



**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL
DESTEĞİN ÖZ YÖNETİME ETKİSİ**

Abdullah ŞAHİN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ**

Yüksek Lisans Tezi - 2023

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN ÖZ
YÖNETİME ETKİSİ**

Abdullah ŞAHİN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ**

**MALATYA
2023**

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Medet KORKMAZ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Tip 2 Diyabetli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Öz Yönetime Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

.../.../2023

Abdullah ŞAHİN

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı	5
2.2. Diyabetes Mellitus'un Tarihçesi	5
2.3. Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi	5
2.4. Diyabetes Mellitus'un Kriterleri	6
2.5. Diyabetes Mellitus'un Sık ve Nadir Bulguları	7
2.6. Diyabetes Mellitus'un Çeşitleri	7
2.7. Prediyabet	8
2.8. Tip 1 Diyabet	8
2.9. Gestasyonel Gebelik	8
2.10. Tip 2 Diyabet	8
2.11. Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi.....	9
2.11.1. İnsülin Direnci	9
2.11.2. İnsülin Salgılanmasında Azalma	9
2.11.3. İncretin Hormon Azalması	9
2.12. Diyabetin Akut Komplikasyonları.....	9
2.12.1. Hipoglisemi.....	9
2.12.2. Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durum.....	9
2.13. Diyabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları.....	10
2.13.1. Diyabetik Nöropati	10
2.13.2. Diyabetik Nefropati	11
2.13.3. Diyabetik Retinopati	11
2.13.4. Diyabetik Ayak	11
2.14. Diyabetes Mellitus'da Kardiyovasküler Hastalıklar.....	11
2.15. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Tedavi ve Bakım.....	12

2.16. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Beslenmenin Önemi	12
2.17. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yaşam Tarzı Değişikliği	13
2.18. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Medikal Tedavi	13
2.18.1. Oral Antidiyabetik İlaçlar	13
2.18.2. İnsülin Tedavisi	14
2.19. Tip 2 Diyabette Güncel Yaklaşım	14
2.20. Tip 2 Diyabette Dislipidemi	14
2.21. Covid 19 ve Tip 2 Diyabet	15
2.22. Tip 2 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek	16
2.23. Tip 2 Diyabette Öz Yönetim	17
2.25. Tip 2 Diyabette Hemşirelik Bakımı	17
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.1 Araştırmanın Evreni	19
3.3.2 Araştırmanın Örneklemi	19
3.4. Araştırma Dâhil Edilme Kriterleri	19
3.5. Araştırma Dışlama Kriterleri	20
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	20
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	20
3.7. Veri Toplama Şekli ve Araçları	20
3.7.1. Hasta Anket Formu	20
3.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu (ÇBASDÖ)	20
3.7.3. Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	48

EKLER.....	56
EK-1. Özgeçmiş.....	56
EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	57
Ek-3. Hasta Tanıtım Formu	58
Ek-4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu	60
Ek-5. Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği	62
Ek-6. Etik Kurul Onay Formu	63
Ek-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek İzni.....	64
Ek-8. Tip 2 Diyabet Öz Yönetimi Ölçeği Ölçek İzni	65
Ek-9. Kurum İzni	66
Ek-10. Güç Analizi Raporu	67



TEŐEKKÖR

Çalıőmamda bana yön gösteren, beni yüreklendiren, daima teşvik edici bir tutum sergileyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşmakta çokça cömert olan, akademik bilgi ve birikiminin yanında insani değerler yönünden örnek bir karakter olan, sabrı anlayışı ve samimiyeti ile her zaman sıcakkanlı bir yaklaşım içinde olan değerli danışmanım, Prof. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Tez izleme ve savunma komitesinin kıymetli üyeleri; Prof. Dr. Serap Parlar KILIÇ'a ve Doç. Dr. Tuğba MENEKLİ'ye,

Hayatımın bütün aşamalarında bana maddi, manevi destek olan sevgili annem ve babama,

Çalıőmam boyunca yardımlarını esirgemeyen kıymetli arkadaşlarıma, en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunuyorum...

“Wer nichts waget, der darf nichts hoffen”

-Schiller

ÖZET

Tip 2 Diyabetli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Öz Yönetime Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı Tip 2 diyabetli bireylerde algılanan sosyal desteğin bireyin öz yönetimi üzerine etkisini incelemektir.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Adıyaman Besni Devlet Hastanesine 13.10.2022- 15.12.2022 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş üstü ve en az bir yıllık tanı alan Tip 2 DM’li bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini; güç analizine göre %5 hata payı, %95 güven aralığında 300 kişi olarak hesaplanmış ancak 310 gönüllü hastaya ulaşılmış ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmada, verilerin toplanmasında Tip 2 DM’li bireyler ile araştırmanın amacına yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ) ve Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği (TDÖYÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili bulunmuştur. ÇBASDÖ-Toplam puanlarındaki bir puanlık artış DÖYÖ-Toplam puanları üzerinde 0,076 puanlık artışa neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($p=0,034$). ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanlarını %1,1 düzeyinde açıklamaktadır. Tek değişkenli analizlerde hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ÇBASDÖ-Toplam ve DÖYÖ-Toplam puanları arasında yapılan karşılaştırmalarda $p<0.25$ değerine sahip değişkenler, karıştırıcı faktör olarak çoklu doğrusal regresyon modeline dâhil edilmiştir. Karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında ÇBASDÖ-Toplam puanlarının DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili olduğu görülmektedir. ÇBASDÖ-Toplam puanlarındaki bir puanlık artış DÖYÖ-Toplam puanları üzerinde 0.072 puanlık artışa neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.001$). Modeldeki değişkenler DÖYÖ-Toplam puanlarını %8.8 düzeyinde açıklamaktadır.

Sonuç: ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Tip 2 diyabetli bireylerde algılanan sosyal desteğin artmasıyla, öz yönetim becerilerinin arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, Öz yönetim, Tip 2 Diyabet

ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support on Self-Management in Individuals with Type 2 Diabetes

Aim: The aim of this study is to examine the effect of perceived social support on self-management in individuals with type 2 diabetes.

Material and method: It was conducted as a descriptive study. The research consists of individuals with Type 2 DM who applied to Adıyaman Besni State Hospital between 13.10.2022 and 15.12.2022, over the age of 18 and diagnosed for at least one year. The sample of the study; According to the power analysis, 5% margin of error was calculated as 300 people at 95% confidence interval. However, 310 volunteer patients were reached and included in the study. In this study, the Introductory Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Type 2 Diabetes Self-Management Scale (TDSMS) were used with individuals with Type 2 DM in order to obtain the desired results for the research question.

Results: MSPSS-Total scores were found to be effective on TDSMS-Total scores. A one-point increase in MSPSS-Total scores causes an increase of 0.076 points on TDSMS -Total scores. The established model is statistically significant ($p=0.034$). MSPSS-Total scores explain the TDSMS -Total scores at the level of 1.1%. In the comparisons made between the descriptive characteristics of the patients and the MSPSS-Total and TDSMS total scores in univariate analyzes, variables with a p value of <0.25 were included in the multiple linear regression model as a confounding factor. When adjustments are made for confounding factors, it is seen that MSPSS-Total scores are effective on TDSMS -Total scores. A one-point increase in MSPSS-Total scores causes an increase of 0.072 points on TDSMS -Total scores. The established model is statistically significant ($p<0.001$). The variables in the model explain the TDSMS -Total scores at the level of 8.8%.

Conclusion: MSPSS-Total scores were found to be effective on TDSMS -Total scores. The results obtained are statistically significant. It has been observed that self-management skills increase with the increase in perceived social support in individuals with type 2 diabetes.

Keywords: Perceived social support, Self-management, Type 2 Diabetes

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diabetes Mellitus
DÖYÖ	: Diyabette Öz Yönetim Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HHD	: Hiperglisemik Hiperosmolar Durum



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil. 4.1. Hata terimlerinin P-P normallik grafiği.....	35
Şekül 4.2. Karıştırıcı Faktörler ile Birlikte Hata terimlerinin P-P normallik grafiği	36



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Diyabet Tanı Kriterleri.....	7
Tablo 2.2. Diyabetin Belirtileri	7
Tablo 2.3. Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durum Olgularında Klinik ve Biyokimyasal Tabloların Karşılaştırılması	10
Tablo 2.4. Türkiye’de COVID-19 ve Diyabet	15
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı İstatistikleri (N=310)	24
Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait İstatistikler	26
Tablo 4.3. Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması...	27
Tablo 4.4. ÇBASDÖ ile DÖYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler	33
Tablo 4.5. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının DÖYÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	34
Tablo 4.6. Karıştırıcı Faktörlere Göre Düzeltme Yapıldığında ÇBASDÖ Toplam Puanlarının DÖYÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	35

1. GİRİŞ

DM, insülinin tam ya da kısmen eksikliği ile veya dokularda oluşan insülin direnci sonucu meydana gelen bir hastalıktır. Akut ve kronik komplikasyonların geliştiği ve sürekli bakım, tedavi ve takip gerektiren hem maddi hem manevi külfeti ağır olan kronik bir hastalıktır (1). DM; retinopati, nöropati, nefropati, diyabetik ayak gibi birçok hastalığın en başta gelen sebeplerindendir (2).

DM ömür boyu devam eden bir hastalık olmasının yanı sıra sağlıklı bir beslenme, düzenli egzersiz, iyi bir takip ve bunların yanında aile ve sosyal çevrenin desteği ile kontrol altına alınabilen bir hastalıktır (3). Dünyada epidemi olarak tanımlanan DM toplumların ekonomik yükünü ciddi bir şekilde etkilemekte ve sağlık sisteminde önemli bir paya sahip olduğundan bütün ülkelerin iyi bir sağlık politikasıyla bu hastalık ile mücadele etmeleri gerekmektedir (1).

Gelişmiş ülkelerde diyabetin artışı daha çok yaşlı popülasyonun artışına bağlı artmaktadır fakat gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde bu durum daha çok bilinçsiz beslenme ve yaşam tarzıyla alakalı olarak artmaktadır (4). Yapılan çalışmalar diyabette glisemik kontrolün henüz istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu yüzden diyabetle mücadelede istenilen amaçlara ulaşmak için tüm sağlık profesyonellerine daha fazla iş düşmektedir (5).

DM, ölüme neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar sıralamasında dördüncü sıradadır (5). Uluslararası Diyabet Federasyonun 2017’de yayınladığı 8. Diyabet Atlasında tüm dünyada diyabetli hasta sayısının 425 milyon olduğu açıklanmıştır (6). Dünya Sağlık Örgütü 2025’te dünyada diyabetli birey sayısını 300 milyon, 2030’da 366 milyon olarak öngörmektedir (7).Tüm dünyadaki diyabetli sayısının 2019 verilerine göre 463 milyon olduğu, 2045’de ise bu sayının 700 milyon olacağı öngörülmektedir (8). Tip 2 DM için 2021 yılı itibariyle dünya çapında yapılan sağlık harcaması, 15 yıllık süreçte %316 artmıştır ve bu oran tahmini 966 milyar ABD dolarına denk gelmektedir. Tip 2 DM 2019 yılında 1.5 milyon insanın direkt ölümüne sebep olmuş, yine aynı yılda tüm ölüm nedenleri arasında 9. sırada yer almıştır (9). DM prevelansının 2021’de %10.5 olduğu ve bu prevelansının 2030’da tahmini %11.3’ü, 2045’te ise %12.2’yi bulacağı öngörülmektedir (10).

Bütün dünya toplumlarında olduğu gibi ülkemizde de diabetes mellitus her geçen gün artmaktadır. TURDEP-II verilerine göre, Türkiye de erişkin popülasyonun %42'sinin diyabetik ya da prediyabetik (gizli şeker) olduğu açıklanmıştır (5). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi II (TURDEP II) verilerine göre ülkemizde diyabetin yetişkinler içerisinde bulunma sıklığının %13.7 olduğu açıklanmıştır (7). Türkiye'de diyabetli hasta sayısı yıllık yaklaşık %8 artmakta ve bunların yıllık sağlık maliyetleri yaklaşık %18 oranında artış göstermektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2017 verilerinde ülkemizin 35 ülke içerisinde diyabet artışının en fazla, diyabet yaygınlığının ikinci sırada olduğu ülke olarak açıklanmıştır (6).

Sosyal destek, aile, arkadaş, dost, komşu, akraba ve sağlık profesyonelleri gibi hasta bireyin çevresinde iletişim halinde olduğu kişi veya kişilerin hastaya olan duygusal, cesaretlendirici, bilgilendirici, iyileştirici maddi manevi destekleri kapsar (11). Sosyal destek insanlar için diğer tüm hayati fonksiyonlar gibi vazgeçilmez bir gerekliliktir. Bir başka deyişle sosyal desteğe hayatın iyilik halinin sürdürülebilirliği için tetikleyici bir faktördür diyebiliriz (12).

Algılanan sosyal destek, hastanın çevresinde sosyal destek ağlarına olan erişimi tanımlarken, alınan sosyal destek ise belirli bir zaman aralığında alınmış desteği ifade eder (11). Başka bir tanımda insanların zorlu yaşam koşulları karşısında, stresli anlarda, hayatı için ciddi kararlar alırken veya hastalıklar ile mücadele ederken sağlıklı, sürdürülebilir bir hayat için çevresindeki sosyal ve psikolojik destek kaynaklarının erişilebilirliğine algılanan sosyal destek diyebiliriz (12). Uluslararası Diyabet Federasyonu, sosyal desteğin artmasının medikal tedavide olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (11). Yapılan bir çalışmada bir insanın sağlığının %60'ının sosyal, davranışsal ve çevresel faktörlerden etkilendiği bildirilmiştir. Yine bir çalışmaya göre sosyal çevre uyumu yüksekliğinin Tip 2 DM oranının düşmesinde etkili olduğu görülmüştür (13). Algılanan sosyal destek açısından hemşireler; eğitim, danışmanlık, bilgi ve tecrübelerini kullanarak Tip 2 DM'li hastaların tedavi yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerine uyum ve komplikasyonların engellenmesi konularında kilit bir role sahiplerdir.

DM muhtemel komplikasyonları önlemek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak için öz yönetim ve öz bakım beceri ve bilgilerini gerektiren kronik metabolizmal bir hastalıktır (14). Öz yönetim; diyabetli bireylerin diyetlerinde, egzersizlerinde, medikal tedavide, kendilerini izlem ve takipte gereklilikleri yerine getirip, pratikte

karşılaşılabileceği problemleri çözebilme ve bakımlarını gerçekleştirebilme olarak tanımlanır (2). Bir başka yerde öz yönetim; kişinin hastalığını bilmesi, ne yapması gerektiği, nasıl yapması, ne sıklıkta yapması gerektiği, istenilen düzey ve bunun için iyilik halini arttırmaya ve istenilen hedefe yönelik aktif olarak hastalığının sürecine katılması ve iyi yönetmesidir (15).

Diyabette öz yönetimin amacı kan glikoz düzeyini istenilen aralıkta tutmak ve komplikasyonların önüne geçmektir (2). Diyabet hemşirelerinin Tip 2 DM’li bireylerde öz yönetimi desteikleme rolleri bulunmaktadır ve hastaların öz yönetimini arttırmada etkili oldukları bulunmuştur (4). Sosyal çevrenin (aile, arkadaş, akraba, komşu, sağlık hizmeti sunanlar vb. hastaya sosyal açıdan destek vermeleri) hasta öz yönetimini olumlu etkilediği dolayısıyla hastanın süreci iyi yönetmesinde katkı sağladığı görülmüştür (8). Uygun bir diyet ve yeterince fiziksel hareketliliğin olduğu bir yaşam tarzı diyabet hastalığı riskini önleme ve azaltmada önemli bir yere sahiptir.

Yapılan bir araştırmanın sonucuna göre; iyi bir öz yönetimin diyabette remisyonun olabileceğini ortaya koymuştur (15). Diyabet hastalarının ve ailesinin öz yönetimde iyi bir düzeyde olmaları ve bunu devam ettirmeleri hastanın iyilik halini ve kendisine olan inancını artıracaklarını göstermiştir (15). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre öz bakım ve yönetimin diyabette yaşam kalitesini arttırdığı ve muhtemel komplikasyonları azalttığı görülmektedir (16).

Tip 2 DM’nin kontrolü için yaşam şekli biçimini iyileştirmek gereklidir. Amaç Tip 2 DM’li bireylerde iyi bir öz yönetim ile gerekli davranış şeklini sağlayabilmektir (15). Tip 2 DM’li kişilerin bakım ve tedavilerini etkili bir şekilde sağlayabilmeleri için istenen düzeyde bir öz yönetim olması gerekir. Kazandırılmış etkili bir öz yönetim ile daha iyi bir öz bakım davranışı oluşturularak bireyin yaşam kalitesi yükseltilebilir (16).

Tip 2 DM’nin ilerlemesi ile meydana gelen komplikasyonlar, çoğunlukla diyabet yönetimi yetersiz ve etkisiz olan, diyabet yönetiminde yeterli öz yönetim aktivitelerine sahip olmayan kişilerde gözükmektedir. Kronik hastalıkların bakım ve tedavisinde gerekli öz-bakım aktivitelerinin benimsenmesi ve gündelik hayatta uygulanması oldukça zordur. Bu uygulamaların ömür boyu devam ettirilmesinde bireysel öz-yönetim aktivitelerinin etkisi kayda değerdir (4). Tip 2 DM’nin sürecini iyi yönetmek demek diyabete uygun yaşam şekline adapte olmak, bunun için gerekli önlemleri almak ve etkili bakım ve tedaviyi yapabilmek ve sonuçta gelişebilecek diyabetik komplikasyonlara engel olmak demektir. İstenilen iyilik halinin olması iyi bir öz bakım

ile olur, iyi bir öz bakımın temelinde öz yönetim becerilerinin yüksek olmasının payı büyüktür (2).

Sosyal desteğin Tip 2 DM özyönetiminde bireyin tedavisinde iyileşmeye yönelik olumlu bir etki gösterdiği görülmüştür (9). Tip 2 DM tanısından sonra gerekli yaşam tarzı değişikliğine uyumda ve hastalığı yönetmede bireysel mücadelenin yanında sosyal çevrenin; aile, arkadaş, akraba, komşu, hemşire, doktor vb. bireye vereceği desteğin bu değişimi olumlu yönde desteklediği düşünülmektedir (17).

Dünyada birçok ülke diyabete yönelik öz-yönetim kılavuzu geliştirmiştir, fakat kişilerin bireysel olarak uygulamada zorluk çektiği, bunun yanında sosyal desteğin diyabetli kişilerde hastalık yönetimi ve bakımda yardımcı olduğu düşünülmektedir (11).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin profesyonel sosyal destek sağlayıcılarından en etkili meslek grubu olduğu ve Tip 2 DM’li bireylerde öz yönetimi arttırmada önemli bir konumda olduğu öngörülmektedir (15). Yapılan literatür incelemesi sonucunda algılanan sosyal desteğin Tip 2 DM’li bireylerin öz yönetimini nasıl etkilediğini araştıran yeterli çalışma olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin Tip 2 DM’li bireylerin öz yönetimine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun için aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H0. Tip 2 DM’li bireylerin algıladığı sosyal destek bireyin öz yönetimini etkilemez.

H1. Tip 2 DM’li bireylerin algıladığı sosyal destek bireyin öz yönetimini olumlu yönde etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı

Diyabetes Mellitus, insülinin pankreasta üretilmesinde veya dokularda insüline karşı olan reaksiyonun bozulmasının neticesinde, karbonhidrat ve protein, yağ metabolizmasının anormalliğiyle gelişen hiperglisemik bir metabolizma hasatlığıdır. Uzun süren hiperglisemi sonucu sıklıkla kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış aterosklerozis oluşur (18).

2.2. Diyabetes Mellitus'un Tarihçesi

Diabetes Mellitus, eski Yunanca 'da aşırı idrar anlamına gelen "diabetes" ve bal anlamına gelen "mel" kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşturulmuştur. M.Ö. 400 yılında eski Hint hekimleri, tatlı idrar anlamına gelen "Madhumeh" adını vermişlerdir. M.S. 9.yy. da Razi ve İbni Sina, bu kişilerin aşırı susuzluk çektiği ve idrarlarının tatlı olduğundan bahsetmiştir. 18.yy.da William Cullen Diabetes Mellitus olarak adlandırmıştır. 1815'de Chevreul idrardaki şekerin glikoz olduğunu söylemiştir. 1889'da Oskar Minkowski yaptığı çalışmalar sonucunda diyabetten sorumlu organın pankreas olduğunu bulmuştur. 1921 yılında Banting ve Best insülini keşfetmiş, 1955'de OAD ilaçlar bulunmuştur. Yakın zamanda ise insan insülini laboratuvar ortamında üretilip kullanılmaya başlanmıştır (19).

2.3. Diyabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi

Diyabet, pankreasın yeterli insülin üretememesi veya dokuların insüline duyarsız kalması sonucu oluşur. Ömür boyu devam eden bir hastalıktır (1). Diyabet bir epidemi olarak gittikçe artmaktadır ve ekonomik olarak sağlık sisteminin, maddi, manevi yükünü arttırmaktadır. Yaşa bağlı diyabet ölümlerinde 2000'den 2019 yılına kadar geçen sürede %3'lük artış olmuştur. Dünya geneli diyabet sayısı 1980 yılında 108 milyon iken 2014 yılında 422 milyona ulaşmıştır (20). ABD'de toplam diyabet sayısının 2030'da %20'nin üzerinde olacağı, sıklığının ise %19.6 seviyelerine çıkacağı düşünülmektedir (21). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılında erişkin diyabet sayısının 34.1 milyon olduğu ve her yıl bunlara 1.5 milyon yeni tanı eklendiği ön görülmektedir (22). 2019 yılında 1.5 milyon insanın direkt ölüm sebebi olan diyabet, sebep olduğu tüm ölümlerin %48'i 70 yaş öncesinde gerçekleşmiştir. 460.000 böbrek

hastasının ve kardiyovasküler hastalıkların %20'sinin ölüm nedeni diyabet olarak söylenmektedir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde 2019'a gelindiğinde diyabet kaynaklı ölüm oranının %13 arttığı bildirilmektedir (20). Ülkemizde 1998-2010 yılları arasında yapılan bir çalışmaya göre Tip 2 DM oranında %90'lık bir artış görülmüştür. TURDEP-II'nin 2017 yılı verilerine göre ülkemizde 20 yaş ve üzeri yetişkin grubunun diyabet prevelansının %15 ve yine bu çalışmanın neticesinde diyabet hasta sayısının 8.449.311 olduğu açıklanmıştır. 2011-2012 yılları arasında SGK'nın verilerine göre tanı alan diyabetli oranı %9 artmıştır.

Türkiye'de toplumun %31.2'sinin şişmanlık grubuna girmesi ve erişkin prediyabet oranının %28.7 olması Tip 2 DM hasta sayısının artmasına yönelik beklentileri arttırmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre 2045 yılında Türkiye'deki 20-79 yaş arasındaki diyabetli sayısı 11.2 milyon olarak öngörülmektedir. IDF Türkiye'nin diyabetli birey sayısının en fazla olduğu 10. ülke ve en çok yaşlı diyabetli nüfusun olduğu 8. ülke olacağını öngörmektedir (6).

2.4. Diyabetes Mellitus'un Kriterleri

WHO ve ADA, 2010 yılından bu yana DM tanısının kriteri olarak HbA1c'nin kullanılmasını kabul etmiştir. Diyabet tanısı için; açlık plazma glikozu, rastgele plazma glikozu, 75gr oral glikoz tolerans testi sonrasındaki 2. saat plazma glikoz testi ya da A1C tetkiki yapılarak tanı konulabilir. Bu testler sonucunda normalden yüksek ancak istenilen değerde olmaması durumunda ise, bozulmuş açlık glikozu, bozulmuş glikoz toleransı gibi prediyabetik bireylerin tanımlanması da yapılabilir. Tablo 2.1'de tanı kriterleri verilmiştir (5).

Tablo 2.1. Diyabet Tanı Kriterleri

Sınıf	Aşikâr DM İzole BAG İzole BGT BAG + BGT YRG
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl 100-125 mg/dl <100 mg/dl 100-125 mg/dl -
OGTT 2.st PG (75 g glikoz)	≥200 mg/dl <140 mg/dl 140-199 mg/dl 140-199 mg/dl -
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet Semptomları - - - -
A1C**	≥%6.5 - - - %5.7-6. (≥48 mmol/mol) (39-47 mmol/mol)
✓ Aşikâr DM' tanısı için herhangi dört bulgudan biri yeterli ✓ İzole BAG, İzole BGT ve BAG + BGT için iki bulgu şarttır. ✓ DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glikozu, 2.st PG: 2. saat plazma glikozu, ✓ OGTT: Oral glikoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, ✓ BAG: Bozulmuş açlık glikozu (impaired fasting glucose), BGT: Bozulmuş glikoz toleransı (impaired glucose tolerance), YRG: Yüksek risk grubu	

2.5. Diyabetes Mellitus'un Sık ve Nadir Bulguları

Diyabetin sık ve nadir bulguları Tablo 2.2'de verilmiştir (1).

Tablo 2.2. Diyabetin Belirtileri

Diyabetin Belirtileri	
Sık görülen belirtiler	Nadir görülen belirtiler
➤ Poliüri ➤ Polidipsi ➤ Polifaji veya iştahsızlık ➤ Halsizlik, çabuk yorulma ➤ Ağız kuruluğu ➤ Noktüri	➤ Bulanık görme ➤ Açıklanamayan kilo kaybı ➤ İnatçı enfeksiyonlar, ➤ Tekrarlayan mantar enfeksiyonları ➤ Kaşıntı

2.6. Diyabetes Mellitus'un Çeşitleri

DM; Tip 1, Tip 2, gestasyonel, özel nedenlere bağlı ve prediyabet olarak sınıflandırılmaktadır. Bütün diyabetlerin yaklaşık %90'ı Tip 2 diyabetli gruptan oluşmaktadır (1).

2.7. Prediyabet

Prediyabet henüz tam bir diyabet tanısı almamış, halk arasında gizli şeker diye de adlandırılan, Bozulmuş Açlık Glikozu, Bozulmuş Glikoz Toleransı vs. gibi durumların gözüktüğü diyabet öncesi duruma denir (1).

2.8. Tip 1 Diyabet

β -hücre rezervinin %80-90 azaldığı, genetik faktörlerin yanında bazı tetikleyici etkenlerin sebep olduğu bağışıklık sisteminin etkilenmesi sonucu oluşan β -hücre hasarındır (1). Tip 2 diyabette Tip1'in aksine çevresel ve genetik faktörlerin etkisi bilinen bir durumdur (23).

2.9. Gestasyonel Gebelik

Gebeliğin 24. haftasından sonra başlayan ve genellikle gebelikten sonra düzelen gebelik sürecinde bebek açısından hayati bir durum olan, glikoz yüksekliği ile seyreden insülin metabolizma bozukluğu sürecidir (1). OGTT ile tanısı konulur. Gestasyonel gebelik için doğum sonrası düzelme olduğu bilinir, ama bir sonraki gebelikte tekrarlanmanın ve ilerleyen yaşlarda Tip 2 diyabet olma ihtimalinin arttığının göstergesidir (5).

2.10. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet obezite, insülin direnci ve insülin salınımı bozukluğu ile karakterize, daha çok 40 yaş üstü görülen ve ciddi komplikasyonları olan, diyabetlilerin yaklaşık %90'nını oluşturan, giderek artan ciddi bir metabolizma bozukluğudur (1). Tip 2 diyabet semptomları Tip 1 diyabete benzemekle beraber daha geç belirti veren ve genellikle komplikasyonları belirginleşince kendini gösteren, dokuların insülini etkisiz kullanması sonucu gelişen bir hastalıktır. Genellikle erişkinlerde görülmekle beraber son zamanlarda çocuklarda da Tip 2 diyabet gözükmemektedir (24). Tip 2 diyabette etnik köken, obezite, yaş, beslenme kültürü, sedanter yaşam tarzı, sigara, ailesel yatkınlık vb. etkileyciler diyabet riskinde belirleyici faktörlerdir (24). Hastalığın patogenezinde genetik ve çevresel faktörler büyük bir paya sahiptir. Ailede Tip 2 DM'nin olmasının hastalık riskini 2-4 kat arttırdığı, sadece bir ebeveynde olması durumunda %40, her iki ebeveynde olması durumunda %70 oranında arttığı görülmüştür (25).

2.11. Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi

2.11.1. İnsülin Direnci

Reseptör hasarları sonucu, dokuların kandaki glikozu kullanamaması, kan glikozunun artması, hücre içi glikozun düşmesi olarak tanımlanabilir. Bu belirti genellikle tanı konmadan öncesinde vardır (5).

2.11.2. İnsülin Salgılanmasında Azalma

Pankreasın yeterince insülin üretememesidir. Sekresyondaki belirgin azalma daha çok hastalığın bariz olduğu durumlarda kendini gösterir (5).

2.11.3. İncretin Hormon Azalması

İncretin gastrointestinal sistemde besin alınımları ile üretilen ve insülin salgılanmasını tetikleyen hormondur. İnsülin sekresyonunun %60'ını karşıladığı için Tip 2 de etkili olabileceği düşünülmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar bağırsak mikrobiyomunun da Tip 2 diyabette etkili olabileceği söylenmektedir (5).

2.12. Diyabetin Akut Komplikasyonları

2.12.1. Hipoglisemi

Kan glikozunun 60 mg/dl'nin altına düşmesiyle meydana gelen, diyabette mortalitenin en büyük akut sebeplerindendir. Hipoglisemide; bulantı, çarpıntı, konfüze bilinç bulanıklığı, acıkma hissi, baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, soğuk terleme, halsizlik, titreme vb. durumlar gözükabilir (1).

2.12.2. Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durum

Her iki durum da hastada diyabet takipsizliği sonucu hiperglisemi nedeniyle oluşur. Asit-baz dengesi bozulmuştur. Ketoasidoz ve asidoz daha çok da ketoasidoz gelişir. HHD ise, daha çok volüm kaybı ile bilinir ve yavaş gelişen bir komplikasyondur. Her iki komplikasyonda da; poliuri, polidipsi, kilo kaybı, halsizlik ve dehidratasyon gibi sonuçlar gelişir. Tablo 2.3'de Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durumun belirti bulguları verilmiştir (26). Ketoasidoz, diyabetik acillerde en sık karşılaşılan vakalardandır ve her yıl her 1000 hastada 4-8 kişinin DKA olduğu ve iyi bir takip ve tedavi ile mortalitesinin %5'in altında tutulabileceği bildirilmektedir. DKA hastalarının, tedavilerini doğru ve zamanında yapmaması ve glisemik kontrolü yeterince

sağlayamaması sonucunda gelişir. DKA hastalarında genellikle ağızda, bozulmuş meyve, aseton kokusu vardır. Hastalar hipotermi açısından takip edilmelidir. DKA vakalarında amaç; sıvı kaybının karşılanması, istenilen düzeyde glisemik kontrolün sağlanması, asit-baz ve elektrolitler açısından kontrolün sağlanması ve ölüm ve sakatlık oranının düşürülmesidir. DKA hastalarında hemşirelerin, hastaya özgü tedavi, elektrolit takibi, şeker takibi, komplikasyon açısından değerlendirme ve eğitimi de dahil eden bir yaklaşım içinde olması gerekir (27).

Tablo 2.3. Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durum Olgularında Klinik ve Biyokimyasal Tabloların Karşılaştırılması

Diyabetik Ketoasidoz	Hiperglisemik Hiperosmolar Durum
Glikoz (mg/dl)	>250 >500
Sodyum(meq/L)	125-135 135-145
Potasyum(meq/L)	3.5-5.5 veya yüksek 3.5-5.5
Arteriyel pH	6.8-7.30 >7.30
Bikarbonat(meq/L)	<15 Normal veya hafif düşük.
İdrar Keton	Pozitif Eser
Serum Keton	Pozitif Eser
Osmolalite (mosom/L)	300-320 330-380.
Anyon açığı ($\text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$)	Yüksek Değişken
Mental Durum	Değişken Genellikle stupor/koma.

2.13. Diyabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları

2.13.1. Diyabetik Nöropati

DM'de en çok meydana gelen mikrovasküler bir olumsuzluktur. Diyabetik vakaların neredeyse yarısında bu durum görülmektedir. Çoğunlukla distalde simetrik olarak gelişen eş zamanlı birden fazla sinirde oluşan nöropatilerdir. Diyabetik ayak sebepleri arasında kayda değer paya sahiptir (26). Tahmini yıllık insidansı %2, prevelansı ise %10-90 arasında değişmektedir (1). Anamnez ve fizik muayenede, ağrı ve parestezi vardır (26). Alt ekstremitelerde, uyuşma, yanma, karıncalanma, ağrı ve güçsüzlük tipik belirtilerindendir (1).

2.13.2. Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati (DN) son dönem böbrek hastalığının en büyük sebeplerindendir. Bu bireylerde ilk zamanlarda asemptomatik albuminüri, devamında glomerül filtrasyonda azalma, proteinüri miktarında artma ve sonunda hipertansiyon gelişir. Kan basıncının ve kan glikoz düzeyinin istenilen aralıklarda olması durumunda DN gelişmesinin önüne geçilebilir veya kötüye gitmesi önlenir. DN olgularında tanı spot idrarda albümin/kreatinin ölçümü ile konur. Tip1 diyabette tanıdan beş yıl sonra, Tip 2 diyabette ise tanı konulur konulmaz tarama yapılmalıdır (26). Kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda ciddi bir risk faktörüdür (1).

2.13.3. Diyabetik Retinopati

Göz yapısındaki damarsal yapının uzun süre hiperglisemiye maruz kalmasıyla gözde hasar oluşması durumudur. Yetişkin insanlardaki göz fonksiyon kayıplarının en büyük sebeplerindendir. Yetişkin göz kayıplarının neredeyse beşte birinden sorumludur (1). Glokom ve katarakt gibi göz hastalıklarının diyabette görülme sıklığı artar. Tanı için pupil dilatasyonu ve fundoskopik taramalar yapılmalıdır (26). İyi bir glisemik kontrol ile komplikasyon gelişmesi önlenir (1).

2.13.4. Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak, DM'nin morbidite ve mortalitesini arttıran bir komplikasyondur (26). Nöropati sonucu oluşan hissizlik nedeniyle sık sık travmaların oluşması ve bu travmaların yara iyileşme sürecini uzatması, diyabetik ayak riskini arttırmaktadır (1). Hastane yatışı olan her beş hastadan biri diyabetik hasta grubuna girmektedir. Diyabetik ayak gelişen hastaların tedavi ve bakımlarının uzun sürmesi ve yüksek maliyetli olması hem hastane hem birey ve ailesi için ciddi bir yük olmaktadır (17). İyi bir glisemik kontrol, tetikleyici faktörlerin uzaklaştırılması ve en az yılda bir kez fizik muayene ve laboratuvar tetkik analizi diyabetik ayak riskini azaltmada kayda değer bir öneme sahiptir (26).

2.14. Diyabetes Mellitus'da Kardiyovasküler Hastalıklar

Tip 2 DM'si olanların, Tip 2 DM'si olmayan bireylere göre Kronik arter hastalığı gelişme riski 2-4 kat daha fazladır (5). Diyabetli hastaların yaklaşık dörtte üçü, kronik arter vs. gibi kardiyovasküler sebeplerinin olmasından yaşamlarını kaybetmektedirler (1). Hipertansiyon, dislipidemi, obezite, sigara, ailede erken kronik

arter hastalığı ve albuminüri gibi kardiyovasküler risk faktörleri açısından diyabetli bireylerin yılda bir kez değerlendirilmesi gerekir. DM hastalarında sessiz MI çok görülür (5). Diyabeti olan bireylerde kalp yetersizliği varlığı erkeklerde 2 kat, kadınlarda 5 kat artmıştır ve Tip 2 DM'li bireylerde her 10 kişiden 4'ünün kalp yetersizliği olduğu çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur (5).

2.15. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Tedavi ve Bakım

Sağlık profesyonelleriyle hasta bireyler arasında sürdürülebilir, anlaşılır ve iyi bir iletişimin olması gerekir. Bireylerin sosyokültürel, kişisel özellikleri, bireysel tercihleri vs. gözetilip ailenin ve hasta bireyin içinde olduğu hasta merkezli kişiselleştirilmiş bir yaklaşım tarzının, hastanın tedavisinde daha olumlu sonuçlar elde ettiği ortaya konulmuştur (5) Diyabette tedavinin amacı oluşabilecek makro ve mikrovasküler komplikasyonların önüne geçmek için kan glikoz düzeyinin istenilen aralıkta olmasıdır (1). HbA1c hedefleri; yetişkinlerde istenilen düzey $\leq 7\%$, yeni tanı almış bireylerde $\leq 6.5\%$, diyabetle birlikte hastalık süreci kötüye giden, ömür beklentisi az olan bireyler için HbA1c 8% seviyelerinde olmalıdır. Komplikasyonların gelişmesini önlemek için lipid ve kan basıncı takibi yapılmalı ve istenilen aralıklarda tutulmalıdır (26).

2.16. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Beslenmenin Önemi

DM'de beslenmede bireyin sosyokültürel, eğitim düzeyi ve yaşam tarzına uygun, gelişebilecek diyabetik komplikasyonları önleyebilecek, kan glikoz düzeyini normal aralıklarda tutabilecek sağlıklı bir beslenme tavsiyesi verilmelidir. Beslenmede kişiye özel diyet uygulanmalıdır (28) . Hastanın diyeti var olan kilosuna göre değil olması gereken düzeydeki ağırlığına göre yapılandırılmalıdır. Diyabetli bireylerde enerji gereksiniminin $40-60\%$ 'ının karbonhidratlardan karşılanacak şekilde bir diyet planlanmalıdır. Obez bireylerde kilo kaybı ile istenilen glisemik diyabet gelişme riskini geciktirdiği görülmüştür (1). Tip 2 DM'li bireylerin doymuş ve trans yağlardan uzak durmaları, kolesterol ve sodyum alımını düşürmeleri iyi bir glisemik düzeyin sağlanması için gereklidir (5). Gün içerisinde hipoglisemiye engel olmak için karbonhidrat içerikli gıdalar ana ve ara öğün olarak alınmalıdır ve muhtemel hipoglisemi riski için yanında karbonhidrat bulundurulmalıdır. Beslenme önerisi kişilerin yaşam tarzı, alışkanlıkları ve sağlıklı gıdaya ulaşılabilirliklerine göre düzenlenmelidir (1). ABD'de yapılan bir araştırmanın sonucunda, doğal ürünlerin bazı kimyasal etkenlere maruz kalması

sonucunda, bölge halkının zorunlu olarak beslenme şeklini, sebze ve balık gıdalarının yerini pirinç ve konserve etlerin alması Tip 2 DM vaka sayısını arttırmıştır (29). Bir çalışmaya göre, diyabetli bireylerin kendi kendilerine yemek pişirmelerinin gıda güvenliğini arttırdığı ve daha az bir masraf ile daha kaliteli beslendiği, bu durumun glisemik kontrolü iyileştirdiği görülmüştür (30).

2.17. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yaşam Tarzı Değişikliği

DM’de beslenme şekli, egzersiz, eğitim, medikal tedavi vs. gibi durumların bireyin normal rutinde birtakım değişiklikler yapmasıyla hastanın yaşam tarzında kısmi veya köklü değişiklikler yapmasıdır. Bu değişimin en önemli basamaklarından biri hasta eğitimidir. İyi bir eğitim ile hastanın hem hastalığını kabullenme hem de hastalığı yönetmede olumlu sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Bunun yanında iyi bir eğitimin; bireyin öz bakımını yapmada, hastalığı tanımada, komplikasyonları bilme ve önlemlerini almada, kendi kendini takip etmede, kan glikoz ölçümlerini yapma, medikal takip ve uygulama, egzersiz yapma gibi aktivitelerin önemini belirtmesi gerekir (31). Yaşam tarzı değişikliğinin önemli basamaklarından biri de fiziksel egzersizdir. Düzenli egzersiz prediyabetik bireylerin diyabetik olma durumunu azaltmada, diyabetik bireyler için de kan glikozunu ve kan basıncı istenilen düzeyde tutulmasında yardımcı olmaktadır. İyi bir egzersiz programının haftanın en az 3 günü 20-30 dakika yapılması ve bu egzersizin haftalık en az 150 dakikayı bulması gerekir (1). Bir kişinin yaşam tarzı değişikliğine olan uyumu ve adaptasyonu sürdürebilmesi, kişinin bireysel olarak motivasyonunun artmasıyla orantılı olduğu görülmüştür (32).

2.18. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Medikal Tedavi

2.18.1. Oral Antidiyabetik İlaçlar

Tip 2 diyabetli bireylerde genellikle başlangıçta verilen ilaç grubu grubu metformindir (1).

OAD ilaç grubunda bulunan ilaçlar; inkretin bazlı ilaçlar, tiazolidindionlar, biguanidler, alfa glikozidaz inhibitörleri ve sodyum glikoz ko-transporter 2 inhibitörleri’dir (5).

Tip 2 DM’de pramlintid, bromokriptin, kolesevelam gibi ilaçlar OAD glikoz düşürücülerdir. OAD ilaç grubu genellikle gebelikte kullanılmaz (5). Direkt insülin yetersizliği sonucunda gelişen Tip 1 DM için genellikle OAD ilaçlar kullanılmaz (1).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tavsiyesine göre; ciddi böbrek yetmezliği olan hastaların (eGFR <15 ml/dk) ya da diyaliz alan hastaların sadece insülin kullanması gerekir (5).

2.18.2. İnsülin Tedavisi

1921 yılında keşfedilen insülin özellikle Tip 1 DM olmak üzere diyabetlilerin yaşam serüveninde bir devrim niteliğinde olup hayat sürelerini ve kalitesini arttırmıştır. En başta hayvansal kaynaklı olan insülin gittikçe daha da etkili olan hipoglisemi riskini en aza indiren, glisemik kontrolü en iyi şekilde koruyan bilimsel çalışmaların bir parçası olmuştur. Genelde insülin eksikliğini karşılamak için Tip 1 DM’li bireylerde tedavi amaçlı kullanılır. Fakat Tip 2 DM’li bireylerin glisemik kontrolü sağlayamaması ya da beraberinde eşlik eden hastalıklardan dolayı insülin kullanımına ihtiyaç duyulur. İnsülin kullanan hastalar; olabilecek hipoglisemi durumuna karşı belirti ve bulgular açısından değerlendirilmeli ve hastanın bilgilendirilmesi tedavinin bir parçası olmalıdır. İnsülin kullanımı için hasta ve bakım vericiler bilgilendirilmelidir (5).

2.19. Tip 2 Diyabette Güncel Yaklaşım

Yeni yaklaşımda bireyin; hastalık süresi, hiperglisemi derecesi, ilaçların özellikleri, var olan diyabet komplikasyonu, eşlik eden diğer hastalıklar, bireyin yaşam beklentisi ve hasta tercihinin de gözetilip kişisel bir tedavi şekli planlanmalıdır. Metformin ilk tanı alındığında bilinen bir olumsuzluk yoksa beslenme ve egzersiz ile beraber en başta kullanılan tedavi şeklidir. A1C >%10 olan hastaların hipergliseminin de eşlik ettiği durumlarda yaşam tarzı değişikliğiyle beraber insülin tedavisine başlanması gerekir. Kan glikoz düzeyinin istenilen düzeyde olmasında hastada komplikasyon gelişmeyecek şekilde bireysel tedavi yöntemi seçilmelidir (5).

2.20. Tip 2 Diyabette Dislipidemi

Tip 2 DM hastalarında görülen lipid bozukluğudur. Yüksek yoğunluklu lipoprotein düşük, trigliseridi yüksek, düşük yoğunluklu lipoprotein ise normal seviyelerdedir. Diyabetik dislipidemide her ne kadar LDL normal olsa da, insülin direncinin etkisi ile karaciğerin fazla çok düşük yoğunluklu lipoprotein sentezlemesidir. VLDL aterojenik özellikte, HDL ise anti-aterosklerotik ve anti-oksidan etkiye sahiptir. Postprandiyal trigliserid dislipidemide arttığından aterosklerotik kardiyovasküler hastalığına olan yatkınlık artar. Tip 2 DM’de aterojenik yağ oluşumu yıllar öncesinden

başlamıştır. Glisemik kontrolün kötüye gitmesi lipid düzeyinin daha da kötüye gitmesine sebep olur. Glisemik kontrolün iyileştirilmesi aterosklerotik yapıyı her zaman düzeltemeyebilir, bunun yanında ek olarak lipid tedavisi verilerek aterosklerotik yapı engellenebilir ya da düzeltilebilir (5).

2.21. Covid 19 ve Tip 2 Diyabet

Coronavirüs, 2019 yılında Çin’den tüm dünyaya yayılmaya başlayan ve pandemi olarak adlandırılan ciddi bir kapanma gerektiren çok hızlı bulaşabilen viral bir hastalıktır. Diyabetin COVID 19’u arttırdığı ile ilgili net bir bilgi yoktur. Bununla birlikte yapılan çalışmalar kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 hastalığına bağlı mortalite ve morbiditenin arttığı ve diyabetin en sık görülen komorbidite olduğu söylenmektedir (33). Diyabetin ilerleyen yaşlarda sıklığının artması bunun yanında diyabet hastalığı diğer kronik hastalıklara kapı açan bir hastalık olduğu için COVID 19’a yakalanma riskini arttırmaktadır. Araştırmalar sonucunda diyabetli bireylerin COVID 19 hastalığını daha ağır geçirdikleri görülmüştür (34). Türkiye’de bir çalışmanın sonucunda, COVID 19 ile ilişkili ölümlerde diyabetli bireylerdeki ölüm oranı diyabeti olmayanlarınkine göre 1.75 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Diyabetli bireylerde COVID 19 enfeksiyonu şiddetini daha çok yaş, diyabetin düzeyi ve beraberinde bulunan kronik hastalıklar belirlemektedir. Enfeksiyonun glisemik kontrolü olumsuz etkilediği bilinmektedir, bu sebeple prediyabetli bireylerde COVID 19 enfeksiyonu varlığı diyabetin gelişmesini hızlandırabilir (5). Tablo 2.4’de corona virüs döneminde diyabetin değerlendirilmesi ile ilgili bazı veriler verilmiştir (35).

Tablo 2.4. Türkiye’de COVID-19 ve Diyabet

Türkiye’de COVID-19 ve Diyabet	
➤ 11 Mart-30 Mayıs 2021 ➤ Vaka, n=203.456 ➤ Hospitalize, n=63.269 ➤ Tip 2 DM, n=18.621 (%29) ➤ Mortalite: %13.6 (Non DM’den 1.6 kat daha yüksek) Mortaliteyi artıran faktörler: ➤ Yaş ➤ Erkek cinsiyet ➤ Sigara ➤ Akciğer tutulumu ➤ Lenfopeni ➤ Obezite ➤ İnsülin kullanımı	➤ Karantina, hareketsizlik, kaygıendişe ve aşırı beslenme nedeniyle fazla kiloluluk ve obezite arttı. ➤ Yeni DM vakaları (Tip 2 DM ve Tip 1 DM) arttı. ➤ Gelecekte DM prevalansı daha da yükselebilir. ➤ Hastalar kontrollerine gidemedi. ➤ Diyabet kontrolü bozuldu. ➤ Diyabetik komplikasyonlar arttı. ➤ Kognitif disfonksiyon arttı. ➤ Diyabete eşlik eden tiroid vd. endokrin organ otoimmünitesi vakaları daha sık görülmeye başladı. ➤ TeleTıp uygulamaları yaygınlaştı.

2.22. Tip 2 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin çevresindeki insanlardan; aile, eş, arkadaş, dost, akraba, komşu, iş arkadaşı, sağlık hizmeti sunan kişilerden vs. aldığı maddi manevi yardımların bütünü olarak tanımlanabilir (17). Kişinin çevresindeki insanlardan aldığı maddi manevi destek olarak ifade edilebilir. (3). Kronik hastalıklar ömür boyu devam eden, sıkı takip gerektiren, hem hasta hem yakınları açısından maddi manevi yük olan ve hastanın hastalığını kabul etmede ve yönetmesinde ciddi zorluklara neden olan hastalıklardır. Bu yüzden hastanın hastalığını yönetmesi açısından sosyal desteğin etkili olduğu düşünülmektedir (3). Diyabetli bireylerin, sosyal algılarının iyi olması, iyi bir sosyal desteğin alınması, hastalıklarını yönetmede olumlu katkı yapacağı düşünülmektedir (36).

Aile ve yakın çevrenin; hastanın öz yönetimini iyileştirdiği, ölüm ve sakatlık oranını azalttığı, yaşam kalitelerini arttırdığı, hatta çevresindeki bireylerin dahi hayatlarını iyileştirdiği görülmüştür. Araştırmalar iyi bir evliliğin diyabette yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir. Sosyal destek, diyabetin çok faktörlü bir hastalık olmasından dolayı hastalığın seyri açısından kayda değer göstergedir. Algılanan sosyal destek, özgüven ve öz bakımı arttırdığı için kişinin hastalığını etkileyen faktörler üzerine olumlu bir etki göstermektedir. Aile desteğinin diyabet tedavisinin her alanında, diyet, medikal, şeker takibi, ayak bakımı, egzersiz vs. olmasının bireyin yaşam kalitesini yükselttiği görülmüştür (37). Aile, arkadaş, dost, akraba, komşu gibi bireyin çevresindeki kişilerden hissettiği sosyal desteğin bireyin öz yönetim gücünü arttırdığı görülmüştür. Sosyal destek ve sağlık çalışanlarının hasta ile olan etkili iletişimi öz yönetim sürecinde daha iyi kararlar verilmesini sağlamaktadır (8). Aile, arkadaş, sağlık çalışanları, akraba, hatta diğer diyabetli bireylerin hastaya verdikleri sosyal ve ruhsal desteğin hastada pozitif bir bakış açısı, zorluklar ile mücadelede etkin olma ve hastanın duygularında iyilik hali oluşturduğu söylenmektedir. Bu iyilik halinin de hastada genel olarak hasatlığa uyum sürecinde etkili ve başarılı sonuçlara neden olduğu görülmüştür (38). Kronik hastalıklarda iyi bir öz yönetim için iyi bir sosyal destek vazgeçilmez bir faktördür. Yeterli bir sosyal desteğin olmaması durumunda, bireyin psikolojik ve beden sağlığı açısından önemli bir faktörden mahrum bırakılmış olması, sürecin kötüleşmesine sebep olabilir (39). Bu nedenle, iyi bir sosyal desteğe sahip olmak, daha iyi kronik hastalık öz-yönetimi için anahtar bir bileşendir ve etkili sosyal desteğin olmaması,

yetersiz öz bakım uygulaması ve olumsuz sağlık ve zihinsel esenlik sonuçları için bir risk faktörü olarak bilinir (17).

2.23. Tip 2 Diyabette Öz Yönetim

Öz yönetim; spor yapma, diyet, düzenli kontrol ve takip, medikal tedavinin takibi ve bu süreçte, yapılacak aktivitelerin süresi ve sıklığı için karar verebilmesidir (40). Öz yönetim Glisemik kontrolü normal aralıklarda tutmayı, en az hasar ile yaşamı sürdürmeyi ve komplikasyon ihtimalini en aza indirmeyi amaçlar. Arkadaş, aile, akraba ve yakın çevrenin sosyal desteğinin hasta öz yönetiminin niteliğini arttırdığı söylenmektedir (8). Öz yönetim güncel sağlık sisteminde önemli bir yere sahiptir ve amacı hastanın davranışlarında ve ruh halinde iyileştirme sağlamak, bunun sonucunda bireyin öz bakım aktivitelerini etkin bir şekilde yapmasını sağlamaktır (40). Hasta bakımının neredeyse %90'ı kişinin kendisi tarafından yapıldığı için hasta öz yönetiminin bireye en iyi şekilde kazandırılması gerekmektedir (41). Hastanın öz yönetim açısından başarılı sonuçlar elde etmesi için, hastalığı hakkında bilgili ve donanımlı olmasının yanında öz bakım gerekliliklerini elde etmesi gerekir. Öz yönetim yeterliliği bireyin başa çıkma algısını ve öz güvenini artırır. Hemşirelerin komplikasyonları engellemek için diyabetli bireylere vereceği eğitimin hasta öz yönetimi açısından kıymeti bilinmelidir (42). Öz yönetim sürecinde aile ve sosyal çevrenin etkin bir rolü vardır. Öz yönetimin bireyin, metabolik kontrolünü düzeltmede ve hayat standartlarını iyileştirmede etkin olduğu ve gelişebilecek komplikasyonları engellemede kayda değer bir rolünün olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ekonomik yükü ve sağlık iş gücünü azaltacağı öngörülmektedir (43). Mental ve fiziksel komplikasyonların önlenmesinde ve yaşam doyumunu artırmada öz yönetim ve öz yönetim becerilerinin iyileştirilmesinde, hastanın bilgilendirilmesinin kayda değer bir önemi bulunmuştur. Öz yönetim, bireyin tercih yapması ve bu tercihlerinin sonuçlarını üstlenmesi olarak yorumlanmaktadır. Kronik hastalıklar açısından öz yönetim, hastalık sürecini ve muhtemel komplikasyonlar ile baş etme becerisini tanımlar (44).

2.25. Tip 2 Diyabette Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik, hastaların sağlığından, iyilik hallerinden, hayatlarından mesul olmaktır (45). Hemşireler hastalara bakım verirken hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelene kadar desteklemesi ve hızlı bir şekilde hastaya bireysel bağımsızlığını kazandırması gerekir (41). Hemşireler diyabetin zararlarını en aza

indirmek ve erken tanı için, eğitimler ve taramalar yapılmalıdır (46). Diyabetes mellitusta öz yönetim için, eğitimlerin bireye özgü ve kişi odaklı olması gerekir. Diyabetli bireye bağımsızlık kazandırmak, kendi kendini idare edebilmesini sağlar (47). Tip 2 diyabetli bireylerde hemşirelik bakımının payı göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Sistematik bir bakım anlayışının, daha iyi, sağlıklı ve erken sonuçlar elde edeceği görülmektedir (48). Bir araştırmanın sonucuna göre hemşirelerin Tip 2 diyabetli bireyler için özyönetim ve öz bakım aktivitelerini uygulamada olumlu yönde etkilediği görülmüştür (49). Japonya’da diyabetin önlemi ve komplikasyon gelişimini engellemek için hemşirelere yönelik politikalar geliştirilmiştir, ayrıca uzman hemşireliğin öneminden de bahsedilmektedir. İsveç’te diyabet hemşireliği uzmanlığı özellikle desteklenmiştir ve klinik açma yetkisi verilmiştir (50).

Hemşireler, kişilerin bakım standartlarının iyileştirilmesi için hastalarda, farklı kişisel tutumları icap eden diyabet bakımında, komplikasyonların engellenmesi ve erken tanıda, komplikasyon olduğunda ise gerekli bakımın devam ettirilmesinde, hastayı yüreklendirmesi, bireyin diyabetle alakalı olumsuz düşüncelerini belirtip düzeltmeli ve olumlu düşüncelerinin gelişiminde ise kişiye destek verilmelidir (51). Yapılan bir çalışmada hemşire tarafından yapılan 6 aylık takibin kişinin tedaviye uyum sürecini iyileştirmiş olduğu ve sağlıkla ilgili göstergelerinde iyiye doğru bir süreç aldığı görülmüştür (52). Farklı bir çalışmada ise diyabetik ayağı ve diğer komorbiditelerinde bulunduğu Tip 2 diyabetli bir vakada hemşirenin hasta öz yönetimini arttırdığına dair sonuçlar elde edilmiştir (53).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Adıyaman Besni Devlet Hastanesinde 13.10.2022-15.12.2022 tarihleri arasında hastaneye başvuran Tip 2 diyabetli hastalar ile yapılmıştır. Besni Devlet Hastanesi 125 yataklı, acil servis, diyaliz servisi, görüntülemeler, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım servisleri, 15 dalda uzman doktor, 24 poliklinikte ayakta tedavi hizmeti veren, 24 saat Acil Servis ve Ambulans Hizmetleri sunan bir hastanedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Besni Devlet Hastanesine gelen 18 yaş üstü ve en az bir yıllık tanı alan Tip 2 DM’li bireyler oluşturmaktadır.

3.3.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın güç analizi düzenli diyet yapma ve diyabette özyönetim algısı puan ortalamaları ile yapılmıştır (54). Bu sonuca göre Effect size $d=0.4228571$, α err prob=0.05, Power ($1-\beta$ err prob)=0.95 iken toplam 300 kişinin örneklem grubuna alınmasına karar verilmiştir. Veriler 13.10.2022- 15.12.2022 tarihleri arasında Besni Devlet Hastanesine başvuran Tip 2 DM’li hastalar ile yapılmıştır. Çalışmanın güvenilirliğini arttıracak varsayılarak güç analizinde 300 kişi olarak belirlenen hasta sayısı 310 olarak tamamlanmıştır.

3.4. Araştırma Dâhil Edilme Kriterleri

- ✓ En az 1 yıldır Tip 2 diyabet tanısı almış olması
- ✓ Görme ve işitme engeli olmaması
- ✓ Okur-yazar olması
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olması
- ✓ Zihinsel ve bilişsel yeterliliğe sahip olması

- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

3.5. Araştırma Dışlama Kriterleri

- ✓ İletişime kapalı olan ve rızası olmayan Tip 2 diyabetli bireyler
- ✓ Psikiyatrik sorunu olanlar

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Hastaların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu algısı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler) ve hastalıkları ile ilgili, (DM tanısı için tedavi şekli, ailede DM öyküsü, kan şekerini kontrol etme, tedavi ve diyetle uyum düzeyi, doktor kontrolüne gitme, diyabet dışında kronik hastalık durumu) soruları oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Tip 2 Diyabette Öz Yönetim Ölçeği puanlarından oluşmaktadır.

3.7. Veri Toplama Şekli ve Araçları

Her bir hastadan verilerin toplanması 15-30 dakika sürmüştür. Veriler yüz yüze, hasta bireylerin rızası alınarak çalışmanın içeriği ve amacı hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılarak toplanmıştır. Öncelikle tanıtım formları devamında ÇBASDÖ ve TDÖYÖ ölçekleri kullanılarak her hasta bireye birebir sorular açıklanarak cevap alınmıştır.

3.7.1. Hasta Anket Formu

Tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulan ve literatür taraması sonucunda hastaların tanıtıcı özelliklerini ve sağlık, hastalık özelliklerini içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu (ÇBASDÖ)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) üç farklı kaynaktan

alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren kullanımı kolay kısa bir ölçektir. Önerilen ölçek altyapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi bu önerilen yapıyı, çeşitli örneklemelerde desteklemiştir. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. ÇBASDÖ Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. 0.80 ile 0.95 arasındaki değerler ile alt ölçek ve ölçekler ile kabul edilebilir düzeyde iç tutarlık göstermektedir. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun bir örneği ek'te verilmiştir. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanı en düşük 12, en yüksek ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin DAHA yüksek olduğunu ifade etmektedir (55).

3.7.3. Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği

Orjinalinde 25 sorudan oluşan bu ölçeğin geliştirilmesi Dr. Eda Koç tarafından yapılmıştır. Geliştirilen ölçeğin öz yönetimi değerlendiren 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar 11 sorudan oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” boyutu, 4 sorudan oluşan “Sağlık Hizmetleri Kullanımı” boyutu ve 4 sorudan oluşan “Kan Şekeri Yönetimi” boyutu olarak belirlenmiştir. Ölçek yapısı faktör analizi ile belirlenmiştir. Güvenilirlik, Cronbach Alpha, test-retest yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği uzman ekip ile gerçekleştirilmiştir. Faktör analizi ile 19 madde ve üç boyuttan oluşan ölçeğin açıklanan varyans oranı %50.019 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin faktör yapısının ve ölçeğin tamamının iç tutarlılığı Cronbach's Alpha testiyle ve iki yarım testiyle değerlendirilmiştir. Cronbach Alpha değeri tüm ölçek için 0.856 (iyi), 11 soruluk ilk faktör için 0.849 (iyi), 4 soruluk ikinci faktör için 0.806 (iyi) ve 4 soruluk üçüncü faktör için 0.720 (kabul edilebilir) olup literatürde alt sınır değer olarak kabul edilen 0.70'in üzerinde yer almaktadır. Çalışmada yarıya bölme testi için elde edilen katsayı literatürde alt sınır olarak belirtilen 0.70 değerinin üzerindedir. Bu bulgulara bakarak geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık varsayımlarını sağladığı görülmektedir. Test Retest analizinde sınıf içi korelasyon

katsayılarının 0.785 ile 0.953 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanlarla yaş grubu, eğitim durumu, fiziksel aktivite, DM eğitimi alma, komplikasyon gelişimi, son bir yılda acil başvurusu ve hastaneye yatış arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p \leq 0.05$). Araştırma sonucunda geliştirilen “Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği” geçerli ve güvenilir olup toplumda kullanılmaya uygundur (56).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), medyan (M), en küçük değer (min), en büyük değer (max) ve çeyreklikler arası uzaklık (IQR) değerleri olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Veriler normal dağılım göstermediği için ölçek puanlarının iki kategorili değişkenlere göre karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenlere göre karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis analizi kullanıldı. Kruskal-Wallis analizi sonucunun önemli bulunması durumunda çoklu karşılaştırmalar Dunn-Bonferroni testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının tek başına Tip 2 Diyabette Öz Yönetim Ölçeği puanlarına etkisi basit doğrusal regresyon analizi, karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapılarak etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Çoklu doğrusal regresyon analizinde kategorik değişkenler modele kukla değişken olarak dâhil edildi. Kurulan modellerin doğrusal regresyon analizi için uygunluğu; hata terimlerinin normalliği için P-P grafiği, otokorelasyon için Durbin-Watson istatistiği, çoklu doğrusallık için tolerans ve Variance şişirme faktörü (*Variance inflation factor*) istatistikleri ile kontrol edildi. Kurulan modeller için varsayımların sağlandığı görüldü. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul’undan etik onay alındı. Sonrasında Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğünden ve Besni Devlet Hastanesinden gerekli izinler yazılı olarak alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllük esasına dayanarak katılımları sağlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı, tek hastanede, verilerin toplandığı tarihler arasında hizmet almak üzere hastaneye başvuran hastalarla ve sadece Adıyaman’da yürütülmüş olmasıdır. Veriler, araştırmaya katılan hastaların ifadelerinden alındığı için güvenilirliği katılımcıların beyanlarıyla sınırlıdır. Araştırmanın sonuçları literatürdeki benzer akademik çalışmalara destek olabilir, yalnız bulgular tüm popülasyona genellenemez.



4. BULGULAR

Tablo 4.1'e göre çalışmada 197 (%63.5) kadın ve 113 (%36.5) erkek olmak üzere toplam 310 hasta yer almıştır. Hastaların yaşları 29-84 yıl aralığındadır ve yaş ortalaması 61.5 ± 11.3 yıldır. Hastaların 250'si (%80.6) evli, 143'ü (%46.1) okuryazar, 58'i (%18.7) çalışmakta ve 214'ünün (%69.0) geliri giderine eşittir. Hastaların 189'u (%61.0) yaşantısının büyük çoğunluğunu şehirde geçirmiştir.

Eşi ve çocuklarıyla yaşayan hasta sayısı 135'tir (%43.5). Hastaların 198'inde (%63.9) tanı konulan başka bir hastalık mevcuttur ve hastaların 115'inde (%37.1) hipertansiyon, 55'inde (%17.7) kalp ve damar hastalığı bulunmaktadır. Birinci derece akrabasında diyabet öyküsü olan hasta sayısı 178'dir (%57.4). Hastaların 191'inin (%61.6) tedavi şekli oral antidiyabetik ilaç, 135'inin (%43.5) diyabet kontrolü için sağlık kuruluşuna sağlık kuruluşuna gitme sıklığı 3 ayda birdir.

Önerilen tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemler yaşayan hasta sayısı 243 (%78.4), tedavinin uyum sağlamadaki zorlanılan bölümü diyet ile ilgili olan hasta sayısı 165 (%53.2), şeker ölçüm cihazı olan hasta sayısı 261 (%84.2), kan şekeri takibi yapılan hasta sayısı 244 (%78.7) ve kan şekeri takibi sıklığı haftalık olan hasta sayısı 114'tür (%36.8).

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı İstatistikleri (N=310)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	197	63.5
Erkek	113	36.5
Yaş. (yıl)		
$\bar{x} \pm ss$	61.5 $\pm$ 11.3	
M (min-max)	62 (29-84)	
Medeni Durum		
Evli	250	80.6
Bekâr	60	19.4
Eğitim Durumu		
Okuryazar	143	46.1
İlköğretim mezunu	110	35.5
Lise mezunu	43	13.9
Üniversite ve yüksek lisans mezunu	14	4.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	58	18.7
Çalışmıyor	252	81.3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	73	23.5
Gelir gidere eşit	214	69.0
Gelir giderden fazla	23	7.4

Yaşantısının büyük çoğunluğunu nerede geçirdiği		
Köy	73	23.5
İlçe	48	15.5
Şehir	189	61.0
Aile tipi		
Yalnız	33	10.6
Eşi ile yaşıyor	99	31.9
Çocukları ile	43	13.9
Eşi ve çocuklarıyla	135	43.5
Tanı konulan başka bir hastalık var mı?		
Evet	198	63.9
Hayır	112	36.1
Tanı konulan hastalığın adı		
Hipertansiyon	115	37.1
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	6	1.9
Kalp ve Damar Hastalıkları	55	17.7
Kanser	6	1.9
Böbrek Hastalıkları	16	5.2
Ailede Diyabet Öyküsü var mı/yakınlığı nedir?		
Yok	109	35.2
Birinci Derece Akrabalarda	178	57.4
İkinci Derece Akrabalarda	23	7.4
Diyabetin Tedavi Şekli		
Oral Antidiyabetik İlaç (Şeker Düşürücü Hap)	191	61.6
İnsülin	51	16.5
İnsülin ve hap	54	17.4
Fiziksel egzersiz ve Diyet	11	3.5
Sadece Diyet	3	1.0
Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı		
Ayda bir kez	17	5.5
2 Ayda 1 kez	31	10.0
3 Ayda 1 kez	135	43.5
6 Ayda 1 kez	84	27.1
Yılda 1 kez	43	13.9
Önerilen tedavilerle ilgili unutma. aksatma gibi problemler yaşama durumu?		
Evet	243	78.4
Hayır	67	21.6
Tedavinin uyum sağlamadaki zorlanılan bölümü		
İnsülin ile ilgili	10	3.2
Hap ile ilgili	17	5.5
Diyet ile ilgili	165	53.2
Egzersiz ile ilgili	51	16.5
Şeker ölçüm cihazı var mı?		
Evet	261	84.2
Hayır	49	15.8
Kan şekeri takibi yapılıyor mu?		
Evet	244	78.7
Hayır	66	21.3
Kan şekeri takibinin sıklığı		
Günlük	95	30.6
Haftalık	114	36.8
Aylık	35	11.3

$\bar{x}$: ortalama, ss: standart sapma, M : medyan, min : en küçük değer, max : en büyük değer

Tablo 4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait İstatistikler

	Cronbach alfa	$\bar{x}$	ss	<i>M</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)						
Aile	0.950	26.73	3.11	28.00	4.00	28.00
Arkadaşlar	0.941	22.79	4.86	24.00	7.00	28.00
Özel insan	0.958	21.76	5.67	23.50	6.00	28.00
Toplam	0.947	71.28	11.91	75.00	30.00	84.00
Tip 2 Diyabette Öz Yönetim Ölçeği (DÖYÖ)						
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)	0.781	38.55	4.32	39.00	24.00	49.00
Sağlık Hizmetleri Kullanımı (SHK)	0.715	10.54	2.91	11.00	4.00	18.00
Kan Şekeri Yönetimi (kşy)	0.783	8.57	4.14	8.00	4.00	20.00
Toplam	0.752	57.66	7.56	58.00	35.00	79.00

$\bar{x}$: ortalama, ss: standart sapma, *M*: medyan, *min*: en küçük değer, *max*: en büyük değer

Tablo 4.2’de çalışmada kullanılan ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Ölçek maddelerinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayıları 0.715 ile 0.958 aralığındadır ve yeterli düzeydedir.

Tablo 4.3. Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	ÇBASDÖ						DÖYÖ					
	Aile			Arkadaşlar			Özel insan			Toplam		
	M	IQR		M	IQR		M	IQR		M	IQR	
Cinsiyet	Kadın	28.0	1.0	23.00	6.50		23.00	9.00		74.00	17.00	
	Erkek	28.0	1.0	24.00	8.00		24.00	9.00		77.00	18.00	
	<i>z-p</i> değeri	0.932-0.352		1.737-0.082			1.983-0.047			1.810-0.070		
Yaş	<i>r</i> ho	-0.042		-0.093			-0.121			-0.103		
	<i>p</i>	0.466		0.102			0.034			0.071		
Medeni Durumu	Evli	28.00	1.00	24.00	7.00		23.00	9.00		74.00	17.00	
	Bekâr	28.00	1.75	25.00	7.00		24.00	9.50		76.50	18.75	
	<i>z-p</i> değeri	0.701-0.483		0.756-0.449			0.561-0.575			0.294-0.769		
Eğitim Durumu	Okuryazar	28.00	1.00	23.00	7.00		22.00 ^a	9.00		72.00	17.00	
	İlköğretim	28.00	1.00	24.00	8.00		23.50 ^a	10.00		75.00	20.75	
	Lise	28.00	0.00	24.00	7.00		24.00 ^{ab}	9.00		75.00	17.00	
	Üniversite	28.00	1.00	26.00	6.00		26.50 ^b	6.00		79.00	13.00	
	<i>H-p</i> değeri	1.038-0.792		6.996-0.072			8.847-0.031			6.645-0.084		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	28.00	1.00	25.00	7.25		25.00	9.00		77.50	17.25	
	Çalışmıyor	28.00	1.00	23.50	6.75		23.00	8.00		74.00	17.00	
	<i>z-p</i> değeri	0.657	0.511	2.599-0.009			2.908-0.004			2.801-0.005		

ÇBASDÖ												DÖYÖ						
	Aile		Arkadaşlar		Özel insan		Toplam		SYBD		SHK		KŞY		Toplam			
	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR		
Gelir Durumu	Gelir Giderden az	28.00	2.50	23.00	7.00	23.00	10.00	10.00	71.00	17.50	39.00	7.00	10.00	2.00	8.00	6.50	58.00	11.50
	Gelir Gidere Eşit	28.00	1.00	24.00	8.00	24.00	9.00	9.00	75.00	18.25	39.00	5.25	11.00	2.00	8.00	7.00	58.00	9.25
	Gelir Giderden Fazla	28.00	1.00	23.00	7.00	23.00	7.00	7.00	74.00	15.00	38.00	7.00	11.00	4.00	9.00	8.00	58.00	8.00
	H-p değeri	4.910-0.086	4.876-0.087	5.725-0.057	5.725-0.057	5.582-0.061	5.582-0.061	1.718-0.424	1.350-0.509	0.939-0.625	0.767-0.681							
Yaşadığı yer	Köy	28.00	3.00	24.00	8.50	24.00	10.50	10.50	74.00	20.50	39.00	7.00	11.00	3.50	7.00	6.50	58.00	12.50
	İlçe	28.00	1.00	23.00	6.75	23.50	6.75	6.75	73.50	13.50	39.00	5.00	10.00	2.75	7.00	7.75	56.00	9.00
	Şehir	28.00	1.00	24.00	7.50	23.00	9.00	9.00	75.00	17.50	39.00	5.50	11.00	2.00	8.00	8.00	58.00	10.00
	H-p değeri	3.911-0.141	0.835-0.659	0.300-0.861	0.300-0.861	0.869-0.648	0.869-0.648	1.810-0.405	3.705-0.157	2.743-0.254	5.183-0.075							
Aile Tipi	Yalnız	27.00 ^a	5.00	25.00	8.50	24.00	10.00	10.00	77.00	26.00	40.00	8.50	10.00	2.00	9.00	5.00	58.00	15.00
	Eşi ile	28.00 ^b	1.00	23.00	8.00	23.00	9.00	9.00	74.00	18.00	39.00	6.00	11.00	2.00	8.00	6.00	57.00	8.00
	Çocukları ile	27.00 ^a	2.00	23.00	8.00	22.00	10.00	10.00	71.00	17.00	38.00	6.00	10.00	3.00	8.00	8.00	55.00	11.00
	Eşi ve çocukları ile	28.00 ^b	0.00	24.00	8.00	23.00	9.00	9.00	76.00	16.00	39.00	5.00	11.00	3.00	8.00	8.00	59.00	11.00
H-p değeri	15.128-0.002	4.494-0.213	4.778-0.189	4.778-0.189	4.729-0.193	4.729-0.193	5.781-0.123	3.760-0.289	0.896-0.826	4.656-0.199								
Başka Hastalık	Evet	27.00	1.00	23.50	8.00	23.00	9.00	9.00	73.50	18.00	39.00	6.25	11.00	2.00	8.50	6.25	58.00	12.00
	Hayır	28.00	0.00	24.00	7.00	24.00	8.75	8.75	75.00	16.75	40.00	4.00	11.00	2.00	6.50	6.00	58.00	8.00
	z-p değeri	2.106-0.035	1.084-0.278	1.170-0.242	1.170-0.242	1.059-0.290	1.059-0.290	3.401-0.001	0.042-0.967	3.282-0.001	0.057-0.954							

ÇBASDÖ														DÖYÖ														
	Aile		Arkadaşlar				Özel insan				Toplam				SYBD				SHK				KŞY				Toplam	
	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR				
Ailede Diyabet Öyküsü	Yok	28.00	1.00	24.00	8.00	23.00	8.50	23.00	8.50	74.00	18.50	74.00	18.50	40.00	6.00	11.00	2.00	8.00	9.00	9.00	58.00	10.00						
	Birinci Derece	28.00	1.00	24.00	7.25	24.00	8.00	24.00	8.00	75.00	16.50	75.00	16.50	39.00	7.00	11.00	2.00	8.00	7.00	58.00	10.25							
	İkinci Derece	28.00	0.00	23.00	9.00	23.00	12.00	23.00	12.00	74.00	21.00	74.00	21.00	38.00	5.00	12.00	2.00	8.00	4.00	58.00	8.00							
	H-p değeri	2.525-0.283		1.514-0.469		1.082-0.582		1.082-0.582		1.328-0.515		0.923-0.630		0.923-0.630		1.661-0.436		0.527-0.768		0.236-0.889								
Tedavi şekli	Oral Antidiyabetik ilaç	28.00	1.00	24.00	7.00	23.00	9.00	23.00	9.00	74.00	17.00	74.00	17.00	39.00	7.00	10.00 ^a	3.00	7.00 ^a	6.00	56.00 ^a	10.00							
	İnsülin	28.00	1.00	24.00	10.00	24.00	13.00	24.00	13.00	75.00	22.00	75.00	22.00	39.00	6.00	12.00 ^b	2.00	10.00 ^b	5.00	60.00 ^b	9.00							
	İnsülin ve hap	28.00	0.00	23.50	7.25	23.50	7.50	23.50	7.50	74.00	17.00	74.00	17.00	39.00	5.00	12.00 ^b	3.00	9.00 ^b	6.25	60.00 ^b	9.00							
	Fiziksel egzersiz ve Diyet	28.00	2.00	27.00	9.00	26.00	9.00	26.00	9.00	80.00	19.00	80.00	19.00	38.00	4.00	10.00 ^a	8.00	6.00 ^a	8.00	54.00 ^a	15.00							
	Sadece Diyet	28.00	1.00	25.00	2.00	24.00	2.00	24.00	2.00	77.00	5.00	77.00	5.00	37.00	2.00	8.00 ^c	4.00	6.00 ^a	2.00	49.00 ^a	0.00							
	H-p değeri	4.042-0.400		2.688-0.611		2.920-0.571		2.920-0.571		2.355-0.671		2.310-0.679		2.310-0.679		34.117-0.001		16.252-0.003		23.067-0.001								
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı	Ayda bir	28.00 ^a	0.00	25.00	5.50	25.00	6.00	25.00	6.00	77.00	12.00	77.00	12.00	39.00 ^{ab}	7.50	12.00	4.00	11.00 ^a	7.00	62.00 ^a	10.00							
	İki ayda bir	28.00 ^a	0.00	25.00	7.00	24.00	8.00	24.00	8.00	77.00	16.00	77.00	16.00	40.00 ^a	5.00	12.00	2.00	10.00 ^a	10.00	60.00 ^a	12.00							
	Üç ayda bir	28.00 ^a	0.00	24.00	8.00	23.00	10.00	23.00	10.00	75.00	19.00	75.00	19.00	40.00 ^a	7.00	11.00	2.00	9.00 ^a	7.00	59.00 ^a	11.00							
	Altı ayda bir	26.00 ^b	2.00	23.00	6.50	22.00	8.00	22.00	8.00	71.00	16.00	71.00	16.00	38.00 ^b	5.75	11.00	2.00	6.00 ^b	6.00	56.00 ^b	9.00							
Tedavilerle ilgili unutm. aksatma gibi problemler	Yılda bir	26.00 ^b	2.00	24.00	7.00	23.00	9.00	23.00	9.00	75.00	18.00	75.00	18.00	38.00 ^b	7.00	10.00	2.00	6.00 ^b	6.00	54.00 ^b	11.00							
	H-p değeri	23.568-0.001		7.035-0.134		7.597-0.108		7.597-0.108		7.609-0.101		12.127-0.016		12.127-0.016		4.878-0.300		24.942-0.001		24.152-0.001								
	Evet	27.00	1.00	23.00	7.00	23.00	8.00	23.00	8.00	73.00	16.00	73.00	16.00	38.00	6.00	11.00	2.00	8.00	7.00	56.00	10.00							
	Hayır	28.00	0.00	25.00	6.00	25.00	8.00	25.00	8.00	78.00	16.00	78.00	16.00	42.00	5.00	12.00	2.00	8.00	7.00	61.00	8.00							
z-p değeri	2.488-0.013		2.907-0.004		2.573-0.010		2.573-0.010		2.837-0.005		6.464-0.001		6.464-0.001		0.687-0.492		0.785-0.432		4.268-0.001									

ÇBASDÖ															DÖYÖ					
	Aile		Arkadaşlar		Özel insan		Toplam		SYBD		SHK		KŞY		Toplam					
	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR				
Şeker ölçüm cihazı	Var	28.00	1.00	24.00	8.00	23.00	9.00	75.00	19.00	39.00	6.00	12.00	2.00	8.00	8.00	10.00				
	Yok	28.00	2.00	23.00	5.50	24.00	7.50	74.00	14.00	40.00	6.00	10.00	5.50	7.00	6.00	11.50				
	z-p değeri	1.391-0.164		1.014-0.310		0.547-0.584		0.863-0.388		0.190-0.849		4.868-<0.001		2.028-0.043		2.677-0.007				
		M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR			
Kan Şekeri Takibini Yapma Durumu	Evet	28.00	1.00	24.00	8.00	24.00	9.50	75.00	18.00	39.00	6.00	12.00	2.00	8.00	7.00	10.00				
	Hayır	28.00	2.00	23.00	7.00	22.00	9.00	71.50	15.50	38.00	7.00	10.00	5.00	7.00	6.00	11.00				
	z-p değeri	1.826-0.068		1.372-0.170		0.942-0.346		1.214-0.225		2.064-0.039		4.913-<0.001		2.191-0.028		4.042-<0.001				
		M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR	M	IQR			

M: Medyan değeri, *IQR*: Çeyreklikler arası uzaklık, *z*: Mann-Whitney *U* testi, *M*: Medyan değeri, *IQR*: Çeyreklikler arası uzaklık, *z*: Mann-Whitney *U* testi, *H*: Kruskal-Wallis testi, *a* ve *b* üst simgeleri her bir sütunda gruplar arası farklılıkları göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.3'e göre; erkek hastaların ÇBASDÖ-Özel İnsan puanları kadın hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir ($p=0.047$). Erkek ve kadın hastaların diğer ölçek puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0.05$).

Hastaların yaşları ile ÇBASDÖ-Özel İnsan puanları arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır ($\rho=-0.121$; $p=0.034$). Hastaların yaşları DÖYÖ-SYBD puanları ile istatistiksel olarak zayıf düzey negatif korelasyona sahiptir ($\rho=-0.228$; $p<0.001$). Hastaların yaşları ile DÖYÖ-KŞY puanları arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır ($\rho=0.183$; $p=0.001$). Yaş ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamaktadır. Evli ve bekâr hastaların ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumuna göre ÇBASDÖ-Özel insan puanları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.031$). Üniversite mezunlarının ÇBASDÖ-Özel insan puanları okuryazar ve ilköğretim mezunu hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Diğer eğitim gruplarının ÇBASDÖ-Özel puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir. ÇBASDÖ-Aile, arkadaşlar ve toplam puanları eğitim durumu gruplarına göre istatistiksel olarak farklı değildir.

DÖYÖ-SYBD puanları hastaların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.002$). Lise ve üniversite mezunlarının DÖYÖ-SYBD puanları istatistiksel olarak okuryazar ve ilköğretim mezunları hastalardan yüksektir. Diğer eğitim gruplarının DÖYÖ-SYBD puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir. DÖYÖ-SHK, KŞY ve toplam puanları eğitim durumu gruplarına göre istatistiksel olarak farklı değildir.

Çalışma durumuna göre ÇBASDÖ-Aile puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p=0.511$). Çalışan hastaların ÇBASDÖ-Aile, arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları istatistiksel olarak çalışmayan hastalardan yüksektir ($p<0.05$). Çalışan hastaların DÖYÖ-SYBD puanları çalışmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.001$). Çalışmayan hastaların DÖYÖ-SHK ve KŞY puanları çalışanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0.044$; $p=0.004$). DÖYÖ-toplam puanları çalışan ve çalışmayan hastalarda istatistiksel olarak benzerdir ($p=0.822$).

ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları gelir durumu grupları arasında istatistiksel olarak benzer dağılıma sahiptir ($p>0.05$). ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları yaşanan yere göre istatistiksel olarak benzerdir ($p>0.05$).

ÇBASDÖ-Aile puanı aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.002$). Eşi ile ve eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ÇBASDÖ-Aile puanları yalnız ve çocukları ile yaşayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. ÇBASDÖ-Arkadaşlar, özel insan, toplam ve DÖYÖ ölçek puanları aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Başka hastalığı olmayanların ÇBASDÖ-Aile puanları başka hastalığı olanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0.035$). Başka hastalığı olan ve olmayanların ÇBASDÖ-Arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Başka hastalığı olmayanların DÖYÖ-SYBD puanları başka hastalığı olanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0.001$). Başka hastalığı olanların DÖYÖ-KŞY puanları başka hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0.001$). DÖYÖ-SHK ve toplam puanları başka hastalık durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0.05$).

ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları ailede diyabet öyküsüne göre istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0.05$). Tedavi şekline göre ÇBASDÖ puanları ile DÖYÖ-SYBD puanları istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir ($p>0.05$). DÖYÖ-SHK puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-SHK puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Tedavi şekli oral antidiyabetik ilaç ve fiziksel egzersiz artı diyet olanların DÖYÖ-SHK puanları istatistiksel olarak sadece diyet olanlardan yüksektir. DÖYÖ-KŞY puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p=0.003$). Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-KŞY puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-toplam puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-toplam puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir.

ÇBASDÖ-Aile puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ayda bir, iki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin ÇBASDÖ-Aile puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir. ÇBASDÖ-Arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak benzerdir ($p>0.05$). DÖYÖ-SYBD puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel

olarak farklılık göstermektedir ($p=0.016$). İki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin DÖYÖ-SYBD puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-SHK puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklı değildir ($p=0.300$). DÖYÖ-KŞY ve toplam puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Ayda bir, iki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin DÖYÖ-KŞY ve toplam puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir.

ÇBASDÖ ölçek puanları tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemler olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olmayanların ÇBASDÖ ölçek puanları problemleri olmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olmayanların DÖYÖ-SYBD ve toplam puanları problemleri olmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.05$). Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olanlarla olmayanların DÖYÖ SHK ve KŞY puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

ÇBASDÖ puanları ile DÖYÖ-SYBD puanları şeker ölçüm cihazı olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Şeker ölçüm cihazı olan hastaların DÖYÖ-SHK, KŞY ve toplam puanları ölçüm cihazı olmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.05$). ÇBASDÖ puanları kan şekeri takibi yapma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Kan şekeri takibi yapan hastaların DÖYÖ ölçek puanları kan şekeri takibi yapmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.4. ÇBASDÖ ile DÖYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

		ÇBASDÖ							
		Aile		Arkadaşlar		Özel insan		Toplam	
		<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
DÖYÖ	SYBD	0.228	<0.001	0.236	<0.001	0.255	<0.001	0.267	<0.001
	SHK	0.085	0.137	0.045	0.426	0.043	0.451	0.043	0.449
	KŞY	0.125	0.027	0.041	0.474	0.020	0.727	0.044	0.440
	Toplam	0.236	<0.001	0.144	0.011	0.152	0.007	0.172	0.002

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.4'e göre DÖYÖ-SBYD puanları ÇBASDÖ aile, arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları üzerine istatistiksel olarak pozitif bir etki göstermektedir. DÖYÖ-SHK ile ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamaktadır. DÖYÖ-KŞY puanları ÇBASDÖ-Aile puanlarını istatistiksel olarak düşük düzeyde pozitif etkilemektedir.

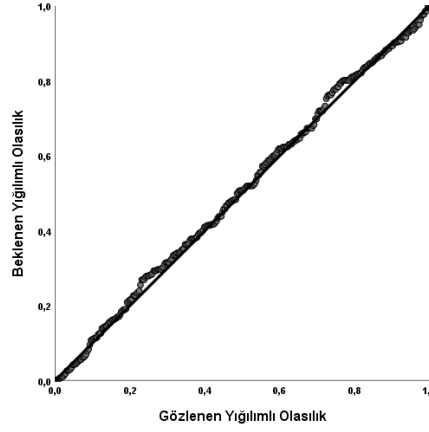
DÖYÖ-KŞY puanları ile ÇBASDÖ arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları arasındaki ilişki katsayıları istatistiksel olarak önemli değildir. DÖYÖ-toplam puanları ile ÇBASDÖ aile puanları arasında istatistiksel olarak aynı yöne doğru bir etki göstermektedir, yani artışı bir diğerinin artışını etkilemektedir, ÇBASDÖ-arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır. Yine zayıf düzey olsada pozitif yönde bir etki göstermektedir.

Tablo 4.5. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının DÖYÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	Regresyon Katsayıları					β için %95.0 Güven Aralığı	
	β	sh	$z\beta$	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	52.223	2.595		20.127	<0.001	47.117	57.328
DÖYÖ-Toplam	0.076	0.036	0.120	2.125	0.034	0.006	0.147

β : Regresyon katsayısı, sh: Standart hata, $z\beta$: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı
 Model İstatistikleri: $F=4.516$; $p=0.034$, $R^2=0.014$, Düzeltilmiş $R^2=0.011$
 Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1.853

Tablo 4.5'göre ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili bulunmuştur, algılanan sosyal desteğin artması bireyin öz yönetimine pozitif yönde bir katkı sağlamaktadır. ÇBASDÖ-Toplam puanlarındaki bir puanlık artış DÖYÖ-Toplam puanları üzerinde 0.076 puanlık artışa neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($p=0.034$). ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanlarını %1.1 düzeyinde açıklamaktadır.



Şekil. 4.1. Hata terimlerinin P-P normallik grafiği

Tek değişkenli analizlerde hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ÇBASDÖ-Toplam ve DÖYÖ-Toplam puanları arasında yapılan karşılaştırmalarda $p < 0.25$ değerine sahip değişkenler Tablo 4.6’da karıştırıcı faktör olarak çoklu doğrusal regresyon modeline dahil edilmiştir.

Tablo 4.6. Karıştırıcı Faktörlere Göre Düzeltme Yapıldığında ÇBASDÖ Toplam Puanlarının DÖYÖ Toplam Puanları Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	Regresyon Katsayıları					
	β	sh	$z\beta$	t	p	β için %95.0 Güven Aralığı
						Alt Sınır Üst Sınır
Sabit	52.055	5.763		9.032	<0.001	40.713 63.397
ÇBASDÖ-Toplam	0.072	0.036	0.113	2.004	0.046	0.001 0.142

β : Regresyon katsayısı, sh : Standart hata, $z\beta$: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

Modeldeki karıştırıcı faktörler: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, aile tipi, tedavi şekli, sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemler, şeker ölçüm cihazı, kan şekeri takibini yapma durumu

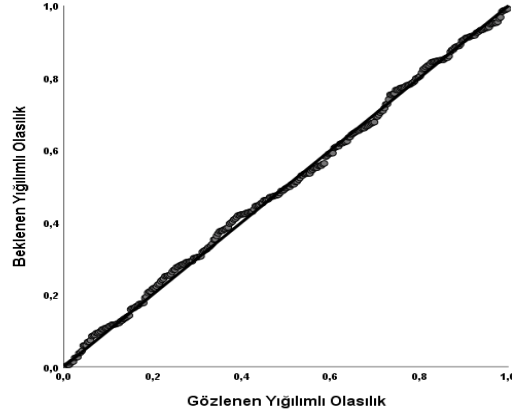
Model İstatistikleri: $F=2.991$; $p<0.001$, $R^2=0.132$, Düzeltilmiş $R^2=0.088$

ÇBASDÖ-Toplam için Çoklu Doğrusallık İstatistikleri: Tolerans=0.928; Varyans Şişirme Faktörü=1.077

Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1.996

Tablo 4.6’da karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında ÇBASDÖ-Toplam puanlarının DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili olduğu görülmektedir, sonuç olarak algılanan sosyal desteğin artması kişinin diyabet öz yönetimini arttırmaktadır. ÇBASDÖ-Toplam puanlarındaki bir puanlık artış DÖYÖ-Toplam puanları üzerinde

0.072 puanlık artışa neden olmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.001$). Modeldeki değişkenler DÖYÖ-Toplam puanlarını %8.8 düzeyinde açıklamaktadır.



Şekül 4.2. Karıştırıcı Faktörler ile Birlikte Hata terimlerinin P-P normallik grafiği

5. TARTIŞMA

Diyabet sıklığı giderek artan, hem ülkemizde hem de dünyada maddi manevi iş yükünü arttıran, hasta ve yakınları açısından zorlu bir süreci kapsayan, daha iyi bir hastalık seyri ve daha kaliteli bir yaşam için yerinde ve zamanında bir müdahale gerektiren, DSÖ'nün epidemi olarak kabul ettiği, kronik bir hastalıktır. Yaptığımız çalışmada Tip 2 DM'si olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin yine bireyin öz yönetimi üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada bazı sosyo-demografik özellikler ile ÇBASDÖ'nin ve DÖYÖ'nin arasındaki korelasyona bakılmıştır ve literatürdeki güncel araştırmalar ile tartışılmıştır. Kronik hastalıklarda iyi bir öz yönetimin olması, sağlık hizmetleri açısından iş yükünün azalması demektir (57). Öz yönetimin sağlanması, iyi bir glisemik kontrol olması, komplikasyon gelişiminin önüne geçilmesi ve yaşam kalitesinin artması demektir (42). Sosyal destek, kişinin çevresindeki insanlardan; aile, eş, arkadaş, dost, akraba, komşu, iş arkadaşı, sağlık hizmeti sunan kişilerden vs. aldığı maddi manevi yardımlar bütünü olarak tanımlanabilir (17). Çalışmamız verilerinden, algılanan sosyal desteğin diyabette öz yönetim üzerine etkili olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre, hemşirelerin diyabetli hastalar için hasta öz yönetimini arttırmada önemli bir role sahip olduğu ve hemşirelerin öz yönetim için gerekli eğitimleri almaları gerektiği tespit edilmiştir (57). Efil ve Demir'in yaptığı çalışmanın sonucunda hemşire tarafından yapılan 6 aylık takibin kişinin tedaviye uyum sürecini iyileştirmiş olduğu ve sağlıkla ilgili göstergelerinde iyiye doğru bir süreç aldığı görülmüştür (52). İran'da hemşire liderliğinde Tip 2 DM'li hastalar ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hastaların diyabet öz yönetim davranışlarını arttırdığına yönelik bulgular elde edilmiştir (40).

Çalışmamız bulgularından elde edilen sonuçlara göre, erkek hastaların ÇBASDÖ-Özel İnsan puanları kadın hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. Canpolat'ın diyabetik ayak gelişen hastalar ile ilgili yaptığı tez çalışmasının sonucunda çalışmamızı destekler nitelikte, erkek hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak sadece özel insan desteği ile aile desteği alt boyutlarında önemli olduğu saptanmıştır. Canpolat'ın çalışmasının sonucunda farklı olarak aile desteğinin de yüksek olduğu bulunmuştur (17). İran'da yapılan bir çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha fazla sosyal destek

algıladığı görülmüştür. Gurlaş'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde, erkeklerin ÇASDÖ toplam puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (58). Demir ve Ertaş'ın yaptığı çalışmasının analizi sonucunda, kadın hastaların algıladıkları sosyal desteğin erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (59). Literatür taramasında, çalışmamızı destekler nitelikte çoğunlukla erkek hastaların algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun toplumumuzda, erkeklerin sosyal erişiminin daha fazla olduğuyla alakalı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda erkek ve kadın hastalar için diğer ölçek puanları arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür. Berber'in çalışmasında erkek hastaların kadın hastalara göre diyabet öz yönetimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur (60). Karaman'ın yaptığı çalışma sonucunda erkeklerde diyabet öz yönetiminin, kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (61). Çalışmamızdan öz yönetim açısından farklı sonuçlar elde edilmesinin, cinsiyet dağılımının orantısız olması, çalışmaya katılan bireylerin sosyo kültürel açıdan farklılıkları, hasta beyanlarının baz alınması vs. gibi durumların sebep olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaşları ile ÇBASDÖ-Özel İnsan puanları arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. Yani hastanın yaşı ilerledikçe özel bir insandan aldığı sosyal destek azalmaktadır. Türkseven ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ÇBASDÖ özel insan alt başlığına ilişkin yaşlı bireylerde yeterli seviyede bir sosyal destek görülmediği saptanmıştır (62). Gurlaş'ın yaptığı çalışma sonucunda da benzer şekilde yaş ilerledikçe ÇASDÖ alt boyutları ve toplam puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (58). Aslan ve arkadaşlarının çalışmasının sonucunda erken yaşlarda sosyal desteğin daha fazla olduğu görülmüştür (63). Çalışmamız ve literatür taramaları benzerlik göstermektedir. Sosyal desteğin, yaş ilerledikçe bireyin çevresinde ulaşabildiği kişi sayısının azalmasıyla orantılı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaşları DÖYÖ-SYBD puanları ile istatistiksel olarak zayıf düzey negatif korelasyona sahiptir. Hastaların yaşları ile DÖYÖ-KŞY puanları arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmuştur. Koç'un yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kan şekeri yönetiminde özellikle 65 yaş üstü hastalarda alınan puanın azaldığı görülmüştür (56). Karaman çalışmasında 65 yaş altı diyabetli bireylerin 65 yaş üstü diyabetlilere göre öz yönetimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (61). Yaş ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışmamız sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte ve ileri yaştan beraberinde getirdiği, ek hastalık,

ekonomik, hareket kısıtlılığı vs. gibi sorunların öz yönetimi zorlaştırdığı tahmin edilmektedir.

Araştırmamızda evli ve bekâr hastaların ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Yaptığımız çalışmanın aksine, yapılan bir çalışmaya göre yalnız yaşayan bireylerde ÇBASDÖ, yalnız yaşamayanlara göre düşük çıkmıştır (58). Akbulut'un yaptığı çalışma sonucunda da evli bireylerin evli olmayanlara göre, ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puanın yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur (64). Özvurmaz'ın yaşlılar üzerine yaptığı çalışmada, evli olanların ÇBASDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (65). Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada medeni durum yüzdeliğinin bizim yaptığımız çalışmanın yüzdeliğine yakın bir dağılım göstermesine rağmen, bu çalışmanın sonucunda bekar bireylerde ÇBASDÖ toplam puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (63). Demir ve Ertaş'ın yaptığı çalışmanın sonucunda evli bireylerin daha geniş bir sosyal çevreye sahip olmanın verdiği avantajın, bireyin daha iyi bir sosyal destek almasına sebep olduğu görülmüştür (59). Yaptığımız çalışmada, anlamlı bir farkın bulunmamasında ve literatürdeki çalışmalardan farklı sonuçlar ortaya çıkmasının sebebi, medeni durumun yüzde dağılımının orantısız olması, sosyo- kültürel farklılıklar, aile yapısı ve hasta beyanlarının baz alınması vs. gibi farklı etkileyici faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir.

ÇBASDÖ-Özel insan puanları hastaların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Üniversite mezunlarının ÇBASDÖ-Özel insan puanları okuryazar ve ilköğretim mezunu hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Tüzel, ve Zorlu'nun üniversiteli gençler üzerine yaptığı çalışmanın neticesinde ÇBASDÖ'nin toplam puanın yüksek olduğu bulunmuştur (66). Özvurmaz'ın çalışmasının sonucunda yaşlı bireyler arasında üniversite ve lise mezunu olanların ÇBASDÖ puanlarının yüksek çıktığı, eğitim seviyesi ile sosyal desteğin pozitif bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur (65). Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür (63). Kaniğ ve Eroğlu'nun yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ÇBASDÖ'nin alt boyut toplam puanlarının arttığı görülmüştür (67). Diğer eğitim gruplarının ÇBASDÖ-Özel insan puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir. ÇBASDÖ-Aile, arkadaşlar ve toplam puanları eğitim durumu gruplarına göre istatistiksel olarak farklı değildir. Literatür taramasında çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerin daha geniş bir kitleye ulaşması, sosyal

platformları daha iyi kullanması, sosyal imkânları kullanım açısından daha etkin olması gibi durumlar düşünülebilir.

DÖYÖ-SYBD puanları hastaların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Lise ve üniversite mezunlarının DÖYÖ-SYBD puanları istatistiksel olarak okuryazar ve ilköğretim mezunları hastalardan yüksektir. Koç'un çalışmasında da benzer şekilde, eğitim seviyesinin artmasıyla öz yönetim ölçeğinin tüm alt puanlarının arttığı görülmüştür (56). Karaman'ın çalışmasında eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylerin öz yönetim ölçeği toplam puanlarının yüksek çıktığı görülmüştür (61). Bozkaya'nın çalışmasında eğitim durumunun artmasıyla diyabet öz yönetiminin de arttığı tespit edilmiştir (68). Berber'in Tip 2 DM'si olan bireyler üzerine olan çalışmasında eğitim düzeyinin artmasıyla, diyabetli bireylerin öz yönetim ve hastalık ile baş etme durumlarının da arttığı görülmüştür (60). Diğer eğitim gruplarının DÖYÖ-SYBD puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir. DÖYÖ-SHK, KŞY ve toplam puanları eğitim durumu gruplarına göre istatistiksel olarak farklı değildir. Literatür bulguları ile çalışmamızın bulguları benzerdir ve birbirini desteklemektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla bilgiye erişimin artması, sağlık hizmetlerinin doğru kullanılması, okuma ve araştırma kültürünün artması, sosyo ekonomik düzeyin iyileşmesi gibi etmenlerin öz yönetimi arttırdığı tahmin edilmektedir.

Araştırma verilerinin sonuçlarına göre, çalışma durumuna göre ÇBASDÖ-Aile puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Çalışan hastaların ÇBASDÖ-Aile, özel insan ve toplam puanları istatistiksel olarak çalışmayan hastalardan yüksektir. Bu durumu iş ortamının, sosyalleşmeyi arttırdığı ve yeni insanlar ile tanışma ihtimalini yükselttiği varsayılmaktadır. Kanığ ve Eroğlu'nun araştırma bulguları sonucunda, çalışan annelerin algıladıkları sosyal destek alt ölçeklerinin puanlarının çalışmayan annelere oranla yüksek olduğu bulunmuştur (67). Çalışan hastaların DÖYÖ-SYBD puanları çalışmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Çalışmayan hastaların DÖYÖ-SHK ve KŞY puanları çalışanlardan istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-toplam puanları çalışan ve çalışmayan hastalarda istatistiksel olarak benzerdir. Çalışmamızın KŞY ve SHK oranlarının çalışmayanlarda yüksek çıkmasını, öncelikle çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun çalışmıyor olması ve ikinci sebep olarak da çalışan bireylerin yeterince sağlık bakımlarına vakit ayıramamasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Bozkaya'nın çalışması sonucunda çalışan diyabetlilerin iş yoğunluğu ve stresi gibi faktörlerin diyabet öz yönetimini olumsuz etkilediği ve bireyin düzenli takip yapamamasına sebep olduğu tahmin edilmektedir.

(68). Literatür taramasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu duruma, yapılan işin niteliği, süresi, zorluğu, bireysel ve toplumsal farklılıklar vs. faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın gelir durumunda elde ettiği veriler sonucunda, ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları gelir durumu grupları arasında istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir ve $p>0.05$ olarak bulunmuştur. Canpolat'ın diyabetik ayağı olan bireyler üzerine yaptığı araştırmada, kişinin çalışma ve gelir durumunun ÇBASDÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür (17). Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir düzeyinin algılanan sosyal desteği etkilediği ve gelir düzeyi düşük olan ailelerin orta gelirli olan ailelere göre ÇBASDÖ toplam puanlarının düşük olduğu görülmüştür (63). Arı ve arkadaşlarının çalışmasının, gelir düzeyi arttıkça aile desteğinin anlamlı şekilde arttığı şeklinde sonuçlar elde ettiği görülmüştür (69). Koç'un çalışmasında, gelir durumunun artmasıyla diyabet öz yönetiminin de arttığı tespit edilmiştir (56). Bozkaya'nın çalışmasında gelir durumu yüksek olanların diyabet öz yönetim ölçeği puanları anlamlı bir değişiklik gösterdiği bulunmuştur (71). Karaman araştırmasının bulgularına göre, diyabetli bireylerin bir işte çalışma ve gelir durumlarının, öz yönetim üzerine anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (61). Çalışmamızda gelir durumunun ölçek puanlarında anlamlı bir fark oluşturmamasında, geliri gidere eşit olan hastaların sayıca neredeyse 3'te ikisini oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür taramasında da birbiriyle çelişen sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızın verilerine göre ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları, yaşanan yere göre istatistiksel olarak benzerdir ve önemlilik arz etmiyor. Soysal'ın yaptığı tez çalışmasının sonuçlarına göre yaşanan yere göre algılanan sosyal desteğin korelasyonunda anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (70). Literatür taramasında yeterince veriye ulaşılamamıştır. Çalışmamızın sonuçlarını; öncelikle hastalarımızın yaklaşık üçte ikisinin şehir merkezinde yaşıyor olması, hasta beyanlarının baz alınması, literatürde çalışma yapılan diğer guruplardan sosyo kültürel açıdan farklı olması, çalışmanın yürütüldüğü yerin küçük şehir statüsüne girmesi olarak yorumlayabiliriz.

Çalışmamızın sosyo-demografik özelliklerinden aile şeklinin, ÇBASDÖ-Aile puanında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Eşi ile ve eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ÇBASDÖ aile puanları yalnız ve çocukları ile yaşayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. ÇBASDÖ arkadaşlar, özel insan, toplam ve DÖYÖ ölçek puanları aile tipine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Arı ve

arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak eşi, eşi ve çocuklarıyla beraber yaşayan ebeveynlerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bulunmuştur (69). M. Kaniğ ve K. Eroğlu'nun yaptığı çalışmada aile tipinin, algılanan sosyal destek üzerine etkili olduğu bulunmuştur (67). Demir ve Ertaş'ın çalışma sonuçlarına göre, algılanan sosyal desteğin geniş ailede yaşayan bireylerin çekirdek ailede yaşayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (59). Koç çalışmasında, yalnız yaşayan bireylerin yalnız yaşamayanlara göre diyabet öz yönetiminin daha kötü olduğu görülmüştür (56). Çalışmamızda aile şeklinin, algılanan sosyal desteğin aile alt ölçeği üzerine etkili olduğu, bu durumun literatür çalışmalarına benzer nitelikte olduğu görülmüştür. Öz yönetimin aile şekline göre anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür. Bu durumu yalnız yaşayan bireylerin yaklaşık olarak tüm vakaların 10'da birine denk gelmesi ve sağlıklı bir dağılımın olmaması olarak yorumluyoruz.

Çalışmamızın istatistiksel verilerine göre, başka hastalığı olmayanların ÇBASDÖ-Aile puanları başka hastalığı olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Demir ve Ertaş'ın yaptığı çalışmanın bulguları, mevcut hastalığa ek bir kronik hastalığın olması durumunda algılanan sosyal desteğin azalmasına sebep olduğu görülmüştür (59). Başka hastalığı olan ve olmayanların ÇBASDÖ-Arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Çalışma bulgularımızdan algılanan sosyal destek açısından literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Diyabete ek hastalığın olması, ekstra bir yük olduğundan sosyal desteğin azalmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Başka hastalığı olmayanların DÖYÖ-SYBD puanları başka hastalığı olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Başka hastalığı olanların DÖYÖ-KŞY puanları başka hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-SHK ve toplam puanları başka hastalık durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir. Koç çalışmasında, diyabete ek bir kronik hastalık olması durumunda, kötü bir öz yönetimin olduğunu tespit etmiştir (56). Literatür çalışmalarında diyabetli hastalarda; semptomların artması ve yönetilememesi, başka hastalıkların beraberinde olması ve komplikasyon gelişmesi vs. gibi faktörlerin, bireyin öz yönetiminde kötü bir gidişata sebep olduğu görülmüştür (68).

Tablo 4.3'e göre ÇBASDÖ ve DÖYÖ puanları ailede diyabet öyküsüne göre istatistiksel olarak farklı değildir. Çalışmamızda ailede diyabet öyküsünün varlığı ya da yokluğu bireyin algıladığı sosyal desteği etkilemediği bulunmuştur. Soysal'ın çalışmasında, birinci derece akrabalarında diyabeti olan hastaların aile desteği ve arkadaş desteği algılarında, ikinci derece akrabalarında diyabeti olan hastaların ise

sosyal destek algılarının tüm boyutlarında bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (66). Karaman'ın araştırmasının sonucunda ailede diyabeti olan hastaların, çoğunlukla diyabet hakkında eğitim aldıkları ve bu eğitimin etkileyici bir faktör olarak diyabet öz yönetimini arttırdığı düşünülmektedir (61). Çalışmamız sonucunda ailede diyabetin olması algılanan sosyal destek ve öz yönetim üzerine anlamlı bir etki yapmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.3'e göre tedavi şekline göre ÇBASDÖ puanları ile DÖYÖ-SYBD puanları istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal destek ile tedavi şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Soysal'ın çalışmasının sonucunda da insülin kullanma ve kullanmama durumlarına göre algılanan sosyal desteğin anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (70).

DÖYÖ-SHK puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-SHK puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Koç çalışmasında benzer olarak, sadece insülin kullanan hastaların sağlık hizmetini kullanma ve kan şekeri yönetiminde daha iyi olduğu bulunmuştur (56). Tedavi şekli oral antidiyabetik ilaç ve fiziksel egzersiz artı diyet olanların DÖYÖ-SHK puanları istatistiksel olarak sadece diyet olanlardan yüksektir. Literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda insülin ve insülin artı hap kullananların sağlık hizmeti kullanımının daha fazla olması hastalık seyrinin daha kötü olması ve bu hastaların daha sıkı bir metabolik takip gerektirmesi olarak yorumlamaktayız.

DÖYÖ-KŞY puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-KŞY puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-toplam puanları tedavi şekline göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Tedavi şekli insülin ve insülin artı hap olanların DÖYÖ-toplam puanları oral antidiyabetik ilaç, fiziksel egzersiz artı diyet ve sadece diyet olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Çalışmamızda tedavi şeklinde insülin kullanımının, iyi olmayan bir glisemik kontrolün olduğunu düşündürmekte ve hastaların bu durumu ciddiye alması, düzenli takip ve şeker ölçümü yaptırması olarak yorumladık. Karaman'ın diyabetli bireyler ile ilgili çalışmasında, insülin kullanan bireylerin diyabette öz yönetim alt boyut puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (61).

Tablo 4.3'e göre ÇBASDÖ-Aile puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Ayda bir, iki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin ÇBASDÖ-Aile puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir. ÇBASDÖ-Arkadaşlar, özel insan ve toplam puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak benzerdir. Aile desteğinin sağlık kuruluşuna gitme sıklığını etkilediği görülmektedir.

DÖYÖ-SYBD puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. İki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin DÖYÖ-SYBD puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir. DÖYÖ-SHK puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklı değildir. DÖYÖ-KŞY ve toplam puanları sağlık kuruluşuna gitme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Ayda bir, iki ayda bir ve üç ayda bir sağlık kuruluşuna gidenlerin DÖYÖ-KŞY ve toplam puanları altı ayda bir ve yılda bir sağlık kuruluşuna gidenlerden istatistiksel olarak yüksektir. Karaman çalışmasında hastaneye gitme süresini bir yılı aşmayan bireylerin, bir yılı aşanlara göre diyabet öz yönetim ölçeği tüm boyutlarında daha yüksek ve anlamlı puanlar aldığı görülmüştür (61). Çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların sağlık kuruluşuna gitme sıklığı hastanın glisemik kontrolünü ne derece takip ettiğinin bir göstergesi olarak görmekteyiz. Bu durumu iyi bir öz yönetim ile ilişkilendirebiliriz.

Tablo 4.3'e göre ÇBASDÖ ölçek puanları tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemler olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olmayanların ÇBASDÖ ölçek puanları problemleri olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. İyi bir sosyal desteğin olması durumunda hastaların tedavilerini daha düzenli uyguladıkları görülmüştür. Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olmayanların DÖYÖ-SYBD ve toplam puanları problemleri olanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemleri olanlarla olmayanların DÖYÖ SHK ve KŞY puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Çalışma bulgularımızdan diyabette öz yönetimi yüksek olanların tedavilerini daha iyi uyguladıkları bulunmuştur.

Çalışmamızın verilerine göre ÇBASDÖ puanları ile DÖYÖ-SYBD puanları şeker ölçüm cihazı olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Yani ölçüm cihazının olması ya da olmaması algılanan sosyal desteği etkilememektedir. Şeker ölçüm cihazı olan hastaların DÖYÖ-SHK, KŞY ve toplam puanları ölçüm cihazı olmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Salca'nın yaptığı çalışmada diyabetli

bireylerin, şeker ölçüm cihazlarının varlığı ya da yokluğu kan şeker takibi ve yönetimini etkilediği görülmüştür (71). Şeker ölçüm cihazının olması durumunda, gerektiğinde şeker ölçümlerinin ve yerinde müdahalelerin yapılacağı tahmin edilmektedir. Böylece ölçüm cihazının varlığı iyi bir öz yönetimi etkileyeceği düşünülmektedir.

Tablo 4.3'e göre ÇBASDÖ puanları kan şekeri takibi yapma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Soyal'ın yaptığı çalışma sonucunda, Tip 2 diyabetli hastalarda şeker ölçümünün algılanan sosyal desteği etkilemediği görülmüştür (70). Karakurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, ÇBASDÖ'nin arkadaş alt boyutunun düzenli kan şekeri ölçümünü etkilediği bulunmuştur (72). Literatür çalışmaları farklılık göstermekle beraber çalışmamıza benzerlik gösteren bulgular elde edilmiştir. Kan şekeri takibi yapan hastaların DÖYÖ ölçek puanları kan şekeri takibi yapmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Berber'in yaptığı çalışma sonucunda düzenli kan şekeri takibi yapanlar ile sağlık kontrolüne gidenlerin öz yönetimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur (60). İyi bir öz yönetim iyi bir glisemik kontrol demektir. İyi bir glisemik kontrolün düzenli bir şeker takibi gerektirdiğini düşünmekteyiz. Çalışma bulgularımız ve literatür çalışmaları bu durumu desteklemektedir.

Çalışmamızın sonuçlarında; Tablo 4.5'e göre, ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanlarını %1.1 düzeyinde açıklamaktadır ve ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanları üzerine olumlu yönde etkili olduğu bulunmuştur. Tablo 4.6'ya karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında, ÇBASDÖ-Toplam puanlarının DÖYÖ-Toplam puanları üzerine etkili olduğu ve arttırdığı görülmektedir ve DÖYÖ-Toplam puanlarını %8.8 düzeyinde açıklamaktadır. Sonuç olarak algılanan sosyal desteğin, diyabette öz yönetim üzerine etkili olduğu ve öz yönetimi arttırdığı bulunmuştur. İran'da yapılan benzer çalışmaya göre, algılanan sosyal desteğin diyabette öz bakım üzerine etkili olduğu ve glisemik kontrolü iyileştirdiği bulunmuştur (73). Koç çalışmasında iyi bir öz yönetimin varlığında, komplikasyon gelişiminin azaldığı, hastalık seyrinde iyileşme olduğu ve yaşam kalitesinin arttığını tespit etmiştir (56). Yamin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucunda, sosyal desteğin diyabetli bireyin öz yönetimi üzerine direkt bir etkisi olmadığı bulunmuştur (74). Clipper F. Young ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarında, yetersiz bir sosyal desteğin diyabet öz yönetimini olumsuz etkileyeceği, hastaneye yatış süresinde ve hasta ölüm oranında artışa sebep olabileceği vurgulanmıştır. Yine bu çalışmada iyi bir sosyal desteğin glisemik kontrol üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (75). Literatür çalışmalarının, diyabetli bireylerde öz yönetimi ve öz etkililiği

arttıracak faaliyetlerin ve aile desteğinin artırılması gerektiği düşünülmektedir (68).Salcan'nın yaptığı çalışmada diyabet eğitiminin, hasta bilgi ve becerisini arttırdığı ve hastaların başarılı bir diyabet öz yönetimi sergiledikleri görülmüştür (71).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanlarını %1.1 düzeyinde açıklamaktadır ve ÇBASDÖ-Toplam puanları DÖYÖ-Toplam puanları üzerine olumlu yönde bir etki göstermektedir.
- ✓ Tablo 4.6'ya göre, karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında, ÇBASDÖ-Toplam puanlarının artması DÖYÖ-Toplam puanlarını arttırmış ve DÖYÖ-Toplam puanlarını %8.8 düzeyinde açıklamaktadır.
- ✓ Çalışma bulguları ve analizleri sonucunda elde ettiğimiz veriler kurduğumuz hipotezleri destekler nitelikte, bireyin algıladığı sosyal desteğin artması sonucunda bireyin diyabet öz yönetiminin de arttığı bulunmuştur.
- ✓ Algılanan sosyal desteğin diyabet öz yönetimini etkilediği, ancak literatür taramaları sonucunda yeterince çalışmanın olmadığı düşünülmekte, daha fazla ve daha kapsamlı çalışma ve araştırma yapılması önerilir.
- ✓ Diyabette iyi bir öz yönetim ile metabolik kontrol sağlanacağı ile ilgili çalışmalar mevcut, algılanan sosyal desteğin öz yönetime olan etkisi anlamlı bulunmuş ve bununla ilgili daha çok çalışma ve araştırma yapılması önerilir.
- ✓ Literatür öz yönetimde eğitimin önemiyle ilgili destekleyici bulgular sunmaktadır, hasta ve hasta yakınlarının öz yönetim eğitimi açısından bilgilendirilmeleri önerilir.
- ✓ Sosyal desteğin önemi ve içeriğinin anlaşılması için daha fazla çalışma, kapsamlı, bilgilendirici eğitim hizmetleri sunulmalıdır.
- ✓ Sosyal desteğin öz yönetime olan etkisinin daha iyi anlaşılması için daha geniş kitlelere ve farklı topluluklara çalışmalar uygulanmalıdır.
- ✓ Literatürde yapılan birçok çalışma, sosyal destek ve öz yönetimde hemşirenin rolünün önemine değinmiştir. Bunun için gerekli eğitimlerin sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz M. *Süreğen hastalıklar ve engellilik*. İçinde: TAŞHAN TS, Erci B (editörler). *Her Yönüyle Engellilik*, 1. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 121-51
2. Aytemur M, İnkaya B. Diabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. *Turk J Diab Obes* 2022, 6(2): 121-30.
3. Arı N, Özdelikara A. Dahiliye kliniklerine başvuran tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi. *Turk J Diab Obes* 2022, 1:39-48
4. Canbolat Ö, Ekenler Ş, Polat Ü. Diyabet özyönetiminde engeller ve kolaylaştırıcılar. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2020, 29(1): 143-8.
5. “Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kilavuzu” Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 66410-5-3, Ankara, 2022”
6. Satman İ. TURDEP-II’nin düşündükleri. İçinde: Yılmaz C (Editör). *Türkiye’de Diyabetin Toplumsal ve Ekonomik Yükü*. 8. Baskı. İstanbul, İstanbul Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık, 2018: 35-47.
7. Rashidi M, Asli G. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. *IGUSABDER* 2020, (10): 34-49.
8. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi, 1070, 2017.
9. Verma I, Gopaldasani V, Jain V, Chauhan S, Chawla R, Verma PK, Hosseinzadeh H. Akran koçu liderliğindeki tip 2 diabetes mellitus müdahalelerinin glisemik kontrol ve kendi kendine yönetim sonuçları üzerindeki etkisi: Sistemik bir inceleme ve meta-analiz. *Prim Care Diabetes* 2022, 16(6): 719-35.
10. Gupta SK, Rastogi A, Kaur M, Lakshmi PVM. Diabetes-related distress and its impact on self-care of diabetes among people with type 2 diabetes mellitus living in a resource-limited setting: A community-based cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract* 2022, 191: 110070.

11. Khin ET, Aung MN, Ueno S, Ahmad I, Latt TS, Moolphate S, Yuasa M. Social support between diabetes patients and non-diabetes persons in yangon, myanmar : a study applying enrichd social support instrument. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18(14): 7302.
12. Yama AZ, İşeri ET. Algılanan sosyal destek ile sosyal yeterlik ve sosyal sonuç beklentisi arasındaki ilişki: Eğitim Fakültesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Derg* 2019, 7(13): 51-66.
13. Brady E, Woodward J, He J, Liu B, Cheng H, Murray M, Bridges K. Relationship between a comprehensive social determinants of health. *Prev Med Rep* 2021, 23: 101465.
14. Heise M, Heidemann C, Baumert J, Du Y, Frese T, Avetisyan M, Weise S. Structured diabetes self-management education and its association with perceived diabetes knowledge, information, and disease distress: Results of a nationwide population-based study. *Prim Care Diabetes* 2022, 16(3): 387-94.
15. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AB, Bozdemir N, Aşlar RH. Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *T J Family Med Prim Care* 2020, 14 (3): 479-491.
16. Yolcu S. Tip 2 diyabet hastalarının bireysel yönetim eğitimi. *J Midwifery Health Sci* 2021, 4(3): 290-304.
17. *World Health Organization*. Global report on diabetes, 2016.
18. Meo SA, Halepoto DM, Meo AS, Klonoff DC. Impact of green space environment on the prevalence of diabetes mellitus in European countries. *J King Saud Univ Sci* 2022, 34(7): 102269.
19. Öztürk İS. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tc-99m-Sestamibi ile Alt Ekstremitelerde Perfüzyon Rezervi Hesaplanarak Vasküler Patolojilerin Araştırılması. Meram Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.
20. WHO. world health organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Son Erişim Tarihi 04.01.2023.
21. Lee LT, Bowen PG, Mosley MK, Turner CC. Theory of planned behavior: social support and diabetes self-management. *J Nurse Pract* 2017, 13(4): 265-70.

22. Koyama AK, Cheng YJ, Brinks R, Xie H, Gregg EW, Hoyer A, Imperatore G. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997–2018'de diyabet nedeniyle kaybedilen yaşam boyu risk ve potansiyel yaşam yıllarındaki eğilimler. *PloS One* 2022, 17(5): e0268805.
23. Roglic G. WHO Global report on diabetes: A summary. *Int J Noncommun Dis* 2016, 1(1):3-8.
24. Canpolat, M. Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
25. Garg P, Duggal N. Type 2 diabetes mellitus, its impact on quality of life and how the disease can be managed-a review. *Obes Med* 2022, 35: 100459.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tedavi ve izlem klinik protokolleri, 1151, 2020.
27. Anataca G, Çelik S. Erişkin Hastalarda Diyabetik Ketoasidoz Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *JAREN* 2022, 7(3): 151-6.
28. Ekici FS. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanısı Alan Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2021.
29. McElfish PA, Riklona S, Purvis RS, Long CR, Felix HC, Hudson JS, Alik D, Henske J, Edem D, O'Connore G, Boyers J, Rowland B, Selig JP. İnanç temelli organizasyonlarda Marshalllı katılımcılarla aile modeli diyabet öz-yönetim eğitimi için çalışma protokolü. *Contemp Clin Trials* 2022, 30:101007.
30. Shrodes JC, Williams A, Nolan TS, Radabaugh JN, Braun A, Kline D, Joseph JJ, Zhao S, Brock G, Garner AJ, Spees CK. Feasibility of cooking matters for diabetes: a 6-week randomized, controlled cooking and diabetes self-management education intervention. *J Acad Nutr Diet* 2022, 10: 1016.
31. Aslan GY. Diyabetli Bireylerde Aile Desteği ile Yaşam Kalitesi ve Yükleme Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2018.

32. Nor NM, Shukri NAM, Sidek S. The development and validation of Perceived Adherence Lifestyle Modification Questionnaire (PALM-Q) among type 2 diabetes mellitus patients. *J Nutr* 2022, 30: 200166.
33. Soysal GE, Yılmaz AA. Diyabetli Hastanın Perioperatif Yönetimi. İçinde: Akbaş E (editör). *Sağlık ve Bilim: Hemşirelik-III*, 1. Baskı. İstanbul, Efe Akademik Yayıncılık, 2022: 141-4.
34. Sürücü HA, Sungur M. Diyabetli bireylerde Covid-19'un psikolojik etkileri. *Türk Diyabet Hemşireliği Derneği* 2021, 1(1): 28-31.
35. Satman İ. Diyabet Epidemiyolojisi: Salgın sonrasında bizleri neler bekliyor. https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/diger/pdf/06-09-2021__6135d010cf581__dimer_diyabet_sempozyumu.pdf Son Erişim Tarihi 05.01.2023.
36. Kava F, Aktürk Ü. Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2019, 10(4): 740-7.
37. Lee LT, Bowen PG, Mosley MK, Turner CC. Theory of planned behavior: social support and diabetes self-management. *J Nurse Pract* 2017, 13(4): 265-70.
38. Aslan GY, Tekir Ö, Yıldız H. Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal* 2021, 46(1): 299-309.
39. Lu S, Leduc N, Moullec G. Type 2 Diabetes peer support interventions as a complement to primary care settings in high-income nations: a scoping review. *Patient Educ Couns* 2022, 105(11): 3267-78.
40. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AB, Bozdemir N, Hacıhasanoğlu AR. Diyabet öz yönetiminde multidisipliner takım yaklaşımı. *TJFMPC* 2020, 14(3): 479-91.
41. İstek N, Karakurt P. Global bir sağlık sorunu: Tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi. *JAREN* 2018, 4(3): 179-82.
42. Eroğlu N, Sabuncu N. Diyabet öz yönetim Skalası'nın (DÖYS) Türk toplumuna uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2019, 1(3): 1-6.
43. Zuhur Ş, Olgun N. Diyabet öz yönetim desteğinde sağlık koçluğunun önemi. *Türk J Diab Obes* 2022, 2(1): 33-8

44. Raaijmakers LG, Martens MK, Hesselink AE, Weerdt I, Vries NK, Kremers SP. Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life. *Patient Educ Couns* 2014, 97(1): 75-81.
45. Erdoğan TK, Koç Z. Tip 2 diyabet tanısı alan bireyin NANDA'ya göre hemşirelik tanıları ve NIC girişimlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum* 2020, 30(2): 148-60.
46. Bingöl G, Topbaş E. Diyabetik nefropati evreleri ve evrelere özgü hemşirelik yaklaşımı. *Nefroloji Hemşireliği Derg* 2018, 13(2): 77-84.
47. Işıklı H. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine göre kronik hastalıkları olan hastanın hemşirelik bakımı. *Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi* 2022, 2(1): 51-5.
48. Verma I, Gopaldasani V, Jain V, Chauhan S, Chawla R, Verma PK, Hosseinzadeh H. The impact of peer coach-led type 2 diabetes mellitus interventions on glycaemic control and self-management outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes* 2022, 16(6): 719-35.
49. Kılınç E, Kartal A. Tip 2 Diyabet yönetiminde bilgi-motivasyon ve davranış becerileri (IMB) modelinin kullanımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg* 2021, 4(3): 408-17.
50. Hosono T, Tochikawa A. İsveç'te diyabetle yaşamayı öğrenmeye odaklanan diyabetle ilgili deneyimler üzerine fenomenolojik çalışmaların bir meta-sentezi. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2022, 17(1): 2132640.
51. Semra E, Menekli T. Neuman sistemler modelinin diyabetli bireyin hemşirelik bakımında kullanımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 9(1): 70-8.
52. Sevdâ E, DEMİR G. Tip-2 Diyabeti Olan Bireyin Gastrik Bypass Sonrası Hemşire Tarafından Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımı: 6 Aylık İzlem. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2020, 36(3): 217-28.
53. Yeliz Ü, Şadiye A. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Tip 2 Diyabet, Diyabetik Ayak, Hipertasyon, Triküspit Yetmezlik ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Turkish Journal of Diabetes Nursing* 2021, 1(2): 25-8.

54. Alanyalı Z. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Belirtileri ve Öz-Yönetim Algıları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2019.
55. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.
56. Koç E. Tip 2 Diyabet Tanısı Konmuş Kişilerde Hastalık Öz Yönetiminin Değerlendirilmesi Ve Tip 2 Diyabet Öz Yönetimi Ölçeğinin Geliştirilmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2020.
57. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu AB, Bozdemir N, Aşlar RH. Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *Türk Aile Hekimliği ve Temel Bakım Dergisi* 2020, 14(3): 479-91.
58. Gurlaş KÇ. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2016.
59. Demir RN, Ertaş H. COVID-19 Pandemi sürecinde erişkin bireylerin algıladıkları sosyal destek ve sağlık kaygısı düzeylerinin incelenmesi: analitik araştırma-kesitsel. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 2022, 7(3): 847-55.
60. Berber T. Tip 2 Diyabetlilerde Kronik Hastalıklara Uyum, Öz -Yönetim Algı ve Farkındalık İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2022.
61. Karamanlı F. Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç hastalıkları Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diyabetik Hastaların Diyabet Öz Yönetiminin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 2021.
62. Türkseven E, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek ile yaşam doyumu ilişkisi: Bir saha çalışması. *Euras J Fam Med* 2020, 9(1): 51-6.
63. Arslan A, Batma M, Yazıcı HG. Onkoloji hastalarında yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. *Van Tıp Derg* 2022, 29(2): 168-76.

64. Akbulut G. Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, 2019.
65. Ozvurmaz S. Yaşlı bireylerin yalnızlık düzeyleri ve sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg* 2018, 2(3): 118-25.
66. Tüzel İE, Zorlu YA. Algılanan sosyal destek ile sosyal yeterlik ve sosyal sonuç beklentisi arasındaki ilişki: Eğitim fakültesi öğrencileri üzerine bir araştırma. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2019, 7 (13): 51-66.
67. Kaniğ M, Eroğlu K. Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2019, 16(2): 125-33.
68. Bozkaya DN. İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireylerde Diyabet Belirtileri, Öz Yönetim ve Bakım Bağımlılığını Etkileyen Değişkenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2022.
69. Arı N, Özdelikara A. Dahiliye kliniklerine başvuran Tip 2 Diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi: Ordu ili örneği. *Turk J Diab Obes* 2022, (1): 39-48.
70. Soysal G. Tip 2 Diyabet Hastalarında Çok Boyutlu Diyabet, Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, 2022.
71. Salcan T. Tip 2 Diyabet Tanılı Bireylerde Diyabet Eğitiminin Hastalığın Öz Yönetimi ve Tam Kontrolü Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2022.
72. Karakurt P, Aşlar RH, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 14(1): 1-9
73. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot* 2018, 7: 1-6

74. Yamin A, Sari CWM. Relationship of Family Support Towards Self-Management and Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. JKP 2018, 6(2): 1-8
75. Young CF, Shubrook JH, Valencerina E, Wong S, Lo SNH, Dugan JA. Tip 2 diabetes mellituslu kişilerde sosyal destek ile diyabetle ilgili sıkıntı arasındaki ilişkiler. *J Osteopath Med* 2020, 120(11): 721-31.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi’ Doç. Dr. Medet KORKMAZ tarafından yürütülen “Tip 2 Diyabetli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Öz Yönetime Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen Araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.

Teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Abdullah ŞAHİN

Danışman: Doç Dr. Medet KORKMAZ

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Adınız- Soyadınız- İmzanız:

Adres, (telefon numarası):

Ek-3. Hasta Tanıtım Formu

1)Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

2) Yaşınız:

3) Medeni Durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekâr

4) Eğitim Durumunuz:

☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite/Yüksek lisans Mezunu

5) Çalışma durumunuz:

☐ Evet ☐ Hayır

6) Size göre gelir durumunuz nedir?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

7) Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

☐ Köy ☐ İlçe ☐ Şehir

8) Aile tipiniz:

☐ Yalnız ☐ Eşi ile yaşıyor ☐ Çocukları ile ☐ Eşi ve çocuklarıyla

II. Sağlık/Hastalık Özellikleri

9) Tanı konulan başka bir hastalığınız var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:) ☐ Hayır

10) Ailede Diyabet Öyküsü var mı/yakınlığı nedir?

☐ Hayır, yok ☐ Birinci Derece Akrabalarımnda Var ☐ İkinci Derece AkrabalarımndaVar

11) Diyabetinizin Tedavi Şekli nedir?

- ☐ Oral Antidiyabetik İlaç ☐ İnsülin ☐ İnsülin ve hap
☐ Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin
☐ Fiziksel egzersiz ve Diyet ☐ Fiziksel egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik
☐ Sadece Diyet

12) Hangi Sıklıkta Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gidiyorsunuz?

- ☐ Ayda 1 kez ☐ 2 Ayda 1 kez ☐ 3 Ayda 1 kez
☐ 6 Ayda 1 kez ☐ Yılda 1 kez

13) Size önerilen tedavilerle ilgili unutma, aksatma gibi problemler olabiliyor mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

14) Tedavinizin hangi bölümünde uyum sağlamakta zorlanıyor sunuz?

- ☐ İnsülin ile ilgili ☐ Hap ile ilgili ☐ Diyet ile ilgili ☐ Egzersiz ile ilgili

15) Şeker ölçüm cihazınız var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

16) Kan şekeri takibini yapıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

17) Cevabınız evetse ne kadar sıklıkta ölçersiniz?.....)

Ek-4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakam işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet



Ek-5. Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği

Aşağıdaki formda Tip 2 Diabetes Mellitus öz yönetim ölçeğinde her bir soruda size en uygun olan durumu kutucukta işaretleyiniz . Teşekkürler.

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
FAKTÖR 1 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI					
1.Şeker hastalığıma uyum göstererek yaşamımı sürdürüyorum					
2.Kiloma dikkat ederim.					
3.Şeker hastalığımla ilgili bana tavsiye edilen diyetle uyarım					
4.Şeker hastalığımla ilgili yasak olan yiyecekleri tüketmemeye dikkat ederim					
5.Günde ortalama 8-10 bardak su tüketmeye çalışırım.					
6.Diyetimde öğün atlamamaya dikkat ederim.					
7.Kan şekerimin düzenli olması için düzenli fiziksel aktivite yaparım. (Düzenli fiziksel aktivite: Haftada en az 3 gün, en az 50’şer dakika orta şiddette fizik aktivite yapılmasıdır) (Örneğin; hafif tempolu koşu yapmak, bisiklete binmek gibi)					
8.Diş bakımına dikkat ederim.					
9.Hastalığımla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğumu düşünürüm.					
10.Şeker hastalığımla ilgili olduğunu düşündüğüm yeni bir sağlık sorunuyla karşılaştığımda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara danışırım.					
11.Şeker hastalığımla ilgili ortaya çıkabilecek ek hastalıklarla psikolojik olarak başa çıkabileceğimi düşünüyorum					
FAKTÖR 2 KAN ŞEKERİ YÖNETİMİ					
1.Kan şekeri ölçümümü doktorun önerdiği şekilde yapabilirim.					
2.Kan şekeri ölçümlerimi kaydederim.					
3.Kan şekerimin düştüğünü anlayıp doğru bir şekilde müdahale edebilirim					
4.Kan şekerimin yükseldiğini anlayıp doğru bir şekilde müdahale edebilirim					
FAKTÖR 3 SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI					
1. En az yılda bir kez hastalığımla ilgili ayak muayenemi yaptırırım					
2.En az iki yılda bir kez şeker hastalığımla ilgili göz muayenemi yaptırırım					
3.En az yılda bir kez şeker hastalığımla ilgili böbrek muayenemi yaptırırım.					
4.En az yılda bir kez şeker hastalığımla ilgili nörolojik (sinirsel) muayenemi yaptırırım.					

Puanlama: Her zaman 5, Sıklıkla 4, Bazen 3, Nadiren 2, Hiçbir Zaman 1 puan şeklinde

Ek-6. Etik Kurul Onay Formu



Ek-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek İzni



Ek-8. Tip 2 Diyabet Öz Yönetimi Ölçeği Ölçek İzni



Ek-9. Kurum İzni



Ek-10. Güç Analizi Raporu

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	0.4228571
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.95
	Allocation ratio N2/N1	=	1.37
Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.6187444
	Critical t	=	1.9679565
	Df	=	298
	Sample size group 1	=	127
	Sample size group 2	=	173
	Total sample size	=	300
	Actual power	=	0.9502306

Alanyalı (2019) düzenli diyet yapma ve diyabette özyönetim algısı puan ortalamaları ile güç analizi yapılmıştır. Bu sonuca göre Effect size $d=0.4228571$, α err prob= 0.05 , Power (1- β err prob)= 0.95 iken toplam 300 kişinin örneklem grubuna alınmasına karar verilmiştir.

