



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA YEME
TUTUMU VE YAŞAM DOYUMUNUN BELİRLENMESİ

GÜLDANE YAŞDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2021

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA YEME
TUTUMU VE YAŞAM DOYUMUNUN BELİRLENMESİ

GÜLDANE YAŞDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. ARZU YILDIRIM

ERZİNCAN

2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ BEYANI.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTARCT.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı.....	4
2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Diabetes Mellitus Etiyolojisi	5
2.4. Diabetes Mellitus Sınıflaması.....	5
2.4.1. Tip 1 Diabetes Mellitus.....	5
2.4.2. Tip 2 Diabetes Mellitus.....	6
2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus.....	7
2.4.4. Gençlerde görülen erişkin tipi diyabet (MODY)	8
2.4.5. Yetişkinlerde gizli otoimmün diyabet (LADA).....	8

2.4.6. İkincil Diyabet	8
2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Klinik Belirtileri.....	8
2.6. Diabetes Mellitus Komplikasyonları	8
2.6.1 Akut Komplikasyonları.....	8
2.6.2. Kronik Komplikasyonları	10
2.6.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar	10
2.6.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar	12
2.7. Diabetes Mellitus Tedavisi	13
2.7.1. Diyet Yönetimi	14
2.7.2. Fiziksel Egzersiz	17
2.7.3. İlaç Tedavisi.....	18
2.7.4. Diyabet Eğitimi.....	18
2.8. Yeme Bozuklukları	21
2.9. Yeme Bozuklukları Sınıflandırması	22
2.9.1. Anoreksiya Nervoza	23
2.9.2. Bulimiya Nervoza	23
2.9.3. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu.....	24
2.10. Yeme Bozukluklarında Tedavi	24
2.11. Diabetes Mellitus ve Yeme Bozuklukları	25
2.12. Yaşam Doyumu	27
2.13. Diabetes Mellitus ve Yaşam Doyumu	29
2.14. Diabetes Mellitusta Yeme Bozuklukları ve Yaşam Doyumuna Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri	31
3.MATERYAL VE METOT	38

4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA	49
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	68
EK 1: Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu	68
EK 2:Yeme Tutumu Testi (YTT-40)	70
EK 3: Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....	72
EK 4: Etik Kurul Kararı.....	73
EK 5: Resmi İzin Yazısı	75
EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu.....	76
ÖZGEÇMİŞ	78

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim esnasında ve tezimin tüm aşamasında ilgi, tecrübe ve desteğini benden esirgemeyen, bana her zaman vakit ayırarak değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalanmamı sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Sayın Arzu YILDIRIM' a, değerli fikir ve önerileriyle tezime katkıda bulunan Prof. Dr. Sayın Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR' a ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Serap SÖKMEN'e,

Yaşamımın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Kenan KUZULUGİL ve Nesrin KUZULUGİL'e, Dr. Öğr. Üyesi Murat ÖZSARAÇ'a ve bugünlere gelmeme yardımcı olan aileme,

Çalışmamın verilerinin toplanması sırasında yardımlarını esirgemeyen Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Yara Bakım Servisinde çalışan meslektaşlarıma ve veri tabanını oluşturan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Güldane YAŞDAL

KISALTMALAR

ADA	:Amerikan Diyabet Derneği
AN	:Anoreksiya Nervoza
BKI	:Beden Kitle İndeksi
BN	:Bulumia Nervoza
DKA	:Diabetik Keto Asidoz
DM	:Diabetes Mellitus
HHĐ	:Hiperglisemik Hiperosmolar Durum
IDF	:Uluslararası Diyabet Federasyonu
İGT	:Bozulmuş Glukoz Toleransı
KAH	:Koroner Arter Hastalığı
OSP	:Optimal Sağlık Programı
PAH	:Periferik Arter Hastalığı
SDBY	:Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SPSS	:Statistical Package for Social Science
T1DM	:Tip 1 Diabetes Mellitus
T2DM	:Tip 2 Diabetes Mellitus
TYB	:Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
YB	:Yeme Bozukluğu
YDÖ	:Yaşam Doyumu Ölçeği
YTT	:Yeme Tutumu Testi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4. 1. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (=130).....	44
Tablo 4. 2. T2DM Hastalarının YDÖ ve YTT-40 Puan Ortalamalarının Dağılımı ..	45
Tablo 4.3. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YTT-40 $\geq$ 30 Durumlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.4. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Diyet yönetim rejimlerinin olası sonuçları	16
Şekil 2.2. Optimal Sağlık Programı Optimal Sağlık Çarkı Alanları.....	20
Şekil 2.3. Diyabet, majör depresif bozukluk ve diğer psikiyatrik durumlar arasındaki karşılıklı etkileşim.....	26

ÖZET

Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Yeme Tutumu ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Tip 2 Diabetes Mellitus ciddi, kronik metabolik bir hastalıktır. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal veya davranışsal sorunlar hastanın uyumunu, iyilik halini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz olarak etkilediğinden, bu sorunların değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarında yeme tutumu ve yaşam doyumunun belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı-Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Yara Bakım Servislerinde Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı ile yatmakta olan 188 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarih aralığında ilgili servislerde yatan ve araştırmaya alma ve dışlama ölçütlerini karşılayan 130 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu, YTT-40 ve YDÖ kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 66.21 ± 11.62 yıl, YTT-40 puan ortalaması 30.14 ± 6.29 , YDÖ puan ortalaması 24.76 ± 5.74 olarak belirlendi. Hastalarda olası yeme bozukluğu yaygınlığı %46.9 olarak bulundu. Gelir ve sağlık durumu algısına göre YDÖ puan ortalaması; yaşanan yere göre YDÖ puan ortalaması ve olası yeme bozukluğu arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada T2DM hastalarının yaklaşık yarısında olası yeme bozukluğu ve yaşam doyumu algılarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Hemşirelerin hastaların fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirmede hasta katılımını sağlayarak, bütünleşmiş yaklaşımla birey merkezli psikososyal bakım sağlamaları önemlidir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 Diabetes Mellitus, Tip 2 Diabetes Mellitus Hastaları, Yeme Tutumu, Yaşam Doyumu, Hemşirelik

ABSTARCT

Determination of Eating Attitude and Life Satisfaction in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Introduction and Aim: Type 2 Diabetes Mellitus is a serious, chronic metabolic disease. Since the mental or behavioral problems accompanying physical diseases negatively affect the patient's compliance, well-being, mortality and morbidity, it is very important to evaluate these problems. The aim of this study is to determine the eating attitude and life satisfaction in Type 2 Diabetes Mellitus patients.

Materials and Methods: The universe of this descriptive study consisted of 188 patients hospitalized with the diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus at the Internal Medicine and Wound Care Services of the Ministry of Health-Sakarya University Training and Research Hospital between December 2018 and May 2019. The sample of the study consisted of 130 patients who were hospitalized in the relevant services within the specified date range and met the inclusion and exclusion criteria. The data of the study were collected by face-to-face interview method by using the Patient Descriptive Questionnaire, EAT-40 and LSS.

Results: The mean age of the patients was 66.21 ± 11.62 , the mean EAT-40 score was 30.14 ± 6.29 , and the mean LSS score was 24.76 ± 5.74 . The probable eating disorder prevalence of the patients was determined as 46.9%. According to the perception of income and health status, the mean score of LSS; It was determined that there was a significant difference between the mean LSS score and possible eating disorder according to the place of residence.

Conclusion: In this study, approximately half of the Type 2 Diabetes Mellitus patients had probable eating disorders and their perceptions of life satisfaction were above moderate. It is important that nurses provide individual-centered psychosocial care with an integrated approach by ensuring patient participation in improving the physical and mental health outcomes of patients.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Life Satisfaction, Eating Disorder, Nursing

1. GİRİŞ

Diabetes mellitus (DM), toplumda geniş bir popülasyonu ilgilendiren, sıklığı giderek artış gösteren (1), kronik hiperglisemi sonucu gözlerde, böbreklerde, sinirlerde, kalpte ve kan damar sisteminde kronik komplikasyonlara yol açan, bu organların fonksiyonlarını bozan, sakatlıklara (2) ve erken mortaliteye neden olabilen kronik bir hastalıktır (1). Artan diyabet yükü, içinde bulunduğumuz yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve dünya çapında yetişkinler arasındaki prevalansı son 20 yılda üç kattan fazla arttığı bildirilmiştir (3). Günümüzde epidemi boyutlarına varan DM, önümüzdeki yüzyılda da ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaya devam edecektir (4). Diyabetli birey sayısının 2025 yılına kadar dünya çapında yaklaşık 438 milyona ulaşacağı tahmin edilmiş ve bu tahmin, günümüzde dünya çapında yaklaşık 463 milyon diyabet hastası olan 25 milyon vaka ile aşılmıştır (3). Özellikle gelişme sürecindeki ülkelerde ve etnik gruplardaki artış, gelişmiş ülkelere göre çok daha fazla olacağından, bu toplumlarda hastalığın morbidite ve mortalitesi yanı sıra, ekonomik yükü de büyük bir hızla artacaktır. Tüm dünyada tanı konulan diyabet vakalarının %90-95'ini Tip 2 diyabet (T2DM) formu oluşturmaktadır. İnsanların yaşam alışkanlıklarındaki hızlı değişim nedeniyle dünyadaki tüm toplumlarda T2DM prevalansı giderek artmaktadır (5). Sedanter yaşam biçimi ve obezite artışı devam ettikçe bu sorunla daha genç yaşlardan itibaren karşılaşılacak ve yakın gelecekte çocukluk çağı T2DM vakaları önemli rakamlara ulaşacaktır (4).

Diyabet gibi kronik tıbbi durumlar, bireyin yaşam kalitesinin birçok yönünü etkileyebilmektedir. Diyabetli hastalar genellikle daha az yaşam doyumu, kötü ruh sağlığı ve diğer fiziksel hastalıkların prevalansının artması riski altındadır (6). Özellikle diyet programına uyum sağlanması, yasaklanmış besinlerden uzak durulması ve kronik bir hastalık olması gibi faktörler, hastaları besin alımı ve kilo kontrolü konusunda zihinsel uğraşlara götürmekte, yeme tutum ve davranışında değişikliğe neden olmaktadır (7). Bozulmuş yeme davranışı ve bazı psikolojik özellik ve semptomla karakterize durum olan yeme bozuklukları, diyabetli bireylerin fiziksel ve duygusal sağlığını önemli ölçüde etkilemekte, bozulmuş metabolik kontrol ve daha yüksek mortalite dahil olmak üzere yüksek tıbbi komplikasyon riski ile ilişkilendirilmektedir (8).

Yaşam doyumu, psikolojik ve çevresel yaşam koşulları ile ilgili çok boyutlu bir kavram olup, kişinin tüm yaşamını ve yaşamın tüm yönlerini içerir. Bireyin iyi olma halini, yaşam kalitesini ve mutluluğunu gösterir. Kronik fiziksel hastalık, bireylerin psikolojik iyi olma halini olumsuz etkilemekte ve duygudurum dalgalanmalarına neden olmaktadır (9). Bu doğrultuda iyi oluşun ana göstergelerinden olan yaşam doyumu, hastalık yönetiminin etkili bir şekilde yapılabilmesinde önemlidir. Bununla birlikte diyabeti olup yeme bozukluğu açısından risk altında olan bireylerin diyabet bakımı yükü ile ilişkili ve bunlardan bağımsız olarak tanımlanabilmesi de ayrıca önem arz etmektedir (10).

Sağlıklı bir yaşam tarzı, sağlık ve koruyucu davranışlar ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları, T2DM'nin tedavisinde ve komplikasyonlarının sınırlandırılmasında kilit rol oynamaktadır (11). Bu doğrultuda fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ya

da davranışsal sorunlar değerlendirilmelidir (12). Yeme bozuklukları diyabeti olan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını önemli ölçüde etkiler ve bozulmuş metabolik kontrol ve daha yüksek mortalite dahil olmak üzere yüksek tıbbi komplikasyon riski ile ilişkilidir (8). Bu nedenle diyabeti olan bireylerde bozulmuş yeme davranışının değerlendirilmesi, klinik öneme sahiptir (10). Diyabetli bireylerde yeme bozuklukları ve diğer ruhsal sağlık sorunlarının tedavisinin hem fiziksel sağlığı hem de genel iyilik halini ve işlevselliği iyileştirme potansiyeli bulunmaktadır (8). Hastalığa ve hastaya göre değişmekle birlikte, fiziksel hastalığa eşlik eden davranışsal-duygusal tepkileri değerlendirirken hastayı bir bütün olarak anlamak gerekir (12). Bu bağlamda hasta merkezli yaklaşıma odaklanarak bütüncül hemşirelik bakımı ile danışanların etkili sağlık davranışlarını geliştirmelerine ve sürdürmelerine yardımcı olunabilir (13).

Bu araştırmada T2DM hastalarında yeme tutumu ve yaşam doyumunun belirlenmesi amaçlanmış ve aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

Araştırma soruları:

1. T2DM hastalarında olası yeme bozukluğu oranı ve yaşam doyumu düzeyi nedir?
2. T2DM hastalarında tanımlayıcı özellikler, olası yeme bozukluğunu etkiler mi?
3. T2DM hastalarında tanımlayıcı özellikler, yaşam doyumu düzeyini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı

Diabetes mellitus insülin eksikliğinden, insülinin etkisinin bozulmasından ya da her iki durumdan kaynaklanan hiperglisemi ile seyreden, ortaya çıkmasından farklı patogenetik mekanizmaların sorumlu olduğu (2), çok faktörlü izlem azaltma stratejileri ile devamlı tıbbi bakımı zorunlu kılan (14), mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara neden olarak hayatta kalma süresini ve yaşam kalitesini ciddi oranda azaltan (15), karbonhidrat, lipid ve protein metabolizmalarının tümünü ilgilendiren kronik bir grup metabolik ve endokrinolojik bozukluktur (2).

2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 9.Diyabet Atlası'na göre, günümüzde 463 milyon kişinin diyabeti olduğu bildirilmektedir (16). Bu rakamın 2045 yılına kadar 693 milyona varabileceği, diyabetle yaşayan kişilerin yarısına tanı konulmadığı ve 2017 yılında yaklaşık 5 milyon ölümün 20-99 yaşları aralığında diyabetten dolayı olabileceği gösterilmektedir (17). Avrupa ülkeleri arasında %14.8 ile Türkiye, diyabet oranının en yüksek olduğu ülke olarak gösterilmiştir (18). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi-II çalışmasında Türkiye'de diyabet prevalansı 20 yaş ve üzeri nüfusta %13.7 olarak tespit edilmiştir (19). DM prevalansı yaşlanma ile hızlı bir şekilde artmaktadır. Farklı toplumlarda prevalans oranları açısından büyük farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar genetik belirleyiciler yanı sıra olası çevresel faktörlerin etkileri ile ortaya çıkmaktadır. Her iki bozukluk kadınlarda erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazladır. Şehirde yaşayanlarda kırsal kesime göre diyabet ve bozuk glukoz toleransı da anlamlı olarak daha sık görülmektedir (2).

2.3. Diabetes Mellitus Etiyolojisi

Diyabetin ortaya çıkmasından farklı patogenetik mekanizmalar sorumludur

(2). İnsülin salınımında ve etkisinde oluşan genetik problemler, insülin salınımını bozan metabolik anormallik durumları ve glikoz tolerans düzeyini bozan durumlar DM'nin etiyolojileri arasındadır (20). Otoimmün mekanizma ile veya bilinmeyen bir şekilde beta hücrelerinin harabiyeti ile insülin eksikliğinin ağır bir şekilde ortaya çıkması Tip 1 diyabet (T1DM)'in, beta hücre yetersizliğine bağlı insülin sekresyonunda bozulma ve hedef dokulardaki insülin direnci nedeniyle insülin etkisindeki azalma ise T2DM'nin etiyolojisini meydana getirir (2).

2.4. Diabetes Mellitus Sınıflaması

Diyabetin sınıflaması altta yatan neden ve eksikliğin belirlenmesinde önemlidir (21). Günümüzde diabetes mellitus sınıflaması, hastalığın etiyolojisine göre yapılmaktadır. Buna göre sınıflama T1DM, T2DM, spesifik nedenlere bağlı DM ve gestasyonel DM olmak üzere dört grupta yapılmaktadır (5).

2.4.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Mutlak insülin eksikliğine neden olan beta hücresi harabiyetidir (2). Pankreas β -adacık hücreleri kaybının bir sonucu olarak ortaya çıkan, insülin eksikliğine bağlı olarak artan kan glukoz seviyeleri ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır (22).

T1DM çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve ağırlıklı olarak 30 yaşın altında ortaya çıkmaktadır. Görülme oranı 10-15 yaş grubunda daha yüksektir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık %7-10 kadarını kapsar (23). Yaş, cinsiyet, etnik köken, ailede diyabet varlığı, mevsimsel başlangıç, beslenme ve fiziksel etkenler T1DM insidansında belirleyici etkenler olarak görünmektedir (4).

2.4.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

T2DM en yaygın görülen metabolizma hastalığı olup (4) oldukça yavaş ve sinsi seyrettiğinden, klinik tanı konulduktan sonra hastalarda komplikasyon gelişme riski artmaktadır (24). T2DM'nin etiyolojisi oldukça karmaşıktır. Farklı derecelerde insülin eksikliği ve insülin direnci içerir, ancak birey özellikle hastalığın erken evrelerinde bir miktar endojen insülin üretmeye devam eder. İnsülin eksikliği, pankreas β -hücrelerinin yetersizliğinden dolayı insülin salınımında ilerleyici bir kayıp olması nedeni ile olabilmektedir. İnsülin direnci abdominal obezite ile öngörülür ve hücrelerin hiperglisemi ile sonuçlanan kan glikozunu alamaması durumudur. T2DM en yaygın şeklidir ve vakaların yalnızca %10-15'i T1DM olup, diğer formları daha az yaygınlıktadır (25, 26).

T2DM patogeneğinde insülin sekresyonunu (pankreas β -hücresi fonksiyonu) ve insüline karşı doku yanıtlarını (insülin duyarlılığı) olumsuz etkileyen genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi söz konusudur. Bozulmuş β -hücresi fonksiyonu ve insülin direnci, T2DM ortaya çıkmadan önce mevcuttur ve hastalığın ortaya çıkacağını öngören göstergelerdir (27). Hastalık genellikle infeksiyon gibi bazı hastalıkların neden olduğu stres ile başlar (28). Ketoasidoz gibi ağır metabolik bozukluk seyrek olarak insülin eksikliğinin ön planda olduğu hastada ağır stres durumlarında veya infeksiyonların seyri sırasında ortaya çıkabilir (2).

Diyabet gelişmesinde kalıtsal ve çevresel faktörlerin önemli bir yeri vardır (27). T2DM için risk faktörleri değiştirilebilir (obezite, fiziksel aktivite azlığı, sigara kullanmak, posa oranı düşük-doymuş yağlardan zengin diyet ile beslenme) ve değiştirilemez (yaşlanma, cinsiyet, genetik yatkınlık, ailede diyabet öyküsü,

gestasyonel diyabet veya Bozulmuş Glukoz Toleransı-IGT anamnezi, hipertansiyon, hiperlipidemi ve düşük doğum tartısı) etkenler olarak belirtilmektedir (4, 29).

T2DM’de görülen insülin direncindeki değişimler ve insülin eksikliği genetik riske eşlik eden çevresel etkenlerden kaynaklanmaktadır. Artan kalori alımı, egzersizde azalmaya bağlı olarak artan obezite ile T2DM prevalansı son 50 yılda yaklaşık 10 kat artmıştır. Bununla birlikte T2DM hastalarının %30’u, prediyabeti olanların %30’undan daha fazlası tanı almamaktadırlar. T2DM, günümüz bazı popülasyonlarında çocukluk çağı diyabetlerinin %30’unu oluşturmaktadır (24). Hem anne hem babasında veya monozigotik ikizinde T2DM olan bireyin, bu hastalığa yakalanma yönünden yaşam boyu riski %80’e kadar çıkabilmektedir. T2DM olan tek bir ebeveyne ya da kardeşe sahip olmak, yaklaşık %30 risk oluşturur. Çevresel etkenler olmadan genetik faktörler T2DM gelişiminde yetersiz kalabilmektedir. Obezite (özellikle visceral), fiziksel hareketsizlik, yüksek yağ içerikli/düşük lifli diyetler, sigara kullanımı ve düşük doğum ağırlığı insülin duyarlılığını etkileyen en önemli faktörler arasındadır (27).

2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus

İlk kez hamilelik esnasında insülin direnci ile başlayan, genetik yatkınlığı olup doğumla birlikte sıklıkla düzelen, buna karşın daha sonraki gebeliklerde görülme riski yüksek (%50) olan diyabet türüdür (20). Gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde görülür. Gebelerin yaklaşık % 4’ünü etkiler ve bazı durumlarda tip 2 diyabet gelişiminden önce olabilir. Yenidoğanda gebeliğin diyabetik komplikasyonlarını önlemek için sıkı kontrol gerekmektedir (25,26).

2.4.4. Gençlerde görülen erişkin tipi diyabet (MODY)

Genç yaşta hafif hiperglisemi olarak ifade edilen ve insülin salınımında bozulma ile sonuçlanan (2) β hücresi işlevinin otozomal dominant monogenetik bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Milyonda 50 vaka ile çok nadir olarak görülmektedir (25,26).

2.4.5. Yetişkinlerde gizli otoimmün diyabet (LADA)

Erken evrede adacık antikorları ile erişkinlikte başlayan diyabetin seyrek bir formu olup, otoimmün β -hücre bozulmasının yavaş ilerlemesidir (25, 26).

2.4.6. İkincil Diyabet

İkincil ekzokrin pankreas hastalıkları (kistik fibroz gibi), pankreatit, cerrahi, Cushing sendromu, kimyasal veya ilaç kaynaklı (HIV/AIDS tedavisinde veya organ transplantasyonundan sonra glukokortikoid kullanımı gibi) çok çeşitli koşullardan kaynaklanmaktadır (25, 26).

2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Klinik Belirtileri

DM' de hiperglisemiye bağlı olarak gelişen semptomlar poliüri, polidipsi, kilo kaybı, bazı durumlarda polifaji, görmede bulanıklık, enfeksiyonlara eğilim ve büyümede gerilik sayılabilir (2). T2DM'de ayrıca halsizlik, yorgunluk, ağız kuruluğu, noktüri ve yineleyen mantar enfeksiyonları olmaktadır (30).

2.6. Diabetes Mellitus Komplikasyonları

2.6.1 Akut Komplikasyonları

Diyabetik Ketoasidoz (DKA) ve Hiperglisemik Hiperozmolar Durum (HHD) diyabetin sık görülen akut hiperglisemik komplikasyonlarından (31).

Hiperglisemi

Göreceli veya mutlak insülin yetersizliği, karaciğerin glikoz yapımı artışına ve periferde glikoz kullanımının azalmasına yol açarak hiperglisemiye neden olur. Glukagon ve katekolaminler glikojen fosforilazı aktive ederek glikojenolizi artırır. Katekolaminler, büyüme hormonu, kortizol, serbest yağ asitleri, aminoasitler, elektrolit değişiklikleri ve asidoz, insülinin periferdeki etkisini baskılayıp glikoz kullanımını azaltarak plazma glikozunun daha da yükselmesine yol açarlar (31).

Diyabetik Ketoasidoz

Kandaki glukoz seviyesi artışına bağlı olarak kan ve idrarda yüksek düzeyde keton görülmesi ile belirlidir (5, 20). İnsülin yetersizliği ve insülin karşıtı hormonların artışı sonucu lipoliz, serbest yağ asidini artırır (31). DKA'nın en önemli nedenleri arasında insülin eksikliği, volüm yetersizliği, enfeksiyon, travma, hipoksi, miyokart infarktüsü gibi fiziksel travmalar vardır. Hiperglisemiye bağlı olarak gelişen taşikardi, hipotansiyon, volüm kaybı ile birlikte kusma, solunum, laterji, nefeste aseton kokusu, ruhsal durum değişimleri klasik bulguları arasındadır (5, 20).

Hiperglisemik Hiperozmolar Durum

Oluşum mekanizması DKA'ya benzer ve T2DM'li yaşlı bireylerde daha fazla görülür. İleri düzeyde hiperglisemi ($>600\text{mg/dl}$), hiperosmolalite, hipotansiyon, ruhsal durumda bozulma ve taşikardi klinik belirtileri arasındadır. HHD'de volüm kayıpları daha fazla görüldüğünden mevcut insülin miktarı keton oluşumunu önlemektedir (5).

Hipoglisemi

Hastayı diyabet komplikasyonlarından korumak için sıkı diyabet kontrolünün yol açtığı en büyük sorun, sık ve ağır hipoglisemiler olarak belirmektedir (31). Hipoglisemi, insülin doz aşımı ya da beslenme yetersizliği sonucunda kan glukoz

düzeının aniden normal düzeın altına düşmesidir. T2DM’li bireylerde T1DM’li bireylere oranla daha az görölmektedir ve insülin kullanan T2DM’li bireyler, oral antidiyabetik kullananlara göre hipoglisemi bakımından daha fazla risk altındadır (5). Hipoglisemi görölme sıklığı diyabetin türüne, kullanılan ilaca ve hastanın özel durumuna göre değişmektedir. Ağır hipoglisemi DKA’dan daha sık görölen ve en az onun kadar önemli bir tablodur (31).

2.6.2. Kronik Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları çok yönlüdür ve hemen hemen tüm organ sistemlerini içerir. Diyabetik retinopati, nefropati, ve hızlanmış aterosklerozun uzun dönem komplikasyonları; önlenabilir körlük, son dönem böbrek hastalığı, uzuv amputasyonları ve prematüre kardiyovasküler hastalık gibi önemli morbiditelere neden olur (32). Diyabetik hastalarda mikrovasküler (diyabetik nefropati, nöropati, retinopati) komplikasyonlardan dolayı morbiditeler meydana gelir ve hastaların çoğu, makrovasküler (kardiyovasküler hastalıklar, inme, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon) koroner arter hastalıklarının komplikasyonları sonucu öölürler (15, 32).

2.6.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati

Retinadaki lezyon görüntüsü ile ortaya çıkan körlüğün önde gelen nedenidir (30). Retinopati T2DM hastalarında tanı anında önemli oranda mevcuttur. Bu nedenle tüm hastalar tanı anında dilatasyonlu göz muayenesinden geçirilmeli ve yılda bir kez veya daha sık takip edilmelidir. Retinopatiyi önlemenin en iyi yolu, kan şekerinin normale yakın seyretmesini sağlamaktır (32).

Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, birçok klinik ve subklinik belirtinin eşlik ettiği sendromlar bütünü olup (33) diyabetin en sık görülen komplikasyonlarından birisidir (32). Diyabette görülen temel nörolojik bozukluklar subklinik nöropati, distal simetrik sensorimotor ve otonom sendromların eşlik ettiği yaygın klinik nöropati ve fokal sendromlardır (33). Akut hiperglisemi sinir fonksiyonunu azaltır, kronik hiperglisemi ise ilerleyici sinir lifleri kaybı ile karakterizedir (32). Diyabetik popülasyonda nöropati prevalansı %10-90 arasında değişmektedir (33). Diyabetik ayak lezyonları periferik ve otonom nöropati ile periferik damar hastalığının kombinasyonu sonucu gelişir. Ayak ülserleri, infeksiyon ve gangren sonucunda amputasyonla sonuçlanır (32).

Diyabetik Nefropati

Hem T1DM hem de T2DM'nin en sık görülen mikrovasküler kronik komplikasyonudur (15) ve son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne yol açan en önemli nedendir. Diyabetik nefropatinin erken evrelerinde hiperglisemi, patolojik süreci başlatan temel etken olup ileri evrelerde ise hipertansiyon hastalık seyrini hızlandırmaktadır. İyi glisemik kontrol, erken dönemde renin anjiyotensin sisteminin inhibe edilmesi ve kombine tedavi seçenekleri ile sıkı kan basıncı kontrolü, diyabetik nefropatinin başlaması ve SDBY'ye ilerlemesini engelleyebilmektedir (34).

Diyabetik Ayak

Ayak ülserleri diyabet hastalarında en sık rastlanan komplikasyonlardan biridir ve travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının yaklaşık %50'sinden diyabetik ayak sorumlu tutulmaktadır. Periferik nöropati ve iskemi, diyabetik ayak ülserinin en sık rastlanan nedenleridir. Ayakkabının uygun olmaması gibi nedenlere

bağlı doku travmaları en yaygın neden olarak gözlenmektedir. Enfeksiyon varlığı erken tedavi edilmediği durumda amputasyon riskini artırmaktadır (35).

2.6.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar

Koroner Arter Hastalığı

T2DM hastalarında kardiyovasküler hastalık riski çok yüksektir ve başlıca ölüm nedenidir (32). T2DM yaygın arteriyosklerotik damar hastalığına, inflamatuvar ortama ve trombogeneze yatkınlık oluşturması açısından gerçek bir vaskülopati durumudur (36). Diyabetli hastalarda semptom olmaksızın koroner arter hastalığı (KAH) veya miyokard infarktüsü oldukça sık görülmektedir. Bu hastaların koroner damar doku örneklerinde diyabeti olmayanlara göre ateroskleroz plağında daha yaygın, yoğun lipid varlığı, makrofaj-infiltrasyonu ve tromboz görülmektedir (22). Dislipidemi, hipertansiyon, bozulmuş endotel fonksiyonu, sigara içme, yaşam biçimi, hiperinsülinemi, insülin direnci, oksidatif stres, obezite, hiperhomosisteinemi, lipoprotein yükseklikleri ve damar inflamasyonu gibi çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır (36).

Periferik Arter Hastalığı

Diyabetik hasta popülasyonunda genel popülasyona göre 3 kat daha fazla Periferik Arter Hastalığı (PAH) görülmekte ve hastalığın ilerlemesi daha hızlı olmaktadır. PAH diğer bölgelerdeki tıkalı arter hastalıkları ile yakın ilişkili olup gelecekteki kardiyovasküler morbidite ve mortalite için güçlü bir ön habercidir (37). PAH olanlarda klodikasyon en sık görülen yakınma olup hastaların %75'inden fazlası bu yakınmayla başvurmaktadır. Klodikasyon eforla birlikte ortaya çıkan gerilme, kramp oluşumu, yorulma ve ağrı ile belirli bir durum olup daha sonraki

günlerde tekrarlamakta, 2-3 dakikalık dinlenmeyle düzelmekte ve aynı mesafede bir aktiviteye yeniden başlanmasıyla tekrar görülme ve ilerleyici olma eğilimindedir (36).

Serebrovasküler Hastalık

Santral sinir sisteminde yaygın ateroskleroz varlığında inme ve transiyent iskemik atak için sistolik kan basıncı yüksekliği önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca arteriyel basınç artışı ve serebrovasküler mikroanevrizmaların gelişimi sonucunda serebral hemoraji görülebilmektedir (38). Lipoprotein (a) özellikle diyabet hastalarında anlamlı bir risk etkeni olup serebrovasküler olayları üç kat artırmaktadır. Diyabetli hastalar inme açısından önemli düzeyde risk altındadırlar (36).

2.7. Diabetes Mellitus Tedavisi

Yaşam boyu süren bir hastalık olan DM, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için başlıca ölüm nedenlerinden birini oluşturması ve tedavi giderlerinin oldukça yüksek olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle tedavi çok önem kazanmaktadır (1). DM’de temel hedef, hastaların yaşam standartlarının korunmasını ve en az seviyede komplikasyon görülmesini sağlamak olup tedavi, diyabetin türüne göre düzenlenmelidir (39).

Amerikan Diyabet Derneği (ADA) “Diyabette Tıbbi Bakım Standartları” DM tedavisine yönelik aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

1. Tedavi kararlarının zamanında alınması, kanıta dayalı kılavuzlara dayanması ve bireysel tercihlere, prognozlara ve ek hastalıklara dayalı olarak hastalarla iş birliği içinde alınması sağlanmalıdır.
2. Diyabet yönetimi yaklaşımları Kronik Bakım Modeli ile uyumlu hale getirilmelidir. Bu model, birey merkezli ekip bakımını, diyabet ve ek

hastalıklara yönelik entegre uzun vadeli tedavi yaklaşımlarını ve tüm ekip üyeleri arasında işbirlikçi iletişimi ve hedef belirlemeyi vurgulamaktadır.

3. Bakım sistemleri, hasta ihtiyaçlarını karşılamak için ekip temelli bakımı ve hasta kayıtlarının, karar destek araçlarının ve toplum katılımının kullanımını kolaylaştırmalıdır.
4. Bakım maliyetlerini göz önünde bulundurarak, bakım süreçlerini ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için güvenilir ve ilişkili veri ölçütlerini kullanarak diyabet sağlık bakım sürekliliği değerlendirilmelidir (14).

Diyet, yaşam tarzı müdahaleleri ve uzman sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine bağlı kalmak, diyabetin etkili bir şekilde önlenmesi ve yönetiminin temel taşıdır (3). Globalleşme ve endüstrileşme eğilimleri tüm toplumlarda yaşam biçiminde hızlı değişimlere yol açmıştır. Bu durum fiziksel aktivitenin az olduğu ve beslenme alışkanlıklarının değiştiği kent tipi sedanter yaşam tarzının benimsenmesine yol açmıştır (4). DM'de tedavi beslenme programı, diyabet eğitimi, fiziksel aktivitenin düzenlenmesini ve gerekli durumlarda ilaç verilmesini içermektedir (1).

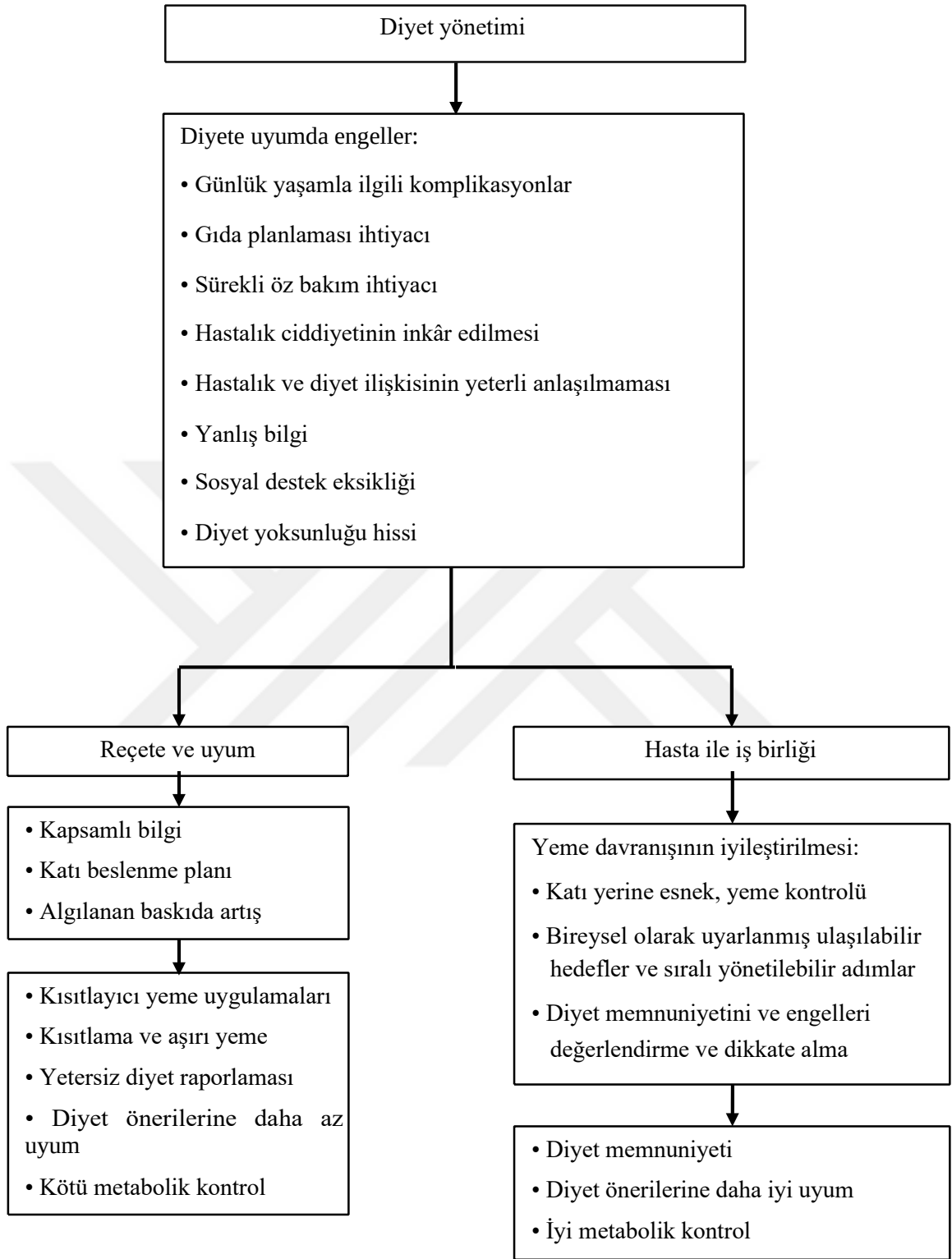
2.7.1. Diyet Yönetimi

Diyabet ömür boyu devam eden bir hastalık olduğundan, sağlık çalışanları tarafından hastalığı kontrol altına alacak, semptomları azaltacak ve komplikasyonların ortaya çıkmasını önleyecek şekilde beslenmeye özel önem veren uygun tedavi yöntemleri uygulanmalıdır (40). Kalorisi yüksek, doymuş yağlardan zengin, posadan fakir beslenme ve öğün atlama insülin direnci ve obezite ile birlikte diyabet riskini artırmaktadır (4). Beslenme müdahalesi, T2DM bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Diyet yönetimi yemek planlaması, yiyecek seçimi, yiyecek hazırlama,

dışarıda yemek yeme, porsiyon kontrolü ve ayrıca yeme zorluklarına uygun yanıtlarla ilgili bir dizi yeme davranışı değişikliğini gerektirir. Bununla birlikte, bir yaşam tarzı davranışı olan diyet, diyabetikler arasında çok düşük uyumun olduğu bir yönetim alanı olarak bildirilmiştir (41). Pakistan’da diyabet hastalarının diyet bilgisi, tutum ve uygulamalarını değerlendiren bir çalışmada, katılımcıların %19'unun iyi düzeyde bilgiye, %58.5'inin olumsuz tutuma sahip olduğu, %82.4'ünün ise diyet konusunda kötü uygulamalar yaptığı bildirilmiştir (42).

Yeni beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi kolay ulaşılan bir hedef değildir. Diyabetik hastalar, hastalık yönetimine uyum sağlamak için yaşamlarını değiştirirken çeşitli eğitimsel, çevresel, psikolojik ve yaşam tarzı zorluklarıyla karşılaşır. Hastalar, yemek yeme zevkinin kaybı, özerklik ve özgürlük gibi birçok ilişkili anlam ve olumsuz duygular nedeniyle diyet rejimine uymakta zorluk yaşayabilmektedir. Yemek yemeye sıklıkla korku, suçluluk ve öfke duyguları eşlik ederken diyetle uyum, caydırıcı ve kısıtlayıcı tutumlar ortaya çıkarır. Ayrıca diyet yoksunluğu düşünceleri de olabilmektedir. Diyetle uyumun önündeki engeller ve yeme davranışının iyileştirilmesine yönelik diyet yönetim rejimlerinin olası sonuçları Şekil 2.1'de gösterilmiştir (41).

Kanıtı dayalı ve sistematik diyet rehberliği oluşturmada kanıtlanmış önemi ve ilerlemeye rağmen davranış değişikliğinin zorluğu, diyetin önemi konusunda farkındalık eksikliği, kültürel diyetten farklı olabilmesi ve yaşam boyu beslenme planına uyum gibi birçok nedenden dolayı diyabet bakımında diyet yönetiminin uygulanması zorlu olmaya devam etmektedir (3). Bu doğrultuda diyet tavsiyelerine uyum rehberliği, diyabet hastalarının çok yönlü ve zorlu diyet rejimlerine uymalarına yardımcı olan davranışsal faktörlere odaklanmalıdır (41).



Şekil 2.1. Diyet yönetim rejimlerinin olası sonuçları.

Son on yılda diyet kılavuzları, tek besin maddelerine odaklanmak yerine tüm yiyeceklerin, besin gruplarının veya diyet kalıplarının etkilerini incelemeye doğru kaymıştır. Diyetetik bakımın maliyet-etkin klinik ve halk sağlığı müdahaleleri olarak potansiyel rolü yeterince fark edilememiştir. Bu bağlamda bakımın etkililiğinde sağlık çalışanları, halkın ve hükümetlerin ortak çabası gerekliliktir (3). Ayrıca diyet yönetiminin başarısı, sağlık profesyonellerinin hastaların kültürel inançları, düşünceleri, ailesi ve toplumsal ağları hakkında bir yönelime sahip olmasını gerektirir (40).

2.7.2. Fiziksel Egzersiz

Egzersiz, T2DM hastalarında tedavinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir. Düzenli egzersizin karbonhidrat metabolizması ve insülin duyarlılığı üzerinde olumlu etkisi çok uzun sürelidir. Düzenli egzersiz diyabete eşlik eden tüm bozuklukları olumlu olarak etkiler, kardiyovasküler risk azalır. Kan basıncı önemli düzeyde düşer, trigliseridden zengin VLDL (Very Low Density Lipoproteins)-çok düşük yoğunluklu lipoprotein) partikül düzeyleri azalır. Diyabetli hastalar için önerilecek egzersiz programı bireysel olmalıdır. Ancak genel olarak önerilecek egzersiz aerobik olmalı, haftada 3-5 kez yapılmalı, her bir seansın süresi 20-60 dakika olmalı, haftada 700-2000 kalori arasında harcanmalı ve insülin kullanan hastalarda egzersiz zamanı insülinin zirve etkisiyle çakışmamalıdır (43).

KAH'a sahip T2DM'li hastalarda egzersiz riskli olduğundan 40 yaş üstü hastalar egzersize başlamadan önce egzersiz tolerans testi yaptırmalıdır. Ayrıca hipoglisemi açısından egzersiz öncesi ve sonrası hastaların glukoz düzeyleri kontrol edilmelidir. Egzersiz yapan hastalar yumuşak doku ayak travmaları açısından izlenmelidir (39).

2.7.3. İlaç Tedavisi

T2DM yönetimi, hastalığın farklı evrelerinde farklı tedaviler gerektirir. Erken evrelerde diyabet, yaşam tarzı değişikliği ile kontrol edilebilir (25, 26). Ancak T2DM ilerleyici bir hastalık olduğundan nonfarmakolojik tedavi bir süre sonra yetersiz kalır ve oral antidiyabetiklere başlanması gerekir (44). Birçok hasta, metformin (normal böbrek fonksiyonlarına sahip olanlarda ilk sırada yer alır), sülfonilüreler, tiyazolidindionlar, dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri (gliptinler) ve sodyum/glikoz birlikte taşıyıcı-2 (SGLT-2) inhibitörlerine gereksinim duyar (25, 26). Ortalama 10 yılda maksimum oral antidiyabetik dozlarına rağmen yeterli kan şekeri kontrolü sağlanamaz ve insülin tedavisi indikasyonu ortaya çıkar (44). Oral hipoglisemik ajanlara yeterince cevap vermeyen hastalar için enjekte edilebilir glukagon benzeri peptit-1 (GLP-1) ve insülin seçenekleri bulunmaktadır. GLP-1 merkezi olarak medulla oblongata'nın traktus solitarius çekirdeğinde ve periferik olarak pankreasta ve gastrointestinal sistemde üretilen bir anoreksijenik peptiddir. Diyabeti olan bireylerin GLP-1 analog tedavisinde vücut ağırlığını kaybettiği gözlemlenmiş ve bunun mezolimbik sistem üzerindeki merkezi etkisinden kaynaklanıyor olabileceği bildirilmiştir (45).

2.7.4. Diyabet Eğitimi

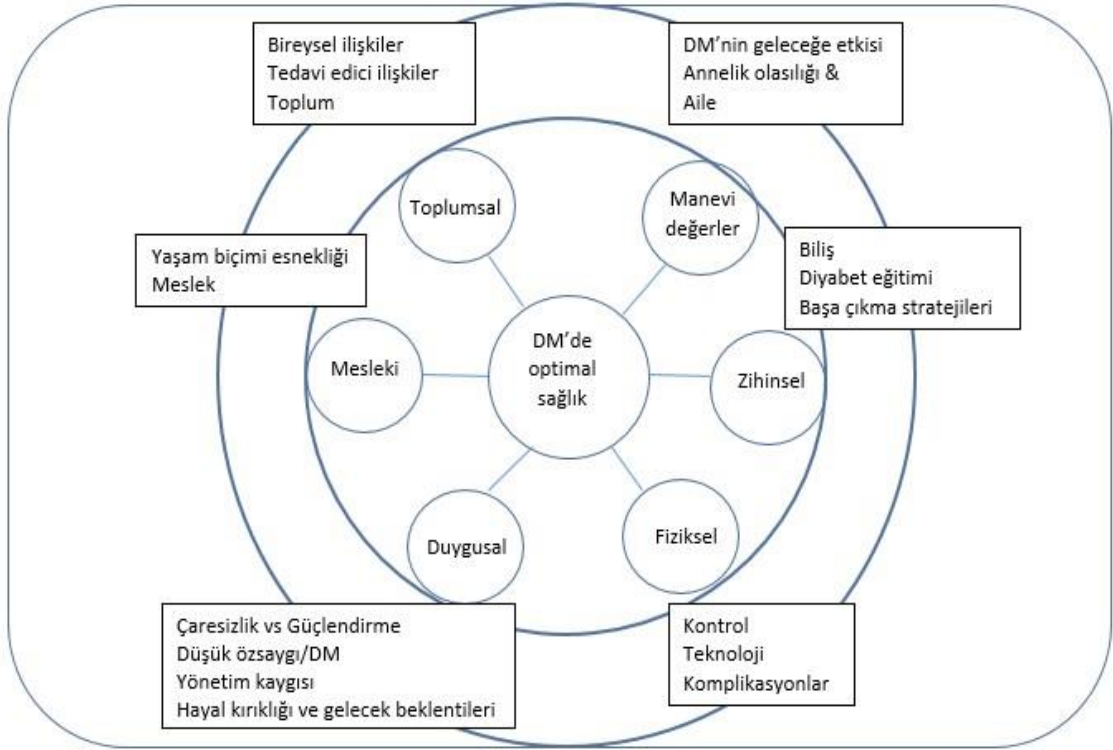
Diyabet komplikasyonları hakkında farkındalık ve buna bağlı olarak diyet bilgisi, tutum ve uygulamalarda iyileşme, hastalığın daha iyi kontrol edilmesini sağlar (40). Diyabet yönetiminde hastaların kişisel sorumluluklarını araştırmaları ve anlamaları beklenirken, sağlık profesyonellerinin uyum ve bağlılık kavramlarından işbirliği kavramına geçmesi gerekir (41). Paydaşlar (sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık kuruluşları, diyabet bakımıyla ilgili kuruluşlar, vb.), hastaları, hastalık

yönetimine, uygun öz bakıma ve daha iyi yaşam kalitesine yardımcı olabilecek diyet ve egzersizin önemini anlamaya teşvik etmelidir (40).

Sürekli eğitim, motivasyon ve sıkı hedef koymanın başarılı bir yaklaşım olduğu gösterilmiştir (32). Hastalarda öz yönetim eğitimi girişimleri ile sağlık sonuçları iyileştirilebilir. İşbirlikçi bir tedavi yaklaşımına dayalı olan Optimal Sağlık Programı (OSP), başlangıçta ruhsal hastalıkları olan insanlara yardım etmek için geliştirilmiştir. OSP'nin öz yönetim temelleri özellikle diyet, egzersiz, insülin verilmesi, karbonhidrat hesaplaması, kan glikozunu izleme, durumun ve bakım rejiminin duygusal etkisi ile başa çıkma gibi hastalığın eşzamanlı yönlerini yönetmenin günlük zorluğuyla karşılaşan DM hastaları için uyarlanmıştır. Hedef gruplarından elde edilen bulgular algılama, düşünce, stresle başetme, ve problem çözme konularında ruhsal toplumsal desteğin önemi gösterilmektedir (Şekil 2.2) (46). Öz-yeterlik OSP'nin merkezindedir ve bu nedenle DM ile yaşayanları desteklemede önemlidir (47, 48).

Reunion Adası'nda yetersiz kontrollü diyabette kan şekerini iyileştirmede uzun vadeli (2 yıl) yapılandırılmış grup öz yönetim eğitim müdahalesinin etkinliğini belirlemek üzere tasarlanmış randomize kontrollü bir çalışmada, T2DM hastalarına yönelik teorik temelli eğitim yaklaşımı (sosyo-yapılandırıcılık, sosyal bağlamsallaştırma, yetkilendirme, eylem planlaması) uygulanmıştır. Birincil sonuç, uzun vadeli mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyon riskinin iyileşen metabolik kontrolün sürdürülmesini ölçmek için iki yılda HbA1c'nin düzeyine; ikincil sonuç ölçütleri ise antropometrik göstergeleri, kan basıncı, lipidler, antidiyabetik ilaçlar, fiziksel aktivite düzeyi, gıda alımı, yaşam kalitesi, sosyal destek, anksiyete, depresyon düzeyleri ve öz etkililiğe dayandırılmıştır. Sonuç olarak

T2DM’de terapötik eğitimin yakın çevrelerde, uzun vadede ve heterojen bir sosyo-ekonomik ortamda devam eden güçlendirme grup oturumları düzenlemenin etkinliği ve potansiyel ilgisine dayalı olarak yapılandırılmasının önemli ve zorlu sorunların ele alınmasına yardımcı olacağı ifade edilmiştir (49).



Şekil 2.2. Optimal Sağlık Programı Optimal Sağlık Çarkı Alanları.

Yunanistan’da ise 100 diyabet hastasının katılımı ile yoğun olmayan yaşam biçimi müdahale programının uygulandığı bir çalışma yürütülmüştür. Müdahale grubundaki her birey, eğitimli sağlık çalışanı tarafından diyet, fiziksel aktivite, kilo ve kan şekeri düzeyi kontrolü, davranış değişikliği ve ilaç tedavisi konusunda yazılı materyalle desteklenmiş, bireyselleştirilmiş danışmanlık hizmeti almıştır. Müdahaleden üç ay sonra yapılan değerlendirmede, hastaların kilo ve bel çevresinde

azalma; fiziksel aktivite, egzersiz süresi ve sağlıklı beslenme önerilerine uyumda artış bildirilmiştir (50).

Diyabet hastalarının fiziksel sağlığı ile birlikte ruhsal sağlığını da ele alan yaklaşımlardan biri diyabet bakımının üç boyutu modeli olup sürekli kötü glisemik kontrolü olan hastalar için tıbbi, ruhsal ve toplumsal bakımı bütünleştirerek diyabetle yaşamının toplumsal ve ruhsal boyutlarını ele alır. Bu model iyileştirilmiş glisemik kontrol, ruhsal iyilik ve hasta memnuniyeti yanı sıra planlanmamış bakım kullanımı ve maliyetinde azalma sonuçları göstermiştir (51). Biyopsikososyal müdahale ile ekip bakım modeli ise, diyabeti ve depresyonu olan hastalarda psikiyatrist gözetiminde hemşireler tarafından verilen ruhsal tedavilerle diyabet bakımını geliştirmeyi hedeflemektedir (26).

2.8. Yeme Bozuklukları

Toplum ve kültür yeme davranışında önemli etkiye sahip olup özellikle kadınların nasıl görünmesi gerektiğini etkilemektedir. Yeme davranışı çevresel koşullar ve organizmanın fiziksel şartları arasındaki etkileşimine yanıt olarak belirtilmektedir (52). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yeme bozukluğu (YB) yaygınlığının giderek arttığı gösterilmektedir. Özellikle zayıf olma isteğinin hastalık boyutuna ulaştığı genç kızlarda YB oranları, tanı konulmuş YB hastalarına oranla oldukça yüksektir. Diyet yaparak kiloyu kontrol altında tutmaya çalışmak, fiziksel görünüme yönelik ısrarcı uğraşlar sergilemek YB habercisidir (28).

YB, vücut ağırlığı ile fazla meşgul olma ve yeme davranışlarındaki değişikliklerle belirli anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve tikanırcasına yeme bozukluğu (TYB) gibi bozuklukları içerir (53). Bu bozukluklarda

yeme davranışlarında aşırı ya da yetersiz kontrol, vücut imajında bozukluk ve kilo kontrolüne yönelik aşırı olarak kabul edilen (54) bozulmuş yeme davranışı ve bir dizi psikolojik özellik ve semptomlar görülmektedir (8).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskısı (DSM-5)'nda yeme bozukluklarının tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler ile YB görülme yaygınlığının arttığı; AN sıklık ve yaygınlığını yaklaşık iki katına ulaştığı, BN yaygınlığının ise %30 oranında arttığı gösterilmiştir (53).

Yeme bozuklukları biyolojik değişikliklere yol açarak metabolik oranları değiştirmekte, malnütrisyon ve ölüme neden olabilmektedir. Daha çok genç kadınlarda görülen yeme bozukluklarının nedenleri arasında biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etkenler sıralanabilmektedir (55).

2.9. Yeme Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5'te beslenme ve yeme bozuklukları:

- ☐ Pika
- ☐ Geviş getirme bozukluğu
- ☐ Kaçınıcı/kasıtlı besin alımı bozukluğu ☐

Anoreksiya nervoza

- ☐ Bulimiya norvoza
- ☐ Tıkanırcasına yeme bozukluğu
- ☐ Diğer belirlenmiş beslenme ve yeme bozuklukları
- ☐ Belirlenmemiş beslenme ve yeme bozuklukları başlıkları ile sınıflandırmaya girmiştir (53, 56).

2.9.1. Anoreksiya Nervosa

Kilo alma korkusu nedeniyle bilinçli şekilde aşırı zayıf kalma uğraşları ile belirli bir bozukluktur. Hastalığın en tipik özelliği zayıflığına rağmen kişinin kendisini şişman veya şişmanlayacakmış gibi hissederek yemekten uzak durmasıdır. Genellikle 12-18 yaşları arasında başlar. Bireyler genellikle okul başarıları yüksek, mükemmeliyetçi gençlerdir (53).

Yaşamı tehdit edebilecek düzeyde ağırlaşabilen ciddi bir bozukluk olup (53) çoğunlukla kızlarda ve orta-yüksek sosyokültürel düzeyde görülür. Bu bireylerde genellikle depresif duygudurum, obsesif düşünceler, kompulsif davranışlar, değişime dirençli düşünceler görülebilir. Bu bozukluğun etiyolojisinde biyolojik ve psikodinamik-psikososyal teoriler belirtilmektedir (57). Kısıtlayan (aşırı kısıtlanmış rejim) ve bulimik (kısıtlanmış rejim ile aşırı yeme ya da çıkarma- veya her ikisi) olmak üzere iki klinik tip tanımlanmıştır (53, 57).

2.9.2. Bulimiya Nervosa

Aşırı yemek yeme, kilo alma ve kilo almayı durdurma çabaları ile ve çıkarma davranışlarıyla belirli bir bozukluktur (53). Nöbet halinde olan bu davranışlar tekrarlayıcı özelliktedir ve hasta yeme davranışı üzerinde kontrolünü kaybeder. Daha çok karbonhidrat ve yağ içeren, yüksek kalorili yiyecekler çiğnemedi yutarcasına yenilir. Nöbet, hasta yorgun düşünceye ya da aşırı yemekten rahatsız oluncaya kadar devam eder. Genellikle 15-24 yaşları arasında başlar (57).

Kilo almayı önlemek için yediklerini kusar, iştah kesici, idrar söktürücü ilaçlar kullanır. Beden ağırlığı ve güzellikle aşırı uğraşı içindedirler. Yeme tutkusu çok fazladır bir yandan gizlice yer, çıkarır ve yine yer. Hasta bu tür yemeden dolayı

kendini eleştirir, suçlar. Bu hastalarda çöökkünlük, obsesif-kompulsif ve fobik bozukluk, panik bozukluğu genellikle birlikte görülebilmektedir. Bozukluk aile öykülerinde genel toplumdan daha sık görülür. Bununla birlikte özgeçmişlerinde çocuklukta cinsel saldırıya maruz kalma ve aile içi sorunların fazlalığı da dikkati çekmektedir (53).

2.9.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Yineleyici tıkanırcasına yeme nöbetleri ile belirlidir (57) ve sınıflandırma sistemlerine DSM-5 ile girmiştir (53). Yeme bozuklukları, yeme tutum değişiklikleri, kilo kontrolünün sağlanmasındaki zihinsel uğraşlara bağlı fiziksel ve psikososyal işlevselliğin bozulması ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. TYB'nin görülme sıklığı obezite servislerindeki hastalarda %10-20 iken bariyatrik cerrahi alabilecek hastalarda %6-47 oranındadır (28). Tıkanırcasına yeme atakları olup çıkarma davranışı gözlenmez. Çoğunluğu normal kilolu olup aşırı kilolu olanlar yardım arar ve şişmanlığa yönelik ameliyat için başvuru yaparlar (53). Ağır olmayan (haftada bir-üç kez), orta (haftada dört-yedi kez), ağır (haftada sekiz-on üç kez) ve aşırı (haftada on dört ya da daha fazla) olmak üzere dört düzeyi tanımlanmıştır (57).

2.10. Yeme Bozukluklarında Tedavi

YB olan bireyler tedavi olmayı çok nadir kabul ederler. Büyük çoğunluğu aile ve arkadaş baskısı ile tedaviye ikna olurlar. Danışman öncelikli olarak danışanların iyileşmeye olan direncini kırmalıdır. Yeme bozukluklarında mevcut tedavi, nedensel ve devam eden faktörleri yönetmek için psikoterapötik girişimlerin yanı sıra beslenmenin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. İlk amaç, danışanın düzenli öğünler ve atıştırmalıklar yemesine yardımcı olmaktır (54). Ortam terapisi, farmakolojik tedavi danışmanlık, sağlık eğitimi, beden imajı algısının değiştirilmesi ve ileri düzey

uygulamalar olarak psikoterapiler yeme bozukluklarında kullanılan tedavi yaklaşımlarıdır (57). AN'de hastanın beslenme bozukluğunu ve bozuk yeme ve çıkarma davranışlarını düzeltme, sağaltımın iki temel amacıdır. Aile odaklı tedaviler, bilişsel davranışçı psikoterapi, insan ilişkilerine odaklı psikoterapiler ve psikoeğitim odaklı destekleyici psikoterapi; BN ve TYB'de ise bilişsel davranışçı psikoterapi ve seçici serotonin geri alım önleyicileri uygulanabilir (53).

2.11. Diabetes Mellitus ve Yeme Bozuklukları

Fiziksel bozukluğu ya da hastalığı olanların %30-50'sinde destek, yardım veya tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Endokrin sistem hastalıkları doğrudan etkiyle psikiyatrik bozuklukları taklit edebilir ve kronik seyreden endokrinolojik hastalıklarda psikolojik tepkiler oluşturabilir. Kan şekeriindeki değişimler ruhsal yapıyı, ruhsal yapıdaki değişimler de kan şekeri düzeyini etkilemektedir (12). Ruhsal bozukluklar ve diyabet arasında giderek artan düzeyde bir ilişki (Şekil 2.3) ve diyabeti olan hastalarda çökkünlük riskinin genel toplumdaki riskin iki katı olduğu gösterilmektedir (58). Çökkünlüğü olmayan T2DM hastalarıyla karşılaştırıldığında, çökkünlüğü olan diyabet hastalarının tedaviye uyumlarının daha bozuk, glisemik kontrolün daha zayıf, diyabete bağlı komplikasyon ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (53).

Diyabetli bireylerde bozulmuş yeme davranışı diyabetik ketoasidoz, hastaneye yatış ve diyabete bağlı komplikasyonlar, özellikle retinopati ve nöropati riskini artırdığı için klinik açıdan dikkat edilmesi gereken bir durumdur (8). Diyabet ve YB davranışları ile ilgili çalışmaların çoğu T1DM hastalarında yapılmış ve T1DM olan genç kızlarda yeme davranışı bozukluklarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Diyabeti olan obez hastaların kan glukozunu dengede tutma ve istenilen kiloya ulaşma konularında başarılı olmaları oldukça zordur.



Şekil 2.3. Diyabet, majör depresif bozukluk ve diğer psikiyatrik durumlar arasındaki karşılıklı etkileşim.

Kilo verme, diyet uygulamaları ile zihinsel uğraşlar içinde olma, T2DM hastalarında TYB oluşumuna neden olabilmektedir (28). Ayrıca ağırlıklı olarak TYB aşırı kilolu olmaya yol açabildiğinden, bu bozukluğun T2DM'de bulunma olasılığı daha yüksektir (8) ve TYB, T2DM'de en sık görülen yeme bozukluğudur (8, 28).

Bozulmuş yeme davranışı tipik olarak T2DM başlamasından yıllar önce başlar ve bunun tersi çok daha az yaygındır (8). Tıkınırcasına yeme, tek başına obeziteye atfedilebilen riski ve metabolik sendrom bileşenlerini geliştirme riskini artırarak T2DM geliştirme riskini artırabilir. Bu nedenle T2DM başlangıcı genellikle yeme bozukluklarından çok daha geç olduğundan tıkınırcasına yeme, diyabetin etkisi değil, olası nedenidir. Bununla birlikte, diyabeti olan bireyde YB olup olmadığını belirlemek bazı nedenlerden dolayı zor olabilmektedir. Bunlar: diyabette görülen hormonal düzensizlik nedeniyle tokluk kaybı mekanizmaları, diyabet öz bakım

programlarında yiyecek ve diyetlere vurgu ve kontrol kaybı gibi psikolojik sorunlar, bazı antidiyabet ajanlarının özellikle insülinin açlığı artırabilmesi ve kilo alımına yol açabilmesi veya kilo vermeyi zorlaştırabilmesidir (59). Ayrıca T2DM olan aşırı kilolu hastalar, diyet alımını eksik bildirebilir. Bu durum diyabet öz yönetiminde başarısızlık ile sonuçlanan yeme bozukluğunu gösterebilmektedir (10). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, T2DM tanısı yeni konulmuş hastalarda kısıtlı, duygusal ve dışsal yeme davranışını değerlendirmek ve yeme davranışının yağ ve enerji değişiklikleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, üç tip yeme davranışı dağılımının T2DM hastalarında ve genel popülasyonda benzer olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca duygusal ve dışsal yemenin, artan enerji ve yağ alımı ile pozitif; kısıtlı yemenin negatif yönde; kadınlarda ise dışsal yemenin enerji alımında azalma ile pozitif bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir (60).

TYB olan T2DM hastalarında tedavi yönetimi kalori azaltılması, aktivitenin artırılması, yapılandırılmış hasta eğitimi, diyetetik destek, kilo yönetimi grupları, obezite ajanlarının reçetelenmesi (artık tek bir seçeneğe indirgenmiştir) ve önemli derecede obezitesi olan kişiler için bariatrik cerrahiyi içerir. Bu bilinen müdahalelerle birlikte bilişsel davranışçı psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, değiştirilmiş diyalektik davranış terapisi (59) ve seçici serotonin geri alım önleyicileri uygulanabilir (53).

2.12. Yaşam Doyumu

Yaşam tatmini ya da memnuniyeti olarak da adlandırılan yaşam doyumu ifadesi, kişinin yaşamı boyunca yaşamdan beklentilerinin, sahip oldukları ile kıyaslanması şeklinde ilk defa Neugarten ve diğerleri (1961) tarafından tanımlanmıştır (61, 62). Yaşam doyumu, kişinin sahip oldukları ile hayattan

beklentilerinin uyum içerisinde olması durumudur. Başka bir ifade ile kişinin ne istediği ile neye sahip olduğunun karşılaştırılmasıdır (61). Diğer bir tanıma göre yaşam doyumu, kişilerin tercih ettikleri standartlara bağlı kalarak yaşam kalitelerini genel anlamda değerlendirme sürecidir. Bu süreç boyunca kişi, kendisi için belirlemiş olduğu yaşam standartları ile içerisinde bulunmuş olduğu yaşam koşullarını karşılaştırdığında yaşam doyumuna ulaşmış olur (63).

Yaşam doyumu psikolojik ve çevresel yaşam koşulları ile ilgili çok boyutlu bir kavram olup (9) iyi oluşun ana göstergelerindendir (6). Bireyin yaşamına anlam katar ve bir duygunun ya da öz değerın kaynağı olabilir (9). Yaşam doyumu, kişinin yaşamıyla ilgili olumsuzdan olumluya değişen belirli bir zaman noktasında sahip olduğu duygu ve tutumlarla değerlendirilir (6). Kişilerin yaşam şekillerinin ve kalitelerinin farklı olması yaşam doyumu kavramının tanımının yapılmasında farklılıklar ortaya çıkarmıştır. Bu tanımlamalar kişilerin yalnızca bir durumuna bakarak değil, yaşamı boyunca karşılaştığı durumlar göz önünde bulundurularak mutluluk, motivasyon, moral açısından iyi olma haline karşı yaptığı derecelendirmenin ölçütü dikkate alınarak yapılmıştır (61).

Herkesin psikolojik yapısının farklı olması, yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin sıralanmasında farklılıklara yol açar ve her birey yaşanan olay ya da duruma karşı farklı tepkiler verebilir (61). Kişilerin yaşam doyumu gündelik yaşamdan alınan haz, yaşam şekline verdiği anlam, hedefine ulaşmadaki istekliliği ve uyumu, bedensel ve ruhsal iyi oluşu, ekonomik durumu ve sosyal ilişkisi (63) gibi kişisel ve demografik, iş ile ilgili, çevresel ve toplumsal durumlardan etkilenmektedir (61, 63).

2.13. Diabetes Mellitus ve Yaşam Doyumu

Diyabet yönetiminin karmaşık ve sürekli gereksinimleriyle ve kronik bir tıbbi durumla yaşama deneyiminin psikososyal işlevsellik üzerindeki etkisi nedeniyle diyabetli bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları arasında yakın bir ilişki vardır (8). Yaşam doyumunun depresyon ve anksiyete ile negatif, benlik saygısı ile pozitif ilişkili olduğu, ruhsal sağlığı kötü olan kişilerin yaşam doyumunun düşük olacağı, bu durumun da tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyerek diyabetle ilişkili ciddi kısa ve uzun vadeli komplikasyon riskini arttırabileceği ileri sürülmüştür (64). Güney Avustralya'da yapılan bir çalışmada, DM hastalarının fiziksel yaşam kalitesinin DM olmayanlardan ve YB olduğunu belirten DM hastalarının YB olmadığını belirten hastalara göre ruhsal sağlığının daha kötü olduğu belirlenmiştir (65). Başka bir çalışmada ise T2DM hastalarında yeme bozukluğunun anksiyete bozukluklarının yüksek oranları ile ilişkili olduğu; hastaları takip eden sağlık profesyonellerinin, özellikle uygun tedaviye rağmen metabolik kontrolü yetersiz olan bireylerde yeme bozukluklarını araştırmalarının önemli olduğu bildirilmiştir (66).

Diyabetli hastalar genellikle düşük benlik saygısı, daha az yaşam doyum, kötü ruh sağlığı ve diğer fiziksel hastalıkların prevalansının artması riski altındadır. Nijerya'da üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuran 550 diyabetik hastada yaşam doyum, benlik saygısı ve ruh sağlığını araştıran kesitsel özellikte bir çalışmada, hastaların %23.5'inin yaşamdan doyum almadığı, %20.5'inin benlik saygısının düşük ve %19.3'ünün ruh sağlığının kötü olduğu bulunmuştur. Bu durumun hastalıkları hakkında sahip oldukları olumsuz duygularla ilişkili olabileceği ve diyabetle ilgili komplikasyonları önlemek için, ilaç rejimine sıkı sıkıya bağlı kalmaya çalışarak çok fazla sıkıntı yaşamaları nedeniyle olabileceği belirtilmiştir (64). Polonya'da 276

T2DM olan 40-65 yaş arası kadınlarda gıda ürünleri gruplarının tüketilme sıklığına ilişkin oluşturulmuş soru formu kullanılarak, yeme davranışında yaşam doyumu ve diğer belirleyicileri inceleyen bir çalışma yürütülmüştür. Kadınlarda özellikle önerilen ürün gruplarını (sebzeler, meyveler, baklagil tohumları, tam tahıllar, az yağlı süt ürünleri ve kuruyemişler) tüketme sıklığı olmak üzere beslenme yetersizliği olduğu ve akılcı diyet seçiminin yaşam doyumu arttıkça arttığı bildirilmiştir (67). Pakistan’da 496 DM hastası ile yürütülen bir çalışmada da hastaların yaşam doyumu, beslenme alışkanlıkları, hastalık yönetimi ve beslenme durumu ölçüm araçları literatür taraması sonucu geliştirilmiş ve yetersiz gıda alımı olan hastalarda yaşam doyumsuzluğunun yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca tedavide insülin kullanılmamasının hastalığın hafif olduğu; diyabet komplikasyonları zaten oluşacağından iyi bir kan şekeri kontrolü sağlamaya çalışmanın pek işe yaramayacağı; diyabetin duygusal etkilerinin az olduğu ve günlük diyabet bakımı ile ilgili kararların hasta tarafından verilmesi gerektiği inancında olan hastaların da yaşam doyumsuzluğunun yüksek olduğu gösterilmiştir (68). İspanya’da yapılan bir çalışmada ise TYB olan T2DM hastalarının bu bozukluğu olmayan hastalara göre daha belirgin depresif belirtiler gösterdiği (69), Türkiye’de yapılan bir çalışmada, T2DM hastalarının yaşam doyumu ile öz bakım yönetimi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (70).

Psikolojik iyi oluşun bir göstergesi olan yaşam doyumunun, uzun vadeli hedefler bağlamında kısa vadeli davranışları motive edebildiği ve psikolojik iyi oluşun metabolik sendroma ve hatta diyabete karşı koruyucu bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Almanya’da 25-74 yaş aralığında 7107 birey ile iki nüfus temelli MONICA/KORA araştırması yapılmıştır. Çalışmada sosyo-demografik, davranışsal

ve klinik risk faktörlerine göre ayarlanmış model analizi sonuçlarına göre yaşam doyumu yüksek olan erkeklerde, T2DM riskinde %27 düşüş olduğu, kadınlarda ise yaşam doyumu ile herhangi bir ilişki olmadığı bildirilmiş ve yaşam doyumunun yaygın risk faktörlerinden bağımsız olarak T2DM gelişiminde koruyucu bir rolü olduğu ve bu bağlamda psikolojik iyi oluşun daha fazla dikkate alınması gerektiği önerisinde bulunulmuştur (71).

2.14. Diabetes Mellitusta Yeme Bozuklukları ve Yaşam Doyumuna Yönelik Hemşirelik Müdahaleleri

Diyabet hastaları tanı konulduktan sonra, çok sayıda günlük öz yönetim kararları almasını ve karmaşık bakım faaliyetlerini gerçekleştirmesini gerektiren yaygın komplikasyonlar ve fiziksel durumlar ile baş etmenin yanı sıra sürekli psikososyal zorluklarla da karşılaşmaktadır. Ayrıca çok disiplinli destek almak için sağlık sisteminin içine girmek zorunda kalmaları gibi durumlar, genellikle sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin azalması ile sonuçlanır (46). Ruhsal zorlanmalar, uyum güçlükleri ve depresyon, diyabet hastalarında oldukça sık görülür. Bu psikososyal sorunların diyabete eşlik etmesi ise prognozu kötüleştirir (12) ve yaşam doyumunu düşürür (64).

Fiziksel işlev bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hasta ve ailelerin duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve toplumsal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin çalışma alanı, genel hastanelerin dahiliye, cerrahi gibi psikiyatri dışı ortamlarıdır. Bu hemşirelerin temel amacı fiziksel hastalığı olan hastaların psikososyal uyumuna yardım etme, ruhsal bozuklukları önleme ve azaltma, hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilmesine ve hastalık

yaşantısından anlam bulmasına yardımcı olmaktır (12). Sağlık profesyonelleri diyabet hastalarında daha iyi sağlık sonuçları için hastanın öz yeterliliğini ve hastaların içsel gücünü geliştirmeli, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri kronik hastalığı olan hastaların ve özellikle de T2DM tanısı konulan hastaların psikososyal sağlık yönlerini değerlendirmelidir (72). Türkiye'de endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören ve polikliniğe başvuran diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde olduğu ve sosyal desteklerinin arttıkça psikososyal uyumlarının da arttığı rapor edilmiştir (73).

Hasta tedavisinde çok disiplinli ve bütüncül yaklaşım önemlidir. Sadece fizik muayene sonuçlarına değil, aynı zamanda tanı anından itibaren hastanın yaşam kalitesine de özen gösterilmelidir. Bu nedenle hastaların fiziksel durumunun yansırı ruhsal durumu, sosyal işlevselliği ve iyilik hali gibi faktörleri göz önünde bulundurma, hastanın tıbbi tedaviden aldığı hizmet memnuniyetini artırmakla birlikte, yaşam doyumunu da artırır (11). Sağlık profesyonelleri hastalığın metabolik kontrolünü iyileştirmek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısında iyileşmeye yönelik terapötik bir amaç olarak, hastanın öz bakımını iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirmeye yardımcı olabilir (74). Bu doğrultuda hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için yaşam tarzlarında değişiklikler yapılmalıdır. Bu değişiklikler arasında kilonun düşürülmesi, yeni beslenme alışkanlıkları ve hastalığın ilerlemesini durdurabilecek fiziksel aktivite sayılabilir. Ancak bireyin alışkanlıklarını ve yaşam biçimini değiştirmeyi kabul etmesi zordur. Bu nedenle hasta merkezli bakımın kilit unsurlarından biri olan sağlık memnuniyeti, T2DM'yi yönetmek için kişiselleştirilmiş stratejiler geliştirirken dikkate alınması gereken benzersiz ve önemli bir kavramdır.

T2DM hastalarında düşük sağlık doyum düzeyleri ise öz bakım davranışlarını ve tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir (14).

Yüksek nitelikli diyabet öz yönetim eğitimi ve desteğinin hastanın öz yönetimini, memnuniyetini ve glikoz sonuçlarını iyileştirdiğı gösterilmiştir (14). Tayland'da diyabet ve obezitesi olan 76 bireyle hemşireler tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıklı beslenme davranışlarını iyileştirmek amacıyla motivasyonel görüşme ve öz-düzenleme teorisine dayanan Yeme Davranışı Değıştirme Programının etkisi değeriendirilmiştir. Çalışmada müdahale grubu 30-45 dakika süren dört oturuma katılırken, kontrol grubuna ilgili materyal ve sağlık eğitimi verilmiştir. Sonuçlar müdahale grubunun, kontrol grubuna göre hastalık göstergeleri ve yeme davranışlarında önemli ölçüde daha yüksek puanlara ve beden kitle indeksi (BKİ), beden yağ yüzdesi, bel çevresi ve kan şekeri seviyelerinde önemli ölçüde daha düşük puanlara sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, programın danışanların motivasyonunu artırma ve öz düzenlemeyi iyileştirerek sağlıklı beslenme davranışlarını sürdürmede etkili olduğu ve özellikle diyabet ve obezitesi olan kişilerde farklı ortamlarda, daha uzun vadede hemşirelik uygulamalarında kullanılabileceğı kanıtı sağladığı bildirilmiştir (13). Türkiye'de T2DM hastalarına hemşireler tarafından verilen eğitimin, hastalarda diyabet öz yönetimi ve öz-etkililik üzerine etkisini incelemek üzere randomize kontrollü olarak bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmada verilen eğitim ve telefon hatırlatmaları sonucunda hastalarda diyabet öz yönetimi ve öz etkililiğinde anlamlı bir artış ve metabolik değerielerde anlamlı bir düşüş olduğu bildirilmiştir (75).

Amerikan Diyabet Derneğı (ADA) bütünleşmiş bir yaklaşımla, hasta tercihlerine, gereksinimlerine ve değerielerine karşı saygılı, bunlara yanıt veren ve

hasta değerlerinin tüm klinik kararlara yol gösterdiği hasta merkezli bakımın önemini vurgulamaktadır (76). Bu amaçla T2DM tanısı alan bir hastanın ruhsal durumu değerlendirilerek, tedavi sürecinin tüm yönlerine, hastanın iyilik haline ve yaşam doyumuna etkileri gözlenir. Hastanın ruhsal durumu ve önerilere uyumu sürekli değerlendirilir ve bu süreçte hastayla açık iletişim içinde olunur (11). Bu doğrultuda hastanın ruhsal durumu ve iyilik hali ile birlikte yeme sorunlarının değerlendirilmesi (8, 11), sonuçların davranışsal uyuma bağlı olduğu diyabet gibi bir durumda hayat kurtarıcı olabilir. Yeme bozukluğunun klinik özellikleri, diyabet yönetiminde gerekli günlük işleri yapma becerisine doğrudan müdahale edebilir. Bu da bireyin optimal metabolik kontrolü elde etme çabalarını tehlikeye atabilir ve hem ani hem de uzun vadeli diyabetle ilişkili tıbbi komplikasyon riskinde artışa yol açabilir (8). Bu bağlamda hastanın sergilediği davranışların diyabet kontrolüne mi, beden imajı kaygısına mı, kilo alma korkusuna mı bağlı olduğu konularına dikkat edilmelidir (28).

Hemşire, yeme bozukluğu olan hastaları değerlendirirken eğitimci, danışman, psikoterapist gibi kimlikleri ile yaklaşmalıdır. Hastanın yeme şekli, sıklığı ve aktivite düzeyi belirlenir (55). Ayrıca hastanın duygusal sorunlar ile uyumsuz yeme davranışları arasındaki ilişkiyi anlayabilmesi ve duygusal sorunlarıyla etkili baş edip uyumsuz yeme davranışı göstermemesi için hemşire;

- ☐ Hastayla dürüst, kabul edici, sözleri yerine getirmeye dayalı güven ilişkisi geliştirir ve hastaya koşulsuz saygı gösterir.
- ☐ Tedaviye direnç gösteren hastayla tartışmaktan veya pazarlık yapmaktan kaçınır. Kabul edilemez davranışları açıkça söyler.

- ☐ Hastanın yeme programına ilişkin korkusuna kabul edici yaklaşır.
- ☐ Hastayı aile içindeki rolleriyle ilgili duygularını, bağımlılık, başarı, cinsellikle ilgili gereksinimlerini sözel ifade etmesi konusunda cesaretlendirir.
- ☐ Uyumsuz yeme davranışının hangi duygusal gereksinimlerden kaynaklanabileceği konusunda farkındalık oluşturabilmede hastaya yardım eder.
- ☐ Uyumsuz yeme davranışı olmaksızın sorunlarla baş edebileceği yollar konusunda hastayla tartışır.
- ☐ Hastanın olumlu özelliklerini belirlemesine, fiziksel görünümünden bağımsız olarak güçlü yönlerine ve başarılarına odaklanmasına yardım eder.
- ☐ Hastayı destek/terapi grubuna yönlendirir (davranış değişikliği tedavisi, bilişsel davranışçı tedavi, bireysel terapi, aile terapisi) (52).
- ☐ Problem çözme becerilerini geliştirici eğitim ve girişkenlik eğitimi verilmeli,
- ☐ Uğraşı, sanatsal ve mesleki terapilere katılımı özendirilmeli,
- ☐ Yaşamlarının farklı dönemlerinde beden imajlarını tanımlamaları konusunda cesaretlendirmeli,
- ☐ Ayrıca yaşamsal bulguları takip edilmeli, kilo kontrolü için egzersiz programı birlikte yapılmalıdır (57).

Hemşire-hasta ilişkisi ise aşağıda belirtilen şekilde olmalıdır:

- ☐ Hastaya içtenlik gösterilmeli, empati yapılmalıdır. ☐

Dürüst olunmalı, sınır konulmalıdır.

- ☐ Hastayla iş birliği yapılmalı ve hastalığı öğretilmelidir.
- ☐ Hasta yakından gözlenmeli, terapötik iletişim kurulmalıdır.

- Yeme davranışıyla ilgili olumlu geribildirimler verilmelidir.
- Kişilerarası ilişkilerini gözden geçirmeleri teşvik edilmelidir (57).

Bu girişimler sonucunda hemşire; hastanın kendisine zarar verme düşüncesinde değişimin olup olmadığı, yeme alışkanlıklarında normalleşmenin sağlanıp sağlanamadığı, bedensel komplikasyon oluşumunun engellenip engellenmediği, mevcut ruhsal sorunlara yönelik tedavinin alınıp alınmadığı, yeme problemlerine yönelik tutum, alışkanlık ve davranışların bilincinde olup olmadığı sorularına alınan yanıtlar doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin hedefine ulaşp ulaşmadığını değerlendirir. Bunlara ek olarak beslenme davranışı, bulantı ile karşılaşınca yapabilecekleri, kendine zarar verme düşüncesinin varlığı, beslenme alışkanlıklarının normalleşmesi, bedensel iyilik durumu, yeme sorunlarına yönelik tutum, düşünce ve alışkanlıklarının durumu da gözden geçirir (55).

Psikolojik iyi oluşun göstergesi olup refahı, yaşam kalitesini ve mutluluğu ifade eden yaşam doyumunun olmayışı boşluk, huzursuzluk ve anlamsızlık hissi uyandırır (9). Hemşire, bedensel hastalığı olan hastalarda psikososyal değerlendirme ve bakım sağlayarak hastaların, hastalığın yol açtığı her türlü sorunla baş edebilme gücü kazanmasına ve bu yaşantıdan anlam bulmasına yardım eder (12).

Psikososyal bakım hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da psikiyatrik bozukluklarla baş etme güçlüğü yaşayan bireylere yardım etme müdahalelerini vurgular (77) ve psikososyal değerlendirme becerilerini, ruhsal durum muayene deneyimi ve terapötik iletişimi gerektirir. Psikososyal değerlendirme ise fiziksel belirtilerden çok, hastalığın birey ve aile üzerindeki etkilerine odaklanır, hastanın tedavi planı için önemli bilgi oluşturur.

Ayrıca hemşire psikososyal bakımın önemli bir bileşeni olan eğitim (77) ile fiziksel hastalığı olan hasta ve yakınlarının eğitiminde rol alır. Bunlar:

- ☐ Gösterilen tepkilerin fark edilmesi ve tanınması ☐

Sorunlarla etkili başa çıkma

- ☐ Hastalığa uyum
- ☐ Ruhsal belirtilerin erken tanınması ve yardım alabilme
- ☐ Sorunları ifade edebilme ve paylaşabilmeye yöneliktir (12).

Hemşirenin psikososyal bakımda, bireyin kendi çevresinde hastalığa ya da durumuna özgün zorlanmalarına uyumlarını kolaylaştırma sorumluluğu bulunmaktadır. Hastanın baş etme tepkilerini, güçlerini ve bütünlüğün sürdürülmesini belirleme/tanıma, hemşireye bu sorumluluğu yerine getirmesinde yardım eder. Hemşirenin hastanın gereksinimlerini hızlıca belirleme, bakım planını yapma, girişimleri uygulama ve sonuçları değerlendirme zorunluluğu bulunmaktadır. Sorunları belirleme ve etkili müdahalede bulunma becerilerine sahip hemşire, hasta sonuçlarını iyileştirilebilir (77).

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı özelliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı-Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye ve yara bakım servislerinde Aralık 2018-Eylül 2021 tarihleri arasında yapıldı. Dahiliye servisi 38 yataklıdır. Serviste üç profesör, beş doçent, 12 uzman doktor, sekiz hemşire, bir servis sekreteri, bir poliklinik sekreteri ve beş yardımcı personel görev yapmaktadır. Yara bakım servisi ise 10 yataklıdır. Serviste bir doktor, altı hemşire, bir servis sekreteri, dört yardımcı personel görev yapmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı-Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Yara Bakım Servisi'nde Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında yatan T2DM tanılı hastalar oluşturdu (N=188). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırmaya alma ve araştırmadan dışlama ölçütlerini karşılayan 130 (dahiliye servisinde n=100; yara bakım servisinde n=30) T2DM hastası araştırma örneklemini oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapıldı. Yapılan güç analizinde araştırmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında etki büyüklüğünün 0.500 gücünün ise 0.80 olduğu tespit edildi. Bu değerler örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir (78).

Araştırmaya alma ölçütleri:

- ☐ 18 yaş ve üstü olma
- ☐ T2DM tanısı alma (tanı süresi koşulu olmaksızın)

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

- ☐ Formların uygulamasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, görme, konuşma bozukluğu), nörolojik ve ruhsal bozukluk ve zihinsel engellilik durumu olma olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı, hastalığın süresi, eşlik eden hastalık varlığı, tedavi şekli, hobi varlığı, sağlık durumu algısı bağımsız; Yeme Tutumu Testi-40 ve Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalaması bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Veriler Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu (Ek I), Yeme Tutumu Testi-40 (Ek II) ve Yaşam Doyumu Ölçeği (Ek III) ile toplandı ve bireylerin boy ve kilo ölçümleri de yapıldı.

Boy Ölçümü: Bireylerin düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve ayak topukları düz bir duvara temas ettirilerek dik pozisyonda durmaları sağlandı ve mezura ile yapılan ölçümler santimetre (cm) olarak kaydedildi.

Ağırlık Ölçümü: Bireylerin elbiselerinin azami ölçüde çıkarılması ve çıplak ayak ile olmaları sağlanarak, sert bir zemine düz olarak yerleştirilen standart bir baskül yardımı ile ağırlık ölçümü yapıldı ve kilogram (kg) olarak kaydedildi.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) (Vücut ağırlığı (kg) / boy (m²): Bireylerin hesaplanan BKİ'leri, DSÖ'nün önerdiği sınıflamaya göre 18.5'ten az zayıf, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak gruplandırıldı (79).

Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı, hobi varlığı, sağlık durumu algısı) 10 soru ve hastalığa ait bilgileri içeren (hastalığın süresi, eşlik eden hastalık varlığı, tedavi şekli) 3 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Yeme Tutumu Testi (YTT-40): Garner ve Garfinkel tarafından 1979 (80) yılında AN hastalarının yeme davranış ve tutumlarını, normal bireylerde ise yeme davranışlarındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, öz bildirim ölçeğidir (80). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1989 yılında Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır (81). Ölçek, 6'lı likert tipli ve 40 sorudan oluşmakta ve "daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren, hiçbir zaman" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki her sorudan maksimum 3 puan alınabilmekte ve toplam puan 0-120 aralığında değişmektedir. Ölçeğin, yeme bozukluğu açısından klinik değerlendirmeyi gerektirecek kesme değeri 30 puan olup, Cronbach alfa katsayısı 0.70 olarak bildirilmiş (82,83); bu araştırmada ise 0.77 olarak bulunmuştur.

Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ): Diener ve arkadaşları (84) tarafından 1985 yılında, bireyin yaşamından sağladığı doyumu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, Köker (1991) (85) ve Yetim (1993) (86) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek Likert 7 dereceli (1: kesinlikle katılmıyorum, 7: kesinlikle katılıyorum) toplam 5 maddeden oluşmakta ve en düşük 5 puan, en yüksek 35 puan alınmaktadır. Elde edilen puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük, yüksek olması yüksek

olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık değeri Köker (1991) tarafından 0.85 olarak bildirilmiş (85), bu araştırma da 0.85 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Sağlık Bakanlığı-Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dahiliye ve Yara Bakım Servislerinde yatmakta olan hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 20-30 dakikada toplandı.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS (Statistical Package For Social Science) for Windows paket programı 23.0 sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Kurtosis ve Skewness kat sayılarına göre yapılmıştır (87). Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile normal dağılım gösteren verilerde ortalama ve standart sapmaları verildi. Veriler normal dağılıma uygunluk gösterdiği için parametrik testler (t testi ve Varyans analizi) kullanılmıştır. Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için Bonferonni ve Tamhane T2 ileri analizleri kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerde ki kare analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Ek-4) ve Sakarya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden resmi izin alındı (Ek-5). Araştırmada "Helsinki Bildirgesi" ilkelerine bağlı kalındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın bir hastanede yapılmış olması, araştırmanın sınırlılığı olarak belirlendi.



4. BULGULAR

Hastaların %51.5'inin erkek, %63.8'inin 64 ve üzeri yaşıta, %68.5'inin evli, %57.7'sinin okuryazar/ ilkokul mezunu, %76.2'sinin çalışmadığı, %76.2'sinin gelirini orta seviyede algıladığı, %46.9'unun ilçede ve %60.7'sinin ailesiyle yaşadığı, %58.5'inin tanı süresinin 10 yıl üzerinde ve %76.2'sinin ek hastalığa sahip olduğu, %67.7'sinin insülin tedavisi aldığı, %93.8'inin bir hobisinin olduğu, %50.7'sinin sağlığını iyi olarak algıladığı ve %41.5'inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (=130)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	63	48.5
Erkek	67	51.5
Yaş		
38-50 yaş	14	10.8
51-63 yaş	33	25.4
64 ve üzeri	83	63.8
Medeni durum		
Evli	89	68.5
Boşanmış/Bekar	41	31.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	29	22.3
Okur-yazar/ilkokul	75	57.7
Ortaokul/lise/üniversite	26	20.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	31	23.8
Çalışmıyor	99	76.2
Gelir algısı		
Kötü	14	10.7
Orta	99	76.2
İyi	17	13.1
Yaşanılan yer		
Köy	41	31.5
İlçe	61	46.9
İl	28	21.6
Yaşanılan kişiler		
Yalnız	8	6.2
Aile	79	60.7
Çocuklarıyla	43	33.1
Diyabet tanı süresi		
10 yıl ve altı	54	41.5
10 yıl üzeri	76	58.5
Ek hastalık		
Var	99	76.2
Yok	31	23.8
Tedavi şekli		
Oral	15	11.5
İnsülin	88	67.7
Oral+İnsülin	27	20.8
Hobi		
Var	122	93.8
Yok	8	6.2
Sağlık durumu algısı*		
Kötü	64	49.3
İyi	66	50.7

Tablo 4.1. -devamı

Tanımlayıcı Özellikler	S	%
BKİ		
Normal (18-24.9)	32	24.6
Fazla kilolu (25-29.9)	54	41.5
Obez (30 ve üzeri)	44	33.9

*Orta cevabı verilmemiştir.

YDÖ puan ortalaması 24.76 ± 5.74 ve YTT-40 puan ortalaması 30.14 ± 6.29 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. T2DM Hastalarının YDÖ ve YTT-40 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Alınabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort $\pm$ SS
YDÖ	5-35	7-35	24.76 ± 5.74
YTT-40	0-120	20-53	30.14 ± 6.29

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Cinsiyet, yaş gurubu, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, diyabet tanı süresi, ek hastalık varlığı, tedavi şekli, sağlık durumu algısı, BKİ grupları ve hobinin olması ile olası YB ($YTT-40 \geq 30$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.3).

Yaşanılan yer ile olası YB ($YTT-40 \geq 30$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). İlde yaşayanların $YTT-40 \geq 30$ olma oranının köyde yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Çalışmada olası YB yaygınlığı ($YTT-40 \geq 30$) %46.9 (s=61) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YTT-40 $\geq$ 30 Durumlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	YTT-40<30		YTT-40 $\geq$ 30		Test ve önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	33	47.8	30	49.2	$\chi^2=0.024$
Erkek	36	52.2	31	50.8	p=0.877
Yaş					
38-50 yaş	10	14.5	4	6.6	$\chi^2=2.663$
51-63 yaş	15	21.7	18	29.5	p=0.264
64 ve üzeri	44	63.8	39	63.9	
Medeni durum					
Bekar	23	33.3	18	29.5	$\chi^2=0.219$
Evli	46	66.7	43	70.5	p=0.639
Eğitim durumu					
Eğitim almamış	13	18.8	20	32.8	$\chi^2=3.325$
Eğitim almış	56	81.2	41	67.2	p=0.068
Çalışma durumu					
Çalışıyor	14	20.3	17	27.9	$\chi^2=1.024$
Çalışmıyor	55	79.7	44	72.1	p=0.312
Gelir algısı					
Kötü	9	13.0	5	8.2	$\chi^2=0.966$
Orta	52	75.4	47	77.0	p=0.617
İyi	8	11.6	9	14.8	
Yaşanılan yer					
Köy	19	27.5	22	36.1	$\chi^2=7.961$
İlçe	40	58.0	21	34.4	p=0.019*
İl	10	14.5	18	29.5	
Diyabet tanı süresi					
10 yıl ve altı	30	43.5	24	39.3	$\chi^2=0.228$
10 yıl üzeri	39	56.5	37	60.7	p=0.633
Ek hastalık					
Var	48	69.6	51	83.6	$\chi^2=3.515$
Yok	21	30.4	10	16.4	p=0.061
Tedavi şekli					
Oral	9	13.0	6	9.8	$\chi^2=2.178$
İnsülin	49	71.1	39	63.9	p=0.337
Oral+İnsülin	11	15.9	16	26.3	
Sağlık durumu algısı					
Kötü/Çok kötü	38	55.1	26	42.6	$\chi^2=2.008$
İyi/Çok iyi	31	44.9	35	57.4	p=0.157
BKİ					
Normal (18-24.9)	19	27.5	13	21.3	$\chi^2=2.646$
Fazla kilolu (25-29.9)	31	44.9	23	37.7	p=0.266
Obez (30 ve üzeri)	19	27.6	25	41.0	
Hobi					
Var	62	89.9	60	98.4	$\chi^2=4.056$
Yok	7	10.1	1	1.6	p=0.066

*p<0.05

Cinsiyet, yaş gurubu, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, diyabet tanı süresi, ek hastalık varlığı, tedavi şekli, BKİ grubu ve hobinin olmasına göre YDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Gelir algısına göre YDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferonni) gelir algısı orta ve iyi olanların kötü olanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Yaşanılan yere göre YDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Bonferonni) ilde yaşayanların köyde yaşayanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Sağlık durumu algısı iyi olanların YDÖ puan ortalamasının, kötü olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.4)

Tablo 4.4. T2DM Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre YDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	YDÖ		Test ve önemlilik
	Sayı	Ort.±SS	
Cinsiyet			
Kadın	63	24.37±5.59	t=-0.762
Erkek	67	25.13±5.89	p=0.447
Yaş			
38-50 yaş	14	23.79±7.44	F=0.247
51-63 yaş	33	24.70±5.52	p=0.782
64 ve üzeri	83	24.95±5.56	
Medeni durum			
Bekar	41	24.49±6.55	t=-0.368
Evli	89	24.89±5.36	p=0.714
Eğitim durumu			
Eğitim almamış	33	24.52±5.5	t=-0.284
Eğitim almış	97	24.85±5.85	p=0.777
Meslek			
Çalışıyor	31	24.87±6.64	t=0.121
Çalışmıyor	99	24.73±5.47	p=0.904
Gelir algısı			
Kötü	14	18±5.79	F=14.269
Orta	99	25.27±5.26	p=0.000***
İyi	17	27.35±4.5	
Yaşanılan yer			
Köy	41	23.05±6.16	F=3.296
İlçe	61	25.13±5.53	p=0.040*
İl	28	26.46±5.07	
Diyabet tanı süresi			
10 yıl ve altı	54	25.48±6.28	t=1.207
10 yıl üzeri	76	24.25±5.31	p=0.230
Ek hastalık			
Var	99	24.82±5.85	t=0.200
Yok	31	24.58±5.46	p=0.842
Tedavi şekli			
Oral	15	25.6±4.27	F=0.294
İnsülin	88	24.8±5.93	p=0.746
Oral+İnsülin	27	24.19±5.95	
Sağlık durumu algısı			
Kötü	64	23.34±5.67	t=-2.848
İyi	66	26.14±5.51	p=0.005**
BKİ			
Normal (18-24.9)	32	24.91±6.52	F=0.383
Fazla kilolu (25-29.9)	54	25.17±5.31	p=0.682
Obez (30 ve üzeri)	44	24.16±5.73	
Hobi			
Var	122	24.86±5.73	t=0.768
Yok	8	23.25±6.09	p=0.444

Ort.±SS: Ortalama ± Standart Sapma. *p<0.05.**p<0.01.***p<0.001.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada T2DM hastalarında yeme tutumu ve yaşam doyumunun belirlenmesi amaçlanmış ve ulaşılan sonuçlar alan yazın doğrultusunda tartışılarak araştırma sorularına cevap aranmıştır. T2DM'li hastalarda YB, yeme tutumu ve yaşam doyumunu inceleyen araştırmalar bulunmakla birlikte bu hastalarda olası yeme bozukluğu ve yaşam doyumunun birlikte değerlendirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanılamamıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçları T2DM ve DM hastaları ile birlikte farklı hastalığı olanlarla yapılan çalışmalar doğrultusunda, ilgili literatürden yararlanılarak tartışılmıştır.

Bu araştırmada T2DM hastalarının YTT-40 puan ortalaması 30.14 ± 6.29 , olası YB yaygınlığı ($YTT-40 \geq 30$) ise %46.9 ($s=61$) olarak belirlenmiştir. Ulaşılan bu sonuç, araştırmanın birinci sorusunu cevaplamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, T2DM olan hastalarda olası YB yaygınlığının ($YTT-40 \geq 30$) sırasıyla %42.7, %39.3 olduğu rapor edilmiştir (88,89). Güney Avustralya'da öz bildirim dayalı olarak 2977 T1DM ve T2DM hastaları ile yapılan kesitsel özellikte bir çalışmada, hastaların öznel TYB bildirim yaygınlığının yüksek olduğu açıklanmıştır (65). Suudi Arabistan'da 350 T2DM hastası ile yapılan bir çalışmada da hastaların gıda seçimi, sağlıklı seçimler, gıda kısıtlaması, sağlık etkisi ve gıda sınıflandırması konusunda uygun olmayan bir diyet tutumu olduğu belirlenmiştir (40). Bildirilen sonuçlar bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'de DM ve hipertansif hastalarda yeme bozukluğunun karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmada ise, T2DM hastalarında YTT-40 puan ortalaması 20.7 ± 11.4 , olası YB yaygınlığının %19.7 olduğu gösterilmiştir (90). İspanya'da 320 T2DM hastası ile YTT-26 kullanılarak yürütülen bir çalışmada, hastaların %14'ünde YB, bu bozukluğu

olanların %12.2'sinde ise TYB olduğu bildirilmiştir (69). Brezilya'da yaşları 40-65 arasında değişen T2DM hastaları ile DSM-IV Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Tıkınırcasına Yeme Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, hastaların %20'sinde YB görüldüğü, belirgin yeme bozukluğunun tikanırcasına yeme olduğu tespit edilmiştir (66). Bildirilen çalışmalarda olası YB bozukluğunun bu araştırma sonucundan daha düşük olduğu görülmüş olup bu farklılıkta hastaların bireysel, toplumsal, ekonomik ve kültürel özelliklerinin yanı sıra zamanın etkisi olabileceği düşünülebilir.

Yaşamdan doyum almama ve hastalığa eşlik eden olumsuz duygular, depresyon gibi ruhsal sorunların gelişmesine yol açarak T2DM hastaları için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (11). Bu çalışmada hastaların YDÖ puan ortalamasının 24.76 ± 5.74 olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puana göre hastaların yaşam doyumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Bu sonuç araştırmanın birinci sorusunun cevabını oluşturmaktadır. Ürdün'de Ulusal Diyabet, Endokrinoloji ve Genetik Merkezi'ne devam eden 793 T2DM hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların YDÖ puan ortalamasının 26.1 ± 5.2 olduğu, puanların 5-35 arasında değiştiği (hastaların yaklaşık %50'si 27 ve üzerinde, %50'si 23-29 arasında bir puana sahip) ve buna göre hastaların genel olarak yaşam doyumunun orta-yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (72). Hindistan'da 79 T1DM ve T2DM hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %57'sinin orta düzeyde yaşam doyumuna sahip olduğu, sadece %15'inin yaşamdan beklediklerini elde ettiğini düşündüğü ve yaklaşık %47'sinin herhangi bir işle meşgul olduklarında bile kendilerini yalnız hissettiğini ifade ettikleri bildirilmiştir (9). Bildirilen çalışma sonuçları bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'de

endokrinoloji kliniğinde 210 T2DM hastası ile yapılan çalışmada ise YDÖ puan ortalaması 18.42 ± 9.03 olarak belirlenmiştir (70). Polonya'da T2DM olan kadınlarla yapılan çalışmada YDÖ puan ortalamasının 20.78 ± 5.31 olduğu bildirilmiştir (67). Pakistan'da yapılan bir çalışmada hastaların %64'ünün DM ile yaşamlarından doyumsuzluk bildirdiği tespit edilmiştir (68). Nijerya'da yapılan bir çalışmada DM hastalarının %23.5'inin yaşamdan doyum almadığı (64) ve İran'da diyabeti olan ve olmayan kadınlar ile yapılan bir çalışmada da diyabeti olanların YDÖ puan ortalamasının daha düşük (13.4 ± 3.21) olduğu gösterilmiştir (91). Belirtilen çalışmalarda yaşam doyumunun bu araştırma sonucuna göre daha düşük olduğu, bu farklılığın bireysel, toplumsal ve ekonomik özelliklerin yanı sıra zaman faktörünün etkisi ile olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, diyabet tanı süresi, ek hastalık varlığı, tedavi şekli, sağlık durumu algısı, BKİ ve hobinin olması ile olası YB ($YTT-40 \geq 30$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, yaşanan yer ile anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçları araştırmanın ikinci sorusunu yanıtlamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da yaş, tanı süresi, BKİ (88); tedavi şekli, BKİ (89); DM tanı süresi, BKİ, tedavi şekli (92) ve cinsiyet ile YTT-40 puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (90). İtalya'da 895 T2DM hastası ile çok merkezli yürütülen bir çalışmada ise, cinsiyetin (kadınların %19.6'sında, erkeklerin %10.2'sinde) (93) ve bu çalışma ile birlikte başka bir çalışmada da genç yaşın işlevsel olmayan yeme riski ($YTT-26$) artışıyla ilişki olduğu tespit edilmiştir (69,93). Bir çalışmada akılcı diyet seçiminin T2DM tanı süresi ve BMI arttıkça azaldığı bildirilmiştir (67). İspanya'da sağlıkla ilgili yaşam kalitesi,

sosyal, demografik ve klinik belirleyicilerin ulusal düzeyde kesitsel olarak incelendiği 456 DM hastası ile yapılan bir çalışmada ise genç yaş, kadın cinsiyet, çalışmama ve kötü glisemik kontrolün genel olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulmasında belirleyici faktörler ve evlilerin hastalıkla ilgili endişelerinin daha az olduğu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi algısının, glisemik kontrolün kötüleşmesi ve artan hastalık komplikasyonları ile birlikte kötüleştiği gösterilmiştir (74). Bu farklı sonuçlarda bireysel, sosyo-kültürel, bölgesel, coğrafik ve zaman faktörlerinin etkisi olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada cinsiyet, yaş gurubu, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, diyabet tanı süresi, ek hastalık varlığı, tedavi şekli, BKİ ve hobinin olmasının YDÖ puan ortalamasını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Bununla birlikte gelir algısı orta ve iyi olan hastaların kötü olanlardan; ilde yaşayanların ise köyde yaşayanlardan yaşam doyumu algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü sorusuna yanıt oluşturmaktadır. DM ve T2DM hastalarıyla yapılan çalışmalarda da hastaların yaşı, medeni durumu (9,72), eğitim durumu, cinsiyeti, çalışma durumu, tanı süresi (72), yaş, yaşanılan yer, eğitim düzeyi (11) ve bir başka çalışmada ise cinsiyet, yaş ve ekonomik durumun yaşam doyumunu etkilemediği bildirilmiş (94) olup bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise 41-50 yaş aralığında olanların, erkeklerin, evlilerin ve serbest meslek sahibi olanların yaşam doyumlarının (72) başka bir çalışmada da erkeklerin, düşük ve orta gelirli olanların yaşam doyumsuzluğunun yüksek olduğu belirtilmiştir (68). Hindistan'da 350 T2DM hastası ile yapılan bir çalışmada yaşı daha genç (40-50 yaş) olanların yaşı daha fazla (55-65 yaş) olanlara göre yaşam doyumunun daha düşük olduğu bildirilmiştir (95). Polonya'da T2DM hastalarıyla

yapılan bir çalışmada da erkeklerin yaşam doyumunun daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (11). Bu farklı sonuçlarda hastaların bireysel özelliklerinin yanı sıra toplumsal, kültürel ve ekonomik faktörlerin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada T2DM hastalarının yaklaşık yarısında olası yeme bozukluğu ve yaşam doyumu algılarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca;

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, diyabet tanı süresi, ek hastalık varlığı, tedavi şekli, BKİ ve hobi olmasının olası yeme bozukluğunu ve yaşam doyumunu etkilemediği; gelir düzeyini ve sağlık durumunu kötü olarak algılayanın yaşam doyumunu azalttığı, köyde yaşamının ise olası yeme bozukluğunu artırıp, yaşam doyumunu azalttığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ☐ Hastaların diyabet yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ile, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumun önündeki engellerin belirlenmesi,
- ☐ Bireysel, sosyo-kültürel ve ekonomik durumları göz önünde bulundurularak her hastaya özel diyet düzenlemesi, egzersiz programı oluşturulması ve bu davranışların yaşam biçimi haline getirilmesinin önemi konularında eğitim verilmesi,
- ☐ Hastaların fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarını iyileştirmede hasta katılımı sağlanarak birey merkezli psikososyal bakıma önem verilmesi,
- ☐ Yaşam doyumu, ruhsal durum ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet gibi yeme bozukluklarını etkileyebilecek durumların göz ardı edilmemesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.İmamoğlu, Ş., Ersoy, C. Ö. ve Gürdal, B. Ş. (2006). Diabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi. (İmamoğlu, Ş. Ed.). Diabetes Mellitus. Birinci Basım, İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- 2.İlkova, H. (2012). Diabetes Mellitus Tanı, Epidemiyoloji ve Sınıflandırma. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). Cerrahpaşa iç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 3.Hwalla, N., Jaafar, Z. and Sawaya, S. (2021). Dietary Management of Type 2 Diabetes in the MENA Region: A Review of the Evidence. *Nutrients*, 13(1060), 1-27.
- 4.Satman, İ. (2006). Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi. (İmamoğlu, Ş. Ed.). Diabetes Mellitus. Birinci Basım. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- 5.T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. (Gümüş, E., Çelik, H., Özkan, S., Keskinkılıç, B., Çakır, B., Yetkin, İ. ve diğ. Eds.). Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
- 6.Agrawal, U. (2015). Study of Life Satisfaction and Happiness among Male Patients of Diabetes: Insulin Vs Non Insulin. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(5), 494-501.
- 7.Goodwin, R. D., Hoven, C.W. and Spitzer, R. L. (2003). Diabetes and Eating Disorders İn Primary Care. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 85-91.

- 8.Colton, P. MD, FRCPC, Rodin, G. MD, FRCPC, Bergenstal, R. MD and Parkin, C. (2009). Eating Disorders and Diabetes: Introduction and Overview. *Diabetes Spectrum*, 22(3).
- 9.Mohana Priya, B. and Anju. (2015). A Study on Life Satisfaction Level among Persons with Diabetes. *Journal of Humanities And Social Science*, 51-55.
<https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Conf.17004/Volume-3/9.%2051-55.pdf>
- 10.Young-Hyman, D. L. and Davis, C. L. (2010). Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2010, 33(3), 683-689.
- 11.Rosiek, A., Kornatowski, T., Frackowiak-Maciejewska, N., Rosiek-Kryszewska, A., Wyżgowski, P. and Leksowski, K. (2016). Health behaviors of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and their influence on the patients' satisfaction with life. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 12, 1783-1792.
- 12.Çam, O., Gümüş, A. B. ve Yıldırım, S. (2021). Fiziksel Hastalıklara Verilen Psikososyal Tepkiler. (Çam, O., Engin, E. Eds.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Geliştirilmiş 3. Baskı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- 13.Wattanakorn, K., Deenan, A., Puapan, S. and Schneider, J. K. (2013). Effects of an Eating Behaviour Modification Program on Thai People with Diabetes and Obesity: A Randomised Clinical Trial. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(4), 356-370.
- 14.American Diabetes Association (2021). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021, 44 (1), 1-2.

- 15.Özyazar, M. (2012). Diyabetik nefropati. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). Cerrahpaşa øç Hastalıkları. 2. Baskı. Cilt 2. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi
- 16.IDF Diabetes Atlas. 9th Edition (2019).
<https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html> Erişim: 08.06.2021.
- 17.Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y, Fernandes, J. D. R., Ohlrogge, A. W. et al. (2017). IDF Diabetes Atlas:global estimates of diabetes prevalence for 2017 and Projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract.,138, 271-281.
- 18.Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf
- 19.Satman, I., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinççağ, N., et al. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol., 28, 169-80.
- 20.Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., et al. (2013). Harrison's Principles of Internal Medicine. (Biberoğlu, K. Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 21.Turner, H. E. ve Wass, J. A. H. (2014). Oxford Endokrinoloji ve Diyabet El Kitabı. (Kadioğlu, P. Çev.). 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

- 22.Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E. and Anderson, B. J. (2017). Type 1 diabetes mellitus. Nature Reviews Disease Primers, 1706(3), 1-17.
- 23.Yılmaz, T. (2006). Tip 1 Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus. (İmamoğlu, Ş. Ed.). Birinci Basım. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- 24.Smith, R. J. (2016). Diabetes Mellitus, Hipoglisemi. (Benjamin, I. J., Griggs, R. C., Wing, E. J., Fitz, J. G. Eds.) Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. (Ünal. S. Çev. Ed). 9. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- 25.American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care, 40(1), 11-24.
- 26.Doherty, A. M. (2015). Psychiatric aspects of diabetes mellitus. BJ Psych Advances, 21, 407-416.
- 27.Gerich, J. E. ve Szoke, E. (2007). Tip 2 Diyabetin Patogenezi. Bölüm 8. Diyabet Atlası. (Karpuz, H., Taşçılar, K, İkitimur, B. Çev.). 3. Baskı. İstanbul: Tenedoks Yayıncılık ve Org. San. Tic. Ltd. Şti.
- 28.İmamoğlu, Ş., Satman, İ., Akalın, S., Salman, S. ve Candegir, Y. (2015). Geçmişten Geleceğe Diabetes Mellitus. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık.
- 29.Kabalak, T. ve Çetinkalp, Ş. (2006). Tip 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus. (İmamoğlu, Ş. Ed.). Birinci Basım. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- 30.Olgun, N., Aslan, F. E., Coşansu, G. ve Çelik, S. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Karadakovan, A., Aslan, F. E. Eds.). Diabetes Mellitus. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi.

- 31.Demirhan Yumuk, V. (2012). Diyabetin Akut komplikasyonları. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). Cerrahpaşa øç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 32.Mudaliar, S. ve Henry, R. (2007). Diyabetik komplikasyonların tedavisi ve önlenmesi. Bölüm 12. Diyabet Atlası. (Karpuz H., Taşçılar K. Çev.). 3. Baskı. İstanbul: İkitimur B. Tenedoks Yayıncılık ve Org. San. Tic. Ltd. Şti.
- 33.Vinik, A. İ. (2007). Diyabetik Nöropatiler. Bölüm 15. Diyabet Atlası. 3. Baskı. (Karpuz, H. Taşçılar, K. Çev.). İstanbul: İkitimur B. Tenedoks Yayıncılık ve Org. San. Tic. Ltd. Şti.
- 34.Tuncel, E. ve Güçlü, M. (2006). Diyabet ve Nefropati. (İmamaoğlu, Ş. Ed). Diabetes Mellitus. 1. Basım. İstanbul: Deomed Medikal yayıncılık.
- 35.Oşar, Z. (2012). Diyabetik ayak. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). Cerrahpaşa øç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 36.Codario, R. A. (2005). Makrovasküler hastalık. Tip 2 Diyabet, Pre-Diyabet ve Metabolik Sendrom Birinci Basamak Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (Karşıdağ, K., Sağlam, H. Çev.). Humana Press.
- 37.Özyazar. M. (2012). Diyabet ve Periferik Damar Hastalığı. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). Cerrahpaşa øç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 38.Kebapçı, N. E. (2006). Hipertansiyon Komplikasyonları. (İmamaoğlu Ş. Ed.). Diabetes Mellitus. 1. Basım. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık.
- 39.Gedik, O. (2004). Diabetes Mellitus. (Yasavul, Ü. Ed.). Hacettepe øç Hastalıkları Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

- 40.Sami, W., Ansari, T., Butt, N. S. and Ab Hamid, M. R. (2017). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *Int J Health Sci (Qassim)*, 11(2), 65-71.
- 41.Yannakoulia, M. (2006). Eating Behavior among Type 2 Diabetic Patients: A Poorly Recognized Aspect in a Poorly Controlled Disease. *Rev Diabetic Stud*, 3, 11-16.
- 42.Bano, A., Afzal, M., Sarwar, H., Waqas, A., Kousar, S. and Gulza, S. (2017). Dietary knowledge, Attitude and Practices of Diabetes Patients at Services *Int. J. Appl. Sci. Biotechnol*, 5(2), 227-236.
- 43.Damcı, T. (2012). Tip 2 diyabet tedavisinde egzersiz. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). *Cerrahpaşa øç Hastalıkları*. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 44.Damcı, T. (2012). Tip 2 diyabette oral antidiyabetik tedavisi. (Altıparmak, M. R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A., Yazıcı, H. Eds.). *Cerrahpaşa øç Hastalıkları*. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 45.van Bloemendaal, L., Ten Kulve, J. S., la Fleur, S. E, Ljserman, G. R. And Diamant, M. (2014). Effects of glucagon-like peptide 1 on appetite and body weight: focus on the CNS. *Journal of Endocrinology*, 221, 1-16.
- 46.O'Brien, C. L., Ski, C. F., Thompson, D. R., Moore, G., Mancuso, S., Jenkins, A. et. al. (2016). The Mental Health in Diabetes Service (MINDS) to enhance psychosocial health: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-10.
- 47.Fisher, L., Gonzalez, J. and Polonsky, W. (2014). The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabet Med*, 31, 64-72.

48. Gilbert, M., Chamberlain, J., White, C., Mayers, P., Pawsey, B., Liew, D. et. al. (2012). Controlled clinical trial of a self-management program for people with mental illness in an adult mental health service-the optimal health program (OHP). *Aust Health Rev*, 36, 1-7.
49. Debussche, X., Collin-Filleul, F., Fianu, A., Balcou-Debussche, M., Fouet-Rosiers, I., Koleck, M. et. al. (2012). Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island. *Cardiovascular Diabetology*, 11, 91.
50. Stamatopoulou, A. and Vasilakou, T. (2017). Assessment of the eating habits of diabetic patients and consequential evaluation of targeted intervention in Tripolis, Greece. *Int J Community Med Public Health*, 4(1), 263-268.
51. Archer, N, Ismail, K, Bridgen, O, Morgan-Jones, K., Pryce, L., Gayle, C. et.al. (2012) Three dimensions of care for diabetes: a pilot service. *Journal of Diabetes Nursing*, 16, 123.
52. Taşdemir, G. (2016). Yeme bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları.* (Özcan, C. T., Gürhan N. Çev.). 6. Basım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
53. Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 16. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
54. Banting, R. and Randle-Phillips, C. (2018). A systematic review of psychological interventions for comorbid type 1 diabetes mellitus and eating disorders. *Diabetes Manag.*, 8(1), 001-18.

- 55.Türkleş, S. (2020). Beslenme ve yeme bozuklukları. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. (Oflaz, F., Yıldırım, N. Eds.). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- 56.Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Köroğlu, E. Çev.). Beşinci Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 57.Engin, E. ve Ergün, G. (2021). Beslenme ve yeme bozuklukları. (Çam O., Engin, E. Eds.). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Geliştirilmiş 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- 58.Robinson, D. J., Luthra, M. and Vallis, M. (2013). Diabetes and mental health. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Can J Diabetes, 37(1), 87-92.
- 59.Hill, J. (2010). Awareness of eating disorders in people with diabetes. Supplement to Diabetes & Primary Care 2010, 12 (6).
- 60.Van de Laar, F. A., Van de Lisdonk, E. H., Lucassen, P. L. B. J., Stafleu, A., Mulder, J., Van den Hoogen, H. J. M. et.al. (2006). Eating behaviour and adherence to diet in patients with Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Medicine, 23(7), 788-794.
- 61.Naktiyok, S. (2019). Örgütsel Stres ve Yaşam Doyumu. Ankara: Gazi Kitapevi.
- 62.Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., Sheldon, S. and Tobin, M. A. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. The Journal of Gerontology, 16(2), 134-143.

63. Pavot, W. and Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction, *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
64. Esonwanne, O. F., Godwin, O., Onyebueke, G., Nduanya, U. C. and Emeka, N. (2017). Life satisfaction, self esteem and mental health in a sample of diabetic out-patients attending a Nigerian tertiary health institution. *The Journal of Medical Research*, 3(2), 60-65.
65. Santana, D., Mitchison, D., Gonzalez-Chica, D., Touyz, S., Stocks, N., Appolinario, J. C. et al. (2019). Associations between self-reported diabetes mellitus, disordered eating behaviours, weight/shape overvaluation, and health-related quality of life. *Journal of Eating Disorders*, 7(35), 1-9.
66. Papelbaum, M., de Oliveira Moreira, R., Coutinho, W. F., Kupfer, R., Freitas, S., Luz, R.R. et.al. (2019). Does binge-eating matter for glycemic control in type 2 diabetes patients?. *Journal of Eating Disorders*, 7(30), 1-6.
67. Gacek, M. ve Wojtowicz, A. (2019). Life satisfaction and other determinants of eating behaviours among women aged 40-65 years with type 2 diabetes from the Krakow population. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 18(2), 74-81.
68. Jalil, A., Usman, A., Akram, S., Zulfiqar, N. and Arshad, W. (2020). Life satisfaction, disease management attitudes and nutritional status of diabetes mellitus patients in azad kashmir, Pakistan: a hospital based cross-sectional study. *Diabetes Mellitus*. 23(1), 46-55.

69. Nicolau, J., Simó, R., Sanchis, P., Ayala, L., Fortuny, R., Zubillaga, I. et al. (2015). Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: Results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. *Acta Diabetologica*, 52, 1037-1044.
70. Tuncay, F. Ö. ve Avcı, D. (2020). Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. *European Journal of Integrative Medicine*, 35.
71. Piciu, A. M., Johar, H., Lukaschek, K., Thorand, B. and Ladwig, K. H. (2018). Life satisfaction is a protective factor against the onset of Type 2 diabetes in men but not in women: findings from the MONICA/KORA cohort study. *Diabet Med.*, 35(3), 323-331.
72. Hamdan-Mansour, A. M., Nawafa'h, D. N. A., Hanouneh, S. I. and Omari, H. D. (2016). Psychosocial correlates of life satisfaction among patients diagnosed with type-II diabetes mellitus. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 36(1), 65-69.
73. Kaymaz, T. T. ve Akdemir, N. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 61-67.
74. Rodríguez-Almagro, J., García-Manzanares, Á., Lucendo, A. J. and Hernández-Martínez, A. (2018). Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. *J Clin Nurs.*, 27(21-22), 4212-4223.

- 75.Eroğlu, N. and Sabuncu, N. (2021). The effect of education given to type 2 diabetic individuals on diabetes self-management and self-efficacy: Randomized controlled trial. *Prim Care Diabetes*, 15(3), 451-458.
- 76.American Diabetes Association (2017). Standards of medical care in diabetes- 2017. Promoting health and reducing disparities in populations. (William, T. Cefalu Ed.). *Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 40 (1), 6-10.
- 77.Gorman, L. M. ve Sultan, D. F. (2014). Genel Hasta Bakımı İçin Psikososyal Hemşireliğe Giriş. *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı için*. (Öz, F., Çev.). 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- 78.Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.
- 79.World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *World Health Organization Technical Report Series*, Geneva, 894, 1-253.
- 80.Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- 81.Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Türk J Psychol*, 7, 19-25.
- 82.Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 83.Öner, N. (1997). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*. 3. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

- 84.Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- 85.Köker, S. (1991). Normal ve Sorunlu Ergenlerin Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 86.Yetim, Ü. (1993). Life Satisfaction: A Study Based on The Organization of Personal Projects. *Social Indicators Research*, 29(3), 277-289.
- 87.Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.
- 88.Akça, D. ve Şentürk, S. (2020). Effect Of Eating Attitudes Of Individuals With Type 2 Diabetes Upon Quality Of Life. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5(2), 99-110.
- 89.Yılmaz, M. ve Çetinkalp, S. (2016). The association of eating attitudes between metabolic control and quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 13(9), 1-8.
- 90.Durat, G., Yıldız, C. and Erol, A. (2016). Comparison of Eating Pathology in Patients Diagnosed with Diabetes and Hypertension. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences Journal Identity*, 2(1), 7-12.
- 91.Rabori, R. M., Dehsheakhi, M. A., Nouhi, E. ve Nematollahi, M. (2020). Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Kadınlarda Cinsel İşlev, Evlilik Uyumu ve

Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. International Journey of Community Based, Nursing- Midwifery, 8(4), 324-332.

92.Üstünsoy Çobanoğlu, Z. S., Altuntaş, Y., Karamustafalıoğlu, K. O., Şengül, A. ve Çobanoğlu N. (2008). Tip 1 ve Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Yeme Bozuklukları ve Bozulmuş Yeme Davranışı. Düşünen Adam Dergisi, 21(1-4), 24-31.

93.Petroni, M. L., Barbanti, F. A., Bonadonna, R., Bruno, G., Caletti, M. T., Croci, M. et al. (2019). Dysfunctional eating in type 2 diabetes mellitus: A multicenter Italian study of socio-demographic and clinical associations, Nutrition. Metabolism and Cardiovascular Diseases, 29(9), 983-990.

94.Panigrahi, A. (2018). Life Satisfaction Among The Type 2 Diabetes Mellitus Patients. International Journal of Innovative Research and Advanced Studies (IJIRAS), 5(5), 2394-4404.

95.de Oliveira, D. L., Stawicki, G. and Mezzomo, T. R. (2017). Relationship between quality of life and the metabolicnutritional profile of individuals with type 2 diabetes mellitus. O Mundo da Saúde, São Paulo, 41(1), 77-86.

EKLER

EK 1: Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu

1. Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız?.....

3. Medeni durumunuz?

() Bekar () Evli () Dul/Boşanmış

4. Eğitim durumunuz?

() Okur-yazar değil () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite () Lisansüstü

5. Çalışma durumunuz?

() Çalışıyor () Çalışmıyor

6. Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz?

() Kötü () Orta () İyi

7. Nerede yaşıyorsunuz?

() Köy () İlçe () İl

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

() Yalnız () Aile () Çocuklarımla () Diğer.....

9. Ne kadar süredir diyabet tanısı aldınız?.....

10. Diyabete eşlik eden hastalık / hastalıklarınız var mı?

() Evet () Hayır

11. Diyabet tedavi şekliniz nedir?

() Oral () İnsülin () Oral + İnsülin

12. Hobiniz/Hobileriniz var mı?

() Evet () Hayır

13. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

() Kötü () İyi () Çok iyi

Boyunuz(cm)..... Kilonuz(kg).....

BKİ(kg/cm²).....

EK 2: Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Yeme Tutumu Testi (YTT-40)						
Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu işaretleyiniz.	f. Hiçbir zaman	e. Nadiren	d. Bazen	c. Sık sık	b. Çok sık	a. Daima
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sona kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						

Yeme Tutumu Testi (YTT-40) Devamı

16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK 3: Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

	Hiç uygun değil (1)	Uygun değil (2)	Biraz uygun değil (3)	Ne uygun ne uygun değil (4)	Biraz uygun (5)	Uygun (6)	Çok uygun (7)
1.Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın							
2.Yaşam koşullarım çok iyi							
3.Yaşamımdan hoşnutum							
4.Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim							
5.Yeniden dünyaya gelsem yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmedim							

EK 6: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma tip 2 diabetes mellitus hastalarında yeme tutumu ve yaşam doyumunun belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmanın verileri Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanacaktır. Araştırma verilerini toplamamız için sizlerin tanıtıcı özelliklerini içeren, yeme tutumunuzu ve yaşam doyumu düzeyinizi ölçen soru formları bulunmaktadır. Soruları yanıtlamanız için sizden 15-20 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilirsiniz.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Araştırmacı tarafından belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih Güldane YAŞDAL
Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih***
Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih***



