



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KULLANDIKLARI ALTERNATİF
TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE
ÖZBAKIMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Dilanur SÖNMEZ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ceyda OKUDU**

**İSTANBUL
Haziran, 2023**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KULLANDIKLARI ALTERNATİF
TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE
ÖZBAKIMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Dilanur SÖNMEZ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ceyda OKUDU**

**İSTANBUL
Haziran, 2023**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Dilanur SÖNMEZ tarafından hazırlanan "*Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kullandıkları Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Özbakımları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07/06 /2023

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ceyda OKUDU
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik ABD

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe Aslı BARLA DEMİRKOZ
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik ABD

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Şule ŞAKAR
Arel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik ABD

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zafer UTLU
Müdür

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KULLANDIKLARI ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ÖZBAKIMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

ORIJİNALLİK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%2

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikerisim.baskent.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

3

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

<%1

4

gavsispanel.gelisim.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

5

dspace.gazi.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

6

Submitted to Okan Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

7

mst.dk

İnternet Kaynağı

<%1

8

Submitted to Atılım University

Öğrenci Ödevi

<%1

www.sporbilim.com

07/06/2023

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kullandıkları Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Özbakımları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Ceyda OKUDU'nun sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Dilanur SÖNMEZ

ÖNSÖZ

Tezimin planlanma aşamasından sonuna kadar bana destek olan değerli danışman hocam sevgili Dr. Öğretim Üyesi Ceyda OKUDU'ya ve her döneminde yanımda olan, eğitim hayatım boyunca bana inanan ve güvenen AİLEM'e sonsuz sevgimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Haziran, 2023

Dilanur SÖNMEZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1. Diyabetes Mellitus (DM)	3
2.1.1. Diyabetes Mellitus (DM) Tanımı	3
2.1.2. DM'nin Tarihçesi	4
2.1.3. DM Patogenezi.....	5
2.1.4. Tip 2 DM Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	6
2.1.5. Tip 2 DM Etiyolojisi ve Patogenezi.....	8
2.1.6. Tip 2 DM Komplikasyonları	9
2.1.7. Tip 2 DM Tedavisi ve Bakımı	11
2.1.8. Tip 2 DM ve Yaşam Kalitesi	12
2.1.9. Tip 2 Diyabetin Tedavisinde Beslenme Yöntemleri.....	13
2.1.10. Tip 2 Diyabetin Tedavisinde Beslenme Önemi	16
2.1.11. Tip 2 DM'li Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları .	17
2.1.12. Tip 2 DM'de Kan Şekerini Düşürme Mekanizmaları.....	18
2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	19
2.2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tanımı	19
2.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Tarihçesi	20
2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanım Amaçları	22
2.2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Sınıflandırılması.....	24
2.2.5. Hastaların Başvurma Nedenleri	29
2.2.6. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Yönelimi Etkileyen Faktörler	30
2.2.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde Yer Alan Tedaviler	32

2.2.8. Dünyada Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamaları	35
2.2.9. Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırma ile İlgili Genel Bilgiler	38
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	38
3.3. Veri Toplama Araçları	39
3.3.1. Bireylerin Genel Özellikleri Anket Formu	39
3.3.2. Hastalık ile İlgili Özellikler Anket Formu	39
3.3.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı	39
3.3.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sorular Anket Formu	40
3.3.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği	40
3.3.6. Diyabet Öz-bakım Ölçeği	41
4. BULGULAR	42
4.1. Araştırma Verilerine Yönelik Tanımlayıcı Analizler	42
4.1.1. Hastaların Genel Özelliklerine Yönelik Bulgular	42
4.1.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular	44
Tablo 4.3. (Devam) Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular	45
4.1.3. Hastaların Besin Tüketimlerine Yönelik Bulgular	45
4.1.4. Hastaların TAT Yöntemlerine İlişkin Cevaplarına Yönelik Bulgular	45
4.1.5. Hastaların TAT Tutum ve Öz bakım Düzeylerine Yönelik Bulgular	47
4.2. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeylerine Yönelik Karşılaştırma Analizleri	48
4.2.1. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Genel Özellikler Karşılaştırması	48
4.2.2. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Hastalık ile İlgili Özellikler Karşılaştırması	50
4.2.3. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Besin Tüketimleri İlişkisi	52
4.2.3. Hastaların TAT Tutumları ile Öz Bakım Düzeyleri İlişkisi	53
4.2.4. Hastaların TAT Tutum Düzeylerinin Na Değeri Üzerindeki Etkisi	54
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ	66
7. ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	70
EKLER	81
ÖZGEÇMİŞ	92

KISALTMALAR LİSTESİ

ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
DM	:Diabetes Mellitus
DKA	:Diyabetik Ketoasidoz
FPG	:Açlık Plazma Glukozu
FPG	:Açlık Plazma Glukozu
GI	:Glisemik İndeksli
GWAS	:Genom Çapında İlişkilendirme Çalışmaları
HbA1c	:Hemoglobin A1c
HHS	:Hiperosmolar Hiperglisemik Durum
IDDM	:İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus
IFG	: Bozulmuş Açlık Glukozu Bozulmuş Glukoz Toleransı
IGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
MBSR	:Farkındalık Temelli Stres Azaltma
NCCAM	:Ulusal Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Merkezi
NIDDM	:İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus
OGTT	:Oral Glukoz Tolerans Testi
SGLT2	:Sodyum-Glukoz Kotransporter-2
T1DM	:Tip 1 Diabetes Mellitus
T2DM	:Tip 2 Diabetes Mellitus
TAT	:Tamamlayıcı Alternatif Tıp
TCM	:Geleneksel Çin Tıbbı
WHO	:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YK	:Yaşam Kalitesi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Beslenme Yöntemleri.....	15
Tablo 2.2. Besinlerin genel özellikleri	16
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular	42
Tablo 4.2. Hastaların Tüketim Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular	43
Tablo 4.3. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular	44
Tablo 4.4. Hastaların Besin Tüketimlerine Yönelik Bulgular.....	45
Tablo 4.5. Hastaların TAT Yöntemlerine İlişkin Cevaplarına Yönelik Bulgular	46
Tablo 4.6. Hastaların TAT Tutum ve Özbakım Düzeylerine Yönelik Bulgular	47
Tablo 4.7. Hastaların TAT Tutum ve Özbakım ile Sosyo-Demografik Özellikler Karşılaştırması.....	48
Tablo 4.8. Hastaların TAT Tutum ve Özbakım ile Tüketim Alışkanlıkları Karşılaştırması.....	49
Tablo 4.9. Hastaların TAT Tutum ve Özbakım ile Hastalık ile İlgili Özellikler Karşılaştırması.....	51
Tablo 4.10. Hastaların TAT Tutum ve Özbakım ile Besin Tüketimi İlişkisi.....	53
Tablo 4.11. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular	53
Tablo 4.12. Hastaların TAT Tutum Düzeyinin Na Değeri Üzerindeki Etkisi.....	54

ÖZET

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN KULLANDIKLARI ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ÖZBAKIMLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Diabetes mellitus, insülinin etkisinde kusurlara neden olan kontrolsüz kan şekeri seviyeleri ile karakterize edilen metabolik bir hastalıktır. Tip 1, tip 2, gestasyonel diyabet, neonatal diyabet, erişkin başlangıçlı diyabet ve endokrin kaynaklı diyabet gibi birçok diyabet alt kategorisi vardır. Tip 2 diabetes mellitus (T2DM), karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki anormallikler ile karakterizedir ve insülin sekresyonu, insülin direnci veya her ikisinin bir kombinasyonundan kaynaklanır.

Bu araştırma Tip 2 diyabetli bireylerin kullanmış olduğu alternatif tedavi yöntemlerinin yeme alışkanlıkları ve özbakımları üzerine olan etkilerini incelemek üzere yapılmıştır. Araştırmaya toplam 48 birey katılım göstermiştir. Hastaların ortalama diyabet süreleri 10,77 yıldır ve %58,7'si oral anti-diyabetik ilaç kullanmaktadır. Hastaların %47,9'u daha önce TAT yöntemi kullandığını ve %55'inin ilacın yan etkisinde kurtulmak için TAT yöntemini kullandığını belirtmiştir. Hastaların TAT tutum düzeyi ortalamalarının 32,33±8,10 ve özbakım düzey ortalamalarının 71,96±13,44 olduğu belirlenmiştir. Memur olan hastaların (40,33), diğer meslek sahibi hastalara göre daha yüksek TAT tutumuna sahip oldukları tespit edilmiştir (p<,05). Hastaların öğün sayıları, diyabet süresi, açlık ve tokluk kan şekeri ile öz bakım düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (p<,05). Oral anti-diyabetik+diyet (80,67) ve oral anti-diyabetik+insülin (80,22) kullanan hastaların, diğer hastalara göre daha yüksek öz bakım düzeyleri vardır (p<,05). Ayrıca düzenli kan şekeri ölçen hastaların (74,62), ölçmeyen (65,50) hastalara göre daha yüksek öz bakım düzeyleri vardır (p<,05). Hastaların öz bakım düzeyleri ile Na değerleri arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (p<,05).

Anahtar Kelimeler: *Alternatif Tedavi Yöntemleri, Diyabet, Tip 2 Diyabet, Yeme Alışkanlıkları, Özbakım*

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF ALTERNATIVE TREATMENT METHODS USED BY INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES ON NUTRITION HABITS AND SELF-CARE

Diabetes mellitus is a metabolic disease characterized by uncontrolled blood sugar levels that cause defects in the action of insulin. There are many subcategories of diabetes, such as type 1, type 2, gestational diabetes, neonatal diabetes, adult-onset diabetes, and endocrine-induced diabetes. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is characterized by abnormalities in carbohydrate, fat, and protein metabolism and results from insulin secretion, insulin resistance, or a combination of both.

This research was conducted to examine the effects of alternative treatment methods used by individuals with Type 2 diabetes on their eating habits and self-care. A total of 48 individuals participated in the study. The mean duration of diabetes of the patients is 10.77 years and 58.7% of them use oral anti-diabetic drugs. 47.9% of the patients stated that they used the CAM method before and 55% of them stated that they used the CAM method to get rid of the side effects of the drug. It was determined that the mean CAM attitude level of the patients was 32.33 ± 8.10 and the mean self-care level was 71.96 ± 13.44 . It was determined that the patients who were civil servants (40,33) had a higher CAM attitude than the patients with other professions ($p < .05$). A positive correlation was found between the number of meals, duration of diabetes, fasting and postprandial blood sugar and self-care levels of the patients ($p < .05$). Patients using oral anti-diabetic+diet (80.67) and oral anti-diabetic+insulin (80.22) have higher self-care levels than other patients ($p < .05$). In addition, patients who regularly measure blood sugar (74.62) have higher self-care levels than patients who do not (65.50) ($p < .05$). A negative correlation was found between the patients' self-care levels and their Na values ($p < .05$).

Keywords: *Alternative Treatment Methods, Diabetes, Eating Habits, Type 2 Diabetes, Self-care*

1. GİRİŞ

Günümüzün öne çıkan kronik hastalıklarından biri olan Tip 2 Diyabet, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur. Hızla artan prevalansı, komplikasyonları ve tedavi maliyetleri ile global bir halk sağlığı meselesi haline gelmiştir. Diyabet tedavisi, ilaç kullanımı yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ve özellikle beslenme alışkanlıklarında düzenlemeleri içermektedir. Ancak ilaçların yan etkileri ve tedavi maliyetlerinin yüksekliği, bireylerin alternatif tedavi yöntemlerine yönelmelerine neden olmaktadır.

Bu çalışmanın konusu, Tip 2 Diyabetli bireylerin kullandıkları alternatif tedavi yöntemlerinin beslenme alışkanlıkları ve öz bakım uygulamaları üzerine etkilerinin incelenmesidir. Çalışmanın amacı ise, tip 2 diyabetli bireylerin alternatif tedavi yöntemlerinin, beslenme alışkanlıkları ve özbakımları üzerindeki etkisini derinlemesine anlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da belirtildiği gibi, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) uygulamaları, birçok kronik hastalığın yönetiminde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu durum, geleneksel tedavi yaklaşımlarına ek olarak ya da onlarla birlikte kullanılan bir dizi tedavi yönteminin, Tip 2 Diyabet hastalarının yönetiminde potansiyel bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Beslenme ve özbakım, Tip 2 Diyabet hastalarının yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyon riskini azaltmak için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, çalışmada, alternatif tedavi yöntemlerinin bu iki alan üzerindeki etkileri derinlemesine incelenmiştir. Bu bağlamda, çalışma, diyabet hastalarının beslenme alışkanlıklarını ve öz bakım uygulamalarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla, Tip 2 Diyabetli bireyler arasında alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımını ele alınmıştır.

Tip 2 diyabetin tedavisinde, ilaç tedavisinin yanı sıra beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi tartışılmazdır. Ancak, konvansiyonel tedavi yöntemlerinin yanı sıra, bireylerin kullanmayı tercih ettiği tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları da bulunmaktadır. Bu tamamlayıcı ve alternatif tedaviler, hastaların

kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olabilmekte ve hastalık belirtilerini hafifletebilmektedir. Ancak, bu uygulamaların beslenme alışkanlıkları ve genel öz bakım üzerindeki etkileri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, literatür taraması, gereç ve yöntem, bulgular, sonuç ve öneriler olmak üzere beş ana bölüm bulunmaktadır. Literatür taraması bölümünde, Tip 2 Diyabetes Mellitus, Tip 2 diyabetin tedavisinde beslenme yöntemleri ve önemi, Tip 2 DM'li bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde yer alan tedaviler gibi konular hakkında ayrıntılı bir inceleme yapılmıştır.

Gereç ve yöntem bölümünde, araştırmanın nasıl yürütüldüğü ve hangi veri toplama tekniklerinin kullanıldığı açıklanmaktadır. Bulgular bölümünde, elde edilen sonuçlar detaylı bir şekilde sunulurken, sonuç ve öneriler bölümünde, bulguların ışığında çıkarılan sonuçlar ve gelecekte yapılması gereken çalışmalara yönelik öneriler sunulmaktadır. Beslenme alışkanlıklarının ve özbakımın, diyabetin yönetiminde ve genel sağlık durumunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin bu faktörler üzerindeki etkilerini belirlemek, diyabet yönetiminde daha kapsamlı ve etkili stratejiler geliştirmek için önemlidir. Sonuç olarak, bu çalışma, tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek ve hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirmek için yeni yaklaşımlar sunmayı hedeflemektedir.

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Diyabetes Mellitus (DM)

2.1.1. Diyabetes Mellitus (DM) Tanımı

Diabetes Mellitus (DM), insülin salgılanması, insülin etkisi veya her ikisinde bulunan kusurlardan meydana gelen kalıcı hiperglisemi veya yüksek kan şekeri seviyesi ile karakterize karmaşık ve kronik bir metabolik bozukluktur (American Diabetes Association [ADA], 2020). Bu bozukluk iki ana kategoride sınıflandırılabilir: Tip 1 Diabetes Mellitus (T1DM) ve Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM).

Daha önceleri “insüline bağımlı diabetes mellitus (IDDM) veya juvenil başlangıçlı diyabet olarak bilinen T1DM, tüm diyabet vakalarının yaklaşık %5-10'unu oluşturmakta ve pankreas β hücrelerinin otoimmün yıkımından kaynaklanmaktadır. Ayrıca mutlak bir insülin eksikliğine yol açmaktadır” (Katsarou ve ark., 2017). T1DM'nin başlangıcı tipik olarak çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar, ancak yetişkinlerde de gelişebilmektedir (Atkinson ve ark., 2014).

Eskiden insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (NIDDM) veya yetişkin başlangıçlı diyabet şeklinde isimlendirilen T2DM, teşhis edilmiş olan tüm vakaların yaklaşık %90-95'ini temsil eden, hastalığın en yaygın şeklidir (Chatterjee ve ark., 2017). Vücut hücrelerinin insüline uygun şekilde yanıt vermediği bir durum olan insülin direnci ve insülin salgılanmasında mutlak değil göreceli bir eksiklik ile karakterizedir (Kahn ve ark., 2014). T2DM gelişimi genetik yatkınlık, obezite, hareketsiz yaşam tarzı ve yaşlanma gibi birçok faktörle ilişkilidir (Tuomi ve ark., 2014).

Ayrıca, hamilelik sırasında ortaya çıkan ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde T2DM gelişme riskinin artmasıyla ilişkili olan gestasyonel diyabet ve genetik kusurlar, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler ve ilaç veya kimyasal kaynaklı diyabetten kaynaklanan hastalığın diğer ikincil formları gibi başka spesifik diyabet türleri de mevcuttur (ADA, 2020). DM tanısı, aşağıdaki kriterlerden bir veya

daha fazlasının varlığına dayanmaktadır: 126 mg/dL veya daha yüksek açlık plazma glikoz seviyesi, 75 g oral glikoz tolerans testi sırasında 200 mg/dL veya daha yüksek 2 saatlik plazma glikoz seviyesi, klasik hiperglisemi semptomları olan hastalarda 200 mg/dL veya daha yüksek rastgele plazma glikozu veya %6,5 veya daha yüksek hemoglobin A1c (HbA1c) seviyesi (ADA, 2020). DM'nin erken teşhisi ve uygun yönetimi, kardiyovasküler hastalık, nefropati, nöropati ve retinopati gibi uzun vadeli komplikasyonların başlamasını önlemek veya geciktirmek için gereklidir (Forouhi ve Wareham, 2014).

2.1.2. DM'nin Tarihçesi

Diabetes Mellitus'un (DM) tarihi birkaç bin yıl öncesine dayanmaktadır ve belgelenmiş en eski kayıtlar Mısır, Hindistan, Yunanistan ve Roma gibi eski uygarlıklara aittir. "Diyabet" terimi ilk olarak MS 150 civarında Kapadokyalı Yunan hekim Aretaeus tarafından ortaya atılmış ve bu durumu "etin ve uzuvların eriyerek idrara dönüşmesi" olarak tanımlamıştır. Bal-tatlı anlamına gelen "mellitus" terimi, daha sonra 17. yüzyılda İngiliz doktor Thomas Willis tarafından, hiperglisemi olmaksızın aşırı idrara çıkma ile karakterize bir durum olan diabetes insipidus'tan ayırt etmek için eklenmiştir (Bliss, 1982).

Pankreasın DM'deki rolünün keşfi, 1889 yılında köpekler üzerinde deneyler yapan ve pankreatektominin şiddetli diyabet gelişimine yol açtığını gösteren Alman doktor ve patolog Joseph von Mering ve Polonyalı-Alman doktor Oskar Minkowski'ye atfedilmektedir. Daha sonra, 1921 yılında, Kanadalı bilim insanları Frederick Banting ve Charles Best, köpeklerin pankreasından hormonu izole ederek insülini keşfetmiş ve sonuçta DM tedavisinde devrim yaratarak ölümcül bir durumdan yönetilebilir bir duruma dönüştürmüştür (Bliss, 1982).

Sonraki yıllarda, farklı etki sürelerine sahip insülin preparatlarının geliştirilmesi, oral hipoglisemik ajanların kullanıma sunulması ve kan şekeri seviyelerinin kendi kendine izlenmesinin ortaya çıkması, DM'li bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde iyileştirmiştir. HbA1c'nin 1970'lerde uzun vadeli glisemik kontrol için bir belirteç olarak keşfedilmesi, DM'nin yönetimine daha fazla katkıda bulunmuş, daha etkili izleme ve komplikasyonların önlenmesine olanak sağlamıştır. DM'nin T1DM ve T2DM olarak iki ana kategoride sınıflandırılması 1979 tarihinde ABD'de Ulusal Diyabet Veri Grubu tarafından önerilmiş ve sonrasında Dünya

Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Diyabet Derneği (ADA) tarafından rafine edilerek onaylanmıştır. Bu sınıflandırma o zamandan beri gestasyonel diyabet ve hastalığın ikincil formları gibi diğer spesifik diyabet türlerini de içerecek şekilde güncellenmiştir (ADA, 2020).

Son yıllarda genetik, moleküler biyoloji ve teknolojiadaki ilerlemeler, DM'nin patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasına ve inkretin bazlı tedaviler ve sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT2) inhibitörlerinin kullanımı gibi yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin yanı sıra sürekli glikoz izleme ve kapalı döngü insülin dağıtım sistemleri alanındaki ilerlemelere yol açmıştır (Katsarou ve ark., 2017).

2.1.3. DM Patogenezi

Diabetes Mellitus'un (DM) patogenezi genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörleri arasındaki karmaşık etkileşimleri içermekte ve hipergliseminin gelişmesine ve hastalığın nihai olarak ortaya çıkmasına yol açmaktadır. DM patogenezinin altında yatan spesifik mekanizmalar “Tip 1 Diabetes Mellitus (T1DM) ve Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) arasında farklılık göstermekle birlikte, her iki tip de bozulmuş insülin fonksiyonunun ortak özelliğini paylaşmaktadır” (Katsarou ve ark., 2017).

T1DM'de birincil patojenik mekanizma, pankreatik β -hücrelerinin otoimmün yıkımını içerir ve mutlak insülin eksikliğine neden olur. Bu süreç, esas olarak insan lökosit antijen (HLA) kompleksi ile ilişkili genetik duyarlılık ve viral enfeksiyonlar veya diyet bileşenleri gibi çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle tetiklenir ve immün hücrelerin pankreas adacıklarına sızmasına ve ardından insülin üreten β hücrelerinin tahrip olmasına yol açan bir dizi immünolojik olayı başlatır. β -hücre kütlelerinin ve işlevinin kaybı, pankreasın glikoza yanıt olarak insülin salgılaya yeteneğini bozarak hiperglisemiye ve T1DM'nin klinik belirtilerine yol açar (Katsarou ve ark., 2017).

Öte yandan, T2DM'nin patogenezi insülin direnci ve bozulmuş insülin salgısının bir kombinasyonunu içermektedir (Kahn ve ark., 2014). “Periferik dokuların (özellikle karaciğer, kas ve yağ dokusu) insüline karşı duyarlılığının azalması ile karakterize edilen insülin direnci, glikoz alımının ve kullanımının azalmasının yanı sıra hepatik glikoz üretiminin artmasına neden olmaktadır” (Samuel ve Shulman, 2016). Başlangıçta, pankreatik β -hücreleri insülin salgısını artırarak

artan insülin talebini telafi eder, ancak zamanla β -hücre disfonksiyonu ve β -hücre kütlesindeki azalma göreceli bir insülin eksikliğine yol açmaktadır (Chatterjee ve ark., 2017).

T2DM gelişimi genetik yatkınlık, obezite, hareketsiz yaşam tarzı ve yaşlanma gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Özellikle obezite, insülin direnci ve T2DM gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır; çünkü yağ dokusunun aşırı birikimi, insülin sinyal yollarının bozulmasına katkıda bulunan pro-enflamatuar sitokinlerin ve adipokinlerin salgılanmasına yol açmaktadır (Chatterjee ve ark., 2017).

2.1.4. Tip 2 DM Tanımı ve Epidemiyolojisi

2.1.4.1. Tip 2 DM patofizyolojisi

T2DM'nin patofizyolojisi, hastalığın gelişimine katkıda bulunan genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörleri arasındaki karmaşık etkileşimleri içermektedir. “T2DM'nin birincil patofizyolojik özelliği olan insülin direnci, başta karaciğer, kas ve yağ dokusu olmak üzere hedef dokuların insülinin etkilerine karşı daha az duyarlı hale geldiği ve bunun sonucunda glikoz alımının azaldığı, hepatik glikoz üretiminin arttığı ve lipolizin baskılanmasının bozulduğu bir durumdur” (Samuel ve Shulman, 2016). İnsülin direncinin altında yatan kesin moleküler mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılamamıştır, ancak insülin reseptör ekspresyonu ve fonksiyonundaki kusurların yanı sıra reseptör sonrası sinyalizasyon kusurları da dahil olmak üzere insülin sinyal yollarındaki değişiklikleri içerir (Kahn ve ark., 2006).

T2DM'nin erken evrelerinde, pankreas β -hücreleri insülin salgısını artırarak insülin direncini telafi etmeye çalışır (Chatterjee ve ark., 2017). Bununla birlikte, hastalık ilerledikçe, β -hücre kütlesi ve işlevinde bir azalma meydana gelir, bu da göreceli bir insülin eksikliğine ve hipergliseminin daha da şiddetlenmesine yol açar (Kahn ve ark., 2014). β -hücre fonksiyonundaki düşüş, glukotoksisite, lipotoksisite, inflamasyon, oksidatif stres ve pankreas adacıklarında amiloid birikimi gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır.

2.1.4.2. Tip 2 DM risk faktörleri

T2DM ile ilişkili çeşitli risk faktörlerinin anlaşılması, etkili önleme ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesi için çok önemlidir. T2DM için başlıca risk

faktörleri arasında obezite, fiziksel hareketsizlik, yaş, aile öyküsü ve etnik köken yer almaktadır. Obezite, insülin direncine ve adipokin salgılanmasının düzensizliğine katkıda bulunduğundan T2DM için en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Aşırı yağ dokusu birikimi, özellikle de viseral yağ, kronik düşük dereceli inflamasyon ve insülin sinyal yollarının bozulması ile ilişkilidir. Diyet değişiklikleri ve artan fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı müdahaleleri yoluyla kilo vermenin, obezitesi olan bireylerde T2DM riskini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (Kahn ve ark., 2014).

Hareketsiz davranış ve fiziksel inaktivite, obezite ve insülin direncini teşvik ettiği için T2DM gelişimine önemli katkıda bulunur. Düzenli fiziksel aktivitenin insülin duyarlılığını ve glisemik kontrolü iyileştirdiği ve yüksek riskli bireylerde T2DM riskini azalttığı gösterilmiştir. T2DM gelişme riski, öncelikle yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan insülin duyarlılığı ve β -hücre fonksiyonundaki kademeli düşüş nedeniyle yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca, yaşlı yetişkinlerin obezite ve fiziksel hareketsizlik gibi T2DM riskini daha da artıran diğer risk faktörlerine sahip olma olasılığı daha yüksektir (Chatterjee ve ark., 2017).

Ailede pozitif T2DM öyküsü, hastalık için önemli bir risk faktörüdür ve güçlü bir genetik yatkınlığa işaret etmektedir. Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) ve aday gen yaklaşımları, T2DM için çok sayıda duyarlılık geni tanımlamıştır, ancak bu genlerin hastalığa katkıda bulunduğu kesin mekanizmalar henüz aydınlatılmamıştır (Fuchsberger ve ark., 2016).

Bununla birlikte Afrikalı Amerikalılar, Hispanikler, Amerikan yerlileri, Asyalılar ve Pasifik Adalıları gibi belirli etnik gruplar, Hispanik olmayan beyazlara kıyasla daha yüksek T2DM prevalansına sahiptir (CDC, 2020). Bu artmış riskin, bu popülasyonlarda daha yaygın olan genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin bir kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir (Chatterjee ve ark., 2017).

2.1.4.3. Tip 2 DM klinik ve tanı kriterleri

T2DM için klinik sunum ve tanı kriterleri, hastalığın tanımlanması ve yönetiminin temel bileşenleridir. T2DM'nin başlangıcı tipik olarak sinsidir ve birçok kişi sürekli hiperglisemiye sahip olmasına rağmen yıllarca asemptomatik kalmaktadır (Chatterjee ve ark., 2017). Semptomlar ortaya çıktığında, bunlar genellikle spesifik değildir ve susuzluk artışı (polidipsi), sık idrara çıkma (poliüri), açıklanamayan kilo kaybı, bulanık görme ve yorgunluğu içermektedir (ADA, 2021). Amerikan Diyabet

Derneği (ADA), T2DM için aşağıdaki bulgulardan herhangi birini içeren ve kesin hipergliseminin yokluğunda sonraki bir günde tekrarlanan testlerle doğrulanan tanı kriterleri oluşturmuştur (ADA, 2021):

“Hemoglobin A1c (HbA1c) \geq %6,5: HbA1c, önceki 2-3 ay boyunca ortalama kan glikoz seviyelerini yansıtan ve yaygın olarak kullanılan bir tanı aracıdır” (Sacks ve ark., 2011). HbA1c düzeyinin \geq %6,5 olması T2DM'nin göstergesidir, ancak anemi, hemoglobinopatiler veya yakın zamanda kan nakli yapılması gibi bazı durumlar bu testin doğruluğunu etkileyebilir (ADA, 2021).

“Açlık plazma glukoza (FPG) \geq 126 mg/dL (7,0 mmol/L): FPG, en az 8 saatlik bir gece açlığından sonra kan glikoz seviyelerini ölçer. FPG düzeyinin \geq 126 mg/dL olması T2DM tanısı koydurur” (ADA, 2021).

“Oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında iki saatlik plazma glukoza (2 saatlik PG) \geq 200 mg/dL (11,1 mmol/L): OGTT, 75 g oral glukoz yüklemesi yapılmasını ve ardından 2 saat sonra plazma glukoz seviyelerinin ölçülmesini içerir. 2 saatlik PG düzeyinin \geq 200 mg/dL olması T2DM tanısı koydurur” (ADA, 2021).

“Klasik hiperglisemi veya hiperglisemik kriz semptomlarının varlığında rastgele plazma glukoza \geq 200 mg/dL (11,1 mmol/L): Bu kriter, poliüri, polidipsi veya açıklanamayan kilo kaybı gibi hiperglisemi semptomları ile başvuran bir kişide rastgele kan şekeri ölçümünün \geq 200 mg/dL olması durumunda kullanılır” (ADA, 2021).

“T2DM için tanı kriterlerinin, bozulmuş açlık glukoza (IFG) veya bozulmuş glukoz toleransı (IGT) ile karakterize edilen ve gelecekte diyabet gelişimi için yüksek riskli bir durum olan prediyabet için olanlardan farklı olduğunu” belirtmek önemlidir (ADA, 2021).

2.1.5. Tip 2 DM Etiyolojisi ve Patogenezi

T2DM ile ilişkili etiyolojik ve patojenik faktörlerin tam olarak anlaşılması, etkili önleme ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesi için çok önemlidir. T2DM güçlü bir genetik bileşene sahiptir ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) ve aday gen yaklaşımları aracılığıyla çok sayıda duyarlılık geni tanımlanmıştır. Bu genler, insülin salgılanması, β -hücre fonksiyonu ve insülin direnci dahil olmak üzere glikoz metabolizması ve insülin sinyalinin çeşitli yönleriyle ilgilidir. Bu genlerin

T2DM'ye katkıda bulunduğu kesin mekanizmalar henüz aydınlatılmamış olsa da, hastalığın genetik temeline ilişkin değerli bilgiler sağlamaktadır (Fuchsberger ve ark., 2016).

Obezite, fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme ve yaşlanma dahil olmak üzere T2DM'nin gelişimi ve ilerlemesinde çeşitli çevresel ve yaşam tarzı faktörleri rol oynamaktadır. Obezite, özellikle de visseral yağ birikimi, kronik düşük dereceli enflamasyon ve adipokin salgılanmasının düzensizliği yoluyla insülin direncine katkıda bulunduğundan T2DM için önemli bir risk faktörüdür. Fiziksel hareketsizlik ve sedanter davranış insülin direncini şiddetlendirir ve T2DM riskini artırır (Hu ve ark., 2003). Yüksek rafine karbonhidrat, doymuş yağ tüketimi ve düşük lif alımı gibi kötü beslenme alışkanlıkları da artmış T2DM riski ile ilişkilendirilmiştir. Yaşlanma, insülin duyarlılığı ve β -hücre fonksiyonunda yaşa bağlı düşüşler nedeniyle T2DM için bir diğer önemli risk faktörüdür (Kahn ve ark., 2014).

T2DM'nin patogenezi insülin direnci ve ilerleyici pankreatik β -hücre disfonksiyonu ile karakterizedir. Öncelikle karaciğer, kas ve yağ dokusunu etkileyen insülin direnci, glikoz alımını bozar, hepatik glikoz üretimini artırır ve lipolizin baskılanmasını bozar. İnsülin direncinin altında yatan moleküler mekanizmalar, insülin reseptör ekspresyonu ve işlevindeki kusurların yanı sıra reseptör sonrası sinyalizasyon kusurları da dahil olmak üzere insülin sinyal yollarındaki değişiklikleri içerir. T2DM'nin erken evrelerinde, pankreas β -hücreleri insülin salgısını artırarak insülin direncini telafi eder. Ancak zamanla β -hücre kütlelerinde ve işlevinde azalma meydana gelir, bu da göreceli insülin eksikliğine ve hipergliseminin daha da şiddetlenmesine neden olur. β -hücre fonksiyonundaki bu düşüşü tetikleyen faktörler arasında glukotoksisite, lipotoksisite, inflamasyon, oksidatif stres ve pankreas adacıklarında amiloid birikimi yer almaktadır (Donath ve Shoelson, 2011).

2.1.6. Tip 2 DM Komplikasyonları

2.1.6.1. Akut komplikasyonlar

Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu (T2DM) bireyler, hiperglisemi ve insülin direnci de dahil olmak üzere hastalığın metabolik düzensizliklerinden kaynaklanan bir dizi akut komplikasyon geliştirme riski altındadır. Bu komplikasyonlar derhal fark edilip tedavi edilmezse ciddi morbiditeye ve hatta mortaliteye yol açabilmektedir. T2DM

ile ilişkili “akut komplikasyonlar arasında diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperosmolar hiperglisemik durum (HHS) ve hipoglisemi yer almaktadır” (Kitabchi ve ark., 2009).

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): Daha çok Tip 1 Diabetes Mellitus ile ilişkili olsa da DKA, T2DM'li bireylerde, özellikle akut hastalık veya enfeksiyon gibi fizyolojik stres dönemlerinde de ortaya çıkabilir. DKA, göreceli veya mutlak insülin eksikliği ve karşı düzenleyici hormonlardaki artıştan kaynaklanan hiperglisemi, metabolik asidoz ve ketonemi ile karakterizedir (Kitabchi ve ark., 2009).

Hiperosmolar Hiperglisemik Durum (HHS): HHS, T2DM'li bireylerde daha sık görülen, ciddi ketonemi veya asidozun olmadığı, şiddetli hiperglisemi, hiperosmolarite ve dehidrasyon ile karakterize akut bir komplikasyondur. HHS'nin klinik tablosu derin dehidrasyon, değişmiş zihinsel durum ve uyuşukluktan komaya kadar değişen derecelerde nörolojik işlev bozukluğu içerir (Pasquel ve Umpierrez, 2014).

Hipoglisemi: Hipoglisemi, T2DM'li bireylerde, özellikle de insülin veya sülfonilüre ile tedavi edilenlerde yaygın bir akut komplikasyondur. Hipoglisemi, insülin etkisi, karbonhidrat alımı ve fiziksel aktivite arasındaki dengesizlikten kaynaklanabilir ve kan glikoz seviyelerinin normal aralığın altına düşmesine neden olur. Hipogliseminin klinik görünümü nöroglikopeni (örn. konfüzyon, nöbet veya koma) ve otonomik aktivasyon (örn. terleme, taşikardi veya titreme) semptomlarını içerir (Seaquist ve ark., 2013).

Sonuç olarak, DKA, HHS ve hipoglisemi dahil olmak üzere T2DM'nin akut komplikasyonları, ciddi morbidite ve mortaliteyi önlemek için derhal tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi gereken kritik durumlardır. Etkili önleme stratejileri arasında hasta eğitimi, kan glukoz seviyelerinin düzenli olarak izlenmesi ve bireysel ihtiyaçlara göre tedavide uygun ayarlamalar yer almaktadır.

2.1.6.2. Diyabetik ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz daha çok Tip 1 Diyabetes Mellitus (T1DM) ile ilişkilidir. Bununla birlikte, Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2DM) olan bireylerde stres, enfeksiyon veya diğer tetikleyici faktörler sırasında da ortaya çıkabilmektedir. DKA, göreceli veya mutlak insülin eksikliğinden kaynaklanan hiperglisemi, ketonemi ve

metabolik asidoz ile karakterize olup lipoliz ve keton cisimciklerinin üretimine artmasına yol açmaktadır (Kitabchi ve ark., 2009).

DKA, insülin eksikliği ve glukagon, kortizol, büyüme hormonu ve katekolaminler gibi karşı düzenleyici hormonlardaki artışın bir kombinasyonu nedeniyle ortaya çıkmaktadır. İnsülin eksikliği, yağ dokusundan serbest yağ asitlerinin (FFA'lar) salınmasıyla lipolizin artmasına yol açmaktadır. Bu FFA'lar karaciğere taşınır ve burada beta-oksidasyona uğrayarak asetoasetat, beta-hidroksibütirat ve aseton gibi keton cisimcikleri üretilir. İnsülin varlığında keton cisimleri bir enerji kaynağı olarak kullanılır; ancak insülin eksikliği bunların birikimini teşvik ederek metabolik asidoza yol açmaktadır (Kitabchi ve ark., 2009).

DKA'nın klinik özellikleri arasında poliüri, polidipsi, dehidrasyon, Kussmaul solunumları ve değişmiş bir zihinsel durum yer almaktadır. Hastalar ayrıca bulantı, kusma, karın ağrısı ve altta yatan tetikleyici bir hastalık veya enfeksiyon belirtileri ile başvurabilir. “DKA'nın klasik triadı hiperglisemi (kan glukoz düzeyi >250 mg/dL), ketonemi ve asidozdan (arteriyel pH <7,3 ve serum bikarbonat <15 mEq/L oluşur” (ADA, 2021).

2.1.7. Tip 2 DM Tedavisi ve Bakımı

Tip 2 Diyabetes Mellitus'un (T2DM) yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerine, farmakolojik müdahalelere ve komplikasyonların önlenmesi ve yönetimine odaklanan kapsamlı bir bakım yaklaşımını içermektedir (ADA, 2021). T2DM tedavisinin birincil hedefleri, optimal glisemik kontrolün sağlanması ve sürdürülmesi, kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması ve etkilenen bireylerin genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir.

Diyet değişiklikleri, artan fiziksel aktivite ve kilo kaybı gibi yaşam tarzı müdahaleleri, T2DM tedavisinin temel bileşenleridir. Karbonhidrat alımını ve porsiyon boyutlarını kontrol etmeye odaklanarak tam tahıllar, meyveler, sebzeler ve yağsız protein kaynakları açısından zengin, dengeli bir diyet glisemik kontrolün iyileştirilmesine yardımcı olabilir. “Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aerobik egzersiz dahil olmak üzere düzenli fiziksel aktivite, insülin duyarlılığını ve kardiyovasküler sağlığı iyileştirebilir. Özellikle obezite hastaları için kilo kaybı, glisemik kontrolü iyileştirmek ve T2DM ile ilişkili komplikasyon riskini azaltmak için çok önemlidir” (ADA, 2021).

T2DM için farmakolojik tedavi seçimi, hipergliseminin şiddeti, komorbiditelerin varlığı ve hipoglisemi riski gibi bireysel hasta faktörlerine dayanmaktadır. Metformin, kan glukoz seviyelerini düşürmedeki kanıtlanmış etkinliği, düşük hipoglisemi riski ve potansiyel kardiyovasküler faydaları nedeniyle genellikle T2DM için ilk basamak farmakolojik ajan olarak kabul edilir (ADA, 2021). Tek başına “metformin ile glisemik kontrol sağlanamazsa, sülfonilüreler, tiazolidindionlar, dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, sodyum-glukoz kotransporter 2 inhibitörleri ve glukagon benzeri peptid-1 reseptör agonistleri gibi ek ilaçlar aşamalı bir yaklaşımla eklenebilir” (ADA, 2021). İnsülin tedavisi, özellikle oral ilaçlarla glisemik kontrol sağlanamıyorsa veya β -hücre fonksiyonu ciddi şekilde bozulmuşsa, T2DM'li bazı bireyler için de gerekli olabilir.

T2DM için kapsamlı bakım, “diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi, mikrovasküler komplikasyonlar (örn. nefropati, retinopati ve nöropati) ve makrovasküler komplikasyonlar (örn. kardiyovasküler hastalık) dahil olmak üzere akut ve kronik komplikasyonların önlenmesini ve yönetimini de kapsamaktadır” (ADA, 2021). Önleyici stratejiler arasında düzenli kan şekeri ve hemoglobin A1c takibi, kan basıncı kontrolü, lipid yönetimi ve mikrovasküler komplikasyonlar için düzenli taramalar yer almaktadır. Komplikasyonlara erken müdahale ve tedavi, hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini en aza indirmek ve ciddi morbidite ve mortalite riskini azaltmak için esastır (ADA, 2021).

2.1.8. Tip 2 DM ve Yaşam Kalitesi

Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2DM), bireyin yaşam kalitesini (YK) önemli ölçüde etkileyebilen kronik bir durumdur. Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal işlevsellik ve yaşamdan genel memnuniyet dahil olmak üzere bir kişinin refahının çeşitli yönlerini kapsamaktadır. T2DM yönetiminin karmaşık yapısı, komplikasyonların varlığı ve kronik bir hastalıkla yaşamının getirdiği psikolojik yük, yaşam kalitesinin azalmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle, T2DM bakımının önemli bir yönü, etkilenen bireylerin yaşam kalitesini artırabilecek faktörlerin ele alınmasını içermektedir (Glasgow ve ark., 1997).

T2DM'li bireyler, öz bakım görevlerinin yükü (örn. kan şekeri takibi, ilaç yönetimi ve diyet kısıtlamaları), hipoglisemi korkusu ve diyabetle ilgili komplikasyonların varlığı gibi çeşitli faktörler nedeniyle azalmış bir YK yaşayabilir.

Ayrıca, T2DM daha yüksek depresyon ve anksiyete prevalansı ile ilişkilidir ve bu da yaşam kalitesini daha da bozabilir (Anderson ve ark., 2001). Glisemik kontrol, eşlik eden hastalıklar, sosyal destek ve başa çıkma stratejileri dahil olmak üzere T2DM'li bireylerin YK'sini çeşitli faktörler etkileyebilir. Optimal glisemik kontrolün sağlanması ve sürdürülmesi, komplikasyon riskinin en aza indirilmesine ve genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gibi komorbiditelerin varlığı yaşam kalitesini daha da azaltabilir ve T2DM ve ilişkili durumların yönetiminde kapsamlı bakımın önemini vurgular (ADA, 2021).

T2DM'li bireylerde YK'yi iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler, glisemik kontrolü optimize etme, hasta eğitimi ve öz yönetim desteği sağlama, sosyal desteği artırma ve adaptif başa çıkma stratejilerini teşvik etme gibi değiştirilebilir faktörleri ele almaya odaklanmalıdır. Yapılandırılmış diyabet eğitim programlarının diyabetle ilgili bilgileri, öz bakım davranışlarını ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir. Ayrıca, tıp uzmanları, diyabet eğitimcileri, diyetisyenler ve ruh sağlığı uzmanlarını içeren multidisipliner bakım, T2DM yönetiminin çeşitli yönlerini ele almak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için kapsamlı destek sağlayabilir (ADA, 2021).

2.1.9. Tip 2 Diyabetin Tedavisinde Beslenme Yöntemleri

Beslenme yönetimi, T2DM tedavisinde bir köşe taşıdır ve glisemik kontrolün sağlanmasında, vücut ağırlığının yönetilmesinde ve diyabetle ilişkili komplikasyon riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. T2DM'nin yönetiminde makro besin dağılımı, beslenme düzenleri ve spesifik diyet müdahaleleri dahil olmak üzere çeşitli beslenme yaklaşımları bulunmaktadır (Evert ve ark., 2019).

Makro Besin Dağılımı: T2DM'li bireyler için en uygun makro besin dağılımı bir tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, belirli bir makro besin dağılımına sıkı sıkıya bağlı kalmak yerine makro besinlerin kalitesine odaklanılması savunulmaktadır (Evert ve ark., 2019). Karbonhidrat alımı öncelikle tam tahıllar, meyveler, sebzeler ve baklagillerden oluşmalı, porsiyon boyutlarının izlenmesine ve ilave şekerlerin en aza indirilmesine vurgu yapılmalıdır. Protein alımı kümes hayvanları, balık ve bitki bazlı proteinler gibi yağsız kaynaklardan elde edilmeli, yağ alımında ise doymuş ve trans yağlar yerine tekli doymamış ve çoklu doymamış yağlara öncelik verilmelidir (Evert ve ark., 2019).

Beslenme Şekilleri: Çeşitli beslenme modellerinin glisemik kontrolü iyileştirdiği ve T2DM ile ilişkili komplikasyon riskini azalttığı gösterilmiştir. Yüksek meyve, sebze, kepekli tahıllar, baklagiller, fındık, balık ve zeytinyağı tüketimi ile karakterize edilen Akdeniz diyeti, T2DM'li bireylerde glisemik kontrolün iyileştirilmesi, kardiyovasküler riskin azaltılması ve daha iyi kilo yönetimi ile ilişkilendirilmiştir (Esposito ve ark., 2009). Vejetaryen ve vegan diyetler de dahil olmak üzere bitki bazlı diyetler de T2DM'li bireylerde glisemik kontrol, kilo kaybı ve kardiyovasküler risk faktörlerinde iyileşmeler göstermiştir (Yokoyama ve ark., 2014).

Spesifik Diyet Müdahaleleri: Bazı spesifik diyet müdahalelerinin T2DM yönetimindeki potansiyel faydaları araştırılmıştır. Örneğin, diyet lifinin, özellikle de çözünür lifin dahil edilmesinin T2DM'li bireylerde glisemik kontrolü iyileştirdiği ve kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığı gösterilmiştir (Post ve ark., 2012). Ayrıca, düşük glisemik indekse (GI) sahip gıdaların eklenmesi glisemik kontrolü iyileştirmeye yardımcı olabilir, ancak kanıtlar karışıktır. Ayrıca, balık ve bitkisel kaynaklardan elde edilen omega-3 yağ asitleri, T2DM'de insülin duyarlılığında iyileşme ve kardiyovasküler riskte azalma ile ilişkilendirilmiştir (Yokoyama ve ark., 2014).

Yukarıda da belirtildiği üzere Tip 2 Diyabet Mellitus (T2DM) tedavisinde beslenme önemli bir rol oynamaktadır. Beslenme tedavisi, kan şekerini dengelemeye, kilo yönetimine ve genel sağlığı iyileştirmeye yardımcı olabilir. Aşağıda, tip 2 diyabetin tedavisinde kullanılan bazı beslenme yöntemleri ve bu yöntemlerin genel prensipleri sunulmuştur.

Dengeleyici Karbonhidrat Beslenmesi: Bu yöntemde, günlük kalori alımının yaklaşık %45-60'ı karbonhidratlardan gelmelidir. Karbonhidrat alımı, gün boyunca dengelemek için öğünler arasında eşit miktarda dağıtılır. Tahıllar, sebzeler, meyveler, süt ürünleri ve bakliyat karbonhidrat kaynakları arasında yer alır.

Düşük Karbonhidrat Diyeti: Bu diyet, karbonhidrat alımını sınırlayarak, kan şekeri seviyelerinin kontrolünü amaçlar. Günlük karbonhidrat alımı genellikle 50 gramdan azdır. Bu diyetin uygulanması uzman gözetimi gerektirir çünkü yanlış uygulandığında sağlık sorunlarına yol açabilir.

Mediterranean Diyeti: Bu diyet, taze meyve ve sebzeler, tam tahıllar, bakliyat, balık ve zeytinyağı gibi sağlıklı gıdaların tüketimine odaklanır. Bu diyet kalp sağlığına faydalıdır ve diyabetli kişilerin kan şekerini yönetmeye yardımcı olabilir.

DASH Diyeti (Diyetle Yüksek Tansiyonu Durdurma): Bu diyet, kan basıncını düşürmek ve kalp sağlığını iyileştirmek için tasarlanmıştır. Aynı zamanda kan şekeri seviyelerini düzenlemeye yardımcı olabilir. Bu diyet, tuz alımını sınırlar ve meyve, sebze, tam tahıllar ve yağsız proteinlerin tüketimini teşvik eder.

Aşağıdaki tabloda, bu beslenme yöntemlerinin özelliklerine genel bir bakış sunulmaktadır.

Tablo 2.1. Beslenme Yöntemleri

Beslenme Yöntemi	Özellikleri
Dengeleyici Karbonhidrat Beslenmesi	Günlük kalori alımının %45-60'ı karbonhidratlardan gelmeli
Düşük Karbonhidrat Diyeti	Günlük karbonhidrat alımı genellikle 50 gramdan az
Mediterranean Diyeti	Taze meyve, sebzeler, tam tahıllar, bakliyat, balık ve zeytinyağı tüketimi

Tip 2 Diyabet tedavisinde, sağlıklı ve dengeli bir beslenme programı, kan şekerini kontrol etmek ve genel sağlığı iyileştirmek için hayati önem taşımaktadır. Diyabetli bireyler, kan şekerini dengede tutmak ve diğer sağlık sorunlarını önlemek için özellikle bazı besinlere odaklanmalıdır. Yukarıda vurgulanan beslenme yöntemleri açısından tip 2 diyabet tedavisinde önerilen bazı besinler ise şöyledir:

Tam Tahıllar: Tam tahıllar, lif bakımından zengindir ve kan şekerini kontrol altında tutmaya yardımcı olur. Ayrıca, kalp hastalığı riskini azaltabilir.

Yağsız Proteinler: Tavuk, hindi, balık ve yağsız etler gibi yağsız proteinler, kan şekeri üzerinde stabil bir etkiye sahiptir ve doyumluk hissi sağlar.

Sebzeler: Sebzeler, lif, vitamin ve mineral açısından zengindir. Ayrıca düşük kalorilidirler, bu yüzden kilo kontrolüne yardımcı olabilirler.

Meyveler: Meyveler doğal şeker, vitamin, mineral ve lif içerir. Ancak, meyve tüketirken porsiyon boyutlarına dikkat etmek önemlidir.

Süt ve Süt Ürünleri: Süt ve süt ürünleri, protein ve kalsiyum kaynağıdır. Ancak, yağsız veya düşük yağlı seçenekleri tercih etmek önemlidir.

Kuruyemişler ve Tohumlar: Kuruyemişler ve tohumlar, sağlıklı yağlar ve lif bakımından zengindir. Ayrıca kan şekeri dengede tutmaya yardımcı olabilirler.

Aşağıdaki tabloda, bu besinlerin genel özellikleri sunulmuştur.

Tablo 2.2. Besinlerin genel özellikleri

Önerilen Besin	Özellikleri
Tam Tahıllar	Lif bakımından zengin, kan şekeri kontrolüne yardımcı
Yağsız Proteinler	Kan şekeri üzerinde stabil etki, doyumluk hissi sağlar
Sebzeler	Lif, vitamin ve mineral açısından zengin, düşük kalorili
Meyveler	Doğal şeker, vitamin, mineral ve lif içerir
Süt ve Süt Ürünleri	Protein ve kalsiyum kaynağı, yağsız veya düşük yağlı seçenekler tercih edilmeli
Kuruyemişler ve Tohumlar	Sağlıklı yağlar ve lif bakımından zengin, kan şekeri dengede tutmaya yardımcı

Sonuç olarak, beslenme yöntemleri, makro besin kalitesine, kanıta dayalı beslenme modellerine ve spesifik diyet müdahalelerine odaklanarak T2DM tedavisinde hayati bir rol oynamaktadır. Bireysel tercihleri, kültürel faktörleri ve metabolik hedefleri dikkate alan kişiselleştirilmiş bir beslenme yaklaşımı, T2DM'li bireylerde optimal glisemik kontrolün sağlanması ve genel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için gereklidir.

2.1.10. Tip 2 Diyabetin Tedavisinde Beslenme Önemi

Beslenme, T2DM yönetiminde çok önemli bir rol oynamakta ve optimal glisemik kontrolün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve yönetilmesi ve genel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için gereklidir. T2DM tedavisinin birincil amacı, hem akut hem de kronik komplikasyon riskini azaltmak için optimal glisemik kontrolü sağlamaktır (ADA, 2021). Karbonhidrat alımının izlenmesi, düşük glisemik indeksli (GI) gıdalara öncelik verilmesi ve diyet lifinin artırılması gibi beslenme müdahaleleri, T2DM'li bireylerde kan şekeri seviyelerini önemli ölçüde etkileyebilir ve glisemik kontrolü iyileştirebilmektedir. Özellikle obezitesi olan bireylerde kilo kaybı, insülin duyarlılığını ve glisemik kontrolü iyileştirebileceğinden T2DM yönetiminin çok önemli bir yönüdür (ADA, 2021).

Porsiyon kontrolü, makro besin kalitesi ve Akdeniz diyeti ve bitki temelli diyetler gibi kanıta dayalı beslenme modellerinin benimsenmesine odaklanan beslenme müdahalelerinin, T2DM'li bireylerde kilo kaybını teşvik ettiği ve metabolik sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (Yokoyama ve ark., 2014).

Kardiyovasküler hastalık (KVH), T2DM'li bireylerde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenidir ve kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılmasını T2DM yönetiminin merkezi bir yönü haline getirmektedir (ADA, 2021). Tekli ve çoklu doymamış yağların, tam tahılların, meyvelerin, sebzelerin ve yağsız protein kaynaklarının tüketimine öncelik veren beslenme müdahaleleri, T2DM'li bireylerde hiperlipidemi ve hipertansiyon gibi KVH risk faktörlerini azaltabilmektedir (Evert ve ark., 2019). Beslenme; yalnızca glisemik kontrolü, kilo yönetimini ve kardiyovasküler sağlığı etkilemekle kalmayıp aynı zamanda psikolojik refahı ve yaşam kalitesini de etkilediğinden, T2DM'nin kapsamlı yönetiminde kilit bir rol oynamaktadır. Beslenme müdahaleleri, T2DM'li her bireyin kendine özgü ihtiyaçlarını, tercihlerini ve kültürel faktörlerini karşılayacak şekilde kişiselleştirilmeli, böylece diyet önerilerine uyumu teşvik etmeli ve genel yaşam kalitesini artırmalıdır (Evert ve ark., 2019).

2.1.11. Tip 2 DM'li Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları

TAT uygulamaları, bitkisel ilaçlar, diyet takviyeleri, zihin-beden müdahaleleri ve geleneksel tıp sistemleri de dahil olmak üzere çok çeşitli tedavileri kapsamaktadır. Bunlardan bazıları ise şöyledir:

Bitkisel İlaçlar ve Besin Takviyeleri: Bitkisel ilaçlar ve diyet takviyeleri, T2DM yönetiminde en sık kullanılan TAT uygulamaları arasındadır. Yaygın olarak çalışılan bazı bitki ve takviyeler arasında tarçın, acı kavun, çemen otu ve gymnema sylvestre bulunmaktadır. Bu ajanların potansiyel hipoglisemik ve lipid düşürücü etkileri olduğu öne sürülmüştür, ancak klinik kanıtlar tutarsızdır ve birçok çalışmada metodolojik kusurlarla sınırlıdır (Kumar ve ark., 2017).

Zihin-Beden Müdahaleleri: Yoga, tai chi ve farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) gibi zihin-beden müdahalelerinin T2DM yönetimindeki potansiyel faydaları araştırılmıştır. Bu uygulamalar rahatlama, stres azaltma ve öz farkındalığı teşvik ederek glisemik kontrolü, kardiyovasküler risk faktörlerini ve psikolojik refahı iyileştirebilir (Innes ve Vincent, 2007).

Geleneksel Tıp Sistemleri: Geleneksel Çin Tıbbı (TCM) ve Ayurveda gibi geleneksel tıp sistemleri, diyabet ve komplikasyonlarını tedavi etmek için yüzyıllardır kullanılmaktadır. Bu sistemler genellikle T2DM'ye katkıda bulunan altta yatan dengesizlikleri ele almak için bitkisel ilaçları, diyet değişikliklerini ve zihin-beden müdahalelerini birleştiren bütünsel bir yaklaşım içerir (Neelakantan ve ark., 2020).

2.1.12. Tip 2 DM'de Kan Şekerini Düşürme Mekanizmaları

TAT uygulamaları, T2DM hastaları tarafından kan şekeri seviyelerini düşürmek ve glisemik kontrolü iyileştirmek için kullanılmaktadır. Bu uygulamaların kan şekeri düşürücü etkilerini gösterebileceği mekanizmalar çeşitlidir ve belirli TAT yöntemine bağlı olarak değişmektedir. Çeşitli bitkisel ilaçların ve diyet takviyelerinin çeşitli mekanizmalarla kan şekeri seviyelerini düşürdüğü öne sürülmüştür. Örneğin, tarçının insülin duyarlılığını artırdığı, periferik dokularda glikoz alımını artırdığı ve bağırsaklarda glikoz emilimini engellediği öne sürülmüştür (Ranasinghe ve ark., 2012). Benzer şekilde, çemen otunun mide boşalmasını geciktirdiği, insülin salgısını artırdığı ve insülin duyarlılığını geliştirdiği gösterilmiştir (Kassaian ve ark., 2009).

Yoga, tai chi ve farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) gibi zihin-beden müdahaleleri, rahatlamayı teşvik ederek, stresi azaltarak ve kortizol salgılanması ve sempatik sinir sistemi aktivitesi dahil olmak üzere stresle ilgili fizyolojik tepkileri iyileştirerek kan şekeri seviyelerini düşürebilmektedir (Innes ve Vincent, 2007). Stresin azaltılması da insülin duyarlılığını ve glikoz metabolizmasını iyileştirerek daha iyi glisemik kontrol sağlayabilmektedir (Pascoe ve ark., 2017).

Geleneksel Çin Tıbbı (TCM) ve Ayurveda gibi geleneksel tıp sistemleri, T2DM'ye katkıda bulunan altta yatan dengesizlikleri ele almak için genellikle bitkisel ilaç, diyet değişiklikleri ve zihin-beden müdahalelerinin bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Bu sistemlerin kan şekeri seviyelerini düşürme mekanizmaları karmaşık ve çok yönlü olmakla birlikte, glikoz metabolizması ve insülin direncinin farklı yönlerini hedef alan çeşitli terapötik bileşenlerin sinerjik etkilerini içerebilmektedirler. TCM'nin önemli bir bileşeni olan akupunkturun, otonom sinir sisteminin aktivitesini modüle etmek, insülin duyarlılığını artırmak ve glukoz metabolizmasını düzenlemek de dahil olmak üzere birçok mekanizma aracılığıyla

T2DM'li bireylerde glisemik kontrolü iyileştirdiği öne sürülmüştür (Liang ve Koya, 2010).

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

2.2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tanımı

Geleneksel tıp, çeşitli kültürlerle özgü teoriler, inançlar ve deneyimlere dayanan kolektif bilgi, beceri ve uygulamaları kapsamakta ve sağlığın korunması, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisi için kullanılmaktadır. Öte yandan, “tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp, bir ülkenin geleneksel tıbbının bir parçası olmayan veya sağlık sistemine tam olarak entegre edilmemiş sağlık uygulamalarını ifade etmektedir. Bazı ülkelerde bu terimler "geleneksel tıp" ile birbirinin yerine kullanılmaktadır” (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

“Tamamlayıcı tıp, modern (geleneksel) tıbbı tamamlayan ancak onun yerini almayan ve tıbbi tedaviyle birlikte uygulanan terapileri veya buluşsal yöntemleri içermektedir. Alternatif tıp ise, insanların modern tıbbın yerine tercih ettikleri ve geleneksel tıp camiası tarafından kabul görmeyen uygulama ve ürünleri kapsamaktadır” (Doğan ve ark. 2012).

"Bütüncül tıp" veya "bütünleştirici tıp" kavramları literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmakta ve tamamlayıcı ve alternatif tıp ile birbirinin yerine kullanılabilir. Sağlık ve refahı artırmayı amaçlayan bir dizi araç ve felsefe sunmaktadırlar (Yazar ve ark.2019). Bazı görüşler bütüncül tedavilerin alternatif yöntemlerle ilgili olduğunu öne sürerken, diğerleri modern tıbbı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yaklaşımlarıyla birleştirdiğini savunmaktadır. 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Birimi'nin adını Geleneksel, Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Tıp Birimi olarak değiştirmiştir (Onaran Bilgin, 2022).

Geleneksel Çin tıbbı, “özellikle otoimmün bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi karmaşık durumlar olmak üzere belirli hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Yaygın olarak şifalı otlar ve çeşitli bitkiler kullanılmaktadır. Bununla birlikte, geleneksel Çin tıbbının formülleri ve bileşenlerinin moleküler etkileri büyük ölçüde bilinmemektedir ve çoğu kanıta dayalı etkilerden yoksundur” (Zhao ve ark. 2008). Bu tıp biçimi insan vücudunu

bütünsel bir sistem olarak görür ve her hastalık durumu için farklı yöntemler benimsemekte, bu da onu bütünsel bakım ve modern tıbbın hedefleriyle uyumlu hale getirmektedir (Kardaş ve Yalçın, 2016).

Geleneksel tıp, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinin yanı sıra sağlığın korunmasında kullanılan, derin tarihsel köklere sahip bilgi, beceri ve uygulamalar bütününden oluşur. Bu uygulamalar, kolaylıkla açıklanabilen veya açıklanamayan çeşitli kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanmaktadır. Tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp ise bir ülkenin geleneklerinden veya geleneksel tıbbından kaynaklanmayan ve ülkenin sağlık sistemine dahil edilmemiş sağlık uygulamalarını ifade etmektedir (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; alternatif tıp, fonksiyonel tıp, bütüncül tıp, bütünleştirici tıp, geleneksel olmayan tıp ve Doğu Tıbbı gibi çok çeşitli yöntemleri kapsamaktadır. Tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp kavramları birbirinin yerine kullanılabilse de bunu yapmak karışıklığa neden olabilmektedir. Tamamlayıcı tıp kavramı, bu uygulamaların modern tıbbın yanında kullanıldığını, alternatif tıp ise modern tıbbın yerine geçtiğini ima etmektedir. Birçok kişi bu uygulamaları geleneksel tıp olarak da adlandırmaktadır (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

2.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Tarihçesi

Geleneksel tıbbın tarihi, toplumları önemli ölçüde şekillendiren inançlar, iklim ve doğal koşullar gibi faktörlerle birlikte çok eskilere uzanmaktadır. Bu faktörler kaçınılmaz olarak toplumların tıp kültürünü ve benimsedikleri tedavi yaklaşımlarını etkilemektedir. Kullanılan yöntemler, iklim farklılıkları nedeniyle terapötik ajan olarak kullanılan bitki çeşitlerinde görüldüğü gibi ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir (Ceyhan ve Yiğit, 2016).

Tarih boyunca çok sayıda tedavi yaklaşımı meydana gelmiştir. İlk insanlar doğa ve hayvanları gözlemlemişler ve rahatsızlıklarına buralarda çözüm aramışlardır. İnsanların yaşam tarzları geliştikçe ve yerleşik hayata geçmeye başladıkça, sağlık sorunları ve ihtiyaçları da farklılaşmıştır. Bu dönemlerde insanlar, ağrı, enfeksiyonlar, salgın hastalıklar ve kronik rahatsızlıklar gibi sağlık sorunlarına karşı deneme yanılma yöntemlerini kullanarak tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Büyüsel ve

dini tedaviler, özellikle ağrı kesici olarak başvurulan yöntemler olmuştur (Yaylagül, 2014).

Mezopotamya kazılarında elde edilen verilere göre, bu uygarlık muska yazma, dua etme, kurban kesme, hacamat yapma ve bitkilerden ilaç elde etme gibi tedavi yöntemlerini kullanmıştır. M.Ö. 3000 yıllarında kurulan Mısır uygarlığında ise, hacamat ve sülük uygulamaları yaygın tedavi yöntemleri olarak kabul edilmiştir. MÖ 5. yüzyıldan itibaren Yunan coğrafyasında rasyonel tıp uygulamalarının ortaya çıkması ve yayılmasıyla birlikte, tıp uygulamaları daha çok teori temelli gelişmeye başlamıştır. Hipokrat, tıbbın babası olarak kabul edilen önemli bir hekimdir ve bazı eserlerinde hacamatı arınma ve boşaltım tedavi yöntemi olarak ele almıştır (Reva, 2022). Yunan tıbbının gelişimi, insan vücudunu daha iyi anlamayı ve doğadan faydalanan tedavi yöntemlerini geliştirmeyi hedeflemiştir.

Mezopotamya tıbbının gelişiminde Anadolu toprakları önemli bir rol oynamıştır. Bu bölgedeki uygarlıklar, Antik Mısır ve Yunan uygarlıklarıyla ticari ve kültürel alışverişlerde bulunmuş, bu da bilim ve sanat alanındaki gelişmelerini kolaylaştırmıştır. Tıbbi bitkiler Hititler tarafından Mezopotamya ve Mısır'dan getirilmiş, ayrıca hastaları tedavi etmek ve bilgilerinden yararlanmak için hekimler ithal etmişlerdir. Hititler mumyalama ve diseksiyon tekniklerini Mısırlılardan öğrenmişlerdir. Eski toplumlar hastalıkları kötü ruhlara bağlar ve tanrılara kurbanlar sunarak kötülükleri ortadan kaldırmaya çalışmışlardır (Bakır, 2017).

Orta Asya tedavi uygulamalarında uzun zaman önce rol oynayan şamanların yerini Anadolu'daki geleneksel halk hekimleri almıştır. Bu hekimler, İslamiyet'in başlangıcından günümüze kadar devam eden geleneksel halk şifacılarının temelini oluşturmuştur. Lokman hekimler Türkiye'de en çok tanınan geleneksel halk hekimleridir. Türkiye'nin tanınmış geleneksel halk şifacıları olan Lokman hekimler, hastalıkları tedavi etmek için çeşitli yöntemler kullanmışlardır (Türkmen, 2011). Bu yöntemler arasında manevi güç kullanma (irvasa), kan temizleme (parpilama), kutsal yerlerde dua etme, 'okunmuş su' ile tedavi, vücutta yaralar açma, bitkisel ilaçlar kullanma, hayvansal kaynaklı ilaçlarla tedavi ve mineral içerikli ilaçlarla tedavi yer almaktadır. Müzik, tarih boyunca duygu ve düşünceleri ifade etmenin bir yolu olarak kullanılmış; büyüsel, dinsel, askeri ve eğlence amaçlı olduğu kadar tedavi amaçlı da kullanılmıştır (Işık, 2004). Hastalıkların artması ve 20. yüzyılın ortalarındaki hızlı

endüstriyel gelişmelerle birlikte, insanlar rahatsızlıkları için alternatif ve tamamlayıcı tedaviler olarak doğal ürünleri kullanmaya başlamıştır (Özkul, 2020). Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarını bilimsel bir konuma getirmek, modern tedavilerin yanında güvenliği ve etkinliği kanıtlanmış uygulamaların uygulanmasını sağlamak amacıyla 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Modern tıp başlangıçta bilimsel veri eksikliği nedeniyle bu tedavi yaklaşımlarını dışlasa da giderek tanınırlıkları ve pratikte kullanımları artmıştır (Muslu ve Öztürk, 2008).

2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanım Amaçları

Son yıllarda, bireylerin genel refahı artırmak, hastalıkları önlemek ve belirli tıbbi durumları tedavi etmek gibi çeşitli amaçlarla bu terapilere başvurusuyla birlikte TAT kullanımı artmıştır. TAT 'i kullanmanın temel amaçlarından biri genel refahı artırmak ve genel sağlığı teşvik etmektir (Harris ve ark. 2012). Birçok kişi fiziksel, zihinsel ve duygusal refahını artırmak için geleneksel tıbbi bakımı tamamlayabilecek bütüncül bir sağlık yaklaşımı arayışıyla TAT 'a başvurmaktadır. Bu amaçla kullanılan TAT örnekleri arasında akupunktur, yoga, meditasyon ve bitkisel takviyeler yer almaktadır.

TAT 'ın bir diğer kullanım amacı da hastalıkların önlenmesidir; bireyler bu terapileri tıbbi rahatsızlıklara yakalanma riskini azaltmak ya da sağlıklarını korumak için aramaktadır (Harris ve ark. 2012). Beslenme danışmanlığı, egzersiz ve stres azaltma teknikleri gibi bazı TAT, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklarla ilişkili risk faktörlerini önlemeye veya azaltmaya yardımcı olabilmektedir.

İyilik halini artırmanın ve hastalıkları önlemenin yanı sıra, TAT genellikle belirli tıbbi durumları tedavi etmek veya bu durumlarla ilişkili semptomları yönetmek için kullanılmaktadır (Barnes ve ark., 2008). İnsanlar semptomları hafifletmek, ilaçların yan etkilerini yönetmek veya yaşam kalitelerini artırmak için birincil tedavi olarak veya geleneksel tıbbi bakımla birlikte TAT 'i kullanabilmektedirler (Harris ve ark., 2012). Bu amaçla kullanılan TAT örnekleri arasında sırt ağrısı için kayropratik bakım, migren için akupunktur ve gastrointestinal sorunlar için bitkisel takviyeler yer almaktadır.

TAT kullanımını coğrafi sınırları, etnik grupları, sosyal statüleri ve ekonomik koşulları aşarak küresel bir fenomen haline gelmiştir. Kullanımı dünya genelinde %6 ile %73 arasında değişmektedir. Genel olarak insanlar TAT'ı tedavi sürecini desteklemek, yaşam kalitesini artırmak, ilaç yan etkilerini azaltmak, tedaviden kaynaklanan komplikasyonları önlemek, iyileşme sürecini hızlandırmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek, kanserin gelişmesini veya tekrarlamasını önlemek, ağrıyı azaltmak, stres ve anksiyeteyi yönetmek, uyku düzenini korumak, fiziksel ve psikolojik güç sağlamak gibi çeşitli nedenlerle kullanılmaktadır. Hatta bazıları TAT'ı son çare olarak veya daha elverişli bir yaşam sonu deneyimini kolaylaştırmak için kullanılmaktadır. Türkiye de dahil olmak üzere çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan hastaların TAT'ı genellikle tanıdan öncesinde ya da sonrasında ya da her iki dönemde de tercih ettiklerini göstermiştir. TAT'ı tek başına ya da modern tedavi yöntemleriyle birlikte kullanabilmektedirler. İnsanların TAT uygulamalarına yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyen ve bu yöntemleri kullanmalarına yol açan çeşitli faktörler bulunmaktadır:

- **TAT'ın etkili olduğunu bilmek:** Ruh sağlığı, hastalıkların önlenmesi ve kronik hastalıkları olan hastaların yaşam kalitesinin artırılması üzerinde kanıtlanmış etkileri olsa da, bu konuda daha net sonuçlara ulaşmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.
- **Kolay erişim:** Özellikle sınırlı imkanlara ve az gelişmiş tıbbi altyapıya sahip üçüncü dünya ülkelerinde tıbbi hizmetlere ve ilaçlara erişim zor olabilir, bu da TAT uygulamalarını daha cazip hale getirmektedir.
- **Algılanan güvenilirlik:** Hastalar genellikle modern tıbbi tedavilerden kaynaklanan yan etkilerden kaçınmaya çalışmakta ve yan etkisi olmayan doğal yöntemleri tercih etmektedir. Örneğin homeopati uygulamaları bu açıdan insanların ilgisini çekmektedir.
- **Tedavi için uzun bekleme sürelerinden kaçınmak:** Birçok hasta tedavi olmak için uzun süre sıra beklemek istememektedir.
- **İnvaziv olmayan yöntemlerin kullanılması:** TAT genellikle hastaların daha cazip bulabileceği daha az invaziv teknikler kullanılmaktadır.
- **Hastaların tedavileri hakkında karar vermelerine izin verilmesi:** TAT, hastaları kendi sağlık kararlarının kontrolünü ele almalarını sağlamaktadır.
- Eski sağlığına kavuşmak için mevcut tüm seçenekleri araştırmak.

- **Hastalık yerine iyileşmeye (sağlıklı yaşam tarzına) öncelik vermek:** Modern tıp genellikle hedef hastalığa sınırlı vurgu yaparak farmakolojik ve cerrahi tedavilere odaklanırken, insanlar öz bakım ve sağlığın korunması hakkında giderek daha fazla bilgi talep etmektedir.
- **Bütüncül bir yaklaşımın dahil edilmesi:** TAT, sadece belirli bir rahatsızlığı değil, tüm kişiyi dikkate alır.
- **TAT'ın son çare olarak kullanılması:** Özellikle kronik hastalıklarla uğraşan hastalar için TAT yöntemleri, geleneksel tedaviler başarısız olduğunda son seçenek olarak görülebilir (Harris ve ark., 2012).

2.2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Sınıflandırılması

2.2.4.1. Zihin beden tıbbı

Zihin-beden tıbbı yaklaşımı, duygusal, zihinsel, sosyal ve ruhsal faktörlerin fiziksel sağlığı doğrudan etkileyebileceği ve bunun tersinin de geçerli olduğu inancına dayanmaktadır (Greeson, 2008). Bu yaklaşım, vücudun doğuştan gelen iyileştirme mekanizmalarından yararlanarak çeşitli sağlık sorunlarını ele alma potansiyeli nedeniyle giderek daha fazla tanınmakta ve popülerlik kazanmaktadır.

Her birinin kendine özgü odak noktası ve uygulaması olan birkaç farklı türde zihin-beden tıbbı tekniği vardır. En yaygın kullanılan tekniklerden bazıları şunlardır:

Meditasyon: Meditasyon, kişinin dikkatini odaklamasını ve rahatlama ve zihinsel berraklık durumuna ulaşmak için zihni dolduran düşünce akışını ortadan kaldırmayı içeren bir uygulamadır (Tang, Hölzel ve Posner, 2015). Farkındalık meditasyonu, transandantal meditasyon ve sevgi-şefkat meditasyonu gibi çeşitli meditasyon stilleri vardır.

Yoga: Yoga, genel sağlık ve refahı teşvik etmek için fiziksel duruşları, nefes tekniklerini ve meditasyonu birleştiren bütünsel bir zihin-beden uygulamasıdır. Stresin azaltılması, ağrı yönetimi ve ruh sağlığının iyileştirilmesi için yaygın olarak benimsenmiştir.

Tai Chi: Tai Chi, denge, esneklik ve zihinsel odaklanmayı geliştirmek amacıyla yavaş, kontrollü hareketler ve derin nefes almayı içeren bir Çin dövüş sanatı biçimidir (Wayne ve Kaptchuk, 2008).

Rehberli İmgeleme: Rehberli imgeleme, rahatlamayı teşvik etmek, stresi azaltmak ve iyileşmeyi kolaylaştırmak için zihinsel görselleştirmeyi kullanan bir tekniktir . Bağımsız olarak ya da bir terapist veya ses kaydı yardımıyla uygulanabilir (Moss ve Shaffer, 2017).

Biofeedback: Biofeedback, bireylerin kalp atış hızı, kas gerginliği ve cilt sıcaklığı gibi fizyolojik süreçleri üzerinde farkındalık ve kontrol kazanmalarına yardımcı olmak için elektronik veya mekanik cihazlar kullanan bir tekniktir (Moss ve Shaffer, 2017).

Hipnoz: Hipnoz, bireylerin bilinçaltı zihinlerine erişmelerine ve düşünce, duygu veya davranışlarında değişiklik yapmalarına yardımcı olmak için kullanılan odaklanmış dikkat ve yüksek telkin halidir (Elkins ve ark. 2015).

Zihin-beden tıbbı üzerine giderek artan araştırmalar, kronik ağrı, kardiyovasküler hastalıklar, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık durumları için potansiyel faydalarını desteklemektedir. Altta yatan mekanizmaları daha iyi anlamak ve bu tekniklerin klinik ortamlarda uygulanmasına yönelik standartlaştırılmış kılavuzlar oluşturmak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Elkins ve ark. 2015).

2.2.4.2.Biyolojik esasa dayanan uygulamalar

Biyolojik temelli uygulamalar; bitkiler, hayvanlar ve mineraller gibi doğal kaynaklardan elde edilen çok çeşitli tedavi ve terapileri kapsayan bir TAT kategorisini temsil etmektedir (NCCIH, 2021). Bu uygulamalar, vücudun doğal iyileşme süreçlerini desteklemek veya geliştirmek için biyolojik maddelerin terapötik potansiyelinden yararlanmayı amaçlamakta ve genellikle geleneksel tıbbi bakımın yanında tamamlayıcı tedaviler olarak hizmet vermektedir (Nahin, Barnes, Stussman ve Bloom, 2009). Biyolojik temelli uygulamaların en önde gelenlerinden bazıları şunlardır:

Bitkisel Tıp: Botanik tıp veya fitotıp olarak da bilinen bitkisel tıp, çeşitli sağlık koşullarını tedavi etmek veya önlemek için bitki kaynaklı maddelerin kullanılmasını içermektedir (Ekor, 2014). Bitkisel ilaçlar çaylar, kapsüller, ekstratler veya uçucu yağlar gibi çeşitli şekillerde uygulanabilir.

Besin Takviyeleri: Besin takviyeleri, vitaminler, mineraller, amino asitler, enzimler ve bireyin diyetini desteklemeyi ve sağlığı geliştirmeyi amaçlayan diğer maddeler dahil olmak üzere geniş bir ürün yelpazesini kapsamaktadır (Bailey ve ark, 2013). Bu ürünler tipik olarak hap, toz veya sıvı şeklinde mevcuttur.

Probiyotikler: Probiyotikler, yeterli miktarda alındığında sağlıklı bir bağırsak bakteri dengesini teşvik ederek sağlığa fayda sağlayabilen canlı mikroorganizmalardır. Probiyotik takviyeleri genellikle Lactobacillus ve Bifidobacterium cinslerinden bakteri türlerini içerir ve kapsüller, tozlar veya yoğurt gibi fermente gıdalar gibi çeşitli şekillerde mevcuttur.

Fonksiyonel Gıdalar: Fonksiyonel gıdalar, genellikle biyolojik olarak aktif bileşiklerin varlığı nedeniyle temel besin içeriklerinin ötesinde sağlık yararları sağlayan gıdalardır. Fonksiyonel gıdalara örnek olarak omega-3 bakımından zengin balıklar, antioksidan bakımından zengin meyveler ve lif bakımından zengin tam tahıllar verilebilir.

Aromaterapi: Aromaterapi, fiziksel ve duygusal esenliği desteklemek için aromatik bitki özlerinin ve uçucu yağların kullanılmasıdır. Uçucu yağlar solunabilir, cilde uygulanabilir veya çeşitli terapötik etkiler elde etmek için masajda kullanılabilir.

Biyolojik temelli uygulamalar bir dizi sağlık sorununu ele almada umut vaat etse de, bu tedavilerin etkinliği ve güvenliği spesifik tedaviye, maddeye ve bireye bağlı olarak önemli ölçüde değişebilir. Uygulayıcıların ve hastaların, biyolojik temelli uygulamaların kullanımını destekleyen mevcut kanıtların yanı sıra geleneksel ilaçlar ve tedavilerle olası etkileşimler hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir (Fugh-Berman, 2000).

2.2.4.3. El becerisine dayanan uygulamalar

Manuel terapiler veya manipülatif terapiler olarak da bilinen el becerilerine dayalı uygulamalar, çeşitli sağlık durumlarını teşhis etmek, tedavi etmek veya önlemek için uygulamalı tekniklerin kullanılmasını içeren bir TAT kategorisidir (NCCIH, 2021). Bu terapiler genellikle kas-iskelet sistemine odaklanarak eklem hareketliliğini, kas fonksiyonunu ve genel fiziksel refahı iyileştirmeyi

amaçlamaktadır (Bronfort ve ark., 2010). El becerilerine dayalı en önde gelen uygulamalardan bazıları şunlardır:

- Kayropratik
- Osteopati
- Masaj Terapisi
- Refleksoloji
- Akupresür

El becerilerine dayalı uygulamalar üzerine yapılan araştırmalar, sırt ağrısı, boyun ağrısı, baş ağrısı ve stresle ilgili bozukluklar da dahil olmak üzere çeşitli sağlık durumları için potansiyel faydalarını göstermiştir (Yuanve ark, 2008). Bununla birlikte, bu tedavilerin etkinliği spesifik tekniğe, uygulayıcıya ve bireysel hastaya bağlı olarak değişebilir. Hasta güvenliğini sağlamak ve terapötik sonuçları optimize etmek için, manuel terapileri seçerken ve uygularken mevcut kanıtları göz önünde bulundurmak ve belirli tekniklerle ilişkili potansiyel kontrendikasyonların veya risklerin farkında olmak önemlidir.

2.2.4.4. Enerji tıbbı

TAT`in bir alt kümesi olan enerji tıbbı, genellikle qi, chi veya prana olarak adlandırılan hayati enerjinin vücudun içinden ve etrafından akararak sağlığı ve refahı koruduğu varsayımına dayanmaktadır. Enerji tıbbı uygulayıcıları, bu enerji akışındaki dengesizliklerin veya tıkanıklıkların hastalığa veya işlev bozukluğuna yol açabileceğine inanır ve dengeyi yeniden sağlamak ve iyileşmeyi teşvik etmek için çeşitli teknikler kullanmaktadırlar. Aşağıdakiler de dahil olmak üzere birkaç farklı enerji tıbbı yaklaşımı vardır:

- Reiki
- Terapötik Dokunuş
- Akupunktur
- Çigong
- Biyolojik Alan Terapileri (Yuanve ark, 2008).

Enerji tıbbı sağlık hizmetlerine tamamlayıcı bir yaklaşım olarak popülerlik kazanmış olsa da, etkinliğini destekleyen ampirik kanıtlar sınırlı ve tutarsız kalmaktadır (Rubik, 2002). Bazı çalışmalar ağrının giderilmesi, stresin azaltılması ve

rahatlama için potansiyel faydalar önermektedir, ancak sağlam bir kanıt temeli oluşturmak ve bu tedavilerin altında yatan mekanizmaları daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca, enerji tıbbı uygulayıcılarının güvenliğini ve yeterliliğini sağlamanın yanı sıra, geleneksel tıbbi tedavilerle potansiyel riskleri ve etkileşimleri göz önünde bulundurmak da önemlidir (Barnes, Bloom ve Nahin, 2008).

2.2.4.5. Medikal sistemler

Medikal sistemler, zaman içinde gelişen ve dünyanın çeşitli bölgelerinde uygulanan kapsamlı, iyi tanımlanmış TAT çerçevelerini ifade etmektedir (NCCIH, 2021). Bu sistemler, sağlık koşullarının teşhisine, tedavisine ve önlenmesine rehberlik eden benzersiz teoriler, felsefeler ve uygulamalarla karakterize edilir. Çoğu durumda, bu sistemler geleneksel Batı tıbbının yanında veya ondan bağımsız olarak gelişmiştir (Barnes, Bloom ve Nahin, 2008). En önde gelen tıbbi sistemlerden bazıları şunlardır:

Geleneksel Çin Tıbbı (TCM): TCM, Çin'de binlerce yıldır uygulanan ve beden, zihin ve çevre arasındaki bütünsel denge ve uyum kavramına dayanan eski bir tıp sistemidir. TCM, akupunktur, bitkisel ilaç, qigong ve tai chi gibi çeşitli teşhis ve tedavi yöntemlerini kapsamaktadır.

Ayurveda: Kökeni 3.000 yıl önce Hindistan'a dayanan Ayurveda, dünyanın en eski tıp sistemlerinden biridir. Beden, zihin ve ruhun birbirine bağlılığını vurgular ve dengeyi sağlamak ve sağlığı geliştirmek için bitkisel ilaç, masaj, meditasyon ve diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri de dahil olmak üzere bir dizi terapi kullanılmaktadır.

Naturopati: Naturopati, vücudun kendi kendini iyileştirme kapasitesini ve yalnızca semptomları tedavi etmek yerine hastalığın temel nedenlerini ele almanın önemini vurgulayan tıbbi bir sistemdir (Pizzorno ve Murray, 2012). Naturopatik uygulayıcılar, vücudun doğal iyileşme süreçlerini desteklemek için beslenme, botanik tıp, hidroterapi ve fiziksel tıp gibi çeşitli terapiler kullanmaktadırlar.

Homeopati: 18. yüzyılda Alman doktor Samuel Hahnemann tarafından önerilen ve "benzer benzeri iyileştirir" ilkesine dayanan bir tıp sistemidir. Homeopatik ilaçlar, bitkilerden, minerallerden ve diğer kaynaklardan elde edilen ve

vücutun kendi iyileştirici tepkisini uyarmak amacıyla uygulanan yüksek oranda seyreltilmiş maddelerdir.

Unani Tıbbı: Greko-Arap tıbbı olarak da bilinen Unani tıbbı, antik Yunan'da ortaya çıkmış ve daha sonra Arap ve Fars hekimler tarafından geliştirilmiştir. Bu sistem, bitkisel ilaçlar, diyet değişiklikleri ve diğer terapötik tekniklerin kullanımı yoluyla vücudun dört hümörü (kan, balgam, sarı safra ve kara safra) arasında bir denge sağlamanın önemini vurgulamaktadır.

Bu tıbbi sistemlerin bazı yönleri kabul görmüş ve ana akım sağlık hizmetlerine entegre edilmiş olsa da, etkinlik ve güvenliklerini destekleyen bilimsel kanıtlar büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Bu çeşitli tıbbi sistemlerin altında yatan potansiyel faydaları, riskleri ve mekanizmaları daha iyi anlamak ve hastaların güvenli, etkili ve kanıta dayalı bakım almalarını sağlamak için titiz, yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç vardır (Pizzorno ve Murray, 2012).

2.2.5. Hastaların Başvurma Nedenleri

TAT kullanımı son yıllarda giderek artmakta ve hastalar çeşitli nedenlerle bu tedavilere yönelmektedir. Hastaları TAT tedavileri aramaya iten faktörleri anlamak, hasta merkezli bakımı bilgilendirmeye yardımcı olduğu, açık iletişimi kolaylaştırdığı ve hastaların güvenli ve etkili tedaviler almasını sağladığı için sağlık hizmeti sağlayıcıları için çok önemlidir. Hastaların TAT tedavilerine başvurmasının bazı yaygın nedenleri arasında geleneksel tıptan memnuniyetsizlik ilk sırada yer almaktadır. Hastalar, geleneksel tedaviler rahatlatma sağlamadığında veya istenmeyen yan etkilere neden olduğunda TAT tedavilerine yönelebilmektedirler. Hastalar TAT tedavilerini geleneksel tedavilere kıyasla daha doğal, daha az invaziv ve daha az yan etkiye sahip olarak algılayabilmektedirler (Bishop, Yardley ve Lewith, 2007).

Birçok hasta, beden, zihin ve ruhun birbirine bağlılığını ve hastalığın altında yatan nedenlerin ele alınmasının önemini vurgulayan TAT tedavilerinin sunduğu bütüncül ve hasta merkezli yaklaşımdan etkilenmektedir. Hastalar TAT tedavilerinin sağlık bakımlarına daha kişiselleştirilmiş ve güçlendirici bir yaklaşım sağladığını düşünebilmektedirler. Ayrıca bazı hastalar TAT tedavilerini genel sağlıklarını ve esenliklerini korumak ve geliştirmek veya hastalıkları önlemek için proaktif bir stratejinin parçası olarak kullanmaktadır (Barnes ve ark. 2004). Bu uygulamalar

arasında yoga, meditasyon ve diyet takviyeleri gibi rahatlama, stres azaltma ve genel sağlığı desteklediğine inanılan uygulamalar yer almaktadır.

Hastaları TAT tedavileri aramaya iten faktörler arasında kültürel inançlar ve değerler önemli bir unsurdur. Kültürel faktörler, hastaların TAT tedavilerini kullanma kararlarında önemli bir rol oynayabilmektedir. Bazı bireyler için TAT uygulamaları kültürel inanç ve değerlerine daha yakın olabilmekte veya içinde buldukları toplumda daha tanıdık ve erişilebilir olabilmektedir. Ayrıca hastalar, TAT tedavilerini kullanmış olan arkadaşlarının, aile üyelerinin veya diğer güvenilir kişilerin deneyimlerinden ve tavsiyelerinden etkilenmektedirler (Bishop ve ark., 2007). Başkalarından gelen olumlu referanslar, hastaların TAT tedavilerinin güvenliği ve etkinliği konusundaki algılarına katkıda bulunmaktadır.

2.2.6. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Yönelimi Etkileyen Faktörler

TAT uygulamalarına yönelimi etkileyen faktörler birkaç farklı başlık altında değerlendirilebilir. Aşağıda öne çıkan bu faktörler incelenmiştir:

2.2.6.1. Demografik Faktörler

Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik faktörler TAT uygulamalarına yönelimi etkilemektedir. Kadınların TAT kullanma olasılığı erkeklere göre daha yüksektir ve TAT kullanımı yaşla birlikte artmaktadır. Daha yüksek eğitim seviyeleri de TAT kullanımı ile pozitif ilişkilidir. Özellikle, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin TAT kullanma olasılığı, daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla daha yüksektir (Bishop, Yardley ve Lewith, 2007).

2.2.6.2. Sağlık Durumu ve İnançlar

Kronik sağlık sorunları olan veya sağlıklarını kötü olarak algılayan bireylerin TAT'ı kullanma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, bütüncül sağlık, kendi kendini iyileştirme ve maneviyat konularında güçlü inançlara sahip olanlar TAT uygulamalarını daha kolay benimseme eğilimindedir. Furnham ve Forey (1994) tarafından yapılan bir çalışmada, bütüncül sağlığın önemine inanan bireylerin TAT kullanma olasılığının, bu tür inançlara sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

2.2.6.3. Geleneksel Tıptan Memnuniyetsizlik

Geleneksel tıptan duyulan memnuniyetsizlik, TAT uygulamalarına yönelimi etkileyen önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır. Geleneksel tıpta kontrol eksikliği, yetersiz iletişim veya kötü sonuçlar yaşayan bireyler TAT uygulamalarında alternatif arayışına girebilmektedir. Örneğin, Bausell ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmada, geleneksel sağlık sisteminden duyulan memnuniyetsizliğin TAT kullanımının önemli bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur.

2.2.6.4. Kültürel Faktörler

Etnik köken, din ve sosyal normlar gibi kültürel faktörlerin TAT yönelimini etkilediği bulunmuştur. TAT kullanımının yaygınlığı farklı kültürel gruplar arasında değişiklik göstermekte olup, bazı etnik grupların TAT kullanma olasılığı diğerlerine göre daha yüksektir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde Afrikalı Amerikalılar ve Hispaniklerin TAT'ı Hispanik olmayan beyazlara göre daha sık kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca, dini inançlar ve uygulamalar TAT kullanımını etkileyebilir, çünkü bazı dini gruplar TAT'ı manevi inançlarıyla daha tutarlı görebilmektedir (Bodeker ve Kronenberg, 2002).

2.2.6.5. Sosyal Ağlar ve Destek

Sosyal ağlar ve destek sistemleri de bireylerin TAT uygulamalarına yönelimini şekillendirmede rol oynamaktadır. TAT kullanan veya tavsiye eden arkadaşları veya aile üyeleri olan bireylerin bu uygulamaları kendilerinin de kullanma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, kişinin sosyal ağında TAT ile ilgili bilgi ve kaynakların mevcudiyeti, TAT uygulamalarını benimseme olasılığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Furler ve ark., 2008).

Sonuç olarak, demografik özellikler, sağlık durumu ve inançlar, geleneksel tıptan memnuniyetsizlik, kültürel faktörler ve sosyal ağlar ve destek dahil olmak üzere çeşitli faktörler tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına yönelimi etkilemektedir. Bu faktörlerin anlaşılması, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını teşvik etmek için müdahalelerin ve politikaların daha iyi hedeflenmesine yardımcı olmaktadır.

2.2.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde Yer Alan Tedaviler

2.2.7.1. Akupunktur, Hipnoz, Hirudoterapi (Sülük Tedavisi), Homeopati, Hacamat ve Kupa Uygulaması

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri, modern tıbbın sunduğu çözümlerle birlikte veya onların alternatifi olarak kullanılabilir. Bu yöntemlerin bazıları yüzyıllardır kullanılırken, bazıları daha yeni ve deneysel aşamada olabilir. İşte bu yöntemlerden bazıları: Akupunktur, Hipnoz, Hirudoterapi (Sülük Tedavisi), Homeopati ve Hacamat.

Akupunktur tedavisi Çin'de diyabet tedavisinde yaygın bir yaklaşımdır. Akupunktur Amerika Birleşik Devletleri'nde en çok kronik ağrı için alternatif bir tedavi olarak bilinmektedir. Hipnoz ise, düşünce, duygu ve davranışlarda olumlu değişiklikleri kolaylaştırmak için odaklanmış dikkat, derin gevşeme ve yüksek telkin kullanımını içeren terapötik tekniklerdir (Hammond, 2010). Diğer bir yöntem olan Sülük tedavisi olarak da bilinen hirudoterapi, çeşitli sağlık sorunlarını tedavi etmek için tıbbi sülüklerin (*Hirudo medicinalis*) uygulanmasını içeren geleneksel bir tıbbi uygulamadır. Sülüklerin tıbbi amaçlarla kullanımını eski uygarlıklara kadar uzanmakta ve cilt hastalıkları, iltihaplanma ve ağrı gibi çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmıştır.

Hacamat tedavisi ve Kupa uygulaması, çeşitli sağlık sorunlarının tedavisinde yüzyıllardır kullanılan iki farklı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamasıdır (Cao vd., 2010; Sherman vd., 2000). Antik Mısır, Çin ve Yunanistan'a kadar uzanan bir uygulama olan hacamat, kan dolaşımını teşvik ettiğine ve ağrıyı hafiflettiğine inanılan negatif basınç oluşturmak için vantuzların cilde uygulanmasını içermektedir. Islak hacamat olarak da bilinen hacamat, vantuzları uygulamadan önce ciltte küçük kesiklerin yapıldığı kan almayı içeren İslami bir uygulamadır (Al-Bedah ve ark., 2016). Kullanılan diğer uygulamalar ise şöyledir: Mezoterapi, Proloterapi, Osteopati, Ozon terapisi, Refleksoloji, Müzik terapisi ve Larva uygulaması.

2.2.7.2. Apiterapi

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın bir formu olan apiterapi çeşitli sağlık sorunlarının tedavisi ve önlenmesi için kullanımını kapsamaktadır. Arı ürünlerinin

tedavi amaçlı kullanımı binlerce yıl öncesine dayanmaktadır ve Mısırlılar, Yunanlılar ve Çinliler gibi çeşitli eski uygarlıklarda belgelenmiştir. "Tıbbın babası" Hipokrat, çeşitli rahatsızlıkları tedavi etmek için bal ve diğer arı ürünlerinin kullanılmasını savunmuştur. "Apiterapi" terimi 20. yüzyılda ortaya atılmış ve o zamandan beri birçok ülkede geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın bir formu olarak kabul görmüştür (Bogdanov ve ark., 2008).

Apiterapi, cilt bozuklukları, yaralar, yanıklar, enfeksiyonlar ve iltihaplı hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli sağlık koşullarını hedef alan çok çeşitli terapötik uygulamaları kapsamaktadır. Apiterapide kullanılan farklı arı ürünleri farklı terapötik özellikler sergilemektedir:

Bal: Bal, antimikrobiyal, anti-enflamatuar ve yara iyileştirici özellikleriyle yaygın olarak tanınmaktadır. Yanıklar, ülserler ve yaralar gibi cilt rahatsızlıklarının yanı sıra solunum ve gastrointestinal enfeksiyonların tedavisinde de kullanılmıştır (Eteraf-Oskouei ve Najafi, 2013).

Propolis: Arılar tarafından bitkisel kaynaklardan toplanan reçinemsi bir madde olan propolis, antimikrobiyal, antioksidan, anti-enflamatuar ve antikanser özellikler gösterir. Ağız ve diş enfeksiyonları, cilt rahatsızlıkları ve solunum yolu rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmaktadır.

Arı Polen: Arı tükürüğü, nektar ve bitki polenin bir karışımı olan arı poleni, zengin besin içeriği ve antioksidan özellikleri nedeniyle besin takviyesi olarak kullanılmaktadır. Ayrıca immünomodülatör ve anti-inflamatuar etkilere sahip olduğu da bildirilmiştir (Eteraf-Oskouei ve Najafi, 2013).

Arı Sütü: İşçi arılar tarafından üretilen bir salgı olan arı sütü, antimikrobiyal, anti-enflamatuar ve antioksidan özellikleri ile bilinmektedir.

Arı Zehri: Arı zehri, analjezik, anti-enflamatuar ve immünomodülatör etkileri nedeniyle romatoid artrit ve multipl skleroz gibi enflamatuar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.

Apiterapi uzun bir geleneksel kullanım geçmişine sahip olsa da etkinliğini ve güvenliğini destekleyen bilimsel kanıtlar farklı arı ürünleri ve terapötik uygulamalar arasında değişiklik göstermektedir. Yüksek kaliteli klinik çalışmalar ve sistematik

incelemeler, balın yara iyileşmesi ve yanık yönetimindeki etkinliğini ortaya koymuştur (Bogdanov ve ark., 2008).

2.2.7.3. Fitoterapi

Bitkisel tıp veya botanik tıp olarak da bilinen fitoterapi, çeşitli sağlık koşullarının tedavisi ve önlenmesi için bitkilerin veya bitki özlerinin kullanılmasını içermektedir. Bitkilerin tıbbi amaçlarla kullanımı en eski insan uygarlıklarına kadar uzanmaktadır ve Mısır, Çin, Hindistan ve Yunanistan'daki eski metinlerde bitkisel ilaçlara dair kanıtlar bulunmaktadır. Tarih boyunca, geleneksel şifacılar ve uygulayıcılar bitkilerin tedavi edici özelliklerine güvenmişlerdir ve birçok modern ilacın kökeni bitki bazlı bileşiklere dayanmaktadır (Newman ve Cragg, 2012). Günümüzde fitoterapi, dünyanın birçok yerinde sağlık hizmetlerinin hayati bir bileşeni olmaya devam etmekte ve geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın bir biçimi olarak kabul edilmektedir.

Fitoterapi, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal ve nörolojik bozuklukların yanı sıra enflamatuar ve bulaşıcı hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli sağlık koşullarını hedefleyen çok çeşitli terapötik uygulamaları kapsar. Fitoterapide kullanılan bazı iyi bilinen bitki örnekleri şunlardır:

Ekinezya: Kuzey Amerika'ya özgü çiçekli bir bitki olan ekinezya, soğuk algınlığı gibi solunum yolu enfeksiyonlarını tedavi etmek için immünoestimulan ve anti-enflamatuar özellikleri nedeniyle kullanılmıştır (Newman ve Cragg, 2012).

Ginkgo biloba: Ginkgo biloba yapraklarından elde edilen ekstratlar, antioksidan, anti-enflamatuar ve damar genişletici etkileri nedeniyle bilişsel işlevi iyileştirmek ve demans ve periferik vasküler hastalıkları tedavi etmek için kullanılmıştır.

Valeriana officinalis: Genellikle kediotu olarak bilinen Valeriana officinalis, yatıştırıcı ve anksiyolitik özellikleri nedeniyle anksiyete, uykusuzluk ve stres için doğal bir ilaç olarak kullanılmıştır.

Silybum marianum: Silybum marianum veya deve dikenini, siroz ve hepatit gibi karaciğer hastalıklarını tedavi etmek ve bazı ilaçların toksik etkilerine karşı koymak için hepatoprotektif özellikleri nedeniyle kullanılmıştır.

Fitoterapinin etkinliğini ve güvenliğini destekleyen bilimsel kanıtlar, farklı bitki türleri ve terapötik uygulamalar arasında değişiklik göstermektedir. John's wort gibi bazı bitkisel ilaçlar ve iyi huylu prostat hiperplazisi için saw palmetto, iyi yürütülen klinik çalışmalar ve sistematik incelemelerle desteklenmiştir. Bununla birlikte, diğer bitkiler için kanıtlar daha az sağlamdır ve bitkisel ürünlerin güvenliği, kalitesi ve standardizasyonu ile ilgili endişeler devam etmektedir (Newman ve Cragg, 2012).

2.2.8. Dünyada Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamaları

Bu bölümde Çin, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri, Küba ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri dahil olmak üzere çeşitli ülke ve bölgelerdeki TAT uygulamalarına genel bir bakış sunulacaktır.

Çin: Geleneksel Çin Tıbbı (TCM), binlerce yıllık geçmişiyle Çin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır . TCM akupunktur, bitkisel ilaç, yaka ve diğer tedavileri içerir ve bunlar genellikle geleneksel Batı tıbbının yanında kullanılır. Çin hükümeti, TCM ve Batı tıbbının entegrasyonunu desteklemek için düzenlemeler ve politikalar uygulayarak hem ulusal hem de uluslararası alanda kullanımını teşvik etmiştir (Kaya ve ark. 2020).

Japonya: TCM'nin Japon uyarlaması olan Kampo tıbbı Japonya'da yaygın olarak uygulanmaktadır ve birçok hekim geleneksel tedavilerin yanı sıra Kampo formülleri de reçete etmektedir. Japon Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, ulusal sağlık sigortası sistemi kapsamında reçete edilmek üzere 200'den fazla Kampo formülünü onaylamıştır, bu da ana akım sağlık hizmetleri içindeki kabulünü yansıtmaktadır (Bodeker, Burford ve Kronenberg, 2006).

Amerika Birleşik Devletleri: TAT, Amerika Birleşik Devletleri'nde popülerdir; yetişkinlerin yaklaşık %38'i ve çocukların %12'si bitkisel ilaç, kayropratik veya akupunktur gibi bir çeşit TAT kullanmaktadır. Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH), TAT ile ilgili bilimsel araştırmaları teşvik etmek ve halka ve sağlık çalışanlarına kanıta dayalı bilgi sağlamak amacıyla kurulmuştur. Bununla birlikte, TAT'ın sağlık sistemine entegrasyonu büyük farklılıklar göstermekte, bazı eyaletler TAT tedavilerini diğerlerine göre daha fazla kabul etmektedir (Bodeker, Burford ve Kronenberg, 2006).

Küba: Geleneksel ve doğal tıp, bitkisel ilaç, akupunktur ve diğer doğal tedavilere odaklanarak Küba sağlık sisteminin önemli bir bileşenidir. Küba Halk Sağlığı Bakanlığı, uzmanlaşmış merkezlerin ve eğitim programlarının kurulması da dahil olmak üzere geleneksel ve doğal tıbbın kullanımı ve entegrasyonu için kılavuzlar ve düzenlemeler geliştirmiştir (Bodeker, Burford ve Kronenberg, 2006).

Avrupa Birliği (AB) Ülkeleri: AB ülkelerinde TAT kullanımını yaygındır ve üye ülkeler arasında farklı düzeylerde düzenleme, kabul ve entegrasyon söz konusudur. Almanya gibi bazı ülkeler TAT kullanımında uzun bir geçmişe sahipken, Birleşik Krallık gibi diğerleri TAT tedavilerinin potansiyel faydalarını daha yeni keşfetmeye başlamıştır. Avrupa Parlamentosu, AB içinde TAT'ın uygulanması ve düzenlenmesi için ortak kılavuzlar ve standartlar geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur (Bodeker, Burford ve Kronenberg, 2006).

2.2.9. Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları

TAT uygulamaları Türkiye’de uzun bir geçmişe sahiptir ve kökleri ülkenin Hititler, Bizanslılar ve Osmanlılar gibi çeşitli medeniyetlerden etkilenen farklı kültürel mirasına dayanmaktadır. TAT'ın Türkiye’deki büyümesi, geleneksel tıba karşı artan memnuniyetsizlik ve sağlık ve esenliğe yönelik daha bütüncül ve doğal yaklaşımlara duyulan arzu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmiştir. Geleneksel bitkisel ilaçlar, binlerce yıllık zengin bir mirasa sahip olan Türk TAT'ının önemli bir bileşenidir. Bitkisel ilaçların kullanımı Türkiye’de yaygındır ve birçok hane halkı yaygın rahatsızlıkları tedavi etmek ve refahı artırmak için bu ilaçlara güvenmektedir. Yapılan bir çalışma, ankete katılanların %68,8'inin bitkisel ilaçlar kullandığını ve en yaygın olanlarının papatya, nane ve adaçayı olduğunu göstermiştir (Talhaoğlu, 2021).

Türkiye’de “TAT ile ilgili ilk yasal düzenleme 1991 yılında çıkarılan "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" olmuştur” (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu yönetmelik, uygulamayı tanımlayarak, kimlerin akupunktur yapabileceğini belirleyerek ve gerekli eğitimin ana hatlarını çizerek akupunktur tedavisi için bilimsel bir temel oluşturmayı amaçlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu, Türkiye’de bir TAT uygulaması olarak akupunkturun meşrulaştırılması ve standartlaştırılmasında önemli bir adım olmuştur.

2004 tarihinde, akupunktur tedavisi sunan özel sağlık kuruluşlarını dzenleyen bir mevzuat daha çıkarılmıştır. Bunun sonucunda, bazı niversiteler Sağlık Bakanlığı'nın gözetimi altında akupunktur eğitimi vermeye başlamıştır. Bu eğitim programlarını başarıyla tamamlayan ve sertifika alan hekimler akupunktur hizmeti vermeye başlamış, böylece akupunktur tedavisinin ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmıştır. Bu dzenleyici gelişmelere ek olarak, Türkiye'de TAT uygulamalarına odaklanan çeşitli kurumlar kurulmuştur. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde 2001 yılında Tamamlayıcı Tıp Anabilim Dalı kurulmuş, bunu 2003 yılında Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu'nun oluşturulması izlemiştir. Bu kurumlar Türkiye'de TAT uygulamalarının teşvik edilmesi ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (ztrk, Dömbekci ve Seda, 2020).

Türkiye'de TAT uygulamalarının dzenlenmesine ilişkin en son gelişme “2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği`nin” yayımlanmasıyla yaşanmıştır (ztrk, Dömbekci ve Seda, 2020). Bu yönetmelik ülkedeki TAT uygulamalarına yeni bir boyut getirerek bu tedavileri daha da meşrulaştırmış ve kapsamını genişletmiştir. Sonuç olarak, Türkiye TAT uygulamalarının tanınması ve sağlık sistemine entegre edilmesi konusunda adımlar atmaya devam etmiştir (ztrk, Dömbekci ve Seda, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma ile İlgili Genel Bilgiler

Bu çalışmanın amacı, tip 2 diyabetli bireylerin modern tıp dışında hangi yöntemleri uyguladıkları ve bu yöntemlerin beslenme alışkanlıkları ve özbakımlarıyla ilişkisini incelemektir. Araştırma, 1 Şubat 2023 ile 1 Mayıs 2023 tarihleri arasında gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, İstanbul, Ataşehir, Örnek mahallesinde ikamet eden tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan EK-1'de yer alan 25.01.2023 tarihinde 17 sayılı etik kurul izni alındı. Araştırmaya katılan bireylere EK-3 'te yer alan anket ve ölçekler uygulandı. Veri toplama araçlarındaki anket ve ölçekler bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile sözlü bir şekilde sorulup, bireylerden alınan cevaplarla yüz yüze uygulandı. İstatistiksel analizler, IBM SPSS 26 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerleri kullanılarak özetlenmiştir. Kategorik veriler ise, frekans ve oran değerleri kullanılarak özetlenmiştir. Numerik değişkenlerde normallik varsayımı çarpıklık ve basıklık değerleri ile kontrol edilmiş ve numerik değişkenlerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Numerik verilerin, ikili kategorik değişkenlerle karşılaştırmaları için bağımsız örneklem T-testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerle karşılaştırmaları ise Anova analizi kullanılmıştır. Numerik veriler arasındaki ilişkinin tespiti için Pearson korelasyon analizi, etkinin tespiti için basit regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık için 0,05 değeri kabul edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni 1 Şubat 2023-1 Mayıs 2023 tarihleri arasında İstanbul, Ataşehir, Örnek mahallesinde ikamet eden tip 2 diyabetli bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın dahil edilme kriterleri; tip 2 diyabet tanısı almış bireyler, İstanbul, Ataşehir, Örnek mahallesinde ikamet eden bireylerden oluşmuş, çalışmanın dışlanma

kriterleri; Tip 2 diyabet tanısı almamış bireyler, İstanbul, Ataşehir, Örnek mahallesinde ikamet etmeyen bireyler olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1 programı kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda bu araştırma için Tip I hata 0,05 ve %95 güven aralığında olmak üzere 48 örneklem ile 0,75 etki büyüklüğünün oluşabileceği tespit edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların; genel özellikleri, hastalıklarıyla ilgili özellikler, 24 saatlik besin tüketimlerinin kaydı, tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerle ilgili bilgileri alınmıştır. Aynı zamanda tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ölçeği ve diyabet öz bakım ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1. Bireylerin Genel Özellikleri Anket Formu

Bu bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, genel beslenme alışkanlıkları ve sigara/alkol kullanma durumu sorgulanmıştır.

3.3.2. Hastalık ile İlgili Özellikler Anket Formu

Bu bölümde bireylerin ne zamandır tip 2 diyabet hastası olduğu, ek bir kronik hastalığa sahip olup olmadıkları, tip 2 diyabete bağlı herhangi bir sağlık sorunu gelişip gelişmediği değerlendirilecektir. Tip 2 diyabette kullandıkları tedavi yöntemleri, ne kadar süredir bu tedavi yöntemini uyguladıkları, hastalıklarıyla alakalı bilgi sahibi olup olmadıkları sorgulanmıştır. Son olarak açlık, tokluk kan şeker düzeyleri ve hba1c değerleri sorgulanmıştır.

3.3.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Bu bölümde bireylerin kaç öğün tükettikleri, hangi besinleri tükettikleri ve bu besinlerin ne içerdiği saatleriyle ve miktarlarıyla birlikte sorgulanmıştır. 24 saatlik hatırlatma şeklinde yapılmıştır.

3.3.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerine İlişkin Sorular Anket Formu

Bu bölümde tip 2 diyabetli bireylerin tıbbi tedaviler dışında kullandıkları herhangi bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi olup olmadığı, varsa bunların neler olduğu, bu alternatif tedavi yöntemini nereden duydukları, tedavide etkili olduğuna inanıp inanmadıkları ve bu yönetime neden başvurdukları, ne zamandır alternatif tedavi yöntemini kullandıkları, kullanmadan önce herhangi bir sağlık çalışanına bu durumu danışıp danışmadıkları, faydasını görüp görmedikleri, tıbbi tedavinin yanında ek olarak mı yoksa tıbbi tedaviyi bırakarak mı bu yönetime başvurdukları ve bu alternatif tedavi yöntemini önerip önermeyecekleri sorgulanmıştır.

3.3.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği

Tip 2 diyabetli bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumunu gözlemek amacıyla TATKTÖ kullanılması planlanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ölçeği, Hyland ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde Erci tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.(Erci, 2007) Kişilerin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarını belirleyen ölçek, kesinlikle katılıyorum (1), katılıyorum (2), biraz katılıyorum (3), biraz katılmıyorum (4), katılmıyorum (5) ve kesinlikle katılmıyorum (6) şeklinde altılı likert formatında 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ile Bütüncül Sağlık olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten en az 11, en fazla 66 puan alınabilir. Ölçekten alınan puanın düşük olması TAT'a yönelik pozitif tutum olduğunu ifade eder. Bu çalışma için Cronbach Alpha değeri 0.71'dir.

Bu çalışmada TAT tutum ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,798; tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutunun Cronbach Alpha değeri ,923 ve bütüncül sağlık boyutunun Cronbach Alpha değeri ,807 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar TAT tutum ölçeğinin ve alt boyutlarının yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada diyabet sağlığını geliştirme öz bakım ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ,922 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar diyabet sağlığını geliştirme öz bakım ölçeğinin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.3.6. Diyabet Öz-bakım Ölçeği

Diyabet Öz-Bakım Ölçeği, tip 2 diyabetli bireylerin öz-bakım aktivitelerini ölçmek amacıyla Lee ve Fisher tarafından 2005 yılında Amerika’da geliştirilmiştir. Yetişkinleri ve çocukları önemli ölçüde etkileyen, ciddi ve karmaşık bir hastalık olan diyabetin yönetiminde bireyin öz-bakım aktivitelerine aktif olarak katılımı gereklidir. Bu özbakım aktivitelerinin yerine getirilmesi bireye özgü ele alınmalıdır. Güvenilir ve sağlam materyallerin çeşitli ölçme kabiliyeti vardır ve bazı vakalarda farklı öz-bakım aktiviteleri veri toplama, planlama ve kompleks bakımın değerlendirilmesi için gereklidir. Diyabetli hastaların öz-bakım davranışlarının yönetimini ve davranışlarını anlamak için, sağlık bakım uygulayıcıları kadar araştırmacılar da diyabet öz-bakımını doğru ve titiz bir şekilde ölçmeye gereksinim duymaktadırlar. Diyabet Öz-Bakım Ölçeği likert tipi bir ölçek olup 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve ters ifadeleri bulunmamaktadır. Maddeler, yemek yeme zamanı ve durumu, egzersiz yapma durumu, kan şekerini ölçme ve kayıt etme durumu, oral antidiyabetikleri ve insülini önerildiği şekilde kullanma, kan şekeri için doktora gitme ve kan şekerini kontrol ettirme, ayak bakımı, kişisel hijyen uygulamaları diyabet ve komplikasyonları hakkında bilgi edinmeyi içermektedir. Ölçeğin orijinalini oluşturan 35 ifade “Tamamen katılmıyorum” “Katılmıyorum” “Biraz katılmıyorum” “Biraz katılıyorum” “Katılıyorum” “Tamamen katılıyorum” seçeneklerini içermektedir. Lee ve Fisher tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0.80’dir. Ölçeğin % 66’sından daha fazla puan alan hastaların öz-bakımları kabul edilebilir düzeyde olarak belirlenmiştir. Ölçeğin minimum puanı 92, maximum puanı 140 olup puan artıkça hastaların öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmeleri de olumlu yönde artmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Verilerine Yönelik Tanımlayıcı Analizler

Araştırmaya katılan hastaların sosyo demografik özellikleri, hastalık özellikleri, besin tüketim kaydı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik sorular, tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ve diyabet sağlığını geliştirme öz bakım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış olan frekans ve tanımlayıcı analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.1.1. Hastaların Genel Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine yönelik analiz sonuçları Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadın ve erkek hasta sayısı eşittir. Hastaların yaş ortalaması $59,58 \pm 11,08$ yıl olup, %91,7’si evlidir. Hastaların %39,6’sı ilkökul, %18,8’i ortaokul, %22,9’u lise, %12,5’i üniversite mezunu iken %6,3’ü oku yazar değildir. Hastaların %56,2’si ev hanımlarından ve emeklilerden oluşmaktadır. Hastaların %52,7’sinin ekonomik durumu orta, %47,9’unun iyidir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	24	50
Kadın	24	50
Yaş (X ± Ss.)	59,58 ± 11,08	
Medeni Durum		
Evli	44	91,7
Bekâr	4	8,3
Eğitim		
Okur-Yazar Değil	3	6,3
İlkokul	19	39,6
Ortaokul	9	18,8
Lise	11	22,9
Üniversite	6	12,5

Tablo 4.1. (Devam) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Sosyo-Demografik Özellikler	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Meslek		
Memur	3	6,3
Serbest Meslek	12	25,0
Ev Hanımı	16	33,3
Emekli	11	22,9
Diğer	6	12,5
Ekonomik Durum		
İyi	23	47,9
Orta	25	52,1

n: Sayı, %:Yüzde

Araştırmaya katılan hastaların tüketim alışkanlıklarına yönelik analiz sonuçları Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %60,4’ü sigara içmemekte ve %85,4’ü alkol kullanmamaktadır. Hastaların öğün sayısı ortalaması $2,15 \pm 0,36$ iken, ara öğün ortalaması $1,38 \pm 0,58$ ’dir. 6 hasta öğün atladığını belirtmiştir. Zaman yetersizliği, en büyük öğün atlama sebebidir.

Tablo 4.2. Hastaların Tüketim Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular

Tüketim Özellikleri	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Sigara Tüketimi		
Evet, İçiyorum	19	39,6
Hayır, İçmiyorum	29	60,4
Alkol Tüketimi		
Hiç içmedim	41	85,4
Evet, İçtim	7	14,6
Alkol Tüketim Sıklığı		
Ayda 1-2 Kez	4	57,1
Haftada 1 Kez	3	42,9
Öğün Sayısı (X ± Ss.)	2,15 ± 0,36	
Ara Öğün Sayısı (X ± Ss.)	1,38 ± 0,58	
Öğün Atlama Durumu		
Ara Sıra	3	50,0
Her Gün	3	50,0
Öğün Atlama Nedeni		
Zaman Yetersizliği	11	40,7
İştahsızlık	8	29,6
Atıştırdığı İçin	2	4,2
Zayıflamak İçin	1	2,1
Alışkanlığı Yok	5	10,4

n: Sayı, %:Yüzde

4.1.2. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular

Hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine yönelik analiz sonuçları Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların diyabet süresi ortalaması $10,77 \pm 7,20$ yıldır. Hastaların %47,9'unda kronik hastalık bulunmakta ve kronik hastalığı olanların %35'inde tansiyon hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %57,1'inde diyabete bağlı hastalık bulunmakta ve diyabete bağlı gelişen hastalığı olan hastaların %33,3'ünde böbrek hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %58,7'i oral anti-diyabetik ilaç ile tedavisini sürdürmektedir. Hastaların diyabet tedavi ortalaması $9,73 \pm 7,20$ yıldır. Hastaların %95,7'si diyabet konusunda eğitim almış, eğitim alan hastaların %53,1'ine doktor tarafından eğitim verilmiş ve eğitim alanların %93,7'si eğitimi yeterli görmektedir. Hastaların %70,8'i düzenli şeker takibi yapmaktadır. Hastaların açlık kan şekeri ortalaması $155,52 \pm 32,97$; tokluk kan şekeri ortalaması $208,83 \pm 22,42$ ve HBA1C ortalaması $7,31 \pm 0,67$ 'dir.

Tablo 4.3. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular

Hastalık ile İlgili Özellikler	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Diyabet Yaşı (X ± Ss.)	10,77 ± 7,20	
Kronik Hastalık		
Var	23	47,9
Yok	25	52,1
Kronik Hastalık Adı		
Böbrek Yetmezliği	3	15,0
Hepatit	3	15,0
Tansiyon	7	35,0
Kalp Hastalığı	3	15,0
Diğer (Tiroid, Gut, Kolesterol)	4	20,0
Diyabete Bağlı Hastalık		
Var	4	57,1
Yok	3	42,9
Diyabete Bağlı Hastalık Adı		
Böbrek Hastalığı	4	33,3
Diyabetik Ayak	3	25,0
Kalp Hastalığı	3	25,0
Diğer (Görme Sorunu, Protein Kaçağı)	2	16,7
Tedavi		
Oral Anti Diyabetik	27	58,7
İnsülin	4	8,7
Oral Anti Diyabetik + Diyet	6	13,0
Oral Anti Diyabetik + İnsülin	9	19,6
Tedavi Süresi (Yıl) (X ± Ss.)	9,73 ± 7,20	
Diyabet Konusunda Eğitim		
Aldım	45	95,7
Almadım	2	4,3

Tablo 4.3. (Devam) Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular

Hastalık ile İlgili Özellikler	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Eğitim Alınan Meslek		
Hemşire	11	12,9
Doktor	45	53,1
Diyetisyen	27	31,9
Eczacı	2	2,1
Eğitim Yeterli mi?		
Evet	45	93,7
Hayır	3	6,3
Düzenli Şeker Ölçümü		
Evet	34	70,8
Hayır	14	29,2
Açlık Kan Şekeri (X ± Ss.)	155,52 ± 32,97	
Tokluk Kan Şekeri (X ± Ss.)	208,83 ± 22,42	
HBA1C (X ± Ss.)	7,31 ± 0,67	

n: Sayı, %:Yüzde, X:Ortalama, Ss:Standart Sapma

4.1.3. Hastaların Besin Tüketimlerine Yönelik Bulgular

Hastaların besin tüketimlerine yönelik analiz sonuçları Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların kalori ortalaması 1669,46±379,57 kcal; cho yüzde ortalaması 42,48±6,86; yağ yüzde ortalaması 40,33±6,16; protein yüzde ortalaması 17,0±3,76; na ortalaması 3469,74±1204,03 mg ve kolesterol ortalaması 468,53±384,66 mg'dir.

Tablo 4.4. Hastaların Besin Tüketimlerine Yönelik Bulgular

Besin Tüketimi	Hastalar (n: 48)	
	X ± Ss	Alt - Üst
Enerji (kcal)	1669,46 ± 379,57	1082,0 – 2660,0
Cho (%)	42,48 ± 6,86	22,0 – 58,0
Yağ (%)	40,33 ± 6,16	27,0 61,0
Protein (%)	17,0 ± 3,76	10,0 – 26,0
Na (mg)	3469,74 ± 1204,43	279,0 – 6231,0
Kolesterol (mg)	468,53 ± 384,66	80,0 – 2810,0

X:Ortalama, Ss:Standart Sapma

4.1.4. Hastaların TAT Yöntemlerine İlişkin Cevaplarına Yönelik Bulgular

Hastaların TAT yöntemlerine yönelik ilişkin cevaplara yönelik analiz sonuçları Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %47,9'u diyabete yönelik TAT yöntemi kullanmış olduğunu ve TAT yöntemi kullanan hastaların

%87'si şifalı bitkileri kullandığını ve %43,5'i TAT yöntemini komşulardan duyduğunu belirtmiştir. Hastaların %54,2'si şifalı bitkilere inanmakta ve inanan hastaların %52'si tarçın bitkisine inandıklarını belirtmiştir. TAT kullanan hastaların %55'i kullandıkları ilacın yan etkisini azaltmak için olduğunu söylemektedir. Hastaların %69,6'sı hastalığının ilerleyen dönemlerinde TAT yöntemini kullandığını, %25'inin TAT yöntemine başlamadan önce sağlık çalışanına danıştığını ve %50'si TAT yöntemlerinin etkisini bildiğini belirtmiştir. Hastaların hiçbiri TAT yönteminden kaynaklı sağlık sorunu yaşamadığını, %91,3'ü TAT yönteminden yarar gördüğünü, %82,6'sı TAT yönteminin ekonomik bir yük getirmediğini, %83,3'ü TAT yöntemi kullansa bile temel tedaviyi bırakmayacağını ve %87'si TAT yöntemini tavsiye edeceğini beyan etmektedir.

Tablo 4.5. Hastaların TAT Yöntemlerine İlişkin Cevaplarına Yönelik Bulgular

TAT Yöntemlerine Yönelik Cevaplar	Hastalar (n: 48)	
	n	%
Diyabete Yönelik TAT Yöntemi Kullandınız mı?		
Evet	23	47,9
Hayır	25	52,1
Kullanılan TAT Yöntemi		
Şifalı Bitkiler	20	87,0
Megavitamin Tedavisi	1	4,3
Hacemat	2	8,7
Yöntemin Duyulduğu Yer		
Komşular	10	43,5
Aktar	2	8,7
Akraba/Arkadaş	7	30,4
Medya	2	8,7
Diyetisyen	2	8,7
Şifalı Bitkilerin Diyabete Etkisine İnanma		
Evet	26	54,2
Hayır	22	45,8
Bitki İsimleri		
Tarçın	13	52,0
Çörek Otu	6	24,0
Zerdeçal	2	8,0
Zencefil	3	12,0
Isırgan Otu	1	4,0
TAT Kullanım Nedeni		
İlacın yan etkisinden kurtulmak	11	55,0
Hastalığı engellemek/Sağlığıma kavuşmak	5	25,0
Şeker düşürmek için	2	10,0
Diyetisyen önerisi	2	10,0

Tablo 4.5. (Devam) Hastaların TAT Yöntemlerine İlişkin Cevaplarına Yönelik Bulgular

TAT Yöntemlerine Yönelik Cevaplar	Hastalar (n: 48)	
	n	%
TAT Başlama Zamanı		
Diyabet tanısı konur konmaz	7	30,4
Hastalığın ilerleyen dönemlerinde	16	69,6
TAT Öncesi Sağlık Çalışanına Danışma		
Evet	6	25,0
Hayır	18	75,0
TAT Etkisini Bilme		
Evet	24	50,0
Hayır	24	50,0
TAT Sürecinde Sağlık Sorunu Yaşadınız mı?		
Hayır	23	100
TAT Sürecinden Yarar Gördünüz mü?		
Evet	21	91,3
Hayır	2	8,7
TAT Süreci Ekonomik Yük Getirdi mi?		
Evet	4	17,4
Hayır	19	82,6
TAT Sürecinde Tedavi		
Tedavime devam ettim	21	91,3
Tedavime ara verdim	2	8,7
Temel Tedaviyi Bırakır mısınız?		
Evet	4	16,7
Hayır	20	83,3
TAT Yöntemini Tavsiye Eder misiniz?		
Evet	20	87,0
Hayır	1	4,3
Bilmiyorum	2	8,7

n: Sayı, %:Yüzde

4.1.5. Hastaların TAT Tutum ve Öz bakım Düzeylerine Yönelik Bulgular

Hastaların TAT tutum ve Öz bakım yönelik analiz sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeylerine Yönelik Bulgular

Ölçekler ve Alt Boyutları	Hastalar (n: 48)		
	X ± Ss	Alınan Alt - Üst	Alınabilecek Alt - Üst
TAT Tutum Ölçeği	32,33 ± 8,10	15,0 – 41,0	11 - 66
Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	25,48 ± 8,46	10,0 – 36,0	6 – 36
Bütünsel Sağlık	6,85 ± 2,53	2,0 – 14,0	5 – 30
Öz bakım Ölçeği	71,96 ± 13,44	57,0 – 120,0	35 - 140

X:Ortalama, Ss:Standart Sapma

Çalışmaya katılan hastaların TAT tutum toplam puan ortalaması $32,33 \pm 8,10$; tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutu toplam puan ortalaması $25,48 \pm 8,46$ ve bütünsel sağlık boyutu toplam puan ortalaması ise $6,85 \pm 2,53$ 'tir.

Hastaların öz bakım toplam puan ortalaması $71,96 \pm 13,44$ 'dir.

4.2. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeylerine Yönelik Karşılaştırma Analizleri

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri, hastalık özellikleri, besin tüketim kaydı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik cevaplarına göre TAT tutum ve öz bakım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış olan frekans ve atınımlayıcı analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.2.1. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Genel Özellikler Karşılaştırması

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre TAT tutum ve öz bakım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Sosyo-Demografik Özellikler Karşılaştırması

Sosyo-Demografik Özellikler		TAT Tutum		Öz bakım	
		X	Ss.	X	Ss.
Cinsiyet	Erkek	34,04	7,42	69,96	11,69
	Kadın	30,63	8,53	73,96	14,97
		t=1,480; p=,146		t=-1,031; p=,308	
Yaş		r=,187 p=,204		r=,141 p=,340	
Medeni Durum	Evli	31,75	8,15	71,43	13,62
	Bekâr	38,75	3,76	77,75	11,05
		t=-1,687; p=,098		t=0,898; p=,374	
Eğitim	Okur-Yazar Değil	28,67	5,85	86,67	30,24
	İlkokul	30,00	8,78	67,16	9,01
	Ortaokul	31,89	8,55	72,11	17,29
	Lise	33,91	7,24	72,36	11,03
	Üniversite	39,33	3,14	78,83	6,64
		F=1,919; p=,125		F=2,071; p=,101	

Tablo 4.7. (Devam) Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Sosyo-Demografik Özellikler Karşılaştırması

Sosyo-Demografik Özellikler		TAT Tutum		Özbakım	
		X	Ss.	X	Ss.
Meslek	Memur	40,33	1,15	71,00	6,56
	Serbest Meslek	32,67	7,82	66,92	6,20
	Ev Hanımı	29,63	7,50	74,13	17,22
	Emekli	30,09	9,24	72,27	16,19
	Diğer	39,00	3,94	76,17	9,26
		F=2,776; p=,039*		F=0,658; p=,624	
Ekonomik Durum	İyi	32,75	8,51	70,83	8,43
	Orta	32,32	7,87	73,00	16,92
		t=0,012; p=,991		t=-0,555; p=,581	

X=Ortalama, Ss. Standart Sapma, r: Korelasyon Katsayısı, t:Bağımsız Örneklem T-Testi, F=Anova Analizi, p: Anlamlılık Düzeyi (*p<,05)

Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamalarında, hastaların mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (F=2,776; p<0,05). Memur ve diğer meslek sahiplerinin, serbest meslek, ev hanımı ve emekli hastalara göre daha yüksek TAT tutum puanına sahip oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamalarında, hastaların mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05).

Ayrıca araştırmaya katılan hastaların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında, hastaların mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05).

Araştırmaya katılan hastaların tüketim alışkanlıklarına göre TAT tutum ve öz bakım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Tüketim Alışkanlıkları Karşılaştırması

Tüketim Özellikleri		TAT Tutum		Özbakım	
		X	Ss.	X	Ss.
Sigara Tüketimi	Evet, İçiyorum	33,95	7,34	72,68	10,93
	Hayır, İçmiyorum	31,28	8,51	81,48	15,07
		t=1,121; p=,268		t=0,300; p=,766	
Alkol Tüketimi	Hiç İçmedim	31,44	8,16	71,59	14,14
	Evet, İçtim	37,57	5,68	74,14	8,72
		t=-1,902; p=,063		t=-0,461; p=,647	
Öğün Sayısı		r=,211 p=,150		r=529 p=,001*	

Tablo 4.8. (Devam) Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Tüketim Alışkanlıkları Karşılaştırması

Tüketim Özellikleri		TAT Tutum		Öz bakım	
		X	Ss.	X	Ss.
Ara Öğün Sayısı		r=,186 p=,383		r=,318 p=,130	
Öğün	Ara Sıra	33,33	4,97	80,50	16,63
Atlama	Her Gün	32,57	8,66	68,19	8,07
		t=0,204; p=,840		t=1,577; p=,170	
Öğün	Zaman Yetersizliği	35,64	5,98	74,27	12,76
Atlama	İştahsızlık	26,50	8,34	75,13	19,45
Nedeni	Atıştırdığı İçin	28,00	9,89	71,00	11,31
	Zayıflamak İçin	41,00	-	72,00	-
	Alışkanlığı Yok	33,40	5,55	78,00	23,26
		F=2,625; p=,062		F=0,077; p=,989	

***p<0,05** X=Ortalama, Ss. Standart Sapma, r: Korelasyon Katsayısı, t:Bağımsız Örneklem T-Testi, F=Anova Analizi, p: Anlamlılık Düzeyi (*p<,05)

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile öğün sayısı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=,529$; $p<0,05$). Hastaların öğün sayısı arttıkça, öz bakım düzeyleri de artış göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Ayrıca araştırmaya katılan hastaların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında, tüketim alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.2.2. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Hastalık ile İlgili Özellikler Karşılaştırması

Araştırmaya katılan hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine göre TAT tutum ve öz bakım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Hastalık ile İlgili Özellikler Karşılaştırması

Hastalık ile İlgili Özellikler		TAT Tutum		Öz bakım	
		X	Ss.	X	Ss.
Diyabet Yaşı		r=,009 p=,954		r=,426 p=,003*	
Kronik Hastalık	Var	31,61	8,24	71,69	13,31
	Yok	33,00	8,07	72,20	13,83
		t=-0,590; p=,558		t=-0,128; p=,898	
Diyabete Bağlı Hastalık	Var	33,00	9,29	72,46	15,44
	Yok	32,09	7,74	71,77	12,76
		t=0,344; p=,732		t=0,156; p=,876	
Tedavi	Oral Anti-Diyabetik	33,41	7,79	66,85	5,70
	İnsülin	31,00	4,97	78,75	29,24
	Oral Anti-Diyabetik + Diyet	33,33	8,95	80,67	5,89
	Oral Anti-Diyabetik + İnsülin	29,67	8,93	80,22	18,80
		F=0,559; p=,645		F=4,264; p=,010*	
Tedavi Süresi		r=-,065 p=,661		r=,219 p=,134	
Diyabet Eğitimi	Aldım	32,29	8,23	72,49	13,65
	Almadım	29,00	1,41	64,50	9,19
		t=2,077; p=,083		t=0,814; p=,420	
Eğitim Yeterli mi?	Evet	32,17	8,25	72,00	13,80
	Hayır	34,66	5,68	71,33	7,50
		t=-0,511; p=,612		t=0,082; p=,935	
Düzenli Şeker Ölçümü	Evet	31,56	8,71	74,62	14,86
	Hayır	34,21	6,24	65,50	5,38
		t=-1,033; p=,307		t=3,114; p=,003*	
Açlık Kan Şekeri		r=-,028 p=,851		r=,399 p=,005*	
Tokluk Kan Şekeri		r=-,005 p=,976		r=,393 p=,006*	
HBA1C		r=,087 p=,559		r=,238 p=,103	

X=Ortalama, Ss. Standart Sapma, r: Korelasyon Katsayısı, t:Bağımsız Örneklem T-Testi, F=Anova Analizi, p: Anlamlılık Düzeyi (*p<,05)

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile diyabet süresi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=,426; p<,0,05). Hastaların diyabet süresi arttıkça, öz bakım düzeyleri de artış göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile diyabet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>,0,05).

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile açlık kan şekeri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=,399; p<,0,05). Hastaların açlık kan şekeri arttıkça, öz bakım düzeyleri de artış göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile açlık kan şekeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=,393$; $p<0,05$). Hastaların tokluk kan şekeri arttıkça, öz bakım düzeyleri de artış göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamalarında, hastaların tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($F=4,264$; $p<0,05$). Oral anti-diyabetik şeklinde tedavisi devam eden hastaların, diğer tedavisi devam eden hastalara göre daha düşük öz bakım puanına sahip oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamalarında, hastaların tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamalarında, hastaların düzenli şeker ölçümü yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($t=3,114$; $p<0,05$). Düzenli şeker ölçümü yapan hastaların, yapmayan hastalara göre daha yüksek öz bakım puanına sahip oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamalarında, hastaların düzenli şeker ölçümü yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Ayrıca araştırmaya katılan hastaların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında, diğer hastalık ile ilgili özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

4.2.3. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım Düzeyleri ile Besin Tüketimleri İlişkisi

Araştırmaya katılan hastaların besin tüketimleri ile TAT tutum ve öz bakım ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların TAT Tutum ve Öz Bakım ile Besin Tüketimi İlişkisi

Besin Tüketimi	TAT Tutum	Öz bakım
Enerji (kcal)	r=,109 p=,462	r=,161 p=,273
Cho (%)	r=,018 p=,902	r=,232 p=,113
Yağ (%)	r=,042 p=,778	r=,109 p=,461
Protein (%)	r=,015 p=,918	r=,235 p=,108
Na (mg)	r=,018 p=,903	r=,347 p=,017*
Kolesterol (mg)	r=,025 p=,895	r=,020 p=,895

r: Korelasyon Katsayısı, p: Anlamlılık Düzeyi (*p<,05)

Araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile Na değerleri arasında negatif pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (r=,347; p<,05). Hastaların Na değeri arttıkça, öz bakım düzeyleri de azalış göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile NA değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>,05).

Ayrıca araştırmaya katılan hastaların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında, diğer besin tüketimi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>,05).

4.2.3. Hastaların TAT Tutumları ile Öz Bakım Düzeyleri İlişkisi

Araştırmaya katılan hastaların TAT tutumları ile öz bakım ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	Öz bakım
TAT Tutum Ölçeği	r=,146 p=,322
Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	r=,155 p=,291
Bütünsel Sağlık	r=,053 p=,722

r: Korelasyon Katsayısı, p: Anlamlılık Düzeyi (*p<,05)

Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum ve alt boyut düzeyleri ile öz bakım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

4.2.4. Hastaların TAT Tutum Düzeylerinin Na Değeri Üzerindeki Etkisi

Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum düzeylerinin, NA değeri üzerinde etkisini belirlemek amacıyla yapılmış analiz sonuçları Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların TAT Tutum Düzeyinin Na Değeri Üzerindeki Etkisi

Ölçek ve Alt Boyutları	R	ΔR^2	B	t	Sig
TAT Tutum Ölçeği	,018	,001	-2,712	-0,122	,903
Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	,037	,001	5,272	0,248	,805
Bütünsel Sağlık	,181	,033	-85,831	-1,234	,224

(Bağımlı Değişken: Na Değeri); p: Anlamlılık Düzeyi (* $p<,05$)

TAT tutum düzeyi, Na değerinin yaklaşık %01’ini açıklamaktadır ($\Delta R^2=,001$). TAT tutum düzeyinin, Na değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($B=-2,712$; $p>,05$).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutu, Na değerinin yaklaşık %01’ini açıklamaktadır ($\Delta R^2=,001$). Tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutu düzeyinin, Na değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($B=0,248$; $p>,05$).

Bütünsel sağlık boyutu, Na değerinin yaklaşık %3,3’ünü açıklamaktadır ($\Delta R^2=,033$). Bütünsel sağlık boyutu düzeyinin, Na değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($B=-85,831$; $p>,05$).

5. TARTIŞMA

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) kullanımı, bireylerin sağlık yönetim davranışları, kronik hastalıklarının varlığı ve hastalıklarını tedavi etmeye yönelik kişisel faktörler (eğitim, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, aile ve sosyal destek) ile bağlantılıdır. Ayrıca, sosyoekonomik durum, inanç ve değerler gibi davranışsal faktörler de TAT kullanımını etkileyebilir. Birdee ve Yeh (2010) ile Küçükgüçlü ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmalar, “son on yılda diyabetli hastaların TAT uygulamaları kullanımı ile ilgili olarak yapılan araştırmaları incelemiş ve diyabetliler arasında TAT kullanım oranının %17-73 arasında olduğunu belirtmiştir”. Bu çalışmalar, diyabetli hastaların TAT yöntemlerine başvurma eğiliminin önemli ölçüde değişkenlik gösterdiğine işaret etmektedir. Benzer şekilde, Küçükgüçlü ve ark. (2012) ve Ceylan ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmalarda, “diyabetli hastalar arasında TAT kullanım oranlarının %25-85 arasında olduğu” tespit edilmiştir. Bu veriler, diyabetli hastaların bireysel ve sosyal faktörlerden etkilenerek, kendi sağlık yönetimlerini geliştirmek amacıyla TAT yöntemlerini kullanma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Literatürde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) kullanım sıklığı üzerine yapılan çalışmalar, farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu çeşitlilik, araştırma yöntemleri, coğrafi bölgeler ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bağlı olabilir. Örneğin, Çetin (2007) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, TAT kullanım sıklığının %60 olduğu tespit edilmiştir. Kutlu ve ark. (2009) ise 1000 hasta üzerinde yürütülen bir araştırmada TAT kullanım oranının %12,6 olduğunu belirlemiştir. Gönül ve ark. (2009) tarafından 1006 hastayı kapsayan bir çalışmada, TAT kullanım sıklığının %33,5 olduğu görülmüştür.

Sağkal ve ark. (2013) tarafından 60 yaş ve üzeri 300 yaşlı birey üzerinde yapılan bir anket çalışması sonucunda, TAT kullanımının %98,3 olduğu saptanmıştır. Oral ve ark. (2016) ise Kayseri'deki 4 aile sağlığı merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 1100 kişi üzerinde gerçekleştirilen bir anket

çalışmasında, TAT kullanım oranının %65,8 olduğunu tespit etmiştir. Kes ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, “Gazi Üniversitesi Kütüphanesi'nin elektronik veri tabanlarından toplanan 16 makale incelenmiş ve elde edilen verilere göre hastaların TAT kullanım sıklığının %12,8 ile %85,7 arasında değiştiği” belirlenmiştir. Hindistan'da 252 diyabetli hastayı kapsayan bir çalışmada, hastaların %64,2'sinin TAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir (Kasinathan ve ark., 2015). Chang, Wallis, ve Tiralongo, (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, diyabetli hastaların %17,1'inin TAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada Yeh ve ark. (2002), tip 2 diyabetli yetişkinlerin TAT yöntemlerine başvurma sıklığını incelemişlerdir. Araştırma sonucuna göre tip 2 diyabetli yetişkinlerin TAT yöntemlerine başvurma oranlarının %31,4 olduğu saptanmıştır. Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada ayaktan tedavi amaçlı üçüncü basamak eğitim hastanesine başvuran 100 hastadan anket yöntemi ile veri toplanmış ve katılımcıların %79'unun TAT farkındalığının olduğu ve %46'sının ise TAT kullandığı tespit edilmiştir (Jaiswal ve ark., 2015). Chang, Wallis ve Tiralongo, (2010) tarafından Tayvan'daki üç nüfus sayımı bölgesinde gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcılar, geleneksel ilaçlarla birlikte yaygın olarak TAT kullandıklarını bildirmişlerdir. Tip 2 diyabette TAT kullanım yaygınlığı tanı öncesi %22,7 ve tanı sonrası %61,0 olup, besin takviyeleri tanı öncesi ve sonrasında en sık kullanılan TAT'tır. Ching, ve ark.. (2013) tarafından Malezya'da yapılan kesitsel bir çalışma da TAT kullanım yaygınlığının yüzde 62,5 olduğu belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada Chang ve arkadaşları dokuz ülkeden toplam 18 çalışmadan alıntı yapmışlar ve DM'li hastalarda tamamlayıcı/alternatif yöntem kullanma sıklığının %17 ile %72,8 arasında değiştiğini bildirmişlerdir.

Bu sonuçlar, dünya genelinde diyabetli hastaların geleneksel tedavilere ek olarak TAT yöntemlerine başvurduklarını göstermektedir. Araştırmalarda elde edilen verilere göre, diyabetli hastaların TAT kullanım oranları ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. TAT kullanımının, bireylerin sağlık yönetim davranışları, kronik hastalıklarının varlığı, hastalıklarının tedavi etmeye yönelik eğitim, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, aile ve sosyal destek gibi kişisel faktörler ve davranışsal faktörler (sosyoekonomik durum, inanç ve değerler) ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, hastaların TAT yöntemlerine başvurmada yaş, cinsiyet, ekonomik durum, inanç ve değerler gibi faktörlerin etkisi büyük olup, TAT

kullanımının yaygınlığı ve tercih edilen yöntemler de bu faktörlere bağlı olarak değişmektedir.

Çalışmamızda ise hastaların TAT yöntemlerine yönelik ilişkin cevaplara yönelik analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastaların %47,9'u diyabete yönelik TAT yöntemi kullanmış olduğunu ve TAT yöntemi kullanan hastaların %87'si şifalı bitkileri kullandığını ve %43,5'i TAT yöntemini komşulardan duyduğunu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar literatürde yer alan sonuçlara benzerdir. Ayrıca çalışmada hastaların %54,2'si şifalı bitkilere inandığı ve inanan hastaların %52'si tarçın bitkisine inandıkları belirlenmiştir. TAT kullanan hastaların %55'i kullandıkları ilacın yan etkisini azaltmak için olduğunu söylemektedir. Hastaların %69,6'sı hastalığının ilerleyen dönemlerinde TAT yöntemini kullandığını, %25'inin TAT yöntemine başlamadan önce sağlık çalışanına danıştığını ve %50'si TAT yöntemlerinin etkisini bildiğini belirtmiştir. Hastaların hiçbiri TAT yönteminden kaynaklı sağlık sorunu yaşamadığını, %91,3'ü TAT yönteminden yarar gördüğünü, %82,6'sı TAT yönteminin ekonomik bir yük getirmediğini, %83,3'ü TAT yöntemi kullansa bile temel tedaviyi bırakmayacağını ve %87'si TAT yöntemini tavsiye edeceğini beyan etmiştir.

Bu sonuçlar, TAT kullanım sıklığının hastalar arasında büyük farklılıklar gösterdiğine işaret etmektedir. TAT kullanımının bu değişkenliği, araştırmacıların ve sağlık politikası belirleyicilerinin, TAT yöntemlerinin güvenli ve etkili kullanımını sağlamak için hastaların ve sağlık hizmeti sunanların eğitim ve bilinç düzeyini artırmaya yönelik önlemler alması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, TAT kullanımındaki bu farklılıkları anlamak ve yönlendirmek adına, bireysel, sosyal ve kültürel faktörlerin dikkate alınması önemlidir.

Çalışmamızda, araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile diyabet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, TAT kullanımının diyabet süresine bağlı olmadığına işaret etmektedir. Ancak literatürde yer alan bazı çalışmalar, bu sonuçlarla çelişen bulgulara sahiptir. Örneğin, Kaynak ve Polat (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, "diyabet süreleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve diyabet süresi 5 yıldan fazla olanlarda TAT kullanımının arttığı belirlenmiştir ($p< 0,05$)". Ayrıca Ceylan ve arkadaşları (2009) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada,

“diyabet süresinin artması (diyabet süresi 5 yıldan fazla olanlarda) ile TAT kullanımının da arttığı” görülmüştür.

Bu farklılık, çalışmaların yapıldığı coğrafi bölgeler, araştırma yöntemleri, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve kültürel faktörler gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Bu nedenle, TAT kullanımının diyabet süresi ile ilişkisini daha iyi anlamak için daha geniş ölçekli ve farklı bölgelerde yapılan çalışmaların incelenmesi gereklidir. Bu sayede, diyabet süresi ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler daha net bir şekilde ortaya konulabilir ve hastaların TAT kullanımını etkili ve güvenli bir şekilde yönlendirmek için uygun stratejiler geliştirilebilir.

Araştırmamızda incelediğimiz önemli boyutlardan biri, hastaların öz bakım puan ortalamaları ile açlık kan şekeri arasındaki ilişkidir. Araştırma sonuçlarına göre, hastaların öz bakım puan ortalamaları ile açlık kan şekeri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,399$; $p<0,05$). Dahası, hastaların açlık kan şekeri değerleri arttıkça, öz bakım düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür.

Literatürü incelediğimizde, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara paralel sonuçlar içeren bazı araştırmalar olduğunu görmekteyiz. Çıtıl ve ark. (2010), Kara ve Çınar (2011), Aydın ve ark. (2005) ve Tuhan (2007) tarafından yapılan çalışmalarda, “öz-bakım ile açlık kan şekeri arasında önemli bir ilişki olduğu ve açlık kan şekeri yüksek olan hastaların öz-bakım davranışlarının yetersiz olduğu ve uyumlarının kötü olduğu belirtilmiştir”. Düzöz, Çatalakaya ve Uysal (2009) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, hastaların öz bakım puan ortalamalarının $90,02\pm 18,17$ olduğu ve açlık kan şekerini ölçtürme durumları ile öz bakım puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, araştırma sonucunda hastaların öz bakım düzeyleri arttıkça açlık kan şekeri değerlerinin azaldığı görülmüştür. Özbakıma gösterdikleri uyum arttıkça, açlık kan şekeri, HbA1c, LDL kolesterol, beden kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basınçları azalmaktadır.

Kara ve Çınar (2011) tarafından yapılan bir çalışmada ise, “hastaların bakımlarına verdikleri önem arttıkça açlık kan şekerinin azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca, öz-bakıma gösterdikleri uyum arttıkça açlık kan şekeri, HbA1c, LDL kolesterol, BKİ, sistolik ve diyastolik kan basınçlarının azaldığı” saptanmıştır. Ancak Yeşilbalkan (2001) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, açlık kan şekeri ile öz

yeterlilik ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmanın sonuçları, kendi çalışmamız ile uyumlu olmayan bulgular içermektedir

Çalışmamız kapsamında, araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile açlık kan şekeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$). Diyabetli hastaların TAT yöntemlerine başvurma nedenlerini ve bu yöntemlerin etkilerini değerlendiren akademik çalışmalar, TAT tutum puan ortalamaları ve açlık kan şekeri düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeye odaklanmaktadır. Yeh ve ark. (2002) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların %31,4'ünün TAT yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da, TAT tutum puanları ile açlık kan şekeri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, TAT yöntemlerini kullanan hastaların, hastalıklarını daha iyi yönetebilmek amacıyla geleneksel tedaviye ek olarak TAT yöntemlerine başvurduğu gözlemlenmiştir.

Chang, Wallis ve Tiralongo (2007) tarafından yapılan bir başka çalışmada, TAT tutum puanları ile açlık kan şekeri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine de, TAT yöntemlerini kullanan hastaların, yaşam kalitelerini artırmak ve hastalıklarını daha iyi yönetmek için geleneksel tedaviye ek olarak TAT yöntemlerine başvurduğu belirtilmiştir. Kes ve ark. (2016) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da, TAT kullanımı ve açlık kan şekeri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte, çalışmada, diyabetli hastaların TAT yöntemlerine başvurma oranlarının %12,8 ile %85,7 arasında değiştiği ve hastaların bu yöntemleri geleneksel tedaviye ek olarak kullanarak yaşam kalitelerini artırmaya çalıştığı ifade edilmiştir.

Khan ve Safdar (2003) tarafından yapılan bir çalışmada ise, TAT yöntemlerinin açlık kan şekeri, trigliserid, kolesterol ve LDL kolesterol değerlerini önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, mevcut literatür incelemelerinde, TAT tutum puanları ile açlık kan şekeri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bununla birlikte, diyabetli hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek ve hastalıklarını daha etkili bir şekilde yönetebilmek amacıyla, geleneksel tedavi yöntemlerine ek olarak TAT yöntemlerine başvurdukları gözlemlenmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,393$; $p<0,05$). Bu durum, hastaların tokluk kan şekeri değerleri arttıkça öz bakım düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Literatürde Huang ve ark. (2018) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların öz bakım puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri düzeyleri arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışma, hastaların öz bakım becerilerinin ve davranışlarının geliştirilmesi sayesinde kan şekeri kontrolünün ve diyabet yönetiminin daha iyi sağlanabileceğini ortaya koymaktadır.

Saleh ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada da, tip 2 diyabetli hastaların öz bakım becerileri ve tokluk kan şekeri düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinin, diyabet yönetimi ve kan şekeri kontrolü açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. Kara ve Çınar (2011) tarafından yapılan bir çalışmada ise, diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir ve hastaların öz bakım tutumları arttıkça kan şekeri ve trigliserid düzeylerinin de arttığı gözlemlenmiştir.

Ancak, literatürde çalışmamızın sonuçları ile paralel olmayan bazı bulgular da mevcuttur. Orhan ve Karabacak (2016) tarafından yürütülen bir çalışmada, hastaların özbakımı arttıkça tokluk kan şekeri, TKŞ, HbA1c, total kolesterol, mikroalbuminüri, BKİ ve kan basıncı değerlerinin azaldığı tespit edilmiştir. Buna göre, bireye yeterli destek sağlandığında öz-bakım davranışlarını istenilen düzeyde gerçekleştireceği ve özellikle HbA1c başta olmak üzere metabolik kontrol değişkenlerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Fitzgerald ve ark. (1996) tarafından yapılan bir çalışmada ise, kendi bakımlarında diğer insanlardan gereğinden fazla destek alan hastaların hedef açlık kan şekeri ve trigliserid seviyelerini sürdürmede yetersiz olduğu görülmüştür.

Biltekin, Kılıç ve Güven (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, öz bakım puanları ile açlık kan glikozu ve tokluk kan glikozu arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır. Öz bakım puanları ile açlık kan glikozu ve tokluk kan glikozu arasındaki bu zayıf negatif ilişki ($\rho=-0,177$; $p<0,05$) de göz önünde bulundurulmalıdır. Yanık (2011) tarafından gerçekleştirilen Tip 2 diyabetlilerin öz-

yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi hakkındaki bir çalışmada ise, açlık ve tokluk kan şekeri ve HbA1c düzeyleri ile diyabete yönelik öz-yeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Buna ek olarak, Palaian ve ark. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada da, diyabetli hastaların öz bakım puanları ile tokluk kan şekeri düzeyleri arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak, mevcut literatürde diyabetli hastaların öz bakım puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri düzeyleri arasında genellikle negatif bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgular, öz bakım becerilerinin ve davranışlarının geliştirilmesinin, diyabetin yönetimi ve kan şekeri kontrolü için önemli olduğunu göstermektedir. Diyabetli hastalara yönelik eğitim programlarının ve destek hizmetlerinin sağlanması, öz bakım becerilerinin geliştirilmesine ve böylece kan şekeri kontrolünün iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Bu nedenle, diyabet yönetiminde öz bakım becerilerinin önemi göz ardı edilmemeli ve hastaların öz-yeterlilik düzeylerini artırıcı yöntemlerle eğitim ve destek sağlanmalıdır.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamaları ile tokluk kan şekeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmaya katılan hastaların öz bakım puan ortalamalarında, hastaların tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($F=4,264$; $p<0,05$). Benzer şekilde Topuz, (2018)'un "Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelendiği çalışmasının sonuçlarına göre hastaların TAT kullanım durumuna göre açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değerlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark" bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca hastaların TAT kullanım süresine göre açlık kan şekeri ve tokluk kan şekeri değeri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde yer alan bu çalışma sonuçları ile çalışmamızın sonuçlarının paralel ve uyumlu olduğu görülmektedir.

Oral anti-diyabetik tedavisi alan hastaların, diğer tedavi yöntemleriyle tedavi gören hastalara kıyasla daha düşük öz bakım puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların TAT tutum puan ortalamalarında, hastaların tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak, çalışmamızda katılan hastaların öz bakım puan ortalamalarında, hastaların

düzenli şeker ölçümü yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ($t=3,114$; $p<0,05$). Düzenli şeker ölçümü yapan hastaların, yapmayan hastalara göre daha yüksek öz bakım puanına sahip oldukları da görülmektedir.

Düzenli şeker ölçümü yapan hastaların, yapmayan hastalara göre daha yüksek öz bakım puanına sahip olduğunu inceleyen akademik çalışmalar, şeker kontrolünün önemli bir öz bakım becerisi olduğunu ve bunun, hastaların genel öz bakım puanlarını nasıl etkilediğini değerlendirmeye odaklanmaktadır. Rhee ve ark. (2005) 'nin gerçekleştirdikleri bir çalışmada, “düzenli kan şekeri ölçümü yapan ve hekim randevularına düzenli giden hastaların glisemik indekslerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir”. Üstündağ ve Dayapoğlu (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, “kan şekeri ölçümü yapmayan hastaların (5.15 ± 4.21) kan şekeri ölçümü yapan hastalara (1.28 ± 4.31) göre daha fazla kendi kendini izleme engeli yaşadıkları” saptanmıştır.

Al-Khaledi ve ark. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, tip 2 diyabetli hastalar arasında düzenli şeker ölçümü yapanların, yapmayanlara göre daha yüksek öz bakım puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Tang ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da, düzenli şeker ölçümü yapan diyabetli hastaların, yapmayanlara göre daha yüksek öz bakım puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Sharoni ve Wu (2012) tarafından yapılan bir çalışmada ise, düzenli şeker ölçümünün çalışma popülasyonunda en az bildirilen öz bakım davranışı olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, tip 2 diyabetli hastalarda öz yeterlik ve öz bakım davranışı arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir ve bu bulgu, Malezya'da bir hastane ortamında yapılan benzer bir çalışmayla da desteklenmektedir. Bu sonuç, yüksek öz yeterlik düzeyinin daha iyi öz bakım davranışı ile ilişkili olduğunu gösteren Wendling ve Beadle (2015) ve Turner DePalma ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarla da uyumludur. Diyabet bakımında öz-yeterliliğin önemi üzerine yapılan bir literatür incelemesi, öz-yeterliliğin öz-bakım davranışlarına bağlılığı ve diyabet tedavisinde öz-yönetim etkinliğini anlamak ve öngörmek için uygun bir çerçeveye sunduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların sonuçları, düzenli şeker ölçümü ve öz-bakım puanları arasındaki ilişki konusundaki mevcut literatüre katkı sağlamaktadır.

Ancak, Orhan ve Karabacak (2016) ve Uğurlu ve Bolat (2010) tarafından yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular, bu konuda literatürde bazı farklılıklar

olduğunu göstermektedir. Bu farklılıkların nedeni olarak, çalışmalarda kullanılan örneklemin farklılığı gösterilmektedir. Sonuç olarak, mevcut literatürde düzenli şeker ölçümü yapan diyabetli hastaların, yapmayan hastalara göre daha yüksek öz bakım puanlarına sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu, düzenli şeker ölçümünün önemli bir öz bakım becerisi olduğunu ve diyabet yönetiminde etkili olduğunu vurgulamaktadır. Diyabetli hastalara yönelik eğitim programlarının ve desteğin sağlanması, düzenli şeker ölçümü ve diğer öz bakım becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Çalışmamızda, araştırmaya katılan tip 2 diyabetli hastaların Tamamlayıcı Alternatif Tedavi (TAT) tutum puanları arasında düzenli şeker ölçümü yapma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, bazı literatürdeki çalışmalardan farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Garrow ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, diyabetli hastaların TAT tutumları ile düzenli şeker ölçümü yapma arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışma, hastaların TAT yöntemlerine olan ilgisinin, düzenli şeker kontrolüne yönlendirdiğini ve daha iyi öz bakım becerileri geliştirmelerine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, Zhang ve ark. (2014) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, TAT yöntemlerine olumlu tutum sergileyen diyabetli hastaların düzenli şeker ölçümü yapma eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, TAT yöntemlerine karşı olumlu tutumların, hastaların şeker ölçümü ve diğer öz bakım becerilerini düzenli olarak uygulamaya teşvik ettiğini gösterir. Ayrıca, Naja ve ark. (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada, diyabetli hastaların TAT tutumları ile düzenli şeker ölçümü yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma, TAT yöntemlerine yönelik olumlu tutumların, hastaların daha iyi öz bakım becerileri geliştirmelerine ve kan şekeri kontrolünü sağlamalarına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Ancak, çalışmamızda hastaların TAT kullanımı ile düzenli şeker ölçümü yapma arasında bir ilişkinin olmayışı, hastaların diyabet yönetiminde TAT'ı tek başına değil, tıbbi tedavilerle birlikte kullanarak kan şekerini düzenlemeye ve komplikasyonların gelişimini önlemeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Hastaların kullandıkları diyabet tedavileri, tedavi süreleri, düzenli kan şekeri ölçümü yapma

durumları, diyabete bağlı komplikasyon gelişimi, hastalık ve tedavisi hakkında eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma durumları ile TAT kullanımını arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, bu sonuçları desteklemektedir. Bu nedenle, TAT yöntemlerinin diyabet yönetiminde etkili bir şekilde kullanılabilmesi için, hastaların tıbbi tedavileri ve öz bakım becerileri ile birlikte ele alınması gerekmektedir. TAT tutumları ve düzenli şeker ölçümü arasındaki ilişki, hastaların diyabet yönetiminde bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Sağlık profesyonelleri ve eğitimciler, diyabetli hastaların TAT yöntemlerine yönelik tutumlarını ve öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve destek sağlayarak, hastaların kan şekeri kontrolünü sağlamalarına ve komplikasyonların gelişimini önlemelerine yardımcı olabilirler. Bu şekilde, hastaların diyabet yönetiminde TAT yöntemlerini daha etkin ve uyumlu bir şekilde kullanmaları mümkün olabilir.

Araştırmamızda, katılımcıların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında, diğer hastalıkla ilgili özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte, öz bakım puan ortalamaları ve Na değerleri arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-,347$; $p<0,05$). Bu, hastaların Na değeri arttıkça öz bakım düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

Katılımcıların TAT tutum puan ortalamaları ile Na değeri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ayrıca, hastaların TAT tutum ve öz bakım puan ortalamalarında diğer besin tüketimi değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık da saptanmamıştır ($p>0,05$). TAT tutum ve alt boyut düzeyleri ile öz bakım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki de yoktur ($p>0,05$). TAT tutum düzeyi, Na değerinin yaklaşık %01'ini açıklamakta olup ($\Delta R^2=,001$), TAT tutum düzeyinin Na değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($B=-2,712$; $p>,05$). Benzer şekilde, tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutu, Na değerinin yaklaşık %01'ini açıklamakta ($\Delta R^2=,001$) ve tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutu düzeyinin Na değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($B=0,248$; $p>,05$).

Bu bulgular, hastaların TAT tutumları ve öz bakım puanları arasındaki ilişkinin hastalıkla ilgili özelliklerine ve besin tüketimi değerlerine göre

değişmediğini göstermektedir. Araştırmamız, TAT yöntemlerinin ve öz bakım becerilerinin etkili diyabet yönetimi için önemli olduğunu vurgulamakla birlikte, bu ilişkinin daha detaylı incelenmesi ve diğer faktörlerin etkisinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

6. SONUÇ

Bu tezin temel amacı, Tip 2 Diabetes Mellitus'lu (T2DM) bireylerin kullandıkları alternatif tedavi yöntemlerinin beslenme alışkanlıkları ve öz bakım uygulamaları üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Yaygın bir metabolik bozukluk olan T2DM, genellikle insülin direnci ve yetersiz insülin salgılanmasının bir kombinasyonu nedeniyle anormal karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını içerir. Yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerini ve çoğu durumda ilaç tedavisini içeren kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirmektedir.

Bu çalışmada, konuya ilişkin bütüncül bir anlayış kazanmak amacıyla, hepsi de farklı süreler boyunca ve farklı şekillerde T2DM'yi yöneten çeşitli bireylerden oluşan bir örneklem kullanılmıştır. Önemli sonuçlardan biri, T2DM'yi yöneten bireylerin, öncelikle geleneksel ilaçların yan etkilerini hafifletmek için Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) yaygın olarak kullanmasıdır. Genellikle geleneksel tıbbi tedaviyle birlikte kullanılan TAT, T2DM'yi yönetmek için bütüncül bir yaklaşım arayan hastalar arasında giderek daha popüler hale gelmiştir. Bu çalışmada gözlemlenen TAT'a yönelik tutumlar çoğunlukla olumludur; bu da T2DM'li bireylerin önemli bir kısmının alternatif tedavi yöntemlerini diyabet yönetimi rutinlerine entegre etmeye açık olduğunun bir yansımasıdır. İlginç bir şekilde, çalışmada devlet memurları gibi bazı meslek gruplarının TAT'a daha yatkın olduğu tespit edilmiştir; bu da sosyal ve mesleki bağlamların hastaların alternatif tedavilere açıklığını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada ayrıca alternatif tedavilerin T2DM'li bireyler arasında beslenme alışkanlıkları ve öz bakım uygulamaları üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Öğün sayısı, diyabet süresi, açlık ve tokluk kan şekeri düzeyleri ile hastaların öz bakım düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon ortaya çıkmıştır. Bu da daha iyi beslenme alışkanlıkları ve gelişmiş hastalık farkındalığının, düzenli kan şekeri takibi ile birleştiğinde, etkili hastalık öz yönetimine olumlu katkıda bulunduğu anlamına gelmektedir. Araştırma ayrıca, oral antidiyabetik ilaçları diyet veya insülin ile kombine eden hastaların öz bakım düzeylerinin arttığını vurgulamıştır. Kan şekeri

seviyelerini düzenli olarak takip eden hastalar da daha iyi öz bakım uygulamaları sergileyerek T2DM'nin etkili bir şekilde yönetilmesinde aktif öz yönetim stratejilerinin önemini vurgulamıştır.

Kritik bir bulgu olarak, çalışma hastaların öz bakım düzeyleri ile sodyum (Na) değerleri arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya çıkarmıştır; bu da yüksek sodyum düzeylerinin öz bakım uygulamalarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Bu durum, özellikle sodyum alımıyla ilgili olmak üzere diyet düzenlemesinin diyabet öz yönetiminin önemli bir yönü olduğunu ve T2DM yönetimine yönelik her türlü kapsamlı yaklaşımda dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, bu araştırma alternatif tedavi yöntemlerinin T2DM'li bireylerde beslenme alışkanlıklarını ve öz bakım uygulamalarını nasıl etkileyebileceğine dair değerli bilgiler sunmaktadır. Özellikle ilaç yan etkilerini hafifletme ve öz bakımı teşvik etme kapasitesi açısından TAT'ın geleneksel diyabet tedavisine uygulanabilir bir destek olarak faydalarının altını çizmektedir. Ayrıca, T2DM'nin yönetiminde düzenli öğünlerin, hastalık takibinin ve ilaç tedavisine uyumun önemi yadsınamaz. Bununla birlikte, diyetle alınan sodyumun rolü ve öz bakım davranışları üzerindeki etkisi daha fazla araştırmayı gerektirmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler yalnızca sağlık hizmeti sağlayıcılarını bilgilendirmekle kalmayıp aynı zamanda T2DM'yi yöneten bireyler için de değerli bir araç olarak hizmet etmekte ve onlara tedavileri ve yaşam tarzı ayarlamaları ile ilgili bilinçli kararlar vermeleri için bilgi sunmaktadır. Bu alanda gelecekte yapılacak araştırmalar, diğer beslenme ve yaşam tarzı faktörlerinin öz bakım uygulamaları üzerindeki etkisini daha da aydınlatılabilir ve böylece etkili T2DM yönetimi anlayışımızı derinleştirebilir.

7. ÖNERİLER

Alternatif tedavi yöntemlerinin Tip 2 Diabetes Mellitus'lu (T2DM) bireyler, bu bireylerin beslenme alışkanlıkları ve öz bakımları üzerindeki etkilerine ilişkin bu araştırmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi'nin (TAT) Teşvik Edilmesi: T2DM'yi yönetmek ve geleneksel ilaçların yan etkilerini hafifletmek için TAT kullandığını bildiren önemli sayıda katılımcı göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sağlayıcıları bu tedavi yöntemlerini hastalarıyla tartışmaya teşvik edilmelidir. Bu, çeşitli TAT yöntemlerinin güvenliği ve etkinliği hakkında kanıta dayalı bilgi sağlamayı ve hastaların bu yöntemleri tedavi rejimlerine dahil etme konusunda bilinçli kararlar vermelerine olanak tanımayı içermektedir.
- Kişisel Bakım Eğitim Programları: İyileştirilmiş beslenme alışkanlıkları, düzenli kan şekeri takibi ve artan öz bakım seviyeleri arasındaki pozitif korelasyon, kapsamlı eğitim programlarının geliştirilmesini gerektirmektedir. Bunlar, T2DM'li bireyleri durumlarını etkin bir şekilde yönetmek için gerekli bilgi ve becerilerle donatmak üzere tasarlanmalıdır.
- Kişiselleştirilmiş Tedavi Planlarının Uygulanması: Oral antidiyabetik ilaçların diyet veya insülin ile kombinasyonu gibi belirli tedavilerin öz bakım düzeylerini iyileştirdiğinin gösterilmesiyle, bireysel hastaların ihtiyaçlarına, tercihlerine ve bağlamlarına uyum sağlamak için kişiselleştirilmiş tedavi planları geliştirilmelidir.
- Diyetle Sodyum Alımının Düzenlenmesi: Yüksek sodyum değerleri ile öz bakım düzeyleri arasındaki negatif korelasyon acil dikkat gerektirmektedir. T2DM'li bireyler için diyetle sodyum alımına ilişkin kılavuzlar açık bir şekilde iletilmeli ve hastalar sodyum alımlarını yakından takip etmeye teşvik edilmelidir.
- Sosyo-ekonomik Değişkenler Üzerine Araştırma: Meslek gibi sosyo-ekonomik faktörlerin hastaların TAT'a yönelik tutumları ve öz bakım

uygulamaları üzerindeki etkisini anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu, etkili tedavi yöntemlerinin kullanımını teşvik etmek ve çeşitli meslek grupları arasında öz bakım uygulamalarını geliştirmek için mesleğe özgü müdahalelerin tasarımına bilgi sağlayabilir.

- TAT Araştırmalarına Devam Edilmelidir: T2DM'nin yönetiminde TAT'ın fayda ve risklerini tam olarak açıklığa kavuşturmak için bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Çeşitli TAT yöntemlerinin güvenliği, etkinliği ve etki mekanizmalarına ilişkin mevcut kanıt tabanının genişletilmesi elzem olacaktır.
- Düzenli Kan Şekeri Takibinin Teşvik Edilmesi: Düzenli kan şekeri takibi, daha yüksek öz bakım seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, farkındalık kampanyaları bu uygulamanın önemini vurgulamalı ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaları düzenli kan şekeri takibini günlük rutinlerine entegre etmeleri için aktif olarak teşvik etmelidir.
- T2DM Yönetimine Bütünleştirici Yaklaşım: Son olarak, T2DM'nin çok yönlü doğası göz önüne alındığında, yönetimine yönelik bütüncül veya bütünleştirici bir yaklaşımın en faydalı yaklaşım olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım geleneksel ilaçları, TAT'ı, diyet düzenlemesini, fiziksel aktiviteyi, düzenli sağlık kontrollerini ve sürekli eğitimi kapsamalıdır.

Burada sunulan öneriler, T2DM'li bireyler için daha iyi sağlık sonuçlarını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. T2DM yönetiminin karmaşıklığını ve öz bakımı vurgulayan ve alternatif tedavi yöntemlerinin potansiyel faydalarını göz önünde bulunduran kapsamlı, bireyselleştirilmiş ve entegre bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı kabul etmektedir.

KAYNAKLAR

- Al Bedah, A. M., Khalil, M. K., Posadzki, P., Sohaibani, I., Aboushanab, T. S., AlQaed, M., & Ali, G. I.** (2016). Evaluation of wet cupping therapy: systematic review of randomized clinical trials. *J Altern Complement Med*, 22(10), 768-777.
- American Diabetes Association.** (2020). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl 1), S14-S31.
- American Diabetes Association.** (2021). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Supplement 1), S15-S33.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J.** (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Arslan, M., & Sevgi, Ş. A. R.** (2013). Alternatif bir tedavi sistemi: homeopati. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 38-38.
- Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., & Michels, A. W.** (2014). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 383(9911), 69-82.
- Ay, S., Tur, B. S., & Evcik, D.** (2019). Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Sık Uygulanan Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları.
- Aydın, H., Deyneli, O., Yavuz, D., Tarçın, Ö., & Akalın, S.** (2005). Does the frequency of the self-monitoring of blood glucose influence glycemic control in type 2 diabetic patients. *Marmara Med J*, 1, 13-16.
- Ayhan, H., & Mollahaliloğlu, S.** (2018). Tıbbi sülük tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 141-148.

- Aytaçoğlu, S.** (2014). Ozon terapi. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 1, 31-36.
- Bailey, R. L., Gahche, J. J., Miller, P. E., Thomas, P. R., & Dwyer, J. T.** (2013). Why US adults use dietary supplements. *JAMA Internal Medicine*, 173(5), 355-361.
- Bakır, A.** (2017). Eskiçağda sağlık kurumları, tabipler ve eserleri. *Social Sciences*, 8, 21-23.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L.** (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*.
- Barnes, P. M., Bloom, B., Nahin, R. L., & Stussman, B. J.** (2009). *Costs of complementary and alternative medicine (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners, United States, 2007*.
- Biltekin, S.** (2021). *Diyabetik retinopatisi olan hastalarda özbakımın değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Birdee, G. S., & Yeh, G.** (2010). Complementary and alternative medicine therapies for diabetes: a clinical review. *Clinical Diabetes*, 28(4), 147-155.
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T.** (2007). A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 851-867.
- Bliss, M.** (1982). *The discovery of insulin*. University of Chicago Press.
- Bodeker, G., & Kronenberg, F.** (2002). A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1582-1591.
- Bodeker, G., Burford, G., & Kronenberg, F.** (Eds.). (2006). *Traditional, complementary and alternative medicine: policy and public health perspectives*. World Scientific.
- Bogdanov, S., Jurendic, T., Sieber, R., & Gallmann, P.** (2008). Honey for nutrition and health: a review. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(6), 677-689.

- Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., & Triano, J.** (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & Osteopathy*, 18(1), 1-33.
- Ceyhan, D., & Yiğit, T. T.** (2016). Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 178-189.
- Ceylan, S., Azal, Ö., Taşlipinar, A., Türker, T., Açıkel, C. H., & Gulec, M.** (2009). Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(2), 78-83.
- Chang, H. Y. A., Wallis, M., & Tiralongo, E. (2010). Use of complementary and alternative medicine among people with type 2 diabetes in Taiwan: a cross-sectional survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J.** (2017). Type 2 diabetes. *Lancet*, 389(10085), 2239-2251.
- Ching, S. M., Zakaria, Z. A., Paimin, F., & Jalalian, M.** (2013). Complementary alternative medicine use among patients with type 2 diabetes mellitus in the primary care setting: a cross-sectional study in Malaysia. *BMC complementary and alternative medicine*, 13(1), 1-7.
- Çayır, Y., & Tanrıverdi, E. Ç.** (2022). Kadın sağlığı ve hastalıklarında akupunktur. *Dicle Tıp Dergisi*, 49(1), 256-263.
- Çiftci, M. M.** (2019). Kupa tedavisi ve klinik uygulamalar. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 22-28.
- Doğan, B., Karabudak Abuaf, Ö., & Karabacak, E.** (2012). Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 46(2).
- Donath, M. Y., & Shoelson, S. E. (2011). Type 2 diabetes as an inflammatory disease. *Nature Reviews Immunology*, 11(2), 98-107.

- Düzöz, T. G., Çatalkaya, D., & Uysal, D. D.** (2009). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(4), 210-213.
- Ekor, M.** (2014). The growing use of herbal medicines: issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 177.
- Elif, K. A. Y. A., & Altınbilek, T.** (2019). Osteopati yaklaşımı; bel ve boyun ağrılarında yeri. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 85-90.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D.** (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378-385.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Ciotola, M., Di Palo, C., Scognamiglio, P., Gicchino, M., ... & Giugliano, D.** (2009). Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(5), 306-314.
- Eteraf-Oskouei, T., & Najafi, M.** (2013). Traditional and modern uses of natural honey in human diseases: a review. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 16(6), 731.
- Evert, A. B., Dennison, M., Gardner, C. D., Garvey, W. T., Lau, K. H. K., MacLeod, J., Mitri, J., Pereira, R. F., Rawlings, K., Robinson, S., Saslow, L., Uelmen, S., Urbanski, P. B., & Yancy, W. S.** (2019). Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: a consensus report. *Diabetes Care*, 42(5), 731-754.
- Fırat, S.** (2019). *Düzce ilinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) sektörünün uluslararası rekabetçilik analizi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Fitzgerald, J. T., Davis, W. K., Connell, C. M., Hess, G. E., Funnell, M. M., & Hiss, R. G.** (1996). Development and validation of the Diabetes Care Profile. *Evaluation & the health professions*, 19(2), 208-230.

- Forouhi, N. G., & Wareham, N. J.** (2014). Epidemiology of diabetes. *Medicine*, 42(12), 698-702.
- Fuchsberger, C., Flannick, J., Teslovich, T. M., Mahajan, A., Agarwala, V., Gaulton, K. J., ... & Boehnke, M.** (2016). The genetic architecture of type 2 diabetes. *Nature*, 536(7614), 41-47.
- Fugh-Berman, A.** (2000). Herb-drug interactions. *The Lancet*, 355(9198), 134-138.
- Furler, J., Walker, C., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., ... & Young, D.** (2008). The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Services Research*, 8, 1-9.
- Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L.** (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20(4), 556-561.
- Greeson, J. M., Rosenzweig, S., Halbert, S. C., Cantor, I. S., Keener, M. T., & Brainard, G. C.** (2008). Integrative medicine research at an academic medical center: patient characteristics and health-related quality-of-life outcomes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(6), 763-767.
- Günay, O.** (2010). Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 32(2).
- Hammond, D. C.** (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety-and stress-related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2), 263-273.
- Hardalaç, N., Yaşar, H., & Özışık, P. A.** (2020). Klasik Türk müziği makamlarının minör/majör depresyon hastalarının üzerindeki duygu değişimlerine ve tedavi süreçlerine etkilerinin beyin EEG sinyalleri kullanılarak analiz edilmesi potansiyelinin meta-sentez yöntemi ile incelenmesi. *21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(27), 947-978.
- Harris, P. E., Cooper, K. L., Relton, C., & Thomas, K. J.** (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general

population: a systematic review and update. *International Journal of Clinical Practice*, 66(10), 924-939.

Innes, K. E., & Vincent, H. K. (2007). The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(4), 469-486.

Işık, A. (2004). Türk kültüründe ateş ve ocak ile ilgili inanışlar (Yayımlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Kahn, S. E., & Cooper, M. E. Del prato, S.(2014). Pathophysiology and Treatment of Type 2 Diabetes: Perspectives on the past, present, and future, 1068-1083.

Kaisermann, J. (2018). *Geleneksel Çin tıbbından ortaçağ İslami zamanlarına* (Vol. 2). Cambridge Stanford Books.

Kara, K., & Çınar, S. (2011). Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*, 1(2), 57-63.

Kara, K., & Çınar, S. (2011). Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*, 1(2), 57-63.

Kardaş, F., & Yalçın, İ. (2016). Kanıta dayalı uygulamalar ve psikolojik danışma ve rehberlik alanına yansımaları. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 6(45), 13-24.

Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-17.

Kaya, Ş., Karakuş, Z., Boz, İ., & Özer, Z. (2020). Dünyada ve Türkiye’de tamamlayıcı terapilere ilişkin yasal düzenlemelerde hemşirelerin yeri. *Jaren*, 6(3), 584-591.

Kaynak, İ., & Polat, Ü. (2017). Diabetes mellitus' lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 27(2).

Khan, A., & Safdar, M. (2003). Role of diet, nutrients, spices and natural products in diabetes mellitus. *Pakistan journal of nutrition*, 2, 1-12.

- Kırklaroglu, H.** (2018). Bilim tarihi açısından psikoloji ve bilimselliği üzerine tartışma. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(13), 194-210.
- Kitabchi, A. E., Umpierrez, G. E., Miles, J. M., & Fisher, J. N.** (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*, 32(7), 1335-1343.
- Korkan, E. A., & Uyar, M.** (2014). Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 9-14.
- Kumar Nathella, P., & Babu, S.** (2017). Influence of diabetes mellitus on immunity to human tuberculosis. *Immunology*, 152(1), 13-24.
- Küçükgüçlü, Ö., Kızılcı, S., Mert, H., Uğur, Ö., Besen, D. B., & Ünsal, E. (2012). Complementary and alternative medicine use among people with diabetes in Turkey. *Western journal of nursing research*, 34(7), 902-916.
- Liang, F., & Koya, D.** (2010). Acupuncture: is it effective for treatment of insulin resistance?. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 12(7), 555-569.
- Moss, D., & Shaffer, F.** (2017). The application of heart rate variability biofeedback to medical and mental health disorders. *Biofeedback*, 45(1), 2-8.
- Murray, M. T., & Pizzorno, J.** (2012). *The encyclopedia of natural medicine* (3rd edition). Simon and Schuster.
- Muslu, G. K., & Öztürk, C.** (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 62-7.
- Neelakantan, H.** (2020). *Preclinical advancement of novel mechanism-of-action therapeutics to combat type 2 diabetes in US Veterans*. Ridgeline Therapeutics.
- Newman, D. J., & Cragg, G. M.** (2012). Natural products as sources of new drugs over the 30 years from 1981 to 2010. *Journal of Natural Products*, 75(3), 311-335.
- Onaran Bilgin, N.** (2022). *Cerrahide aromaterapinin yeri ve hemşirelerin aromaterapi konusunda tutum ve deneyimlerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

- Orhan, B., & Karabacak, B. G.** (2016). Tip 2 diyabetlilerde diyabete ilişkin bilişsel ve sosyal faktörler ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişki. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6(1), 1-8.
- Öner Küçük, M., & Yaman, O.** (2019). Tıbbi sülük terapisi (Hirudoterapi). *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 29-46.
- Özcan, E., & Sert, A. T.** (2016). Kas iskelet ağrısı tedavisinde proloterapinin kanıta dayalı kullanımı. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 62(2), 192 – 198.
- Özkul, Ö. G. K.** (2020). Anadolu’da ilk tıp medresesi “Gevher Nesibe Hatun Darüşşifası”. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Kongresi*, 19.
- Öztürk, Y. E., Dömbekci, H. A., & Ünal, S.** (2020). Geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 1(3), 23-35.
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F.** (2017). Psychosocial interventions and wellbeing in individuals with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 2063.
- Pasquel, F. J., & Umpierrez, G. E.** (2014). Hyperosmolar hyperglycemic state: a historic review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Diabetes Care*, 37(11), 3124-3131.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P.** (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495.
- Ranasinghe, P., Jayawardana, R., Galappaththy, P., Constantine, G. R., de Vas Gunawardana, N., & Katulanda, P.** (2012). Efficacy and safety of ‘true’cinnamon (*Cinnamomum zeylanicum*) as a pharmaceutical agent in diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 29(12), 1480-1492.
- Reva, Ö.** (2022) Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hukuku ve malpraktis. Holistence Publications.

- Rhee, M. K., Slocum, W., Ziemer, D. C., Culler, S. D., Cook, C. B., El-Kebbi, I. M., ... & Phillips, L. S.** (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator*, 31(2), 240-250.
- Rubik, B.** (2002). The biofield hypothesis: Its biophysical basis and role in medicine. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 8(6), 703-717.
- Samuel, V. T., & Shulman, G. I.** (2016). The pathogenesis of insulin resistance: integrating signaling pathways and substrate flux. *The Journal of Clinical Investigation*, 126(1), 12-22.
- Seaquist, E. R., Anderson, J., Childs, B., Cryer, P., Dagogo-Jack, S., Fish, L., ... & Vigersky, R.** (2013). Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(5), 1845-1859.
- Sezer, E., & Atıcı, E.** (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 29-32.
- Sharoni, S. K. A., & Wu, S. F. V.** (2012). Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing & health sciences*, 14(1), 38-45.
- Snyder, M., & Lindquist, R.** (2001). Issues in complementary therapies: how we got to where we are. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2), 1-1.
- Talhaoğlu, D.** (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1), 16-29.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I.** (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
- Tanyüksel, M., Koru, Ö., Araz, R. E., Güçlü Kilbaş, H. Z., Yıldız, Ş., Alaca, R., ... & Beşirbellioğlu, B. A.** (2014). Kronik yaraların tedavisinde steril *Lucilia sericata* larva uygulamaları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 56(4), 218-222.
- Topuz, S.** (2018). *Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına*

etkisi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.

- Tuomi, T., Santoro, N., Caprio, S., Cai, M., Weng, J., & Groop, L.** (2014). The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity. *The Lancet*, 383(9922), 1084-1094.
- Turan, E., & Kulaksızoğlu, M.** (2015). Tip 2 diyabet tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(ek sayı), 86-94.
- Turner DePalma, M., Trahan, L. H., Eliza, J. M., & Wagner, A. E.** (2015). The relationship between diabetes self-efficacy and diabetes self-care in American Indians and Alaska Natives. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, 22(2), 1-22.
- Türkmen, H. Ö.** (2011). Tarihsel olarak kadın şifacılık ve tıbbın değerleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 1(2), 21-27.
- Uğurlu, N., Bolat, M., & Erdem, S.** (2010). Yaşlılarda özbakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2):56-62
- Ünal, M., & Dağdeviren, H. N.** (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 1-9.
- Üstündağ, Ş., & Dayapoğlu, N.** (2021). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 514-533
- Ventola, C. L.** (2010). Current issues regarding complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: part 1: the widespread use of CAM and the need for better-informed health care professionals to provide patient counseling. *Pharmacy and Therapeutics*, 35(8), 461-468.
- Wang, L.** (2004). Clinical observation on acupuncture treatment in 35 cases of diabetic gastroparesis. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 24(3), 163-165.

- Wayne, P. M., & Kaptchuk, T. J.** (2008). Challenges inherent to t'ai chi research: part I—t'ai chi as a complex multicomponent intervention. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(1), 95-102.
- Wendling, S., & Beadle, V.** (2015). The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(1), 37-41.
- Yanık, Y. T.** (2011). *Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Yaylagül, Ö.** (2014). Anadolu'da yaşayan halk hekimliği uygulamalarının eski ve orta Türkçe tıp metinlerindeki temelleri. *Milli Folklor*, 26(103), 48-58.
- Yazar, H., Yılmaz, M. Z., Kayacan, Y., Yazar, F. E., & Yazar, O. İ.** (2019). Tıpta yeni sistematik bakış açıları; helal yaşam tıbbı, fonksiyonel tıp, holistik tıp, yaşam tarzı tıbbı. *Helal Yaşam Tıbbı Dergisi*, 1(1), 1-22.
- Yeşilbalkan, Ö. U.** (2001). *Tip 2 diabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yıldırım, D. İ., & Marakoğlu, K.** (2018). Complementary and alternative medicine use amongst Turkish type 2 diabetic patients: A cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 41-46.
- Yokoyama, Y., Barnard, N. D., Levin, S. M., & Watanabe, M.** (2014). Vegetarian diets and glycemic control in diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 4(5), 373.
- Yuan, J., Kerr, D., Park, J., Liu, X. H., & McDonough, S.** (2008). Treatment regimens of acupuncture for low back pain—a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 16(5), 295-304.
- Zhao, P., Su, G., Xiao, X., Hao, E., Zhu, X., & Ren, J.** (2008). Chinese medicinal herb Radix Astragali suppresses cardiac contractile dysfunction and inflammation in a rat model of autoimmune myocarditis. *Toxicology Letters*, 182(1-3), 29-35.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 25.01.2023

Sayı: 17

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Dilanur Sönmez,

Yapmış olduğunuz başvuru Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Dr. Öğr. Üyesi Ceyda Okudu'nun danışmanlığında yürüteceğiniz "**Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kullandığı Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeme Alışkanlıkları ve Özbakımları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi**" başlıklı çalışmanız kurulumuzun 25.01.2023 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İSTANBUL
Tel: (0 212)-924-24-44 | Faks: (0 212)-999-78-52
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

EK 2. Anket Formu ve Ölçekler

EK 2.A. BİREYLERİN GENEL ÖZELLİKLERİ ANKET FORMU

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

2) **Yaşınız.....**

3) **Medeni durumunuz:** 1. Evli 2. Bekar

4) **Öğrenim durumunuz:**

1. Okuryazar değil 3. Ortaokul 5. Üniversite
2. İlkokul 4. Lise 6. Yüksek lisans

5) **Mesleğiniz:**

1. Memur 3. Serbest Meslek 5. Emekli
2. İşçi 4. Ev Hanımı 6. Diğer.....

6) **Ekonomik durumunuz:**

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

7) **Sigara/tütün/nargile kullanma durumunuz nedir?**

1. Evet içiyorum 2. Hayır içmiyorum

8) **Son 12 ay içinde ne sıklıkta alkol tükettiniz?**

1. Hiç içmedim

2. Evet mL/kadeh/şişe/bardak

a. Ayda 1-2 kez b. Haftada bir c. Haftada 2-3 kez d. Haftada 4-6 kez e. Her gün

9) **Günlük ana öğün sayısı:**

10) **Günlük ara öğün sayısı:**

11) **Öğün atlama durumu:**

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

Evet ise öğün atlama sıklığı nedir? (gün)

12) **Öğün atlama nedeni:**

1. Zaman yetersizliği 3. Yemek hazırlanmadığı için 5. Zayıflamak için
2. İştahsızlık 4. Atıştırdığı için 6. Alışkanlığı yok
7. Diğer

EK 2.B. HASTALIK İLE İGİLİ ÖZELLİKLER ANKET FORMU

1) Ne kadar süredir diyabet hastasıdır?.....

2) Başka bir kronik hastalığınız var mı?

1.Var..... 2.Yok

3) Diabetes Mellitus hastalığına bağlı herhangi bir sağlık sorunu oluştu mu?

1.Evet..... 2.Hayır

4) Şeker Hastalığınız İçin Aldığınız Tedaviler Nelerdir?(en son olan)

1. Sadece oral anti-diyabetik ilaçlar 3. Oral anti diyabetik ve diyet

2. İnsülin

4. İnsülin ve oral anti diyabetik

5) Ne kadar süredir bu tedavileri kullanıyorsunuz?.....

6) Diyabet hastalığınız konusunda bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

7) 6. soruya cevabınız evet ise bilgiyi kimden aldınız?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Hemşire 2.Doktor 3.Diyetisyen 4.Eczacı 5.Diğer.....

8) Aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

9) Kan Şekerinizi Düzenli Ölçer Misiniz?

1.Evet 2.Hayır

10)Açlık Kan Şeker Düzeyi:.....

11) Tokluk Kan Şeker Düzeyi.....

12)HBA1C.....

EK 2.C. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	BESİNLER	MİKTAR	İÇİNDEKİLER
SABAH Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			

EK 2.D. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORULAR ANKET FORMU

1) Diyabet hastalığınız için tıbbi tedaviler (ilaç, insülin gibi) dışında kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviler var mı?

1.Evet 2.Hayır

2) 1.soruya cevabınız evet ise bunlar nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Şifalı bitkiler 3. Megavitamin tedavisi 5.Akupunktur 7.Biyoenerji
9.Masaj
2.Aromaterapi 4.Vakum(kupa) terapisi 6.Hacemat 8.Dinsel tedavi
10.Yoga 11.Sülük tedavi
Diğer.....

3)Bu tedaviyi kimden/nereden duydunuz?

1.Komşular 3.Akrabalar 5.Arkadaşlar 7.Televizyon-Radyo-Gazete-İnternet
2.Aktar 4.Eczacı 6.Doktor 8. Diyetisyen
9.Diğer.....

4) Şifalı bitkilerin diyabet tedavisinde etkili olduğuna inanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

5) 4.soruya cevabınız evet ise hangi şifalı bitkilerin etkili olduğunu düşünüyorsunuz?

1.Tarçın 2.Çörek otu 3.Zerdeçal 4.Aloe Vera 5.Zencefil
6.Isırgan Otu
Diğer.....

6)Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine neden başvurduunuz?

.....
.....
.....
.....
.....

7) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi ne zamandır kullanıyorsunuz?

1.Diyabet tanısı konur konmaz kullanmaya başladım.
2.Hastalığın ilerleyen dönemlerinde kullanmaya başladım.
3.Diğer.....

8) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanmadan önce sırasında sağlık çalışanına danıştınız mı?

1.Evet 2.Hayır

9) Tamamlayıcı ve alternatif tedavinin etkilerini biliyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

10) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullanmaya başladığınızdan beri herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştınız mı?

1.Evet.....

2.Hayır

11) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviden yarar gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

12) Bu tedavi ekonomik olarak size bir yük getiriyor mu?

1.Evet 2.Hayır

13) Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi kullandığınız süreçte tıbbi tedavinizi de (ilaç, insülin gibi) devam ettirdiniz mi?

1.Evet, tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) devam ettim.

2.Hayır, tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) devam etmedim.

3.Tıbbi tedavime (ilaç, insülin gibi) ara verdim, sonra tekrar başladım.

14) Temel tedaviyi bırakıp tamamen bu tedaviyi kullanmayı düşünür müsünüz?

1.Evet 2. Hayır

15) Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi çevrenizdeki Diyabet hastalarına önerir misiniz?

1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum

EK 2.E. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katlıyorum	Katlıyorum	Biraz katlıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Pozitif düşünmek küçük hastalıkları yenmenize yardımcı olabilir						
Tamamlayıcı tıp klasik doktorlarca kabul edilmeden önce daha bilimsel testlere tabi tutulmalı						
İnsanlar stresli olduklarında vücutları halihazırda bununla yeteri kadar uğraştığı için kendi hayat tarzları ile ilgili diğer konulara daha fazla dikkat etmeleri önemli hale gelir (yani sağlıklı beslenme)						
Tamamlayıcı tıp insanların tam bir tedavi almasını önleyerek tehlikeli olabilir						
Bir hastalığın bulguları depresyon nedeniyle daha da artabilir						
Tamamlayıcı tıp yalnızca geleneksel tıp hiçbir çözüm sunmadığı zaman son çare olarak kullanılabilir						
Eğer insanlar bir dizi stresli olay yaşarsa muhtemelen hasta olurlar						

Doktora gitmeden önce tamamlayıcı tıp denemeye değer						
Tamamlayıcı tıp yalnızca küçük rahatsızlıklarda kullanılmalı daha ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılmamalı						
Sağlıklı olmak için çalışma ve dinlenme arasında denge kurmak önemlidir						
Tamamlayıcı tıp vücudun kendi savunmasını güçlendirerek kalıcı tedaviye yardım eder						

EK 2.F. DİYABET SAĞLIĞINI GELİŞTİRME VE ÖZBAKIM ÖLÇEĞİ

İfadeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim				
Ara öğünlerimi her zaman yerim				
Lokantalarda yemek yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.				
Davetlere (misafirlige, gezmeye, günlere vb.) gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım				
Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zaman da, diyetime bağlı kalırım				
Aşırı yemem				
Düzenli olarak egzersiz yaparım.				
Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım				
Yeterince egzersiz yaparım				
Kan şekeri ölçerim				
Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını saklarım				
Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım				
İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım				
İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım				
Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum				
Kan şekeri düştüğü zaman kesme şeker alırım.				
Düzenli olarak doktora giderim				
Kan şekeri çok yükseldiği zaman doktora danışırım				
Kan şekeri çok düştüğü zaman doktora danışırım				
Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim				
Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim				
Gün boyunca evde her zaman				

terlik/ev ayakkabısı giyerim				
Daima çorap giyerim				
Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım				
Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım				
Dişlerimi her gün fırçalarım				
Diyabet kartı taşıırım				
Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum				
Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/ uzmanlarına danışırım				
Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum				
Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim				
Bir diyabet destek grubuna katılıyorum				
Bir diyabet dergisine aboneyim				
Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım				
Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım				

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Dilanur SÖNMEZ

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2020, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
- **Yüksek Lisans** : Devam ediyor, Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı