=184) evli ve %23,3’ü (n=56) bekârdır. Katılımcıların %5’i (n=12) köyde, %19,2’si (n=46) ilçede, %8,8’i şehirde (n=21) ve %67,1’i (n=161) büyükşehirde yaşamaktadır. Katılımcıların %8,3’ünün (n=20) sosyal güvencesinin olmadığı, %91,7’sinin (n=220) sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir ancak sosyal güvencesi olan kişiler sosyal güvencelerini belirtmemişlerdir. Katılımcıların %5,8’i (n=14) okur-yazar değil, %8,3’ü (n=20) okur-yazar, %40,4’ü (n=97) ilköğretim/ortaokul mezunu, %23,8’i (n=57) lise mezunu, %5,4’ü (n=13) ön lisans mezunu, %12,1’i (n=29) lisans mezunu ve %4,2’si (n=10) lisansüstü (yüksek lisans veya doktora) mezundur. Katılımcıların %39,2’si (n=94) emekli gelirine sahipken, %28,3’ünün (n=68) düzenli bir geliri bulunmamaktadır, %31,7’si (n=76) aktif çalışandır ve bundan gelir elde etmektedir. %0,8’i (n=2) diğer grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %10,4’ü (n=25) emeklidir ve mesleğini belirtmemiştir, %35,4’ü (n=85) ev hanımıdır, %23,3’ü (n=56) işçi, %4,6’sı (n=11) memur olarak çalışmaktadır. Herhangi bir meslek belirtmeyip mesleklerini serbest olarak yazanların oranı %9,2 (n=22) ve diğer grubunda yer alanların oranı %17,1 (n=41) olarak belirlenmiştir. %11,3’ü (n=27) yalnız yaşarken, %9,2’si (n=22) ailesiyle, %68,3’ü eşiyle ve çocuklarıyla, %11,3’ü (n=27) başka kişilerle (arkadaşıyla, oğluyla, kızıyla, torunuyla vs.) yaşamaktadır.

Tablo 2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=240)

Değişkenler		n	%
Diyabet dışında başka hastalık varlığı	Yok	139	57,9
	Var	101	42,1
Diyabet dışında var olan hastalıklar*	Hipertansiyon	60	51,7
	Kalp Hastalıkları (Kalp krizi ve kalp yetmezliği)	23	19,8
	Astım	8	6,9
	Hipertiroidi	7	6,0
	Anemi (Kronik dâhil)	5	4,3
	Böbrek yetmezliği	4	3,4
	KOAH	2	1,7
	Göz	2	1,7
	Karaciğer hastalığı	1	0,9
	Lenfoma	1	0,9
	Parkinson	1	0,9
	Psikoz	1	0,9
	Rahim kanseri	1	0,9
	Toplam	116	100

**Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.*

Tablo 2’deki bulgulara göre; katılımcıların %57,9’unda (n=139) diyabet dışında bir hastalık bulunmazken, %42,1’inde (n=101) diyabet dışında başka hastalıklar da bulunmaktadır. Katılımcılardan ikisi “var” cevabını işaretlemiş ancak hastalık/hastalıklarını yazmamıştır. Diyabet hastası olmakla beraber ek hastalıklarını yazanların (n=99) büyük çoğunluğunda aynı zamanda hipertansiyon bulunmaktadır ve toplam cevabın (116) %51,7’sini (60 cevap) oluşturmaktadır. Bunu kalp hastalıkları takip etmektedir ve %19,8 (23 cevap) oranındadır. %6,9’u (8 cevap) astım, %6’sı (7 cevap) hipertiroidi, %4,3’ü (5 cevap) anemi, %3,4’ü (4 cevap) böbrek yetmezliği, %1,7’si (2 cevap) göz hastalıkları, %2’si (2 cevap) KOAH, %1’er oran (1’er cevap) karaciğer hastalığı, lenfoma, parkinson, psikoz ve rahim kanseri olarak bulunmaktadır.

Tablo 3. Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Dağılımı (N=240)

Değişkenler		n	%
Kaç yıl önce diyabet tanısının konduğu	1-6 yıl	108	45,0
	7-12 yıl	62	25,8
	13-18 yıl	45	18,8
	19-24 yıl	13	5,4
	25 yıl ve üzeri	12	5,0
Diyabet tanısı konduğunda hastaneye yatırılma durumu	Hastaneye yatırılmadı	197	82,1
	Hastaneye yatırıldı	43	17,9
Son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastanede yatma durumu	Hastanede yatmadı	188	78,3
	Hastanede yattı	52	21,7

Tablo 3'deki bulgulara göre araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %45'ine (n=108) 1-6 yıl arasında, %25,8'ine (n=62) 7-12 yıl arasında, %18,8'ine (n=45) 13-18 yıl arasında, %5,4'üne (n=13) 19-24 yıl arasında ve %5'ine (n=12) 25 yıl ve daha öncesinde diyabet tanısı konulmuştur. Diyabet tanısı konulduğunda %82,1'i (n=197) hastaneye yatırılmamış, %17,9'u (n=43) hastaneye yatırılmıştır. Katılımcıların %78,3'ü (n=188) son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatmamış, %21,7'si (n=52) son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatmıştır.

Tablo 4. Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=240)

Değişkenler		n	%
Ailede başka diyabetli kişi varlığı	Yok	89	37,1
	I. derece akrabalarında	101	42,1
	II. derece akrabalarında	17	7,0
	Eşinde	33	13,8
I. derece akrabalarında N=134	Anne	55	41,0
	Baba	40	29,9
	Kardeş	31	23,1
	Çocuk	8	6,0
	Toplam	134	100
II. derece akrabalarında N=17	Dayı	5	29,41
	Teyze	4	23,53
	Amca	3	17,65
	Hala	3	17,65
	Babaanne	1	5,88
	Dede	1	5,88
	Toplam	17	100

Tablo 4'deki bulgulara göre; araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %37,1'inin (n=89) akrabalarında diyabet hastalığı bulunmazken, %42,1'inin (n=101) I. derece akrabalarında, %7'sinin (n=7) II. derece akrabalarında ve %13,8'inin (n=33) eşinde diyabet hastalığı bulunmaktadır. I. derece akrabalarında diyabet hastalığı olanların (n=101) çoğunluğunun annesinde de bu hastalık bulunmaktadır ve toplam cevabın (134) %41'ni (55 cevap) oluşturmaktadır. %29,9 (40 cevap) baba, %23,1 (31 cevap) kardeş ve %6 (8 cevap) çocuk cevabı verilmiştir. II. derece akrabalarında diyabet hastalığı olanlardan 1 kişi, bu akrabalarını yazmamıştır. Diyabet hastası II. derece akrabalarını yazanların (n=16) çoğunluğu dayı cevabını vermiştir ve %29,41 (5 cevap) oranındadır. Teyze cevabı %23,53 (4 cevap) oranındayken, amca ve teyze cevabı %17,65 (3'er cevap) eşit oranda ve sayıdadır. Babaanne ve dede cevabı %5,88 (1'er cevap) eşit oranda ve sayıdadır.

Tablo 5. Bireylerin Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=240)

Değişkenler		n	%
Evde kan şekeri ölçümü yapma sıklığı	Ölçüm yapmıyor	81	33,8
	Sabah ve akşam	51	21,2
	Günlük	64	26,7
	Haftalık	44	18,3
İnsülin kullanma durumu	Kullanmıyor	159	66,3
	Kullanıyor	81	33,8
Diyabetle ilgili eğitim verilme durumu	Eğitim verilmedi	108	45,0
	Eğitim verildi	132	55,0
Diyabetle ilgili eğitimin kim tarafından verildiği	Hiç verilmedi	108	45,0
	Hekim	41	17,1
	Hemşire	31	12,9
	Diyabet Hemşiresi	60	25,0
Diyabetle ilgili verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu	Yeterli değil	130	54,2
	Yeterli	110	45,8

Tablo 5'deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının %33,8'i (n=81) şeker ölçümü yapmamaktadır. %21,2'si (n=51) sabah ve akşam, %26,7'si (n=64) günlük, %18,3'ü (n=44) haftalık şeker ölçümü yapmaktadır. %66,3'ü (n=159) insülin kullanmazken, %33,8'i (n=81) insülin kullanmaktadır. %45'i (n=108) diyabetle ilgili eğitim almamış, %55'i (n=132) diyabetle ilgili eğitim almıştır. Tip 2 diyabet hastalarının %45'i (n=108) diyabetle ilgili eğitim almazken, %17,1'ine (n=41) hekim

tarafından, %12,9'una (n=31) hemşire tarafından, %25'ine (n=60) diyabet hemşiresi tarafından eğitim verilmiştir. Tip 2 diyabet hastalarının %54,2'si (n=130) eğitimden memnun kalmazken %45,8'i (n=110) eğitimden memnun kalmışlardır.

Tablo 6. Bireylerin Yalnızlık Düzeyi Puan Ortalamaları

UCLA Yalnızlık Ölçeği	n	Min	Mak	Ort	SS
Yalnızlık	240	23	75	38,54	5,85

Tablo 6'daki bulgulara göre; araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyi puan ortalamaları $38,54 \pm 5,85$ olarak belirlenmiştir. Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyleri orta seviyededir.

Tablo 7. Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları	n	Min.	Mak.	Ort	SS
Algılanan Sosyal Destek	240	12	60	46,09	11,76
- Aile desteği	240	4	20	15,48	4,10
- Arkadaş desteği	240	4	20	15,25	4,10
- Özel bir insan desteği	240	4	20	15,37	3,98

Tablo 7'deki bulgulara göre; araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının Algılanan sosyal destek genel puan ortalaması $46,9 \pm 11,76$; Aile desteği alt boyutu puan ortalaması $15,48 \pm 4,10$; Arkadaş desteği alt boyutu puan ortalaması $15,25 \pm 4,10$ ve Özel bir insan desteği alt boyutu puan ortalaması $15,37 \pm 3,98$ olarak ölçülmüştür. Tip 2 diyabet hastalarının Sosyal destek algısı, Aile desteği algısı, Arkadaş desteği algısı ve Özel bir insan desteği algısı yüksektir.

Tablo 8. Çok Boyutlu Diyabet İle Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutları		Yalnızlık	Algılanan sosyal destek	Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel bir insan desteği
Çok Boyutlu Diyabet	r	-0,163*	0,302**	0,313**	0,281**	0,280**
	p	0,011	0,001	0,001	0,001	0,001
Engel algısı	r	0,055	0,059	0,055	0,048	0,069
	p	0,395	0,359	0,395	0,455	0,288
Ciddiyet algısı	r	-0,084	0,168**	0,188**	0,142*	0,156*
	p	0,195	0,009	0,003	0,028	0,016
Destek algısı	r	-0,157*	0,312**	0,333**	0,289**	0,280**
	p	0,015	0,001	0,001	0,001	0,001
YYDD	r	0,123	-0,094	-0,128*	-0,080	-0,063
	p	0,057	0,148	0,048	0,218	0,333
Özyeterlilik algısı	r	-0,203**	0,193**	0,177**	0,206**	0,175**
	p	0,002	0,003	0,006	0,001	0,007
Sonuç beklentisi algısı	r	-0,253**	0,302**	0,340**	0,268**	0,267**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
** p<0,01						
* p<0,05						

Çok boyutlu diyabet ile Yalnızlık ve Algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere korelasyon analizi yapılmıştır. Pearson korelasyon analiziyle elde edilen katsayılar; değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü gösterir. Bu katsayı (r) -1 ile +1 arasında değişiklik gösterebilir. -1 katsayı mükemmel negatif ilişkiyi, +1 katsayı mükemmel pozitif ilişkiyi gösterirken, 0 olması ilişki olmadığını gösterir. Katsayının pozitif olması bir değişkende artış meydana geldiğinde diğerinin de arttığını, negatif olması bir değişkende artış olduğunda diğerinin azaldığını ya da bir değişkende azalış olduğunda diğerinin arttığını göstermektedir. Korelasyon sebep-sonuç ilişkisini ifade etmez (62). Değişkenler arasındaki ilişkinin gücünün belirlenmesinde ilişkinin yönünün pozitif ya da negatif olması dikkate alınmaksızın; 0,01-0,29 arası katsayı düşük, 0,30-0,69 arası katsayı orta, 0,70-1,00 arasındaki katsayıysa değişkenler arasındaki ilişkinin gücünün yüksek olduğunu göstermektedir (65). Çok boyutlu diyabet ile

Yalnızlık ve Algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyle ilgili olarak elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 8’de görüldüğü gibidir.

Çok boyutlu diyabet ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = -0,163$; $p = 0,011$) bulunmaktadır. Çok boyutlu diyabet ile Algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,302$; $p = 0,001$) olduğu belirlenmiştir. Çok boyutlu diyabet ile Algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Aile desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,313$; $p = 0,001$; Arkadaş desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,281$; $p = 0,001$); Özel bir insan desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,280$; $p = 0,001$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Çok boyutlu diyabet alt boyutu olan Ciddiyet algısı ile Algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,168$; $p = 0,009$) bulunmaktadır. Ciddiyet algısı ile Algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Aile desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,188$; $p = 0,003$); Arkadaş desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,142$; $p = 0,028$); Özel bir insan desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,156$; $p = 0,016$) olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu diyabet alt boyutu olan Destek algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = -0,157$; $p = 0,015$); Destek algısı ile Algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,312$; $p = 0,001$) bulunmuştur. Destek algısı ile Algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Aile desteği ile pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,333$; $p = 0,001$); Arkadaş desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,289$; $p = 0,001$); Özel bir insan desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = 0,280$; $p = 0,001$) bulunduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu diyabet alt boyutu olan Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar ile Algılanan sosyal destek alt boyutu olan Aile desteği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = -0,128$; $p = 0,048$) bulunmuştur.

Çok boyutlu diyabet alt boyutu olan Özyeterlilik algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r = -0,203$; $p = 0,002$); Özyeterlilik algısı ile Algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r =$

0,193; $p= 0,003$) bulunmuştur. Özyeterlilik algısı ile Algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Aile desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,177$; $p= 0,006$); Arkadaş desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,206$; $p= 0,001$); Özel bir insan desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,175$; $p= 0,007$) olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu diyabet alt boyutu olan Sonuç beklentisi algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= -0,253$; $p= 0,001$); Sonuç beklentisi algısı ile Algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,302$; $p= 0,001$) bulunmuştur. Sonuç beklentisi algısı ile Algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Aile desteği ile pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,340$; $p= 0,001$); Arkadaş desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,268$; $p= 0,001$); Özel bir insan desteği ile pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki ($r= 0,267$; $p= 0,001$) olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu diyabet alt boyutları incelendiğinde; Engel algısı, Ciddiyet algısı ve Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar ile Yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Engel algısı ve Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar ile Algılanan sosyal destek, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Engel algısı ile Arkadaş desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Aralarında ilişki bulunan değişkenlerin birbirlerini etkileme düzeylerini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmayla elde edilen verilerin normal dağılım göstermesi, değişkenler arasında korelasyonun varlığı, regresyon analizi yapılabileceğini gösterir (66). Ayrıca; regresyon analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün değişken sayısının tercihen 10 katı ya da daha fazla olması beklenmektedir (65). Regresyon analizi için gereken şartlar sağlandığından, Çok boyutlu diyabetin Yalnızlık ve Algılanan sosyal destek düzeyine etkisini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizi bulguları tablolar halinde aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 9. Çok Boyutlu Diyabetin Yalnızlığa Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

ÇBDA ve alt boyutları	B	SH	β	t	p
(Sabit)	45,959	2,539		18,099	0,001
Engel algısı	0,127	0,082	0,112	1,546	0,123
Ciddiyet algısı	0,060	0,260	0,018	0,231	0,817
Destek algısı	-0,036	0,063	-0,041	-0,568	0,570
YYDD	0,285	0,188	0,104	1,515	0,131
Özyeterlilik algısı	-0,273	0,102	-0,181	-2,676	0,008*
Sonuç beklentisi algısı	-0,363	0,128	-0,213	-2,839	0,005*
Bağımlı değişken: Yalnızlık					
R= 0,338	Düzeltilmiş R ² = 0,114	F= 5,018	p= 0,001		

Tablo 9'daki bulgulara göre; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Yalnızlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=5,018$; $p=0,001$). Bu değişkenler birlikte Yalnızlığın %33,8'ini (Düzeltilmiş $R^2= 0,092$) açıklamaktadır. Diğer bir deyişle Çok boyutlu diyabet, Yalnızlık düzeyi üzerinde %33,8 oranında etkilidir. Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD'nin Yalnızlık üzerinde tek başına anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının Özyeterlilik algıları Yalnızlığı negatif yönlü ($\beta= -0,173$), anlamlı ($p= 0,008$) ve %2,99 oranında ($rp^2= -0,170$) etkilemektedir, Tip 2 diyabet hastalarının Özyeterlilik algıları arttıkça Yalnızlık düzeyleri azalmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının Sonuç beklentisi algıları Yalnızlığı negatif yönlü ($\beta= -0,213$), anlamlı ($p= 0,005$) ve %3,35 oranında ($rp^2= -0,183$) etkilemektedir, Tip 2 diyabet hastalarının Sonuç beklentisi algıları arttıkça Yalnızlık düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 10. Çok Boyutlu Diyabetin Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları

ÇBDA ve alt boyutları	B	SH	β	t	p
(Sabit)	32,215	2,942		10,950	0,001
Engel algısı	-0,058	0,095	-0,044	-0,613	0,540
Ciddiyet algısı	0,035	0,302	0,009	0,116	0,908
Destek algısı	0,215	0,073	0,207	2,952	0,003*
YYDD	-0,161	0,218	-0,050	-0,739	0,460
Özyeterlilik algısı	0,183	0,118	0,103	1,550	0,122
Sonuç beklentisi algısı	0,392	0,148	0,195	2,648	0,009*
Bağımlı değişken: Algılanan sosyal destek					
R= 0,383	Düzeltilmiş R ² = 0,125	F= 6,682	p= 0,001		

Tablo 10'daki bulgulara göre; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Algılanan sosyal destek üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=6,682$; $p=0,001$). Bu değişkenler birlikte Algılanan sosyal desteğin %38,3'ünü (Düzeltilmiş $R^2=0,125$) açıklamaktadır. Diğer bir deyişle Çok boyutlu diyabet, Algılanan sosyal destek üzerinde %38,3 oranında etkilidir. Tip 2 diyabet hastalarının Engel algısı, Ciddiyet algısı, YYDD, Özyeterlilik algısının tek başına Algılanan sosyal destek üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının Destek algısı Algılanan sosyal desteği pozitif yönlü ($\beta= 0,207$), anlamlı ($p= 0,003$) ve %3,61 oranında ($rp^2= 0,190$) etkilemektedir. Tip 2 diyabet hastalarında Destek algısı arttıkça Algılanan sosyal destek de karşılıklı artmaktadır ya da hastaların Destek algısı azaldıkça Sosyal destek algıları da azalmaktadır.

ÇBDA Sonuç beklentisi algısı Algılanan sosyal desteği pozitif yönlü ($\beta= 0,195$), anlamlı ($p= 0,009$) ve %2,92 oranında ($rp^2= 0,171$) etkilemektedir. Tip 2 diyabet hastalarının Sonuç beklentisi algısı arttıkça Sosyal destek algıları da artmaktadır ya da Sonuç beklentisi algıları azaldıkça Sosyal destek algıları da azalmaktadır.

Tablo 11. Çok Boyutlu Diyabetin Aile Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları

ÇBDA ve alt boyutları	B	SH	β	t	p
(Sabit)	10,349	1,010		10,249	0,001
Engel algısı	-0,022	0,033	-0,047	-0,681	0,497
Ciddiyet algısı	0,008	0,103	0,006	0,082	0,935
Destek algısı	0,079	0,025	0,218	3,157	0,002*
YYDD	-0,083	0,075	-0,073	-1,108	0,269
Özyeterlilik algısı	0,050	0,041	0,080	1,224	0,222
Sonuç beklentisi algısı	0,164	0,051	0,234	3,236	0,001*
Bağımlı değişken: Aile desteği					
R= 0,418	Düzeltilmiş $R^2 = 0,153$	F= 8,203	p= 0,001		

Tablo 11’deki bulgulara göre; ÇBDA Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Aile desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=8,203$; $p= 0,001$). Bu değişkenler birlikte Aile desteği algısının %41,8’ini (Düzeltilmiş $R^2= 0,153$) açıklamaktadır, diğer bir deyişle Aile desteği algısı üzerinde %41,8 oranında etkilidir.

ÇBDA Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, Özyeterliliğin tek başına Aile desteği algısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Destek algısı Aile desteğini pozitif yönlü ($\beta= 0,207$), anlamlı ($p= 0,003$) ve %4,10 oranında ($rp^2= 0,203$) etkilemektedir, yani Destek algısı arttıkça Aile desteği algısı da artmaktadır. ÇBDA Sonuç beklentisi algısı Aile desteği algısını pozitif yönlü ($\beta= 0,234$), anlamlı ($p= 0,001$) ve %4,30 oranında ($rp^2= 0,207$) etkilemektedir, yani Sonuç beklentisi algısı arttıkça Aile desteği algısı da artmaktadır.

Tablo 12. Çok Boyutlu Diyabetin Arkadaş Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları

ÇBDA ve alt boyutları	B	SH	β	t	p
(Sabit)	10,839	1,036		10,460	0,001
Engel algısı	-0,023	0,034	-0,048	-0,674	0,501
Ciddiyet algısı	0,005	0,106	0,003	0,044	0,965
Destek algısı	0,070	0,026	0,193	2,729	0,007*
YYDD	-0,052	0,077	-0,046	-0,671	0,503
Özyeterlilik algısı	0,080	0,042	0,128	1,913	0,057
Sonuç beklentisi algısı	0,114	0,052	0,163	2,195	0,029*
Bağımlı değişken: Arkadaş desteği					
R= 0,358	Düzeltilmiş $R^2 = 0,105$	F= 5,695		p= 0,001	

Tablo 12’deki bulgulara göre; ÇBDA Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Arkadaş desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=5,695$; $p= 0,001$). Bu değişkenler birlikte Arkadaş desteği algısının %35,8’ini (Düzeltilmiş $R^2= 0,105$) açıklamaktadır, diğer bir deyişle Arkadaş desteği algısı üzerinde %35,8 oranında etkilidir. Engel algısı, Ciddiyet algısı, YYDD, Özyeterliliğin tek başına Arkadaş desteği algısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Destek algısı Arkadaş desteğini pozitif yönlü ($\beta= 0,193$), anlamlı ($p= 0,007$) ve %3,10 oranında ($rp^2= 0,176$) etkilemektedir, yani Destek algısı arttıkça Arkadaş desteği algısı da artmaktadır. ÇBDA Sonuç beklentisi algısı Arkadaş desteği algısını pozitif yönlü ($\beta= 0,163$), anlamlı ($p= 0,029$) ve %2 oranında ($rp^2= 0,142$) etkilemektedir, Sonuç beklentisi algısı arttıkça Arkadaş desteği algısı da artmaktadır.

Tablo 13. Çok Boyutlu Diyabetin Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutuna Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları

ÇBDA ve alt boyutları	B	SH	β	t	p
(Sabit)	11,027	1,014		10,873	0,001
Engel algısı	-0,014	0,033	-0,030	-0,413	0,680
Ciddiyet algısı	0,022	0,104	0,016	0,210	0,834
Destek algısı	0,066	0,025	0,188	2,632	0,009*
YYDD	-0,027	0,075	-0,024	-0,357	0,722
Özyeterlilik algısı	0,054	0,041	0,089	1,323	0,187
Sonuç beklentisi algısı	0,113	0,051	0,166	2,218	0,027*
Bağımlı değişken: Özel bir insan					
R= 0,338	Düzeltilmiş $R^2 = 0,092$	F= 5,025	p= 0,001		

Tablo 13’deki bulgulara göre; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Özel bir insan desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=5,025$; $p= 0,001$). Bu değişkenler birlikte Özel bir insan desteği algısının %33,8’ini (Düzeltilmiş $R^2= 0,092$) açıklamaktadır, diğer bir deyişle Özel bir insan desteği algısı üzerinde %33,8 oranında etkilidir. Engel algısı, Ciddiyet algısı, YYDD, Özyeterliliğin tek başına Özel bir insan desteği algısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. ÇBDA Destek algısı Özel bir insan desteğini pozitif yönlü ($\beta= 0,188$), anlamlı ($p= 0,009$) ve %2,9 oranında ($rp^2= 0,170$) etkilemektedir, yani Destek algısı arttıkça Özel bir insan desteği algısı da artmaktadır. ÇBDA Sonuç beklentisi algısı Özel bir desteği algısını pozitif yönlü ($\beta= 0,166$), anlamlı ($p= 0,027$) ve %2,10 oranında ($rp^2= 0,144$) etkilemektedir, yani ÇBDA Sonuç beklentisi algısı arttıkça Özel bir insan desteği algısı da artmaktadır.

Tablo 14. Yalnızlık ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Ölçek ve Alt Boyutları	Algılanan sosyal destek	Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel bir insan desteği
Yalnızlık r	-0,487**	-0,468**	-0,456**	-0,488**
p	0,001	0,001	0,001	0,001
** p< 0,01				

Tablo 14'deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyleri ile Algılanan sosyal destek arasında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda bir ilişki bulunmaktadır. Yalnızlık düzeyi ile Algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = -0,487$; $p = 0,001$) bir ilişki bulunmaktadır. Yalnızlık düzeyi ile Aile desteği algısı arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = -0,468$; $p = 0,001$) bir ilişki bulunmaktadır. Yalnızlık düzeyi ile Arkadaş desteği algısı arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = -0,456$; $p = 0,001$) bir ilişki bulunmaktadır. Yalnızlık düzeyi ile Özel bir insan desteği algısı arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı ($r = -0,488$; $p = 0,001$) bir ilişki bulunmaktadır. Yani hastaların Yalnızlık düzeyleri arttıkça; Algılanan sosyal destek algıları, Aile desteği algıları, Arkadaş desteği algıları, Özel bir insan desteği algıları azalmaktadır.

Tablo 15. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	Test	p
Yaş	19-35	28	37,96±12,09	$\chi^2=1,169$	0,760
	36-52	89	38,69±9,93		
	53-69	94	37,94±9,06		
	70-87	29	40,62±10,82		
Cinsiyet	Kadın	125	39,13±10,13	U= 6725	0,389
	Erkek	115	37,90±9,77		
Medeni durum	Bekâr	56	39,45±10,47	U= 4818	0,462
	Evli	184	38,27±9,81		
İkamet edilen yerleşim yeri	Köy	12	45,08±8,11	$\chi^2=7,816$	0,050*
	İlçe	46	40,33±12		
	Şehir	21	37,95±9,97		
	Büyükşehir	161	37,62±9,26		
Sosyal güvence	Yok	20	40,50±10,92	U= 1914,50	0,336
	Var	220	38,37±9,87		
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	14	42,43±12,76	$\chi^2=22,657$	0,001*
	Okur-yazar	20	45±8,84		
	İlköğretim/Ortaokul	97	37,71±8,91		
	Lise	57	39,23±10,48		
	Ön Lisans	13	42,54±11,62		
	Lisans	29	33,28±7,95		
	Lisansüstü (Yüksek Lisans/Doktora)	10	34,4±8,25		
Düzenli bir gelirin varlığı	Evet emekli	94	38,82±9,9	$\chi^2=0,473$	0,925
	Evet çalışıyor	76	38,11±10,43		
	Hayır	68	38,57±9,74		
	Diğer (1 ölüm aylığı, 1 yaşlı aylığı)	2	41±5,66		
Meslek	Ev Hanımı	85	39,42±10,04	$\chi^2=2,328$	0,802
	İşçi	56	37,5±9,39		
	Emekli	25	40,04±10,52		
	Serbest	22	38,09±9,64		
	Memur	11	37,18±8,6		
	Diğer*	41	37,83±10,97		
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşi ve çocukları ile yaşıyor	164	37,69±9,42	$\chi^2=10,196$	0,017*
	Yalnız yaşıyor	27	37,11±11,02		
	Ailesi ile (anne, baba, kardeş) yaşıyor	22	39,14±11,31		
	Diğer**	27	44,67±9,21		

* p<0,05

χ^2 : Kruskal-Wallis, U: Mann-Whitney U

*Diğer: Kendi işyeri olan (6), Mühendis (5), Şoför (5), Hemşire (4), Öğretmen (4), Çalışmıyor (4), Çiftçi (3), Avukat (2), Mali Müşavir (2), Öğrenci (2), Mimar (1), Sağlık memuru (1), Acil Tıp Teknisyeni (1), Aşçı (1).

**Diğer: Eşi (7), Kızı (6), Çocukları (3), Oğlu (3), Başka akrabası (3), Eşi ve annesi (1), Kızı ve oğlu (1), Babası (1), Torunu (1), Arkadaşı (1).

Tablo 15'deki bulgulara göre; öğrenim durumuna göre gruplar arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Okur-yazar olanlar ile lisans mezunu hastaların yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Okur-yazar olanların yalnızlık düzeyi puan ortalamalarının ($45\pm8,84$) lisans mezunlarının yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından ($33,28\pm7,95$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabet hastalarının birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer (arkadaş, baba, çocuk, eş, eş ve anne, kız, kız ve oğul, torun) grubunda yer alanlar ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ve yalnız yaşayanların yalnızlık düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Diğer grubunda olanların yalnızlık düzeyi puan ortalamalarının ($44,67\pm9,21$) eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ($37,69\pm9,42$) ve yalnız yaşayanların ($37,11\pm11,02$) yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabet hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvencelerinin olup olmaması, düzenli gelirlerinin olup olmaması, meslek değişkenlerine göre yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). İkamet edilen yerleşim yerine göre gruplar arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak, yapılan Dunn's testi sonucuna göre bu farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 16. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	Test	p
Diyabet dışında Yok	139	38,54±10,49	U=7140,50	0,820
başka hastalık Var	101	38,54±9,23		
varlığı				
Diyabet dışında Hipertansiyon	60	38,25±9,08	$\chi^2=4,900$	0,768
var olan Kalp Hastalıkları (Kalp krizi ve kalp yetmezliği)	23	38,61±9,35		
hastalıklar Astım	8	39,5±7,82		
Hipertiroidi	7	34,14±10,24		
Anemi (Kronik dâhil)	5	32,8±6,06		
Böbrek yetmezliği	4	41,5±6,35		
KOAH	2	40±12,73		
Göz	2	40,5±13,44		
Diğer*	5	40,2±13,92		

*Diğer: Analize elverişli olması açısından sayıları yetersiz olan ek hastalıklar [Karaciğer (1), Lenfoma (1), Parkinson (1), Psikoz (1), Rahim Kanseri (1)]

χ^2 : Kruskal-Wallis, U: Mann-Whitney U

Tablo 16'daki bulgulara göre; araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının, diyabet dışında hastalıklarının olup olmamasına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Tip 2 diyabet hastalarının diyabete ek hastalıklarına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	Test	p
Kaç yıl önce diyabet tanısı konduğu	1-6 yıl	108	38,06±10,04	x ² =7,042	0,134
	7-12 yıl	62	38,08±9,84		
	13-18 yıl	45	37,98±10,06		
	19-24 yıl	13	45,08±8,81		
	25 yıl ve üzeri	12	40,25±9,45		
Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatırılma durumu	Hastaneye yatırılmadı	197	37,92±10,05	U=5200	0,019*
	Hastaneye yatırıldı	43	41,40±9,10		
Son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastanede yatma durumu	Hastanede yatmadı	188	38,71±9,96	U=4692,50	0,659
	Hastanede yattı	52	37,92±10,03		

* $p<0,05$

x²: Kruskal-Wallis, U: Mann-Whitney U

Tablo 17'deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının, diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatıp yatmamalarına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatanların yalnızlık düzeyi puan ortalamaları (41,40±9,10) diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatmayanların yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından (37,92±10,05) yüksek bulunmuştur.

Tip 2 diyabet hastalarına diyabet tanısı konma süresine, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmamalarına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	Test	p
Ailede başka diyabetli kişi varlığı	Yok	89	39,48±9,27	x2=5,491	0,139
	I. derece akrabalarında	101	38,21±10,48		
	II. derece akrabalarında	17	37,35±9,25		
	Eşinde	33	37,64±10,69		
I. derece akrabalarında N=134	Anne	55	37,55±10,28	x²=6,868	0,076
	Kardeş	31	36,13±8,79		
	Baba	40	39,43±10,03		
	Çocuk	8	47,5±12,35		
II. derece akrabalarında N=17	Dayı	5	32,4±4,72	x²=7,399	0,116
	Teyze	4	46±8,37		
	Amca	3	37,67±8,08		
	Hala	3	30,67±7,51		
	Diğer (1 Babaanne, 1 Dede)	2	39,5±14,85		
x²: Kruskall-Wallis, U: Mann-Whitney U					

Tablo 18'deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının ailelerinde kendilerinden başka diyabetli olup olmasına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). I. derece ve II. derece akrabalarında diyabet bulunan Tip 2 diyabet hastalarının yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Tedaviye İlişkin Uygulamalara Göre Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	Test	p
Evde kan şekeri ölçümü yapma sıklığı	Ölçüm yapmıyor	81	36,72±8,54	x²=4,707	0,195
	Sabah ve akşam	51	38,12±10,69		
	Günlük	64	39,95±10,11		
	Haftalık	44	40,34±10,95		
İnsülin kullanma durumu	Kullanmıyor	159	38,23±9,72	U=6719	0,582
	Kullanıyor	81	39,15±10,45		
Diyabetle ilgili eğitim verilme durumu	Eğitim verilmedi	108	38,36±9,34	U=7178,50	0,925
	Eğitim verildi	132	38,69±10,47		
Diyabetle ilgili eğitimin kim tarafından verildiği	Hiç verilmedi	108	38,36±9,34	x²=5,990	0,112
	Hekim	41	35,49±8,64		
	Hemşire	31	40,74±11,4		
	Diyabet Hemşiresi	60	39,82±10,78		
Diyabetle ilgili verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu	Yeterli değil	130	38,41±9,61	U=7186,50	0,946
	Yeterli	110	38,7±10,4		
x²: Kruskall-Wallis, U: Mann-Whitney U					

Tablo 19'daki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının evde kan şekeri ölçümü yapma sürelerine, insülin kullanıp kullanmamalarına, diyabetle ilgili eğitim alıp almamalarına, diyabet eğitiminin kim tarafından verildiğine ve verilen diyabet eğitiminin yeterli olup olmasına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Yaş	19-35	28	46,43±12,55	15,64±4,25	15,29±4,28	15,5±4,38
	36-52	89	46,24±11,62	15,39±4,16	15,34±4,02	15,51±3,82
	53-69	94	45,99±12,16	15,44±4,14	15,2±4,3	15,35±4,17
	70-87	29	45,62±10,55	15,69±3,85	15,07±3,63	14,86±3,55
Test			$\chi^2= 0,427$ $p= 0,936$	$\chi^2= 0,182$ $p= 0,981$	$\chi^2= 0,454$ $p= 0,929$	$\chi^2= 1,372$ $p= 0,712$
Cinsiyet	Kadın	125	46,65±11,26	15,63±3,91	15,5±3,84	15,52±3,88
	Erkek	115	45,48±12,29	15,3±4,31	14,97±4,36	15,2±4,09
Test			U= 6822 $p= 0,493$	U= 6947,0 $p= 0,648$	U= 6715 $p= 0,372$	U= 6838,50 $p= 0,508$
Medeni durum	Bekâr	56	43,89±10,9	14,71±3,65	14,52±3,9	14,66±3,76
	Evli	184	46,76±11,95	15,71±4,21	15,47±4,14	15,58±4,03
Test			U= 6048,50 $p= 0,047^*$	U= 6067 $p= 0,040^*$	U= 5996,50 $p= 0,059$	U= 6029,50 $p= 0,049^*$
İkamet edilen yerleşim yeri	Köy	12	45,08±11,3	15,08±4,91	14,83±4,39	15,17±3,33
	İlçe	46	45,91±11,98	15,46±4,08	15,17±4,12	15,28±4,08
	Şehir	21	45,95±10,8	15,33±3,79	15,05±3,93	15,57±3,3
	Büyükşehir	161	46,23±11,94	15,53±4,12	15,32±4,12	15,38±4,1
Test			$\chi^2= 0,179$ $p= 0,981$	$\chi^2= 0,239$ $p= 0,971$	$\chi^2= 0,245$ $p= 0,970$	$\chi^2= 0,270$ $p= 0,966$
Sosyal güvence	Yok	20	41,75±13,09	14,05±4,86	13,55±4,27	14,15±4,45
	Var	220	46,48±11,58	15,6±4,01	15,4±4,05	15,48±3,92
Test			U= 23751 $p= 0,010^*$	U= 22945,50 $p= 0,037^*$	U= 24678 $p= 0,001^*$	U= 23112 $p= 0,029^*$
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	14	46±12,88	15,36±4,6	15,21±4,42	15,43±4,27
	Okur-yazar	20	42,15±14,68	14,15±5,16	13,95±5,08	14,05±4,99
	İlköğretim/Ortaokul	97	46,46±11,53	15,61±4,09	15,41±4	15,44±3,87
	Lise	57	47,02±9,87	15,67±3,64	15,54±3,44	15,81±3,22
	Ön Lisans	13	43,08±15,1	14,92±4,5	14,08±5,59	14,08±5,38
	Lisans	29	46,1±12,13	15,31±4,08	15,17±4,21	15,62±4,07
	Lisansüstü	10	49±11,11	17,1±3,48	16,3±3,62	15,6±4,4
Test			$\chi^2= 2,409$ $p= 0,878$	$\chi^2= 3,201$ $p= 0,783$	$\chi^2= 2,398$ $p= 0,880$	$\chi^2= 2,004$ $p= 0,919$

Tablo 20. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (DEVAM)

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Düzenli bir gelirin varlığı	Evet emekli	94	45,53±12,09	15,31±4,21	14,99±4,34	15,23±4,04
	Hayır	68	45,99±11,92	15,54±4,08	15,22±4,18	15,22±4,07
	Evet çalışıyor	76	47,29±10,96	15,76±3,93	15,68±3,67	15,84±3,68
	Diğer	2	30±15,56	10±5,66	11,5±4,95	8,5±4,95
	Test		x ² = 2,409 p= 0,878	x ² = 3,201 p= 0,783	x ² = 2,398 p= 0,880	x ² =2,004 p= 0,919
Meslek	Emekli	25	39,48±15,17	13,24±5,19	13,16±5,3	13,08±5,06
	Ev Hanımı	85	45,95±11,52	15,46±3,98	15,28±3,99	15,21±3,93
	İşçi	56	48,09±9,54	15,93±3,69	15,8±3,29	16,36±3,07
	Memur	11	46,55±12,93	15,36±4,48	15,55±4,25	15,64±4,43
	Serbest	22	48,18±11,15	16,27±3,71	15,77±4,13	16,14±3,83
	Diğer	41	46,41±11,88	15,85±4,03	15,32±4,27	15,24±4,02
	Test		x ² = 6,872 p= 0,230	x ² = 6,533 p= 0,258	x ² = 4,929 p= 0,425	x ² = 9,795 p= 0,081
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız yaşıyor	27	43,63±10,96	14,37±3,54	14,59±4,03	14,67±3,76
	Ailesi ile (anne, baba, kardeş) yaşıyor	22	45,68±10,59	15,27±3,82	14,86±3,59	15,55±3,4
	Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	164	47,1±12	15,82±4,23	15,57±4,17	15,71±4,03
	Diğer	27	42,7±11,52	14,63±3,91	14,26±4,04	13,81±4,03
	Test		x ² = 6,896 p= 0,075	x ² = 7,423 p= 0,060	x ² = 4,666 p= 0,198	x ² = 8,721 p= 0,033*

* p<0,05; x²: Kruskal-Wallis; U: Mann-Whitney U

Tablo 20'deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının yaşlarına, cinsiyetlerine, ikamet ettikleri yerleşim yerlerine, öğrenim durumlarına, düzenli bir gelirlerinin olup olmamasına, mesleklerine göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tip 2 diyabet hastalarının medeni durumlarına göre Arkadaş desteği alt boyutunda anlamlı farklılık bulunamazken, Sosyal destek algısı ana boyutunda, Aile desteği ve Özel bir insan desteği alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Evlilerin Sosyal destek algısı (46,76±11,95), Aile desteği algısı (15,71±4,21) ve Özel bir insan desteği algısı (15,58±4,03) puan ortalamaları bekârların Sosyal destek algısı (43,89±10,9), Aile

desteği algısı (14,71±3,65) ve Özel bir insan desteği algısı (14,66±3,76) puan ortalamalarından yüksektir.

Tip 2 diyabet hastalarının sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre Sosyal destek algısı ana boyutunda ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların Sosyal destek algısı (46,48±11,58), Aile desteği algısı (15,6±4,01), Arkadaş desteği algısı (15,4±4,05) ve Özel bir insan desteği algısı (15,48±3,92) puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayanların Sosyal destek algısı (41,75±13,09), Aile desteği algısı (14,05±4,86), Arkadaş desteği algısı (13,55±4,27) ve Özel bir insan desteği algısı (14,15±4,45) puan ortalamalarından yüksektir.

Tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları kişilere göre Sosyal destek algısı ana boyutunda, Aile desteği ve Arkadaş desteği alt boyutlarında farklılık bulunamazken, Özel bir insan desteği alt boyutunda farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 21. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Diyabet dışında başka hastalık varlığı	Yok	139	46,61±11,97	15,68±4,04	15,43±4,18	15,5±4,04
	Var	101	45,37±11,47	15,2±4,18	14,99±3,98	15,18±3,91
	Test		U= 6319,50 p= 0,184	U= 6499 p= 0,316	U= 6366 p= 0,212	U= 6622,50 p= 0,446
Diyabet dışında var olan hastalıklar	Hipertansiyon	60	44,63±12,54	14,8±4,48	14,85±4,31	14,98±4,31
	Kalp Hastalıkları (Kalp krizi ve kalp yetmezliği)	23	46,7±11,54	15,74±4,29	15,13±4,35	15,83±3,59
	Astım	8	51,88±7,51	17,63±2,39	17,38±2,26	16,88±3,72
	Hipertiroidi	7	46,86±7,49	15,29±2,98	15,71±2,63	15,86±2,67
	Anemi (Kronik dahil)	5	52±7,48	17,6±2,19	17,4±2,41	17±3
	Böbrek yetmezliği	4	44±9,38	15,75±2,87	14,75±3,2	13,5±3,79
	KOAH	2	47,5±16,26	15,5±4,95	16±5,66	16±5,66
	Göz	2	40,5±10,61	14±2,83	13±4,24	13,5±3,54
	Diğer	5	42,6±14,31	14,2±4,49	14±4,85	14,4±5,03
	Test		x ² = 4,419 p= 0,817	x ² = 5,991 p= 0,648	x ² = 5,192 p= 0,737	x ² = 4,469 p= 0,813
x ² : Kruskal-Wallis; U:Mann Whitney U						

Tablo 21’deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının başka hastalıklarının olup olmamasına ve ek hastalıklarına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 22. Bireylerin Tanısal Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Kaç yıl önce diyabet tanısı konduğu	1-6 yıl	108	46,94±11,69	15,77±3,93	15,56±4,14	15,62±4
	7-12 yıl	62	46,56±12,07	15,73±4,33	15,32±4,11	15,52±4,1
	13-18 yıl	45	45,73±11,88	15,33±4,07	15,04±4,16	15,36±3,92
	19-24 yıl	13	39,92±10,76	13±4,42	13,62±3,99	13,31±3,52
	25 yıl ve üzeri	12	43,92±10,78	14,75±3,89	14,58±3,5	14,58±3,65
Test			x ² = 6,518 p= 0,164	x ² = 5,888 p= 0,208	x ² = 4,812 p= 0,307	x ² =6,894 p= 0,142
Diyabet tanısı konduğunda hastaneye yatırılma durumu	Hastaneye yatırılmadı	197	45,79±12,01	15,38±4,09	15,16±4,21	15,25±4,1
	Hastaneye yatırıldı	43	47,47±10,53	15,91±4,19	15,65±3,54	15,91±3,34
Test			U= 4452,50 p= 0,596	U= 4623 p= 0,336	U= 4445 p= 0,606	U= 4545,50 p= 0,443
Son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastanede yatma durumu	Hastanede yatmadı	188	45,7±11,88	15,45±4,06	15,1±4,17	15,15±4,05
	Hastanede yattı	52	47,48±11,29	15,56±4,29	15,79±3,82	16,13±3,62
Test			U= 5277 p= 0,376	U= 5035,50 p= 0,733	U= 5330,50 p= 0,311	U= 5536 p= 0,136

x²: Kruskal-Wallis; U: Mann-Whitney U

Tablo 22’deki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının, hastalıklarına tanı konma süresine, diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatıp yatmamalarına, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmamalarına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 23. Bireylerin Ailesel Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Ailede başka diyabetli kişi varlığı	Yok	89	45,25±11,23	15,11±4,03	14,92±3,92	15,21±3,7
	I. derece akrabalarında	101	46,41±11,65	15,61±4,06	15,3±4,03	15,5±3,89
	II. derece akrabalarında	17	46,29±13,07	15,35±4,55	15,71±4,33	15,24±4,74
	Eşinde	33	47,27±13,11	16,09±4,26	15,73±4,71	15,45±4,67
Test			$\chi^2= 1,416$ $p= 0,702$	$\chi^2= 2,277$ $p= 0,517$	$\chi^2= 1,892$ $p= 0,595$	$\chi^2= 0,734$ $p= 0,865$
I. derece akrabalarında	Anne	55	48,2±11,04	15,93±4,06	15,95±3,81	16,33±3,51
	Baba	40	44,85±11,01	15,23±3,79	14,83±3,82	14,8±3,78
	Çocuk	8	39,38±9,23	13,63±3,11	12,63±3,11	13,13±3,6
	Kardeş	31	47,42±10,93	15,87±3,76	15,65±3,84	15,9±3,7
Test			$\chi^2= 6,820$ $p= 0,078$	$\chi^2= 4,158$ $p= 0,245$	$\chi^2= 8,549$ $p= 0,036^*$	$\chi^2= 7,148$ $p= 0,067$
II. derece akrabalarında	Amca	3	38,67±20,55	14±7,21	13,33±6,11	11,33±7,77
	Babanne/Dede	2	42±25,46	14±8,49	14±8,49	14±8,49
	Dayı	5	49,8±7,56	15±3,32	17,2±2,68	17,6±2,19
	Hala	3	50,67±11,02	17,67±4,04	16,67±4,16	16,33±3,51
	Teyze	4	41±9,13	14,75±3,2	13,75±3,3	12,5±3,51
Test			$\chi^2= 1,949$ $p= 0,745$	$\chi^2= 1,357$ $p= 0,852$	$\chi^2= 2,258$ $p= 0,688$	$\chi^2= 4,011$ $p= 0,404$
* p <0,05; χ^2 : Kruskal-Wallis; U: Mann-Whitney U						

Tablo 23'deki bulgulara göre Tip 2 diyabet hastalarının; I. derece akrabalarında diyabet olmasına göre Sosyal destek algılarında, Aile desteği algılarında ve Özel bir insan desteği algılarında anlamlı farklılık bulunamazken ($p>0,05$) Arkadaş desteği alt boyutunda farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuğunda diyabet bulunan kişilerle annesinde diyabet bulunan kişiler arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Annesinde diyabeti bulunanların Arkadaş desteği algı puan ortalamaları ($15,95\pm3,81$) çocuğunda diyabet bulunanların Arkadaş desteği algı puan ortalamalarından ($12,63\pm3,11$) yüksek bulunmuştur.

Ailelerinde başka diyabetlinin olup olmamasına ve II. derece akrabalarında

diyabet olmasına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Bireylerin Tedavi Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Algılanan sosyal destek Ort±SS	Aile desteği Ort±SS	Arkadaş desteği Ort±SS	Özel bir insan desteği Ort±SS
Evde kan şekeri ölçümü yapma sıklığı	Ölçüm yapmıyor	81	46,73±11,35	15,75±3,89	15,48±3,93	15,49±3,92
	Sabah ve akşam	51	45,45±12,61	15,06±4,75	15,16±4,17	15,24±4,13
	Günlük	64	45,66±12,97	15,31±4,22	15,02±4,73	15,33±4,39
	Haftalık	44	46,27±9,76	15,68±3,56	15,25±3,36	15,34±3,35
Test			$\chi^2 = 0,468$	$\chi^2 = 0,451$	$\chi^2 = 0,486$	$\chi^2 = 0,526$
			$p = 0,926$	$p = 0,930$	$p = 0,922$	$p = 0,913$
İnsülin kullannya durumu	Kullanmıyor	159	46,31±11,78	15,6±4	15,31±4,12	15,4±4,06
	Kullanıyor	81	45,65±11,77	15,22±4,3	15,12±4,07	15,31±3,84
Test			$U = 6192,50$	$U = 6198,50$	$U = 6242,50$	$U = 6271$
			$p = 0,624$	$p = 0,628$	$p = 0,694$	$p = 0,735$
Diyabetle ilgili eğitim verilme durumu	Eğitim verilmedi	108	45,93±12,4	15,59±4,18	15,19±4,3	15,15±4,3
	Eğitim verildi	132	46,22±11,24	15,38±4,05	15,3±3,93	15,55±3,7
Test			$U = 7104,50$	$U = 6848,50$	$U = 7160$	$U = 7340$
			$p = 0,965$	$p = 0,593$	$p = 0,952$	$p = 0,686$
Diyabetle ilgili eğitimin kim tarafından verildiği	Hiç verilmedi	108	45,93±12,4	15,59±4,18	15,19±4,3	15,15±4,3
	Hekim	41	47,2±10,73	15,73±3,9	15,71±3,93	15,76±3,44
	Hemşire	31	43,84±12,85	14,29±4,66	14,65±4,38	14,9±4,11
	Diyabet Hemşiresi	60	46,78±10,71	15,7±3,77	15,35±3,71	15,73±3,67
Test			$\chi^2 = 1,196$	$\chi^2 = 2,342$	$\chi^2 = 1,271$	$\chi^2 = 1,389$
			$p = 0,754$	$p = 0,505$	$p = 0,736$	$p = 0,708$
Diyabetle ilgili verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünme durumu	Yeterli değil	130	46,05±12,35	15,56±4,22	15,22±4,28	15,27±4,23
	Yeterli	110	46,14±11,06	15,37±3,97	15,28±3,88	15,48±3,68
Test			$U = 6996,50$	$U = 6826$	$U = 7078,50$	$U = 7118$
			$p = 0,773$	$p = 0,536$	$p = 0,892$	$p = 0,951$
* $p < 0,05$; χ^2 : Kruskal-Wallis; U: Mann-Whitney U						

Tablo 24'daki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının evde şeker ölçümü yapma sürelerine, insülin kullanıp kullanmamalarına, diyabetle ilgili eğitim alıp almamalarına, diyabet eğitiminin kim tarafından verildiğine ve verilen diyabet eğitiminin yeterli olup olmamasına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Tip 2 diyabet tanılı hastaların çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve bu doğrultuda tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %39,2'si 53-69 yaş grubunda yer almaktadır (Tablo 1). Aslan (2018)'in çalışmasında 56-65 yaş grubunda yer alanlar %40,77 ile ilk sırada yer almıştır (67). Türten (2011)'in yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin %40,2'sinin 55-64 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (68). Günal ve ark. (2012) çalışmalarında yaş faktörünün önemli olduğu sonucuna ulaşmıştır (69). Bu sonuçlar Tip 2 diyabet hastalığında yaş faktörünün önemli olduğunu ve yaş ilerledikçe diyabet hastalığının arttığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %52,1'i kadın olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Arısoy (2013)'un çalışmasında Geriatri polikliniğine başvuran 70 hastanın %60'ını kadın hastalar oluşturmuştur (70). Aslan (2018)'in 260 kişiyle yaptığı bir çalışmada diyabetli bireylerin %79,23'ünü kadın hastalar, %20,77'sini erkek hastalar oluşturmaktadır (67). Aba ve Tel (2012)'in 331 katılımcıyla yaptığı çalışmada hastaların %63,1'inin kadın olduğu görülmüştür (71). Kaymaz ve Akdemir (2016) tarafından yapılan bir çalışmada diyabet hastalığında cinsiyet farklılıkları ile ilgili değişkenlerin anlamlı olduğu belirtilmiştir (72). Yapılan çalışmalarda özellikle son yıllarda diyabetli bireylerde kadın cinsiyetin ön planda olduğu vurgulanmaktadır (70). Bu çalışma bu anlamda literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada hastaların %76,7'si evlidir (Tablo 1). Türten (2011) yaptığı çalışmada katılımcıların %86,1'inin evli olduğunu belirtmiştir (68). Yapılan bir diğer çalışmada diyabetli bireylerin %81,15'inin evli olduğu saptanmıştır (67). Diyabetli bireylerin evlilik oranının yüksek olması hastalığın medeni durum ile ilgili oluşturabileceği kaygı durumları açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %75,9'u ilde, %68,3'ü eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan diyabetli bireylerin %89,4'ünün il merkezinde yaşıyor olması ve %71,3'ünün eşi ve çocuklarıyla birlikte

yaşadığı sonuçları bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (71). Hastaların hastaneye başvurabilecek yakınlıkta il ve ilçede yaşıyor olması hizmete ulaşım konusunda kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca eş-çocuk-aile ile yaşama oranlarının yüksek olmasının da diyabetin bakım ve tedavi sürecini olumlu yönde etkileyerek hastalığın düzenli kontrollerinin sürdürülmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların %91,7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır ve %71,7'si düzenli bir gelire sahiptir (Tablo 1). Aba ve Tel (2012)'in araştırmasında katılımcıların %99,40'ının sosyal güvencesi vardır (71). Badur (2009)'un çalışmasında diyabetli bireylerin %98'inin sağlık güvencesi bulunmaktadır (73). Tip 2 diyabet gibi ölümcül sonuçlara yol açan hastalıklarda sosyal güvence önemli bir yer tutmaktadır. Bu ve benzeri hastalığa sahip kişilerin tedavi, ilaç temini gibi konularda devlet tarafından desteklenmeleri ve bakımlarının sağlanması oldukça önemlidir. Sosyal güvencesi ve düzenli bir geliri olan hastalar kadar, sosyal güvencesi ve düzenli bir geliri olmayan hastaların da hastaneye başvurarak tedavi ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğu ve bu konuda desteklenmeleri gerektiği önerilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %40,4'ü ilköğretim/ortaokul mezunudur (Tablo 1). Türten (2011)'in çalışmasına katılan hastaların %61,5'i ilköğretim mezunu olduğunu belirtmiştir ve çalışmada diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (68). Karabacak ve Orhan (2016) tarafından yapılan çalışmada üniversite ve lise mezunu olan bireylerde ve düzenli egzersiz yapan hastalarda engel ve ciddiye algısı oranları düşükken, sonuç beklentisi algısının ve özyeterlilik algısı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (74). Bu sonuçlara göre, diyabetli kişilerin eğitim düzeylerinin artırılması ile hastalığın psikososyal ve tedaviye uyum sürecine olumlu yönde etki oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun emekli ve ev hanımı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Türten (2011)'in çalışmasında katılımcıların %47,5'inin ev hanımı ve %38,5'inin emekli olduğu saptanmıştır (68). Yapılan bir diğer çalışmada bireylerin %60,4'ünün ev hanımı olduğu belirtilmiştir (71). Araştırmaların sonuçları hastaneye başvuran yaş grubunun özellikle orta yaş ve kadın bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Bu çalışma literatür ile uyumludur.

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %37,1'inin akrabalarında diyabet

hastalığı bulunmazken, %42,1'inin I. derece akrabalarında diyabet hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4). I. derece akrabalarında diyabet hastalığı olanların çoğunluğunun annesinde de bu hastalık bulunmaktadır ve toplam cevabın %41'ni oluşturmaktadır. Aslan (2018) çalışmasında diyabetli bireylerin %63,46'sının I. derece akrabalarında diyabet olduğunu saptamıştır (67). Alkan (2009)'ın çalışmasında diyabetlilerin %58,10'unda I. derece akrabalarında diyabet olduğu sonucu bulunmuştur (75). Kartal ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada hastaların %69,10'unun I. derecede akrabalarında diyabet hastalığı olduğu tespit edilmiştir (76). Diyabet hastalığında genetik faktörlerin etkili olduğu düşünüldüğünde bu çalışma literatüre uyumludur.

5.2. Diyabet Hastalığının Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların %57,9'u diyabet dışında bir hastalığı olmadığını, %42,1'i diyabet dışında başka hastalıklarının da bulunduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2). Araştırma bulgularına göre; bireylerde diyabetin yanı sıra hipertansiyon (%57,1), bulunduğu saptanmıştır. Aslan (2018)'in çalışmasında diyabetli hastaların %70,0'inin tanı konulan başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır (67). Güzel (2014)'in çalışmasında, hastaların %70,50'sinde diyabet dışında ek bir hastalığın bulunduğu belirlenmiştir (77). Benzer sonuçlar içeren bu iki çalışmanın aksine, Taşkaya (2014)'nin araştırmasında hastaların yaklaşık %38,00'inde diyabet tanısı dışında ek hastalık geliştiği görülmektedir (78). Bu araştırmadaki sonuçlara göre; diyabetli hastalarda ek hastalık olarak en çok hipertansiyon görülmektedir. Bu sonuçların benzerliği (67,77,78) çalışmalarında da tespit edilmiştir. Akan'ın (2019) çalışmasında Tip 2 diyabet hastalarının kronik bakım değerlendirme durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (47). Yapılan çalışmalar arasındaki farklı sonuçların araştırmadaki örneklem grupları arasındaki cinsiyet, eğitim durumu, yerleşim yeri, genetik faktörler vb. değişkenler ile hastaların farkındalık ve erken tanı süreçlerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %45'ine 1-6 yıl arasında, diyabet tanısı konulmuştur (Tablo 3). Benzer sonuçlar içeren Akın (2011)'in çalışmasında tanı konulan sürenin %52,30 ile 0-3 yıl arası olduğu bildirilmiştir (79). Bu araştırmanın aksine Karakurt ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %29,10'unun 11 yıl ve daha fazla süredir diyabet tanısı aldığı tespit edilmiştir (80). Araştırma sonuçlarındaki farklılık hastaların yaş, cinsiyet, hastalığa oluşturdıkları ciddiye algısı ve hastaneye

başvuru süresi ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada ise erken tanı faktörü önemlidir. Hastaların erken dönemde hastaneye başvurmalarının, tedavi etkinliğini arttırmada, sağlıkla ilgili algı ve tutumlarını geliştirmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatırılmamış kişilerin %82,1 olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %78,3'ü son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatmamış, %21,7'si son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatmıştır (Tablo 3). Badur (2009)'un çalışmasında diyabete bağlı akut bir komplikasyon nedeni ile son 1 yıl içinde hastaneye yatan diyabetlilerin oranı %6 olarak belirtilmiştir (73). Tip 2 diyabet tedavi sürecinde oral antidiyabetik ilaçlar, insülin kullanımı, çeşitli diyabet diyetleri, egzersiz takvimleri, düzenli kan şekeri takibi, kan şekerini normal seviyede tutma noktasında oldukça önemlidir. Kan şekeri seviyesinin normal düzeyde olması hastaneye başvuruları büyük bir oranda azaltacaktır.

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının %33,8'i şeker ölçümü yapmamaktadır. Hastaların %66,3'ü insülin kullanmazken, %33,8'i insülin kullanmaktadır (Tablo 5). Badur (2009) 200 diyabetli hastayla yaptığı çalışmada, bireylerin %67'sinin evde kan şekeri takibi yapmadığını belirtmiştir (73). Orak ve Baykal (2018)'in çalışmalarında aile desteği alan Tip 2 diyabet hastalarının glisemi kontrollerini daha düzenli takip ettikleri tespit edilmiştir (50). Bu çalışmada kan şekeri ölçümü yapmayan diyabet hastalarının yüksek oranda olması, insülin kullanmayan hastaların daha yüksek oranda olması ile ilişkilendirilebilir. Bu durum insülin kullanmayan hastaların, insülin kullanan hastalara göre diyabet hastalığını daha az önemsediklerini ve kan şekeri takibini düzenli yapmadıklarını göstermektedir.

Hastaların %55'i diyabetle ilgili eğitim almıştır. Diyabet eğitimi alan hastaların %17,1'ine hekim tarafından, %25'ine diyabet hemşiresi tarafından eğitim verilmiştir. Tip 2 diyabet hastalarının %54,2'si verilen eğitimden memnun kalmazken, %45,8'i verilen eğitimden memnun kalmıştır (Tablo 5). Aslan (2018) çalışmasında diyabete ilişkin eğitimi %61,57 oranıyla en çok hemşirelerin verdiğini saptamıştır (67). Badur (2009)'un çalışmasında 200 diyabetli bireyin %83,50'sinin eğitim aldığı görülmüştür (73). Yine Aslan (2018) çalışmasında diyabete ilişkin eğitim alanların oranını %88,08 olarak belirtmiştir (67). Sonuçlar arasındaki farklılıkların nedeni bireylerin içinde bulundukları sosyo kültürel yapının etkisi, yerleşim yeri ve eğitim durumu olarak söylenebilir. Bu çalışma sonucuna bakıldığında diyabet hastalarına diyabet ile ilgili daha fazla

danışmanlık ve eğitim verilmesi gerektiği aşikârdır. Sağlık ekibi içinde danışmanlık, tedavi izlemi ve bakımın yürütülmesinde anahtar rolü olan hemşirelerden, özellikle alanda insülin kullanımı başlanan hastalara yönelik verilen eğitimlerin, aynı zamanda oral antidiyabetik ilaçlar kullanan ya da hiçbir insülin ve oral tedavisi bulunmayan hastalara da verilmesi gerekir. Bu konuda diyabet eğitiminin sadece diyabet hastalarına yönelik değil ileride diyabet adayı olabilecek her bireye verilmesi gerektiği önerilebilir.

5.3. Diyabet Hastalarının Yalnızlık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının yalnızlık düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde; yalnızlık düzeyi puan ortalamaları $38,54 \pm 5,85$ olarak belirlenmiştir (Tablo 6). Bu araştırmadaki sonuca göre; Tip 2 diyabet hastalarının yalnızlık düzeyleri orta seviyede ve %33,8 oranında bulunmuştur. Polat ve Ergüney (2012) yaptıkları çalışmada tüberküloz hastalarının yalnızlık puan ortalamasını orta derecede yüksek ($39,44 \pm 10,99$) olarak saptamıştır (81). Araştırma sonuçlarına göre kronik hastalığı olanların daha fazla yalnızlık yaşadıkları bildirilmektedir (82,83). Literatürde Tip 2 diyabet hastalığında algılanan sosyal destek, tedaviye uyum süreci ve öz bakımla ilgili pek çok araştırma bulunmasına rağmen, yalnızlık düzeyleri üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma; çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin araştırılması noktasında diğer yapılacak araştırmalara kaynak oluşturmaktadır.

5.4. Diyabet Hastalarının Yalnızlık Düzeylerinin, Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvencelerinin olup olmaması, düzenli gelirlerinin olup olmaması, meslek değişkenlerine göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 15). Şahin (2019) çalışmasında yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça yalnızlık ve umutsuzluk düzeyinin azaldığını saptamıştır (84). Bu araştırmada Tip 2 diyabetli hastalarda yaş ve yalnızlık arasında anlamlı fark bulunamaması, katılımcıların yaş ortalamasının çok yüksek olmaması ile açıklanabilir.

Araştırmada Tip 2 diyabet hastalarının ikamet edilen yerleşim yerine göre yalnızlık arasındaki bulgular incelendiğinde; ikamet edilen yerleşim yerine göre yalnızlık arasında farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 15). Ancak, yapılan Dunn's testi sonucuna

göre bu farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Saltan, Küçük, Boğa (2018) tarafından yapılan çalışmada yaşanan yer ile yalnızlık arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (85). Burholt ve Scharf (2014) çalışmalarında kırsal alanda yaşamının yalnızlığı arttırmada etkili bir faktör olduğunu saptamışlardır (86). Yapılan çalışmalarda sonuçlar arasındaki farklılık bireylerin yaşam koşulları, yaşadığı yerin olanakları ve sosyal destek algılarının değişken olması durumu ile açıklanabilir.

Araştırmada Tip 2 diyabet hastalarının öğrenim durumuna göre yalnızlık arasındaki bulgular incelendiğinde; öğrenim durumuna göre yalnızlık arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Okur-yazar olanlar ile lisans mezunu hastaların yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Okur-yazar olanların yalnızlık düzeyi puan ortalamalarının ($45\pm8,84$), lisans mezunlarının yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından ($33,28\pm7,95$) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Yılmaz ve ark. (2007) çalışmalarında Algılanan sosyal destek toplam puan ortalamasını $66,4\pm13,9$, Yalnızlık düzeyi toplam puan ortalamasını $37,4\pm9,9$ olarak saptamıştır (87). Araştırmaya göre bireylerin algılanan Sosyal destek düzeyleri yükseldikçe Yalnızlık düzeyleri düşmektedir. Bu sonuç, bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bir diğer çalışmada bireylerin eğitim düzeyi düştükçe, genel yalnızlık ve hastaneye yattığındaki yalnızlık düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (88). Eğitim durumuna göre yalnızlık düzeyi değişkenliğinin bireylerin hayata bakış açıları, sosyal çevresi ve yaşam aktiviteleri ile ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmadaki Tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları kişilere göre yalnızlık arasındaki bulgulara bakıldığında; Tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları kişilere göre yalnızlık arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer (arkadaş, baba, çocuk, eş, eş ve anne, kız, kız ve oğul, torun) grubunda yer alanlar ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ve yalnız yaşayanların yalnızlık düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 15). Akın (2011) çalışmasında, diyabetlilerin çoğunun eş/eş ve çocukları ile yaşamakta olduğunu ve katılımcıların kendilerine sorulan “diyabet bakımında en çok destek veren kişi” sorusuna %78,5’inin eş desteği yanıtını verdiklerini saptamıştır (79). Bu araştırmadaki sonuçlara göre; eş ve çocuklarıyla yaşayanların yalnızlık düzeylerinin düşük olması, eş ve çocuklarından destek aldıklarının bir göstergesidir.

Araştırmada Tip 2 diyabet hastalarının diyabet dışında hastalıklarının olup olmaması ile yalnızlık ve diyabete ek hastalıklarına göre yalnızlık arasındaki bulgular

incelendiğinde; anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16). Şahin (2019)'ın çalışmasında kronik hastalık durumuna göre yalnızlık puan ortalamaları arasında fark anlamlı olarak saptanmamıştır (84).

Bu araştırmadaki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarına diyabet tanısı konma süresi, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmamalarına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Tip 2 diyabet hastalarının diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatıp yatmamalarına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatanların yalnızlık düzeyi puan ortalamaları ($41,40\pm 9,10$), diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatmayanların yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından ($37,92\pm 10,05$) yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo 17). Yapılan bir çalışmada ise bireylerin %71,7'sinin daha önceden hastaneye yatma durumunun ya da yatış günü sayısının yalnızlık düzeyini etkileyen faktörler arasında olmadığı saptanmıştır (88).

Araştırmadaki bulgulara göre; Tip 2 diyabet hastalarının ailelerinde kendilerinden başka diyabetli olup olmamasına göre, I. derece ve II. derece akrabalarında diyabet bulunan Tip 2 diyabet hastalarının yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18). Bu araştırmada Tip 2 diyabet hastalarının evde kan şekeri ölçümü yapma sürelerine, insülin kullanıp kullanmamalarına, diyabetle ilgili eğitim alıp almamalarına, diyabet eğitiminin kim tarafından verildiğine ve verilen diyabet eğitiminin yeterli olup olmamasına göre yalnızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19). Bu bulguların yalnızlık verileri ile ilişkilerini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır.

5.5. Diyabet Hastalarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının Algılanan sosyal destek algısı genel puan ortalaması $46,9\pm 11,76$; Aile desteği boyutu puan ortalaması $15,48\pm 4,10$; Arkadaş desteği boyutu puan ortalaması $15,25\pm 4,10$ ve Özel bir insan desteği boyutu puan ortalaması $15,37\pm 3,98$ olarak bulunmuştur (Tablo 7). Bu sonuçlara göre; Tip 2 diyabet hastalarının Sosyal destek algısı, Aile desteği algısı, Arkadaş desteği algısı ve Özel bir insan desteği algısı yüksektir. Arslantaş ve ark. (2010) hastanede yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık

güvencesinin olup olmadığı, başka hastalıklarının olup olmaması durumunun Algılanan sosyal destek puan ortalamasını etkilemediğini saptamıştır (89). Muslu, Ardahan ve Günbayı (2017) çalışmalarında psikososyal uyum süreci içerisinde aile desteği ve sosyal destek verilmesinin hastalar üzerinde olumlu yönde etki ettiğini saptamışlardır (49). Üstün (2011)'ün çalışmasında hastalığa uyum sürecinde ailelerin de sosyal destek ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği rapor edilmiştir (90). Bu durum diyabet hastalığı olan bireylerde olduğu gibi ailelerinin de sosyal destek ihtiyaçlarının var olduğunu gözler önüne sermektedir. Canpolat (2018) araştırmasındaki sonuçlara göre, hastalara verilen sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu tespit etmiştir (91). Diyabetli hastalarda sosyal destek algısının geliştirilmesi diyabetle mücadele noktasında oldukça önemlidir. Diyabet hastalığı ile ilgili sosyal destek algısının olumlu sonuçlar vermesinin temel sebebi, insanın temel ihtiyacı olan sevgi, saygı ve değer gören durumundan kaynaklanmaktadır. İnsanın yaşamı boyunca farklı hastalık türleri kapsamında sosyal destek alması yaşam kalitesini artırması bakımından oldukça önemlidir (52). Hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi noktasında sosyal destek sağlamanın oldukça önemli olduğu literatürde yapılan çalışmalarla ifade edilmiştir. Bu çalışma literatüre uyumludur.

Araştırmadaki Aile desteği algısı bulguları değerlendirildiğinde; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Aile desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=8,203$; $p= 0,001$). Bu çalışmada Tip 2 diyabet hastalığında Aile desteği algı düzeyi %41,8 oranında bulunmuştur (Tablo 11). Aslan (2018) araştırmasında aile desteği alan diyabetli kişilerin %95'inin tedaviye uyum sağladıkları sonucunu elde ederek aile desteğinin önemini belirtmiştir (67). Orak ve Baykal (2018) çalışmalarında aile desteği ve sosyal destek alan kişilerin hastalık ile mücadele edebilme güçlerinin daha fazla olduğu sonuçlarını elde etmiştir (92).

Araştırmadaki Arkadaş desteği algısı bulguları değerlendirildiğinde; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Arkadaş desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=5,695$; $p= 0,001$). Bu çalışmada Tip 2 diyabet hastalığında arkadaş desteği algı düzeyi %35,8 oranında bulunmuştur (Tablo 12). Kaymaz ve Akdemir (2016) tarafından yapılan çalışmada hastalıkta psikososyal uyumun en fazla etkilendiği alanların cinsellik, psikolojik baskı ve

mesleki çevre olduğu tespit edilmiştir (72). Bu nedenle diyabetli bireylere sağlık kurumları ve arkadaşları tarafından da sosyal destek verilmesi gerektiği önerilmektedir.

Araştırmadaki Özel bir insan desteği algısı bulgularına bakıldığında; Engel algısı, Ciddiyet algısı, Destek algısı, YYDD, Özyeterlilik algısı, Sonuç beklentisi algısı birlikte Özel bir insan desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($F(6,233)=5,025$; $p= 0,001$). Bu araştırmada Tip 2 diyabet hastalığında Özel bir insan desteği algı düzeyi %33,8 oranında bulunmuştur (Tablo 13). Canpolat (2018) araştırmasında diyabet hastası olan kişilerin hastalığa uyum sürecinde; Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği ve Aile desteği aldıkları tespit edilmiştir (91).

5.6. Diyabet Hastalarının Sosyal Destek Algılarının, Sosyodemografik Özellikler ve Hastalıkla İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi

Tip 2 diyabet hastalarının Sosyal destek algılarının sosyodemografik bulguları değerlendirildiğinde; Tip 2 diyabet hastalarının yaşlarına, cinsiyetlerine, ikamet ettikleri yerleşim yerlerine, öğrenim durumlarına, düzenli bir gelirlerinin olup olmamasına, mesleklerine göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20). Arslantaş (2010) çalışmasında hastanede yatan hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, eğitim durumunun, çalışma durumunun algılanan sosyal desteği etkilemediğini belirtmiştir (93). Türten (2011) tarafından yapılan çalışmada hastanın yaşının, cinsiyetinin, diyabet tanı yılının, gelir durumunun psikososyal uyumu etkilemediği görülmektedir (68). Hastalara verilen sosyal desteğin psikososyal uyum sürecini olumlu yönde etkileyeceği düşünülürse bu sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Karakurt, Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların öz bakım gücü ile ekonomik durumu arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (80). Araştırma sonuçlarındaki farklılıklar katılımcıların farklı gelir düzeylerine sahip olmaları ile açıklanabilir.

Araştırma bulgularına göre Tip 2 diyabet hastalarının medeni durumlarına göre Arkadaş desteği alt boyutunda anlamlı farklılık bulunamazken, Sosyal destek algısı ana boyutunda, Aile desteği ve Özel bir insan desteği alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 20). Aslan (2018) çalışmasında, Tip 2 diyabetli bireylerin medeni durumlarıyla aile desteği alma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (67). Diyabetli bireylerin medeni durumlarına göre Aile desteği ve Özel bir insan desteği alt

boyutlarındaki anlamlı farklılık, en çok desteği aynı evi paylaştıkları eşlerinden aldıkları düşünüldüğünde bu durumu açıklayabilir. Bireylerin özellikle eş ve aile desteği beklentileri olduğu bir gerçektir.

Çalışmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre Sosyal destek algısı ana boyutunda ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 20). Ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Tip 2 diyabet hastalarının başka hastalıklarının olup olmamasına ve ek hastalıklarına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21). Arslantaş ve ark. (2010) hastanede yatan hastaların sağlık güvencesinin olup olmadığı, başka hastalıklarının olup olmaması durumunun algılanan sosyal destek arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (89).

Araştırmada Tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları kişilere göre; Sosyal destek algısı ana boyutunda, Aile desteği ve Arkadaş desteği alt boyutlarında farklılık bulunamazken Özel bir insan desteği alt boyutunda farklılık bulunmuştur (Tablo 20). Tip 2 diyabet hastalarında Sosyal destek ve Aile desteği kadar Özel bir insan desteği de büyük önem taşımaktadır. Hastaların tedavi sürecini kabul etmeleri ve Tip 2 diyabete adaptasyon sağlamaları hayatlarındaki özel bir insanın varlığı ile daha kolay olacaktır (49).

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının, hastalıklarına tanı konma süresine, diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatıp yatmamalarına, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmamalarına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 22). Bu araştırmada Tip 2 diyabetli hastalarda Sosyal destek algısı yüksektir. Sosyal destek algısının yüksek olmasının diyabetli bireylerde hastalığın oluşturduğu semptomları azalttığı ve hastaneye başvurularda bu anlamda yaşam kaygısı oluşturmadağı düşünülebilir. Kronik hastalığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada sosyal desteğin hastalarda serum kolesterol düzeyini, kan basıncını ve beslenme şeklini değiştirdiği tespit edilmiştir (93). Bu çalışmada diyabetli hastaların sosyal destek ile hastalığın seyrini değiştirebileceği görülmüştür. Bu sonucun bu araştırma ile de benzer sonuçlar içerebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının, ailelerinde başka diyabetlinin olup olmamasına ve II. derece akrabalarında diyabet olmasına göre Sosyal destek algılarında

ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Tip 2 diyabet hastalarının; I. derece akrabalarında diyabet olmasına göre Sosyal destek algılarında, Aile desteği algılarında ve Özel bir insan desteği algılarında anlamlı farklılık bulunamazken ($p>0,05$) Arkadaş desteği alt boyutunda farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 23). Çocuğunda diyabet bulunan kişilerle annesinde diyabet bulunan kişiler arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 23). Ailede diyabet hikâyesi, bireylerde önemli risk faktörü oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda pozitif aile hikâyesinin özellikle I. derece akrabalarda anne tarafında yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Anne tarafında diyabet hastalığının daha fazla olmasının nedeni bilinmemektedir (94). Literatürde diyabette genetik faktörlerin önemli bir etken olduğu vurgulanmaktadır (67). Bu nedenle diyabetli bireylerde kişiye sağlanan sosyal destek büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının, evde şeker ölçümü yapma sürelerine, insülin kullanıp kullanmamalarına, diyabetle ilgili eğitim alıp almamalarına, diyabet eğitiminin kim tarafından verildiğine ve verilen diyabet eğitiminin yeterli olup olmamasına göre Sosyal destek algılarında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24). Aslan (2018)'in çalışmasında ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanarak kan şekerinin kontrolünü sağlayan diyabetli hastaların aile bireylerinden destek gördükleri belirtilmiştir (67). Bir diğer çalışmada diyabet hastalığında kişinin sağlık kurumlarından almış olduğu eğitimler ve çevresinden almış olduğu Sosyal destek algısı ile diyabete olumlu yönde yaklaşım geliştirdiği belirtilmiştir (95). Araştırma sonuçları arasındaki farklılıklar katılımcıların eğitim düzeyi ve içinde bulundukları sosyo kültürel yapının farklı olması ile ilişkilendirilebilir.

5.7. Diyabet Hastalarının Yalnızlık ve Sosyal Destek Algı Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmadaki Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyleri ile Sosyal destek algı bulguları değerlendirildiğinde; Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyleri ile Sosyal destek algıları arasında ana boyutta ve tüm alt boyutlarda bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 14). Sosyal destek algısının diyabetle mücadele noktasında olumlu etkileri olduğu yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir. Canpolat (2018) çalışmasında hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek algı düzeylerinin orta seviyede olduğunu saptamıştır (91). Sosyal destek ve yaşam kalitesi arttıkça hastalıkla mücadele edebilme gücü de artmaktadır. Bu durum, bireylerin hastalığa karşı adaptasyon sağlayarak yalnızlık veya diğer psikolojik

problemlerin semptomlarını azaltacağını düşündürmektedir. Yapılan bir araştırmada yalnızlık düzeyleri karşılaştırıldığında; en düşük yalnızlık hissinin evde ailesiyle (%25,5) yaşayanlarda olduğu saptanmıştır (96). Bu araştırmada Tip 2 diyabet hastalığında Aile desteği algı düzeyi en yüksek etkiye sahiptir. Diyabet hastalarında görülen yalnızlık düzeylerinin, sosyal destek ile çözümlendiği düşünülürse bu iki çalışma benzer sonuçlar içermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmayla Tip 2 diyabet hastalarında çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca; Tip 2 diyabet hastalarının yalnızlık düzeyleri, algılanan sosyal destek algı düzeyleri, Tip 2 diyabetin yalnızlık ve sosyal destek algısı üzerine etkisinin ve Tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre yalnızlık ve sosyal destek algılarının farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda yapılan analizler sonrası elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyleri orta seviyededir.
- Tip 2 diyabet hastalarının Sosyal destek algısı, Aile desteği algısı, Arkadaş desteği algısı ve Özel bir insan desteği algısı yüksektir.

Tip 2 diyabet ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük bir ilişki vardır. Tip 2 diyabet ile Algılanan sosyal destek, Aile desteği arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Tip 2 diyabet ile Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Engel algısı ile Yalnızlık, Algılanan sosyal destek, Aile desteği, Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ciddiyet algısı ile Algılanan sosyal destek, Aile desteği, Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Yalnızlık ile Ciddiyet algısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Destek algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde; Destek algısı ile Algılanan sosyal destek, Aile desteği arasında pozitif yönlü, orta düzeyde; Destek algısı ile Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. YYDD algısı, Aile desteği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. YYDD algısı ile Yalnızlık, Algılanan sosyal destek, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Özyeterlilik algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde; Özyeterlilik algısı ile Sosyal destek algısı, Aile desteği, Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Sonuç beklentisi algısı ile Yalnızlık arasında negatif yönlü, düşük düzeyde; Sonuç beklentisi algısı ile Algılanan sosyal destek, Aile desteği arasında pozitif yönlü, orta düzeyde; Sonuç beklentisi algısı ile Arkadaş desteği, Özel bir insan desteği arasında

pozitif yönlü, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır.

Çok boyutlu diyabet, Yalnızlık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve etki oranı %33,8 olarak bulunmuştur. Özyeterlilik algısı (%2,99) ve Sonuç beklentisi algısı alt boyutları (%3,35) ile Yalnızlık düzeyleri üzerinde negatif yönlü, anlamlı bir etkiye sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının Özyeterlilik algısı ve Sonuç beklentisi algısı azaldıkça Yalnızlık düzeyleri artarken, Özyeterlilik algısı ve Sonuç beklentisi algısı arttıkça Yalnızlık düzeyleri azalmaktadır.

Çok boyutlu diyabet, Sosyal destek algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve etki oranı %41,8 olarak bulunmuştur. Destek algısı (%3,61) ve Sonuç beklentisi algısı alt boyutları (%2,92) Sosyal destek algıları üzerinde pozitif yönlü, anlamlı bir etkiye sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı arttıkça Sosyal destek algısı artarken, Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı azaldıkça Sosyal destek algısı azalmaktadır.

Çok boyutlu diyabet, Aile desteği algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve etki oranı %38,3 olarak bulunmuştur. Destek algısı (%4,10) ve Sonuç beklentisi alt boyutları (%4,30) Tip 2 diyabet hastalarının Aile desteği algıları üzerinde pozitif yönlü, anlamlı bir etkiye sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı arttıkça Aile desteği algısı artarken, Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı azaldıkça Aile desteği algısı azalmaktadır.

Çok boyutlu diyabet, Arkadaş desteği algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve etki oranı %35,8 olarak bulunmuştur. Destek algısı (%3,10) ve Sonuç beklentisi alt boyutları (%2) Tip 2 diyabet hastalarının Arkadaş desteği algıları üzerinde pozitif yönlü, anlamlı bir etkiye sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı arttıkça arkadaş desteği algısı artarken, Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı azaldıkça arkadaş desteği algısı azalmaktadır.

Çok boyutlu diyabet, Özel bir insan desteği algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ve etki oranı %33,8 olarak bulunmuştur. Destek algısı (%2,9) ve Sonuç beklentisi alt boyutları (%2,1) Tip 2 diyabet hastalarının Özel bir insan desteği algıları üzerinde pozitif yönlü, anlamlı bir etkiye sahiptir. Tip 2 diyabet hastalarının Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı arttıkça Özel bir insan desteği algısı artarken, Destek algısı ve Sonuç beklentisi algısı azaldıkça Özel bir insan desteği algısı azalmaktadır.

Tip 2 diyabet hastalarının Yalnızlık düzeyi ile Algılanan sosyal destek ana boyutu ve tüm alt boyutları arasında (Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği) negatif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının Sosyal

destek algı düzeyleri azaldıkça Yalnızlık düzeyleri artarken, Sosyal destek algı düzeyleri arttıkça Yalnızlık düzeyleri azalmaktadır.

Tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Yalnızlık düzeylerinde; yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, ikamet edilen yerleşim yerlerine, sosyal güvencelerinin olup olmamasına, düzenli gelirlerinin olup olmamasına, mesleklerine göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Öğrenim durumlarına, yaşadıkları kişilere göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Okur-yazar olanların Yalnızlık düzeyi puan ortalamaları, lisans mezunlarının Yalnızlık düzeyi puan ortalamalarından yüksektir. Diğer (baba, çocuk, eş, eş ve anne, kızı, kızı ve oğlu, oğlu, torun) kişilerle yaşayanların Yalnızlık düzeyleri eşi ve çocuklarıyla ya da yalnız yaşayanların Yalnızlık düzeylerinden yüksektir.

Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre Yalnızlık düzeylerinde; diyabet dışında başka hastalıklarının olup olmaması, diyabet dışındaki hastalıkları, diyabet tanısının kaç yıl önce konulduğu, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmamalarına göre anlamlı farklılık yoktur. Ayrıca; ailede başka diyabetlinin olup olmaması, I. derece akrabalarda ve II. derece akrabalarda diyabet olması, evde kan şekeri ölçümü yapıp yapmama, insülin kullanıp kullanmama, diyabetle ilgili eğitim alıp almama, diyabetle ilgili eğitim veren kişi, diyabetle ilgili eğitimin yeterli olup olmadığına göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatmalarına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Diyabet tanısı konulduğunda hastaneye yatanların Yalnızlık düzeyleri hastaneye yatmayanlardan yüksektir.

Tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Sosyal destek algılarında; yaşlarına, cinsiyetlerine, ikamet ettikleri yerleşim yerine, öğrenim durumlarına, düzenli gelirlerinin olup olmamasına, mesleklerine, yaşadıkları kişilere göre ana boyutta ve alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Medeni durumlarına göre Arkadaş desteği boyutunda anlamlı farklılık bulunmazken, Sosyal destek ana boyutu, Aile desteği ve Özel bir insan desteği boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır. Evlilerin Sosyal destek, Aile desteği ve Özel bir insan desteği algıları bekârlardan yüksektir. Sosyal güvencenin olup olmamasına göre ana boyutta ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların Sosyal destek, Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği algıları sosyal güvencesi olmayanlardan yüksektir.

Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarına ilişkin özelliklere göre Sosyal destek algılarında; diyabet dışında başka hastalıklarının olup olmaması, diyabet dışındaki

hastalıkları, diyabet tanısının kaç yıl önce konulduğu, son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yatıp yatmama, ailede başka diyabetlinin olup olmaması, II. derece akrabalarda diyabet olması, evde kan şekeri ölçümü yapıp yapmama, insülin kullanıp kullanmama, diyabetle ilgili eğitim alıp almama, diyabetle ilgili eğitim veren kişi, diyabetle ilgili eğitimin yeterli olup olmadığına göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır. I. derece akrabalarda diyabet olmasına göre; Sosyal destek, Aile desteği ve Özel bir insan desteği boyutunda anlamlı farklılık bulunmazken, Arkadaş desteği boyutunda anlamlı farklılık bulunmaktadır. Annesinde diyabet bulunanların Arkadaş desteği algıları çocuğunda diyabet bulunanlardan yüksektir.

Sonuç itibarıyla; Tip 2 diyabet hastalığında Yalnızlık düzeyi %33,8 oranında; Algılanan sosyal destek düzeyi %38,3 oranında; Aile desteği algısı düzeyi %41,8 oranında; Arkadaş desteği algısı düzeyi %35,8 oranında ve Özel bir insan desteği algısı düzeyi %33,8 oranında bulunmuştur. Tip 2 diyabette en fazla Aile desteği algısı etkili olmaktadır. Bundan hareketle; diyabet hastalarının hastalıklarıyla baş etmelerinde ailenin büyük önem taşıdığı, dolayısıyla özellikle ailelerin bu konuda desteklerini arttırmaları önerilebilir. Arkadaş desteği de Tip 2 diyabet hastaları için önemlidir. Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla mücadelelerinde gerek iş arkadaşlarının, gerekse sosyal hayattaki arkadaşlarının da mutlak suretle destek olmaları önerilebilir. Özel bir insan desteği üçüncü sırada etkiye sahiptir. Özel bir insan, Tip 2 diyabet hastalarının ailesinde, arkadaşlarında ya da çevresinde yer alan herhangi bir kişi olabilir. Dolayısıyla toplum olarak Tip 2 diyabet hastalarına destek olunması önerilebilir. Bu durum hem hastalıklarıyla baş etmelerini kolaylaştıracak, hem de yalnızlıklarının azalmasını sağlayacaktır. Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteğini hissedenden Tip 2 diyabet hastalarının kendilerini daha az yalnız hissedecekleri muhakkaktır.

Araştırma sonuçlarına göre, okur-yazar olanların Yalnızlık düzeyleri lisans mezunlarından yüksektir. Yalnızca okur-yazar olan kişilerin öğrenim düzeylerinin artırılması yoluna gidilebileceği gibi, özellikle sağlık kuruluşlarında bu kişilere yardımcı olma konusunda uzman kişilerin görevlendirilmesi önerilebilir. Ayrıca; bu kişilere hastalıklarıyla ilgili broşür vermek yerine anlayabilecekleri bir dille hastalıkları konusunda bilgilendirme yapılması, aile sağlığı merkezlerinde takiplerinin yapılarak özellikle bu kişilerin eğitim almasının sağlanması önerilebilir.

Eşi ve çocuklarıyla yaşayanların Yalnızlık düzeylerinin düşük olması, eş ve çocuklarından destek aldıklarının bir göstergesidir. Evlilerin Yalnızlık düzeylerinin düşük olması da bu durum içinde değerlendirilebilir. Dolayısıyla yalnızca baba, çocuk,

anne, kız, oğul ya da torunlarıyla yaşayan kişilere çevresinin de destek olması önerilebilir.

En önemli sonuç ise; sosyal güvencesi olanların Sosyal destek, Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel bir insan desteği algılarının sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek olmasıdır. Tip 2 diyabet gibi ölümcül sonuçlara yol açan hastalıklarda sosyal güvence önemli bir yer tutmaktadır. Bu ve benzeri kronik hastalığa sahip kişilerin tedavi, ilaç temini gibi konularda devlet tarafından desteklenmeleri çok önemlidir. Dolayısıyla yetkililere bu konuda gerekli hassasiyeti göstermeleri önerilebilir.

Annesinde diyabet bulunanların Arkadaş desteği algıları çocuğunda diyabet bulunanlardan yüksektir. Annenin bir ev için ne kadar önemli olduğu düşünüldüğünde annesi Tip 2 diyabet hastası olan kişilerin arkadaşları tarafından maddi ya da manevi olarak desteklenmesi konusu ortaya çıkmaktadır. Kişilerin ailesinde Tip 2 diyabet hastası olan arkadaşlarına manevi destek başta olmak üzere, özellikle düzenli geliri olmayan arkadaşlarına ellerinden geldikince maddi destekte bulunmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. TÜRKDİAB. "*Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*", Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2017.
2. Kuzu CG. "Tip 2 diyabetlilerde özbakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel-sosyal faktörler", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(4): 10-18.
3. Eker D, Arkar H, Yıldız H. "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1): 17-25.
4. Erdoğan G. "*Endokrinoloji Temel ve Klinik*", MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, 2005.
5. Garipoğlu G, Akbulut G. "Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde kullanılan oral antidiyabetikler ve besin-ilaç, ilaç-ilaç etkileşimleri", *İç Hastalıkları Dergisi*, 2014, 21: 1-9.
6. Karim R. "The association of smoking and subclinical atherosclerosis in type 2 diabetes: Modification by duration of diabetes", *Diabet Med*, 2005, 22(1): 81-87.
7. Aktaş AM. "*Ben ve Ailem*", Atlas Yayınevi, Konya, 2011.
8. Meriç M. "Diyabetli bireyin mücadelesi: Gözden kaçan psikososyal boyut", *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing*, 2017, 3(1): 37-41.
9. Tekin O, Erarslan E, Işık B, Özkara A. "Diyabetik hastalarda tedavi bariyerleri ve bunların glisemik kontroldeki önemleri: Ankara-Pursaklar bölgesinde kesitsel bir çalışma", *Yeni Tıp Dergisi*, 2007, 24: 105-109.
10. Turhan H. "*Tip 2 Diabetes Mellituslü Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete*", Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
11. Yalın H, Demir H, Olgun N. "Diyabetli birey nasıl izlenmelidir?", *The Journal of Turkish Family Physicia*, 2011, 02(3): 6-18.

12. Gillett M. "International expert committee report on the role of the a1c assay in the diagnosis of diabetes", *Diabetes Care*, 2009, 32(7): 1327–1334.
13. Yılmaz T. "*Diabetes Mellitusun Tanı Kriterleri ve Sınıflaması*", Yılmaz T, Bahçeci M, Büyükbeşe A. *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*", Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2003.
14. Donovan L, Hartling L, Muise M, Guthrie A, Vandermeer B, Dryden D. "Screening tests for gestational diabetes: A systematic review for the us preventive services task force", *Annals of Internal Medicine*, 2013, 159(2): 115-122.
15. Eroğlu N. "Diabetes mellitus'un komplikasyonları", *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 2018, 1(2): 6-12.
16. Durmaz SE. "*Tip 2 Diyabetli ve Prediyabetli Bireylerde Diyetle Fruktöz Alımının Metabolik Kontrol ve Biyokimyasal Parametreler İle İlişkisi*", Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
17. Koçyiğit E. "*Tip 2 Diyabetlilerin Serum Magnezyum ve Kalsiyum Düzeylerinin Beslenme Durumu İle İlişkisi*", Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
18. Akkuş Ö.Ö. "*Tip 2 Diyabeti Olan ve Olmayan Bireylerin Serum D Vitamini, Kalsiyum ve Magnezyum Düzeyleri İle Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması*", Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2015.
19. Erdoğan K.M. "*Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında PPAR γ Geninin MLPA (Multiplex Ligation-Dependent Probe Amplification) Yöntemi İle Genetik Analizi*", Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2009.
20. İçli T. "Yalnız Yaşamak", Ed. Gökçe KY. *Geriatric 2002 Sempozyumu*, H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, 2002, 260-265.

21. Engin E, Uğuryol M, Kaçmaz E. "Yalnızlık kavramı ve sağlıklı yaşam üzerine etkileri", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016, 9(42): 1101-1105.
22. Aktaş A.S. "Yetişkin Bireylerde Sosyal Medya Kullanım Davranışları İle Yalnızlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
23. Yılmaz E. "Tip 2 Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri İle Özbakım Gücü İlişkisi", Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010.
24. Bruce D, Davis W, Davis T. "Longitudinal predictors of reduced mobility and physical disability in patients with type 2 diabetes the fremantle diabetes study", *Diabetes Care*, 2005, 28(10): 2441-2447.
25. Yaşar R. "Yalnızlık", *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2007, 17(1): 237-260.
26. Özkan S. "Psikiyatrik tıp: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi", Roche Yayınları, İstanbul, 1993.
27. Akgül H. "Yalnızlığı Azaltma Psiko-Eğitim Programının Yaşlıların Yalnızlık Düzeyine Etkisi", Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2016.
28. Huang E, Bhat R, Chin M. "Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus", *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53(2): 306-311.
29. Kozaklı H. "Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması", Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006.
30. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. "Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(2): 89-98.

31. Özdemir İ, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz H. "Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24(2): 128-138.
32. Aydemir Ö. "Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997, 8(4): 187-280.
33. Bahar A, Sertbas G, Sönmez A. "Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2006, 7(1): 18-26.
34. Sönmez B, Kasım İ. "Diabetes mellituslu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri", *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013, 17(3): 119-124.
35. Almawi W, Tamim H, Al-Sayed N, Arekat M, Al-Khateeb G, Baqer A, Tutanji H, Kamel C. "Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with type 2 diabetes in bahrain, a country with a very high prevalence of type 2 diabetes", *J Endocrinol Invest*, 2008, 31(11): 1020-1024.
36. Lin EHB, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Ciechanowski P, Oliver MM, Ludman EJ, Young BA, Williams LH, McCulloch DK, Korff MV. "Depression and advanced complications of diabetes: A prospective cohort study", *Diabetes Care*, 2010, 33(2): 264-269.
37. Danese A, Moffitt T, Harrington H, Milne B, Polanczyk G, Pariante CM, Poulton R, Caspi A. "Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2009, 163(12): 1135-1143.
38. Hekimoğlu Ş. "*Diabetik ve Nondiabetik Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*", Uzmanlık Tezi, 2003.
39. Pınar R. "*Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*", İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.

40. Güven T. "*Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması*", Şişli Etfal Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
41. Redekop W, Koopmanschap M, Stolk R. "Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes", *Diabetes Care*, 2002, 25(3): 458-463.
42. Sevinçok L, Güney E, Uslu A, Baklacı F. "Depression in a sample of turkish type 2 diabetes patients", *Eur Psychiatry*, 2001, 16(4): 229-231.
43. Koç EM, Başer D, Özkara A, Kahveci R, Alsancak A, Yaşar İ, Yılmaz, T. "Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi: Türkiye için bir pilot çalışma", *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015, 7(2): 76-82.
44. Satman İ, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H, DSc5, The TURDEP Group. "Population-based study of diabetes and risk characteristics in turkey: Results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP)", *Diabetes Care*, 2002, 25(9): 1551-1560.
45. Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. "Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi", *Klinik Psikiyatri*, 2004, 7(1): 85-94.
46. Toygar İ, Hançerlioğlu S, Şimşir İ, Şevki C. "Diyabetik ayak hastalarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler", *Ege Tıp Dergisi*, 2020, 59(4): 272-279.
47. Akan G. "*Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*", Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2019
48. Orhan B, Karabacak B. "Tip 2 diyabetlilerde diyabete ilişkin bilişsel ve sosyal faktörler ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişki", *Clin Exp Health Sci*, 2016, 6(1): 1-8.
49. Muslu L, Ardahan M, Günbayı İ. "Tip 2 diabetes mellituslu hastaların psikososyal uyum sürecine ilişkin görüşleri: Fenomenolojik bir araştırma", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2017, 9(1): 75-100.

50. Baykal D, Orak E. "Tip 2 diyabetik hastaların glisemi kontrollerinde aile desteğinin araştırılması", *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, (4): 361-382.
51. Karakurt P, Aşilar R, Yıldırım A, Sevinç H. "Diyabetli hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları", *Eur J Ther*, 2013, (23): 165-172.
52. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu A, Bozdemir N, Aşilar R. "Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı", *TJFMPC*, 2020, 14(3): 479 - 491.
53. Talbot F, Nouwen A, Gingras J, Gosselin M, Audet J. "The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The multidimensional diabetes questionnaire", *Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 20(3): 291-312.
54. Russell D, Peplau L.A, Ferguson M.L. "Developing a measure of loneliness", *Journal of Personality Assessment*, 1978, 42: 290-294.
55. Yaparel R. "Sosyal İlişkilerdeki Başarı ve Başarısızlık Nedenlerinin Algılanması İle Yalnızlık Arasındaki Bağlantı", Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1984.
56. Demir A. "U.C.L.A. Yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği", *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7(23): 14-18.
57. Kaya N, Kaya H, Atar N, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A. "Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9(2): 18-26.
58. Procidano M.E, Heller K. "Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies", *Am J Community Psychol*, 1983, 11: 1-24.
59. Eskin M. "Reliability of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale", *J Clin Psychol*, 1993, 49: 515-522.
60. Karakoç F, Dönmez L. "Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler", *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014, 13(40): 39-49.

61. Özdamar K. "*Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi II*", Kaan Yayınları, Eskişehir, 2004.
62. Pallant J. "*SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide To Data Analysis Using SPSS*. Allen & Unwin, Australia", 2010.
63. Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. "Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi", *Curr Res Educ*, 2016, 2(3): 130-148.
64. Terzi Y. "*SPSS İle İstatistiksel Veri Analizi*", 2019.
<https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/yukselt/64430/SOS5.pdf> Erişim: 8 Mayıs 2021.
65. Büyüköztürk Ş. "*Örnekleme Yöntemleri*", 2012.
<http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/wp-content/uploads/2012/03/BAY-FinalKonulari.pdf> Erişim: 10 Mayıs 2021.
66. Al AD. "*Kısmi Zamanlı Çalışanlarla Tam Zamanlı Çalışanların Bireysel Performans Düzeylerinde İş Tatmininin Rolü*", Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
67. Aslan, G. "*Diyabetli Bireylerde Aile Desteği İle Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*", Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, 2018.
68. Türten, T. "*Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyumun Belirlenmesi*", Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
69. Günal A, Başkurt F, Başkurt Z, Parbucu T, Yücekaya B. "Tip II diyabetli yaşlı hastalarda engel algısı ve fonksiyonel yetersizlik ilişkisi", *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 2012, 3(1): 31-35.
70. Arısoy H. "*Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları*", Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

71. Aba N, Tel H. "Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü", *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, (1): 18-23.
72. Kaymaz T, Akdemir N. "Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016, 7(2): 61-67.
73. Badur F. "*Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*", İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
74. Orhan B, Karabacak B. "Tip 2 diyabetlilerde diyabete ilişkin bilişsel ve sosyal faktörler ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişki", *Clin Exp Health Sci*, 2016, 6(1): 1-8.
75. Alkan S. "*Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Birinci Derece Akrabalarda Diyabet Öyküsünün Diyabet Başlangıç Yaşına Etkisi*", İstanbul Lütüf Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
76. Kartal A, Çağırğan MG, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. "Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7(3): 223-230.
77. Güzel S. "*Beslenme ve Diyetetik Programı Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum ve Davranışları ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi*", Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
78. Taşkaya S. "*Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*", Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, 2014.
79. Akın S. "*Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*", İstanbul Bilim Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
80. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. "Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi", *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 14(1): 1-9.
81. Polat H, Ergüney S. "Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(1): 2012.

82. Aslan D. "Halk sağığı bakış açısıyla sosyal açıdan damgalayıcı bir hastalık: Tüberküloz", *Klinik Gelişim Dergisi*, 2007, 20(1): 86-90.
83. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. "*Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Yöntem ve Teknikler: Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*, Ed. Geylan R. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler", A.Ö.F. Yayınları Etam Matbaacılık, Eskişehir, 1991, 130-140.
84. Şahin MA. "*Yaşlı Bireylerde Sosyal Destek Algısının Yalnızlık ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi*", Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2019.
85. Saltan A, Küçük KM, Boğa MS. "Yaşlı bireylerde yaşanan yer ile yalnızlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması", *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2018, 2(4): 191-198.
86. Burholt V, Scharf T. "Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments", *Journals of gerontology, series b: psychological sciences and social sciences*, 2014, 69(2): 311–324.
87. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. "Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi", *Genel Tıp Dergisi*, 2008, 18(2): 71-79.
88. Alkan S, Sezgin A. "Yetişkin hastalarda yalnızlık", *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(1): 43-52.
89. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. "Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler", *İ.U.F.N. Hemşirelik. Dergisi*, 2010, 18(2): 87-97.
90. Üstün S. "*Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Çocuklar İle Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması*", Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
91. Canpolat M. "*Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*", İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2018.

92. Baykal D, Orak E. "Tip 2 diyabetik hastaların glisemi kontrollerinde aile desteğinin araştırılması", *IGUSABDER*, 2018, 4: 361-382.
93. Verheijden M, Balex JC, Akkermans R. "Web-based Targeted Nutrition Counselling and Social Support Patients at Increased Cardiovascular Risk in General Practice: Randomized Controlled Trial", *J Med Internet Res*, 2004, 16(6): e44.doi: 10.2196/jmir.6.4.e44.
94. Bayrak G, Koç E, Suher M. "Tip 2 diyabetes mellituslu olguların akrabalarındaki diyabetes mellitus prevalansı", *6.Ulusal İç Hastalıkları kongresinde sunulan bildiri*, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2004.
95. Altunoğlu E, Sarı Z, Erdenen F, Müderrisoğlu C, Ülgen E, Sarı M. "Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet süresi ve HbA1c düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve yeti yitimi arasındaki ilişki", *İstanbul Tıp Dergisi*, 2012, 13(3): 115-119.
96. Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S, Kaya E, Eğici MT. "Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması", *J Contemp Med*, 2017, 7(3): 234-240.

EKLER

Ek-1: ETİK KURUL ONAY YAZISI

OKAN ÜNİVERSİTESİ		
Etik Kurul Kararı		
Toplantı Tarihi: 07.10.2020		
Toplantı Sayısı: 126		
<u>Toplantıya Katılanlar:</u>		
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)	
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)	
Prof. Dr. Mübariz Hasanov	(Üye)	
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye)(Katılmadı)	
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)	
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye) (Katılmadı)	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)	
Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut	(Üye)	
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 07.10.2020 tarihinde toplandı.		
Yapılan görüşmeler sonucunda:		
Karar 13- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü'ndeki Gizem SOYSAL'ın Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI danışmanlığında "Tip 2 Diyabet Hastalarında Çok Boyutlu Diyabet, Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi" başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.		
Prof. Dr. Mithat Kıyak (Başkan)		
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan (Üye)	Prof. Dr. Dilek Öztürk (Üye) (Katılmadı)	Prof. Dr. Mübariz Hasanov (Üye)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli (Üye) (Katılmadı)	Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ (Üye)	Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal (Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna (Üye)	Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut (Üye)	

Ek-2: İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Gizem Soysal'ın Çalışması Hk.

BÜYÜKÇEKMECE MİMAR SİNAN DEVLET HASTANESİNE

İlgi : 24/12/2020 tarihli ve 92302355-774.01.01-10230 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Hastanenizde hemşire kadrosunda çalışmakta olan Gizem Soysal'ın Okan Üniversitesinde Yüksek lisans öğrencisi Gizem SOYSAL'ın, Dr.Öğr.Üyesi Özlem YAZICI danışmanlığında, “**Tip 2 Diyabet Hastalarında Çok Boyutlu Diyabet, Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi**” başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından tekrar değerlendirilmiş olup 31.12.2020 tarih ve 2020/49 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sok. no:8/1 Bakırköy/İstanbul

Telefon: Faks No:

e-Posta:

Bilgi için:Leyla ÇELİK

TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Ek-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi Okan Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI danışmanlığında, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programından Gizem SOYSAL tarafından yürütülen “Tip 2 Diyabet Hastalarında Çok Boyutlu Diyabet, Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmada amaç, Tip 2 diyabet hastalarında çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisini ortaya koymaktır. Araştırmada sizden tahminen 15 dk kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya gizemsoysal.vp@hotmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Gizem SOYSAL

İmzası:

İletişim Bilgileri:

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

Ek-4: HASTA BİLGİ FORMU

HASTA BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı;

Elinizdeki anketle Tip 2 diyabet hastalarında çok boyutlu diyabet, yalnızlık ve algılanan sosyal destek ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

- Adınızı soyadınızı yazmanıza gerek yoktur.
- Ankette yer alan soru ve maddelerden size en uygun olanı işaretleyiniz.
- Her madde için bir işaretleme yapınız ve maddeleri boş bırakmayınız.
- İşaretleyeceğiniz seçeneği yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Verdiğiniz cevaplar kimseyle paylaşılmayacaktır. Samimiyetle ve gerçekçi cevaplar vermenizi rica eder şimdiden katkılarınız için teşekkür ederim.

Gizem SOYSAL

1. Yaşınız (Lütfen yazınız):

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz: () Bekâr () Evli

4. İkamet ettiğiniz yerleşim yeri

() Köy () İlçe () Şehir () Büyükşehir

5. Sosyal Güvenceniz: () Yok () Var (lütfe yazınız):

6. Öğrenim durumunuz

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() İlköğretim/Ortaokul

() Lise

() Ön Lisans

() Üniversite (4 ve üstü yıllık)

() Lisansüstü

7. Düzenli bir geliriniz var mı?

() Evet emekliyim

() Hayır

() Evet çalışıyorum (Memur, işçi vs lütfe yazınız):

() Diğer (lütfe yazınız):

8. Mesleğiniz:

9. Kimle/kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- () Yalnız yaşıyorum () Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum.
() Ailemle (anne, baba, kardeş) yaşıyorum. () Arkadaşlarımla yaşıyorum.
() Anne-baba dışında bir akrabamla yaşıyorum. () Diğer (lütfen yazınız):

10. Diyabet dışında başka hastalığınız (kalp krizi, böbrek yetmezliği vb.) var mı?

- () Yok () Var (lütfen yazınız):

11. Kaç yıl önce diyabet tanısı kondu? (lütfen yazınız):

12. Diyabet tanısı konduğunda hastaneye yatırıldınız mı? () Hayır () Evet

13. Son 1 yıl içinde diyabete bağlı olarak hastaneye yattınız mı? () Hayır () Evet

14. Ailenizde sizden başka diyabetli birey var mı?

- () Yok
() 1. derece akrabalarınızda (anne, baba, çocuk, kardeş) Lütfen yazınız:
() 2. derece akrabalarınızda (teyze, dayı, amca, hala) Lütfen yazınız:
() Eşimde var.

15. Evde kan şekeri ölçümü yapıyor musunuz?

- () Hayır
() Sabah ve akşam
() Günlük
() Haftalık

16. İnsülin kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet

17. Diyabet ile ilgili eğitim verildi mi? () Hayır () Evet

18. Diyabet ile ilgili eğitim verildi ise kim tarafından verildi?

- () Hiç verilmedi () Hekim () Hemşire () Diyabet Hemşiresi
() Diğer (lütfen yazınız):

19. Diyabet ile ilgili verilen eğitim sizce yeterli miydi? () Hayır () Evet

Ek-5: ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ

Bölüm I

Bu bölümde diyabetin hayatınızı nasıl etkilediği hakkında daha çok şey öğrenmek istiyoruz. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve her bir soru için durumunuza en çok uyan sayıyı daire içine alınız.

1. Diyabetiniz günlük aktivitelerinize ne kadar engel oluyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

2. Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor? (Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

3. Diyabetinizi ne kadar ciddi bir sağlık problemi olarak görüyorsunuz?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

4. Diyabetiniz sosyal hayattan veya eğlenceli aktivitelerden aldığınız keyfi ve memnuniyeti ne kadar azaltıyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

5. Aileniz ve arkadaşlarınız diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor veya yardım ediyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

6. Diyabetin uzun vadede organlarınızda oluşturabileceği hasarlar hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

7. Diyabetiniz işlerinizdeki verimliliğinizi ne kadar olumsuz etkiliyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

8. Diyabetiniz eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi ile olan ilişkinizi ne kadar olumsuz etkiliyor? (Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

9. Diyabetiniz hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

10. Eşiniz veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetli olduğunuz için size ne kadar özen gösteriyor? (Eğer yalnız yaşıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

11. Diyabetiniz dilediğiniz kadar seyahat etmenizi ne kadar önltüyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

12. Diyabetiniz sosyal ya da eğlenceli aktivitelere katılabilmenizi ne kadar engelliyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

13. Diyabetiniz aktivitelerinizi planlayabilmenizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

14. Diyabetiniz istediğiniz kadar aktif olabilmenizi ne kadar önlüyor?

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

15. Diyabetiniz istediğiniz programa göre hareket etmenizi ne kadar önlüyor? (Örneğin geç yatmak gibi)

Hiç Oldukça çok
0 1 2 3 4 5 6

Bölüm II.

Bu bölümde, eşinizin veya aynı evi paylaştığınız ve sizin için önemli olan kişinin, sizin öz-bakım programınız ile ilgili tepkisini öğrenmek istiyoruz. Lütfen ifadeleri dikkatle okuyunuz ve ifadelerin size göre uygunluğunu altında bulunan uygun sayıyı işaretleyerek belirtiniz. **Eğer yalnız yaşıyorsanız bu bölümü işaretlemeyen diğer bölüme geçiniz.**

Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi;

16. Diyetime uyduğum zaman beni kutlar.

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

17. Diyabet ilaçlarımla (*hap- insülin*) ilgili bana zorluk çıkartır. (Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

18. Kan şekerimi düzenli ölçtüğüm için beni kutlar. (Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

19. Egzersiz konusunda bana zorluk çıkartır. (Egzersiz tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

20. Ayaklarıma bakmamı bana hatırlatır (Ayak bakımı önerilmemişse burayı işaretleyiniz ____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

21. Öğün programıma uyduğum zaman beni kutlar (*ana ve ara öğünler*).

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

22. Diyabet ilaçlarımı (*haplar- insülin*) almamı hatırlatır. (Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

23. Egzersiz yaptığım zaman besin alımımı ayarlamamda bana yardımcı olur. (Egzersiz yapmanız tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

24. Diyetim konusunda bana zorluk çıkartır.

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

25. Aile faaliyetlerini ilaçlarımı zamanında alabileceğim şekilde planlar. (Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

26. Kan şekerimi ölçme konusunda bana zorluk çıkartır. (Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

27. Egzersiz yapmam için beni teşvik eder. (Egzersiz yapmanız tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Asla Her zaman
0 1 2 3 4 5 6

Bölüm III.

Diyabetin tedavisi diyet, egzersiz gibi birçok öz-bakım aktivitesini kapsar. Bazen bu öz-bakım aktivitelerini yapmak insanlara zor gelebilir veya bunları yapmanın ne kadar önemli olduğunu göremeyebilirler. Bu bölümde bu durumun sizin için nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Her soruyu dikkatle okuyunuz ve sizin durumunuza uyan sayıyı daire içine alınız.

28. Diyetinize uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim Çok eminim
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

29. Kan şekerinizi önerilen sıklıkta ölçebildiğinizden ne kadar eminsiniz?

(Kan şekeri ölçümü önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç emin değilim Çok eminim
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

30. Düzenli olarak egzersiz yapabildiğinizden ne kadar eminsiniz? (Egzersiz tavsiye edilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç emin değilim Çok eminim
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

31. Kilonuzu kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim	Çok eminim									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

32. Kan şekerinizi kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim	Çok eminim									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

33. Yasak olan yiyeceklere karşı koyabildiğinizden (kendinizi tutabildiğinizden) ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim	Çok eminim									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

34. Diyabet tedavinize (*diyet, ilaç kullanımı, kan şekeri testi, fiziksel aktivite gibi*) uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç emin değilim	Çok eminim									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

35. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyetinize uymak sizce ne kadar önemli?

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

36. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için ilaçlarınızı önerildiği şekilde almak sizce ne kadar önemli?

(Diyabetiniz için ilaç almıyorsanız burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

37. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için egzersiz sizce ne kadar önemli? (Egzersiz önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

38. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için kan şekerinizi ölçmek sizce ne kadar önemli? (Kendi kendinize kan şekerinizi ölçmeniz önerilmemişse burayı işaretleyiniz____)

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

39. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyabet tedavinize bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

40. Uzun vadede diyabete bağlı olarak gelişebilecek hasarları (*böbrek, göz, kalp ve ayakla ilgili problemler*) önlemek veya geciktirmek için tedaviye bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?

Hiç önemli değil	Çok önemli									
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Ek-6:UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerin her birinde tanımlanan durumu ne sıklıkla hissettiğinizi, her biri için tek rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	Hiç Nadiren Bazen Sık sık			
1.Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2.Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3.Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4.Kendimi yalnız hissetmiyorum.	1	2	3	4
5.Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası gibi hissediyorum.	1	2	3	4
6.Çevremdeki insanlarla birçok ortak yönüm var.	1	2	3	4
7.Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8.İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	1	2	3	4
9.Dışadönük bir insanım.	1	2	3	4
10.Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11.Kendimi toplum dışı bırakılmış hissediyorum.	1	2	3	4
12.Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	1	2	3	4
13.Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14.Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15.İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16.Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17.Bu kadar dışa itilmiş olmaktan ötürü mutsuzum.	1	2	3	4
18.Çevremde insanlar var fakat benimle değiller.	1	2	3	4
19.Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20.Derdimi söyleyebileceğim insanlar var.	1	2	3	4

Ek-7: ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-8: ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ İZİN YAZISI

ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ KULLANMA İZİN TALEBİ 2 ✓ 

 **Gülhan Coşansu** <mail.com>    

12.01.2020 Paz 11:00
Kime: Siz; Gülhan Coşansu

 **T_ÇBDA_.pdf** 277 KB 

 2 ekin (574 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Soysal
tez çalışmanızda "Çok Boyutlu Diyabet Anketi"ni kullanabilirsiniz.
Ekte anketi ve makalesini gönderiyorum. Çalışma sonuçlarınızı
benimle paylaşırsanız çok sevinirim.
iyi çalışmalar

Gizem .. 10 Oca 2020 Cum,

Ek-9: UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

**Re: UCLA YALNIZLIK OLCEĞİ KULLANMA IZIN
TALEBI HAKKINDA;**

Alıcı: ben

Sayın Gizem SOYSAL;

Yüksek Lisans Tez Çalışmanızda kullanmak üzere, izin talebinde bulunduğunuz " UCLA Yalnızlık Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Recep YAPAREL
Dokuz Eylül Üniversitesi



Ek-10: ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İZİN TALEBİ  1  

HA

haluk arkar <
>
2.01.2020 Per 10:38
Kime: Siz

 Çok Boyutlu Algılanan So...
16 KB 

Sayın Gizem Soysal,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği”,Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Gizem .." <
Kime: "haluk arkar" <
Gönderilenler: 30 Aralık Pazartesi 2019 12:44:27
Konu: ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ İZİN TALEBİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GİZEM	Soyadı	SOYSAL
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.		
E-mail			

Eğitim Düzeyi

Derece	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2021
Lisans	Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi	2018
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Birim Sorumlusu	Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	2018-Halen
Hemşire	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2018
Hemşire	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	2013-2014

Yabancı Dil: İngilizce (Orta seviye)

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office programları (İyi), SPSS (Orta)

Sertifikalar: Aile Danışmanlığı Sertifikası (2020), Diğer Sağlık Personeli Belgesi (2018), Türk İşaret Dili Sertifikası (2017), Gebze Teknik Üniversitesi Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Organizasyon Uzmanlık Eğitim Belgesi (2017), Beden Dili & Diksiyon & Etkili İletişim Sertifikaları (2017), Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası (2016), Temel Yaşam Desteği Eğitim Sertifikası Sanerc (2013).