

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE DAMGALAMANIN
ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur GÖKÇELİ

İstanbul
Ağustos-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE DAMGALAMANIN
ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur GÖKÇELİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul
Ağustos-2023

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER HEKİM

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Tip 2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkililik Düzeyine Etkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Nur GÖKÇELİ

ÖN SÖZ

Tez çalışmam boyunca bana destek olan, bilgisini ve deneyimini benimle paylaşarak tüm tez sürecimde benimle ilgilenen Değerli Hocam ve Tez danışmanım, Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Tez çalışma sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve destek olan Sayın Hocam, Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hocalarıma,

Yüksek lisans tezimde gönüllü olarak araştırmaya katılan Katılımcılara,

Her zaman beni ve gelecekle ilgili düşüncelerimi, kararlarımı destekleyen ve bana güvenen Babam Yüksel SAÇAKLI, Annem Ümmehan SAÇAKLI ve Kardeşlerim Derya YILMAZ, Özge ÖZCAN, Göksel SAÇAKLI ve Öznur SAÇAKLI' ya

Sevgili Eşim Gökhan GÖKÇELİ'ye ve hayatıma eşsiz mutluluk katan Biricik Kızım Eda Ece GÖKÇELİ'ye,

Hayatım boyu her konuda koşulsuz destekçilerim olan Canım Dostlarım Pınar ÜSTÜN ve Elif AKYÜZ'e,

Manevi destekleri için Okan GÖKÇELİ, Gülsü GÖKÇELİ, Ayşe DENİZ ve Kudret TAŞ'a,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Nur GÖKÇELİ
İstanbul-2023

ÖZET
TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE DAMGALAMANIN
ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Nur GÖKÇELİ

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Ağustos, 2023- 106 sayfa

Araştırma, Tip 2 diyabetli hastalarda damgalamanın öz etkililik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin endokrin polikliniğine başvuran 303 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında, Bilgi Formu, Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ve Diyabet Öz Etkililik Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Student's t testi, One-way ANOVA test, Pearson Korelasyon Analizi ve Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması $46,70 \pm 11,23$ yıl olup, %54,1'i erkek, %67,3'ü evli, %38,9'u lise mezunudur. Hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam ve farklı muamele görme, suçlama ve yargılama, kendini damgalama alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $50,31 \pm 14,68$, $15,63 \pm 5,51$, $21,66 \pm 6,58$, $13,02 \pm 5,40$ olarak, Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması ise $6,15 \pm 1,33$ olarak bulundu. Korelasyon ve regresyon analizleri sonucunda, hastalardaki damgalamanın öz etkililik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Ölçümler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($r=-0,265$; $p=0,000$). Damgalamanın öz etkililik düzeyini azalttığı saptandı ($R^2=0,067$; $F=22,691$; $p=0,000$).

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Damgalama, Öz etkililik.

ABSTRACT
THE EFFECT OF STIGMA ON THE LEVEL OF
SELF-EFFECTIVENESS IN INDIVIDUALS WITH TYPE 2
DIABETES

Nur GÖKÇELİ

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

August, 2023- 106 pages

The study was conducted to examine the effect of stigmatization on self-efficacy in patients with Type 2 diabetes. This descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted with 303 patients who applied to the endocrine outpatient clinic of a training and research hospital in Istanbul. Information Form, Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale and Diabetes Self-Efficacy Scale were used to collect data. Descriptive statistics, Student's t-test, One-way ANOVA test, Pearson Correlation Analysis and Linear Regression Analysis were used to evaluate the data. The mean age of the patients was 46.70 ± 11.23 years; 54.1% were male, 67.3% were married, and 38.9% were high school graduates. Patients' Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale total and treated differently, blame and judgment, and self-stigmatization subscale mean scores were 50.31 ± 14.68 , 15.63 ± 5.51 , 21.66 ± 6.58 and 13.02 ± 5.40 , respectively, and the Self-Efficacy Scale mean score was 6.158 ± 1.33 . As a result of correlation and regression analyses, it was determined that stigmatization had a statistically significant effect on patients' self-efficacy. A significant negative correlation was found between the measurements ($r = -0.265$; $p = 0.000$). Stigma was found to reduce self-efficacy levels ($R^2 = 0.067$; $F = 22.691$; $p = 0.000$).

Keywords: Diabetes, Stigma, Self-efficacy.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
-------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Diyabet ve Tanımı.....	4
2.2. Diyabet Patofizyolojisi.....	5
2.3. Diyabet Belirtileri.....	5
2.4. Diyabet Prevelansı	6
2.5. Diyabette Etiyolojik Sınıflandırma	7
2.6. Diyabet Tedavisi	8
2.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	8
2.6.2. Fiziksel Aktivite/Egzersiz Tedavisi	11
2.6.3. Diyabet Eğitimi	12
2.7. Diyabet Komplikasyonları	13
2.7.1. Akut komplikasyonlar.....	14
2.7.1.1. Hipoglisemi	14
2.7.1.2. Hiperglisemi	15
2.7.1.3. Diyabetik Ketoasidoz	15
2.7.1.4. Laktik Asidoz	16

2.7.2. Kronik Komplikasyonlar.....	16
2.7.2.1. Retinopati	16
2.7.2.2. Nefropati	16
2.7.2.3. Nöropati	16
2.7.2.4. Diyabetik Ayak.....	17
2.8. Diyabet ve Hemşirelik	18
2.9. Damgalama	19
2.9.1. Damgalamanın Tarihçesi	21
2.9.2. Damgalamanın Nedenleri	22
2.9.3. Damgalamanın Sonuçları.....	23
2.9.4. Damgalama ve Hemşirelik.....	24
2.10. Öz etkililik.....	27
2.10.1. Öz Etkililik ve Tip 2 Diyabet.....	28
2.10.2. Öz Etkililik ve Hemşirelik	29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	32
3.2. Araştırma Soruları	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre	32
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	33
3.5.2. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği (DDÖ-2).....	33
3.5.3. Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (DÖEÖ).....	34
3.6. Verilerin Toplanması	34
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	34
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	35

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	36
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular	36
4.2. Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulgular	38

4.3. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	40
4.4. Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile İlgili Bulgular.....	54
4.5. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ve Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular60

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	66
-----------------------	-----------

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA	74
-----------------------	-----------

EKLER.....	86
-------------------	-----------

ÖZGEÇMİŞ.....	95
----------------------	-----------

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.3: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Damgalama Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.5: Hastaların Hastalıkla İlişkili Özelliklere Göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.6: Diyabet Öz Etkililik Puan Ortalamaları ile İlgili Dağılımı	54
Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.8: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.9: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanı ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanı Arasında İlişki.....	60
Tablo 4.10: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı Üzerine Etkileri.....	64
Tablo 4.11: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı Üzerine Etkileri.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Beden Kütle İndeksine Göre Obezitenin Sınıflandırılması.....	11
Şekil 4.1: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı Muamele Görme” Alt Boyut Puanının İlişki Grafiği.....	61
Şekil 4.2: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve Yargılama” Alt Boyut Puanının İlişki Grafiği.....	62
Şekil 4.3: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının İlişki Grafiği	63

KISALTMALAR LİSTESİ

ADA	:Amerikan Diyabet Birliği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
COVID-19	:Koronavirüs Hastalığı
DD-2	:Diyabet Damgalama lçeği
DKA	:Diyabetik Ketoasidoz
DM	:Diabetes Mellitus
DE	:Diyabet z etkililik lçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık rgt
GDM	:Gestasyonel Diyabet
HNKS	:Hiperozmolar Nonketotik Koma Sendromu
IDF	:Uluslararası Diyabet Federasyonu
MODY	:Monogenik Diyabet
TDK	:Türk Kardiyoloji Derneği
TEMĐ	:Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
THSK	:Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
WHO	:Dünya Sağlık rgt

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Diyabet; kişi ve ailelerinin hayatını tamamen etkileyen, yaşam biçiminde zorunlu değişikliklere yol açan, komplikasyonları ile yaşam kalitesini azaltan, kronik bir hastalıktır (IDF, 2021). Diyabet kronik bir hastalık olması nedeniyle tedavi ve bakımı uzun süreli olmakta ve kişi hayat boyu diyabetle yaşadığı için birtakım düzenlemelere ihtiyaç duymaktadır. Diyabet beraberinde vücutta birçok sistemde değişikliğe neden olduğu için hastaların yaşam kalitesini azaltarak toplumu, sosyal hayatı olumsuz etkileyerek ekonomik yük oluşturmaktadır (Özcan ve Yıldırım, 2020). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) diyabetin 21. yüzyılın en hızlı büyüyen küresel sağlık acil durumu olduğunu ve çoğunluğunun Tip 2 hastalarından oluşacağını öngörmektedir (IDF, 2021).

Diyabette aile, diyabetin yönetilmesinde yer alan görevlerde önemli bir rol oynar. Ergenlik ve yetişkinlik döneminde, ebeveyn sorumlulukları azaldıkça ve akran etkileri arttıkça sosyal bağlam değişmektedir. Bireyler ve çevreleri arasındaki etkileşimler karşılıklıdır ve bireyin özellikleri çevreleriyle benzersiz bir şekilde etkileşime girerek o bireye özgü bir gelişimsel bağlam yaratır (Wit vd., 2020). Diyabetli kişilerin kronik hastalığa sahip olma ve yaşam tarzını değiştirme gerekliliğini kabullenmek çoğu zaman zor olmakla beraber, kişilerin aile ve çevrelerindeki insanların baskılarıyla damgalanmaya maruz kalmaları psikolojik sorunlara yol açmaktadır (Özsezer Kaymak ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Diyabet hastalarının kan şekeri seviyelerini koruyarak komplikasyonlardan korunabilmeleri için temel kişisel bakımlarını üstlenmeleri gerekir. Temel kişisel bakım, kan şekeri ölçümünü, insülin uygulamayı, ilaç alımı, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteye katılmayı içermektedir. Diyabetli hastalar kişisel bakımlarını yerine getirirken dışlanma ve damgalama korkusu yaşadıkları için bu faaliyetleri yerine getirmede zorlanabilirler (Schabert vd., 2013).

Diyabet hastaları günlük bakımlarını bireysel olarak yerine getirirken ailesi, çevresi ve sağlık profesyonellerinden sosyal destekler alırlar. Erişkinlerin yaşamlarında rutinleşen alışkanlıklarını değiştirmeleri genellikle zor bir süreç olarak görülmektedir. Bu nedenle diyabet eğitimi, kişilerin diyabet hastalığına karşı

oluşturdukları ön yargı ve tutumlarını anlamak, hastalıkla mücadele etmek ve hastalığa uyum konusunda büyük öneme sahiptir. Hastaların hastalık ön yargı ve tutumlarının araştırılmasıyla aile ve çevresindeki kişilerde hastalığa karşı oluşan yargıları, düşünceleri belirlemek mümkündür. Böylelikle hastaların ön yargı ve tutumlarının anlaşılması sağlanırken aynı zamanda toplumun diyabet konusunda hangi alanlarda bilinçlendirilmesi gerektiği hakkında da bilgi edinilmiş olunacaktır (ADA, 2023; Başar ve Kahraman, 2019).

Hemşireler Tip 2 diyabet hastalarının ihtiyaçlarının belirlenmesi, giderilmesi ve bireyin yönlendirilmesinde etkin role sahiptirler. Hemşirelerin Tip 2 diyabet hastasında glisemik kontrolü sağlayabilmek için bireyin öz etkililiğinin ne düzeyde olduğunu ve tedavisini neden yönetemediği ile ilgili sorunları belirlemesi gerekmektedir (Usluoğlu ve Güngörmüş, 2018).

Tip 2 diyabetli kişilerde yaşam hastalığının ilerlemesini ve komplikasyonları önlemek için çok önemli olan sürekli kendi kendine yönetimi içerir. Öz etkililik, öz bakım ile önemli ölçüde bağlantılıdır (Fereydouni vd., 2022). Tip 2 diyabet hastalarında öz etkililik hastalığın iyi yönetilebilmesi açısından önemlidir (Seo ve Song, 2021). Öz etkililik, davranış değişikliklerini etkilemektedir. Öz etkililik, herkese uyan tek bir özellik değil, farklı işleyiş alanlarıyla bağlantılı, öz inançlar dizisidir. Farklı araştırma sonuçları, kişinin yeterliliğine ilişkin inançlarının nasıl geliştirileceğini belirtmiş ve öz etkililik inançlarının etkilerini bilişsel, motivasyonel, duygusal ve karar mekanizmaları olarak açıklamıştır (Bandura, 2019).

Hastaların tedavi ve bakımlarını sürdürmelerinde hastalığını kabullenmesi ve öz etkililiğinin yüksek olması önemlidir. Böylelikle hasta hedeflerine ulaşırken karşılaştığı olumsuzluklara (damgalama vb.) erken dönemde müdahale edebilmektedir (Takcıl ve Yıldırım, 2021).

Ayrıca damgalamayı azaltma çabalarının, hastalar üzerindeki olumsuz sonuçları hafiflettiği ve önlediği bilinmektedir. Değerlendirmeler sonucunda hastaların maruz kaldıkları damgalamaya karşı öz etkililik düzeylerinin artırılması da önemlidir (Öztürk, 2020).

Sağlık profesyonelleri içinde hasta bakımından birinci derecede sorumlu olan ve hasta ile iletişimde aktif role sahip olan hemşireler damgalamaya karşı hastalara uygulayacakları eğitim ve desteklerle hastaların öz etkililiklerinin artmasını

sağlamalıdır. Bunun için hemşireler hastalara, aile ve akran desteği sağlamalı, olumsuz durumlarla baş etme yöntemlerini, olumsuz duygulara karşı tepkinin, öfkenin kontrol edilebilmesi ve yönlendirilmesini öğretmeli, iletişim araçları yoluyla, diyabette farkındalığı oluşturabilmelidir (Zhang vd., 2023).

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma, Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın öz etkililik düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet ve Tanımı

Diyabet; insülin salınım yokluğu, yetersizliği ya da insülin direnci sonucunda gelişen; esas olarak hiperglisemik tablonun oluştuğu, komplikasyonları ile sistem değişikliklerine neden olan endokrin ve metabolik, kronik seyirli bir hastalıktır (ADA, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre diyabet, hastalığın ilerleyen dönemlerinde kalp, kan damarı, göz, böbrek ve sinirlerde ciddi hasara yol açabilen hiperglisemi ile karakterize kronik, metabolik bir hastalıktır. Tip 2 diyabet, en yaygın rastlanan diyabet türüdür. Bu diyabet türü, vücudun insülini etkili bir şekilde kullanamama durumundan meydana gelir. Bir başka deyişle vücudun insüline direnç göstermesi veya insülini yeterli üretmediğinde ortaya çıkar (WHO, 2023). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) 'nin tanımına göre ise; Tip 2 diyabet, sıklıkla insülin direnci ve metabolik sendrom zemininde β -hücresi veya insülin sekresyonunun azalması nedeniyle meydana gelen otoimmün olmayan, kronik bir hastalıktır (ADA, 2023).

Tip 2 diyabet, tüm diyabet türlerinin yaklaşık olarak %90-95'ini meydana getirmektedir (ADA, 2023; IDF, 2021; WHO, 2023). Tip 2 diyabet yaygın olarak yaşlı bireylerde görülür, ancak obezitenin artması, fiziksel hareketsizlik ve yetersiz beslenme nedeniyle çocuklarda, ergenlerde ve yetişkin bireylerde de giderek daha fazla görülmeye başlanmıştır (IDF, 2021; WHO, 2023).

Tip 2 diyabet, pozitif aile öyküsü, etnik köken (Afrikalı Amerikalılarda ve yerli Amerikalılarda sık görülür), yaş ve cinsiyet gibi birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalığın görülme sıklığı ve diyabete bağlı ölümlerin artması endişe vericidir. Dünya Sağlık Örgütü diyabeti dünyada en fazla ölüme sebep olan 4 kronik hastalıktan biri olarak kabul etmektedir. Tip 2 diyabet önlenemediği durumlarda yüksek kan glikozuna bağlı olarak gelişen akut ve kronik hastalıklar erken ölümlere neden olabilir. Diyabet için ayrılan sağlık harcamaları hızla artmakta ekonomik olarak büyük bir kayba sebep olmaktadır (ADA, 2023).

Tip 2 diyabette hastalık yönetiminde en etkili yöntem, sağlıklı beslenme, artan fiziksel aktivite ve sağlıklı vücut ağırlığını korumaktır. Bunun yanı sıra kan şekeri düzeylerini kontrol etmeye yardımcı olmak için sıklıkla oral ilaçlar ve insülin de reçete edilebilmektedir (ADA, 2023; IDF, 2021).

2.2. Diyabet Patofizyolojisi

Pankreasta langerhans adacıkları bulunur. Bu adacıklarda bulunan glukagon, insülin ve somatostatin hormonları bu adacıklardaki alfa, beta ve delta hücrelerinden salgılanmaktadır (Olgun, 2021).

Glukagon; karaciğerde depo glikojeni yıkar ve glikoneogenezisi arttır böylelikle kanda glikozunun yükselmesine neden olur.

İnsülin; glikozun hücre içerisine alınımını sağlayarak kan şekerini düşürür, karaciğerde glikojen yapımını ve karaciğer ile yağ dokuda trigliserid sentezini ve depolanmasını arttırır, trigliseridlerin serbest yağ asitlerine dönüşmesini engeller, karaciğerde protein ve kolestrol sentezini artırarak yağ dokusunda depolanmasını sağlar.

Somatostatin; insülin ve glukagon salınımını engeller. Glikozun gastrointestinal emilimini azaltır (Olgun ve Çetinkaya, 2021).

Tip 2 diyabet durumunda, insülin, hücre zarındaki reseptörlere tutunur ve glikoz metabolizmasıyla ilintili tepkimeleri başlatır. Artan insülin ihtiyacı beta hücreleri tarafından yeterli insülin salınımı gerçekleştirilemediğinde kanda glikoz seviyesi artar ve Tip 2 diyabet oluşur (Olgun, 2021).

Hastalığın fizyopatolojisinde 3 faz vardır:

1.faz; yağ, kas ve karaciğer gibi doku ve organlarda insülin direncine karşın plazma glukozunun yükselmemesidir.

2.faz; insülin direnci artmıştır ve insülin seviyesinde yükselme vardır.

3.faz; insülin direnci artış durmuştur ancak insülin salınımında azalma mevcuttur. Tip 2 diyabette hangi fazın birincil olarak sorumlu olduğu bilinmemektedir (Yürügen ve Nural, 2020).

2.3. Diyabet Belirtileri

Poliüri, polidipsi, halsizlik, polifaji veya iştahsızlık, açıklanamayan kilo kaybı, ağız kuruluğu, çabuk yorulma, bulanık görme, noktüri, ani görme değişikliği, tekrarlayan

mantar infeksiyonları, inatçı infeksiyonlar, ellerde ve ayaklarda uyuşukluk-titremler yaraların geç iyileşmesi, ciltte kuruluk, kaşıntı görülmektedir (TEMD, 2022). Pöliüri, polifaji, polidipsi ve ani kilo kaybı genellikle Tip 1 diyabetli hastalarda görülürken, halsizlik ve kilo artışı genelde Tip 2 diyabetlilerde görülmektedir. Hastalarda yara iyileşmeleri gecikir, görme de bulanıklık meydana gelir, kaşıntı, sinirlilik hali, genital bölgede pamukçuk, kısmi parezi, alopesi ve kas sertliği diyabette yaygın görülen semptomlardır (Özer, 2020).

2.4. Diyabet Prevelansı

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 21. yüzyılda diyabetin en hızlı artan küresel sağlık acil durum olduğunu, 537 milyon kişinin 2021 yılında diyabet hastası olduğunu, 2030 yılına kadar diyabet hastalarının sayısının 643 milyona, 2045 yılına kadar da 783 milyona ulaşacağını ve hastaların çoğunluğunu Tip 2 hastalarının oluşturacağını öngörmektedir. Diyabetin ekonomiye olan maliyeti 2019 yılında 760 milyar dolar iken 2045'te 845 milyar dolar olması tahmin edilmektedir (IDF, 2021).

Diyabetli hastaların %80'i orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşarken, bunun büyük bir kısmı Asya-Pasifik bölgesinde yaşamaktadır (Xie vd., 2018).

Dünyada diyabete bağlı ölümler 2019'da 20-79 yaş aralığında 4,2 milyon kişiye, ölüm oranı % 6,8'dir, diyabet, 2021 yılında 6,7 milyon ölümden sorumlu olduğu kaydedilmiştir (her 5 saniyede bir), Türkiye'de ise 2021 yılında 20-79 yaş aralığında diyabete bağlı ölümlerin sayısı 83.221, oranı ise % 4' tür (IDF, 2021; ADA, 2023). DSÖ, diyabet ölümlerinin 2005 ile 2030 arasında ikiye katlanacağını tahmin etmektedir (WHO, 2023). Çin'de yapılan bir araştırma, COVID-19 hastalığından sonra ortalama 16 günde diyabetli 1.102 kişi arasında vaka-ölüm oranının %7,3 olduğunu bildirmiştir. Ayrıca 2013 yılında Çin'de ülke çapında gerçekleştirilen bir çalışmada, 18 yaş üstü yetişkinlerin % 11,6'sında diyabet tespit edilmiştir. İsveç'te 2013 yılında diyabet dışı ölüm vakaları 100.000 de 1.125 iken diyabete bağlı ölüm vakaları 100.000 de 1.432'dir (Xie vd., 2018).

Dünya'da 2021 yılında 20-79 yaş arasındaki diyabet prevelansı yüksek olan ilk 3 ülke sırasıyla; Çin, Hindistan ve Pakistan'dır. 2045'te de sıralamanın aynı olması beklenirken Türkiye 2021'de ilk 10'da yer almazken 2045'te 13,4 milyon kişide diyabet görülmesi beklentisiyle 10.sırada yer almaktadır. Türkiye'de 2021 yılı

verilerinde yaklaşık 9 milyon diyabet hastasının 20-79 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (IDF, 2021).

2.5. Diyabette Etiyolojik Sınıflandırma

Tip 1 Diyabet; Pankreasta bulunan beta hücrelerinin harabiyeti ile karakterizedir. Nedeninde genetik eğilim, immünolojik ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu bilinmektedir. Tip 1 diyabette görülen belirti ve bulgular genellikle bulantı, kusma ve karın ağrısıdır. Vücutta insülin üretimi olmadığı için tedavide insülin mutlakdır (Eroğlu ve Temiz, 2021; Olgun ve Çelik, 2021). Tip 1 diyabetli çocuklarda sıklıkla poliüri, polidipsiye özgü semptomlarla sağlık kuruluşlarına başvurular olurken, başvuruların yarısında diyabetik ketoasidoz tanısı da gözlemlenir (ADA, 2023; Özcan ve Yıldırım, 2020).

Tip 2 Diyabet; Sıklıkla 30 yaş ve sonrasında görülen Tip 2 diyabette genetik yatkınlık durumu güçlüdür. Ailede genetik baskınlığa bağlı gelecek nesillerde diyabet gelişim riski de paralel olarak artar ve hastalık beklenenden erken yaşlarda ortaya çıkar. Tip 2 diyabetin oluşmasında genel olarak insülinin etkisine karşı direnç ya da insülin sekresyonunda bozukluk olmak üzere iki sorundan söz edilmektedir. Hastalık genellikle sinsi başlangıçlıdır bu nedenle başlangıçta hiçbir semptom görülmeyebilir. Tip 2 diyabet tanısı rutin laboratuvar testlerinde raslantısal olarak tanımlanabilir. Laboratuvar testlerinde tespit edilemeyen veya tedavi olunmayan Tip 2 diyabetli hastalarda gerçek tanıları konmadan önce komplikasyonlar gelişmektedir. Tip 2 diyabette insülin direnci söz konusu olduğundan obezite görülme sıklığı yüksektir. Hastaların kilo vermeleri tedavide önemlidir (ADA, 2023; Olgun, 2021; Olgun ve Çelik, 2021).

Gestasyonel Diyabet (GDM); Glikoz intoleransının ilk kez gebelik sürecinde teşhis edilmesi veya ortaya çıkmasıdır. Artan insülin direnci ile çoklu hormonal değişikliklerle karakterize edilen diyabetojenik bir durumdur (Xie vd., 2018). GDM genellikle beta hücrelerindeki fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak görülmektedir ve annede yaşamının ilerleyen dönemlerinde diyabet gelişme riski yüksektir. Genellikle hamileliğin 3.trimesterinde gelişmektedir (ADA, 2023).

Diğer Spesifik Tipler (MODY); Tek bir gen değişikliği nedeniyle nadir görülen bir monogenetik diyabet şeklidir ve tüm diyabet vakalarının %1-2'sini oluşturur. Tip 2 diyabet için tipik olan, ancak daha genç yaşta, genellikle 25 yaşından önce

ortaya çıkan, ketotik olmayan veya akut olmayan sunumla karakterize bir grup otozomal dominant bozukluktur. Sekonder diyabet olarak da adlandırılır.

Pankreas hastalıkları, ilaçlar (kortikosteroidler, tiazid), insülin reseptör anomalileri, hormon bozuklukları (akromegali, cushing sendromu), genetik sendromlar gibi birçok hastalık ve sendromla ilişkilidir (Xie. vd., 2018).

2.6. Diyabet Tedavisi

Diyabet tedavisinin bileşenleri; diyabetli bireyin klinik izleme ve hastanın kendini izlemesini, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve fiziksel aktivitesi, ilaç tedavisi ve diyabet eğitimini içermektedir. Diyabette tedavi planı hastanın yaşam tarzındaki fiziksel ve emosyonel durumunda değişikliklere ve hastalığın seyrine göre şekillenmesinden dolayı diyabet yönetimi sağlık profesyonelleri tarafından yakından izlenmeli ve sürekli değerlendirilmelidir (Olgun ve Çelik, 2021). Diyabet hastalığını en iyi şekilde yönetmek için etkin bir önleme ve tedaviye ihtiyaç vardır. Tip 2 diyabetin önlenilebilir bir hastalık olduğu iyi bilinmektedir. Tip 2 diyabet tedavisinde anti-diyabetik ilaçların kullanımı, yaşam tarzı değişikliği (sağlıklı beslenme ve günlük fiziksel aktivite), arteriyel basınç ile kan lipid seviyesi kontrolü yer almaktadır (Pivari vd., 2019).

2.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tip 2 diyabette insülin direnci arttıkça hasta kilo almaya başlar. İnsülin direncini arttıran önemli bir nedende biyolojik saatin bozulmasıdır. Biyolojik saat (Sirkadiyen ritim); 24 saat boyunca hormonların salınımını düzenler. Böylelikle insülin hassasiyeti ve kan glikoz seviyesi korunur (Özata ve Keservuran,2020).

Fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme alışkanlıkları, obezite ve sigara içmek Tip 2 diyabet için yaygın risk faktörleridir. Diyabet hastalığı olup sigara kullananlar (veya sigara dumanına maruz kalan diyabetli kişiler) kardiyovasküler hastalık, erken ölüm ve mikrovasküler komplikasyon riskine sahiptirler. Tip 2 diyabetli kişilerin %90'dan fazlası aşırı kilolu veya obezdir. Bu nedenle hastalarda yaşam biçimi değişiklikleri, kalori ve yağ alımında düşürülme, fiziksel hareketliliğin artırılması gibi ulaşılabilirliği olan hedefler konulmalıdır. (ADA, 2023; Azami vd., 2018; Young vd., 2020).

Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetten korunma, hastalık yönetimi ve öz etkililik için gerekli bir bileşendir. Diyabet hastalarının diyetlerinin ve öğün saatlerinin

bireyselleştirilmesi önemlidir. Diyabetli bireyler için tıbbi beslenme tedavisinin hedefleri arasında, sağlıklı beslenme modellerine teşvik etmek, desteklemek, uygun vücut ağırlığına ulaşarak, süreklilik sağlamak, bireyselleştirilmiş glisemik, kan basıncı, lipid hedeflerine ulaşmak ve diyabete bağlı komplikasyon gelişimini geciktirerek, önlemek bulunmaktadır. Kilo alımı fazla olan diyabet hastalarında 6 aylık bir sürede ağırlığının %10'nu kaybetmesi öncelikli hedefler arasında bulunur. Tip 2 diyabetliler arasında insülin tedavisi almayanlarda düzenli olarak günün aynı saatlerinde öğün alınması, ara ve ana öğünler dahil toplamda 4 ila 6 öğün beslenilmesi, öğünlerde alınan besinlerin porsiyon ölçüsünün azaltılması, doymuş yağ alımının azaltılmasıyla diyabetli bireyin kan glikoz seviyesi korunurken kolesterol seviyesinde de düşüş sağlanarak kilo alımı önlenmiş olur. Akdeniz diyeti ve DASH diyeti Tip 2 diyabetlilerde önemli bir beslenme şeklidir. Akdeniz diyeti, içeriğinde bol miktarda meyvelerin, sebzelerin, baklagiller, balıkların, kepekli tahılların olduğu ve fındık ile zeytinyağı tüketimini içerir. (Chester vd., 2019; Salas-Salvado vd., 2015).

Tıbbi beslenme tedavisi ile diyabetli bireylerin hastaneye yatışları %9,5 doktor hizmetlerini %23,5 oranında azaltmada etkili olduğundan uzun vadede sağlık bakım maliyetlerini düşürür. Kalori azaltmak ve karbonhidrat takibi yapmak Tip 2 diyabetli hastalarda önemlidir. Bunun için Akdeniz diyeti, DASH diyeti ve bitki bazlı (vegan) diyetler önerilmektedir (Chester vd., 2019).

Diyabetli bireylerde hipertansiyon riski daha yüksektir. DASH, Akdeniz ve bitkisel temelli diyetler, diyabetli bireylerin sağlık durumuna olumlu katkıları nedeniyle sağlıklı beslenme örnekleri olarak öne çıkarılmaktadır. DASH; Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımı (Dietary Approaches to Stop Hypertension) olarak adlandırılmaktadır. Beslenme sodyum, model doymuş yağ ve kolesterol bakımından düşük, potasyum, magnezyum, kalsiyum mineralleri ile protein ve lif bakımından zengin bir beslenme modelidir (İdiz, 2019).

DASH diyeti; taze sebze, meyve, az yağlı süt ve süt ürünleri, kümes hayvanları, balık, doymuş yağ, kabuklu yemiş ve kırmızı et içeren gıdaların kullanıldığı en etkili diyet yöntemi olarak görülmektedir. DASH diyetinde günde 4.7 gr potasyum alımı önerilmektedir (TKD, 2014).

Hastanın diyetle uyumunu arttırmak için diyetinin bireysel olması, kalori alımının kilo kaybını destekleyecek şekilde günlük ihtiyacına göre bireysel düzenlenmesi (günlük kalori ihtiyacının %45-65'i kompleks karbonhidrat, %15-20'si protein, %10'dan azı doymuş yağ içermelidir. Kültürel beslenme şekline göre düzenlenmesi önemlidir (Özcan ve Yıldırım, 2020). Tip 2 diyabetli hastalar tanı ilk konduğu andan itibaren bir ay içinde tıbbi beslenme tedavisi için diyetisyene yönlendirilmelidirler. Tedavinin etkinliği başladıktan sonra 6.aydan itibaren 3.ayın sonuna kadar etkisini göstermiyorsa hasta medikal tedavi için ya da var olan mevcut tedavisinin değişimi için hekime yönlendirilmelidir (Özer, 2019).

Hastalar uygulanacak tıbbi beslenme tedavisinde günlük enerji ihtiyacının %, 1000kal'lik yaklaşık 14 gr posadan almalıdır. Karbonhidratlar kanda glikoz düzeyini belirlemesi yönüyle, proteinlerin böbrekler üzerindeki etkisi, yağların kalp ve damar hastalıklar üzerindeki etkileri nedeniyle miktarları önemlidir. Posalı gıdalar besinlerin gastrointestinal sistemden uzun sürede geçmesini sağlamasına bağlı tok tutmaları ve glikozun barsaklardan emilimini geciktirmesi nedeniyle diyabetli bireylerin tıbbi beslenme tedavisinde önemlidir (Keser ve Unutmaz Duman, 2019).

Diyabetli hastaların alkol alımını mümkünse bırakılması gerekir çünkü alkolün insülin ve insülin salgılanmasını sağlayan ilaçlarla alınmasıyla beraber kullanımı hastada geç hipoglisemi oluştururken fazla alımı hastanın kilosunda artışa sebep olmaktadır (Olgun ve Altınbaş Akkaş, 2022).

Beden kütle indeksi (BKİ), hipertansif diyabet hastalarında >25 kg/m² ise ağırlık kaybı hedeflenmelidir. Hastalarda santral obezite engellenmelidir. Santral obezitenin tanımlanmasında genellikle bel çevresi ölçümü yeterli olmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarında diğer risk ölçütü ise bel çevresindeki ölçüdür. Bel çevresinin erkeklerde <102 cm ve kadınlarda <88 cm olmalıdır. Türk toplumuna has olarak, normal bel çevresi sınırları kadınlarda 91 cm'nin altında olmalıdır, erkeklerde ise bu değer 96 cm'nin altında kalmalıdır (TEMD, 2022).

Obezite, karbonhidrat alımına bağlı vücutta fazla yağ birikimine bağlı gelişir. Vücutta bulunan yağ miktarını belirlemek kolay olmadığı için obezite, fazla kilo olarak tanımlanır. Obezite derecelendirmesinde beden kitle indeksi (BKİ) baz alınarak $BKİ=Ağırlık (kg)/Boy (m^2)$ formülü kullanılır (TEMD, 2019).

<18,50	→	Zayıf
18,5 – 24,99	→	Normal
25,00 – 29,99	→	Fazla kilolu
≥30,00	→	Hafif obez
35,00 – 39,99	→	Orta derece obez
40,00 – 49,99	→	Morbid obez

Şekil 2.1. Beden Kütle İndeksine Göre Obezitenin Sınıflandırılması

Kaynak: DSÖ, 2010

2.6.2. Fiziksel Aktivite/Egzersiz Tedavisi

Fiziksel aktivite, vücutta kas hareketlerinin faaliyetini tanımlar; bununla birlikte, egzersiz belirli bir hedefe yönelik olarak düzenlenen, sistematik bir şekilde tekrarlanan fiziksel aktiviteleri içerir. Diyabetli bireyler için, fiziksel aktivite veya egzersiz, fiziksel kondisyonun geliştirilmesine yönelik bir beklenti taşır. Fiziksel aktivite/egzersiz ve HbA1c değerini ve diyabetli bireyin kan glikoz seviyesini normal seviyede tutarken diyabete bağlı ileri dönem komplikasyonlarının görülme riskini de azaltmada etkin role sahiptir. Aynı zamanda lipid düzeylerinin normalleşmesi, kardiyak risk etkenlerinin en aza indirilerek, lipid seviyesinin düşürülmesi ile psikolojik iyilik halinin artmasında da etkileri vardır. Diyabetli bireyler fiziksel aktivite öncesi evde kan şekeri takibi yapmalıdırlar. Egzersiz öncesi bakılan glikoz düzeyine göre kişi egzersize başlamalı, egzersiz esnası veya sonrasında ise ilave karbonhidrat alımı yapıp yapmaması konusunda karar sahibi olmalıdır. Egzersizin programı bireye özgü olmalı (yoğunluğu, tipi, şiddeti, süresi yönünden), günde 1-2 saat yapılması ve 48 saatten (2 günden) fazla ara verilmemesi önerilmektedir. İnsülin kullanan hastalarda egzersiz öncesi enjeksiyon yapılan kol veya bacak egzersiz anında zorlanılmamalıdır. Retinopatisi olan hastaların ağırlık kaldırma gibi egzersizlerden uzak durması istenirken, nefropatisi olan hastalarında aşırı sıcak ve soğuk ortamlarda egzersiz yapması istenmemektedir. Diyabetli hastanın egzersiz

sonrası 24 saate kadar geç hipoglisemi gelişmesi yönünden dikkatli olması gerekir (Olgun ve Altınbaş Akkaş, 2022).

Yaşam tarzı değişikliğinin iki ana hedefi, minimum %7 kilo kaybı ve tempolu yürüyüş ile haftada 150 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmaktır. Tip 2 diyabetli bireylerin kilo kaybını desteklemek amacıyla, haftada en az 150 dakika orta şiddetli aerobik fiziksel aktivite (örneğin, tempolu yürüyüş) yapmaları ve kalori alımını sınırlamaları önerilmektedir (TEMD, 2022).

Ayrıca Tip 2 diyabetlilerde kan şekerini düzenlemek için gün içinde 30 dakikadan fazla hareketsizlik önerilmemektedir. Diyabet olan yaşlı bireylere haftada 2 ila 3 kez esneklik ve denge eğitimi önerilir. Esneklik, kas gücü ve dengenin artırılması yönünde kişinin tercihlerine göre eğitime yoga ve tai chi de dahil edilebilir (ADA, 2023).

Yoga, nefes alma, gevşeme ve meditasyon egzersizlerini içerir. Nefes, meditasyon ve poz egzersizleri ile zihin ve beden arasında bağlantı kurularak, dengeli bir sağlık sağlanır. Yoga ile kasların güçlendiği, ilaç toksinlerinin vücuttan atılarak beyin daha fazla oksijenlendiği, stresin azaldığı, kişide farkındalığın arttığı, kişinin kendine odaklanmasını ve kendini tanımasını sağladığı, kişinin olumlu bir bakış açısı kazandığı saptanmıştır (Özer vd., 2021).

2.6.3. Diyabet Eğitimi

Diyabetli bireyin sağlıklı yaşam koşullarına sahip olabilmesi için hem sağlık profesyonelleri tarafından izlenmeleri hem de evde kendi kendine izlemeyi yapabilmeleri önemlidir. Diyabetik hastalara verilecek olan eğitimlerde devamlılık önemlidir. Hastanın beceri ve bilgisi aralıklı olarak kontrol edilmeli ve güncel her bilgi aktarılmalıdır. Eğitimin ulaşılabilirliği bakımından 1. Basamak sağlık kuruluşlarında diyabet eğitimi sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir (Karaca Sivrikaya ve Ergün, 2018).

HbA1c'nin diyabet eğitimi alan kişilerde %0,4'lük bir düşüş sağladığı yapılan çalışmalarda görüldü. HbA1c seviyesindeki düşüş hastalık yönetiminde başarı ve süreklilik sağlarken, komplikasyon gelişme riskini azaltır. Böylelikle hastanın yaşam yaşam kalitesini yükselir ve öz etkililiği güçlenir (Samancıoğlu vd., 2017).

Orhan ve Baçecik'in 2018 yılında diyabetli hastalarla ilgili çalışmasında bireylerin diyabetik ayak bakımına yönelik eğitimleri için geliştirilen mobil uygulamanın bilgi,

öz etkililik ve tutum düzeylerinin arttırmasında başarılı olduğu saptanmıştır. Eğitimde duyu organlarına hitap edilmesi, eğitimin etkinliğini arttırarak, öğretimin daha anlamlı, kalıcı ve hızlı olmasını sağlamaktadır. Birden çok duyu organına hitap edebilmek için materyal kullanımı gerekmektedir. Bu nedenle zengin ve renkli, görsel-işitsel mesajlar içeren öğretim alanları gerekmektedir. Yetişkinler, yeni yöntemlerin bulunduğu, bilgi, anlayış ve beceri kazandıran planlı eğitim etkinliklerinden hoşlanırlar. Orhan ve Bahçecik'in yapmış oldukları çalışmada diyabetli hastaların, diyabetik ayak bakımı ile ilgili eğitimi çok faydalı buldukları görülmüştür. Diyabet eğitiminde görsel ve işitsel içerikli materyallerin bulunduğu planlı eğitimlerin eğitim programlarında bulunması önerilmektedir (Orhan ve Bahçecik, 2018).

2.7. Diyabet Komplikasyonları

Diyabet, yaşam boyu hastalık seyri sırasında çoklu sistem komplikasyonlarının bir sonucu olarak erken ölüm ve hastalık riskini artırır. Bunlar, tümü yüksek oranda önlenebilir ve tedavi edilebilir olan aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, böbrek yetmezliği, görme kaybı, ayak ülseri ve amputasyonu içerir. 65 yaş üstü diyabetli yetişkinlerin %68'inin koroner kalp hastalığından, %16'sında ise inmeye bağlı ölümler nedeniyle öldüğü bilinmektedir. Bu nedenle diyabet ve özellikle Tip 2 diyabette hipertansiyon ve dislipidemi gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin dahil edilmesinde fayda vardır. Diyabet ile tanımlanan kişiler, kardiyovasküler komorbiditelere sahip olabilir. Koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalığın değerlendirilmesi genellikle hasta tarafından bildirilen miyokard enfarktüsü, revaskülarizasyon ve inme ile gerçekleşmektedir Ayrıca diyabet, kanser, depresyon ile fiziksel ve zihinsel engeller gibi morbiditelerle ilişkilidir (Xie vd., 2018; IDF, 2021).

Diyabet komplikasyonları fizyolojik olmanın yanı sıra psikolojik olarak da bireylerde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Sedanter yaşam tarzı, düzensiz ve yetersiz beslenmenin artmasıyla obezite artmaktadır. Obez kişi sayısının her geçen gün daha da artması Tip 2 diyabet ve komplikasyonlarının gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Kilo kaybı, metabolik kontrolü iyileştirmek için önemlidir; büyük kilo kayıpları Tip 2 diyabette diyabetin kontrolü için önemlidir. Kilo kaybı, Tip 2 diyabetli aşırı kilolu veya obez kişiler için mükemmel bir tedavi olduğundan, diyabet yönetimi için çok çeşitli diyetler önerilmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerde toplam vücut ağırlığının

%5 kaybı ya da 2,25 kg- 4,5 kg'lık kayıplar, glisemik kontrolün sağlanmasına, risk faktörünün azalmasında etkili olmaktadır (Azami vd., 2018; Chester vd., 2019; Maula vd., 2021).

Diyabetin kişi ve toplum üzerinde oluşturacağı yükü azaltmak için, hastalığın erken dönemde teşhis edilmesi, gelişebilecek komplikasyonlar açısından düzenli takip edilmesi ve uygun şekilde bakım ve tedavisinin yapılması gerekmektedir (Eroğlu ve Temiz, 2021).

Da Qing Diyabet Önleme Sonuç Çalışmasının 2019'da yayınlanan verilerine göre; bozulmuş glikoz toleransı olan bireylerde yaşam tarzı değişikliği ile, Tip 2 diyabetin ortaya çıkma süresinin uzadığı ve kardiyovasküler hastalıklarda %26, mikrovasküler komplikasyonlarda %35 ve diyabete bağlı komplikasyonların neden olduğu ölümlerin (kardiyovasküler ölümlerde %33, tüm nedenlere bağlı ölümlerde %26) insidansında azalma görüldü (Gong vd., 2019).

Diyabette görülen komplikasyonlar kronik ve akut olmak üzere 2 grupta incelenmektedir.

2.7.1. Akut komplikasyonlar

2.7.1.1. Hipoglisemi

Plazmada glikoz seviyesinin düşmesi sonucu sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı olarak beyin fonksiyonlarının bozulmasıyla ilgili belirtiler ve bulguların ortaya çıktığı bir klinik tablo mevcuttur. Tanı için genel olarak düşük glisemi (<50 mg/dl) ile uyumlu belirtilerin tedavi ile ortadan kalkması durumudur ve Whipple Triadı kullanılır. İnsülin dozunu fazla uygulamak, fazla egzersiz yapmak ya da yeterli karbonhidrat alımının olmaması hipoglisemiye yol açabilmektedir. Hastalarda acıkma, titreme, anksiyete, soğuk terleme, bulantı, çarpıntı belirtileri görülebilir. Hipoglisemi insülin kullananlarda daha sık görülebilir. Hipoglisemi gelişmesi durumunda 15-20 gr glukoz oral yolla verilmelidir. Eğer hasta ağızdan beslenemiyor ya da bilinci kapalı ise hastaya parenteral tedavi uygulanmalıdır. Bu durumda hastalara Glukagon enjeksiyonu veya IV dextrozlu sıvılar uygulanır (Biol vd., 2021; Çelik ve Kır Biçer, 2021; THSK 2015).

Whipple triadı; hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, nöbet ve davranışsal veya bilişsel değişiklikler gibi belirtilerle ortaya çıkan, glukometre ile ölçülen kılcal kan şekeri düzeyinin < 50 mg/dL olması ve karbonhidrat alımıyla kan şekerinin yükselmesidir.

Whipple triadını belgelemek ve hipoglisemi atakları olduğu zamanında venöz kan örneği almak zordur (Honka vd., 2022).

2.7.1.2. Hiperglisemi

Kan glikoz seviyesinin günün herhangi bir saatinde ölçüldüğünde ≥ 200 mg/dl veya 8 saat açlık sonrası ≥ 126 mg/dl üzerine çıkmasıdır. Hiperglisemi diyabetik ketoasidoz ve hiperozmolar nonketotik koma sendromuna (HNKS) neden olduğu için dikkatli olunmalıdır. Kontrol edilemediği durumlarda uzun mikrovasküler komplikasyonlara yol açabilmektedir (Birol vd., 2021; Çelik ve Kır Biçer, 2021).

HNKS vücuttan sodyum ve su atılımına neden olduğu için diyabet hastalarında yaşamı tehdit edebilecek tablolara yol açabilir. Hastanın bilinç düzeyi ve son 7 gün içinde aldığı ilaçlar kontrol edilir. Metabolik asidoz yeterli insülin sebebiyle HNKS tablosunda görülmez (Özcan ve Yıldırım, 2020).

2.7.1.3. Diyabetik Ketoasidoz

İnsülin salınımında azalma ve kan glikoz seviyesinin yükselmesi ile ortaya çıkan hiperglisemik akut komplikasyon olarak tanımlanmaktadır. Plazma glikozunun 250 mg/dl üzerinde olması, ph'nın 7.30'un altında, ketonüri ve HCO₃ 15 mEq/l olması tanı kriterleri arasında yer alır (Ünsal Avdal, 2021). Tip 2 diyabetlilerde nadir görülmekle beraber DKA (Diyabetik Ketoasidoz) tablosunda hasta ivedilikle bir sağlık kuruluşuna yönlendirilerek, tedavisine başlanmalıdır. Çalışmalar gösteriyorki DKA tanısı alan hastaların %10'nuna diyabet tanıları yeni konmuş, %90'ını ise diyabet tanısı önceden konmuştur. DKA durumunun gelişmesinde görülen en sık nedenler arasında enfeksiyonlar, insülin uygulama hataları, stres, ağı egzersiz yapma ve tedaviye uyumsuzluk görülmektedir (Çelik ve Kır Biçer, 2021; Özcan ve Yıldırım, 2020; Özyazar ve Satman, 2015).

Kusmaull solunum (derin, hızlı, tamamlanmayan solunum) önemli bir bulgusudur. DKA 'da hastanın cilt bütünlüğünün korunması, inkontinans yönünden uygun beslenmesinin sağlanması ve bu zorlu sürece karşı hastanın eğitilmesi (DKA tablosunun yeniden oluşmaması için tedavi, diyet, kontrol ve bakımına dikkat etmesi gerekliliği, psikolojik stresörlerle baş etmesi gerekirse uzman desteği alması) gerekmektedir (Özcan ve Yıldırım, 2020).

2.7.1.4. Laktik Asidoz

Kanda laktat yoğunluğunun 5.0 mmol/dl'den fazla olmasına bağlı anyon tablosunun eşlik ettiği asidoz durumudur. Özellikle karaciğer, kalp ve böbrek yetmezliğine bağlı vücutta laktik asit birikmesi sonucu görülür. Hazırlayıcı faktörleri azalmış oksijen sunumu, artmış oksijen talebi, yetersiz oksijen kullanımımıdır. Bulantı-kusma ve abdominal ağrı ilk belirtileridir. Laktik asidoz komasında öncelikle altta yatan nedenler tedavi edilmelidir. Tedavide altta yatan hastalık tedavi edilirken hastaların yaşamsal fonksiyonlarının stabilizasyonu sağlanır (Çelik ve Kır Biçer, 2021; Yürügen ve Nural ,2020).

2.7.2. Kronik Komplikasyonlar

2.7.2.1. Retinopati

Kronik hiperglisemi sebebiyle gelişen multifaktöriyel nörovasküler bir hastalıktır. Gözün arka tabakasındaki retinada meydana gelen damar hasarıdır. Diyabetli hastalarda hastalıkla geçen süre arttıkça retinopati gelişme olasılığı da artmaktadır. Tip 2 diyabetlilerde görülme oranı % 67.4 (Kır Biçer ve Çelik, 2021).

2.7.2.2. Nefropati

Böbrek fonksiyonlarının ilerleyici olarak bozulması ile glomerül içi arteriollerin hasarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Diyabet hastalarının %20-40'ında görülmektedir (Kır Biçer ve Çelik, 2021). Son dönemlerde böbrek yetmezliklerinin görülen en sık ve en önemli nedenini oluşturmaktadır. Sigara kullanımı hastalarda renal fonksiyon kayıplarının hızlanmasına neden olmaktadır. Hastada nefropati gelişmiş ise retinopati komplikasyonu kaçınılmazdır (Yürügen ve Nural, 2020).

2.7.2.3. Nöropati

Uzun yıllar diyabet hastalığı olan ve hastalığı kontrolsüz bir şekilde ilerleyen, kişilerde zamanla sinir sisteminde hasarlar meydana gelmesiyle oluşur. Sadece diyabete bağlı bir sinir hasarından bahsedilebilir (Kır Biçer ve Çelik, 2021).

Nöropati gelişen hastalarda ekstremitelerde azalan ağrı hissi ve daha yüksek ağrı eşiğine bağlı olarak, bazı egzersiz türleri Charcot eklemi yıkımı, cilt bozulması ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak, nöropatisi (özellikle daha şiddetli nöropatisi) olan hastaların fiziksel aktivite sırasında dikkatli olmaları gerekmektedir. Uygun ayakkabı kullanan periferik nöropatisi olanlarda reülserasyon veya ayak ülseri daha az görülmekle beraber, prediyabeti olan nöropatili

hastalarda haftalık 2,5 saat orta düzeyde egzersiz yapmanın olumlu yönde etkilemektedir. Ayak yaralanması veya açık yarası olan herkes, ağırlık taşımaktan kaçınmalıdır (ADA, 2023).

2.7.2.4. Diyabetik Ayak

Diyabet veya diyabete bağlı komplikasyon sonucunda ayak sağlığı ve cilt bütünlüğünün bozulması “diyabetik ayak” olarak tanımlanmaktadır. Diyabetik ayakta iyileşmeyen ülserler, yapısal kemik ve eklem bozuklukları görülebilir. Diyabetik ayak oluşumunun sebepleri arasında periferik arter hastalığı, periferik nöropati, ayak travmaları ve enfeksiyonlar neden olabilirler. En sık görülen komplikasyonu ise nöropatidir. Diyabetik ayak oluşumuna neden olan oluşum, hastalık tedavi edilmediği sürece ayakta dolaşım yeterli olsa da iyileşme gözlemlenemez (Çetinarslan, 2015; THSK, 2015).

Diyabetik ayak bakımında amaç, primerde korumanın sağlanmasıdır. Bu nedenle riskli gruplar saptanarak, hastaya tanı konulması itibari ile ayağına nasıl bakması gerektiği, koruyucu sağlık davranışlarını geliştirmesi öğretilmeli, her muayenede ayak kontrolü ve düzenli takibin yapılması gerekmektedir. Hemşireler koruyucu bakımın plan ve sürdürülme aşaması için en uygun sağlık profesyoneli. Eğitim programı davranışın oluşturulmasında ve komplikasyonlardan korunmak için önemli rol oyar. Eğitimdeki amaç; bireyin motivasyon ve becerisini arttırmaktır. (Orhan ve Bahçecik, 2017).

Diyabetik ayak ülserleri diyabette sık karşılaşılan ciddi bir komplikasyondur. Diyabetli hastanın yaşamı boyunca diyabetik ayağa yakalanma riski %12 ile %15 oranındadır. Travmatik olmayan ayak ülserlerinin %40-60'ının nedeni diyabetik ayak ülseridir. Ayak yaralarının önlenmesinde ayak bakımına yönelik iyi bilgi, davranış ve tutum diyabetli hastalarda önemli faktörlerdir. Ayak bakımı eğitimi ve multidisipliner yaklaşımla diyabete bağlı ayak yaraları ve amputasyonlarında %85 oranında azalma sağlanabilir. Dinçer ve Bahçecik Tıp 2 diyabetli bireylerde yapmış oldukları mobil destekli bir çalışmada hastaların diyabetik ayak bakımına ilişkin bilgi düzeylerinde, öz yeterliliklerinde ve davranışlarında olumlu yönde artışlar tespit etmişlerdir (Dinçer ve Bahçecik, 2021).

Diyabet ayak oluşumunu engellemek için hastanın cildinde tahriş oluşturmayacak uygun çorap, terlik ve ayakkabı kullanımı sağlanmalıdır. Ayaklar kuru ve temiz

tutulmalı, herhangi bir değişiklik açısından her gün ayna ile kontrol edilmelive ayak tırnakları düz kesilmelidir (Özcan ve Yıldırım,2020).

2.8. Diyabet ve Hemşirelik

Diyabet hastalığının bireye fiziksel olduğu kadar psikolojik olarak da olumsuz etkileri vardır ve bu etkiler hastayı daha zorlayıcı bir sürecin içine almaktadır. Tanı döneminde kişide şok, korku, kaygı, öfke ve üzüntü gibi olumsuz duygular gözlemlenebilir (THSK, 2015).

Hastanın hastalığı hakkında eğitimlerle bilgilendirilmesi hastanın yaşanabilecek olumsuz durumlarla (hipoglisemi, hiperglisemi, cinsel fonksiyonlardaki olumsuz durumlar, enfeksiyon gelişme riski gibi birçok durumla) baş edebilmesini sağlar (Özcan ve Yıldırım, 2020). Hastaya rutin kontrolleri ile ilgili bilgi (günlük kan şekeri ölçümü ve ayak muayenesi, 3 ayda bir HbA1c takibi, haftada bir tansiyon, yılda bir kardiyoloji, diş ve göz dibi muayenesi) verilmeli. Hastaya verilecek olan ağız bakım eğitimi ile enfeksiyon gelişme riski önlenirken kontrollerine uyumla hastalığın güncel durumuna ilişkin bilgi vererek olası komplikasyonların önlenmesini veya oluşan komplikasyonun erken tanıyla ilerlemesi önlenabilir (Bektaş, 2019).

Kişinin diyabetle yaşama uyum sağlamasıyla beraber olumsuz duyguları zamanla azalır. Kişinin olumsuz duygularında şiddet ve yoğunluk arttığında psikolojik destek alması sürecin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi bakımında önemlidir. Duygu paylaşımı, çevre ve aile desteği, hemşireye karşı güven, kişinin tedavi ve hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olması, diyabetli diğer kişilerle iletişim kurmak, kişinin pozitif düşünerek durumu yönetebilmesi önemlidir. Hastalığın uzun tedavi sürecine bağlı olarak zaman zaman koşullarının değişmesi, yeni ihtiyaçları ortaya çıkarır bu nedenle hastanın süreçte sık sık bilgilendirilip, eğitilmesi hastalık üzerinde hakimiyeti bakımından önemlidir (THSK, 2015). Hastaların diyabetli olduklarına dair tanıtıcı kart taşımaları olası ani ve olumsuz durum karşısında müdahalede bulunacak olan hemşireler için önemlidir (Bektaş,2019; Özcan ve Yıldırım, 2020).

Hemşireler diyabetin eğitiminde, yönetiminde güncel eğitim bilgilerine hâkim olarak, bilgiyi hasta ve ailesine yansıtabilecek yeterlilikte olmalıdırlar. Diyabette eğitim ve danışmanlık hemşirenin birincil görevlerindedir. Verilen eğitim diyabetli bireyin özelliklerine, eğitimin amacı ve yöntemi doğrultusunda olmalıdır. Eğitimde öncelik diyabetli birey ve ailesinin hastalık hakkında ne bildiklerini öğrenerek

eğitimi planlamaktır. Hemşireler hastalarla s¼rekli iletişim halinde olmalı b¼ylelikle kendi bakımlarını aktif olarak yapabilmeleri ve bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. 1. basamak sağlık kuruluşlarında hemşireler ev ziyaretleri ile hastaların hem aile ve çevre ile olan ilişkilerini gözlemlerken hem de hastaların kendi kendine izlemde gösterdikleri başarıyı, öz etkililik düzeylerini gözlemleyebilirler (Karaca Sivrikaya ve Erg¼n, 2018).

Hemşireler hastalarla etkin tedavi program düzenlemesinde hastanın ihtiyaçları, yetenekleri ve uyumuna göre düzenleme yapmalıdırlar. Eğitim hastaya özg¼, bireysel olmalıdır (Olgun ve Altınbaş Akkaş, 2022).

2.9. Damgalama

Damgalama (stigma), belli hasta gruplarına karşı toplumda davranışsal baskılar oluşturularak, bireylerin toplumdan soyutlandırılmasına neden olan tepkilerin tamamıdır (Özsezer Kaymak ve Karaca Sivrikaya, 2017). Damgalama bir kişinin ve grubun bir özelliğinden dolayı toplum tarafından o kişiye hoř gözle bakılmamasıdır. Güng¼r'¼n aktardığına göre; "damgalama kelimesini ilk kullanmış bilim insanı Goffman'a (1963) göre damgalama terimi Yunan toplumunda insan bedenine fiziksel olarak kazınan bir işaretken günümüzde toplum tarafından psikolojik olarak derin yaralar ačan bir süreç olarak yaşanmaktadır" (Güng¼r, 2021). Damgalama, kiři ve toplumu etkileyen, kişinin psikolojisi, yaşam kalitesi ve ailesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturun, bir güce sahiptir (Taşkın Yılmaz vd., 2021). Damgalamanın tek bir tanımının yapılması mümkün değildir çünkü damgalama teriminin tarihi geçmişi uzun olmasına rağmen bilimsel geçmişi yakındır (Güng¼r, 2021).

Damgalamada birbirinden farklı üç farklı damgalama tipinden bahsedilebilir.

- Fiziki deformasyonlar (fiziksel engellilik, kronik hastalıklar gibi)
- Zayıf irade, doğal olmayan tutkular, katı inançlar gibi bireysel karakter bozuklukları (bağımlılık, hastalık sahibi olma, işsizlik gibi)
- Din, ırk ve ulus gibi damgalar (ailenin tüm mensuplarına yayılabilen damgalamadır) (Goffman, 2014)

Damgalamanın olumsuz ön yargılar ile ilişkisi vardır, bilgi eksikliği içerir ve kişide ayrımcılığa yol açar (Okumuşoğlu, 2019). Damgalama olumsuz inançlar sonucu gelişen ön yargı ile temellenmekte, ayrımcılık ve dışlama ile sonlanmaktadır. Ayrımcılık; toplumda bireylerin ön yargı (prejudice) ve damga nedeniyle hak ve

çıkarlarından mahrum bırakılmalarıdır. Bu sebeple damgalama, bazen hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır (Güngör, 2021).

Ön yargı; olumsuz yaklaşıma şeklindeki psikolojik eğilimleri tanımlar. Ön yargıda değişime direnç söz konusudur (Okumuşoğlu, 2019). Sosyal hayatta damgalama karşımıza kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalama, sembolik damgalama, katmanlı damgalama ve cinsel damgalama şeklinde çıkabilmektedir (Yuvaraj vd., 2020).

Kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalama; İçselleştirilmiş damgalama, bireylerin kendilerine karşı sahip oldukları olumsuz inanç ve duygular olarak tanımlanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalamanın, aktivite kısıtlamaları, fiziksel semptomlar ve yaşam doyumu dahil olmak üzere sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin negatif olarak etkilediği tespit edilmiştir (Zhou vd., 2020).

Sembolik damgalama; nezaket damgalaması, çağrışım yoluyla damgalamadır. Aile damgalaması en yaygın olanıdır. Suçluluk ve utanç temel nedendir. Aile üyeleri hastalıkla ilgili bilgi paylaşmayı reddeder hatta hasta aile üyesini de dışlayabilir. Damgalananın bu türüne ruhsal hastalığa sahip olma, alkolizm, bağımlılık ve intihar girişiminde bulunma örnek olarak verilebilir (Güngör, 2021).

Katmanlı damgalama; birbirini karşılıklı olarak etkileyen, birbiriyle ilişkili çoklu damgalama tutumlarından kaynaklanan bileşik damgalamadır (Yuvaraj vd., 2020). Obezite zamanla kişide depresyon gelişmesine neden olur. Hem obezite hem de depresyon nedeniyle damgalamaya maruz kalınması katmanlı damgalama yaşanmasına neden olmaktadır (Thornicroft, 2014).

Cinsel damgalama; aykırı bir grubun ötekileştirilmesine, suçlanmasına ve utandırılmasına yol açan farklı damgalama biçimidir (Yuvaraj vd., 2020). Aynı iş yerinde çalışan kadın çalışanların erkek çalışanlardan daha az maaş alması ya da hamile kalmamalarının istenmesi gibi durumlar cinsel damgalama olarak karşımıza çıkmaktadır (Güngör, 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 yılında çevrimiçi bir anket kullanılarak diyabetli hastalara yapılan çalışmada, hastaların % 52'sinin damgalama yaşadığı bildirilmiştir (Liu vd., 2017). 2013 yılında yapılan DAWN2 çalışmasında dört kıtadan 17 ülkede (Cezayir, Kanada, Hindistan, Fransa, Çin, Almanya, Meksika, Japonya, Türkiye, Hollanda, Polonya, Rusya Federasyonu, İtalya, Danimarka,

İspanya, İngiltere ve ABD olmak üzere) yürütülen çok uluslu, disiplinler arası ve çok paydaşlı bir çalışmada her ülkenin örneklemini diyabetli 500 yetişkinden (≥ 18 yaş) oluşturmaktadır ve 420'si Tip 2 diyabetlidir. 17 ülkenin tümünde diyabetli birçok birey için diyabetin önemli bir fiziksel ve psikolojik yük olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların yaklaşık beşte biri diyabetleri nedeniyle ayrımcılığa uğradıklarını, damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını ve bu durumda artış olduğu belirtmiştir. Diyabetleri nedeniyle bireylerin yüksek oranda olması toplumsal sorunlar olduğunu vurgulamaktadır (Nicolucci vd., 2013).

Diyabetli kişiler, örneğin işyerinde, ilişkilerde birçok yaşam alanında deneyimlenen damgalamanın kendileri için önemli bir endişe kaynağı olduğunu bildirmektedir (Schabert vd., 2013). İran, Avustralya, Tayvan, İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri diyabetli bireylerin hastalığı kendi kendilerine bulaştırdıkları kabul edilmekte ve diyabeti yiyeceklere aşırı düşkünlük hastalığı olarak görmekle beraber bireyin kendi eylemlerinin bir sonucu olduğunu düşündükleri yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Ayrıca iş imkanları ve seyahat kısıtlamaları bulunurken, diyabetli Japon yetişkinler, Diyabetli olduklarını açıklamalarının ardından evliliklerinde problem yaşadıklarını bildirmişlerdir (Abdoli vd., 2018; Özsezer Kaymak ve Karaca Sivrikaya,, 2017).

2.9.1. Damgalamanın Tarihçesi

Köken olarak damgalama Yunanca olarak delmek ve işaret anlamlarını içeren benzer terimlerle çeşitlendirerek kullanılmışlardır. Yunanlılarda törenlerle ahlâki olarak kötü görülen, normal kabul edilmeyen kişiler (köleler, suçlular, hainler) bedenlerine kazılan ya da demirle dağlanan işaretlerle damgalanarak ifşa edilirdi. Yaşadığı sürece bu işarete sahip olmak zorunda kalan kişi kamusal alanlarda kendisinden kaçınılan kişi durumuna düşürülürdü (Goffman,2014).

Salgın hastalıkların görüldüğü dönemlerde daha fazla damgalama yaşanıldığı belirtilmektedir. Hastalığı olan kişinin kötü ruhların tesiri altında kaldığı, Allah'ın hiddetine uğrağı, çevreye karşı tehlike ve zarar verecekleri düşüncesinin yaygınlaşması damgalamanın görülmesinde etkili rol oynamıştır. 1300'lü senelerde veba ve lepra; 1980'li senelerde AIDS'te hastaların ilahi bir cezaya çarptırıldıklarına inanılmıştı. Hastalıklar, bir rezillik işareti olarak görüldüğünden, damgalamayla beraber kınanmış ve itibarsızlaştırılmıştır. Orta Çağ'dan günümüze kızgın demirlerle bedenlerin damgalama ile ifşalanması, modern dünyamızda kişinin sevilmemesi,

zihnen yok sayılmaya çalışılması ve kişiye karşı olumsuz yargı ve davranımlar sergilenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018).

2.9.2. Damgalamanın Nedenleri

Hissettirilen ya da hissedilen değersizlik duygusu damgalamaya sebep olduğundan damgalama üç şekilde sınıflandırılabilir (Özmen ve Erdem, 2018).

Psikojenik Nedenler: Damgalamada duygular önemlidir. Kişi, dış tehditlere, maruz kalınca özgüven ve özsaygısını kaybeder. Damganın hayat bulduğu zemin önyargıdır. Kişi sosyal çevresinde normal statüsünde takdir alabilecek özelliklere sahip olsa bile damgalama ile tüm özellik ve nitelikleri arka plana atılarak ötekileştirilir (Goffman, 2014).

Toplumsal Nedenler: Damgalanan kişinin tehlikeli olduğunu benimsetmek için diğer kişiler tarafından kategoriler oluşturulmuştur. Damgalamada kişisel farklılıklara “biz” ve “onlar” etiketiyle ötekileştirme yaşatılmaktadır. Batı kültürüyle beraber hayatımıza yerleşen bireycilik akımının yaygınlaşması da damgalamayı etkilemektedir. Batı toplumlarındaki bireycilik, rekabetçilik damgalamada tetikleyici bir unsur olarak görülmeye başlanmıştır bu durum kişiler arası ilişkilerde düşmanlığın artmasına, iş birliğinin azalmasına, ortak hareket etme fırsatlarının kaybolmasına zemin hazırlarken, bireylerde özgüvenin düşmesine, izolasyonun artmasına ve insanların çevreleri tarafından nasıl göründükleri endişesinin başlaması olumsuz tabloların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Rekabetçilik, başarının değerli hale gelmesini ve onaylanma ihtiyacını ortaya çıkmasına neden olmuştur (Özmen ve Erdem, 2018).

Damgalamada ön yargılar ve kalıp yargıların yanı sıra sosyal, ekonomik ve politik güçte gereklidir. Kişi dayatılan yetememezlik ve başarısızlık algısını zamanla içselleştirerek gerçekleştirebileceği bir fiile karşı bile yetersizlik gösterebilir. Damgalamayı tetikleyen toplumsal yapı içerisindeki, bir diğer etken güçte kültürdür (Goffman, 2014). Diyabetle ilgili damgalamaya ilişkin inançlar, algılar ve deneyimler büyük ölçüde toplum ve kültürden etkilenebilir (Kato vd., 2020).

İnanç ve kültür farklılıkları hastalıklara karşı olan tutumları etkilerken, bireyin sosyal hayatı, kimliği ve sahip olduğu aile yapısı da damgalama yaşantısını etkilemektedir. Damgalama nedenleri arasında bireysel yaklaşımlar, kültürel nedenler ve düşük eğitim düzeyi de sayılabilir (Taşkın Yılmaz vd., 2021).

Yargılarımız yaşadığımız toplumdan etkilenir. Önce ailemiz, sonra öğretmen ve arkadaşlarımızla düşüncelerimiz şekillenir. Kültürel değerlere göre hep iyi olanlar bir arada bulunurlar. Toplumdaki çoğu kişinin bilinç seviyesi ve yaşam tarzına göre toplum kuralları belirlenir bu kurallar dışında kalanlar ise dışlanırlar. Ve dışlanan kişiler damgalamaya maruz kalırlar (Güngör, 2021).

Kültürel etkiler hastaların tedavi ve bakıma ulaşmalarına engel olabilmekte ya da geç müdahalelere neden olmaktadır. Bazı hastalık ya da belirtilerinin dinsel faktörlerin etkisinde geliştiğine inanılarak sağlık profesyonellerinden yardım alınmamaktadır. Sağlık profesyonellerine fiziki ulaşımın zorluğundan çok utanç hissi de erişimde ki engellerden biridir (Thornicroft, 2014).

Diyabetle ilgili damgalamanın sosyoekonomik ve etnik etkenler aracılığıyla hastaları nasıl etkilediğini ve bu etkilerin farklı hasta popülasyonlarına göre nasıl değiştiğini anlamak, diyabette damgalamayı daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Kapsamlı bir çalışma ile (örneğin, bölgeler arası ve ya ülkeler arası çalışma) oluşturmalı, özellikli hasta popülasyonları belirlenmeli ve hastalar, araştırmacılar, akademik topluluklar, hükümetler ve sağlık profesyonelleri ile diyabetle ilgili damgalama ele alınmalıdır (Kato vd., 2020).

Teknolojik Nedenler: İletişim kanallarının fazlalığı damgalamayı tetiklemektedir. Taraflı medyacılık ötekileştirilmeye, ayrımcılık ve dışlamalara sebep olabilmektedir (Uzun ve Alban, 2020).

2.9.3. Damgalamanın Sonuçları

Damgalamanın sonuçları, her birey ve toplumda değişiklik göstermekle beraber damgalamaya uğrayan kişilerin ailesi ve çevresi üzerinde de sonuçları olabilmektedir. Damgalamanın yönetilmesinde, kültürel kalıpların değiştirilmesi önceliklidir (Özmen ve Erdem, 2018).

Tıbbi ihtiyaç gereksinim durumlarında damgalama kişilerin tedavi olma veya tedaviye katılım isteğini engelleyebilir. Toplumsal damgalamaya maruz kalan kişiler, hastalıklarını ifade ettiklerinde ya da gösterdiklerinde çevrelerinden gelecek olan sosyal destekten mahrum kaldıklarından hastalıklarını gizlemektedirler. Bu durum kişilerin hastalıklarından çok damgalamayla savaşmak mecburiyetinde kalmalarına ve kendilerini toplumdan soyutlamalarına neden olmaktadır. Yaşanılan bu oluşumda birey kendini yetersiz görme, anksiyete, depresyon, kendinden nefret etme, gibi

olumsuz duygular hissetmesine yol açarak, kişinin kendini savunmaya ihtiyaç duymasına neden olur ve süreç psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilir (Baysal, 2013).

Bu durum hastanın yaşam kalitesini engelleyerek, hastalıkla mücadele edebilmesinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastalar çalışma hayatlarında dışlanma, yalnızlaştırılma, mobbing, iş yükünün artırılması, ötekileştirilme, terfi ettirilmesine engel olunma gibi olumsuzluklarla karşılaşabilmektedirler. Diğer bir sonuç da çalışanların damgalama ve dışlanma yaşamamak için hastalıklarını gizleme veya pasif konumda kalmayı tercih etme durumudur. Damgalama hastaları bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmaktadır. Damgalanan kişi ile birlikte ailesi ve çevresi de etkilenir. Hastalarla benzer olarak hasta yakınları da hastalığın belirti ve sonuçlarının getirdiği olumsuz durumlarından utanabilir, sosyal hayatlarında birlikte olmaktan kaçınabilmektedirler. Damgalanan kişi, kendini korumak için savunma mekanizmaları geliştirebilir. Damgalama kişiyi, ailesini, çevresini ve toplumu etkilediğinden; sosyal ortamlarda ailede, sağlık kurumlarında, işyerinde damgalamaya mâni olunacak gerekli somut adımlar atılmalıdır (Özmen ve Erdem, 2018).

DM tanılı bireylerin aile ve sosyal çevrelerinde kişilerin hastalığın etiyojisi ve yönetimi ile ilgili aşırı yediği, hareketsiz olduğu, bilgi sahibi olmadığı, obez/kilolu olduğu ve diyetlerine dikkat etmediği için diyabet tanısına sahip oldukları düşüncesine sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca, hastalık yönetimiyle bağlantısı bulunan insülin kullanımı, diyet uygulaması ve kanda glikoz seviyesinin ölçümünde kullanılan aletlerinde damgalamaya neden olduğu ifade edilmektedir (Gür ve Yılmaz, 2021). ABD de Tip 2 diyabetli kişilerde damgalama üzerine yapılan bir çalışmada, Tip 2 diyabetli yetişkinlerin %52'sinin diyabet hastasının sosyal damgalamaya neden olduğunu algıladığını ve ~%20'sinin başkalarının diyabet hakkındaki görüşlerinin diyabet yönetimini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (Himmelstein ve Puhl, 2021).

2.9.4. Damgalama ve Hemşirelik

Damgalama diyabetli bireylerde karşılaşılan önemli bir sorundur. Diyabetli bireyler sağlık profesyonellerini destekleyici bulmalarının yanı sıra çoğu kişi bakımlarında kaygılar ve diyet gibi temel yönlerini tartışılmadığı, diyabetle yaşamının psikolojik

yönlerine ve bireylerin kendi kendini yönetmede aktif rol alma potansiyelini yeterince önemsemediği belirtilmiştir (Kato vd., 2014; Nicolucci vd., 2013).

Diyabetli bireyler çevresindeki insanlar tarafından baskı ve damgalamaya maruz kalabilirler. Hastalar hastalıklarının oluşturduğu sorunlar kadar sosyal çevreleri ve ailelerinin tutumlarından da etkilenmektedirler. Dünya tarihinin ilk zamanlarından bu yana hastalıklar damgalamaya neden olmuştur. Bu damgalamaya bazen hastalık sebebiyle aile ve sosyal çevre sebep olurken, bazen de sağlık ekibi üyeleri sebep olabilmektedir (Özsezer Kaymak ve Karaca Sivrikaya., 2017; Schabert vd., 2013).

Sosyal farklılaşma ve ayrışmaların artması damgalama sorunu daha fazla etkilemektedir. Damgalamanın yönetilmesi, toplumsal ve bireysel olarak önemlidir. Bu nedenle insanlar, damgalamayla mücadelede birçok yol kullanabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018). Damgalama yaşayan bireyler toplumsal alanlarda hastalıkları veya var olan durumları sebebiyle konuşmalarda teşhir edilebilir, yabancıların rahatsız edici meraklı soru ve yardımlarına maruz kalabilirler bu da damgalı kişiye herkesin istediği gibi yaklaşabileceği imkânı tanıdığında kişide huzursuz ve memnuniyetsizlik yaratır (Goffman, 2014).

Hemşirenin bireyde öz etkililik sürecini olumsuz etkileyen damgalama vb. durumlara karşı karşıya kalıp kalmadığını bilmesi-belirlemesi gerekmektedir. Hemşirelerin, bireyleri sağlıklarını etkileyecek zararlı davranışlardan koruyup, sağlıklarını olumlu yönde geliştirecek davranışlar kazandırmaları gerekmektedir (Usluoğlu ve Güngörmüş, 2018). Hastalıklarda kullanılan ifadeler nedeniyle sağlık profesyonellerinin ayrımcılık yaptığı algısına kapılan hastalarda tedaviye uyumlarda sorunlar yaşanabilmektedir (Okumuşoğlu, 2019).

Diyabet tedavisinin etkinliğini optimize etmeye yardımcı olmak için sağlık profesyonelleri, hastaların kendilerini damgalama yaşayıp yaşamadıklarını düzenli olarak değerlendirebilir ve daha sonra öz etkililiği artırmak için yardımcı olabilir (Kato vd., 2014).

Sağlık profesyonelleri kişiselleştirilmiş destek sunarak daha iyi sonuçlara katkıda bulunabilir. Diyabet eğitim programları ve grup sınıfları kısa vadede etkili olabilir, ancak davranış değişiklikleri (örneğin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmedeki gelişmeler) ve kendi kendini yönetme becerilerini sürdürmek için zaman gerekebilir. Damgalama da hastaların öz etkililiklerinin desteklenmesinde motivasyonel görüşme

ve sağlık koçluğu, stratejileri bireyin önceliklerine ve ilgi alanlarına göre özelleştirme potansiyeline sahiptir. Motivasyonel görüşme, sorunları çözmek için kapasite oluşturmaya, öz etkililiği artırmaya ve diyabet yönetiminde davranış değişikliğini desteklemeye yönelik bir danışmanlık yaklaşımıdır. Sağlık koçluğu, bireyleri ulaşılabilir kişisel hedefler oluşturmaya, hedeflere ulaşmak için beyin fırtınası stratejileri oluşturmaya ve davranışları bir koçla kişilerarası ilişki bağlamında kendi kendini izlemeye teşvik ederek davranış değişikliğini kolaylaştırır. Teknoloji (mobil sağlık, tele sağlık ve teknolojik uygulamalar) bu konuda hastalarla sürekli iletişimi sağlamada etkin rol oynamaktadır (Young vd., 2020; Xie vd., 2020).

Eğitim ve paylaşım seanslarını içeren psikososyal müdahalelerin, damgalayıcı koşullara sahip kişiler arasında içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada yardımcı olduğu bilinmektedir. Tip 2 diyabet hastalarının psikoeğitimlerle kendini damgalamayı azaltma programları (diyabet hakkındaki yanlış anlamaları düzeltme, kendini kabul etme ve hastalığı kabul etme egzersizleri, davranışsal hedef belirlemeleri) geliştirilerek, aile üyelerinin programlara katılımı desteklenmelidir. Örneğin, aile temelli bir psikoeğitim müdahalesinin (Tip 2 diyabet hastalarına ve aile üyelerine aile rollerini açıklığa kavuşturma, hastalığa uyum zorluklarını ve külfet algılarını tartışma) içselleştirilmiş damgalama hissini azalttığı ve yaşı Tip 2 diyabet hastalarında psikolojik olarak iyi oluşa neden olduğu bulunmuştur (Yeung vd., 2023).

Kiloları nedeniyle hastalara karşı streatip yaklaşımlar (kalıp yargılar) zamanla hastanın içe kapanmasıyla psikolojik ve sosyal sorunların yaşanmasıyla sonuçlanmaktadır. Son zamanlarda sağlığın zayıf olmakla ilişkilendirilmesi iletişimde yeni bir damgalamaya zemin oluşturmaktadır (Sezgin vd., 2020).

Diyabet nedeniyle gelişen komplikasyonların engellenmesi, oluşum riskinin en aza indirgenmesi bireylerin, diyabet yönetimlerini tükenmişlik yaşamadan, kararlılıkla devam ettirebilmeleri bakımından önemlidir. Hemşireler hastalar ile en fazla zaman geçiren, kolay ulaşılabilen ve etkili iletişim kurulabildikleri için diyabetli hastalarda bakım verici olarak kilit role sahiptir. Hemşirelerin diyabetli bireyleri sürekli izlemesi, motive etmesi, desteklemesi ve diyabete yönelik etkililik düzeylerini yükseltmesi, “yapabilirim”, “başarabilirim” inançlarını sürdürmesine ve öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmesine önemli kazanımlar sağlar (Subramanian vd., 2020; Yanık ve Erol, 2016).

2.10. Öz Etkililik

Öz etkililik, bir bireyin hedeflediği bir sonucu elde etmek için gereken bir eylemi gerçekleştirme yeteneğine duyduğu inancı ifade eder. Genellikle kişinin hastalığa karşı tutumları ve kendini yönetme konusunda etkili bir faktördür (Xie vd., 2020).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastanın kendi sağlık sorunlarıyla başa çıkma becerisini artırmak, öz etkililik algısını güçlendirmek, bilgi ve yeteneklerini geliştirerek bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırmaktır. Albert Bandura tarafından ilk kez tanımlanan “öz etkililik” kavramı, Türkçe literatürde “öz yeterlilik” olarak da adlandırılır. Kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir rol oynayan öz etkililik, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Bireyin öz etkililiği arttıkça, olumlu sağlık davranışlarını benimsemesi daha olasıdır. (Doğan vd., 2016).

Öz etkililik, motivasyon ve hedefe ulaşmayı sağlayan davranışların devamlılığında önemli bir rol oynar. Öz etkililik genel ve özel anlamlarda kavramsallaştırılabilir. Genel öz etkililik, davranışları yönetmeye yönelik güven olarak, özel öz etkililik, belirli davranış veya durumu yönetmeye yönelik güveni tanımlar (Selzler vd., 2020).

Bilginin öz etkililiği etkileyerek davranışlarımızı etkilediği, duygusal durumun öz etkililik yargısını etkileyebildiği ve kişisel özelliklerin (örneğin, eğitim düzeyi) öz etkililik üzerinde etkisi mevcuttur. Eğitim ve bilgi öz yönetim sağlanması gerekir. Hastaların öz yönetimlerini yerine getirmelerinde öz etkililiğin rolü önemlidir. Bu nedenle eğitim ve bilgi öz etkililikte aracı rol oynamaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalığa karşı oluşan olumsuz tutumları eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksektir. Bilgi yaşam davranışların değiştirilmesinde ön koşuldur. Hastalıkla ilgili bilgi sağlanamayan hastalarda davranış değişikliği oluşturmak zorlaşır. Eğitim düzeyi durumu kolayca değiştirilemez, ancak bilgi ve öz etkililiği geliştirmek için düşük eğitim düzeyine sahip hastalara hastalıkları ile ilgili özel eğitim vermek mümkündür (Jiang vd., 2019).

Öz yönetimin gerçekleştirilmende öz etkililiğin, sosyo-demografik gruplar arasında hasta uyumunda farklılıklar gözlenir. Öz etkililik algısı yüksek bireyler zorlu işlere girişim konusunda daha cesaretliler ve başarıya ulaşmada daha azimli davranarak çaba gösterdikleri bilinmektedir. Aynı zamanda bu kişiler hedeflerine ulaşırken

olumsuz durumlar karşısında (damgalama gibi) daha kararlı davranarak süreci daha hızlı atlatabilirler (Takcıl ve Yıldırım, 2021). Öz etkililik, kronik hastalığa sahip kişilerde iyileşmenin daha uzun vadede korunmasını sağlamıştır (Azami vd., 2018).

Öz etkililik teorisine göre, bir bireyin öz etkililik düzeyini geçmiş başarılı veya başarısız performans, güvenilen bir kişinin sözel iknası, egzersize verilen fizyolojik tepkinin neden olduğu duygular ve modelleme olarak dört faktör etkiler. Modelleme, aynı durumda problem çözen ve başarılı olan birini görerek veya işterek hastanın öz etkililiğinin artabileceği anlamına gelir. Öz etkililik eğitimde güçlü bir araçtır ve grup odaklı programlarda olumlu etkisi elde edilebilir (Giezeman vd., 2022).

Öz etkililiğin önündeki üç ana engeli sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemine erişim ve destek (organizasyon grupları ve akran grupları ve ailedir) olarak belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığında çoğu zaman hastalar yeni bir tanı ve yeni bilgiler karşısında bunalmış ve algıları karmaşıklaşabilir. Bu durum hastanın stresini arttırabilir. Sağlık sistemine erişimde hastaların yaşadıkları yerlerden sağlık profesyonellerine ulaşmaları zor olabilir. Bu nedenle hastalar yeterli ve düzenli tedavi, bakım ve eğitim alamayabilirler. Tüm bunlar hastaların öz etkililiklerini olumsuz etkilerken hastaların sosyal çevre ve ailelerinden destek almaları öz etkililikleri üzerinde önemlidir. Tip 2 diyabette tedavi ve bakımda uyum destekle kısa sürede etkili bir şekilde artmaktadır (Farley, 2020).

2.10.1. Öz Etkililik ve Tip 2 Diyabet

Diyabette yaşam tarzı değişikliği sebebiyle, bireylerin bakımlarında merkezi bir rolü vardır. Bireyin öz bakım davranışlarını gerçekleştirme konusundaki öz etkililiği başarılı bir kişisel hastalık yönetimi için önemlidir (Gedik ve Kocoğlu, 2018). Tip 2 diyabetli hastaların öz-yönetiminde sıklıkla vurgulanan bir pozitif psikolojik özellik olan öz etkililik, bireyin hedeflere ulaşmak için eylemlerde bulunma konusundaki güvenini ifade etmektedir. Öz etkililiğin Tip 2 diyabetli hastalarda öz yönetim davranışlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, öz etkililik Tip 2 diyabet tanısı almış hastalarda öz-yönetim davranışlarıyla ilişkili görünen olumlu özelliklerdir (Wang vd., 2023).

Diyabetik hastalar arasında öz-yönetim davranışlarını şekillendirmede öz etkililik bilgi tutumuyla kısmen ilişkilidir, üzüntü hali ve eğitim düzeyiyle ise tam olarak

ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Xie vd., 2020). Diyabet yönetimi, diyet, fiziksel aktivite, izleme, ilaç yönetimi, sağlıklı başa çıkma ve riskleri azaltma ile ilgili işbirlikçi hedef belirleme ve eylem planlaması ile paylaşılan bir karar verme sürecidir (Cunningham vd., 2020).

Diyabetin doğru yönetimi, sağlık bakım maliyetlerinin düşürülmesi, daha iyi yaşam kalitesi, küçük ve ciddi komplikasyonların önlenmesi için çok önemlidir. Komplikasyonların önlenmesine yardımcı olmak için Tip 2 diyabet, diyabet öz-yönetim becerileri ile dikkatli bir şekilde yönetilmelidir. Tip 2 diyabetli hastalarda düşük öz etkililiğin kişinin ilaç yönetiminde, diyet ve egzersiz uyumunda, kendi kendine kan şekeri takibinde ve ayak bakımında yetersiz uyuma neden olduğu, ayrıca öz etkililiğin farklı sosyo-demografik özelliklerinin de olduğu belirtilmektedir (Takcıl ve Yıldırım, 2021).

Diyabet bakım sürecinin sürekliliği (ilaç dozu, titrasyonu ve sıklığı; kan şekerinin, besin alımının, yeme düzenleri ile fiziksel aktivitenin izlenmesi) ile hastalığın ilerleme potansiyelinin yüksek olması hastalarda artan veya sürekli maruz kalınan bir stresör etkisi yaratmaktadır. Sürekli bir strese maruz kalmak veya stresin zamanla artması, ilaç alma davranışlarını önemli ölçüde etkilerken bu durum daha düşük öz etkililik, daha yüksek HbA1c'ye, daha zayıf beslenme ve egzersiz davranışları ile sonuçlanmaktadır. Bu sebeple tanı anında, hastalık durumunda veya tedavi değiştiğinde, diyabetle ilişkili beklenen ve yaygın psikolojik problemlere karşı danışmanlık sağlanması yararlı olabilir. Ayrıca diyabetli yaşlı hastalar (≥ 65 yaş) bilişsel bozulma ve depresyon açısından değerlendirilmelidir (ADA, 2023).

Mali sorunların, diyabet öz yönetimini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Düşük gelirli bireyler, sağlıklı gıdalara erişim eksikliği yaşayabilirken, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetleri için ücret ödemede zorluklar yaşamakta, tıbbi ekipmanların yüksek maliyetleri, özel fiziksel aktivite programlarına erişememek bireylerde diyabet kontrolünün zayıflamasıyla ilişkili olarak daha fazla çevresel risk faktörü (stres ve izolasyon) ile karşı karşıya bırakmaktadır (Azami vd., 2018; Walker vd., 2014).

2.10.2. Öz Etkililik ve Hemşirelik

Bir sağlık profesyoneli tarafından sağlanan diyabet öz yönetim eğitimi, diyet/beslenme eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, kan şekeri takibi, ilaç yönetimi ve

egzersizi içerir (Chester vd., 2019). Hemşireler, kronik hastalığa sahip kişilerin bakımlarında önemli bir role sahiptirler. Hasta eğitimi de hastalığın yönetilmesinde hemşirenin önemli bir rolüdür. Hemşireler, hastaların öz etkililik becerilerini geliştirmeye yardımcı olmak için hastalara hastalıkları ile ilgili eğitim vermelidir (Chan, 2021).

Hemşireler bireylerin sağlıklı yaşam sürme kararları verme, ilaç-tedavi süreçlerine uyma ve stresi yönetme yeteneği dahil olmak üzere diyabet yönetiminde algılanan öz etkililiğin önemini kabul etmişlerdir (Walker vd., 2014; Young vd., 2020).

Öz etkililikte karşılanmamış ihtiyaçlara yönelik hasta duyguların düzenlenmesi, psikolojik uyumu ve davranış değişikliğini destekleme becerileri geliştirmeli. Diyabette öz etkililik eğitimi ve desteğine duyulan ihtiyaç tanı anında, yıllık olarak, komplikasyonlar ortaya çıktığında ve bakımda geçişler olduğunda tekrardan değerlendirilmelidir (ADA, 2023).

Sağlık ekibinin farklı üyeleri diyabet öz etkililik eğitimi verebilir. Ancak en büyük ve en güvenilir sağlık profesyoneli grubunu hemşireler oluşturmaktadır. Diyabet kendi kendine yönetim eğitiminde, hastaların ve hasta bakımıyla ilgilenen kişilerinde eğitim sürecine aktif katılmaları için kişiler teşvik edilir. Hemşireler, kendi kendini yönetimin temel yönleri hakkında izleme, özel geri bildirim ve eğitim sağlamalıdır (Azami vd., 2018).

İlerleyici, gerçekçi hedef belirleme, beceri uygulamaları, akran modelleri, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan sözlü ikna, olumlu geri bildirim ve teşvik gibi stratejiler, hastaların öz etkililiğini artırmak için bir eğitimin tasarlanıp ve uygulanmasında kullanılabilir (Jiang vd., 2019).

Hemşireler hastalarda öz etkililiğin gelişimi için benlik saygılarının gelişimine motivasyonel konuşmalarla katkıda bulunmalıdır. Benlik saygısı, kişinin kendini iyi hissetme duygusudur. Yüksek benlik saygısı, kendini beğenme, onaylama ve kendine saygı anlamına gelir. Bu nedenle yüksek benlik saygısı yüksek öz etkililiktir. Yüksek öz etkililik, kişinin engellere rağmen hedeflere ulaşabileceği ile ilgili daha güçlü bir inanç ve amaçlanan davranışları gerçekleştirebilmesidir (Joshnloo, 2022).

Hemşirelerin kişiselleştirilmiş destek sunarak bireylerin durumlarını kendilerinin yönetmeleri ve yaşam tarzı davranış değişiklikleri ile daha aktif bir yaşam biçimi benimsemeler ile daha iyi sonuçlara katkıda bulunabilirler (Young vd., 2020).

Diyabet bakımının temel bir unsuru yaşam tarzı yönetimidir ve tıbbi beslenme tedavisini, sigara bırakma danışmanlığını, diyabet öz yönetim eğitimi ve desteğini, fiziksel aktiviteyi ve psikososyal bakımı içine alır. Hasta ve hasta bakımından sorumlu kişiler, diyabet bakımını iyileştirmek için kapsamlı ilk tıbbi değerlendirmeden itibaren, sonraki tüm takip ve değerlendirmeler boyunca komplikasyonlar ile komorbid durumların yönetiminde yaşam tarzının idame ettirileceğine yönelik birlikte karar vermelidir (ADA, 2023).

Mutluluk, coşku ve memnuniyet gibi duygular öz bakım ve tedavi uyumunu arttırmaktadır. Örneğin; fiziksel aktivite, endorfin salınımına neden olarak öz etkililiği güçlendirdiği, olumsuz duygular ise yara iyileşmesinin gecikmesine ve uzun süreli enfeksiyonlara neden olmaktadır (Çapoğlu vd., 2019).

Tip 2 diyabetli bireylerde damgalama hastalığın yönetilmesinde öz etkililiği olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalarda damgalama düzeyinin artması öz etkililiklerinin azalmasına neden olmaktadır. Diyabet gibi kronik hastalıklarda damgalama, kişinin tedaviden kaçmasına ya da tedaviye uyumlarının azalmasına neden olarak öz etkililiklerini olumsuz yönde etkileyebilir. Hastalarda öz bakım davranışlarının artırılması tek başına yetersizdir, kişilerin hastalığa karşı olumlu tutum geliştirmeleri ve damgalamalarını azaltıcı yardım almaları gerekmektedir. Diyabet tedavisinde, hastaların diyabetlerini yönetirken psikolojik durumlarını, damgalama potansiyellerini dikkate almaları önemlidir. Sağlık profesyonelleri diyabetli bireylere yönelik eğitim verirken damgalamaya uygun önlemleri planlamaları gerekmektedir. Diyabetli bireylere yönelik eğitim veren sağlık profesyonelleri, hastaların sadece fiziksel değil psikolojik sağlıklarına da odaklanmalı ve diyabetli bireyi, arkadaşlarını ve aile üyelerini damgalamaya yönelik sorular sormaya ve duygularını paylaşmaya teşvik etmelidir. Klinik uygulamada diyabetli bireylerde damgalamaya yönelik rutin değerlendirme ve müdahalelere ihtiyaç vardır. Hem klinik hem de sosyal ortamlarda, damgalamayı azaltarak psikolojik refahı artırmak için düzenli sağlık eğitimi önerilmektedir (Ozturk vd., 2022).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın hastaların öz etkililik düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel, etki ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

1. Tip 2 diyabetli bireylerin damgalama düzeyleri nedir?
2. Tip 2 diyabetli bireylerin öz etkililik düzeyleri nedir?
3. Tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre damgalama ve öz etkililik düzeyleri farklılık göstermekte midir?
4. Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın öz etkililik düzeyine etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma, 29 Mayıs ile 16 Haziran tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın kapsadığı evren, İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin Endokrin polikliniğine başvuran ve Tip 2 diyabet tanısı konulan toplam 1200 hasta grubunu içermektedir. Örneklem büyüklüğü ise, evrendeki birey sayısının bilindiği bir durumda örneklem seçimi için kullanılan formülle belirlenmiştir.

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

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(1200)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(1200-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n= 291 minimum toplam hasta sayısı

Örneklem hasta sayısı 291 olarak bulunmuştur. Çalışma 303 hasta ile yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu (Ek 1), Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği (Ek 2) ve Tip 2 Diyabet Öz etkililik Ölçeği'nden (Ek 3) faydalanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, medeni durumu, ile bilgilerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini, Tip 2 diyabet tanı alma yılı, aile bireylerinde Tip 2 diyabet öyküsüne sahip olma, hastalığa yönelik tedavinin mevcut durumunu içeren 19 sorudan meydana gelmektedir.

3.5.2. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği (DDÖ-2)

Browne ve arkadaşları tarafından (2017) geliştirilen, Can Gür ve Yılmaz (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği, Tip 2 diyabetli yetişkinlerde algılanan ve deneyimlenen damgalamayı değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, farklı muamele görme (6 soru), suçlama ve yargılama (7 soru), kendini damgalama (6 soru) olmak üzere üç alt boyuttan ve 19 maddeden 5'li Likert "kesinlikle aynı fikirde değilim", "aynı fikirde değilim", "kararsızım", "aynı fikirdeyim", "kesinlikle aynı fikirdeyim" tipindedir. Browne ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekten alınabilinen en düşük 19 ve en yüksek toplam puan 90 olup, alt boyutlardan alınacak toplam puanlardan yüksek olması kişinin damgalamasının negatif yönde daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Gür ve Yılmaz (2021) tarafından yapılan çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,902, farklı muamele görme alt boyutu için 0,73, suçlama ve yargılama alt boyutu için 0,81 ve kendini damgalama alt boyutu için 0,81 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada ise, Cronbach alfa katsayısı, hesaplamalar sonucunda 0,89 olarak bulunmuştur. Ayrıca, farklı muamele görme alt boyutu için 0,80, suçlama/yargılama alt boyutu için 0,83 ve kendini damgalama alt boyutu için 0,80 olarak tespit edilmiştir.

3.5.3. Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (DÖEÖ)

Diyabet Öz Etkililik Ölçeği (DÖEÖ) Lorig ve arkadaşları tarafından (2009) geliştirilmiştir. Ölçek Mankan ve arkadaşları tarafından (2017) Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek diyabet hastalarının öz etkililiğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. 1 ile 10 arası (1 -Hiç güvende hissetmiyorum, 10 -Tamamen eminim) şeklinde. Ölçeğe ait Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,86 olarak tespit edilmiştir (Mankan ve arkadaşları 2017). Çalışmada ise Cronbach katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, hastalara araştırma hakkında bilgi verdiğinde, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalarla yüz yüze görüşmeler gerçekteştirilerek veriler toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 İstatistik Yazılımı (NCSS LLC, Kaysville, Utah, ABD) kullanıldı. Verilerin analizi sırasında, nicel değerşkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri ile, nitel değerşkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro-Wilk testi ve Box Plot grafikleri kullanılarak değerlendirildi. Değerşkenler arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelendi. Ayrıca, Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği puanlarının Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanları üzerindeki etkileri, Lineer Regresyon analizi ile değerlendirildi. Verilerin anlamlılığı %95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Ek-4), çalışmanın gerçekteştirildiği hastanenin

bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ Etik Komisyonu'ndan (Ek-5) yazılı izinler elde edilmiştir. Çalışma ¼ncesi, katılımcılar araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır (Ek-6). Ayrıca, çalışmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin izinler de alınmıştır (Ek-7).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Elde edilen veriler, İstanbul'da sadece bir eğitim ve araştırma hastanesinin endokrin polikliniğine başvuran ve Tip 2 diyabet tanısı alan hastaların verileriyle sınırlıdır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın öz etkililik üzerine etkilerini incelemek amacıyla İstanbul ilinde bir eğitim araştırma hastanesi endokrin polikliniğine başvuran hastaların katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmadan ulaşılan bulgular aşağıda belirtilen sırada verilecektir.

1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular
2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri ile İlgili Bulgular
3. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular
4. Tip 2 Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile İlgili Bulgular
5. Tip 2 Diyabet Damgalama Ölçeği ve Tip 2 Öz Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1'de, araştırmamızın katılımcı hastalarının tanımlayıcı özelliklerine dair elde edilen bulgular gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=303)

Özellikler		n	%	
Yaş	≤ 40 yaş	81	26.7	
	41-50 yaş	87	28.7	
	Ort±Ss 46.70 ±11.23	108	35.6	
	51-60 yaş			
Medyan (Min-Maks) 48 (19-66)	≥ 60 yaş	27	8.9	
Boy	Ort±Ss	169.59 ±8.73		
	Medyan (Min-Maks)	169 (150-189)		
Kilo	Ort±Ss	92.87 ±15.25		
	Medyan (Min-Maks)	92 (54-138)		
Beden Kütle İndeksi	Normal Kilolu	14	4.6	
	Fazla Kilolu	95	31.4	
	Ort±Ss 32.29 ±4.84	I. derece Obez	112	37.0
	Medyan	II. derece Obez	61	20.1
	(Min-Maks) 32.1 (20.3-50.7)	Morbid Obez	21	6.9
Cinsiyet	Kadın	139	45.9	
	Erkek	164	54.1	
Medeni Durum	Evli	204	67.3	
	Bekar	99	32.7	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	21	6.9	
	Okur-yazar	26	8.6	
	İlköğretim	69	22.8	
	Lise	118	38.9	
	Üniversite	69	22.8	
Yaşanılan yer	İl	238	78.5	
	İlçe	40	13.2	
	Kasaba-köy	25	8.3	
Sigara kullanma	Hayır	88	29,0	
	Evet	113	37,3	
	Bırakma	102	33,7	
Alkol kullanma	Hayır	245	80,9	
	Arada sırada kullanma	58	19,1	
Toplam		303	100,0	

Hastaların yaş ortalaması 46,70±11,23, ve (19-66 arasında değişmekte olup, boy ortalaması 169.59 ±8.73 (Min:150- Max:189), kilo ortalaması 92.87 ±15.25 (Min:54, Max:138), BKİ değerine göre %37'si (n=112) Birinci derecede obez olduğu görülmüştür. Hastaların %54,1'i (n=164) erkek, %67,3'ü (n=204) evli, %38,9'u (n=118) lise mezunu olduğu ve %78,5'i (n=238) ilde yaşadığı görülmüştür. Hastaların %37,3'ü (n=113) sigara içtiği, %80,9'unun (n=245) alkol kullanmadığı görülmüştür (Tablo 4.1).

4.2.Hastaların Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=303)

Özellikler		n	%
Diyabete eşlik eden hastalık varlığı	Evet	231	76.2
	Hayır	72	23.8
Tanı süresi	7 ay- 1 yıl	39	12.9
	2-5 yıl	72	23.8
	6-10 yıl	65	21.5
	11-15 yıl	66	21.8
	16 yıl ve üzeri	61	20.1
Ailede Tip 2 diyabet öyküsü varlığı	Evet	173	57.1
	Hayır	130	42.9
Tedavi alma durumu	Evet	256	84.5
	Hayır	47	15.5
Kontrollere gitme sıklığı	Hiç	55	18.2
	Ayda bir	31	10.2
	Üç ayda bir	69	22.8
	Yılda bir	148	48.8
Hastanede diyabet eğitimine katılma durumu	Evet	125	41.3
	Hayır	178	58.7
Bir sorun ile karşılaşıldığında ilk çözüm yolu	Hekime başvurma	134	44.2
	Hemşireye başvurma	10	3.3
	Sosyal medyaya başvurma	83	27.4
	Tip 2 diyabetli başka tanıdıklara başvurma	76	25.1
Evde kan şekeri ölçüm cihazı varlığı	Evet	177	58.4
	Hayır	126	41.6
Evde kan şekerini ölçme durumu	Evet	140	79.1
	Hayır	37	20.9
Egzersiz yapma	Evet	75	24.8
	Hayır	228	75.2
Haftada egzersiz yapma durumu	Haftada bir defa yapma	24	32.0
	Haftada iki-üç defa yapma	51	68.0
Günlük öğün sayısı	3 öğün	121	39.9
	3 öğünden az	42	13.9
	6 öğün	84	27.7
	6 öğünden fazla	56	18.5
Diyete uyma durumu	Evet	73	24.1
	Bazen	159	52.5
	Hayır	71	23.4
Diyetisyene gitme sıklığı	Ayda birden fazla kez	10	3.3
	Ayda bir kez	20	6.6
	Üç ayda bir kez	17	5.6
	Altı ayda bir kez	10	3.3
	Yılda bir kez	45	14.9
	Hiç	201	66.3
	Toplam	303	100.0

Hastaların %76,2'sinin (n=231) diyabete eşlik eden hastalığı olduğu, %23,8'i (n=72) 2-5 arası tanısı konulduğu, %57,1'i (n=173) ailede Tip 2 diyabet öyküsü olduğu, %84,5'i (n=256) tedavi aldığı, %48,8'i (n=148) yılda birkez kontrole gittiği, %58,7'si (n=178) diyabet eğitimine katılmadığı, %44,2'si (n=134) bir sorunla karşılaştığında ilk çözüm yolu olarak hekime başvurduğu, %58,4'ünün (n=177) evde kan şeker ölçüm cihazı olduğu, %79,1'i (n=140) evde kan şekerini ölçtüğü, %75,2'si (n=228) egzersiz yapmadığı, %68'i (n=51) haftada iki-üç defa egzersiz yaptığı, %39,9'u (n=121) üç öğün beslendiği, %52,5'i (n=159) bazen diyeteye uyduğu, %66,3'ü (n=201) hiç diyetisyene gitmediği görülmüştür (Tablo 4.2).



4.3. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

Tip 2 diyabet damgalama değerlendirme ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.3, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5’te verilmiştir.

Tablo 4.3: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Damgalama Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=303)

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Farklı muamele görme	6	15.63±5.51	15 (6-30)
Suçlama ve yargılama	7	21.66±6.58	22 (7-35)
Kendini damgalama	6	13.02±5.40	13 (6-30)
DDDÖ-2 Toplam	19	50.31±14.68	50 (19-87)

DDDÖ: Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği

Hastaların “damgalama toplam” puan ortalaması 50,31±14,68, farklı muamele görme puan ortalaması 15,63±5,51, suçlama ve yargılama puan ortalaması 21,66±6,58, kendini damgalama puan ortalaması 13,02±5,40 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=303)

Özellikler		Farklı muamele görme		Suçlama ve yargılama		Kendini damgalama		DDDÖ-2 Toplam	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaş	¹ ≤ 40 yaş	13.74±5.37	13 (6-25)	19.43±6.81	18 (7-34)	12.47±5.83	12 (6-27)	45.64±15.65	41 (23-84)
	² 41-50 yaş	15.97±5.51	15 (6-28)	22.14±6.00	22 (9-35)	13.48±5.59	14 (6-30)	51.59±14.07	53 (25-83)
	³ 51-60 yaş	16.43±5.57	17 (6-30)	22.57±6.58	22 (7-35)	13.29±4.97	13 (6-28)	52.29±14.51	51.5 (19-87)
	⁴ ≥ 60 yaş	17.04±4.42	17 (7-25)	23.19±6.40	25 (7-35)	12.07±5.08	12 (6-24)	52.30±11.65	53 (26-76)
	Post Hoc	p: ^b0.003** F:4.797		p: ^b0.004** F:4.585		p: ^b0.463 F:0.858		p: ^b0.010* F:3.873	
		1<2,3,4		1<2,3,4				1<4	
BKİ	¹ Normal Kilolu	15.14±5.13	15.5 (6-27)	20.21±5.63	20 (12-31)	12.14±4.67	12 (6-22)	47.50±13.20	46.5 (26-80)
	² Fazla Kilolu	14.89±5.19	15 (6-27)	19.92±6.58	21 (7-34)	12.28±5.10	13 (6-25)	47.09±14.23	46 (23-81)
	³ I.derece Obez	15.36±5.82	14 (6-30)	21.10±5.98	21 (7-35)	12.48±5.17	12 (6-24)	48.94±13.91	50 (19-79)
	⁴ II.derece Obez	16.93±5.53	18 (6-28)	24.56±6.54	26 (7-35)	13.61±5.50	15 (6-27)	55.10±15.01	55 (19-84)
	⁵ Morbid Obez	16.95±4.95	16 (9-25)	25.14±6.85	26 (9-35)	18.05±5.61	18 (6-30)	60.14±14.25	62 (32-87)
	Post Hoc	p: ^b0.152 F:1.693		p: ^b0.001** F:6.983		p: ^b0.001** F:5.910		p: ^b0.001** F:5.840	
				2<4,5 3<4		5>1,2,3,4		2<4,5 3<5	
Cinsiyet	Kadın	16.11±5.50	16 (6-30)	22.17±6.32	22 (9-35)	13.27±5.14	13 (6-28)	51.55±14.51	53 (25-87)
	Erkek	15.23±5.50	15 (6-30)	21.24±6.78	21.5 (7-35)	12.80±5.61	12 (6-30)	49.26±14.79	47 (19-84)
	Test değeri	0.165		0.222		0.446		0.178	
		t:1.392		t:1.224		t:1.762		t:1.351	
Medeni durum	Evli	15.83±5.34	15 (6-30)	21.92±6.45	22 (7-35)	12.75±5.4	12 (6-30)	50.50±14.40	50 (19-84)
	Bekar	15.22±5.84	17 (6-27)	21.14±6.83	22 (7-35)	13.56±5.38	13 (6-28)	49.92±15.32	50 (22-87)
	Test değeri	0.370		0.337		0.226		0.747	
		t:0.898		t:0.962		t:-1.212		t:0.322	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	16.71±5.82	16 (6-28)	24.05±6.64	24 (7-35)	12.81±4.60	13 (6-19)	53.57±13.55	52 (19-78)
	Okur-yazar	17.50±6.83	18.5 (6-30)	22.50±4.54	22 (12-31)	12.46±4.32	13 (6-19)	52.46±12.62	52.5 (34-74)
	İlköğretim	15.55±5.50	16 (6-27)	21.88±7.02	23 (7-35)	12.45±5.83	12 (6-30)	49.88±16.01	51 (19-80)
	Lise	15.88±5.46	15 (6-27)	21.98±6.63	22 (7-35)	13.71±5.70	13 (6-28)	51.58±15.32	50 (24-87)
	Üniversite	14.25±4.72	14 (6-23)	19.86±6.43	20 (7-31)	12.67±4.99	13 (6-24)	46.77±12.82	45 (23-70)
	Test değeri	0.076		0.067		0.509		0.162	
		F:2.138		F:2.222		F:0.827		F:1.650	

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

**p<0.01

*p<0.05

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=303) Devamı

Özellikler		Farklı muamele görme		Suçlama ve yargılama		Kendini damgalama		DDDÖ-2 Toplam	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Yaşanılan yer	İl	15.61±5.53	15 (6-30)	21.37±6.51	22 (7-35)	12.97±5.21	13 (6-30)	49.95±14.41	51 (19-83)
	İlçe	14.85±5.48	13.5 (7-27)	22.30±6.24	22.5 (11-34)	12.48±6.18	10 (6-28)	49.63±15.03	47 (24-87)
	Kasaba-köy	17.08±5.27	18 (7-25)	23.40±7.60	25 (9-35)	14.36±5.79	13 (6-27)	54.84±16.51	53 (24-84)
	^b p Test değeri		0.282 F:1.271		0.277 F:1.291		0.374 F:0.986		0.272 F:1.308
Sigara kullanma durumu	¹ Hayır	16.00±4.95	16.5 (6-27)	21.66±6.68	21.5 (9-35)	14.01±5.53	14 (6-30)	51.67±14.56	53 (25-83)
	² Evet	14.49±5.46	14 (6-27)	21.18±6.70	22 (7-35)	12.10±5.09	12 (6-26)	47.76±14.43	47 (19-79)
	³ Bırakma	16.58±5.83	17 (6-30)	22.21±6.38	22.5 (9-34)	13.18±5.49	13 (6-28)	51.96±14.81	50.5 (25-87)
	<i>P</i> Test değeri Post Hoc		0.015* F:4.233 3>2		0.521 F:0.654		0.041* F:3.226 1>2		0.065 F:2.757
Alkol kullanma durumu	Hayır	15.95±5.53	16 (6-30)	21.61±6.65	22 (7-35)	13.22±5.42	13 (6-30)	50.78±14.84	52 (19-87)
	Arada sırada kullanma	14.28±5.25	13.5 (6-25)	21.90±6.35	21.5 (10-35)	12.17±5.25	12 (6-26)	48.34±13.93	46 (22-78)
	<i>P</i> Test değeri		0.037* t:2.094		0.765 t:-0.300		0.186 t:1.326		0.258 t:1.134

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

**p<0.01

*p<0.05

Yaşa göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,021$; $p<0,05$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 yaş ve altı olan hastaların puanı, 51-60 yaş olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,017$; $p<0,05$). Yaşa göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda ; 40 yaş ve altı olan hastaların puanı, 51-60 yaş, 41-50 yaş ve 60 yaş ve üzeri olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,043$; $p=0,005$; $p=0,013$; $p<0,05$). Yaşa göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmaların sonuçlarına göre; 40 yaş ve altı olan hastaların puanı, 51-60 yaş 41-50 yaş ve 60 yaş ve üzeri olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,036$; $p=0,009$; $p=0,058$; $p<0,05$). Yaşa göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı istatistiksel olarak anlamlı farka sahip değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

BKİ'sine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmaların sonuçlarına göre; fazla kilolu olan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, II.derece obez ve morbid obez olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,010$; $p=0,006$; $p<0,05$). I.derece obez olanların puanı, morbid obez olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,020$; $p<0,05$). BKİ'sine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). BKİ'sine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmaların sonuçlarına göre; fazla kilolu olan hastaların puanı, II.derece obez ve morbid obez olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,026$; $p<0,05$). I.derece obez olan hastaların puanı, II.derece obez olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,007$; $p<0,01$). II. derece obez olan hastaların puanı, fazla kilolu olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.4).

BKİ'sine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmaların sonuçlarına göre; morbid obez olan hastaların puanı, normal kilolu, fazla kilolu, I.derece obez ve II.derece obez olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,016$; $p=0,002$; $p=0,002$; $p=0,026$; $p<0,05$) (Tablo 4.4).

Sigara kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, istatistiksel bakımdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,015$; $p<0,05$). Farklılığın nedenini tespit etmek amacıyla yürütülen ikili karşılaştırmaların sonuçlarına göre; sigarayı bırakan hastaların puanı, sigarayı halen kullananlardan anlamlı yüksektir ($p=0,020$; $p<0,05$). Sigara kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Sigara kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,041$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; hiç kullanmayanların puanı, halen kullananlardan anlamlı yüksektir ($p=0,034$; $p<0,05$) (Tablo 4.4).

Alkol kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol kullanan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, arada sırada alkol kullananlardan anlamlı yüksektir ($p=0,037$; $p<0,05$). Alkol kullanma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı ve “Kendini damgalama” puanı, anlamlı ölçüde fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Hastaların damgalama toplam, farklı muamele görme, suçlama ve yargılama, kendini damgalama puanları medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu ve yaşanılan yer ile anlamlı ölçüde fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastaların Hastalıkla İlişkili Özelliklere Göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=303)

Özellikler		Farklı muamele görme		Suçlama ve yargılama		Kendini damgalama		DDDÖ-2 Toplam	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Diyabete eşlik eden hastalık varlığı	Evet	16.40±5.39	17 (6-30)	22.63±6.18	23 (7-35)	13.41±5.59	13 (6-30)	52.44±14.29	53 (19-87)
	Hayır	13.15±5.17	12.5 (6-25)	18.57±6.92	18 (7-35)	11.75±4.54	12 (6-25)	43.47±13.92	41.5 (23-81)
		^a p:0.001 ** t:4.509		^a p:0.001** t:4.729		^a p:0.022* t:2.297		^a p:0.001** t:4.680	
Tam süresi	¹ 7 ay- 1 yıl	13.38±5.21	13 (6-25)	20.23±7.01	20 (7-35)	13.13±5.82	12 (6-25)	46.74±15.26	43 (23-81)
	² 2-5 yıl	14.85±5.29	14 (6-25)	20.17±7.28	20 (9-35)	13.17±5.34	13 (6-28)	48.18±15.37	47 (24-87)
	³ 6-10 yıl	15.00±5.14	15 (6-27)	21.08±5.89	21 (9-35)	12.25±5.00	12 (6-27)	48.32±13.46	47 (25-84)
	⁴ 11-15 yıl	17.35±5.78	18 (6-30)	23.30±5.80	23.5 (7-35)	13.64±5.88	13 (6-30)	54.29±14.69	55 (19-83)
	⁵ 16 yıl ve üzeri	16.80±5.38	17 (6-28)	23.20±6.39	24 (7-35)	12.92±5.12	14 (6-22)	52.92±13.75	53 (22-80)
Post Hoc		^b p:0.001** F:4.715 I<4,5		^b p:0.008** F:3.487 2<4		^b p:0.686 F:0.569		^b p:0.018* F:3.022 I<4,5 2<4,5 3<4	
Ailede tip 2 diyabet öyküsü varlığı	Evet	15.72±5.51	16 (6-30)	21.41±6.63	22 (7-35)	13.05±5.38	13 (6-28)	50.18±14.80	51 (19-87)
	Hayır	15.51±5.52	15 (6-28)	22.00±6.52	22 (9-35)	12.97±5.44	12.5 (6-30)	50.48±14.58	50 (25-84)
		^a p:0.737 t:0.336		^a p:0.441 t:-0.772		^a p:0.895 t:0.132		^a p:0.864 t:-0.171	
Tedavi alma durumu	Evet	16.28±5.31	16 (6-30)	22.54±6.19	23 (7-35)	13.34±5.35	13 (6-28)	52.16±14.06	53 (19-87)
	Hayır	12.11±5.26	11 (6-25)	16.89±6.66	15 (7-35)	11.23±5.33	10 (6-30)	40.23±14.04	35 (23-76)
		^a p:0.001** t:4.954		^a p:0.001** t:5.680		^a p:0.014* t:2.485		^a p:0.001** t:5.437	
Kontrollere gitme sıklığı	¹ Hiç	13.38±4.22	14 (6-23)	20.58±6.48	22 (7-32)	9.84±4.52	9 (6-21)	43.80±11.06	41 (19-68)
	² Ayda bir	16.29±5.58	15 (6-28)	23.39±6.79	25 (10-35)	14.65±4.92	16 (6-22)	54.32±14.08	53 (25-76)
	³ Üç ayda bir	15.67±6.62	15 (6-30)	20.36±7.95	21 (7-35)	13.59±6.39	13 (6-30)	49.62±18.50	46 (23-87)
	⁴ Yılda bir	16.31±5.17	17 (6-27)	22.31±5.71	22 (9-35)	13.59±4.87	13 (6-27)	52.21±13.27	53 (22-84)
Post Hoc		^b p:0.007** F:4.078 I<4		^b p:0.051 F:2.623		^b p:0.001** F:8.750 I<2,3,4		^b p:0.001** F:5.486 I<2,4	

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

**p<0,01

*p<0,05

Tablo 4.5: Hastaların Hastalıkla İlişkili Özelliklere Göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=303) Devamı

Özellikler	Farklı muamele görme		Suçlama ve yargılama		Kendini damgalama		DDDÖ-2 Toplam		
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Hastanede diyabet eğitimine katılma durumu	Evet	17.59±5.53	18 (6-30)	23.75±5.72	25 (9-35)	14.01±5.19	14 (6-28)	55.35±14.08	55 (22-87)
	Hayır	14.25±5.07	14 (6-27)	20.20±6.76	20 (7-35)	12.32±5.44	12 (6-30)	46.77±14.09	45 (19-79)
		^a <i>p</i> :0.001**	t:5.435	^a <i>p</i> :0.001**	t:4.796	^a <i>p</i> :0.007**	t:2.708	^a <i>p</i> :0.001**	t:5.222
Bir sorunla karşılaşıldığında ilk çözüm yolu	Hekime başvurma	16.41±5.22	16.5 (6-30)	21.37±6.51	22 (7-35)	13.67±5.07	14 (6-30)	51.45±13.93	51.5 (23-77)
	Hemşireye başvurma	12.80±3.71	13 (8-18)	20.50±6.15	20.5 (12-28)	13.40±5.30	13.5 (6-21)	46.70±9.42	46.5 (35-63)
	Sosyal medyaya başvurma	15.06±5.61	15 (6-27)	22.28±6.87	22 (9-35)	12.72±5.62	12 (6-27)	50.06±15.65	51 (25-84)
	Tip 2 diyabetli tanıdıklara başvurma	15.25±5.92	15.5 (6-27)	21.67±6.50	22 (7-35)	12.13±5.67	11.5 (6-28)	49.05±15.49	49.5 (19-87)
		^b <i>p</i> :0.086	F:2.220	^b <i>p</i> :0.729	F:0.434	^b <i>p</i> :0.230	F:1.445	^b <i>p</i> :0.576	F:0.661
Evde kan şekeri ölçüm cihazı varlığı	Evet	16.54±5.53	17 (6-30)	22.62±6.35	23 (7-35)	13.28±5.22	13 (6-27)	52.45±14.47	53 (19-84)
	Hayır	14.35±5.23	14 (6-27)	20.32±6.68	20.5 (7-35)	12.64±5.63	12 (6-30)	47.31±14.51	44 (23-87)
		^a <i>p</i> :0.001**	t:3.478	^a <i>p</i> :0.003**	t:3.045	^a <i>p</i> :0.310	t:1.017	^a <i>p</i> :0.003**	t:3.042
Evde kan şekerini ölçme durumu	Evet	16.75±5.62	17 (6-30)	22.76±6.25	22 (7-35)	13.12±5.31	12.5 (6-27)	52.63±14.66	53 (19-84)
	Hayır	15.76±5.17	17 (6-25)	22.11±6.78	23 (9-35)	13.89±4.90	14 (6-26)	51.76±13.89	52 (27-78)
		^a <i>p</i> :0.333	t:0.971	^a <i>p</i> :0.582	t:0.551	^a <i>p</i> :0.426	t:-0.797	^a <i>p</i> :0.746	t:0.325
Egzersiz yapma	Evet	14.76±5.02	14 (6-28)	19.47±6.75	18 (9-34)	12.29±5.24	12 (6-26)	46.52±14.12	45 (24-78)
	Hayır	15.92±5.64	16 (6-30)	22.39±6.37	22 (7-35)	13.25±5.44	13 (6-30)	51.56±14.68	52.5 (19-87)
	^a <i>p</i> Test değeri	0.115 t:-1.581		0.001** t:-3.391		0.181 t:-1.340		0.010* t:-2.602	
Haftada egzersiz yapma durumu	Haftada bir defa yapma	17.42±5.13	19 (9-28)	22.96±6.58	23 (9-31)	15.92±4.54	17 (6-24)	56.29±13.02	63 (32-71)
	Haftada iki-üç defa yapma	13.51±4.49	13 (6-25)	17.82±6.23	17 (9-34)	10.59±4.69	9 (6-26)	41.92±12.23	42 (24-78)
	^a <i>p</i> Test değeri	0.001** t:3.356		0.002** t:3.270		0.001** t:4.638		0.001** t:4.649	

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

***p*<0,01

**p*<0,05

Tablo 4.5: Hastaların Hastalıkla İlişkili Özelliklere Göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=303) Devamı

Özellikler	Farklı muamele görme		Suçlama ve yargılama		Kendini damgalama		DDDÖ-2 Toplam		
	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Günlük öğün sayısı	¹ Üç öğün	14.91±4.98	15 (6-25)	20.32±5.50	21 (7-32)	12.29±4.96	12 (6-24)	47.52±12.35	47 (23-73)
	² Üç öğünden az	13.71±4.82	13 (6-25)	22.07±5.37	23.5 (9-32)	12.00±6.02	10 (6-24)	47.79±12.32	44.5 (28-77)
	³ Altı öğün	15.67±6.18	15 (6-30)	20.14±7.34	20 (7-33)	13.04±5.07	13 (6-30)	48.85±16.01	47.5 (19-80)
	⁴ Altı öğünden fazla	18.57±4.98	18.5 (6-27)	26.54±6.10	27 (10-35)	15.32±5.75	16 (6-28)	60.43±14.89	60 (22-87)
	Post Hoc	<i>p</i> : ^b 0.001** F:8.265 4>1,2,3		<i>p</i> : ^b 0.001** F:15.385 4>1,2,3		<i>p</i> : ^b 0.003** F:4.810 4>1,2		<i>p</i> : ^b 0.001** F:12.243 4>1,2,3	
Diyete uyma durumu	¹ Evet	14.62±5.00	15 (6-28)	18.14±6.04	18 (9-31)	12.07±4.68	12 (6-24)	44.82±13.21	45 (24-72)
	² Bazen	16.28±5.57	16 (6-30)	22.48±6.11	22 (7-35)	13.89±5.14	14 (6-30)	52.65±13.80	52 (23-80)
	³ Hayır	15.21±5.75	15 (6-27)	23.46±6.87	25 (7-35)	12.04±6.32	10 (6-28)	50.72±16.65	47 (19-87)
	Post Hoc	<i>p</i> : ^b 0.077 F:2.585		<i>p</i> : ^b 0.001** F:15.770 1<2,3		<i>p</i> : ^b 0.012* F:4.450 1<2		<i>p</i> : ^b 0.001** F:7.447 2>1	
Diyetisyene gitme sıklığı	¹ Ayda birden fazla kez	14.60±2.63	14.5 (11-18)	19.00±6.31	18 (10-28)	14.00±4.90	14.5 (6-21)	47.60±8.53	47 (35-63)
	² Ayda bir kez	13.65±4.64	14.5 (7-22)	16.75±5.71	16.5 (9-29)	12.40±4.52	13 (6-24)	42.8±12.22	46 (25-72)
	³ Üç ayda bir kez	15.29±5.81	14 (9-28)	18.29±7.86	15 (9-34)	11.88±5.57	11 (6-24)	45.47±16.54	38 (25-72)
	⁴ Altı ayda bir kez	15.30±6.67	17 (6-25)	16.00±5.10	14 (11-25)	11.40±4.50	12 (6-18)	42.70±13.70	37 (26-64)
	⁵ Yılda Bir kez	18.60±5.21	20 (8-27)	24.93±6.18	25 (12-35)	16.42±4.92	17 (6-28)	59.96±13.87	62 (30-87)
	⁶ Hiç	15.26±5.50	15 (6-30)	22.12±6.17	22 (7-35)	12.44±5.38	12 (6-30)	49.82±14.26	51 (19-84)
Post Hoc	<i>p</i> : ^b 0.004** F:3.550 5>1,2,6		<i>p</i> : ^b 0.001** F:8.227 5>2,3,4 6>2,4		<i>p</i> : ^b 0.001** F:4.767 5>2,6		<i>p</i> : ^b 0.001** F:6.490 5>1,2,3,4,6		

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

***p*<0,01

**p*<0,05

Hastalık sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığı olmayan hastaların puanı, 1-2 hastalığı ve 3-4 hastalığı olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Hastalık sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığı olmayan hastaların puanı, 1-2 hastalığı ve 3-4 hastalığı olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). 1-2 hastalığı olan hastaların puanı, 3-4 hastalığı olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,024$; $p<0,05$). Hastalık sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığı olmayan hastaların puanı, 1-2 hastalığı ve 3-4 hastalığı olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Hastalık sayısına göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tanı süresine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,018$; $p<0,05$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; 7 ay-1 yıl tanı süresi olan hastaların puanı, 11-15 yıl ve 16 yıl üzeri olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,008$; $p=0,030$; $p<0,05$). 2-5 yıl tanı süresi olan hastaların puanı, 11-15 yıl ve 16 yıl üzeri olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,010$; $p=0,046$; $p<0,05$). 6-10 yıl tanı süresi olan hastaların puanı, 11-15 yıl olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,014$; $p<0,05$). Tanı süresine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; 7 ay-1 yıl tanı süresi olan hastaların puanı, 11-15 yıl ve 16 yıl üzeri olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,004$; $p=0,018$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tanı süresine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,008$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-5 yıl tanı süresi olan hastaların puanı, 11-15 yıl olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,044$; $p<0,05$). Tanı süresine göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tedavi alan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, tedavi almayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p=0,001$). Tedavi alan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, tedavi almayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p=0,001$). Tedavi alan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Suçlama ve yargılama” puanı, tedavi almayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p=0,001$). Tedavi alan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı, tedavi almayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 4.5).

Kontrollere gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; kontrole hiç gitmeyen hastaların puanı, kontrole ayda bir ve yılda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,004$; $p=0,001$; $p<0,01$). Kontrollere gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,007$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; kontrole hiç gitmeyen hastaların puanı, yılda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$). Kontrollere gitme sıklığına göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Kontrollere gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.5).

Farklılığın kökenini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; kontrole hiç gitmeyen hastaların puanı, kontrole ayda bir, üç ayda bir ve yılda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.5).

Hastanede diyabet eğitimine katılan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, hastanede diyabet eğitimine katılmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$). Hastanede diyabet eğitimine katılan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, hastanede diyabet eğitimine katılmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$). Hastanede diyabet eğitimine katılan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı, hastanede diyabet eğitimine katılmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$). Hastanede diyabet eğitimine katılan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı, hastanede diyabet eğitimine katılmayanlardan anlamlı ölçüde yüksektir ($p=0,007$) (Tablo 4.5).

Evde kan şekeri ölçüm cihazı olan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, evde kan şekeri ölçüm cihazı olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,003$; $p<0,01$). Evde kan şekeri ölçüm cihazı olan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, evde kan şekeri ölçüm cihazı olmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$). Evde kan şekeri ölçüm cihazı olan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı, evde kan şekeri ölçüm cihazı olmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,003$; $p<0,01$). Evde kan şekeri ölçüm cihazı olma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı, anlamlı ölçüde fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, egzersiz yapmayanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,010$; $p<0,05$). Egzersiz yapma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı, egzersiz yapmayanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$). Hastaların, egzersiz yapma durumuna göre Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı, anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Haftada bir defa egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, haftada iki-üç defa yapanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$). Haftada bir defa egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, haftada iki-üç defa yapanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$). Haftada bir defa egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı, haftada iki-üç defa yapanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,002$; $p<0,01$). Haftada bir defa egzersiz yapan hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı, haftada iki-üç defa yapanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 4.5).

Günlük öğün sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; altı öğünden fazla beslenen hastaların puanı, üç öğün, üç öğünden az ve altı öğün beslenenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Günlük öğün sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; altı öğünden fazla beslenen hastaların puanı, üç öğün, üç öğünden az ve altı öğün beslenenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,014$; $p<0,05$). Günlük öğün sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; altı öğünden fazla beslenen hastaların puanı, üç öğün, üç öğünden az ve altı öğün beslenenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.5).

Günlük öğün sayısına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,003$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; altı öğünden fazla beslenen hastaların puanı, üç öğün ve üç öğünden az beslenenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,005$; $p=0,035$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Diyete uyma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; diyete bazen uyan hastaların puanı, diyete uyan hastalardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$). Diyete uyma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$). Diyete uyma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; diyete uyan hastaların puanı, diyete bazen uyan ve diyete uymayanlardan hastaların anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Diyete uyma durumuna göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,012$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; diyete uyan hastaların puanı, diyete bazen uyanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,023$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Diyetisyene gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda bir diyetisyene giden hastaların puanı, ayda birden fazla, ayda bir, üç ayda bir, altı ayda bir gidenler ve hiç gitmeyenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,017$; $p=0,001$; $p=0,038$; $p=0,030$; $p=0,001$; $p<0,05$). Diyetisyene gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 4.5).

Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda bir diyetisyene giden hastaların puanı, ayda birden fazla ve ayda bir gidenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,018$; $p=0,006$; $p<0,05$). Yılda bir diyetisyene giden hastaların puanı, diyetisyene hiç gitmeyenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,003$; $p<0,05$). Diyetisyene gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda bir diyetisyene giden hastaların puanı, ayda bir, üç ayda bir ve ayda bir gidenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,045$; $p=0,002$; $p<0,05$). Diyetisyene hiç gitmeyen hastaların puanı, ayda bir ve altı ayda bir gidenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,007$; $p=0,036$; $p<0,05$). Diyetisyene gitme sıklığına göre hastaların Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Kendini damgalama” puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; yılda bir diyetisyene giden hastaların puanı, ayda bir gidenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,029$; $p<0,05$). Diyetisyene hiç gitmeyen hastaların puanı, diyetisyene yılda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,001$) (Tablo 4.5).

Hastaların damgalama toplam, farklı muamele görme, suçlama ve yargılama, kendini damgalama puanları ailede Tip 2 diyabet öyküsü varlığıyla, bir sorunla karşılaşıldığında ilk çözüm yoluyla ve evde kan şekerini ölçebilme durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.4. Diyabet Öz Etkililik Ölçeği ile İlgili Bulgular

Diyabet öz etkililik ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.6: Diyabet Öz Etkililik Puan Ortalamaları ile İlgili Dağılımı

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Diyabet Öz Etkililik Toplam	8	6.15±1.33	6 (3.25-10)

Hastaların diyabet öz etkililik ölçeğinden aldıkları puanlar 3,25 ile 10 arasında değişmiş ve ortalama puan 6,15±1,33 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=303)

		Diyabet Öz Etkililik Toplam		Test değeri	Post Hoc
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
Yaş	¹ ≤40 yaş	6.47±1.54	6.1 (3.3-9.6)	F:3.327	1>4
	² 41-50 yaş	6.10±1.28	6 (3.4-10)	p: ^b 0.020*	
	³ 51-60 yaş	6.11±1.20	6 (3.3-8.9)		
	⁴ ≥ 60 yaş	5.59±1.15	5.5 (3.8-8.1)		
Beden Kütle İndeksi	¹ Normal Kilolu	6.71±1.53	6.4 (3.3-9.1)	F:3.692	2>5
	² Fazla Kilolu	6.47±1.41	6.1 (3.4-9.6)	p: ^b 0.006**	
	³ I.derece Obez	6.02±1.26	6 (3.3-10)		
	⁴ II.derece Obez	6.01±1.18	6 (3.4-8.9)		
	⁵ Morbid Obez	5.53±1.34	5.5 (3.3-8.3)		
Cinsiyet	Kadın	6.20±1.35	6 (3.3-9.4)	t: 0.456	
	Erkek	6.13±1.32	6 (3.3-10)	p: ^a 0.649	
Medeni Durum	Evlü	6.15±1.28	6 (3.3-10)	t:-0.159	
	Bekar	6.18±1.44	6 (3.3-9.6)	p: ^a 0.874	
Eğitim Durumu	¹ Okur-yazar değil	5.59±1.02	5.8 (3.8-7.1)	F:3.403	5>1
	² Okur-yazar	6.35±1.15	6.1 (4.5-8.9)	p: ^b 0.010*	
	³ İlköğretim	6.01±1.33	6 (3.3-9.4)		
	⁴ Lise	6.05±1.29	6 (3.3-10)		
	⁵ Üniversite	6.59±1.47	6.1 (3.3-9.6)		
Yaşanılan yer	İl	6.16±1.36	6 (3.3-10)	F:0.704	
	İlçe	5.99±1.01	6 (3.8-8.1)	p: ^b 0.496	
	Kasaba-köy	6.39±1.58	6.5 (3.9-9.5)		
Sigara kullanma	¹ Hayır	6.31±1.41	6.1 (3.4-9.5)	F:8.597	2<1,3
	² Evet	5.76±1.18	5.8 (3.3-9.4)	p: ^b 0.001**	
	³ Bırakma	6.46±1.33	6.3 (3.8-10)		
Alkol kullanma durumu	Hayır	6.17±1.30	6 (3.3-10)	t:0.359	
	Arada sırada kullanma	6.10±1.49	5.8 (3.3-9.6)	p: ^a 0.720	

^aStudent-t Test

^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

**p<0,01

*p<0,05

Yaşa göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,020; p<0,05). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 yaş ve altı olan hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı, 60 yaş üzeri olanlardan anlamlı yüksektir (p=0,013; p<0,05) (Tablo 4.7).

BKİ'sine göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,006; p<0,01). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; fazla kilolu olan hastaların puanı, morbid obez olanlardan anlamlı yüksektir (p=0,049; p<0,05) (Tablo 4.7).

Eğitim durumuna göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,010; p<0,05). Farklılığın kökenini belirlemek için

gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; üniversite mezunu olan hastaların puanı, okur-yazar olmayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,008$; $p<0,01$) (Tablo 4.7).

Sigara kullanma durumuna göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; sigarayı halen kullanan hastaların puanı, sigarayı hiç kullanmayan ve sigarayı bırakanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,011$; $p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.7).

Hastaların diyabet öz etkililik puanları cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer ve alkol kullanma ile istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).



Tablo 4.8: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=303)

		Diyabet Öz Etkililik Toplam		Test değeri	Post Hoc
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)		
Diyabete eşlik eden hastalık	Var	6.00±1.19	6 (3.3-10)	t:-3.865	
	Yok	6.68±1.62	6.5 (3.3-9.6)	p:^a0.001**	
Tanı süresi	7 ay- 1 yıl	6.33±1.23	5.9 (4-9.4)	F:2.241	
	2-5 yıl	6.47±1.64	6.5 (3.3-9.6)	p:^b0.065	
	6-10 yıl	5.87±1.16	6 (3.3-8.9)		
	11-15 yıl	6.16±1.15	6.1 (3.4-10)		
	16 yıl ve üzeri	5.98±1.29	6 (3.3-9.5)		
Ailede Tip 2 diyabet öyküsü varlığı	Evet	6.12±1.32	6 (3.3-10)	t:-0.507	
	Hayır	6.20±1.36	6 (3.3-9.5)	p:^a0.613	
Tedavi alma durumu	Evet	6.01±1.22	6 (3.3-10)	t:-4.664	
	Hayır	6.97±1.61	7.1 (3.3-9.6)	p:^a0.001**	
Kontrolle gitme sıklığı	¹ Hiç	5.49±1.34	5.3 (3.3-10)	F:6.926	I<2,3,4
	² Ayda bir	6.34±1.07	6.1 (4.4-8.8)	p:^b0.001**	
	³ Üç ayda bir	6.53±1.57	6.1 (3.4-9.6)		
	⁴ Yılda bir	6.19±1.18	6 (3.3-9.5)		
Hastanede diyabet eğitime katılma durumu	Evet	6.26±1.14	6.1 (3.4-8.9)	t:1.082	
	Hayır	6.09±1.46	5.8 (3.3-10)	p:^a0.280	
Bir sorunla karşılaşıldığında ilk çözüm yolu	Hekime başvurma	6.34±1.27	6 (3.3-10)	F:1.925	
	Hemşireye başvurma	5.90±1.71	6.1 (3.3-8.5)	p:^b0.126	
	Sosyal medyaya başvurma	5.91±1.40	5.8 (3.4-9.4)		
	Tip 2 diyabetli başka tanıdıklara başvurma	6.15±1.30	6 (3.3-9.4)		
Evde kan şekeri ölçüm cihazı varlığı	Evet	6.16±1.24	6 (3.4-10)	t:0.090	
	Hayır	6.15±1.46	5.8 (3.3-9.5)	p:^a0.928	
Evde kan şekerini ölçme durumu	Evet	6.16±1.21	6 (3.4-10)	t:-0.158	
	Hayır	6.19±1.39	5.9 (3.9-9.6)	p:^a0.875	
Egzersiz yapma	Evet	7.27±1.37	7.3 (4.9-10)	t:9.419	
	Hayır	5.79±1.10	5.8 (3.3-8.9)	p:^a0.001**	
Haftada egzersiz yapma durumu	Haftada bir defa yapma	6.25±1.01	6 (4.9-8.8)	t:-5.093	
	Haftada iki-üç defa yapma	7.75±1.26	8 (5-10)	p:^a0.001**	
Günlük öğün sayısı	¹ Üç öğün	6.11±1.09	6 (3.8-8.9)	F:29.556	I>2
	² Üç öğünden az	4.98±0.91	5 (3.3-7)	p:^b0.001**	4<1
	³ Altı öğün	7.00±1.40	6.8 (4.4-10)		
	⁴ Altı öğünden fazla	5.89±1.17	5.9 (3.3-8.1)		
Diyete uyma durumu	¹ Evet	7.58±1.22	7.6 (4.4-10)	F:98.605	I>2,3
	² Bazen	5.91±0.93	5.9 (3.3-8.9)	p:^b0.001**	
	³ Hayır	5.26±1.09	5.1 (3.3-7.6)		
Diyetisyene gitme sıklığı	¹ Ayda birden fazla kez	7.09±1.85	7.3 (4.4-9.4)	F:18.346	5<2,3,4
	² Ayda bir kez	7.54±1.54	7.8 (4.8-9.6)	p:^b0.001**	6<2,3,4
	³ Üç ayda bir kez	7.35±1.23	7.6 (4.8-9.5)		
	⁴ Altı ayda bir kez	7.93±1.47	8.3 (5.8-10)		
	⁵ Yılda bir kez	6.04±1.16	6.1 (3.3-8.9)		
	⁶ Hiç	5.81±1.08	5.8 (3.3-8.9)		

^aStudent-t Test ^bOne Way ANOVA Test & Bonferroni Test

**p<0,01

*p<0,05

Hastalık sayısına göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığı olmayan hastaların puanı, 1-2 hastalığı ve 3-4 hastalığı olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,004$; $p=0,040$; $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tedavi alan hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı, tedavi almayanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.8).

Kontrollere gitme sıklığına göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; kontrollere hiç gitmeyen hastaların puanı, ayda bir, üç ayda bir ve yılda bir kontrole gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,010$; $p=0,001$; $p=0,005$; $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Haftada bir defa egzersiz yapan hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı, haftada iki-üç defa egzersiz yapanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$) (Tablo 4.8).

Günlük öğün sayısına göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; üç öğün beslenen hastaların puanı, üç öğünden az beslenenlerden anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$). Altı öğünden fazla beslenen hastaların puanı, üç öğün beslenenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,001$) (Tablo 4.8).

Diyete uyma durumuna göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; diyete uyan hastaların puanı, diyete bazen uyan ve diyete uymayanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.8).

Diyetisyene gitme sıklığına göre hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Farklılığın kökenini belirlemek için gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalar sonucunda; diyetisyene yılda bir giden hastaların puanı, ayda bir, üç ayda bir ve altı ayda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,007$; $p=0,009$; $p=0,025$; $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Diyetisyene hiç gitmeyen hastaların puanı, ayda bir, üç ayda bir ve altı ayda bir gidenlerden anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,012$; $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Hastalarda diyabet öz etkililik puanı tanı süresi, ailede tip 2 diyabet öyküsü olma, hastane diyabet eğitimine katılma durumu, bir sorunla karşılaşıldığında ilk çözüm yolu, evde kan şekeri ölçüm cihazı varlığı ve evde kendi kan şekerini ölçebilme durumu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).



4.5. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ve Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

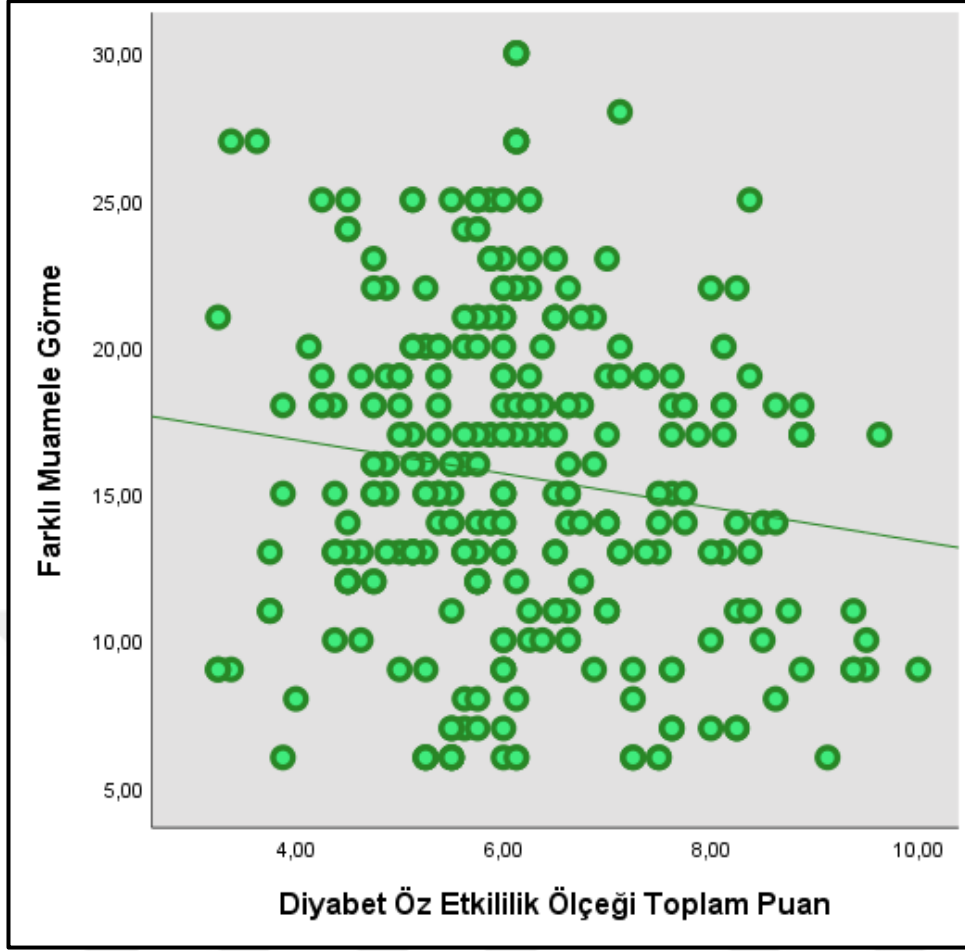
Tip 2 diyabette damgalama alt boyutları ve toplam puanının diyabet öz etkililik üzerine etkisi ile ilgili bulgular Tablo 4.9, 4.10 ve 4.11 'de gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanı ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Puanı Arasında İlişki (n=303)

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği		Diyabet öz etkililik ölçeği puanı
Farklı Muamele Görme	r	-0.144
	p	0.012*
Suçlama ve Yargılama	r	-0.392
	p	0.001**
Kendini Damgalama	r	-0.096
	p	0.096
Damgalama Toplam Puanı	r	-0.265
	p	0.001**

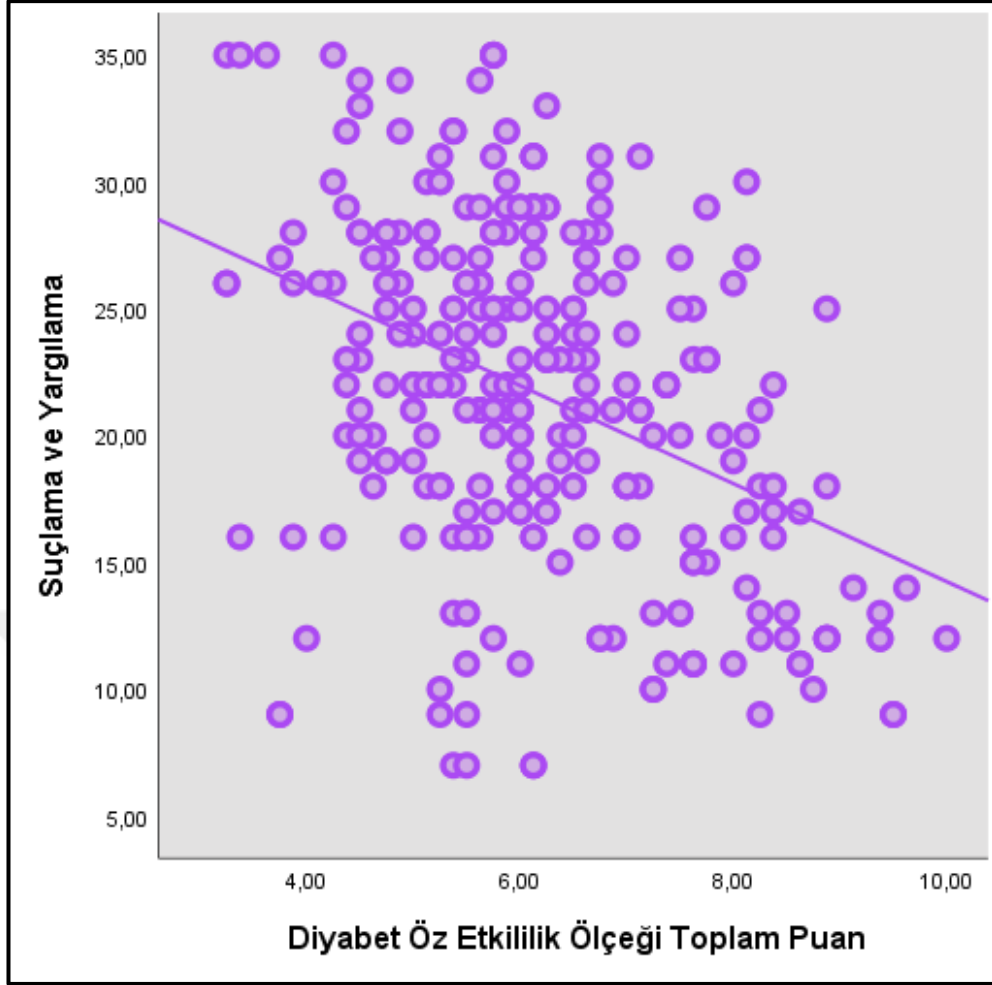
*p<0.05; **p<0.01; r:Pearson's Korelasyon Analizi

Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puanı ile damgalama toplam farklı muamele görme, suçlama ve yargılama, kendini damgalama alt boyut puanları arasındaki korelasyon bulguları değerlendirildiğinde; Tip 2 Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam ile diyabet öz etkililik arasında $r=-0.265$ negatif zayıf ($p=0.001<0.05$), farklı muamele görme alt boyut puan ile diyabet öz etkililik puanı arasında negatif çok zayıf ($r=-0.144$) ve anlamlı ($p=0.012<0.05$), alt boyut puan suçlama ve yargılama ile diyabet öz etkililik puanı arasında $r=-0.392$ negatif zayıf ($p=0.001<0.05$) düzeyde korelasyon saptanmıştır. Diğer değişkenler arasındaki korelasyonlar anlamlı olarak bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).



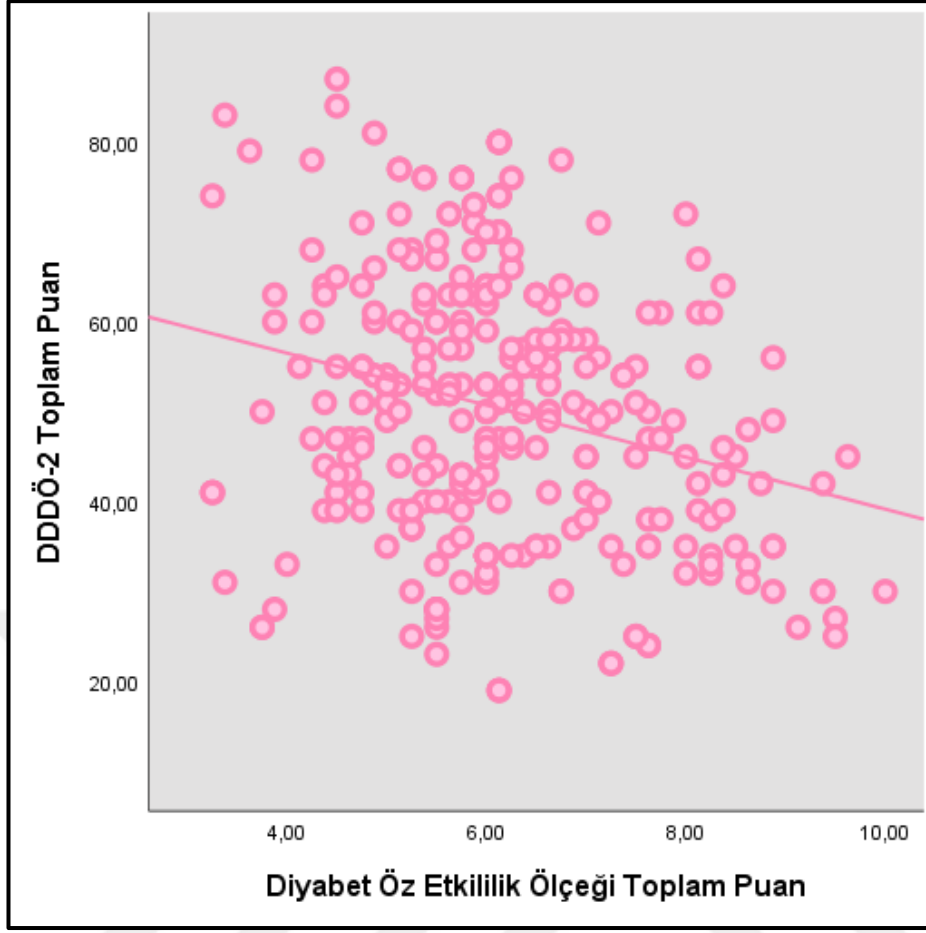
Şekil 4.1: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı Muamele Görme” Alt Boyut Puanının İlişki Grafiği

Hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (diyabet öz etkililik ölçeği toplam puanı arttıkça, Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Farklı muamele görme” alt boyut puanı azalan) çok zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,144$; $p=0,012$; $p<0,05$).



Şekil 4.2: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve Yargılama” Alt Boyut Puanının İlişki Grafiği

Hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı arttıkça, Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği “Suçlama ve yargılama” alt boyut puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,392$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 4.3: Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının İlişki Grafiği

Hastaların Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı ile Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü (Diyabet Öz Etkililik Ölçeği toplam puanı arttıkça, Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği toplam puanı azalan) zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0,265$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (Toplam Puanları Üzerinden)

Araştırmada Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçek puanının, Diyabet Öz Etkililik Ölçek puanı üzerindeki etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı	Sabit	7,369	27,829	0,000	22,691	0,001**	0,070
	Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçek Puanı	-0,024	-4,764	0,001**			

**p< 0,01

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçek puanı ile Diyabet Öz Etkililik Ölçek puanı arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=22,691; p=0,001; p<0,01). Diyabet Öz Etkililik belirleyicisi olarak Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirmesi olduğu görölmektedir. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirmesinin, Diyabet Öz Etkililiği açıklama oranı %70 olup iyi düzeyde olduğu görölmektedir. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirmesinin bir birim artması Diyabet Öz Etkililiği 0,024 kat azaltmaktadır (β :-0,024; p=0,001; p<0,01). Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme, Diyabet Öz Etkililik üzerinde etkili değişken olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçeği Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (Alt Boyut Puanları Üzerinden)

Araştırmada Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin, Diyabet Öz Etkililik Ölçeği üzerindeki etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeğinin Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Diyabet Öz Etkililik Ölçek Puanı	Sabit	7,698	31,317	0,000	33,724	0,001**	0,184
	Farklı muamele görme	0,058	3,320	0,001**			
	Suçlama ve yargılama	-0,113	-7,735	0,001**			
	Kendini damgalama	0,013	0,826	0,409			

**p< 0,01

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği ile Diyabet Öz Etkililik Ölçeği arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=33,724; p=0,001; p<0,01). Diyabet Öz Etkililik belirleyicisi olarak Farklı muamele görme ve Suçlama-yargılamanın olduğu görülmektedir. Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirmesinin, Diyabet Öz Etkililiği açıklama oranı %18,4 olup orta düzeyde olduğu görülmektedir. Farklı muamele görmenin bir birim artması Diyabet Öz Etkililiği 0,058 kat arttırmaktadır (β :0,058; p=0,001; p<0,01). Suçlama ve yargılamanın bir birim artması Diyabet Öz Etkililiği 0,113 kat azaltmaktadır (β :-0,113; p=0,001; p<0,01). Farklı muamele görme ve Suçlama-yargılama, Diyabet Öz Etkililik üzerinde etkili değişkenler olarak bulunmuştur (Tablo 4.11).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Tip 2 diyabetli kişilerde var olan damgalama fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Tip 2 diyabetlilerde, teşhis konulan ilk tanıda sosyal ortamlarında sağlıklı yiyecek-içecekleri kabul ettiklerinde/reddettiklerinde, kan şekeri ölçümlerini yaptıklarında veya diğer bakım ve tedavilerini yerine getirdiklerinde, diyabet sebebiyle değişime uğrayan fiziksel (obezite gibi) görüntüleri nedeniyle damgalamaya uğramaktadırlar. Algılanan ve yaşanan diyabet damgası, diyabet öz bakımına katılımın azalmasına ve kişinin öz etkililiğinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Alzubaidi vd., 2023). Aynı zamanda kan glikoz seviyesinin normal seviyede tutulması hedeflerine ulaşmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak için Tip 2 diyabetli kişilerin tedavi ve diyetlerine uymaları, ayak bakımlarına dikkat etmeleri, günlük kan glikoz takibi yapmaları gibi sürekliliği olan, zorlu ve zaman alan bakımları yaşamları boyu yapmaları da öz etkililiklerini olumsuz etkileyebilir (Khunti vd., 2018).Tip 2 diyabetli kişiler hastalığın başlamasında bireyin yaşam biçiminin etkili olduğunu ve bireysel başarısızlık nedeniyle yargı ve suçlamalara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Uusitupa vd., 2019). Toplumdaki tüm olumsuz yargılar, diyabetli kişilerin damgalamasını kolaylaştırır (Speight vd., 2020). Dünyamızda diyabet artık sadece medikal tedaviyi içermediği, psikososyal bakımdan da yaklaşılması gerekmektedir. Bu konuda sağlık profesyonelleri hasta ve ailelerinde farkındalık oluşturmayı hedeflemelidir. Böylelikle bireylerde öz etkililiğin olumsuz etkilenmesine engel olarak, düşük öz etkililiğe sahip bireylerde bireysel destek sağlanarak öz etkililiklerinde artış sağlanmalıdır (Weinger vd., 2016). Öz etkililiğin önündeki engeller sağlık hizmetlerine erişim eksikliği ile aile, sosyal çevre ve sağlık profesyonellerinden yeterli destek almama olarak belirlenirken, öz etkililiği artırmak için: öz yönetim programları, tele sağlık, mobil uygulamaların kronik hastalık yönetiminde öz etkililiği artırmaya yönelik en etkili uygulama öz yönetim programlarıdır (hastaların hastalık süreçleriyle ilgili günlük bakım işlevlerini yerine getirmeleri olarak tanımlanmaktadır) (Farley. 2020).

Hastaların erkek, boy ortalamalarının 169.59, kilo ortalamaları 92.87, lise mezunu olduğu, sigara içtiği görülmüştür (Tablo 4.1).

Hastaların Tip 2 diyabete eşlik eden hastalıkları olmaları durumuna göre çoğunlukla ek hastalığa sahip olduğu görülmüştür. 2-5 yıl süre tanı konulduğu, aile öyküsünde Tip 2 diyabet varlığı olduğu, sorun olduğunda ilk olarak çözüm için hekime başvurduğu, egzersiz yapmadığı, diyet bazen uyduğu ve diyetisyene ancak yılda bir kez gittiği görülmüştür (Tablo 4.2).

Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçeği' nin alt boyutu olan farklı muamele görme, suçlama ve yargılama ve kendini damgalama puanları ile toplam puanlar sırasıyla 15.63 ± 5.51 , 21.66 ± 6.58 , 13.02 ± 5.40 ve 50.31 ± 14.68 olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Li ve arkadaşları (2023) DSAS-2 ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışma sonucunda damgalama alt boyutu olan suçlama ve yargılama alt boyutunun en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Çalışmada hastalar en yüksek puanı damgalamanın alt boyutu olan suçlama ve yargılamadan aldıkları görülmüştür. Araştırma bu yönüyle çalışma ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.3).

Himmelstein ve Puhl (2021) de Amerika'da ve Alzubaidi ve ark.(2023) de Birleşik Arap Emirliği'nde Tip 2 diyabetli kişilerde yapmış olduğu çalışmada DSAS puanları çalışmada DSAS puanı ile yakınlık göstermektedir. Bu durum ülkemizdeki Tip 2 diyabetli hastalar gibi dünyadaki diğer ülkelerdeki Tip 2 diyabetli hastalarında damgalamaya maruz kaldıklarını göstermesi bakımından literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4.3).

Yeung ve arkadaşları (2023) Hong Kong'ta Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı araştırmada yaşın damgalamayı arttırdığı görüldüğü çalışma ile benzerlik olduğu ancak Pedrero ve ark. (2021)'nin çalışmasında yaş ile damgalama arasında anlamlı ilişki bulunamamış çalışma bu yönüyle fark göstermiştir (Tablo 4.4).

Liu ve arkadaşları (2017) yılında Tip 2 diyabetli hastalarda yapmış olduğu çalışmada BKİ'nin diyabete bağlı damgalamayla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. BKİ arttıkça damgalamanın 3 alt grubu olan hastaların damgalama toplam, farklı muamele görme, suçlama ve yargılama ve kendini damgalama puanlarının etkilendiği çalışmada görülmüştür. Yeung ve arkadaşları (2023) BKİ damgalamayı arttırdığı bulunmuştur

ve eğitim ile damgalama arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Veriler her iki çalışmada uyumluluk göstermiştir (Tablo 4.4).

Belete ve ark. (2021) ve Duko ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada sigara ve alkolün damgalamayı arttırdığını vurgulamışlardır. Çalışma sonucu araştırmalar ile benzerlik göstermiştir (Tablo 4.4).

Bakır ve Zengin (2023), Tip 2 diyabetli hastalarda öz yönetimi etkileyen faktörler ile ilgili çalışma ek hastalığı olanlarda damgalamanın arttığı bildirmiştir. Özdemir ve arkadaşları (2023) ve Pedrero ve ark. (2021) ek hastalık varlığının damgalamanın artmasına etki ettiği görülmüş. Çalışma bulguları ile örtüşmektedir (Tablo 4.5).

Kato ve arkadaşları (2021) Tip 2 diyabetle ilgili diyabet tanı süresi ile kendini damgalama gelişimi arasındaki ilişkiler çalışmasında diyabet tanı süresine göre kendini damgalama gelişimini inceledi. Çalışmada amaç, kendini damgalama ile diyabet tanı süresi arasında bir ilişki tespit etmek ve kendini damgalama, tanı konulduktan hemen sonra en düşük seviyedeysen, diyabet tanı süresi arttıkça damgalama da en yüksek seviyelerine çıktı. Çalışma ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5).

Lessard ve ark.(2021) kilo damgalamasının yeme ve egzersizle bağlantılarını inceledikleri araştırmada damgalamanın ile egzersiz yapma arasında negatif korelasyon olduğu gözlemlenmiştir. Bulgular çalışma ile uyumluluk göstermektedir (Tablo 4.5).

Akoko ve ark.(2023) yaptığı çalışmada kişilerin tedavi aldıktan sonra daha fazla damgalama yaşadıkları belirlenmiştir. Bekiroğlu (2021) hastaların tedavi almalarına bağlı olarak yaşadıkları damgalamada artış olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları bulgularla uyumludur (Tablo 4.5).

Özdemir ve ark. (2023) çalışmasında insülin kullanan hastaların daha sık kontrole gitmesi yaşam kalitelerindeki düşüşe bağlı damgalamada artış gözlemlenmesi çalışmadaki sık kontrole gitmenin damgalamayı arttırdığı bulgusunu desteklemektedir. Araştırmamız bu yönleriyle literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5).

Akturk ve Aydınalp (2018) diyabet öz etkililik ölçeğini (DSES) kullandığı çalışmada diyabetli hastalarda öz etkililik puan ortalamasının sonucu çalışma ile benzerlik göstermiştir (Tablo 4.6).

Özkaptan (2019) ‘Tip 2 diyabetli hastalarda tedaviye uyum ve hastalık kabulü arasındaki ilişki’ ile ilgili çalışmada eğitim arttıkça tedaviye uyumun hastalarda arttığını, yaş, BKİ ve HbA1c seviyesi ile öz etkililik arasında pozitif anlamlı fark bulunmuştur. Yaş ve BKİ arttıkça öz etkililiğin azalması yönüyle araştırmalar çalışmadaki sonucu desteklemektedir. Xie ve ark. (2020) yaptığı çalışmada öz bakımın uyumunda genç hastaların uyumda zorlandıkları yaşlı bireylerin öz bakım yönetiminde daha iyi oldukları görülmüştür. Öz bakım için gençlerin iş sorumluluklarının daha fazla olması ve gün içerisinde kendilerine yeterli zaman ayıramamaları görülürken, yaşlı bireylerin daha az sorumluluk ve daha fazla kendilerine zaman ayırmaları öz bakımlarına daha uyumlu olmalarını sağladığı ortaya konmuştur. Araştırma bu yönüyle çalışma ile fark göstermektedir (Tablo 4.7).

Özdemir ve arkadaşları (2023) Türkiye’de bir devlet hastanesinin polikliniğinde yapmış olduğu araştırmada algılanan sağlık düzeyinin azalmasıyla hastaların yaşam kalitesinin düşmesi çalışmada eğitim seviyesi arttıkça hastaların öz etkililiklerinin artarak yaşam kalitelerinin yükselmesiyle paralellik göstermektedir. Ustaalioglu ve Tan. (2017) ‘Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi’ ile ilgili araştırmasında eğitim düzeyi ve diyabet tutumu ilişkisinde anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça öz etkililik artmaktadır. Azami ve arkadaşları (2018) İran’da Tip 2 diyabet olan hastalarda öz etkililik ve glisemik kontrol üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma sonuçları, diyabetli bireylerin kötü glisemik kontrolün öz etkililik davranışları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Diyabette öz etkililik eğitiminin, glisemik hemoglobin düzeylerinin düşürülmesinde etkili olduğu görülmüştür. Araştırma bu yönleriyle literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4.7).

Kim ve Lee (2019) ‘Tip 2 Diyabetli Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Davranış Düzeylerini Etkileyen Faktörler’ isimli çalışmada ve Ong-Artborirak ve ark. (2023) yaptığı çalışma sonucunda sigara kullanımının öz etkililiği azalttığı görülmektedir. Çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.7).

Shen ve arkadaşları (2019) yılında kendi kendine kan şekeri izlemenin öz etkililik üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında hastalarda kendi kendine kan şekeri izlemenin öz etkililik üzerinde anlamlı ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Kendi kendine kan şekerini ölçen hastaların kan şekerlerini normal seviyede koruyabildiği ve durumun öz etkililiklerinin artmasını sağladığı gözlemlenmiştir. Çalışmada kendi

kendine kan şekeri izlemenin öz etkililik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir. Çalışma bu yönüyle çalışmamız sonuçlarıyla fark göstermektedir (Tablo 4.8).

Özkaptan (2019) yaptığı çalışmada hastalık kabulü ve tedaviye uyumu yüksek olan hastalarda egzersiz ile öz etkililikte artış sağlanması hastanın kolayca kan şekeri seviyesini korunabildiği yapılan araştırmada vurgulanmıştır. Araştırma bu yönüyle de çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.8).

Xie ve arkadaşları (2020) yılında Hong Kong'da yaptığı çalışma da öz etkililiğin Tip 2 diyabetin öz yönetiminde etkileri araştırdığı, araştırma sonuçlarına göre, sosyo-demografik özellikler (diyabet süresi) ile diyabet öz yönetim davranışlarına (tedavi alma, diyete uyma, düzenli egzersiz) uyum arasında anlamlı ilişkiler olduğu, diyete uyum arasındaki ilişkiye önemli ölçüde etki ettiğini görülmüştür. Kadın hastaların erkek hastalara göre egzersiz uyumlarının daha az olduğu bulunurken bu durumun sebepleri olarak; kadın hastaların aile içi sorumluluklarının daha fazla olması (egzersiz için daha az zamanlarının kalmasına neden olmakta), egzersiz engellerinin fazla olması (güvenli ve uygun spor tesislerinin olmaması, egzersiz sırasında yaralanma korkusu, beceri ve bilgi eksikliği, aile ve arkadaşlardan daha az sosyal destek almaları) gösterilmektedir. Hastalık süresi uzayan kişilerin daha sık ve düzenli sağlık kurumlarına gitmelerinin öz bakımlarında daha etkili olmalarını sağladığı ve bu hasta grubunun sağlık durumlarıyla ilgili daha fazla bilgi edinmeleri öz bakımda motivasyonlarını arttırdığı görülmüştür. Çalışmada öz etkililiğin etkileri ile uyumlu sonuçlar belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Karakuş ve Sayın Kasar (2023) Tip 2 diyabetli bireylerin yaşadıkları sorunların öz-bakım düzeyleri ile ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmada eğitim ve kontrollere sık gitme arasında anlamlı fark tespit etmiştir. Eğitim ve kontrole sık gitme arttıkça hastanın öz etkililiği artmaktadır. Araştırma çalışma ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.8).

Puhl ve ark. (2020) yaptığı çalışmada diyabet damgalamasında suçlama ve yargılama, farklı muamele görme, diyabet öz etkililiği arasında korelasyon saptanmış, kendini damgalama ile korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Araştırma çalışma ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.9)

Ulusoy ve Ulus'un (2022) "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kendini Damgalama" başlıklı çalışmasında, damgalama ile öz-etkililik arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu rapor edilmiştir. Çalışmanın sonuçları, Tip 2 diyabetli Türk hastalarda damgalamanın öz etkililiği olumsuz etkilediği, damgalama algısı arttıkça hastaların öz etkililiklerinin azaldığı görülmektedir. Bu çalışmanın bulguları ile çalışma bulguları örtüşmektedir (Tablo 4.10).

Kato ve arkadaşları (2021) çalışmada damgalamanın hastaların öz bakımlarına olan katılımını olumsuz etkileyerek öz etkililiklerini azalttığı görülmüştür. Çalışma bu yönüyle çalışmamızı destekler niteliktedir (4.10).

Öztürk ve arkadaşlarının (2022) ile Holmes-Truscott ve meslektaşlarının (2020) yaptığı çalışmalarda damgalama ile öz-etkililik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu rapor edilmiştir. Bu çalışma verileri, araştırma verileriyle uyumlu bir şekilde sonuçlar vermektedir. Araştırma sonuçlarına göre, damgalama ile öz-etkililik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Araştırma sonuçları, Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın öz etkililik üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle damgalama arttıkça bireylerin öz etkililikleri azalmaktadır. Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.10).

Pedrero ve arkadaşları (2021) Tip 2 diyabetli bireylerde yaptıkları çalışmada Tip 2 diyabet damgalama değerlendirmesinde, diyabet öz etkililiğinde belirleyici olarak etki eden alt boyutların farklı muamele görme ve suçlama-yargılamanın olduğu görülmektedir. Araştırma çalışma sonucuyla uyum göstermektedir (Tablo 4.11).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmanın sonucunda; hastalarımızın çoğunluğunun 51-60 yaş grubu, erkek, evli, lise mezunu, ilde yaşadığı, sigara kullandığı, diyabete ek olarak hastalıkları olduğu, 2-5 yıl süre olarak diyabet tanısına sahip olduğu, tedavi aldığı, evde kendi kan şekerlerini ölçebildiği ve günde üç öğün beslendiği görülmüştür.

Yaş, kilo artışı, tanı süresi, ek hastalık varlığının etkileri, tedavi almanın, egzersiz yapmamanın damgalamayı arttırdığı, eğitim, tedavi alma, egzersiz yapmanın öz etkililiği artırırken sigara kullanımı ve ek hastalık varlığının öz etkililiği azalttığı sonucuna varılmıştır.

- Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçek puan ortalaması $50,31 \pm 14,68$ bulunarak kişilerin orta düzeyde damgalama yaşadığı görülmüştür.
- Diyabet Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması $6,158 \pm 1,33$ olarak tespit edilmiş ve kişilerin orta düzeyde öz etkililiğe sahip olduğu görülmüştür. Tip 2 diyabet damgalama değerlendirme, diyabet öz etkililik üzerinde etkili değişken olarak saptanmıştır ve diyabet öz etkililik belirleyicisinin Tip 2 Diyabet Damgalama Değerlendirme Ölçek alt boyutları olan farklı muamele görme ile suçlamayargılamanın olduğu görülmüştür. Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda belirtilmiştir.
- Yaş ile beraber damgalamanın artması ve tanı süresi arttıkça hastaların öz etkililiklerinin azalmasına bağlı olarak diyabette öz etkililiği arttıracak eğitimlerin erken dönemlerde düzenli aralıklarla verilmesi sağlanmalıdır.
- Sigara kullanımı zararları hakkında hastalar bilinçlendirilmeli, mevcut kullanan hastaların sigara bırakma konusunda uzman desteği alması sağlanmalıdır. Sigara bırakma danışmanlıklarına başvurulmalıdır.
- Tip 2 diyabetli kişilerin damgalamayı aşmak ve destekleyici bir ortam oluşturmak için bireysel stratejiler geliştirmeleri önemlidir.

- Tip 2 diyabetli bireyler için damgalama konusunda bilgi ve farkındalık kazandıran eğitim programları düzenlenmelidir.
- Tip 2 diyabetli kişiler için destek grupları oluşturulmalıdır.
- Psikososyal destek sağlayıcıları, Tip 2 diyabetli kişilere başa çıkma becerileri konusunda rehberlik sağlamalıdır.
- Damgalamanın olumsuz etkileri konusunda hastalar bilinçlendirilmelidir.
- Sağlık hizmeti profesyonelleri, Tip 2 diyabetli hastalara yönelik damgalama algısının azaltılması ve öz etkililiklerinin desteklenmesi konusunda eğitilmelidir.
- Empatik iletişim eğitimi, hasta merkezli yaklaşım ve olumlu destek sağlanmalı, sağlık profesyonellerinin damgalamaya karşı duyarlılığı artırılmalıdır.
- Kontrollere gitme sıklığının öz etkililiğin artırılması için hastaların kontrollere düzenli olarak gelmeleri sağlanmalıdır. Kontrole gelemeyecek durumdaki hastalar için tele tıp veya mobil sağlık gibi iletişim araçların kullanılması sağlanmalıdır.
- Öz etkililiği destekleyici uygulamalar ile komplikasyon oluşumu engellenmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abdoli, S., Doosti Irani, M., Hardy, L. R., Funnell, M. (2018). A Discussion Paper on Stigmatizing Features Of Diabetes. *Nursing Open*, 5(2), 113–119.
- Akoko, B., Regan, S., Idigbe, I., Ezechi, O., Pierce, L. J., Musa, Z., Okonkwo, P., Freedberg, K. A., Ahonkhai, A. A. (2023). HIV-Related Stigma And Psychological Distress in A Cohort Of Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Nigeria. *AIDS Care*, 1–8.
- Akturk U, Aydinalp E. (2018). Examining The Correlation Between The Acceptance Of The Disease And The Diabetes Self-Efficacy Of The Diabetic Patients in A Family Health Center. *Annals of Medical Research*, 64, 1-6. 25359.
- Alzubaidi, H., Mc Namara, K., Samorinha, C., Versace, V., Saidawi, W., Speight, J. (2023). Impact Of Diabetes Stigma in Diabetes Distress And Diabetes Self-Care: The Moderating Role Of Diabetes Social Support And General Self-Esteem in Arabic-Speaking Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of The British Diabetic Association*, 1-11. e15109.
- American Diabetes Association (ADA) (2023). Standards Of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 46(1), 10-278.
- Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah, M. S., Aazami, S., Mozafari, M., Taghinejad, H. (2018). Effect Of A Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program On Glycosylated Hemoglobin Among Adults With Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 1-10.
- Bakır, G. G., Zengin, N. (2023). Diyabetli Bireylerde Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-17.
- Bandura, A. (2019). Applying Theory For Human Betterment. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 12-15.
- Başar, C., Kahraman, S. (2019). Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalık Tutumları ve Kronik Komplikasyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 147-157.

- Baysal, D. G. Ö. (2013). Damgalanma Ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Bekiroğlu, S.(2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere Ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17 (33), 595-618.
- Bektaş H. (2019). Endokrin sistem bakım planı. S. Ş. Çelik, A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler ve Sonuçlar*. Akademi Basın ve Yayıncılık. Ankara. 461-466.
- Belete, H., Ali, T., Mekonen, T., Fekadu, W., Belete, T. (2021). Perceived Stigma And Associated Factors Among Adults With Problematic Substance Use in Northwest Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 637-644.
- Biol, L., Olgun, N., Çelik, S. (2021). Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. N. Akdemir (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Akademisyen Kitabevi. Ankara. 938-966.
- Chan, S. W. (2021). Chronic Disease Management, Self-Efficacy And Quality Of Life. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 29(1), 1-4. e129.
- Chester, B., Babu, J. R., Greene, M. W., Geetha, T. (2019). The Effects Of Popular Diets On Type 2 Diabetes Management. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 35(8), 1-10. e3188.
- Cunningham, T. A., Gentsch, T. A., Doty, M. A., Mills, G., LaNoue, M., Carr, G. B., Hollander, E. J., Rising, L. K. (2020). I Had Nother Choice But To Catch It Too: The Roles Of Family History And Experiences With Diabetes in İllness Representations. *BMC Endocrine Disorders*, 20(95), 1-9.
- Çapoğlu, İ. Ç., Yıldırım, A., Aşilar, R. H., Çayköylü, A. (2019). Diyabete Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar Ve Diyabet Yönetimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 67-74.
- Çelik, S., Kır Biçer, E. (2021). Diyabetin akut komplikasyonları. S. Erdoğan, Ş. Özcan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 145-159.

- Çetinarslan, B. (2015). Diyabetli hastada ayak problemleri. Ş. İmamoğlu, İ. Satman, S. Akalın, S. Salman, C. Yılmaz (Ed.), *Geçmişten Geleceğe Diyabetes Mellitus*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara. 415-419.
- Dinçer, B., Bahçecik, N. (2021). Mobil Uygulamanın Tip 2 Diyabetli Bireylerin Ayak Bakımına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Sağlık Eğitimi Dergisi*, 80 (4), 425–437.
- Doğan, N., Görüş, S., Demir, H. (2016). Osteoartritli Bireylerin Ağrı Ve Öz Etkililik Düzeyleri. *Agri*, 28(1), 25–31.
- Duko, B., Bedaso, A., Ayano, G., Yohannis, Z. (2019). Perceived Stigma and Associated Factors among Patient with Tuberculosis, Wolaita Sodo, Ethiopia: Cross-Sectional Study. *Tuberculosis Research And Treatment*, 2019, 1-5. 5917537.
- Eroğlu, N., Temiz, G. (2021). Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara.
- Farley, H. (2020). Promoting Self-Efficacy in Patients With Chronic Disease Beyond Traditional Education: A Literature Review. *Nursing Open*, 7(1), 30–41.
- Fereydouni F., Hajian-Tilaki K., Meftah N., Chehrazi M. (2022). A Path Causal Model in The Association Between Self-Efficacy And Self-Care With Quality Of Life in Patients With Type 2 Diabetes: An Application Of The Structural Equation Model. *Health Science Reports*, 5(2), 1-9. e534.
- Gedik, S., Kocoğlu, D. (2018). Self-Efficacy Level Among Patients With Type 2 Diabetes Living in Rural Areas. *Rural and Remote Health*, 18(1), 1-11. 4262.
- Giezeman, M., Theander, K., Zakrisson, A. B., Sundh, J., Hasselgren, M. (2022). Exploration Of The Feasibility To Combine Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Chronic Heart Failure in Self-Management Groups With Focus On Exercise Self-Efficacy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 40(2), 208–216.
- Goffman, E. (2014). *Damga örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar* (Ş. Geniş. L. Ünsaldı, S. N. Ağırnaslı. Çev.). Heretik Yayıncılık. Ankara.

- Gong, Q., Zhang, P., Wang, J., Ma, J., An, Y., Chen, Y., Zhang, B., Feng, X., Li, H., Chen, X., Cheng, Y. J., Gregg, E. W., Hu, Y., Bennett, P. H., Li, G., Da Qing Diabetes Prevention Study Group.(2019). Morbidity And Mortality After Lifestyle Intervention For People With İmpaired Glucose Tolerance: 30-Year Results Of The Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *The Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 452–461.
- Güngör, H. (2021). Stigma “Geçmişten Günümüze Damgalama”. Kuytu Yayınları. Ankara.
- Gür, C. G., Yılmaz, E. (2021). Tip 2 Diyabet Hastalarında Damgalama Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(3), 667-675.
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M. (2021). At Multiple Fronts: Diabetes Stigma And Weight Stigma in Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetic Medicine*, 38(1), 1-10. e14387.
- Holmes-Truscott, E., Ventura, A. D., Thuraingam, S., Pouwer, F., Speight, J. (2020). Psychosocial Moderators Of The İmpact Of Diabetes Stigma: Results From The Second Diabetes MILES–Australia (MILES-2) Study. *Diabetes Care*, 43(11), 2651-2659.
- Honka, H., Chuang, J., D'Alessio, D., Salehi, M. (2022). Utility of Continuous Glucose Monitoring vs Meal Study in Detecting Hypoglycemia After Gastric Bypass. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, 107(5), 1-23.e2095–e2102.
- International Diabetes Federation (IDF) (2021) *IDF Atlas 10th edition 2021*. <https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/>
(Erişim Tarihi:10.02.2023).
- İdiz, C. (2019). Diyabetli Bireylere Hangi Beslenme Modeli Önerilmeli?. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 44-51.
- Jiang, X., Jiang, H., Li, M., Lu, Y., Liu, K., Sun, X. (2019). The Mediating Role Of Self-Efficacy in Shaping Self-Management Behaviors Among Adults With Type 2 Diabetes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(2), 151-160.

- Joshanloo, M. (2022). Self-Esteem Predicts Positive Affect Directly And Self-Efficacy Indirectly: A 10-Year Longitudinal Study. *Cognition & Emotion*, 36(6), 1211–1217.
- Karaca Sivrikaya, S., Ergün, S. (2018). Diyabet Eğitimi Ve Hemşirenin Rolü. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 25-36.
- Karakuş, Ü. N., Kasar, K. S. (2023). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Yaşadıkları Sorunların Öz-Bakım Düzeyleri İle İlişkisi: Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 476-487.
- Kato, A., Fujimaki, Y., Fujimori, S., Isogawa, A., Onishi, Y., Suzuki, R., Ueki, K., Yamauchi, T., Kadowaki, T., Hashimoto, H. (2021). Associations Between Diabetes Duration And Self-Stigma Development in Japanese People With Type 2 Diabetes: A Secondary Analysis Of Cross-Sectional Data. *BMJ Open*, 11(12), 1-7.e055013.
- Kato, A., Takada, M., Hashimoto, H. (2014). Reliability And Validity Of The Japanese Version Of The Self-Stigma Scale in Patients With Type 2 Diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 179.
- Kato, A., Yamauchi, T., Kadowaki, T. (2020). A Closer Inspection Of Diabetes-Related Stigma: Why More Research Is Needed. *Diabetology International*, 11(2), 73–75.
- Keser, M. G, Unutmaz Duman, E. (2019). Obez Diyabetik Bireylerin Tıbbi Beslenme Tedavisi Planlarında Yağ Ve Protein. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3), 1-5.
- Khunti, K., Ceriello, A., Cos, X., De Block, C. (2018). Achievement Of Guideline Targets For Blood Pressure, Lipid And Glycaemic Control in Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 137, 137–148.
- Kır Biçer, E., Çelik, S. (2021). Diyabetin kronik komplikasyonları. S. Erdoğan, Ş. Özcan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. 165-183.
- Kim, M. Y., Lee, E. J. (2019). Factors Affecting Self-Care Behavior Levels Among Elderly Patients With Type 2 Diabetes: A Quantile Regression Approach. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 340.

- Lessard, L. M., Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Pearl, R. L., Foster, G. D. (2021). Eating and Exercise-Related Correlates Of Weight Stigma: A Multinational Investigation. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 29(6), 966–970.
- Li, X., Wu, L., Yun, J., Sun. Q. (2023). The Status Of Stigma In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus And Its Association With Medication Adherence And Quality Of Life in China: A Cross-Sectional Study. *Medicine*, 102(26), 1-7.e34242.
- Liu, N. F., Brown, A. S., Folias, A. E., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L., Wood, R. (2017). Stigma in People With Type 1 Or Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes*, 35(1), 27-34.
- Maula, A., Kendrick, D., Kai, J., Griffiths, F. (2021). Evidence Generated From A Realist Synthesis Of Trials On Educational Weight Loss Interventions in Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*, 38(1), 1-16. e14394.
- Nicolucci. A.. Kovacs. B. K.. Holt. R. I. G.. Comaschi. M.. Hermanns. N.. Ishii. H.. Kokoszka. A.. Pouwer. F.. Skovlund. S.E.. Stuckey. H.. Tarkun. I. Vallis. M.. Wens. J., Peyrot. M. (2013). Research: Educational And Psychological Issues Diabetes Attitudes. Wishes And Needs Second Study (DAWN2TM): Cross-National Benchmarking Of Diabetes-Related Psychosocial Outcomes For People With Diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767-777.
- Olgun, N. (2021). Diabetes mellitus tanı ve sınıflandırılması. E. Ünsal Avdal (Ed.), *Endokrin Hemşireliği*. Hipokrat Yayınevi. Ankara. 335-348.
- Olgun, N., Altınbaş Akkaş, Ö. (2022). Diyabet tanı tedavi ve bakımında algoritmalar ve klinik karar verme. E. Ünsal Avdal (Ed.), *Kronik Hastalıkların Tedavi Ve Bakımında Algoritmalar Ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği*. Hipokrat Yayınevi. Ankara. 731-763.
- Olgun, N., Çelik, S. (2021). Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.
- Olgun, N., Çetinkaya, S. (2021). Diyabetin tanı kriterleri, etiyolojik sınıflanması, klinik dönemleri ve fizyopatolojisi. S. Erdoğan, Ş. Özcan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 21-35.

- Okumuşoğlu, S. (2019). Damgalasak Mı Yoksa Damgalamasak Mı? L. Sunar (Ed.), *İnsan & Toplum*, Ankara.118-137.
- Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., Auttama, N., Winaiprasert, P. (2023). Health Literacy, Self-Efficacy, Self-Care Behaviors, And Glycemic Control Among Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study in Thai Communities. *BMC Geriatrics*, 23(1), 297.
- Orhan, B., Bahçecik, N.(2017). Diyabet Ve Diyabetik Ayak Eğitiminde Teknoloji - Mobil Eğitim. *JAREN*, 3(2), 101-108.
- Orhan, B., Bahçecik, N.(2018). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Mobil Uygulama Eğitimi Hakkındaki Görüşleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 130.
- Ozturk, A., Akin, S., Kundakci, N. (2022). Self-Esteem Mediates The Relationship Perceived Stigma With Self-Efficacy For Diabetes Management in Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus. *Saudi Medical Journal*, 43(10), 1157-116.
- Özata, M., Keservuran, G. (2020). *Sirkadiyen Diyet*. Hayygrup Yayıncılık. İstanbul.
- Özcan, Ş., Yıldırım, D. (2020). Endokrin sistem ve metabolik hastalıklar. S. Çelik, Ö. Usta Yeşilbakan (Ed.), *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara. 407-436.
- Özdemir Aslan, E., Toygar, İ., Feyizoğlu, G., Polat, S., Eti Aslan, F. (2023). Relationship Between The Insulin Use And Stigma in Type 2 Diabetes Mellitus. *Primary Care Diabetes*, (23), 1751-9918.
- Özer, E. (2019). Diyabette Tıbbi Beslenme Tedavisinin Uygulanması Ve Diyetisyenin Sorumlulukları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 5-14.
- Özer, İ. (2020). Uzun Kısa Dönem Bellek Ağlarını Kullanarak Erken Aşama Diyabet Tahmini. *Mühendislik Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 50-57.
- Özer, Z., Turan Bahçecioğlu, G., Aksoy, M. (2021). The Effects Of Yoga On Dyspnea, Sleep And Fatigue in Chronic Respiratory Diseases. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 1-7. 101306.

- Özkaptan, B.B., Kapucu, S., Demirci, İ. (2019). Relationship Between Adherence To Treatment And Acceptance Of Illness in Patients With Type 2 Diabetes. *Çukurova Medical Journal*, 44(1), 447–54.
- Özmen, S., Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Özsezer Kaymak, G., Karaca Sivrikaya, S. (2017). Diyabet Ve Stigma. *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Dergisi*, 9(2), 68-72.
- Öztürk, A. (2020). Diyabetli bireylerde algılanan stigma ile diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik ve benlik saygısı ilişkisi. F. Eti Aslan (Ed.), *Güncel Hemşirelik Araştırmaları*. Akademisyen Kitabevi. Ankara. 31-35.
- Özyazar, M., Satman, İ. (2015). Hiperglisemik Aciller. Ş. İmamoğlu, İ. Satman, S. Akalın, S. Salman, C. Yılmaz (Ed.), *Geçmişten Geleceğe Diyabetes Mellitus*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara. 334.
- Pedrero, V., Manzi, J., Alonso, L. M. (2021). A Cross-Sectional Analysis Of The Stigma Surrounding Type 2 Diabetes in Colombia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 1-37. 12657.
- Pivari, F., Mingione, A., Brasacchio, C., Soldati, L. (2019). Curcumin And Type 2 Diabetes Mellitus: Prevention And Treatment. *Nutrients*, 11(8),1-26. 1837.
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Hateley-Browne, J. L., Speight, J. (2020). Weight Stigma And Diabetes Stigma in U.S. Adults With Type 2 Diabetes: Associations With Diabetes Self-Care Behaviors And Perceptions Of Health Care. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 168, 1-9. 108387.
- Salas-Salvado, J., Guasch-Ferré, M., Lee, C. H., Estruch, R., Clish, C. B., Ros, E. (2015). Protective Effects Of The Mediterranean Diet On Type 2 Diabetes And Metabolic Syndrome. *The Journal of Nutrition*, 146(4), 920–927.
- Samancıoğlu, S., Bakır, E., Doğan, U., Karadağ, A., Erkan, E., Aktürk, A., İltter, M., Aktürk, C. (2017). Tip 2 Diyabetik Hastalara Verilen Diyabet Eğitiminin İçeriği Ve Hastaların Hastalık Tutumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 1-5.

- Schabert, J., Browne, J. L., Mosely, K., Speight, J. (2013). Social Stigma in Diabetes: A Framework To Understand A Growing Problem For An Increasing Epidemic. *Patient*, 6(1), 1-10.
- Selzler, A. M., Habash, R., Robson, L., Lenton, E., Goldstein, R., Brooks, D. (2020). Self-Efficacy And Health-Related Quality Of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 682-692.
- Seo, K., Song, Y. (2021). Development And Validation Of The Self-Stigmascale İn People With Diabetes. *Nursing Open*, 8(3), 1089-1097.
- Sezgin, D., Yıldırım, İ. E., Sert Karaaslan, Y. (2020). Rolüm Ağır Obezitede Ayrımcılık Ve Damgalama. Kapital Kitapları. İstanbul.
- Shen, Y., Zhu, W., Lu, L., Lu, F., Kan, K., Bao, Y., Zhou, J., Jia, W. (2019). Contribution Of Structured Self-Monitoring Of Blood Glucose To Self-Efficacy in Poorly Controlled Diabetes Patients in China. *Diabetes Metabolism Research Reviews*, 35(1), 1-6. e3067
- Speight, J., Skinner, T. C., Rose, K. J., Scibilia, R., Boulton, A. J. (2020). Oh Sugar! How Diabetes Campaigns Can Be Damaging To The Cause They Aim To Serve. *The Lancet Diabetes Endocrinology*, 8(7), 566–567.
- Subramanian, S., Porkodi, A., Akila, P. (2020). Effectiveness Of Nurse-Led İntervention On Self-Management, Self-Efficacy And Blood Glucose Level Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 17(3), 1-14. 10.1515.
- Takcıl, M. A., Yıldırım, G. (2021). Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İncasına, Öz Etkililik Algısına Ve Karar Verme Düzeyine Etkisi. *Lokman Hekim Dergisi*, 11(1), 73-82.
- Taşkın Yılmaz, F., Yıldız, E., Çevik, B. E. (2021). Hemşirelerin İş Stresi İle Damgalama Eğilimleri Arasındaki İlişki. *Pearson Journal*, 6(12), 190–203.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). (2015). Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitici Rehberi. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/22020/0/eriskin-diyabetli-bireyler-icin-egitim-rehberi>

- Thornicroft. G. (2014). *Toplumun Reddettiği Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık* (H. Soygür. N. Uluhan ve T. Doğan Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2019). Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/2019>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2022). Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf
- Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). (2014). Güncel Kılavuzlar Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. <https://tkd.org.tr/TKDData/Uploads/files/HTBulten.pdf>
- Ulusoy, E., Ulus, B. (2022). Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerde Kendini Damgalama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 177-184.
- Uusitupa, M., Khan, T. A., Vigiouliou, E., Kahleova, H., Rivellese, A. A., Hermansen, K., Pfeiffer, A., Thanopoulou, A., Salas-Salvadó, J., Schwab, U., Sievenpiper, J. L. (2019). Prevention Of Type 2 Diabetes By Lifestyle Changes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Nutrients*, 11(11), 2611.
- Usluoğlu, H., Güngörmüş, Z. (2018). Diyabetik Hastaların Öz Yeterlilikleri İle Öz Bakım Aktiviteleri Arasındaki İlişki. *Social Sciences Studies Journal*, 4(21), 3165-3170.
- Ustaalioğlu, S., Tan, M. (2017). Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım Ve Tedaviye Yönelik Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 12-20.
- Uzun, H., Alban, K. (2020). Alkol-Madde Bağımlısı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama (Elazığ ili örneği). *Iksad Journal*, 6(24), 401-437.
- Ünsal Avdal., E. (2021). Diabetes mellitus tanı ve sınıflandırılması. E. Ünsal Avdal (Ed.), *Endokrin Hemşireliği*. Hipokrat Yayınevi. Ankara. 335-348.

- Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Egede, L. E. (2014). Effect Of Diabetes Self-Efficacy On Glycemic Control, Medication Adherence, Self-Care Behaviors And Quality Of Life in A Predominantly Low-Income, Minority Population. *Ethnicity & Disease*, 24(3), 349–355.
- Wang, R. H., Chen, S. Y., Lee, C. M., Lu, C. H., Hsu, H. C. (2023). Resilience. Self-Efficacy And Diabetes Distress On Self-Management Behaviours in Patients Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes: A Moderated Mediation Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 215–222.
- Weinger, K., De Groot, M., Cefalu, W. T. (2016). Psychosocial Research And Care in Diabetes: Altering Lives By Understanding Attitudes. *Diabetes Care*, 39(12), 2122–2125.
- Wit de, M., Trief, P. M., Huber, J. W., Willaing, I. (2020). State Of The Art: Understanding And Integration Of The Social Context in Diabetescare. *Diabetic Medicine*, 37(3), 473-482.
- World Health Organization (WHO). (2023). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Erişim Tarihi: 27.04.2023).
- Xie, F., Chan, C. N. J., Ma, C. W. R. (2018). Precision Medicine in Diabetes Prevention, Classification And Management. *Journal of Diabetes Investigation*, 9(5), 998–1015.
- Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., Wang, H. (2020). An Examination Of The Socio-Demographic Correlates Of Patient Adherence To Self-Management Behaviors And The Mediating Roles Of Health Attitudes And Self-Efficacy Among Patients With Coexisting Type 2 Diabetes And Hypertension. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13. 1227.
- Yanık Tekin, Y., Erol, Ö. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), 167-173.
- Yeung, N.C.Y., Lee, E.K.P., Kong, A.P.S., Leung, M.K.W. (2023). “Shame On Me”: Exploring The Role Of Self-Stigma in Psychological Outcomes Among Type 2 Diabetes Patients in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-11.

- Young, H. M., Miyamoto, S., Dharmar, M., Tang-Feldman, Y. (2020). Nurse Coaching And Mobile Health Compared With Usual Care To Improve Diabetes Self-Efficacy For Persons With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial. *JMIR Sağlık Uhealth*, 8(3), 1-34. e16665.
- Yuvaraj, A., Mahendra, S. V., Chakrapani, V., Yunihastuti, E., Santella, J. A., Ranauta, A., Doughty, J. (2020). HIV And Stigma in The Healthcare Setting. *Oral Diseases*, 26(1), 103– 111.
- Gülhan Güner, S., Nural, N.(2020). Endokrin Sistem Hastalıkları. Birsen Y., Nesrin N. *Hastalıklar Bilgisi*. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi. 237-267. Antalya.
- Zhang, Y. B., Yang, Z., Zhang, H. J., Xu, C. Q., Liu, T. (2023). The Role Of Resilience in Diabetes Stigma Among Young And Middle-Aged Patients With Type 2 Diabetes. *Nursing Open*, 10(3), 1776–1784.
- Zhou, G., Li, X., Qiao, S., Shen, Z., Zhou, Y.(2020). HIV Symptom Management Self-Efficacy Mediates The Relationship Of Internalized Stigma And Quality Of Life Among People Living With HIV in China. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 311-321.

EKLER

EK1: HASTA BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Tip 2 diyabetli hastalarda damgalama ve öz etkililik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla veri toplama amacıyla kullanılacaktır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Nur GÖKÇELİ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz: Evli Bekar

4. Eğitim düzeyiniz: Okur-Yazar değil Okur-Yazar İlköğretim Lise Üniversite

5. Yaşadığınız yer: İl İlçe Kasaba Köy

6. Boyunuz:..... Kilonuz:..... BKİ :.....

7. Diyabete eşlik eden herhangi bir hastalığınız:

Evet Hayır

8. Diyabet tanı süresi

9. Ailede tip 2 diyabet öyküsü var mı? Evet Hayır Evet ise kimler:.....

10. Tedavi alıyor musunuz? Evet Hayır Evetse tedaviniz:

11. Ne kadar sıklıkla kontrole gidiyorsunuz? Hiç Ayda bir Ayda birden fazla Üç ayda bir Yılda bir

12. Hastane diyabet eğitimine katıldınız mı? Evet Hayır

13. Hastalığınızla ilgili ilk kez karşılaştığınız bir sorunda ilk başvurduğunuz çözüm yolu nedir?

Hekime başvurma Hemşireye başvurma Sosyal medyaya başvurma

Tip 2 diyabetli başka tanıdıklara başvurma Diğer Açıklayınız:.....

14. Evde kan şekeri ölçüm cihazınız var mı? Evet Hayır

15. Evde kan şekeri cihazınızla kan şekerinizi ölçebiliyor musunuz? Evet Hayır

16. Egzersiz yapıyor musunuz? Evet Hayır

17. Haftada egzersiz yapma durumu?

Haftada bir defa yapma Haftada iki-üç defa yapma

18. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı? Hayır Evet Bırakma

19. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı? Hayır Arada sırada kullanma

20. Günde kaç öğün besleniyorsunuz? Üç öğün Üç öğünden az Altı öğün Altı öğünden fazla

21. Diyetinize uyuyor musunuz? Evet Bazen Hayır

22. Ne kadar sıklıkla diyetisyene gidiyorsunuz? Ayda birden fazla kez Ayda bir kez Üç ayda bir kez Altı ayda bir kez Yılda bir kez Hiç

EK2: TİP 2 DİYABET DAMGALAMA DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

TİP 2 DİYABET DAMGALAMA DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ					
	1- Kesinlikle Katılmıyorum	2- Katılmıyorum	3- Kararsızım	4- Katılıyorum	5- Kesinlikle Katılıyorum
1. Tip 2 diyabetim olduğu için bazı insanlar sorumluluklarımı (iş, aile gibi) yerine getiremeyeceğimi düşünüyor.					
2. Tip 2 diyabetim olduğu için bazı insanlar bana hasta ya da rahatsızmışım gibi davranıyor.					
3. Tip 2 diyabetim olduğu için bazı insanlar beni “daha az insan” olarak görüyor.					
4. Bazı insanlar beni içmemem gereken yiyecek/içeceklerin bulunduğu sosyal etkinliklerden dışlıyor.					
5. Tip 2 diyabetim olduğu için iş yerimde ayrımcılığa maruz kaldım.					
6. Tip 2 diyabetim yüzünden diğerleri (arkadaşlarım, iş arkadaşlarım, partnerlerim gibi) tarafından reddedildim.					
7. Tip 2 diyabetime kendim sebep olduğumu söyleyen biri/birileri oldu.					
8. Tip 2 diyabetim hakkında suçlama ve ayıplamalar yapıldı.					
9. Tip 2 diyabetim olduğu için bazı insanlar beni yiyecek seçimim hakkında yargılıyor.					
10. Sağlık uzmanları, tip 2 diyabeti olan insanların kendilerine nasıl bakmaları gerektiğini bilmediklerini düşünüyor.					
11. Tip 2 diyabetim yüzünden sağlık uzmanları benimle ilgili olumsuz yargılamalarda bulundular.					
12. Tip 2 diyabetim yaşam şeklimi etkilediği için olumsuz bir hastalık olarak damgalanıyor.					
13. Tip 2 diyabetim olduğu için, bazı insanlar aşırı kilolu olmam gerektiğini ya da önceden öyle olduğumu düşünüyor.					
14. Sosyal etkinliklerde tip 2 diyabetim yüzünden mahcup oluyorum.					
15. Tip 2 diyabete sahip olmaktan utanıyorum.					
16. Tip 2 diyabetim olduğu için kendimi suçluyorum.					
17. Tip 2 diyabetim olduğu için yeterince iyi olmadığımı hissediyorum.					
18. Tip 2 diyabetim sahip olmak kendimi başarısız hissetmeme neden oluyor.					
19. Tip 2 diyabetim olduğu için kendimi suçlu hissediyorum.					

EK3: DİYABET ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

DİYABET ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

1) Kahvaltıda dahil her gün 4-5 defa yemek yediğinizde kendinizi ne düzeyde güvende hissediyorsunuz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Güvende Hissediyorum

2) Diyabet olmayan diğer insanlarla yemeğinizi hazırlamak veya paylaşmak zorunda olduğunuz zaman diyetinize uyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Güvende Hissediyorum

3) Acıktığınız zaman yemek için uygun gıdalar seçebileceğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

4) Haftada 4-5 kez 15-30 dk egzersiz yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

5) Egzersiz yaparken kan şekeri seviyesinin düşmesini önlemek için bir şeyler yaptığınızdan ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

6) Kan şekeri seviyesinin olması gerekenden daha yüksek/daha düşük gittiğinde ne yapacağınızı bildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

7) Hastalıkla ilgili değişiklik olduğunda doktorunuzu ziyaret etmeniz gerektiği fikrinden ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

8) Yapmak istediğiniz şeyleri engellememesi için hastalığınızı kontrol altına aldığımızdan ne kadar eminsiniz?

Hiç Güvende Hissetmiyorum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen Eminim

**EK4: İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL
ONAY FORMU**



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-46003
Konu : Etik Kural Kararları

Sayın Nur GÖKÇELİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"TİP 2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkililik Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmanız, kurulumuzun 27.01.2023 tarihli ve 2023/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek:21-Nur Gökçeli Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: *B58897MCRP* FİN Kodu: 43122
Adres: Bahçeköy Caddesi No: 281 Kağıthane/İstanbul
Telefon: 444 97 88 Faks: +90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@iza.edu.tr Web: www.iza.edu.tr
Kap. Adresi: izajbh@1.kap.tr

Belge Takip Adresi : <https://obys.iza.edu.tr/en/Vision/Doğrula/BSJ>

Belge için Zeynep Fındık TEZ
KURULUŞ
Ünvanı: Yürürlü Kurup
Tel No: +902126929686





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	27.01.2023
Sayı	2023/01
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	TİP 2 Diyabetli Bireylerde Damgalanmış Öe Etkililik Düzeyine Etkisi
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Nur GÖKÇELİ
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla taşımaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖRTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katılmadı)

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU
Üye


(Katıldı)


Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

EK5: İL SAĞLIK ETİK KURUL İZİNİ


T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.02-216374514
Konu : Hemşire Nur GÖKÇEL'inin Araştırma İzni Hk
26.05.2023

HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 25.04.2023 tarihli ve E-79341859-929-214095192 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda konu olan Hastanenizde görev yapan ve İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tezli yüksek lisans öğrencisi Hemşire Nur GÖKÇEL'inin "Tip-2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkinlik Düzeyine Etkisi" başlıklı yüksek lisans çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Hastanenizin ilgi sayılı görüşü ve Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 16.05.2023 tarih ve 2023 / 08 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın Hastanenizin uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözeticiler) sürecin koordinasyonunun Başbekimliğinizce sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahifeye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Savaş BAYRAK
Başkan a.
Başkan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: TD1D18EC-ASDE-4FC3-BAE3-7198F4862FB
Belge doğrulama adresi: <https://www.tatkiye.gov.tr/saglik>

Birlikler sok. Peykhan sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126343900
e-Posta: ist.sagligigetisi@saqlik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbul.saglik.gov.tr/>
Kop Adresi: ist.34@hs01.kcp.tr

Bilgi için: Nuran REYHANOĞULLU
Hemşire
Telefon No:

EK6: HASTA ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU

Sizi Nur GOKÇELI tarafından yürütülen "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkililik Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmamızın amacı Tip 2 diyabetli bireylerde damgalamanın hastaların öz etkililik düzeyine etkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 10 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmamızın amaçla ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamamızdır. Bu formu okuyup onaylamamız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahibsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgilerimiz gizli tutulacaktır. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmamızın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [REDACTED] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmamın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşamında adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmamın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velavet veya Vesavet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Nur GOKÇELI
İmzası:

EK7: ÖLÇEK İZİNLERİ

diyabette öz etkililik ölçeği kullanım izni

nur gökçeli

1.12.2022 Per 22:16

Kime:

İyi akşamlar Gülcan hanım ben Nur Gökçeli İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesinde İç Hastalıkları Hemşirelik yüksek lisansı yapmaktayım. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Diyabet Öz-Yeterlik Ölçeği'ni Tip 2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkililik Düzeyine Etkisi tezimde izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğin tamamına ulaşamadığım için mümkünse ölçeğin tam şeklini de sizden rica etmekteyim. İyi çalışmalar dilerim.

Ynt: diyabette öz etkililik ölçeği kullanım izni

gülcan bahcecioğlu

1.12.2022 Per 23:02

Kime: nur gökçeli

2 ek (305 KB)

DIYABET ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ izin (1).pdf; DIYABET ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ izin.docx

Kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.....

Gönderen: nur gökçeli

Gönderildi: 1 Aralık 2022 Perşembe 22:16

Kime:

Konu: diyabette öz etkililik ölçeği kullanım izni

İyi akşamlar Gülcan hanım ben Nur Gökçeli İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesinde İç Hastalıkları Hemşirelik yüksek lisansı yapmaktayım. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Diyabet Öz-Yeterlik Ölçeği'ni Tip 2 Diyabetli Bireylerde Damgalamanın Öz Etkililik Düzeyine Etkisi tezimde izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğin tamamına ulaşamadığım için mümkünse ölçeğin tam şeklini de sizden rica etmekteyim. İyi çalışmalar dilerim.

Tip 2 diyabet hastalarında damgalama değerlendirme ölçeği

nur gökçeli <[REDACTED]>
1.09.2022 Per 16:28

Kime: [REDACTED]

İyi günler Ganimе hanım ben Nur Gökçeli İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç hastalıkları yüksek lisansı yapmaktayım.Tez konum ti 2 diyabetlilerde damgalama üzerine yapmak istiyorum.Türkçe geçerliliğini yapmış olduğunuz Tip 2 diyabet hastalarında damgalama değerlendirme ölçeğinde yabancı versiyonuna ulaştım ancak Türkçe versiyonuna ulaşamadım izniniz olursa ölçeğinde Türkçe halini sizden rica edecektim Türkiye klinikleri dergisinden de orjinaline ulaşamadım bu sebeple size mail yazmak istedim.İyi çalışmalar.

Re: Tip 2 diyabet hastalarında damgalama değerlendirme ölçeği

GANİME CAN GÜR [REDACTED]

7.09.2022 Çar 11:18

Kime: nur gökçeli <[REDACTED]>

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. Ganimе CAN GÜR

2022-09-01 16:27, nur gökçeli yazmış:

İyi günler Ganimе hanım ben Nur Gökçeli İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç hastalıkları yüksek lisansı yapmaktayım.Tez konum tip 2 diyabetlilerde damgalama üzerine yapmak istiyorum.Türkçe geçerliliğini yapmış olduğunuz Tip 2 diyabet hastalarında damgalama değerlendirme ölçeğinde yabancı versiyonuna ulaştım ancak Türkçe versiyonuna ulaşamadım izniniz olursa ölçeğinde Türkçe halini sizden rica edecektim Türkiye klinikleri dergisinden de orjinaline ulaşamadım bu sebeple size mail yazmak istedim.İyi çalışmalar.

ÖZGEÇMİŞ

Nur GÖKÇELİ

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği

Lisans: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. 2009

Lise: Özdemir Sabancı Emirgan Lisesi Süper Lisesi. 2004

B. MESLEKİ DENEYİM

2018- S.B.Ü Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2009-2018 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2009 – 2009 Şişli Florance Nightingale Hastanesi

C. SERTİFİKA

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / Acil Durum ve Afet Yönetimi - 2023

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / KBRN - 2023

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / Kalite - 2023

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / Akılcı İlaç - 2023

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / Verimlilik Kapsamında İlaç Eğitimleri - 2023

Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü / Kişiler Arası İletişim ve Gelişim - 2023

D. KATILDIĞI KONGRE

Gökçeli. N., Bahçecik A.N. (2023). Tip 2 Diyabette Damgalamanın Hastalık Yönetimi Üzerindeki Rolü. Uluslararası Multidisipliner Tıp ve Sağlık Bilimleri Çalışmaları Kongresi (Özet Bildiri/Sözel Sunum).s:138.