



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERDE STİGMA:
ÖLÇEK UYARLAMA**

EMELNUR ULUSOY
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi: Bahire Ulus

İSTANBUL - 2019



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETİ OLAN BİREYLERDE STİGMA:
ÖLÇEK UYARLAMA**

EMELNUR ULUSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi: Bahire Ulus

İSTANBUL - 2019

Anabilim Dalı: Hemşirelik
Program: Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Tez Başlığı: Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerde Stigma: Ölçek Uyarlama
Öğrencinin Adı-Soyadı: Emelnur Ulusoy
Savunma Sınavı Tarihi: 08 / 08 / 2019

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Besti Üstün
Üsküdar Üniversitesi

İmza


Tez Danışmanı / Üye

Dr. Öğr. Üyesi Bahire Ulus
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar
Üniversitesi

İmza


Üye

Prof. Dr. Vesile Ünver
Acıbadem Üniversitesi

İmza


Üye

İmza

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

29.07.2019

Emelnur ULUSOY



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkısı, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını beden esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahire ULUS'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Çalışmamın başlangıcında gerekli izinlerin alınmasına yardımcı olan ve çalışmam süresince destek ve anlayışları ile bana destek veren Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi yönetimine ve çalışma arkadaşlarıma,

Uzman görüşleri ile çalışmama destek veren Nilgün GÜVENER DEMİRAĞ, Betül UĞUR ALTUN, Nermin OLGUN, Fahriye OFLAZ, Hayat YALIN hocalarıma,

Hayatımın her döneminde sonsuz sevgi ve anlayışla hep yanımda olan, beni bugünlere getiren, her yeni adımında yanımda olan ve destekleyen sevgili babam Veysel YÜCEL, annem Ayşe YÜCEL ve kardeşim Elif YILMAZ'a,

Tezimin tüm aşamalarında sabır ve anlayışı ile bana destek olan eşim Mücahit ULUSOY'a, hayatımın en büyük mucizeleri olan, varlıkları ile bana yaşam enerjisi veren canım oğullarım Kerem ULUSOY ve Mert ULUSOY'a,

Manevi destekleri ile yanımda olan çalışma arkadaşım Dyt. Selin İmran ÖZDEMİR ve tüm dostlarıma,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Emelnur ULUSOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Diyabet.....	8
2.1.1. Diyabetin tanımı ve önemi	8
2.1.2. Diyabetin epidemiyolojisi	9
2.1.3. Diyabetin tanı kriterleri	10
2.1.4. Diyabetin sınıflandırılması.....	12
2.1.5. Diyabetin komplikasyonları	15
2.1.6. Diyabetin tedavisi.....	16
2.1.7. Glisemik kontrol	19
2.2. Stigma	20
2.2.1. Stigma (damga)tanımı.....	20
2.2.2. Damgalamanın aşamaları	21
2.2.3. Damgalama çeşitleri.....	22
2.2.4. Diyabet ve damgalama	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	27
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	28
3.5. Katılımcıların Özellikleri	29

3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.6.1. Tanımlayıcı özellikler formu.....	29
3.6.2. Kendini damgalama ölçeği (KDÖ)	30
3.6.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ).....	35
3.7. Verilerin Toplanması	37
3.8. Çalışmanın Uygulama Aşamaları	37
3.8.1. Ölçeğin dil geçerliği çalışmaları	37
3.8.2. Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği çalışmaları.....	39
3.8.3. Pilot uygulama (ön çalışma)	43
3.8.4. Ölçeğin yapı geçerliği	43
3.8.5. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları	46
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	49
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler	49
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	50
4. BULGULAR	51
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	51
4.2. Geçerlik Analizi	52
4.2.1. Açıklayıcı faktör analizi bulguları	52
4.2.2. Doğrulayıcı faktör analizi bulguları	57
4.3. Güvenirlik Analizi.....	61
4.3.1. Değişmezlik.....	62
4.3.2. İç tutarlılık.....	62
4.3.3. Madde toplam güvenirliği	64
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	85
9. ÖZGEÇMİŞ	106

KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association
APG	: Açlık Plazma Glukozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	: Diabetes Mellitus
EASD	: European Association Study of Diabetes
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
IDF	: International Diabetes Federation
KDÖ	: Kendini Damgalama Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	: Kaiser Mayer Olkin Testi
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
PG	: Plazma Glukozu
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TEMĐ	: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması
WHO	: World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Diabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri (55)	11
Tablo 2. Diabetes Mellitus Etiyolojik Sınıflandırması (55).....	12
Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	29
Tablo 4. Kendini Damgalama Ölçeği Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı	30
Tablo 5. Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Değerlendirmeleri ve Maddelerin KGI Dağılımları	41
Tablo 6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=180)	51
Tablo 7. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (n= 180).....	53
Tablo 8. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Yapıları Serbest Bırakıldığında, Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (n= 180)	55
Tablo 9. Doğrulayıcı Faktör Analizi Serbest Model Uyum İndeksleri	57
Tablo 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Orijinal Model Uyum İndeksleri	59
Tablo 11. Ölçek Güvenirlik Analiz Sonuçları (n=180).....	61
Tablo 12. Ölçek Test-Tekrar Test Analizleri (n=30)	62
Tablo 13. Madde Çıkarıldığında Kalan Madde İstatistikleri	63
Tablo 14. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Kendini Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	64
Tablo 15. Madde Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=180).....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (Serbest) ¹	58
Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (Orijinal)	60



ÖZET

Bu araştırma, Tip 2 diyabeti olan bireylerde Kendini Damgalama Ölçeği'nin (SelfStigmaScale) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini, özel bir sağlık kuruluşunun Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran Tip 2 diyabeti olan tüm bireyler oluşturdu(N=7647). Örneklem grubuna ise, en az bir yıldır Tip 2 diyabeti olan 180 birey dahil edildi. Veriler hasta tanımlama formu, Kendini Damgalama Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile toplandı.Geçerlik için; içerik-kapsam geçerliği, ölçüt-bağımlı geçerliği ve yapı geçerliği, güvenilirlik için değişmezlik ve iç tutarlılık yöntemleri kullanıldı. Kendini Damgalama Ölçeği'nin geçerliğinin Kaiser-Meyer Olkin kat sayısı 0.938, Bartlett testi χ^2 değeri 5320.827, p=0.000 olarak saptandı.Ölçeğin tamamının cronbach alfa kat sayısı 0.965 olarak belirlendi. Açıklayıcı faktör analizleri sonucunda ölçeğin orijinal haline yakın sonuçlar elde edildiği ve Türkçe uyarlamasının da orijinaliyle paralellik gösterdiği görüldü.Doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen verilerle, ölçeğin alt boyutlarına (bilişsel, duyuşsal ve davranışsal) ait faktör yükleri doğrultusunda geçerliğinin olduğu saptandı.Benlik saygısı ve kendini damgalama alt boyutları arasında anlamlı derecede olumsuz bir ilişki görüldü. Yapılan çalışmanın sonunda Tip 2 diyabeti olan bireylerde Kendini Damgalama Ölçeği'nin Türk dili için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Geçerlik, Güvenirlik, Stigma, Tip 2 diyabet

SUMMARY

Stigma in Individuals With Type 2 Diabetes: Scale Adaptation

This study was carried out in order to determine validity and reliability of the Turkish Self-Stigma Scale in Turkish patients with Type 2 diabetes. This study was planned methodologically. The population of the study consisted of all individuals with Type 2 diabetes who applied to the Endocrinology and Metabolic Diseases Outpatient Clinic of a private health institution (N = 7647). The sample group included 180 subjects with type 2 diabetes for at least 1 year. Data were collected with patient identification form, Self-Stigma Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale. For validity; Content-scope validity, criterion-dependent validity and construct validity, reliability and internal consistency methods were used. The validity of the self-stigmatization scale was found to be 0.938 for Kaiser-Meyer and 0.94 for Bartlett test, 532.827 for $p = 0.000$, and Cronbach alpha for the scale was 0.965. As a result of the explanatory factor analysis, it was found that the scale was close to the original state and the Turkish adaptation was in parallel with the original. There was a significant negative relationship between self-esteem and self-stigmatization sub-dimensions. At the end of the study, it was decided that the Self-Stigma Scale was valid and reliable for the Turkish language.

Keywords: Diabetes, Validity, Reliability, Stigma, Type 2 diabetes

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Diabetes Mellitus (DM), pankreastan salgılanan insülin sekresyonunun miktarında azalma ya da perifer dokularda insüline duyarsızlık nedeniyle meydana gelir. Kronik bir hastalık olan diyabet, hiperglisemi ile karakterizedir (1, 2). Teknolojinin gelişmesi, hareketsiz yaşam tarzı ve obezitesi olan kişi sayısının artması, diyabet görülme sıklığının da artmasına neden olmaktadır (3). Dünyada diyabeti olan birey sayısı 2017 yılında 425 milyon iken, bu rakamın 2045 yılında 629 milyona ulaşacağı düşünülmektedir. Türkiye’de ise 2017 yılında diyabeti olan birey sayısı 6.7 milyon iken, 2045 yılında 11.2 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (4).

Diyabet, yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebilen ya da oluşması geciktirilebilen bir hastalıktır (4). Bireylerin; hastalığın nedenleri, risk faktörleri, erken tanısı ve tedavisi ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi önemlidir. Diyabet ile ilgili farkındalığın ve bilgi düzeyinin artırılması hastalığı önleyici basamaklar arasında yer almaktadır.

Diyabetin uzun dönemde gelişen komplikasyonları; tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu durum hem birey hem de toplum için büyük bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Diyabet ilerledikçe bireyde gelişebilecek nefropati, retinopati, nöropati gibi komplikasyonları önleyebilmek için düzenli kontrol ve hasta eğitimidir. Oluşması muhtemel bu komplikasyonlar, sağlık sistemi için önemli tıbbi sonuçlar ve ekonomik kayıplara sebep olmaktadır (5, 6).

Diyabette, fiziksel sorunların yanı sıra, psikiyatrik ve psikososyal sorunların bireyde yarattığı olumsuz etkiler ve bu sorunların boyutlarını dagöz önünde bulundurmak gerekmektedir. Diyabeti olan kişi; fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili birçok sorun ile karşı karşıya kalabilmektedir (7,8,9). Kronik bir hastalığa sahip olmaya bağlı olarak bireyin yaşam biçimini değiştirmesi gerektiğini kabullenmesi çoğu zaman zor olmaktadır (10). Diyabeti olan erişkin bireylerin %18’inde psikiyatrik destek gerektirebilecek boyutta ruhsal bozukluklar geliştiği bildirilmektedir. Ancak bu psikopatolojik durumların yaklaşık %10’unun belirlenemediği bildirilmiştir (8). Bu bağlamda birey diyabet muayenesinde fiziksel yakınmaların yanı sıra ruhsal, duygusal ve davranışsal açılardan da değerlendirilmelidir (10).

Diyabeti olan kişilerde, genel nüfusa göre çok dahafazla depresyon bulguları görülmektedir. Diyabet ile depresyonun bir arada olması; hastanın tedavi ve hastalık sürecine uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, diyabetin genel seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir. Depresyon bulguları ile diyabet birbirini artırıcı yönde etki etmektedir (7,8). Tip 2 diyabet ile birlikte kan glukoz yüksekliğinin derecesi ve süresi demans ile ilişkilendirilmiştir (11). İki uçlu duygu durum bozukluğu ve şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin de, genel nüfusa göre diyabet gelişme risklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (12,13).

Literatürde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, genellikle diyabetin tıbbi ve fiziksel kompliasyonlarına yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir, ancak son zamanlarda diyabetin; psikososyal yönleri, yaşam kalitesi ve depresyon gibi diyabet ile ilişkili araştırmalar da yapılmaktadır (14,15,16). Diyabeti olan bireylerin yaşadığı bu sorunların hem nedeni hem de sonucu olabilecek durumlardan biri de damgalamaya maruz kalmalarıdır (17).

Stigma (damga) bir kişiyi diğerlerinden ayırır ve farklı görünmesini sağlayarak, genel anlamda kötülenmesine neden olur (18). Sözcük olarak “yara, iz, işaret” anlamına gelmektedir. Kronik hastalıklarla ilgili damgalama, istenmeyen, reddedilme veya dışlanmaya yol açan olumsuz bir sosyal yargıdır. Bu durum hastalığın kendisi ya da tedavisinin özellikleri ile ilişkilidir (19,20). Damganın tanımlanmasında; hastalık ile ilişkili özellikleri, damga kaynaklarını (bireyler, gruplar, medya gibi) ve damgaya neden olan psikolojik mekanizmaları (korku, suçlama veya iğrenme gibi) dikkate almak önemlidir (21). Damga; etiketleme, basmakalıp davranma, ayırma, durum kaybı ve ayrımcılık gibi bileşenler ile karakterizedir (19).

Kendini damgalama; önyargı ve ayrımcılık sonucu meydana gelen, negatif düşünce ve olumsuz kalıp yargılarını kişinin kabul etmesidir. Bunun sonucunda kişi kendisini değersiz hissederek, utanç duygusu ile toplumdan geri çekilmektedir (19).

Kendini damgalamaya ve damgalanmanın kabul edilmesine, tecrübe ve algı neden olmaktadır. Ortaya çıkan zarar psikolojik, sosyal, davranışsal hatta tıbbi olabilmektedir. Kronik hastalıklardan damgalama ile ilişkili olarak; ruhsal hastalığı (22), HIV/AIDS (23,24), epilepsi (25,26) ve obezite (27,28) ve diyabet (29) çalışmaları yapılmıştır.

Diyabet ile ilişkili damgalamada, hem toplumsal hem de kendi kendine damgalamanın etkileri vardır. Diyabeti olan bireylerin ruh sağlığı ve sağlıklı yaşam anlayışı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (30). Diyabet ile ilişkili damganın çeşitli nedenlerle yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir. Diyabete ait özellikler (31), insülin enjeksiyonu uygulaması ile ilgili sorunlar (32,33), kendi kendine diyabet takibi (31) ve diyabet-evlilik ilişkisi (33) nedenler bireyin kendini damgalamayı arttırdığı görülmektedir.

Tip 1 diyabet, çocukluk ve gençlikte ortaya çıkan kronik otoimmün bir hastalıktır. İnsülin enjeksiyonu veya insülin pompası kullanımı, kapiller kan şekeri ölçümü ve öğün zamanlaması, yiyecek seçimleri ve fiziksel aktivite uygulamalarına dikkat etmek gibi özyönetim zorunlulukları ile karakterizedir. İnsülin pompası kullanan hastalarda, cihazın görünmesi ya da eğer meydana gelirse, hipoglisemi krizinin toplum içinde yaşanması, damgalanmaya yol açabilmektedir (34,35). Tip 1 diyabeti olan bireyler üzerinde damgalamayı inceleyen çalışmaların çoğu, damgalamanın kaynaklarına (çalışanlar, aile üyeleri, medya) ve özelliklerine (isim ile çağırma, reddetme) ilişkin yapılmış nitel değerlendirmelerdir. Bu durum, Tip 1 diyabeti olan bireylerin yaşadıkları durumu gizlemelerine neden olabilecek suçlamaları ve ayrımcılığı vurgulamaktadır(35,36).

Tip 2 diyabeti olan bireyler de, Tip 1 diyabette olduğu gibi toplum tarafından damgalanma korkusuyla hastalıklarını çevresindeki bireylerden gizleme eğilimi göstermektedirler (29,37). Diyabete özgü besin seçimleri, insülin enjeksiyonu, ilaç kullanımı gibi gözlemlenebilir durumların yanı sıra Tip 2 diyabette obezite gibi fiziksel özellikler de ön planda yer almaktadır.

Diyabeti olan bireyler etkin ve doğru bir diyabet yönetimi için damgalanmanın olmayacağı bir yaşam tarzı istemektedir. Diyabet bakımını desteklemek adına damgalamayı azaltma girişimlerinin gerekliliği çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (26,30,38). Damgalanmayı azaltmaya yönelik yapılan girişimlerin, diyabeti olan bireylerin suçlama, korku, tikslenme ve sosyal normlara bağlı hissettikleri kendini damgalama algısını hafifleteceği, iyi bir diyabet yönetimine katkı sağlayacağı ve komplikasyon gelişimini önleyeceği düşünülmektedir (30,38).

Diyabeti olan bireylerin, diyabet komplikasyonlarını önlemek için kan glikoz düzeylerini en uygun hale getirmelidirler. Bunun için gerekli olan özbakım faaliyetlerini üstlenmelidirler. Bu faaliyetler sınırlayıcı olmamakla birlikte, kan glikoz düzeylerini izlemek, insülin enjeksiyonu yapmak, ilaç tedavisi kullanmak, sağlıklı beslenmek ve düzenli fiziksel aktivite yapmak konularını içerebilir. Ancak, bu aktiviteler diyabeti olan kişiler tarafından negatif sosyal değerlendirmenin odak noktası olarak algılanmaktadır. İnsülin enjeksiyonu yapmak ile ilgili yaygın bir endişe bulunmaktadır. Bu endişe nedeniyle; sosyal utanç, toplum tarafından reddedilmek, farklı yaklaşımlarda bulunulması (bağımlılık algısının düşülmesi, yasa dışı uyuşturucu madde kullanımı gibi) veya başkaları ile olan ilişkilerin zedeleneceği şeklinde düşünülmektedir (39).

Uluslararası literatürde diyabet ve damgalanma konusunun ele alındığı, diyabeti olan bireylerde kendini damgalama durumlarını değerlendirmek üzere ölçme aracı geliştirildiği, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldığı görülmüştür (29,35,40,41). Ancak Türkiye’de diyabeti olan bireylerin kendini damgalama durumlarını belirleyen bir ölçme aracının olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelik kuramları çerçevesinde insan- hemşire ilişkisi yardım etme kavramı üzerine şekillenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin yüksek benlik saygısına, sağlık alanında doğru bilgi, davranış ve tutum gibi özelliklere sahip olması gerekir. Kendini damgalayan bireylere karşı hemşirelerin öncelikli olarak kendi içlerinde var olan negatif tutumlarının farkında olmaları ve bu tutumlarını pozitif yönde değiştirmeleri önem arz etmektedir. Hemşirelerin, kronik hastalığı olan bireylere yapacağı danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin, damgalama ile etkin baş etme, hastalık ve tedaviyi yönetme, yaşam kalitesinde artma gibi olumlu yansımaları olabilmektedir (42,43).

Diyabeti olan bireylerde kendini damgalamaya bağlı olarak yaşam tarzı değişikliği ve diyabet yönetim sürecinde uyumsuzluklar meydana gelmektedir. Bu uyumsuz olma durumu diyabet tedavisini olumsuz etkilemektedir. Diyabet yönetimi ve tedavisi, bireyin eğitimi ile başlamaktadır. Diyabet eğitimleri öncesinde, diyabet hemşiresi tarafından bireylerin hastalık ile ilişkili damgalama durumlarının tespit edilmesi, damgalamaya neden olan ya da olacak faktörler belirlenmesi önemlidir.

Öncelikle damgalamayı oluşturan sorunlar çözülmeli, daha sonra hasta eğitimleri planlanmalıdır. Bu bağlamda Tip 2 diyabeti olan bireylerin kendilerini damgalama durumlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araca ihtiyaç vardır.

Türkiye’de Tip 2 diyabeti olan bireyler üzerinde “Kendini Damgalama Ölçeği” ile ilgili ölçek bulunmamaktadır.

Bu çalışma, Tip 2 diyabeti olan bireylerde “Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ)’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.Çalışmadan elde edilecek sonuçların, diyabet ve kendini damgalama konusunda farkındalık oluşturmak ve ileride yapılacak çalışmalara öncülük sağlayarak literatüre katkıda bulunması beklenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet

2.1.1. Diyabetin tanımı ve önemi

Diyabet, pankreastan salgılanan insülin hormonunun eksikliği ya da insülin etkisindeki bozulmalar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, damar yapısında değişikliklere neden olan ve kan şekeri yüksekliği ile karakterize kronik bir hastalıktır (44,45). Diyabette insülinin hedef dokular üzerindeki yetersiz etkisi nedeniyle; karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında değişiklikler meydana gelmektedir. Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle kişilerin yaşam kalitesi düşmekte olup, sosyal yaşamları da etkilenmektedir (46). Diyabetin uzun süreli hiperglisemi seyri sonucunda; göz, böbrek ve sinir uçlarını etkileyen mikrovasküler komplikasyonların yanı sıra kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili risk artışı da olmaktadır (47,48).

Diyabet tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Diyabeti olan birey sayısının her geçen gün artmasıyla birlikte sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği zorlaşmaktadır. Bu durum, hem bireylerin yaşam kalitelerini hem de yaşam sürelerini olumsuz etkilemektedir. Yıllar içinde diyabet görülme sıklığındaki hızlı artışın, bu konuda acil önlemler almayı gerektirdiği, önlem alınmadığı takdirde diyabetin, her geçen gün daha fazla insanı etkileyeceği bildirilmiştir (49).

2.1.2. Diyabetin epidemiyolojisi

Dünya’da diyabet prevalansı her geçen gün çarpıcı bir şekilde artmaya devam etmektedir.Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation – IDF) tarafından yayınlanan 2017 verilerine göre; dünyada 425 milyon erişkin kişide diyabet olduğu, 2045 yılında ise bu kişi sayısının 629 milyona ulaşması beklendiği bildirilmiştir. Dünya genelinde diyabeti olan kişilerin %50’si, Türkiye’de ise %38.2’si tanı almamıştır (4).

Dünyadaki diyabet prevelansı 2017 yılında % 7.3 iken 2045 yılında %9.9’a ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye’de ise yaklaşık 6.7 milyon kişinin diyabeti olup, 2045 yılında bu oranın 11.2 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (4).

Türkiye’de toplum temelli bir çalışma olan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması (TURDEP)’nin 1997-1998 yılları arasında birincisi (TURDEP-I), Ocak –Haziran 2010 tarihleri arasında ise ikincisi (TURDEP-II) yapılmıştır. TURDEP I ve II çalışmaları aynı merkezlerde, aynı yaş aralıklarında ve aynı örneklem seçimi ile gerçekleştirildikleri için önemli bir örnek sergilemektedir. Bu iki çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında TURDEP-I’e göre, 12 yıl sonrasında diyabet sıklığında %90’lık çarpıcı bir artış olmuştur. Bu büyük artışı yazarlar; ilerleyen yaşam beklentisine, hem kırsal hem de kentsel bölgelerde diyabet açısından olumsuz yönde değişim gösteren yaşam tarzına, kısmen de diyabet tanı kriterlerinde yapılan değişikliğe bağlamaktadır (50,51).

TURDEP-II sonuçlarına göre 2010 yılı itibari ile Türkiye’de diyabet prevelansının % 13.7 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yaklaşık 6.5 milyon diyabetli birey bulunmakta olup, diyabetin ortalama başlangıç yaşı 49’dur. TURDEP-II çalışmasında, Türk toplumunun %10 ‘nu 40’lı yaşlardan itibaren diyabet tanısı aldığı, bu oranın 50’li yaşlardan itibaren ise % 20 rakamlarına ulaştığı bildirilmiş ve 60 yaş üzerinde toplumda her üç kişiden en az birinin diyabet tanısı olduğu tespit edilmiştir (52).

2.1.3. Diyabetin tanı kriterleri

Diyabette hiperglisemiye bağlı gelişen sık idrara çıkma, fazla su tüketimi, fazla yemek yeme isteği, gece idrar çıkma, iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, açıklanamayan kilo kaybı, ağız kuruluğu, tekrarı olan mantar infeksiyonları, kaşıntı ve bulanık görme semptomları görülebilir (53,54). Hiperglisemi semptomlarına ek olarak bakılan kan glukozu 200 mg/dl veya üzerinde olursa diyabet tanısı konulabilir.

Semptomların olmadığı kişilerde ise diyabet tanısı Tablo 1’de verilen tanı kriterleri ile değerlendirilir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği (TEMĐ) tarafından 2018 yılında yayımlanan Diyabet Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzuna göre, diyabet tanı kriterleri Tablo 1’de verilmiştir.

Hiperglisemi semptomları görülmediği durumlarda tanı için testlerin bir gün sonra tekrarlanması gerekmektedir. Ancak iki test (örn: açlık plazma glukozu ve HbA1c) birlikte yapılabilmiş ve sonuçları diyabet ile uyumlu olduğunda tekrar test yapılmasına gerek yoktur. Her iki test sonuçları uyumsuz ise referans değerin üzerinde çıkmış olan testin tekrarlanması gerekir (56,57).

Amerikan Diyabet Cemiyeti (Amerikan Diabetes Association- ADA) 2003 yılında diyabet tanısında açlık plazma glukozu (APG) ve 75 groral glukoz tolerans testi (OGTT) testinin uygun olacağını bildirmiştir. Ancak 2009 yılında uluslararası uzman komitesi HbA1c değerinin de tanı kriterlerine elkenmesi gerektiğini belirtmiştir. ADA, Avrupa Diyabet Çalışma Cemiyeti (European Association Study of Diabetes- EASD) ve World Health Organization (WHO) bu kararı onaylamıştır (58,59).

Tablo 1. Diabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri (55)

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	DM riski yüksek
APG (>8 saat açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2. Saat PG (75 g oral glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Semptomlar	-	-	-	-
Glikolize hemoglobin (HbA1c)*	≥ %6.5	-	-	-	%5.7 – 6.4
DM: Diyabetes Mellitus BAG: Bozulmuş Açlık Glikozu BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı APG: Açlık Plazma Glukozu PG: Plazma Glukozu	<p>*Standardize metotlarla ölçülmelidir.</p> <p>- Aşık DM tanısı için 4 tanı kriterinden herhangi birisi yeterlidir.</p> <p>- İzole BAG, izole BGT, BAG+BGT için her iki kriterin bulunması şarttır.</p>				

Kaynak: Satman İ, Salman S, Deyneli O, Özdemir D, Yazıcı D, Mert M, Türker F. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. 10. Baskı, 2018.

2.1.4. Diyabetin sınıflandırılması

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabet primer diyabet tipleri olup, spesifik diyabet tipleri ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir (60).

Diyabetin etyolojik sınıflaması Tablo 2' de gösterilmiştir.

Tablo 2. Diabetes Mellitus Etiyolojik Sınıflandırması (55)

I. Tip 1 Diyabet A. İmmun aracılıklı B. İdiyopatik
II. Tip 2 Diyabet
III. Gestasyonel diabetes mellitus (GDM)
IV. Diğer spesifik diyabet tipleri
A. β-hücre fonksiyonlarının genetik defekti B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları D. Endokrinopatiler E. İlaç veya kimyasal ajanlar F. İmmun aracılıklı nadir diyabet formları G. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar H. İnfeksiyonlar

Kaynak: Satman İ, Salman S, Deyneli O, Özdemir D, Yazıcı D, Mert M, Türker F. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. 10. Baskı, 2018.

2.1.4.1 Tip 1 diyabet

Tip 1 diyabet, genellikle mutlak insülin eksikliğinin olduğu, otoimmün bir neden ile ilerleyen ve beta hücre yıkımının olduğu diyabet tipidir (61). Tip 1 diyabetin gelişimi kalıtsal ya da çevresel faktörler ile ilişkili olabilir. Genellikle beta hücrelerinin tahrip olmasına yol açan otoimmün süreçleri tanımlayan anti-glutamik asit dekarboksilaz (Anti-GAD), adacık hücresi veya insülin antikörlerinin varlığı ile karakterize edilir. Tip 1 diyabette pankreas tarafından yeterli insülin hormonu salgılanamadığı için sürekli insülin tedavisine ihtiyaç vardır. Bu nedenle insüline bağımlı diyabet olarak da adlandırılmaktadır (62).

2.1.4.2. Tip 2 diyabet

Tip 2 diyabet, diyabetin en yaygın görülen şeklidir. Tüm diyabet vakalarının % 90 ile %95'ini oluşturur. Ailede diyabet öyküsü, ileri yaş, obezite ve egzersiz eksikliği ile ilişkilidir (63). Genetik faktörlerin yanı sıra insülin direnci ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. İnsülin direnci varlığı karın içi yağlanmanın artmasına neden olarak obeziteye zemin hazırlamaktadır. Buna bağlı olarak da tip 2 diyabeti olan kişiler; hipertansiyon, dislipidemi ve damar hastalıkları riski taşımaktadır (64, 65). Sıklıkla 30 yaş üzerinde ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Ancak son zamanlarda obezitenin çocukluk yaşlarında sıklıkla görülmesi nedeniyle adölesan çağlarında da tip 2 diyabet vakaları görülmeye başlanmıştır (53,66).

Tip 2 diyabette iki ana patolojik defekt bulunur. Bunlar pankreas beta hücresinin fonksiyon bozukluğu nedeniyle insülin sekresyonunun bozulması ve insülin direnci ile bozulmuş insülin etkisidir (67). İnsülin direnci nedeniyle yağ ve kas dokularında insülin etkisi yetersiz kalmaktadır (53,68). Başlangıçta normal olan insülin salgısı zamanla azalır ve yıllar içerisinde hastaların insülin ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir (68).

2.1.4.3. Gestasyonel diyabet (GDM)

Gestasyonel diyabet, gebelik öncesinde olmayan ilk defa gebelikte ortaya çıkmış olan glukoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (69). Hamilelik sırasında Tip 1 diyabet gelişen kadınlar ve hamilelik sırasında tespit edilen tanı konmamış asemptomatik Tip 2 diyabet olan kadınlar gestational diyabet ile sınıflandırılır. GDM geliştiren kadınların çoğunda mekanizmal bozukluk hamileliğin üçüncü trimesterinde başlamaktadır (70). Gebeliğin 24-28. haftalarında OGTT ile tarama yapılarak tanı konulmaktadır. Ancak gestasyonel diyabet açısından risk grubunda olan gebeler (obezite, daha önceden GDM öyküsü, 40 yaş üzeri gebelikler, birinci derecede ailede diyabet öyküsü gibi) ilk prenatal muayeneden itibaren yakın takip edilmelidir (55).

2.1.4.4. Diğer spesifik diyabet tipleri

Diğer spesifik diyabet tipleri grubunda, beta hücre fonksiyonunun genetik kusurları veya insülin etkisinin kusurlarının neden olduğu kişiler yer almaktadır (70). Bu diyabet tipleri aşağıda belirtilen alt gruplarda sınıflandırılmıştır (Tablo 2) ;

- Beta hücre fonksiyonlarının genetik defekti nedeniyle oluşan monogenetik diyabet formları,
 - İnsülin etkisindeki genetik defektler,
 - Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları,
 - Endokrinopatiler,
 - İlaç veya kimyasal ajanlar,
 - İmmün aracıklı nadir genetik sendromlar,
 - İnfeksiyonlar (55).

2.1.5. Diyabetin komplikasyonları

Normogliseminin sağlanamadığı durumlarda; yüksek seyreden kan şekeri, doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileri diyabette morbidite ve mortalitenin nedeni olabilmektedir (71). Kısa ya da uzun dönemde çeşitli organ ve doku hasarları meydana gelmektedir (72).

Komplikasyonların, tip 1 ve tip 2 diyabette ortaya çıkma süreleri farklılık gösterebilir. Aralıklı meydana gelen komplikasyonlar tedavi edilebilir. Hafif semptomlar ile komplikasyonlar, zaman içerisinde tekrarlayabilir ve ilerleyici olabilir. Çeşitli organlarda kalıcı hasarlara ve işlev kaybına neden olabilir. (72,73).

Diyabet komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere, iki ana başlık altında toplanmaktadır (28,55):

A) Akut komplikasyonlar

- Diyabetik ketoasidoz
- Hiperozmolar hiperglisemik durum
- Laktik asidoz
- Hipoglisemi

B) Kronik komplikasyonlar

1. Mikrovasküler komplikasyonlar

- Diyabetik nefropati
- Diyabetik retinopati
- Diyabetik nöropati

2. Makrovasküler komplikasyonlar

- Periferik damar hastalığı
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Serebrovasküler hastalıklar

3. Diğer kronik komplikasyonlar

- Gastrointestinal (gastroparezi, diyare)
- Genitoüriner (üropati, cinsel işlev bozukluğu)
- Dermatolojik
- Kemik ve mineral metabolizma bozuklukları
- Diyabetik ayak
- Psikolojik problemler ve psikiyatrik bozukluklar

2.1.6. Diyabetin tedavisi

Diyabet tedavisinde amaç; kan şekeri kontrolünün sağlanması, akut komplikasyon gelişme riskinin azaltılması, uzun dönemde mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplikasyonların önlenmesi, diyabete eşlik edebilecek diğer sorunların düzeltilmesidir. Bu amaçla diyabeti olan bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (75).

Diyabet tedavisi; eğitim, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve ilaç tedavisi olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir (75,55).

A. Diyabet eğitimi

Diyabet eğitimi, gerek tip 1 gerekse tip 2 diyabet için tedavinin en önemli unsurudur. Diyabet tanısı konulduktan sonra doktor, diyabet eğitim hemşiresi ve beslenme uzmanının olduğu bir ekip tarafından gerekli eğitimler verilmelidir (55).

Eğitim ile diyabeti olan bireye, diyabet tanısının ne olduğu, hangi belirti ve bulgularla seyredeceği; ideal tedavi yöntemleri ve uygulanmaları anlatılmalıdır. Yetersiz tedavi nedeniyle oluşabilecek sorunlar, bu sorunlara yönelik alınacak önlemler, hastalıkla başedebilmenin yolları öğretilmelidir. Eğitim programlarında birey öncelikle yaşam tarzı değişikliğine adapte edilmeli ve beslenme-egzersiz-ilaç tedavisi arasındaki dengeyi sağlamayı öğrenmelidir (55).

Diyabet eğitim hemşiresi tarafından yürütülen eğitim programı düzenli aralıklarla tekrar edilmelidir. Bireye özel planlanan diyabet eğitimleri ile, diyabetle yaşama becerileri kazandırılmalıdır (55).

Tip 2 diyabeti olan hastaya kazandırılması gereken beceriler ile ilgili TEMD'in önerileri aşağıda sıralanmıştır (55):

- Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemi,
- Fiziksel aktivite planı,
- Tedaviye uygun kan şekeri takibi yapmak,
- Oral antidiyabet tedavisini doğru kullanmak,
- Diyabet süreci dahilinde insülin ihtiyacı olma olasılığı,
- Eşlik edebilecek ek sorunların diyabet yönetimine etkisi,
- Gerektiği durumlarda insülin enjeksiyonu uygulamak,
- Hipoglisemi belirtileri ve müdahalesi,
- Akut ve kronik komplikasyonlardan korunmak
- Ayak bakımı,
- Özel durumlarda diyabet yönetimi ve sağlık profesyonelleri ile iletişim,
- Diyabeti olan kadın bireylerin kontrasepsiyon yöntemlerini uygulamayı ve gebelik glisemi kontrolünün önemi,
- Düzenli yapılması gereken kontrol ve takipler hakkında bilgiler verilmelidir.

B. Tıbbi beslenme tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi, ADA'ya göre genel tedavi planının etkili bir parçası olarak kabul edilmektedir. Tip 1 ve tip 2 diyabeti olan herkese beslenme eğitim programı alması önerilmektedir.

Diyabeti olan tüm bireyler tedavi hedeflerine ulaşmak için gerektiğinde kişiselleştirilmiş tıbbi beslenme tedavisi almalıdır. Tip 2 diyabeti olan aşırı kilolu veya obez yetişkinler için, sağlıklı bir beslenme düzenini korurken enerji alımını azaltmak, gelişmiş glisemi, kan basıncı ve / veya lipidler şeklinde klinik fayda sağlayan kilo kaybını teşvik etmek için tavsiye edilir.

Tip 1 DM'li bireyde tıbbi beslenme tedavisinin amacı kalori alımını koordine etmek ve eşleştirmektir. Tip 2 DM için tıbbi beslenme tedavisi, en düşük kalorik azalmayı (düşük karbonhidrat veya düşük yağ), düşük yağ alımını ve artan fiziksel aktiviteyi vurgulamalıdır (56,76).

Diyabet tedavisinde makro besin ögenleri (karbonhidrat, protein ve yağ)'nin miktar ve dağılımı bireyin metabolik hedeflerine göre değişiklik gösterebilir. Çok düşük karbonhidrat içeren beslenme programları, vitamin, mineral ve posa içeren besin tüketimlerini sınırlandırdığı için önerilmemektedir (55).

Tıbbi beslenme tedavisinde, bireyin günlük hayatına uygun olan ve uygulanabilir beslenme önerilerinin olduğu bir beslenme programı planlanmalıdır. Tıbbi beslenme tedavisi birbirini izleyen dört aşamadan oluşmaktadır (77):

- 1) Metabolik ve yaşam tarzı parametrelerinin değerlendirilmesi,
- 2) Kişiyeye özel hedef saptanması,
- 3) Hedeflerin sağlanmasına yönelik eğitimler verilmesi,
- 4) Klinik sonuçların değerlendirilmesi şeklinde kavram ve davranış değişikliği içeren yöntemler kullanılmaktadır.

C. Egzersiz

Diyabeti olan bireylerde egzersiz, plazma glukoz değerini düşürmek ve insülin duyarlılığını arttırmak için yararlı olmaktadır. ADA tarafından diyabeti olan bireylere, haftada 150 dakika / hafta (en az 3 güne yayılmış) orta dereceli aerobik fiziksel aktivite önerilmektedir (56,78).

Düzenli egzersiz programları ile kan glukoz kontrolü sağlanabilir ve kardiyovasküler riskler azaltılmaktadır. Egzersiz öncesi tıbbi değerlendirme yapılmalıdır. Aktiviteler kişiyeye özel planlanmalıdır. Aktif egzersiz yapılmasının uygun olmadığı durumlar hakkında kişiyeye bilgi verilmelidir. Egzersizin beslenme ve medikal tedavi ile ilişkisi, zamanlaması ve egzersiz esnasında gelişebilecek riskler konusunda eğitim verilmelidir (79).

D. İlaç tedavisi

Tip 2 diyabet, hücrelerde insülin direncinin geliştiği bir hastalıktır. İnsülin salgısında yetersizlik ve insülin duyarlılığında azalma meydana gelmektedir. Hepatik glikoz yapımında artış olması nedeni ile açlık şekerinde yükselmeler olur. İnsülin salgısında ve insülinin perifer dokularda kullanımında da bozukluk olması nedeniyle tokluk kan şekerinde de artış meydana gelir (56,80).

Tip 2 diyabet tedavisinin en önemli tedavi bileşeni yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı değişikliğinin yeterli olmadığı durumlarda, kan şekeri hedef değerlerini sağlayabilmek için farmakolojik tedavi başlanmaktadır (79).

Farmakolojik tedaviler, oral antidiyabetik ilaçlar ve insülinomimetik ilaçlar ve insülinler olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (55). Oral antidiyabetik ilaçlar; pankreas tarafından salgılanan insülin miktarını arttıran ajanlar, hedef organların insüline duyarlılığını arttıran ajanlar ve glikozun gastrointestinal kanaldan emilme hızını azaltan ajanlar olarak gruplandırılmaktadır (56,80). Yalnızca oral antidiyabetik tedavi ya da birden fazla oral antidiyabetik ilacın kombinesi, insülin ile kombinasyon şeklinde kullanılabilir (81). İnsülinomimetik ilaçların oral ve subkutan enjeksiyon şeklinde uygulama formları bulunmaktadır. İnsülinler ise kısa etkili, hızlı etkili, orta etkili, uzun etkili ve karışım insülinler olmak üzere gruplandırılmaktadır (55).

2.1.7. Glisemik kontrol

Kan glukoz hedefleri kişiseye göre planlanmalıdır. Sınırlı yaşam beklentisi olan, diyabet süresi uzun, ciddi ve tekrarlayan hipoglisemi öyküsü, eşlik eden diyabet komplikasyonları veya ek hastalıkları olan ya da diyabet kontrolü iyi olmayan kişilerde daha esnek glisemik kontrol hedefleri tercih edilmelidir.

Erişkin Tip 2 diyabet için glisemik kontrol hedefleri:

- HbA1c ≤ %7,
- Açlık plazma glukozu ve öğün öncesi plazma glukozu 80-130 mg/dl
- Öğün sonrası 2. saat post prandial glukoz < 160 mg/dl şeklindedir (55).

2.2. Stigma

2.2.1. Stigma (damga)tanımı

Stigma kelime anlamı olarak, dışarıdan farkedilebilen iz olarak tanımlanmaktadır (82). Eski Yunanca kökenli bir kelime olan stigma, hayvanları ya da esirleri ayırt edebilmek için vücutlarına konulan işaret olarak kullanılmıştır. Günümüzde ise, literatürde “damga”, “leke”, “utanç verici işaret” şeklinde kullanılmaktadır (83). Bu çalışmada stigma kavramı yerin “damga” sözcüğü kullanılacaktır.

Damga, delik, delmek, yara, iz anlamları yanı sıra, günümüzde daha çok “kara leke” anlamıyla kullanılmaktadır. Damga sözcüğünün bu anlamda kullanılması ortaçağdaki suçlu kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmalarından sonra başlamıştır (84).

Bu kavram ilk kez sosyolog Goffman tarafından literatüre kazandırılmıştır. Goffman’a göre damgalanan kişilerin, toplum tarafından kabul edilmiş kişilerden farklı karakteristik özelliklere sahip olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle toplum tarafından farklı muameleye maruz kalmış kişiler anlamına gelmektedir (82). Bu yaklaşıma göre “damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tarif edilmiştir (85, 86).Goffman’ a göre kişiler arasında farklılık oluşturan bu durumlar, “kişinin olması gereken hali ile şu anda olduğu hal arasında görülen uyumsuzluk halidir” şeklinde ifade edilmiştir (87).

Morell 2002'de damgayı “kötü etiket, utanç, itibardan düşme, dışarıdan tanınabilen iz, leke veya karakteristik” olarak tanımlamıştır (88). Weiss ve Ramakrishna ise 2006'da damgayı; “Belirli bir sağlık sorunuyla özdeşleştirilmiş bir kimse veya grup hakkında olumsuz bir sosyal yargı yaşantısından veya beklentisinden kaynaklanan dışlanma, kabul edilmeme, suçlanma veya küçümsenmeyle karakterize olan bir sosyal süreç veya ilgili kişisel yaşantıdır” şeklinde tanımlamaktadır (89).

2.2.2. Damgalamanın aşamaları

Corrigan'a göre damgalama bir süreçtir ve çeşitli aşamalar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Damgalama, ilgili faktörlerin bir araya geldiği sosyal-bilişsel süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu faktörler; işaretler, stereotipler (basmakalıplar), önyargı ve ayrımcılıktır (90).

İşaretler; İşaret, bir kişide bir şeyin farklı olduğunun göstergesidir. İşaret fiziksel ya da gözlemlenebilir birkaç şekilde olabilir. Örneğin, bir psikiyatrik semptom, sosyal becerilerdeki bir eksiklik veya fiziksel görünümdeki bir fark olabilir. Ruhsal hastalıkların semptomlarının birçoğu, uygunsuz etki ve tuhaf davranışlar nedeniyle damgalayıcı tepkilere neden olan somut örneklerdir. Ayrıca, bazı ruhsal hastalıklardan kaynaklanan zayıf sosyal beceriler vardır. Zayıf kişisel görünüşün, damgalayıcı tutumlara yol açtığı düşünülmektedir (90).

Stereotipler; Stereotip terimi, basmakalıp anlamında kullanılmaktadır. Yani bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen anlamında tanımlanmaktadır. Toplumun etiketlediği durum ile ilgili daha önce üzerinde hemfikir olduğu tanımları içermektedir (91). Bir birey hakkında farklı bir şey olduğuna dair ipucu verildikten sonra, o kişinin düşünce sürecinde kalıplaşmış etkenler oluşmaktadır. Stereotipler, bir sosyal grubun çoğu üyesi tarafından öğrenilen kalıp yapıları olarak da tanımlanmaktadır (90). Kalıp yargılar, bir grup insan hakkında ortaklaşa kararlaştırılan kavramlar olarak kabul edilmektedir. Bir kişinin, bir grup insan hakkında bir klişeyi biliyor olması, onunla aynı fikire sahip olduğu anlamına gelmemelidir. Kişi negatif bir klişeyi onayladığında, önyargı denilen kavram ortaya çıkmaktadır (90).

Önyargı; Önyargı, kişinin bir nesne ya da olay karşısında, gerçekler hakkında bir değerlendirme yapmadan, daha önceki bazı stereotipler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır (91). Önyargı, nesnelere karşı gösterilen olumsuz bir tutum olarak kabul edilmektedir (92). Damganın temelindeki olumsuz inançlar sonucu bazı önyargılar gelişebilir. Meydana gelen önyargılar neticesinde kişinin içinde bulunduğu durumdan çok, toplumun bu duruma olumsuz bakış açısı etkilenmektedir (91) .

Ayrımcılık; Ayrımcılık, önyargının oluşturduğu duygu ve inançlara verilen davranışsal bir cevaptır (93). Ayrımcılık toplumdaki bazı kişilerin, damgalama ve önyargılar nedeni ile temel hak ve menfaatlerden yoksun bırakılması durumudur (94). Etiketleme ile başlayan damgalama süreci stereotiplere ve önyargılara verilen duygusal ve bilişsel tepkiler sonucunda ayrımcılık ile sonlanmaktadır. Kişiler, önce birçok alanda kısıtlanarak, devamında ise toplumsal hayattan dışlanmaktadır (95).

2.2.3. Damgalama çeşitleri

Damgalama, sosyal damgalanma ve bireysel damgalama şeklinde iki grupta incelenmektedir:

Sosyal damgalanma, kişinin içinde bulunduğu toplum tarafından “sorunlu, kusurlu, istenmeyen ve sosyal anlamda kabul görmeyen” kişi olarak algılanması durumudur (96).

Bireysel damgalanma ise 3 şekilde gruplanmaktadır.

1. Algılanan damgalanma: “Bireyin toplum tarafından damgalanmış olan grup hakkındaki tutum ve davranışlarının algılanması ve birey tarafından benimsenmesi” durumudur.

2. Deneyimlenen damgalama: “Bireyin geçmiş yaşamında gerçekten damgalama ve ayrımcılık ile ilgili bir deneyim yaşadığı” durumudur.

3. Kendini damgalama: “Sosyal ve algılanan damgalamanın içselleştirilerek bireyin kendini bu düşünceler doğrultusunda değerlendirildiği” durumudur.

“Sosyal, algılanan ve kendini damgalama” birbiri ile yakın ilişki içerisinde olmakta ve bir kısır döngüye neden olmaktadır (97, 98, 99).

2.2.3.1. Kendini damgalama

Kendini damgalama da sosyal damgalama gibi; stereotipler, önyargılar ve ayrımcılıktan meydana gelmektedir. Öncelikle, kişiler önyargıları kendilerine döndürür ve stereotipleri onaylarlar (Bu doğru, ben güçsüzüm ve kendime bakmak için yetersizim gibi). Sonrasında, kişisel önyargılar, düşük benlik saygısı ve öz yeterlilikte azalma gibi negatif yönde duygusal tepkiler oluşmaya başlamaktadır. İnsanlar damgalayıcı durumları nedeniyle kendilerini; yanlış anlaşılan, farklı olan ya da utanan kişi olarak görebilir (100).

Kendini damgalama; kişinin kendisi için toplumda oluşan “negatif düşünceler ve olumsuz kalıp yargılarını kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesi” durumudur (101-104). Damgalamayı içselleştirmiş olan kişilerde mevcut hastalıklarından utanma, aşağılık ve yetersiz hissetme duyguları, olumsuz düşüncelerde artma, aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalma gibi durumlar meydana gelmektedir (95). Bu durum hastalık belirtilerini kötüleştirerek ve iyileşmeyi geciktirerek hastaların zarar görmesine neden olmaktadır (105,106).

Damgalanmanın en fazla etkilediği hastalık gruplarından birisi ruhsal bozukluğu olan hastalardır. West ve ark. (107) tarafından 2011’de psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmada bireylerin %36’sında kendini damgalama olduğu görülmüştür.

Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından psikiyatri hastaları ile yapılmış olan bir başka çalışmada ise katılımcıların % 73.2’ sinde kendini damgalama olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin % 50’ si başkalarının kendilerine farklı şekilde davrandığı şeklinde inançlarının olduğunu bildirmişlerdir (108).

Damgalanma duygusu yaşayan kişilerin kendilerine olan saygısı azalmaktadır. Kendilerine karşı azalan saygı ve damgalanma duygusu birbirlerini etkileyen faktörlerdir. Kendine saygının azalması, kişilerde “moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanç duygularında artış” gibi durumlara neden olduğu görülmüştür (109).

2.2.4. Diyabet ve damgalama

Damgalama kavramında, kişileri özelliklerine göre sınıflandıran etiketler bulunmaktadır. Diyabette kan şekeri düzeyini kontrol altında tutabilmek için diyabetin bazı uygulamaları vardır. Diyabeti olan kişilerin besin seçimleri, insülin enjeksiyonu yapmak veya ağızdan tablet kullanımı, kan şekeri ölçümü gibi gözlemlenebilir davranışları olmaktadır. Bunun yanı sıra tip 2 diyabet durumunda bölgesel yağlanmaya bağlı obezite ile ilişkili fiziksel özellikleri de dikkat çekmektedir (110).

Diyabette sürdürülen bir takım bakım faaliyetleri, sosyal değerlendirmenin negatif odak noktası haline almaktadır. İnsülin enjeksiyonu yapılırken; sosyal utanç, toplum tarafından reddedilme hissi, kişisel ilişkilerin bozulacağı düşünülmektedir (31). İnsülin uygulaması yapılırken algılanan bu damgalanma hissi insülin kullanımından uzaklaşmaya neden olmaktadır (111,112).

Diyabet ve damgalama üzerine yapılan bir çalışmada, insülin enjeksiyonu kullanmakta olan erişkin bireyler; “yasadışı uyuşturucu kullanıcısı gibi hor görüldüklerini ve diyabeti olmayan kişiler tarafından kendilerinin suçlandığını” ifade etmişlerdir. Mevcut durumlarını meslektaşları ya da işvereni ile paylaşmaları durumunda “işlerini kaybetme riski” olacağını bildirmişlerdir (113).

Bir diğer çalışmada ise tip 2 diyabeti olan erişkin bireyler “sağlıksız beslenme seçeneklerini reddederken utanıyor” olduklarını söylemişlerdir (114). Tip 1 diyabeti olan bireylerin katıldığı bir çalışmada da “diyabet olduklarını eşlerine açıkladıktan sonra, evliliklerinin boşanma ile sonlandığını” bildirmişlerdir.

Damgalama, psikolojik sağlığın yanı sıra fiziksel sağlık üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır (115,116). Diyabeti olan bireyler toplum içinde olumsuz tutumlar ile karşılaştıkları için; toplum içindeki uygulamalardan kaçınmaktadır. İnsülin enjeksiyon uygulamalarını gizlemek amacıyla tuvaletlerde uygulama ya da yalnızca evde uygulama yapmaktadırlar. Enjeksiyon için uygun yer bulamadıkları durumlarda tedaviyi geciktirmek ya da atlamak yoluyla kendilerini gizlemektedirler (113). Olumsuz değerlendirmeler yapılmasından korkmaları nedeniyle kendilerini

gizlemeye çalışmaları, tedavi ve bakım süreçlerini aksatıyor olmaları; uzun dönemde komplikasyonların oluşmasına ve fiziksel sağlığın da bozulmasına neden

Diyabet ve diyabete bağlı gelişebilecek risk durumlarından, bireyin yaşamı etkilenmektedir. Diyabet eğitimi; diyabeti olan bireylerin, diyabeti olmayan bireyler gibi yaşamlarını sürdürmesini sağlayacak yaşam biçimi değişikliklerini içermektedir. Bu eğitimlere “Diyabet Öz Yönetimi Eğitimi”, “Diyabette Öz Yönetim Desteği” ya da “Bireysel Yönetim Eğitimi” isimleri de verilmektedir (118,119).

Diyabet eğitimi verecek olan eğitimcilerin, diyabet eğitimi ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle yapılandırılmış diyabet kurs programına ve güncel eğitim programlarına katılmaları gereklidir (120). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları sertifikalı diyabet eğitimcisi olabilir ve “Sertifikalı Diyabet Eğitimcisi” unvanını kullanabilirler. Türkiye’de 2002 yılından itibaren Diyabet Hemşireliği Derneğinin çeşitli üniversiteler ile yürüttüğü “Diyabet Hemşireliği Sertifika Programı” yapılmaktadır. Kuramsal ve uygulamalı içeriği olan bu programlara katılan hemşireler, başarılı olduklarında sertifika alabilmektedir (121). Hemşirelik mesleğinde çok sayıda uzmanlık alanı bulunmaktadır. Ancak ilk kabul edilen uzmanlık alanı “diyabet hemşireliği” olmuştur. İnsülin enjeksiyon uygulamalarının yaygın olarak kullanılmaya başlanmasından sonra, insülin uygulamasının ve karbonhidrat sayımının öğretilmesinde diyabet hemşireliğinin önemi daha da artmıştır. Tip 2 diyabeti olan bireylerin tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar ve insülinde başka tedavi seçenekleri de kullanım alanına girmiştir. Bu tedavi modellerinin nasıl uygulanacağını hastaya anlatılmasında en büyük sorumluluk diyabet hemşiresine aittir. Diyabet hemşireleri kişiye yalnızca tedavi metotlarının uygulanması ile ilgili bilgileri değil, diyabet hakkında kişilerin bilmesi her türlü günlük yaşam aktiviteleri bilgilerini de aktarmaktadır (121).

Diyabeti olan kişinin kronik bir hastalığa sahip olmak ve yaşam tarzını değiştirmesi gerektiğini kabullenmesi genellikle zor olmaktadır. Ayrıca çevresinde bulunan kişilerce baskı ve damgalanmaları nedeniyle de psikolojik sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedirler (122).

Damgalamayı azaltmadaki hemşirelik girişimlerinin başında, “hemşirelerin damgalama oluşumuna neden olacak kronik hastalığı olan kişilere yönelik, kendi içlerinde var olan olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve bunları olumluya çevirmeleri” tutumu bulunmaktadır. Çünkü yapılan çalışmalar, hemşirelerin ruhsal hastalığı olan kişiler yönelik olumsuz tutumlara sahip olduklarını göstermektedir (123,124).

Damgalamayı azaltma yaklaşımları olarak, akademisyen hemşire ya da deneyimli uygulama hemşireleri damgalamayı azaltma organizasyonlarına aktif olarak katılmalıdır. Diğer meslektaşlarını ve hastaları bu kaynaklara yönlendirerek katkıda sağlayabilirler. Hemşireler, okul ve işyeri gibi toplu alanlarda, toplumla bilgiyi paylaşımı yaparak, değişimi etkileyebilirler. Hemşireler tarafından yürütülecek bir etkileşim ve eğitim girişimi damgalamayı azaltabilir (125).

Diyabet eğitimlerinde hemşirenin ana hedefi, diyabetin kişiye getirdiği yükünü azaltmak, eğitime erişim sayısını arttırmak, mali yükü azaltmak, toplumsal farkındalığı arttırmak, diyabet eğitimini ve desteğini diyabet bakımı ile bütünleştirmektir. Kanıta ve standartlara dayalı eğitim ile hem diyabetlilere öz-yönetim desteği sağlamak hem de prediyabeti olan bireyleri eğitmek ve desteklemektir (126,127).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Tip 2 diyabeti olan bireylerde Kendini Damgalama Ölçeği'nin (SelfStigmaScale) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır.

H₁: Kendini Damgalama Ölçeği'nin Türkçe versiyonu, Türkiye'deki Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Ocak 2016 – Haziran 2017 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'nde yürütülmüştür. Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, böbrek ve karaciğer organ nakillerinin yapıldığı trasplantasyon servisi, cerrahi servis, dahili servisler ve kalp damar cerrahisi, koroner, anestezi, yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde hasta tedavi ve bakım hizmeti vermektedir. Yatan hasta hizmetlerinin yanı sıra çeşitli branşlarda ayaktan poliklinik hizmetleri, acil ve diyaliz hizmetleri de vermektedir.

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'nde diyabeti olan bireylerin tedavi ve takibi için diyabet ekibi bulunmaktadır. Diyabet ekibi; endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları öğretim üyesi doktor, aile hekimi uzmanı, beslenme ve diyet uzmanı, uzman diyabet eğitim hemşiresinden oluşmaktadır. Diyabet yönetiminde diğer branşlar (kardiyoloji, göz, nöroloji, gastroentoloji, nefroloji, dermatoloji, yara bakım, podoloji, psikiyatri) da hasta takibine destek vermektedir.

Diyabet tanısı alan hastalar, diyabet eğitim hemşiresi tarafından bire bir görüşmeye alınarak kişiye özel diyabet eğitimi almaktadır. Hastanın ihtiyaçlarına göre planlanmış olan bu eğitimlerde, yaşam tarzı değişikliği alışkanlıkları ve evde kendi kendine diyabet yönetimi becerisi kazandırmak, uzun dönemde gelişme riski olan olası komplikasyonlardan korumak hedefleri yer almaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan özel bir sağlık kuruluşunun Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, insüline bağımlı olmayan diyabet (Tip 2 diyabet) tanısı almış tüm hastalar oluşturdu (N=7647).

Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında, literatürde çeşitli öneriler bulunmaktadır (171-174). Bu araştırmanın örneklem sayısı, "Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem hacmi her bir ölçek maddesinin en az 5-10 katı olmalıdır." ilkesine göre belirlendi (128,129).

'Kendini Damgalama Ölçeği' 39 maddeden oluştuğu için örneklem büyüklüğünün 195-390 kişi arasında olması hedeflendi. Ancak ölçeğin Türk diline çevirisi yapıldıktan sonra, uzmanların kapsam ve içerik inceleme değerlendirmeleri ve pilot uygulama sonucunda; 3 soru Türk toplumunda anlam karışıklığına neden olması ve anlaşılır olmaması nedeniyle (ölçek yazarının da izni alınarak) çıkarıldı. Ölçek 36 soru sayısı üzerinden çalışıldı. Ölçek soru sayısının 5 katı olacak şekilde örneklem sayısı n=180 kişi ile çalışma yapıldı.

Örneklem grubu, ilgili poliklinikte diyabet eğitimi için diyabet eğitim hemşiresine yönlendirilmiş olan hastalardan seçildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 180 erişkin birey örneklem grubunu oluşturdu. Araştırmada dışlanma kriterlerinin mevcut olduğu bireyler örneklem grubuna alınmadı.

3.5. Katılımcıların Özellikleri

Katılımcılar, aşağıda belirtilen dahil edilme ve dışlanma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya alınmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
En az 6 aydır Tip 2 diyabet tanısı almış olma	Damgalama oluşturabilecek mevcut diğer sağlık sorunu (şizofreni, depresyon, kanser, diyaliz tedavisi, bulaşıcı hastalıklar, fiziksel kısıtlılık) olma
İletişim problemi bulunmama	Hamile olma
Okuma-yazma bilme	Tip-1 diyabeti olma
18 yaşının üstünde olma	Pre-diyabeti olma
	Gestasyonel diyabeti olma

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada 3 adet veri toplama aracı kullanılmıştır.

- I. Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK-1)
- II. Kendini Damgalama Ölçeği (EK-2)
- III. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (EK-3)

3.6.1. Tanımlayıcı özellikler formu

Tanımlayıcı Özellikler Formu, seçilen örneklemin özelliklerini belirlemek amacıyla güncel literatür bilgileri kaynak alınarak araştırmacı tarafından geliştirildi.

Bu formda bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu ve diyabet tanısı alma sürelerine yönelik 5 adet soru bulunmaktadır.

3.6.2. Kendini damgalama ölçeği (KDÖ)

Kendini Damgalama Ölçeği (Self StigmaScale), 2010 yılında MakWinnieWingSze tarafından İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ); başlangıçta göçmenler, LGBT (lezbiyen, gay, biseksüel ve transgender) gibi çeşitli azınlık grupları ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin kendini damgalama düzeylerini ölçmek ve değerlendirmek için geliştirilmiştir (130).

Bu ölçek bilişsel (19 madde), duyuşsal (14 madde) ve davranışsal (6 madde) olmak üzere üç alt boyut ve 39 maddeden oluşmaktadır (Tablo 4).

- Bilişsel alt boyut: 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 18, 21, 26, 27, 29, 30, 31, 34, 35 ve 38 numaralı maddelerden,
- Duyuşsal alt boyut: 3, 8, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 28, 32, 33, 37 ve 39 numaralı maddelerden,
- Davranışsal alt boyut: 7, 9, 14, 19, 20 ve 36 numaralı maddelerden oluşmaktadır.

Tablo 4. Kendini Damgalama Ölçeği Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

Bilişsel Alt Boyut	
1	..... olduğum için kendimi çok gergin hissediyorum.
2	..... olduğum için yaşam alanım kısıtlı.
4	..... olduğum için hayatım anlamsız.
5	..... olduğum için diğer insanların beni dışlaması oldukça normal.
6	..... olduğum için yaşam standartlarımı düşürüyorum.
10	..... olduğum için diğer insanlardan daha az becerikliyim.

Tablo 4. Kendini Damgalama Ölçeği Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı (devamı=

11	..... olma gerçeğini değiştiremiyorum.
12	..... olduğum için diğer insanların yardımına ihtiyaç duyuyorum.
13	..... yaşam kalitemi bozuyor.
18	..... olduğum için yaşamdan beklentilerimi azaltıyorum.
21	..... olduğum için diğer insanlardan daha değersizim
26	..... olduğum için kendimi diğer insanlardan daha beceriksiz hissediyorum.
27	..... olduğum için diğer insanlarla rekabet etme yeteneğine sahip değilim.
29	..... olduğum için birçok fırsatı kaçıyorum.
30	..... olduğum için ne kadar çok çalışsam çalışayım diğer insanlar kadar iyi olamıyorum.
31	..... olduğum için hayattan zevk alamıyorum.
34	..... günlük hayatımda zorluklara yol açıyor.
35	..... maddi durumumu olumsuz etkiliyor.
38	..... benim için bir yük.

Tablo 4. Kendini Damgalama Ölçeği Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı (devamı)

Duyuşsal Alt Boyut	
3	..... olduğum için utanıyorum
8	..... olduğum için kendimi acınası hissediyorum.
15	Diğer insanların olduğumu anlamalarından korkuyorum.
16	..... ile ilgili hiçbir şey yapamayacağımı hissediyorum.
17	..... olduğum için kendimi rahatsız hissediyorum.
22	..... olduğum için kızgınım.
23	..... ile ilgili olumsuz duygularım var.
24	..... olduğum için kendimden nefret ediyorum.
25	..... bana engeller oluşturacağından endişe duyuyorum.
28	..... olduğum için kendimi ümitsizliğe kapılmış hissediyorum.
32	..... olduğum için mutsuzum.
33	..... olduğum için özgüvenim eksik.
37	..... olduğum için kendimi çaresiz hissediyorum.
39	..... olduğum için utanıyorum.

Tablo 4. Kendini Damgalama Ölçeği Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı (devamı)

Davranışsal Alt Boyut	
7	İnsanların olduğumu anlamalarından çekindiğim için, yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.
9	Sadece benim durumumda olan insanlarla arkadaşlık kurabiliyorum.
14	..... olduğumu kabulleniyorum.
19	..... olduğum için kendimi diğer insanlardan uzaklaştırıyorum.
20	..... olduğumu diğer insanlardan gizliyorum.
36	..... olduğum için diğer insanlarla iletişim kurmaya çekiniyorum.

“.....” ile boş bırakılan alanlara “Şeker Hastası/ Şeker Hastalığı” ifadeleri yazılacaktır.

Ölçeğin 39 maddeden oluşan uzun formu (Self Stigma Scale- Long), ayrıca 9 maddeden oluşan kısa formu (Self Stigma Scale- Short) da bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler 4’lü likert skalası ile puanlandırılmıştır. Maddeler;

1= Kesinlikle katılmıyorum,

2= Katılmıyorum,

3= Katılıyorum,

4= Kesinlikle katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

Skaladaki her bir maddeye verilen cevabın, puanları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin 39 maddeden oluşan uzun formundan alınacak toplam olası puan 39 ile 156 arasında değişmektedir. Ölçeği geliştiren MakWinnieWingSze, değerlendirmede bir kesme puanı kullanılmadığını, toplam puanın orta noktası alınarak değerlendirme yapıldığını bildirmiştir (130). Ölçekten alınan toplam puanın, orta noktadan yüksek olması kendini damgalama algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe dil uyarlama çalışması yapıldıktan sonra, uzmanların kapsam ve içerik inceleme değerlendirmeleri ve pilot uygulama sonucunda; 11, 14 ve 39

numaralı soruların Türk toplumu tarafından anlaşılır olmaması nedeniyle ölçek yazarının da bilgisi ve onayı ile çıkarılması kararı alınmıştır. Bu 3 sorunun çıkarılması sonucunda ölçek, 39 soru yerine 36 soru üzerinden çalışılmıştır. Bu çalışmada Kendini Damgalama Ölçeği'nin 36 soru ile çalışması nedeniyle, ölçekten alınacak toplam olası puan 36 ile 144 arasında değişiklik göstermiştir.

Kendini Damgalama Ölçeği'nin 2014 yılında Asuko Kato tarafından Japon dilinde, tip 2 diyabeti olan bireyler ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Asuko Kato, tip 2 diyabeti olan kişilerle yaptığı çalışmasında ölçeğin 39 maddeden oluşan uzun formunu kullanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması planlanırken, Asuko Kato'nun tip 2 diyabeti olan kişilerde uzun formu kullanmış olması referans alınmıştır (40).

3.6.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Self-EsteemScale), bu çalışmada paralel form amacıyla kullanılmıştır. Kendini Damgalama Ölçeği'nin, benlik saygısı ve öz-yeterlik gibi çeşitli öz-kimlik ölçütleriyle olumsuz yönde ilişkilendirileceği öngörülmüştür. Aynı zamanda yüksek ölçüde depresif belirtilerle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (130). Bu nedenle Kendini Damgalama Ölçeği ile birlikte Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği paralel form olarak kullanılmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, 1965 yılında Morris Rosenberg tarafından, ergenlere yönelik benlik saygısı ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir (131). Ölçek Çuhadaroğlu tarafından,1985 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik testleri yapılmıştır (132).

Rosenberg Amerika Birleşik Devletleri' ndeki ergenlerde yaptığı çalışmada benlik saygısını çeşitli başka özelliklerle birlikte değerlendirmek amacıyla başka küçük alt ölçeklerden de yararlanmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına bunlar da alınmıştır. Ama her bir alt ölçeğin ölçtüğü özellikler ve değerlendirmeleri farklıdır.

Benlik Saygısı Ölçeği, toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte madde puanları;

1= Çok doğru,

2= Doğru,

3= Yanlış,

4= Çok yanlış şekilde derecelendirilmiştir.

Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlandırılmıştır. Ölçeği dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır.

- 0-1 puan yüksek,
- 2-4 puan orta,
- 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanmıştır.

Puanlama Şu Şekilde yapılmaktadır:

- 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. sorular, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir.
- İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almıŐı olur.
- 4. ve 5. sorulardan herhangi birinde puan alan Őıklardan birini iŐaretlemiŐse yine bu kümeden de bir puan alır.
- 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir.
- 6., 7. ve 8. soruların herbiri kendi baŐlarına puan alır.
- BÖylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır.
- Grup uygulamalarında, her bir deneğin toplam puanı bu Şekilde hesaplanarak puan ortalamasıyla grubun benlik saygısı düzeyi belirlenebilir.

Guttman değerlendirme yönteminin Likert değerlendirme yönteminden farklı iki özelliği vardır. Bunlardan birincisi belli bir duruma karşı gösterilen tutum ile ilgili yüksek düzeyde pozitif duyguları belirten ifadelerin olması, ikincisi ise her ifadenin belirttiği durumun veya daha az pozitifin kabul edilmesidir. Guttman ölçeklerinde katılımcılara her ifadeyi kabul edip etmediği sorulur. Her katılımcının puanı kabul edilen ifade sayısını gösterir. Bunun sebebi; Guttman değerlendirme yönteminin yığılma yapısından kaynaklanır. Kabul edilen ve edilmeyen ifadeler toplam puanı oluşturur. Bu yöneme göre ifadelerin uygun olup olmadığı bir kurul tarafından değil iki ampirik ölçüt tarafından belirlenir. Bunlar; üretilebilirlik katsayısı ve ölçülebilirlik katsayılarıdır (133).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin kullanımı için, Türk diline uyarlama çalışmasını yapan Füsün Çuhadaroğlu ve Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'nden gerekli izinler alındı. Yazar ve dernek ile yapılan online iletişim Ek- 5' de gösterildi.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce gerekli etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Veriler, diyabet eğitimi için diyabet eğitim hemşiresine yönlendirilmiş olan Tip 2 diyabet tanısı almış bireyler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı.

Yapılacak araştırma hakkında kişilere yazılı ve sözlü olarak açıklamalar yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri durumunda sorgu formlarının kendilerine verilmeyeceği, katılım sürecinin gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtildi.

Çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde, araştırmaya nasıl katkı sağlayacakları açıklanarak yazılı onamları alındı. Yapılan açıklamaları kabul eden ve onam veren kişilere, araştırmacı tarafından gerekli formlar verildi. Anket doldurma yeri olarak diyabet eğitim hemşiresinin odası kullanıldı. Kişilere anket formlarını doldurmaları için 20-30 dakika süre verildi. Anket formlarını, kişiler kendileri okuyarak doldurdu.

3.8. Çalışmanın Uygulama Aşamaları

Çalışmanın uygulama aşamaları; ölçeğin dil geçerliği, kapsam geçerliği, pilot uygulama, yapı geçerliği ve güvenilirlik çalışmaları şeklinde ilerletilmiştir.

3.8.1. Ölçeğin dil geçerliği çalışmaları

Ölçeklerin dil uyarlaması belirli uluslararası standartlar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bu standartlara göre ölçeğin veri toplama aşamasına geçmeden önce uyarlama için 7 aşamadan geçmesi gerekmektedir.

1. Aşama: Her iki dile de hakim bir veya daha fazla uzman tarafından orijinal ölçeğin, uyarlanacak olan dile çevrilmesidir.

2. Aşama: Ölçek maddelerinde bulunan kelimelerin, kültürel anlamlarına göre değerlendirilmesi ve gerektiği takdirde bazı kelimelerin anlamsal olarak daha uygun kelimelerle değiştirilmesidir.

3. Aşama: Uzman görüşlerinin alındığı aşamadır. Uzmanlar, ölçek maddelerini tek tek ele alarak kültürel uygunluğunu ve ölçeğin çevrildiği kültürler arası anlamsal eşdeğerliğini sorgularlar.

4. Aşama: Geri çeviri uygulanır. Geri çeviri sonucunda çevrilen orijinal ölçek maddeleri ile yeni maddelerin uyumluluk ve benzerlik düzeyleri incelenir.

5. Aşama: Pilot uygulama aşamasıdır. Bu aşamada dışarıdan katılımcılara ölçek maddelerinin ne anlam ifade ettiği sorularak, katılımcı gözünden maddelerin anlaşılabilirliği değerlendirilir.

6. Aşama: Pilot çalışmanın ardından gerekli düzenlemeler de yapılarak ölçeğin son sürüm haline getirilmesidir.

7. Aşama: Önceki tüm aşamaların detaylı dokümantasyonu yapılarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına geçmeden önceki süreçler raporlanmış olur (134).

Ölçeğin kullanım izni için ölçek yazarı MakWinnieWingSze ile online iletişim kuruldu. Ölçeğin tam metnine ulaşıldı ve farklı bir topluma uyarlamada gerekebilecek değişiklikler için izin alındı. Yazar ile yapılan online iletişimler Ek-4'de gösterildi. Gerekli izinler alındıktan sonra, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için Türkçe diline uyarlama aşamaları aşağıdaki sıralama şeklinde yapılmıştır.

1. Farklı bir dilde yazılmış olan “Self Stigma Scale”, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Yabancı Diller Bölümü’nde çalışan Öğretim Görevlisi tarafından Türkçe’ye çevirisi yapıldı.
2. Oluşturulan ölçek Türk dil uyumu açısından Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü’nde çalışan Öğretim Üyesi tarafından incelenerek, önerileri doğrultusunda ölçeğin orijinal formuna sadık kalınarak gerekli düzenlemeleri yapıldı.
3. Çevirisi tamamlanmış olan ölçeğin, kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi ve eşdeğerlik sınaması ile soruların anlamlı olup olmadığının incelenmesi için uzman görüşüne başvuruldu. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe formları, diyabet ve stigma alanlarında çalışan 5 uzman kişiye gönderildi. Uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

4. Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye tekrar çevirisi ise, İngilizce dil bilimi uzmanı tarafından yapıldı. İngilizce'ye çevrilen ölçek, anlam kaybı olmaması için ölçek yazarı MakWinnieWingSze tarafından da incelendi ve kullanıma uygun görüldü.
5. Türk diline uygunluğu ve uzman görüşü kontrolleri yapılan ölçeğin, 30 kişi üzerinde pilot uygulaması yapıldı. Türk dilinde anlam denkliği açısından anlaşılması zor ifadelerin bulunduğu sorular ölçek yazarının da onayı alınarak çıkarıldı.
6. Uzman görüşü ve pilot uygulama sonrasında Kendini Damgalama Ölçeği'nden; 11, 14 ve 39 numaralı sorular çıkarıldı. Toplam 36 soru ile çalışılacak şekilde, ölçeğin son hali oluşturuldu.
7. Yapılan aşamalar, yazılı olarak dökümanite edildi. Ölçek yazarı MakWinnieWingSze da bilgilendirildi.

3.8.2. Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği çalışmaları

Ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kapsam geçerliği için ilgili bilim alanında uzman ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen en az 5 görüşü alınmalıdır(135, 136, 137).Uzmanlar; ölçme- değerlendirme, ölçek geliştirme çalışmaları, diyabet ve stigma konusunda deneyimli olmaları göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.

Bu çalışmada içerik-kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için, ölçek 5 uzmandan görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi, dörtlü derecelendirmenin kullanıldığı Davis tekniğine göre yapılmıştır (Tablo 5). Uzmanlar ölçek maddelerini;

1. "Uygun değil",
2. "Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir",
3. "Uygun ama ufak değişiklikler gerekir",

4. “Çok uygun” şeklinde değerlendirmiştir.

Bu değerlendirme sonrasında son iki derecelendirmenin toplamı, uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik indeksinde (KGİ) 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (144).



Tablo 5. Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Değerlendirmeleri ve Maddelerin KGI Dağılımları

Soru numarası	Uygun değil	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun ancak ufak değişiklikler gerekir	Çok uygun	Madde bazında Kapsam Geçerlik İndeksi
M1			3	2	1.00
M2			3	2	1.00
M3			2	3	1.00
M4			3	2	1.00
M5		1	2	2	0.80
M6		1	1	3	0.80
M7		1	2	2	0.80
M8	1		2	2	0.80
M9			1	4	1.00
M10		1	2	2	0.80
M11	1	2		2	0.40
M12		1	1	3	0.80
M13	1		2	2	0.80
M14			2	2	0.80
M15		1	1	3	0.80
M16	1		2	2	0.80
M17	1		2	2	0.80
M18		1	1	3	0.80
M19	1		2	2	0.80

Tablo 5. Kapsam Geçerliğine Yönelik Uzman Değerlendirmeleri ve Maddelerin KGI Dağılımları (devamı)					
M20	1		1	3	0.80
M21		1	1	3	0.80
M22	1		1	3	0.80
M23	1		1	3	0.80
M24		1	1	3	0.80
M25	1		1	3	0.80
M26		1	1	3	0.80
M27		1	1	3	0.80
M28		1	2	2	0.80
M29		1	2	2	0.80
M30		1	1	3	0.80
M31	1		1	3	0.80
M32		1	1	3	0.80
M33	1		1	3	0.80
M34		1	1	3	0.80
M35		1	1	3	0.80
M36	1		1	3	0.80
M37		1	1	3	0.80
M38		1	1	3	0.80
M39	1		1	3	0.80
Ölçek Bazında Kapsam Geçerlik İndeksi					0.815

Madde ve ölçek bazında kapsam geçerlik oranlarının 0.80'in üstünde olması gerekmektedir. Madde 11' in KGI değeri 0.40 çıkmıştır. Bu madde dışında hem maddeler hemde ölçek için KGI değerleri 0.80'in üstünde bulunmuştur (144).

3.8.3. Pilot uygulama (ön çalışma)

Çalışmamızın pilot uygulaması, maddelerin anlaşılabilirlik, okunabilirlik ve cevaplama süresinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Literatüre göre ön uygulama yapılacak kişi sayısı en az örneklemin %10-20'si kadar ya da 30 kişi ile yapılması önerilmektedir (138). Bu öneri doğrultusunda pilot uygulama 30 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışmaya alınan kişiler ana örnekleme dahil edilmemiştir.

Pilot çalışma sonrasında katılımcılar tarafından anlaşılmayan maddeler tekrar değerlendirildi. Madde 14 ve 39 Türk toplumunda anlam karmaşasına neden olduğu için ölçek yazarının da onayı alınarak ölçekten çıkarılmıştır (Ek 4).

3.8.4. Ölçeğin yapı geçerliği

Doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan soyut bir davranış ya da boyutu ölçmeyi hedefleyen bir ölçü aracının amacına ne kadar ulaştığını değerlendirir (139). Yapı geçerliğini değerlendirmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler; faktör analizi, iç tutarlık analizi, hipotez testi, benzer ölçek geçerliği, sağlama geçerliği, yapısal eşitlik modellemesi, çoklu özellik matrixi, şablonların eşleşmesi teorisi şeklinde belirtilmiştir (140). Bu çalışmada faktör analizi tekniği ile yapı geçerliği kontrol edilmiştir.

Faktör Analizi: Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi hem ölçeğin bütünlüğünü test eder hem de ölçülecek konunun ilişkisiz değişkenlerden arındırılmasına yardımcı olur (135, 136, 141).

Bu çalışmada veriler, açıklayıcıve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri ile incelendi. Faktör analizi öncesinde Kaiser- Mayer Olkin (KMO) ve Barlett's testleri uygulanarak, örneklem yeterliliği ve verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirildi.

Açıklayıcı Faktör Analizi:Ortaya çıkan değişkenlerin yeni alanlarındaki korelasyon kalıplarının altında yatan ve ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülen gizli değişkenlerin varsayımını kolaylaştırmak için tasarlanmış çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir. Örneğin; zihinsel yetenekler, kişilik özellikleri ve sosyal tutumlar faktör-analitik araştırmanın ürünü olarak bilinen gizli değişken sınıflarıdır. Açıklayıcı faktör analizi, diğer gizli veya gözlemlenmemiş değişken kümelerinin doğrusal işlevleri açısından açık veya gözlenen değişken kümelerini modellemek için çoklu regresyon ve kısmi korelasyon teorisini kullanır(142).

Kaiser- Mayer Olkin Testi: Örneklem büyüklüğünün geçerliğinin test edilmesi için kullanılmaktadır. Test sonucunda elde edilen KMO değeri 0 ve 1 arasında değişmekte ve akademik çevreler tarafından kabul edilen en düşük KMO değeri 0.5 olarak belirtilmektedir (143). KMO değerinin 0.5'in üzerinde olması örneklem büyüklüğünün geçerlik analizleri için yeterli olduğunu göstermektedir (144).

Bartlett's Testi: Bir küresellik testidir ve faktör analizinin ön koşullarındandır. Veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi için kullanılan testte, anlamlılık değerinin 0.05'ten düşük olması gerekmektedir (145).

Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yapısal eşitlik modelleme teknikleri ailesine ait nicel veri analiz yöntemidir. Gözlenen veriler ile gizli faktörler ve gözlenen gösterge değişkenleri arasındaki varsayımsal nedensel ilişkileri belirten, teorik olarak temelli ve kavramsallaştırılmış bir teori temelli model arasındaki uyumu değerlendirmeyi sağlar(146).Doğrulayıcı faktör analizinde ise, çeşitli uyum indeksleri bulunmaktadır. Bu çalışmada aşağıda belirtilen uyum indeksleri kullanıldı.

- **Ki kare serbestlik derecesi oranı (χ^2/df):**Bu test, evren ve örneklem kovaryasyon matrislerinin birbirileri ile uyumluluğunu ölçmek için yapılmaktadır. Bunun için analiz onucunda elde edilen χ^2 değeri serbestlik derecesine bölünür. Elde edilen oranın 5 ve altında olması beklenir.

- **χ^2/sd uyum indeksi:**Ki-kare ile yapılan istatistik örneklem büyüklüğünden hızlı bir şekilde etkilendiğinden dolayı örneklemden kısmen az etkilenen χ^2/sd oranı kullanılır. χ^2/sd için belirlenen normal değer <2 , kabul edilebilir değer ise <5 'dir.

- **Yaklaşık hataların ortalama Karekökü [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)]:**0.10'dan küçük olması beklenir.

- **Farkların Ortalama Karekökü Uyum İndeksi [Root Mean Square Residual (RMR)/ Standardize Edilmiş Farkların Ortalama Karekökü Uyum İndeksi (SRMR)]:** Bu değer 0'a yaklaştıkçadeğerlendirilen modelin öncesine göre daha iyi uyum gösterir. RMR değerinin standardize edilmiş şekline SRMRuyum iyilik indeksi denir. RMR ve SRMR için kabul edilebilir değerin 0.08'den küçük olması beklenir.

- **İyilik Uyum İndeksi (Goodness-of-fit-index (GFI)):** 0.90'dan büyük olması beklenir.

- **Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness-of-fit-index (AGFI)):**GFI testinin yüksek örnek sayısındaki azalmayı düzeltmek için kullanılır. 0.90'dan büyük olması beklenir.

- **Karşılaştırmalı Uyum İndeksi [Comparative Fit Index (CFI)]:**0.90'dan büyük olması beklenir(147).

- **Artan Uyum İndeksi [Incremental Fit Index (IFI)]:**0.90'dan büyük değerler kabul edilebilir, 0.95'in üstündeki değerler ise iyi uyumu göstermektedir.

- **Göreceli Uyum İndeksi [Relative Fit Index (RFI)]:**0.90'dan büyük olması beklenir.

- **Normlaştırılmış Uyum İndeksi [Normed Fit Index (NFI)]:** 0.90'dan büyük olması beklenir(148).

3.8.5. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları

Ölçeğin güvenirlik çalışmaları kapsamında değişmezlik, iç tutarlılık ve madde toplam güvenirliği yöntemleri kullanıldı.

- Değişmezlik yönteminde test tekrar test ve pearson korelasyon analizi,
- Ölçek ve alt boyutların iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach's α katsayısı,
- Ölçek ve alt boyutların madde toplam puan analizi için pearson korelasyon analizi,
- Ölçeğin faktörleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için pearson korelasyon analizi,
- Zamana göre değişmezlik bağımlı gruplarda T testi, pearson korelasyon analizi,
- İki yarıya bölme analizi ve tepki yanlılığı için Hotelling T-kare analizi kullanılmıştır.

Test Tekrar Test Yöntemi: Test- tekrar test uygulamasının, ulaşılabirirse örneklem grubunun tamamına yapılması önerilmekle birlikte bu durumun mümkün olmadığı koşullarda en az 30 kişi alt sınırı ile çalışılması gerektiği bildirilmiştir.

Bu yöntem çalışma için belirlenmiş bir ölçme aracının aynı; grup, koşullar ve mevcut cevapların hatırlanmayacağı kadar uzun veya ölçülen değerlerde önemli ölçüde değişiklik olmayacak kadar kısa sürede (2-4 hafta sonra) iki kez uygulanmasıdır. Bir katılımcının birinci ve ikinci uygulamada işaretledikleri ölçek formları eşleştirilmelidir Her iki uygulama sonunda elde edilen değerlerin bağıntı katsayısı ölçme aracının güvenirlik katsayısıdır (138).

Kendini damgalama ölçeğinin uygulandığı ilk 30 katılımcı ile yapılan birinci oturum sırasında, kendilerine ölçeğin tekrar uygulanacağı anlatıldı. Bu katılımcılara 15 gün sonra test- tekrar test uygulaması yapıldı. İki uygulama puanları arasında Pearson Korelasyon Analizi ile korelasyon kat sayısı hesaplandı.

Pearson Korelasyon Analizi: İki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi tanımlayan en yaygın ilişki ölçütüdür. Ancak değişkenler arasındaki doğrusal

ilişkiden ziyade güçlü bir karşılıklı bağımlılık olduğunda, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmaz (149).

T-Testi: Bir araştırmada kullanılan iki grup arasındaki ortalamalar arasındaki farklılığı inceleyen parametrik bir yöntemdir. Bir gruba ait olan ortalama değerin, bilinen ya da öngörülen değerden farklı olup olmadığını analiz etmek için kullanılır. Herhangi bir grubun farklı koşullar altındaki (öncesi-sonrası) durumlarının eşit olup olmadığını araştırır (150).

Yarıya Bölme Yöntemi: Ölçek gruba bir kez uygulanır ve puanlamadan önce ölçek iki ayrı bölüme ayrılır. Eğer iki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse yani birbiri ile tutarlı ise, aracın bütününe birbiri ile yakından ilişkili sorulardan oluştuğu sonucuna varılır ve bu aracın iç tutarlılığı var demektir (135,136,139).

Hotelling T² testi: T testinin çok değişkenli (her örnek için birden fazla parametreye sahip olunan durumlarda) karşılığıdır. Test, iki farklı durumda aşağıdaki 0 hipotezleri ile tanımlanır:

Tek örneklem için: Bir grup için çok değişkenli vektör aracı, varsayımsal bir araç vektörüne eşittir.

İki örneklem için: İki grup için çok değişkenli ortalama vektörü eşittir.

Hotelling T², t-testine göre birçok avantaja sahiptir. Bunlardan birincisi; tip I hata oranı iyi kontrol edilebilir, ikincisi; birden fazla değişken arasındaki ilişki göz önünde bulundurulur ve üçüncüsü ise; tekil t testi tutarsız olsa bile genel bir sonuç çıkarılabilir (149).

Spearman-Brown Katsayısı: Bu test güvenilirlik ölçütüdür. Genellikle, bir testin uzunluğu değiştiğinde kullanılır. Bu katsayı $[r_{kk} = k(r_{11}) / [1 + (k - 1) \cdot r_{11}]$ formülü ile çalışır. r_{kk} : k kere testin güvenilirliği; r_{11} : orijinal testin güvenilirliği (örn; Cronbach's α); k: testin uzunluğundaki değişimi ifade etmektedir. Düzgün çalışması için iki testin zorlukla aynı olması gerekir. Bir testi ikiye katlanır ve yalnızca kolay/zayıf sorular eklenirse geçersiz olur. Test maddelerinin arttırılması güvenilirliği arttırmak için bir yol olsa da, bunu yapmak her zaman mümkün değildir (151).

Guttman-Split-Half Katsayısı: Spearman-Brown katsayısının iki ayrı form arasında eşit varyans gerektirmeyen bir adaptasyonudur. Guttman-Split-Half, iki

grubun madde toplamları ve grup toplamlarının ortalamalarının arasındaki kovaryansı ekleyerek, iki madde için Cronbach α formülü kullanılarak hesaplanır (152).

Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı: Ölçeğin maddelerinin iki yanıtı olmadığı, 1-3,1-4,1-5 gibi ikiden fazla seçenekle puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösteriyorsa kullanılan bir yöntemdir. Likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığı belirlenirken sıklıkla kullanılır (135,136,139). Ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. Ölçeğin alfa kat sayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliği gösteren maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır (153).

Cronbach Alpha değeri ölçek maddelerinin varyans toplamlarının genel varyansa oranı üzerinden elde edilen asıl olarak ağırlıklı standard değişimi ifade eder. Genel olarak akademik çevreler tarafından kabul edilmiş en düşük Cronbach Alpha değeri 0.70 olarak ifade edilmektedir (140).

Madde Toplam Puan Güvenirliği: Test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediği ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Genel olarak, madde toplam korelasyonu 0.30 ve daha yüksek olan maddelerin iyi derecede ayırt ettiği, 0.20- 0.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, 0.20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması önerilmektedir (153).

Ölçeğin her maddesinin güvenilirliği hakkında bilgi verir. Hangi madde uygun ya da hangi maddeyi değiştirmemiz gerekir? Sorularının cevabını verir. Her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Eğer bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise, bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir (139).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 24 (Statistical Package for Social Sciences) ve LISREL 8.7 (Linear Structural Relations) istatistiksel programı ile çalışıldı.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için yüzdelik ve ortalama, verilerin normal dağılıma uyup uymadığı ise Shapiro-Wilk normallik testi kullanıldı.

Shapiro ve Wilk testi; 50'ye kadar örneklem büyüklükleri için katsayı ve yüzde puanları veren bir testtir. Kolmogorov-Smirnov gibi diğer testlerde katsayılar, normal sıra istatistiklerinin kovaryans matrisine bir yaklaşım elde etmeyi gerektirir. Shapiro ve Wilk testinde ise, normalde mevcut olan normal sıra istatistiklerinin beklenen değerlerine bağlı katsayıları kullanılır (154).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma verilerinin, tek bir özel hastaneye başvuran tip 2 diyabeti olan bireylerden toplanmış olması, sonuçların genellenebilirliği ve bölgesel yanlılığı bağlamında bir sınırlılık oluşurmaktadır.

Araştırmanın etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, çalışmanın planlandığı özel hastanede Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ndeki kadro değişiklikleri nedeniyle hasta takibi ve veri toplama sürecine ara verilmek durumunda kalınmıştır. Bu durum, elde edilen verilerin belirli bir zaman aralığındaki devamlılığı bakımından sınırlılık oluşurmaktadır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmaya başlamadan önce Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (ATADEK) izin alındı (Ek- 6, Onay Tarihi:22.10.2015 Onay No:2015-12/1). Ayrıca araştırmada uygun kişilerle görüşme yapabilmek için Başkent Üniveritesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nden (Ek- 7, Evrak Tarih: 09.11.2015 Sayısı: 62472675- /2015/ 101.02.160) izin alındı.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda gönüllülük ilkesine dikkat edilerek, Aydınlatılmış Onam Formu (Ek- 8) ile araştırmanın amacı yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Yazılı onamları alındıktan sonra veri toplama formları uygulandı.

4. BULGULAR

Bu bölümde; tip 2 diyabeti olan bireylerde Kendini Damgalama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ile elde edilen verilerin analizleri sonucunda ortaya çıkan bulgular aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

- Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular
- Kendini Damgalama Ölçeği'nin Geçerlik Analizi Bulguları
- Kendini Damgalama Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi Bulguları

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 6'de araştırma grubuna alınan diyabeti olan bireylerin tanımlayıcı özellikleri görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Değişken	n	$\bar{x} \pm SS$ (min-max)
Yaş (ortalama)*	179	61.65 \pm 9.32 (30-85 yaş)
Cinsiyet	n	%
Kadın	93	51.7
Erkek	87	48.3
Medeni Durum		
Evli	141	78.3
Bekar	8	4.4
Eşi vefat etmiş	26	14.4
Eşinden boşanmış	5	2.8
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	-	-
Okur Yazar	4	2.3

Tablo 6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (devamı)		
İlköğretim	67	37.2
Lise	62	34.4
Üniversite	42	23.3
Diğer	5	2.8
Diyabet Süresi		
1-5 yıl	47	26.1
6-10 yıl	64	35.6
11-15 yıl	31	17.2
15 yıl ve üzeri	38	21.1

** Eksik cevap vardır.*

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 61.65 olarak hesaplandı. Katılımcıların % 51.7'si (n=93) kadın, % 78.3'ü (n=141) evli, %37.2'si (n=67) ilköğretim mezunu olduğu gözlemlendi. Örneklem grubunda % 35.6'sının (n=64) 6-10 yıldır diyabet tanısı olduğu görüldü.

4.2. Geçerlik Analizi

Kendini Damgalama Ölçeği'nin geçerlik analizinde, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır.

4.2.1. Açıklayıcı faktör analizi bulguları

Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi aracılığı ile geçerlik analizi iki şekilde gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak ölçeğin alt faktörleri, orijinal ölçekte olduğu şekilde üçe ayrılarak incelenmiştir. Bilişsel (Cognitive) Alt Boyut, Duyuşsal (Affective) Alt Boyutu ve Davranışsal (Behavioral) Alt Boyutu olarak yapılan ayırım sonucunda ortaya çıkan faktör yüklerinin dağılımı Tablo 7'de belirtilmektedir.

Ölçeğin bilişsel alt boyutunun faktör yükleri 0.122-0.752 arasında değiştiği, duyuşsal alt boyutun faktör yüklerinin 0.127-0.799 arasında değiştiği ve davranışsal alt boyutun faktör yüklerinin 0.114-0.607 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Ölçeğin bilişsel alt boyutu toplam varyansın % 4.518' ünü, duyuşsal alt boyutu toplam varyansın % 9.061'sini ve davranışsal alt boyut toplam varyansın % 4.518'sini açıklamaktadır. Üç alt boyut toplam varyansın % 61.379' ini açıklamaktadır.

Kaiser-Meyer Olkin (KMO) kat sayısı 0.938, Bartlett's testi X^2 değeri 5320.827 ve $p=0.000$ olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (n= 180)

Maddeler	Faktör Yükleri		
	Bilişsel Alt Boyut	Duyuşsal Alt Boyut	Davranışsal Alt Boyut
M 1	0.745		
M 2	0.752		
M 4	0.327		
M 5	0.122		
M 6	0.669		
M 10	0.318		
M 12	0.384		
M 13	0.510		
M 18	0.422		
M 21	0.064		
M 26	0.090		
M 27	0.082		
M 29	0.238		
M 30	0.210		
M 31	0.278		
M 34	0.462		
M 35	0.132		
M 38	0.268		
M 3		0.799	
M 8		0.760	
M 15		0.767	

Tablo 7. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (devamı)			
	Bilişsel Alt Boyut	Duyuşsal Alt Boyut	Davranışsal Alt Boyut
M 16		0.530	
M 17		0.145	
M 22		0.397	
M 23		0.176	
M 24		0.483	
M 25		0.127	
M 28		0.576	
M 32		0.397	
M 33		0.703	
M 37		0.545	
M 7			0.114
M 9			0.157
M 19			0.351
M 20			0.470
M 36			0.607
Açıklanan Varyans (%)	4.518	9.061	47.80
Açıklanan Toplam Varyans (%)	61.379		
Özdeğer	1.627	3.262	17.208
KMO	0.938		
Bartlett X²(p)	5320.827 (0.000)		

Çalışmada faktör yapıları serbest bırakıldığında ise maddelerin beş farklı alt faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu alt faktörlere ilişkin oluşan madde faktör yüklerinin dağılımı Tablo 8’de verilmektedir.

Ölçeğin; birinci alt boyutunun faktör yükleri 0.443- 0.752 arasında değiştiği, ikinci alt boyutun faktör yüklerinin 0.470- 0.773 arasında değiştiği, üçüncü alt boyutun faktör yüklerinin 0.578- 0.801 arasında değiştiği, dördüncü alt boyutun faktör yüklerinin 0.626- 0.832 arasında değiştiği ve beşinci alt boyutun faktör yüklerinin 0.601- 0.667 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Ölçeğin birinci alt boyutunun toplam varyansın % 47.800'ünü, ikinci alt boyutu toplam varyansın % 9.061'ini, üçüncü alt boyutu toplam varyansın % 4.518' ini, dördüncü alt boyutu toplam varyansın % 3.219' unu ve beşinci alt boyut toplam varyansın % 2.817'sini açıklamaktadır. Beş alt boyut toplam varyansın % 67.415' ini açıklamaktadır.

Kaiser-Meyer Olkin (KMO) kat sayısı 0.938, Bartlett's testi X^2 değeri 5320.827 ve $p=0.000$ olarak saptanmıştır (Tablo 8) .

Tablo 8.Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Yapıları Serbest Bırakıldığında, Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (n= 180)

Maddeler	Faktör Yükleri				
	1	2	3	4	5
M 3	0.752				
M 4	0.592				
M 5	0.648				
M 7	0.677				
M 8	0.614				
M 9	0.725				
M 10	0.741				
M 12	0.647				
M 15	0.553				
M 16	0.473				
M 26	0.532				
M 27	0.443				
M 30	0.460				
M 13		0.618			
M 17		0.542			
M 18		0.507			
M 23		0.603			
M 24		0.470			
M 28		0.566			
M 29		0.703			
M 31		0.628			

Tablo 8. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Yapıları Serbest Bırakıldığında, Ölçek Alt Boyutlarının Faktör Yükleri Dağılımı (devamı)					
M 32		0.570			
M34		0.691			
M 35		0.635			
M 38		0.773			
M 19			0.699		
M 20			0.673		
M 21			0.725		
M 33			0.669		
M 36			0.801		
M 37			0.578		
M 1				0.818	
M 2				0.832	
M 6				0.626	
M 22					0.667
M 25					0.601
Açıklanan Varyans (%)	47.80	9.061	4.518	3.219	2.817
Açıklanan Toplam Varyans (%)	67.415				
Özdeğer	17.208	3.262	1.627	1.159	1.014
KMO	0.938				
Bartlett X²(p)	5320.827 (0.000)				

4.2.2. Doğrulayıcı faktör analizi bulguları

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) doğrultusunda çalışmanın geçerlik değerinin ölçeğin serbest ve orijinal bırakıldığındaki değerleri ile benzerliği incelenmektedir. Bu bağlamda, faktör analizi hem serbest olarak bırakıldığında beş (Şekil 1), ölçeğin orijinaline bağlı kalındığında üç (Şekil 2) alt faktöre ayrıldığı görülmüştür.

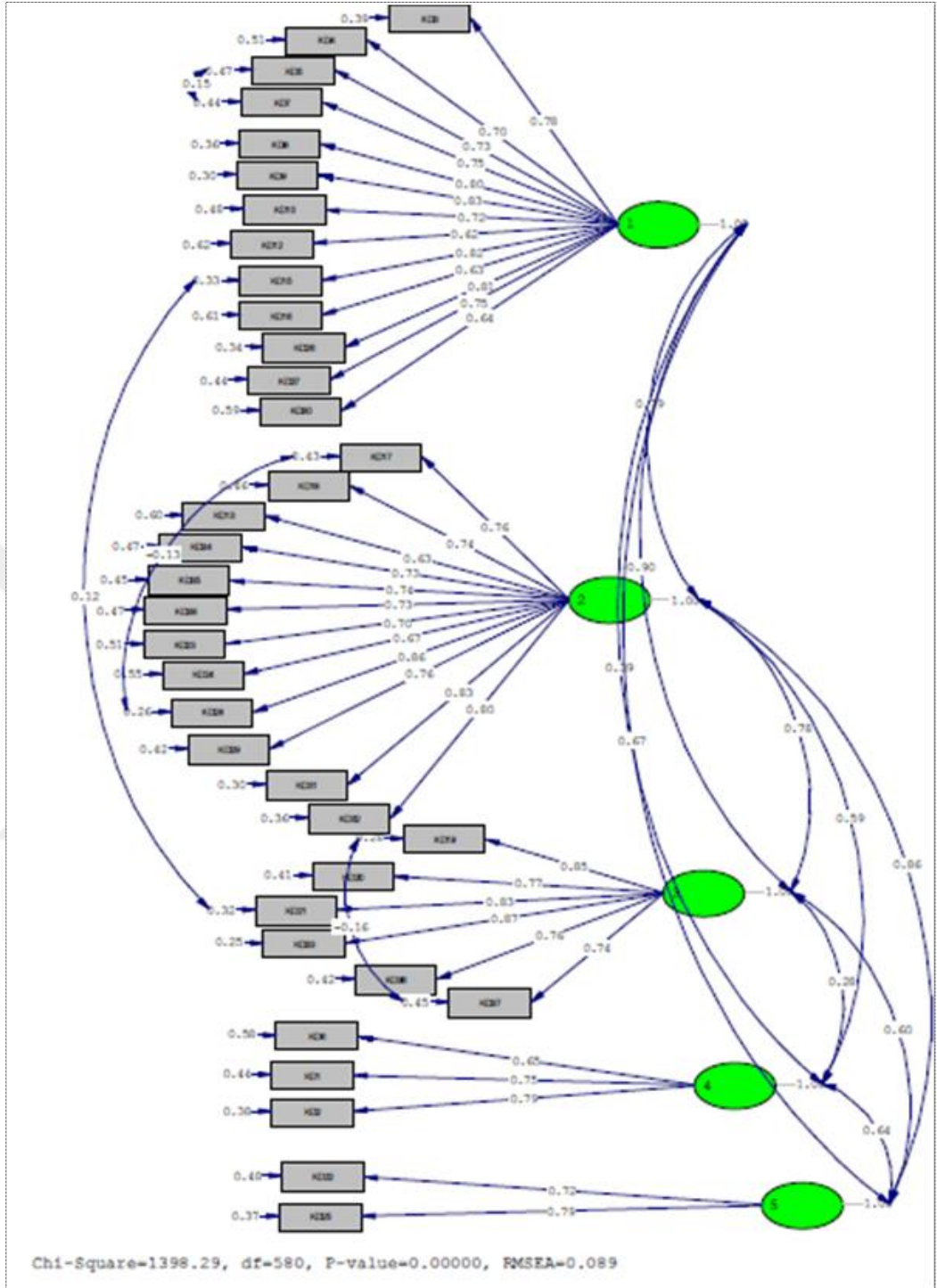
Faktör yapıları serbest bırakıldığında beş alt faktör boyutu ile yapılan doğrulayıcı analiz sonuçları da Tablo 9’ da ve Şekil 1’de verilmiştir.

Tablo 9. Doğrulayıcı Faktör Analizi Serbest Model Uyum İndeksleri

	X^2	SD	X^2/SD	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	IFI	RFI	NFI
Altı Faktörlü Model	1398.29	580	2.410	0.089	0.079	0.70	0.96	0.96	0.94	0.94

Altı faktörlü modelin hesaplanan ki-kare değeri 1398.29, serbestlik derecesi 580 ve $p=0.000$ olarak saptanmıştır. X^2/SD bölümü ise 2.410 olarak belirlenmiştir. Uyum indekslerinden RMSEA 0.089, SRMR 0.079, **GFI 0.70**, CFI 0.96, IFI 0.96, **RFI 0.94 ve NFI 0.94** olarak saptanmıştır.

DFA sonucunda ölçeğin birinci alt boyutunun faktör yükleri 0.62-0.83 arasında değiştiği, ikinci alt boyutun faktör yüklerinin 0.63-0.83 arasında değiştiği, üçüncü alt boyutun faktör yüklerinin 0.74-0.85 arasında değiştiği, dördüncü alt boyutun faktör yüklerinin 0.65-0.79 arasında değiştiği ve beşinci alt boyutun faktör yüklerinin 0.72-0.79 arasında değiştiği belirlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (Serbest)¹

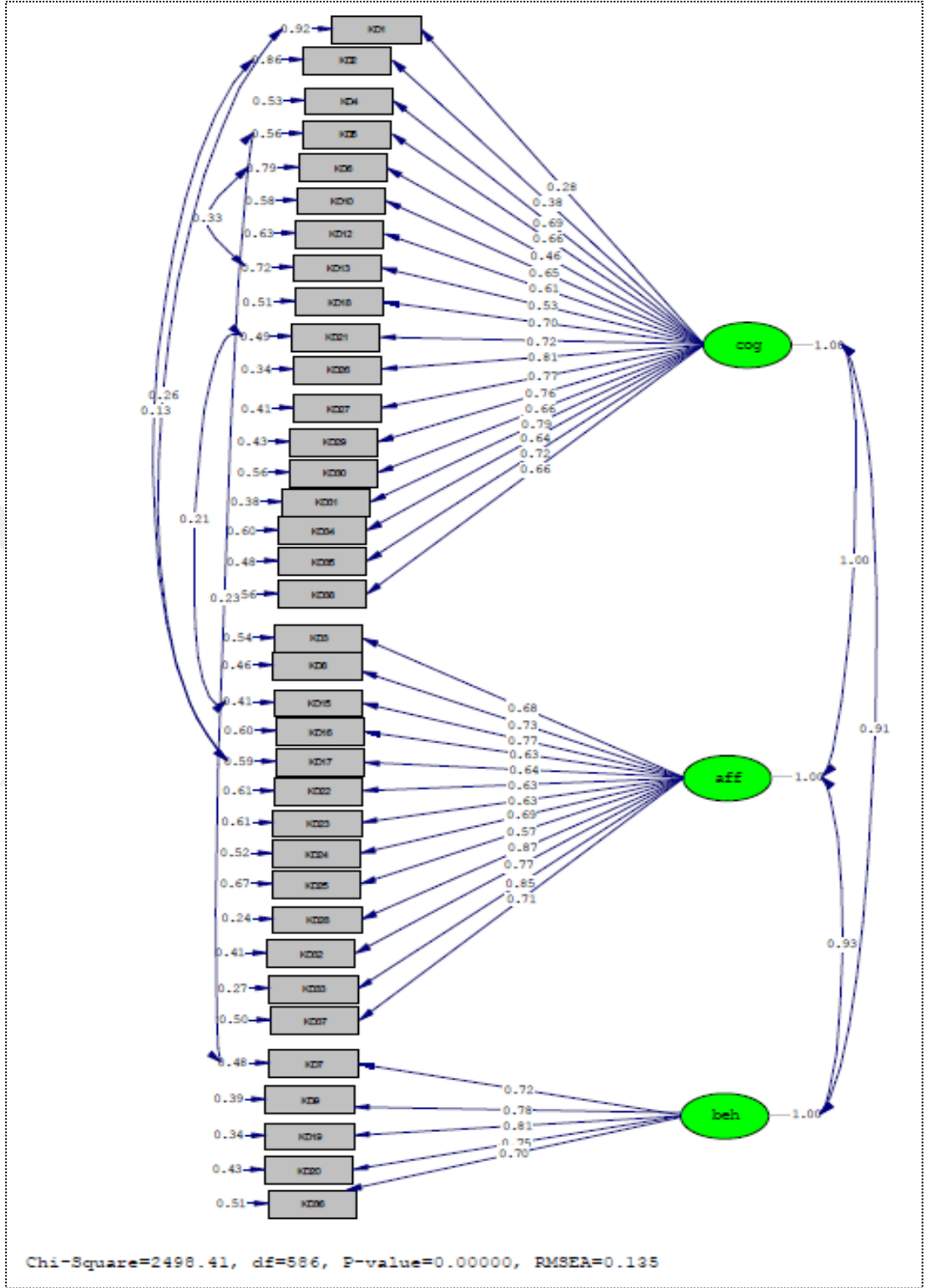
Faktör yapıları orijinal çalışıldığında üç alt faktör boyutu ile yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da Tablo 10'da ve Şekil 2'de verilmiştir.

Tablo 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Orijinal Model Uyum İndeksleri

	χ^2	SD	χ^2/SD	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	IFI	RFI	NFI
Altı Faktörlü Model	2498.41	586	4.263	0.135	0.089	0.56	0.94	0.95	0.92	0.92

Altı faktörlü modelin hesaplanan ki-kare değeri 2498.41, serbestlik derecesi 568 ve $p=0.000$ olarak saptanmıştır. χ^2/SD bölümü ise 4.263 olarak belirlenmiştir. Uyum indekslerinden RMSEA 0.135, SRMR 0.089, **GFI 0.56**, CFI 0.94, IFI 0.95, **RFI 0.92** ve **NFI 0.92** olarak saptanmıştır (Tablo 10).

DFA sonucunda ölçeğin bilişsel alt boyutunun faktör yükleri 0.28-0.81 arasında değiştiği, duyuşsal alt boyutun faktör yüklerinin 0.57-0.87 arasında değiştiği ve davranışsal alt boyutun faktör yüklerinin 0.70-0.81 arasında değiştiği belirlenmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (Orijinal)¹

¹Bozucu etkiye sahip olan sorular çıkartıldığındaölçeğin orijinalindeki gibi 3 alt grup (cognitive, affective ve behavioral) altında toplandığı görülmüştür.

4.3. Güvenirlik Analizi

Güvenirlik analizinde; değişmezlik, iç tutarlılık ve madde toplam güvenilirliği yöntemleri kullanıldı. Değişmezlik yöntemi kapsamında test- tekrar test uygulaması yapıldı. İç tutarlılığı belirlemek için cronbach alpha kat sayısı ve madde toplam güvenilirliği için ise kolerasyon kat sayısı hesaplamaları yapıldı. Ölçek güvenilirlik analiz sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Ölçek Güvenirlik Analiz Sonuçları (n=180)

	Ölçek Toplam	Bilişsel Alt Boyut	Duyuşsal Alt Boyut	Davranışsal Alt Boyut
Toplam Cronbach's Alfa	0.965	0.927	0.927	0.861
Birinci Yarı Cronbach's α	0.922	-	-	-
İkinci Yarı Cronbach's α	0.949	-	-	-
Spearman-Brown	0.929	-	-	-
Guttman Split-Half	0.923	-	-	-
İki Yarı Arasında Korelasyon	0.867	-	-	-
M \pm SS (Min-Max)	29.17 \pm 16.50 (0-93)	16.20 \pm 8.54 (0-48)	10.32 \pm 6.53 (0-37)	2.64 \pm 2.23 (0-8)
Taban Etki %	3.3	3.3	9.4	30.6
Tavan Etki %	-	-	-	-

4.3.1. Değişmezlik

Zamana göre değişmezlik bulguları test- tekrar test ile yöntemi ile hesaplanmıştır. Ölçek test tekrar test analizleri Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Ölçek Test-Tekrar Test Analizleri (n=30)

Uygulama	$\bar{x} \pm ss$	t	p	r	p
Birinci	33.93 ± 17.38	0.385	0.703	0.880	<i>0.000</i>
İkinci	33.20 ± 21.68				

Ölçek ilk uygulama toplam puan ortalaması 33.93±17.38iken ikinci uygulama puan ortalaması 33.20±21.68 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ilk uygulama puanı ile ikinci uygulama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçeği ilk uygulama ve ikinci uygulama puan ortalamaları arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 12).

4.3.2. İç tutarlılık

Tablo 11’de verilen ölçek güvenirlik sonuçlarına göre; ölçeğin tamamının cronbach alfa kat sayısı 0.965 olarak belirlenmiştir. İki yarıya bölme analizi sonucunda; birinci yarının cronbach alfa değeri 0.922, ikinci yarının cronbach alfa değeri 0.949 hesaplanmıştır.

Spearman Brown kat sayısı 0.929, Guttman-split-half kat sayısı 0.923 ve iki yarı arasındaki korelasyon kat sayısı ise 0.867 olarak saptanmıştır (Tablo 11). Ölçeğin ortalama puanı 80.91±19.49 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte taban ve tavan etki saptanmamıştır.

Ölçeğin bilişsel alt boyutunun cronbach alfası 0.927, duyuşsal alt boyutun cronbach alfası 0.927 ve davranışsal alt boyutun cronbach alfası 0.871 olarak saptanmıştır. Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığını belirlemek için Hotelling T-kare testi yapılmış olup. Hotelling T-kare değeri 461.392 ve $p=0.000$ olarak hesaplanmıştır. Analiz sonucunda, ölçekte tepki yanlılığı olmadığı saptanmıştır.

11, 14 ve 39. maddeler çıkarıldığında ölçeğin toplam puanı, varyans ve Cronbach's α değerinde anlamlı bir artış olmadığı saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Madde Çıkarıldığında Kalan Madde İstatistikleri

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Çıkarıldığında Cronbach's α
M1	27.76	262.677	.966
M2	27.83	260.866	.966
M3	28.61	260.073	.964
M4	28.44	258.080	.964
M5	28.62	260.482	.964
M6	28.01	258.263	.965
M7	28.66	260.695	.964
M8	28.59	257.874	.964
M9	28.67	259.475	.964
M10	28.62	259.076	.964
M12	28.33	257.899	.964
M13	27.87	256.977	.965
M15	28.63	258.771	.964
M16	28.33	258.758	.964
M17	27.97	254.295	.964
M18	28.31	256.236	.964
M19	28.64	260.029	.964
M20	28.63	259.742	.964
M21	28.67	259.832	.964
M22	28.23	255.666	.964
M23	28.18	256.683	.964
M24	28.62	259.007	.964
M25	27.98	255.592	.964
M26	28.57	257.509	.964
M27	28.46	257.602	.964
M28	28.43	253.577	.963

Madde	Ortalama	Standart Sapma	Korelasyon
M29	28.33	254.983	.964
M30	28.44	257.980	.964
M31	28.35	254.296	.963
M32	28.35	254.486	.964
M33	28.57	256.448	.964
M34	27.94	254.064	.964
M35	28.39	256.273	.964
M36	28.64	262.031	.965
M37	28.49	257.011	.964
M38	28.06	254.460	.964

4.3.3. Madde toplam güvenilirliği

Çalışmada ölçeğin madde toplam güvenilirliğini incelemek amacıyla Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden elde edilen skorlar ile ilişkisi incelenmiştir. Ölçekler arası korelasyon bulguları Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Kendini Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	1	2	3	4	5
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanı	-				
Kendini Damgalama Ölçeği Toplam Puanı	- 0.622*	-			
Bilişsel Alt Boyut	- 0.595*	0.973*	-		
Duyuşsal Alt Boyut	- 0.606*	0.969*	0.899*	-	
Davranışsal Alt Boyut	- 0.543*	0.832*	0.737*	0.794 *	-

* Korelasyonlar $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı

Yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucunda Rosenberg ölçeği toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönde ($r=-0.622$) anlamlı, bilişsel alt boyutla orta düzeyde negatif yönde ($r=-0.595$) anlamlı, duyuşsal alt boyutla orta düzeyde negatif yönde ($r=-0.606$) anlamlı ve davranışsal alt boyutla orta düzeyde negatif yönde ($r=-0.543$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 14).

Madde ölçek toplam puan ve alt boyut toplam puan korelasyonları Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 55. Madde Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=180)

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)*	Madde- Alt Ölçek Toplam Puan Korelasyonu (r)*	Madde Test-Tekrar Test Korelasyonları (r)*
M1	0.381*	0.471*	0.891*
M2	0.471*	0.551*	0.842*
M3	0.672*	0.652*	0.654*
M4	0.699*	0.669*	0.654*
M5	0.659*	0.612*	0.476*
M6	0.552*	0.618*	0.816*
M7	0.645*	0.814*	0.637*
M8	0.713*	0.717*	0.649
M9	0.735*	0.806*	0.536*
M10	0.653*	0.647*	0.658*
M12	0.629*	0.661*	0.870*
M13	0.598*	0.664*	0.720*
M15	0.751*	0.739*	0.720*
M16	0.642*	0.687*	0.601*
M17	0.707*	0.707*	0.821*
M18	0.726	0.749*	0.855*
M19	0.705*	0.869*	0.641*
M20	0.686*	0.793*	0.579*
M21	0.703*	0.619*	0.769*
M22	0.666*	0.738*	0.833*

Madde	Bilişsel	Duyuşsal	Davranışsal
M23	0.659*	0.705*	0.750*
M24	0.693*	0.676*	0.630*
M25	0.646*	0.711*	0.804
M26	0.779*	0.727*	0.764*
M27	0.742*	0.697*	0.711*
M28	0.851*	0.859*	0.808*
M29	0.758*	0.782*	0.871*
M30	0.668*	0.684*	0.701*
M31	0.796*	0.802*	0.905*
M32	0.771*	0.793*	0.863*
M33	0.809*	0.817*	0.707*
M34	0.691*	0.743*	0.841*
M35	0.725*	0.715*	0.810*
M36	0.605*	0.780*	0.731*
M37	0.698*	0.742	0.855*
M38	0.686*	0.726*	0.819*

* $p < .001$ düzeyinde anlamlı

Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanla korelasyonlarının 0.381 -0.851 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bilişsel alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı ile korelasyonunun 0.471 -0.802 arasında, duyuşsal alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.652 - 0.859 ve davranışsal alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.780-0.869 arasında değiştiği saptanmıştır. Madde test-tekrar test korelasyonlarının 0.476 - 0.905 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Kendini Damgalama Ölçeği; bireylerin hastalık ile ilgili olarak belirli bir konu üzerinde kendi düşüncelerini gösterebilmelerini ve kendi etiketlerini belirlemelerini sağlayan bir ölçektir. Ölçek 2010 yılında MakWinnieWingSze tarafından İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ); başlangıçta göçmenler, LGBT (lezbiyen, gay, biseksüel ve transgender) gibi çeşitli azınlık grupları ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin kendini damgalama düzeylerini ölçmek ve değerlendirmek için geliştirilmiştir (130). Ölçeğin 2014 yılında Asuko Kato tarafından Japon dilinde, tip 2 diyabeti olan bireyler ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (40).

Ölçeğin Tip 2 diyabeti olan bireyler ile yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulgular, üç bölüme ayrılmıştır. Kendini Damgalama Ölçeği'nin, geçerlik ve güvenilirlik testlerine ilişkin sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Katılımcıların tanımlayıcı bulgularının tartışması,
2. Kendini Damgalama Ölçeği'nin geçerlik bulgularının tartışması,
3. Kendini Damgalama Ölçeği'nin güvenilirlik bulgularının tartışması şeklinde ele alınmıştır.

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulgularının Tartışması

Araştırmaya 180 birey katılmıştır. Bu katılımcıların 93'ü (%51.7) erkek, 87'si (%48.3) kadındır. Kato ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise 169 erkek (% 80.5) ve 41 kadın katılımcı (% 19.5) bulunmaktadır (40). Cinsiyet anlamında bu çalışmanın homojen dağıldığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının 61.65 ± 9.32 olduğu görülmüştür. Kato ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş ortalaması 60.1 ± 10.0 yıl olarak bulunmuştur (40). İki çalışmada da yaş ortalaması sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bunların yanında; medeni durumu, eğitim durumu ve sağlık durumu ile ilgili sonuçlar da Kato ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir (Tablo 6). Bu çalışmada; katılımcılardan 141 (78.3) kişinin evli, 39 (21.6) kişinin ise bekar,

boşanmış ya da eşi vefat etmiş olduğu görülmektedir. Asuko Kato'nun yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında ise 152 (72.4) kişinin evli, 58 (27.6) kişinin bekar, boşanmış ya da eşi vefat etmiş olduğu bildirilmektedir.

Diyabet sürelerine bakıldığında ise, çalışmamızda 6-10 yıl arasında 64 (35.6), 11-15 yıl arasında 31 (17.2) kişinin diyabet tanısı olduğu görülmektedir. Asuko Kato'nun çalışmasında da ortalama diyabet süresi 13.3 (\pm 9.6) şeklinde bulunmuştur.

Asuko Kato'nun 2014 yılında Japon dilinde yapmış olduğu geçerlik güvenirlik çalışması ile benzerlik göstermeyen tek veri ortalama hemogloblin A1c düzeyi (7.3 ± 1.2) ve diyabete bağlı komplikasyon durumlarıdır (40). Bu çalışmada katılımcıların HA1c düzeyi ve diyabete bağlı komplikasyon durumları incelenmemiştir.

5.2. Kendini Damgalama Ölçeği'nin Geçerlik Bulgularının Tartışması

Çalışmanın dil uyarlama, kapsam geçerlik ve pilot uygulama sonuçlarına göre, ölçek iç tutarlılığını bozduğu için 11, 14 ve 39 numaralı maddeler çalışmadan çıkarılmıştır. Ölçek 36 soru üzerinden çalışılmıştır. Bunun yanında, madde çıkarıldığında Kendini Damgalama Ölçeği'nin toplam puan, varyans veya Cronbach's α değerlerinde anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Tablo 13). Asuko Kato'nun yaptığı Japon dilindeki ölçek uyarlama çalışmasında ise ölçek 39 madde üzerinden çalışıldığı görülmüştür (40).

Bu çalışmada, Kendini Damgalama Ölçeği açıklayıcı faktör analizi sonuçları değişkenlerin faktör yükleri üzerindeki etkisinin anlaşılması açısından iki farklı şekilde değerlendirilmiştir. Faktörler serbest bırakıldığında ölçek sorularının beş alt bölüme ayrıldığı görülmüştür (Şekil 1). Ancak, faktör yüklerinin orijinal ölçekte olduğu gibi sınırlandırıldığında üç alt grup (bilişsel, duyuşsal ve davranışsal) altında toplandığı (Şekil 2) ve bu yönde faktörden elde edilen iç tutarlılık kat sayılarının Kato ve arkadaşlarının (2014) çalışması ile tutarlı olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması sonrasında veriler incelendiğinde, tip 2 diyabeti olan bireyler açısından anlamlı bilgilere ulaşılmıştır. Açıklayıcı faktör analizleri sonuçlarının orijinal ölçek sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmüştür (Tablo 7).

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre model uyumluluğu skorlar Kato ve arkadaşlarının (2014) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda; GFI = 0.70, CFI = 0.96 ve RMSEA = 0.089 olduğu görülmüştür (Tablo 9). Kato ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu değerlerin; GFI = 0.78, CFI = 0.88 ve RMSEA = 0.07 olduğu görülmüştür (40). Elde edilen verilerle, ölçeğin alt boyutlarına (bilişsel, davranışsal ve duyuşsal) ait faktör yükleri doğrultusunda geçerliğinin olduğu saptanmıştır.

5.3. Kendini Damgalama Ölçeği'nin Güvenirlik Bulgularının Tartışması

Güvenirlik analizleri sonucunda ise Cronbach's α değerinin 0.965 yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kato ve arkadaşlarının (40) çalışmasında Cronbach's $\alpha = 0.96$ olduğu görülmüştür. Alt boyutlarının güvenilirlik analizi incelendiğinde, bilişsel alt boyutun Cronbach's α değerinin 0.927, duyuşsal alt boyutun da Cronbach's α değerinin 0.927 ve davranışsal alt boyutun Cronbach's α değerinin 0.861 yani üst seviyede güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur (40). Kato ve arkadaşlarının ulaştıkları alt boyut Cronbach's α değerleri ise; bilişsel 0.92, duyuşsal 0.93 ve davranışsal 0.83 olup, çalışmamız ile benzer sonuçlar göstermektedir.

Çalışmada ölçek iç tutarlılığını bozduğu için 11, 14 ve 39 numaralı maddeler çalışmadan çıkarılmıştır. Bunun yanında, madde çıkarıldığında Kendini Damgalama Ölçeği'nin toplam puan, varyans veya Cronbach's α değerlerinde anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Tablo 13). Maddelerin çıkarılması ihtimalinde Cronbach's α düzeyinde bir değişim yaşanmadığı için, bu analiz sonucunda da herhangi bir iyileştirme yapılmamıştır. Test – tekrar test analizleri sonucunda da ölçeğin güvenilirlik analizinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Çalışmanın birinci uygulamasında $\bar{x} \pm ss = 33.93 \pm 17.38$, ikinci uygulamada ise $\bar{x} \pm ss = 33.20 \pm 21.68$ bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 12).

Benlik saygısı ve kendini damgalama alt boyutları arasında orta düzeyde anlamlı derecede negatif yönlü bir ilişki görülmektedir (Tablo 14). Bir diğer deyişle, bireylerin kendini damgalama süreçlerinde görülen artış, benlik saygılarında bir düşüşe işaret edebilmektedir. Bu sonuç, Kato ve arkadaşlarının (40) çalışması ile farklılık göstermektedir. Çalışmamızda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği korelasyon

katsayısı ($r = -0.622$) iken Kato ve arkadaşlarının çalışmasında ($r = -0.43$) bulunmuştur (40). Ancak, bu sonuçların Crocker'ın (1999) çalışması ile çelişen yanları vardır. Crocker, benlik saygısı ile sosyal stigma ve gruplar arası farklılıklar bakımından bir ilişki kurmanın yanlış olduğunu ileri sürer (155). Crocker ile çalışmamızdaki sonuçlar arasındaki farklılığın temel nedeni örneklem seçimi olabilir.

Kendini Damgalama Ölçeği için yapılan standardizasyon çalışmasındaki bir diğer önemli nokta, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile yapılan ölçekler arası korelasyon analizidir. Bu analizin sonucunda elde edilen bilgilere göre, kendini damgalama alt boyutları ile benlik saygısı kavramı arasında anlamlı, orta düzeyde ve negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0.622$; $p < 0.001$). Bir diğer deyişle, diyabeti olan bireylerin kendilerine ait bilişsel, duyuşsal ve davranışsal etiketleri ile benlik saygılarının düşüklüğü arasında anlamlı bir bağ bulunmuştur (Tablo 14).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ölçeğin dil geçerliği için öncelikle dil uyarlama çalışması yapılmıştır. Türkçe dil uyarlama çalışması yapıldıktan sonra, uzmanların kapsam ve içerik inceleme değerlendirmeleri ve pilot uygulama sonucunda; 11, 14 ve 39 numaralı soruların Türk toplumu tarafından anlaşılır olmaması nedeniyle ölçek yazarının da bilgisi ve onayı ile çıkarılması kararı alınmıştır. Bu 3 sorunun çıkarılması sonucunda ölçek, 39 soru yerine 36 soru üzerinden çalışılmıştır. Bu çalışmada Kendini Damgalama Ölçeği'nin 36 soru ile çalışması nedeniyle, ölçekten alınacak toplam olası puan 36 ile 144 arasında değişiklik göstermiştir.

Kendini Damgalama Ölçeği'nin Türkçe standardizasyonu için yapılan analizlerin ilki açıklayıcı faktör analizi üzerinedir. Açıklayıcı faktör analizinde KMO örneklem uygunluğu istatistiği ve verilen dağılımın uygunluğu için Barlett Küresellik Testi Ki Kare İstatistiği dikkate alınmıştır.

Ölçek maddelerinin kategorizasyonun yapılması ve buna göre puanlamada düşük çıkan öğelerin atılması veya ölçek maddelerinin yeniden düzenlenmesi için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin Türkçe versiyonunda beş adet alt kategori saptanmıştır. Kategorilerin değerlendirilmesi yapıldığında varyansın çoğunluğunun ilk üç kategoride birleşmesi ve bu durumun orijinaliyle olan paralelliği gözlemlenmiştir. Ayrıca katılımcıların verdikleri bilgilerden yola çıkarak, ölçeğin madde puanlarının her alt boyuta göre kabul edilebilir derece yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Buradan hareketle, ölçeğin standardize olması için herhangi bir madde çıkartılması yapılmadan araştırmanın ikinci aşaması olarak doğrulayıcı faktör analizi ve geçerlik analizine geçilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizinde ise, ölçeğin orijinal değerleri ile benzerliği incelenmiştir; buradan hareketle geçerlik değerleri saptanmıştır. Ölçeğin ilk üç alt boyutu toplamı varyansın çoğunluğunu gösterdiğinden, orijinalinin de üç alt faktörde (bilişsel, duyuşsal ve davranışsal) olduğu bilindiğinden ötürü, ölçeğin Türkçe versiyonunun üç alt boyutta şekillenmesine karar verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarından elde edilen bilgiler, alt boyutlara ait faktör yüklerinin kabul edilebilir derecede yüksek olduğuna işaret etmektedir. Herhangi bir

modifikasyona gerek duyulmadan, ölçeğin kullanılabilir seviyede olduğu saptanmıştır. DFA ve geçerlik analizi sonrasında, ölçeğin tekrar kullanılabilir olduğuna dair analizin gerçekleştirilmesi için güvenilirlik aşamasına geçilmiştir.

Araştırmanın bu kısmında, maddelerin dahil olduğu alt boyutlar ile ölçeğin tamamının güvenilirliği sınanmıştır. Sonuçlara göre ölçeğin toplam Cronbach's α değeri = 0.96 olarak bulunmuştur ve anlamlılık derecesinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ek olarak alt boyutların da Cronbach's α değerleri incelendiğinde (sırsıyla bilişsel için 0.92, duyuşsal için 0.92 ve davranışsal için 0.86) toplam ölçekte olduğu gibi anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Maddelerin çıkarılması ihtimalinde Cronbach's α düzeyinde bir değişim yaşanmadığı için, bu analiz sonucunda da herhangi bir iyileştirme yapılmamıştır. Test – tekrar test analizleri sonucunda da ölçeğin güvenilirlik analizinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Çalışmanın birinci uygulamasında $\bar{x} \pm ss = 33.93 \pm 17.38$, ikinci uygulamada ise $\bar{x} \pm ss = 33.20 \pm 21.68$ bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 12).

Kendini Damgalama Ölçeği için yapılan standardizasyon çalışmasındaki bir diğer önemli nokta, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile yapılan ölçekler arası korelasyon analizidir. Bu analizin sonucunda elde edilen bilgilere göre, kendini damgalama alt boyutları ile benlik saygısı kavramı arasında anlamlı, orta düzeyde ve negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = - 0.622$; $p<0.001$). Bir diğer deyişle, diyabetli bireylerin kendilerine ait bilişsel, duyuşsal ve davranışsal etiketleri ile benlik saygılarının düşüklüğü arasında anlamlı bir bağ bulunmuştur (Tablo 14). Kendini damgalama bireylerin sağlık sorunlarına dair kendilerine göre oluşturdukları psikolojik tutumlardır; damgalanmanın psikolojik sonuçlarında ise utanma, saklama, kaygı duyma, suçluluk hissi görülebilir. Ayrıca benlik saygısının düşüklüğü de, bir diğer psikolojik sonuç olarak yer almaktadır; buradan hareketle bu çalışmanın geçerlik ve güvenilirlik analizinde yapılan karşılaştırmalı korelasyon analizi sayesinde benlik saygısı ve kendini damgalama arasındaki ilişki de incelenmiştir.

Bütün bu bilgilerden yola çıkarak, söz konusu çalışmanın Türk literatürü açısından öncülüğe sahip olduğu söylenebilir. Diyabetli hastaların kendilerini damgalama eğilimlerini sistematik bir şekilde incelemeyi sağlayan bu standardizasyon çalışması sayesinde, diyabeti olan bireylerin bu eğilimlerin önüne

geçilecek müdahale programları düzenlenebilir. Ayrıca diyabetli hastaların bilinç kazanması ve hastalıklarının bir eksiklik yerine yaşam standartlarının düzenlenmesi için bir koşul gibi göstermelerini sağlayan, bu sayede benlik saygılarını da artırıcı eğitimler düzenlenebilir. Diyabetli hastaların bilişsel, duyuşsal ve davranışsal tutumları bir arada çalıştığı için, söz konusu eğitimlerin çok yönlü olması, eğitimin seyrini daha olumlu yönde etkileyecektir. Ölçek maddelerinin farklı faktörlerde toplanmasından yola çıkarak, tutumların da çeşitlilik gösterdiği ve eğitimlerle müdahale programlarının da buna göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın sonuçlarıyla birlikte, tip 2 diyabeti olan bireylerin kendini damgalama durumlarının incelenmesi sağlanmıştır. Araştırmada ayrıca benlik saygısının da dahil olmasıyla birlikte, çok yönlü bir sonuçlandırma elde edilmiştir; bu bilgiler ışığında tip 2 diyabeti olan bireylerin kendini damgalama eğilimleri artış gösterirken, benlik saygılarının ise düşük olduğu gözlenmiştir. Bu anlamda, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden başlayarak diyabet ve kendini damgalama başta olmak üzere kronik hastalıkların psikososyal etkileri üzerinde çalışılmalıdır. Konu ile ilişkili hem sağlık profesyonelleri hem toplum için farkındalık eğitimleri verilmelidir. Diyabeti olan bireylerle birebir çalışma alanında bulunan diyabet eğitim hemşirelerinin de, diyabetin psikososyal boyutu ile ilgili eğitimler planlamalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Kendini Damgalama Ölçeği Tip 2 diyabeti olan bireylerin kendini damgalama durumlarının belirlenmesi için kullanılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H.. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık Ltd Şti., 2011: s.1373-1431.
2. Büyüköztürk K. (Ed), İç Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: s.489-565.
3. Yılmaz T. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri ve Sınıflaması. İçinde Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi. Yılmaz T, Bahceci M, Buyukbese A. (Eds), İstanbul, 2003: s. 1-10.
4. Guariguata L, Nolan T, Beagley J, Linnenkamp U, Jacqmain O, International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 8rd edition.2014. (<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetesatlas>) (Erişim tarihi: 23.07.2019)
5. Donovan DS. Epidemiology of diabetes and its burden in the World and in the United States. Principles of Diabetes Mellitus. Ed: L Poretsky. Boston, Dordrecht, London, Kluwer Academic Publishers, 2002: p.107-21.
6. Jefferey A, Sheri L, Sumit R. Health care use and costs in the decade after identification of type 1 and type 2 diabetes. Diabetes Care November 2006; (29)1.
7. Buzlu S. Diyabetin Psikososyal Yönü. İçinde Diyabet Hemsireliği Temel Bilgiler. Erdogan S. (Ed), İstanbul: 2002, s. 195-196.
8. Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Diyabet. İçinde Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993: s.94-99.
9. Bayramova N, Karadakovan A., Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; (7)2: s.40.
10. Akbal Pırıldar S. Dahiliye ve Psikiyatri, Diyabette Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, I. Basım, Okuyan Us Yayınları, İstanbul: 2003.
11. Rawlings AM, Sharrett AR, Schneider AL, Coresh J, Albert M, Couper D, et al. Diabetes in midlife and cognitive change over 20 years: a cohort study. Ann Intern Med 2014; 161: p.785-793.
12. Robinson DJ, Luthra M, Vallis M. Diabetes and mental health. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee Can J Diabetes 2013; 37; p.87-92.
13. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? Biol Psychiatry. 2004; 1;55(1): p.1-9.

14. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(6): p.1069–1078.
15. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res* 1999; 15(3): p.205–218.
16. Bradley C, Speight J. Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes Metab Res* 2002;18(3): p.64–69.
17. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H. Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2™): cross national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Med* 2013; 30: p.767–777.
18. Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5: p.201-222.
19. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27: p.363–385.
20. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes : a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient.* 2012; 6(1): p.1–10.
21. Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. 'I'm not a druggie, I'm just a diabetic': a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *Br Med J Open.* 2014;4(7): e005625.
22. Kato A, Takada M, Hashimoto H. Reliability and validity of the Japanese version of the Self-Stigma Scale in patients with type 2 diabetes. *Health and quality of life outcomes*, 2014; 12(1), p.179.
23. Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/ AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev* 2003;15(1): p.49–69.
24. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003;57(1): p.13–24.
25. Jacoby A, Snape D, Baker GA. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol* 2005;4(3): p.171–178.
26. Whatley AD, Diiorio CK, Yeager K. Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. *Health Educ Res* 2010;25(4): p.575–584.
27. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009; 17(5): p.941–964.

28. Zettel-Watson L, Britton M. The impact of obesity on the social participation of older adults. *J Gen Psychol* 2008;135(4): p.409–423.
29. Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *Br Med J Open*. 2013 Nov 18;3(11):e003384.
30. Dwivedi A. Living on the outside: The impact of diabetes related stigma. Retrieved February 5, 2017, from <http://banderasnews.com/0811/hb-wdd14dec01.htm>
31. Goenka N, Dobson L, Patel V, O'Hare P. Cultural barriers to diabetes care in South Asians: arranged marriage–arranged complications? *Practical Diabetes Int* 2004;21(4): p.154–156.
32. Kruger, DF, Spollett GR. Addressing barriers to timely intensification of diabetes care: the relationship between clinical inertia and patient behaviour 2009;49: p.20–25.
33. Kalra B, Kalra S, Sharma A. Social stigma and discrimination: a care crisis for young women with diabetes in India. *Diabetes Voice* 2009;54(special issue): p.37–39.
34. Irani MD, Abdoli S, Bijan I, Parvizy S, Fatemi NS, Amini M. Strategies to overcome type 1 diabetes-related social stigma in the Iranian society. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Sep;19(5): p.456–463.
35. Abdoli S, Abazari P, Mardanian L. Exploring diabetes type 1-related stigma. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Jan;18(1): p.65–70.
36. Nishio I, Chujo M. Self-stigma of patients with type 1 diabetes and their coping strategies. *Yonago Acta Med*. 2017 Sep;60(3): p.167–173.
37. Singh H, Cinnirella M, Bradley C: Support systems for and barriers to diabetes management in South Asians and Whites in the UK: qualitative study of patients' perspectives. *BMJ Open* 2012, 14:e001459.
38. Weiler DM, Crist JD. Diabetes self-management in a Latino social environment. *Diabetes Educ* 2009;35(2): p.285–292.
39. Brod M, Kongsø JH, Lessard S, Christensen TL. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual Life Res* 2009;18(1): p.23–32.
40. Kato A, Takada M, Hashimoto H. Reliability and validity of the Japanese version of the Self-Stigma Scale in patients with type 2 diabetes. *Health and quality of life outcomes*, 2014; 12(1): p.179.

41. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabete : a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. Patient. 2013;6(1): p.1–10.
42. Eşsizoglu A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına yönelik tutumları, Dicle Tıp Dergisi, 2008; 35: p.167-176.
43. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, 3: s.25-27-107.
44. WHO, Definition Diagnosis and Classification Diabetes Mellitus and Its Complication, Report of a WHO, Consultation, Department of Non Communicable Disease Surveillance, Geneva: 1999; p. 1-65.
45. American Diabetes Assosiation, Diagnosis and classification of diabetes mellitus, Diabetes Care, 2014; 7: p.81-82.
46. Yılmaz C. Oral Antidiabetiklerin Gelişimi ve Günümüzdeki Yeri. Aktüel Tıp Diyabet Forumu, 2002; (7)8: s.6-15.
47. Çalışma TDM, Grubu E. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem Klavuzu-2018, 5. Baskı, Ankara, Miki Matbaacılık, 2018; s.1-20.
48. Özata M. Endokrinoloji- Metabolizma ve Diyabet, İstanbul Medikal Yayıncılık;2006: s.284-285.
49. Coşansu G. Diyabet: küresel bir salgın hastalık. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2015; 31(1): s.1-6.
50. Turdep 2 sonuçlarının açıklaması. www.istanbul.edu.tr (Erişim tarihi: 04/07/2019)
51. Satman İ. Turdep- II sonuçları. <https://docplayer.biz.tr/11529749-Turdep-ii-sonuclari-prof-dr-ilhan-satman-ve-turdep-ii-calisma-grubu.html> (Erişim tarihi: 04.07.2019)
52. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A. Türkiye’de ve Dünya’da Diyabet. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 2012; (16)1.
53. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S, Dinçağ N. (Eds). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 10.Baskı, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Yayınları Ankara, BAYT Matbaacılık 2018.
54. McPhee SJ, Papadakis MA and Tierney LM. Current Medical Diagnosis & Treatment. McGraw-Hill Medical, New York; 2010.

55. Satman İ, Salman S, Deyneli O, Özdemir D, Yazıcı D, Mert M, Türker F. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. 10. Baskı, 2018.
56. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017;40: p.11.
57. Selvin E, Crainiceanu CM, Brancati FL, Coresh J. Short-term variability in measures of glycemia and implications for the classification of diabetes. Arch Intern Med 2007;167: p.1545.
58. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care 2009;32:1327.
59. Genuth S, Alberti KG, Bennett P. Followup report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003;26: p.3160.
60. Shields BM, Peters JL, Cooper C. Can clinical features be used to differentiate type 1 from type 2 diabetes? A systematic review of the literature. BMJ Open 2015;5(11):e009088.
61. Kumar PJ, Clark M. Textbook of Clinical Medicine. Pub: Saunders, London, UK. 2002; p.1099-1121.
62. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu (2011), Tip 1 diyabet, TEMD diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu hasta eğitim kitapçıkları serisi 3, İstanbul; s.98.
63. Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacopson AM, Moses AC, Smith RJ. Joslin's Diabetes Mellitus. Yumuk M(çev.ed). İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008; s.331-339.
64. Sekikawa A, Tominaga M, Takahashi K, Eguchi H, Igarashi M. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in Funagata area, Japan. Diabetes Care, 1993; 16: p.570-574.
65. Craig ME, Hattersley A, Donaghue KC. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. Pediatr Diabetes, 2009; 10 Suppl 12: p.3-12.
66. Diabetes Mellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu. Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2015;1: s.15-33.
67. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2010;33 Suppl 1: p.62.
68. Kasper DL, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine 19th ed. USA: McGraw Hill Education; 2015.
69. Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, Gümüş İİ. Gestasyonel diabetes mellitus tanı ve tedavisi, Yeni Tıp Dergisi,2009; 26: s.134-138.

70. The committee of the japan diabetes society on the diagnostic criteria of diabetes mellitus, Report of the committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus, Journal of Diabetes Investigation, 2010; 1: p.212-226.
71. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes, Clinical Diabetes, 2008; 26 (2): p.77-81.
72. Uludağ MO. Diyabete bağlı ikincil hastalıklar (komplikasyonlar), 2010; 23: s.39-44.
73. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications, Physical Therapy,2008; 88: p.1254- 1264.
74. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group.Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insülin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes(UKPDS 33).Lancet 1998;352: p.837-53.
75. Dinççağ N. Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. İç Hastalıkları Dergisi, 2011;18: s.181-223.
76. American Diabetes Association.Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. Diabetes Care, 2013; 36: p.3821-3842.
77. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioglu S, Merdol TK, Pekcan G, Mercanlıgil SM, Yıldız E. Diyet el kitabı, 5. baskı, Hatiboğlu yayınevi, Ankara, 2008.
78. Alvin C Powers, Diabetes Mellitus: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison's principles of Internal Medicine, 17th Ed., United States of America, McGraw Hill 2012; p.2275-2304.
79. Yılmaz T, Kaya A, Balcı KM, Bayraktar F, Dağdelen S, Şahin İ, Sargın M (Eds). TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2017, 7. Baskı.
80. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2009; 32(suppl 1): p.13–61.
81. Çorakçı A., Diabetes Mellitus Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem, Oral antidiyabetik ajanlar, 3. baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, 2009; s.13-30.
82. Özaslan Çalışkan BÖ, Akca M. Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. International Journal of Academic Value Studies, 2017; 3 (13): p.357-369.
83. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G., Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar University Journal of Social Sciences Year:2 Issue:2
84. Bilge A, Çam, O., "Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; (9) 1.

85. Baral SC, Karki DP, Newell JN., Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 2007; 7: p.211-221.
86. Dodor EA, Neal K, Kelly S, An explanation of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. *INT J TUBERC LUNG DIS*, 2008; 12(9): p.1048-1054.
87. Goffman E. *Stigma: Notes On The Management Of Spoiled Identity* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963; p.26-50.
88. Morell MM. Stigma and epilepsy. *Epilepsy&Behavior*, 2002; 3: p.21-25.
89. Van Rie. A ve ark. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. *Tropical Medicine and International Health*, 2008; (13)1: p. 21–30.
90. Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004; 59: p.614–625.
91. Taşkın O., Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. İçinde Taşkın O. *Stigma: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007; s.17-30.
92. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, Boratav C, Liman O., Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; (3)1: s.5-13.
93. Corrigan PW, Kosyluk KA. Erasing the stigma: Where science meets advocacy. *Basic and Applied Social Psychology*, 2013; 35: p.131–140.
94. Üçok A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler, *Psikiyatri Dünyası*, 1999; (3) 67-71.
95. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. 1. Baskı, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007; s.17-30.
96. Vogel DL, Wade NG, Aschman PL., Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students, *Journal of Counseling Psychology*, 2009; 56 (2): p.301-308.
97. Özçelik EK. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, 2015 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Yıldırım).
98. Assefa D, Shibre T, Asher L, Assefa AF. Internalized stigma among patients with schizophrenia in ethiopia: a cross-sectional facility-based study, *Biomed Central Psychiatry*, 2012; 12: p.239.
99. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 2011; 37 (2): p.316.

100. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, et al. The stigma scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 190: p.248-54.
101. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness, *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998; 5: p.201-22.
102. Üstündağ FM., Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013; 24: s.1-2.
103. Doğanavşargil GÖ, Özkan Ç, Gökmen Z. Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik, *Çukurova Medical Journal*, 2013; 38 (3): s.390-402.
104. Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S, Göka E. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi, *Yeni Symposium*, 53 (2): s.1-5.
105. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2: s.136-40.
106. Kuş Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Turk Psikiyatri Derg* 2010; 21: p.14-24.
107. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, et al. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*, 2011;1:3-10.
108. Boyd-Ritsher J, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients, *Psychiatry Research*, 2004; 129: p.257-65.
109. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. İçinde Taşkın EO, editör. *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*, İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık, 2007; s.31-40.
110. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 2001;27:363–38.
111. Brod M, Kongsø JH, Lessard S, Christensen TL. Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Qual Life Res*, 2009;18(1): p.23–32.
112. Tan AM, Muthusamy L, Ng CC, Phoon KY, Ow JH, Tan NC. Initiation of insulin for type 2 diabetes mellitus patients: what are the issues? A qualitative study. *Singap Med J*, 2011;52(11): p.801–809.

113. Shiu ATY, Kwan JJYM, Wong RYM. Social stigma as a barrier to diabetes self-management: implications for multi-level interventions. *J Clin Nurs*, 2003;12(1): p.149–150.
114. Torres HC, Rozemberg B, Amaral MA, Bodstein RCA. Perceptions of primary healthcare professionals towards their role in type 2 diabetes mellitus patient education in Brazil. *BMC Public Health*, 2010; 10: p.583.
115. Weiler DM, Crist JD. Diabetes self-management in a Latino social environment. *Diabetes Educator*, 2009;35(2): p.285–292.
116. Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*, 2000;41(1): p.98–104.
117. Schabet J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social Stigma in Diabetes A Framework to Understand a Growing Problem for an Increasing Epidemic. *Patient* 2013; 6: s.1–10.
118. Özcan Ş. International Diabetes Federation (IDF) Uluslararası Diyabet Eğitim Standartları. 3. Baskı. İstanbul: Eos Ajans Yayıncılık, Mart Matbaacılık Sanatları, 2009.
119. Olgun N. Diyabet (Tip 2) ve bakımı, kronik hastalıklar ve bakımı. Durna Z, editör. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012; s.291-332.
120. American Association of Diabetes Educators. AADE position statement. Individualization of diabetes self-management education. *Diabetes Educ*, 2007;33(1):p.45-49.
121. Kahraman A, Olgun N. Diyabet eğitimi ve diyabet hemşiresinin rolü. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2015;6(1).
122. Özsezer Kaymak G, Karaca Sıvrıkaya S. Diyabet ve stigma. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemflirelik Forumu Dergisi*, Aralık 2017; (9)2: s.67.
123. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005; 3: s.107-127.
124. Eşizoğlu A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına yönelik tutumları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008; 35: s.167-176.
125. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009; 23: p.32-40.
126. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. 2012 Standards Revision Task Force. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care* 2014;37 Suppl 1: p.144-153.

127. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2014;37 Suppl 1: p.14-80.
128. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York, Guilford Press, 2005; p.154-186.
129. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 16. Baskı. Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2014;s. 245-264.
130. Mak WWS, Cheung RYM. Self-stigma among concealable minorities in hong kong: conceptualization and unified measurement. American Journal of Orthopsychiatry 2010; 80(2): p.267-281.
131. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
132. Çuhadaroglu F. Adölasanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986.
133. Hoşgörür V. Bogardus, Guttman ve Likert Ölçekleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1997;10(1): s.346-357.
134. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(3): s.199-210.
135. Şencan, H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik. Ankara, Seçkin Yayınevi, 2005; s.107-113, 166-169, 381-390.
136. Erefe İ. (Ed), Veri toplama araçlarının niteliği. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara, Odak Ofset, 2002: s.169-188.
137. Öner N. (Ed). Türkiye’de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı. İstanbul, 2. Baskı, Boğaziçi Üniveritesi Yayınevi, 1996.
138. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30(3): s.211-216.
139. Esin NM. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde Hemşirelikte Araştırma Kitabı, Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Eds), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014; s.193-233.
140. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi Mayıs 2014; 40: s.39-49.
141. Gözüm, S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003; 5(1): s.3-14.
142. Haig BD. International Encyclopedia of Education (Third Edition). 2010.

143. Kılıçer K, Odabaşı HF. Bireysel yenilikçilik ölçeği (BYÖ): Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 38: s.150-164.
144. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
145. Bartlett MS. Test of significance in factor analysis. British Journal of Psychology, Statistical Section, 1950; 3: p.77-85.
146. Mueller RO, Hancock GR. Factor Analysis and Latent Structure, Confirmatory. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2001; p.5239–5244.
147. Çapık C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 17(3): s.196-205.
148. Bollen KA. Sample size and Bentler and Bonett's nonnormed fit index. Psychometrika, 1986; 51(3): p.375-377.
149. Fang JQ. (Ed). Handbook of Medical Statistics. World Scientific Publishing Company, 2018. <https://b-ok.cc/book/3383357/14aa97> (Erişim tarihi: 04.07.2019).
150. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin NM. (Eds), Hemşirelikte Araştırma. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: s.256-261.
151. Eisinga R, Te Grotenhuis M, Pelzer B. The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown?. International journal of public health, 2013;58(4): p.637-642.
152. Osburn HG. Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. Psychological methods, 2000; 5(3): p.343.
153. Karaca A, Yıldırım N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014; 16 (2): s.29-40.
154. Shapiro SS, Francia RS. An approximate analysis of variance test for normality. Journal of the American Statistical Association, 1972; 67(337): p.215-216.
155. Crocker J. Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth. Journal of experimental social psychology, 1999; 35(1): p.89-107.

8. EKLER

EK-1: TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, şeker hastalığı olan bireylerde “ Self Stigma” ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek amacıyla planlanmıştır.

Sizden şeker hastalığınıza ilişkin görüşlerinizi belirtmeniz istenmektedir. Bu formu doldurmanız ortalama 20 dakika sürecektir. Araştırmaya katılmanız ya da katılmamanız hastanedeki bakım ve tedavi sürecinizi etkilemeyecektir.

Bu formlar sadece araştırma ekibi tarafından değerlendirilecek ve elde edilen bilgiler bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Araştırmanın doğru sonuçlara ulaşması için soruları içtenlikle yanıtlamanızı rica ederim.

Katılımınız için teşekkür ederim.

ARAŞTIRMACI

Emelnur ULUSOY

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

Dahili Hastalıklar Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi

Diyabet Eğitim Hemşiresi

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Bahire ULUS

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar
Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik
Bölümü

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Hastanın Adı/Soyadı.....

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3. Medeni Durum :

Evli () Bekar () Eşi vefat etmiş () Eşinden ayrılmış ()

4. Eğitim Durumu :

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim ()

Lise () Üniversite () Diğer ()

5. Diyabet süresi: yıl

EK-2: KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler, sizin Şeker Hastalığı durumunuzailişkin görüşlerinizi belirlemektedir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve görüşünüzü en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle katılıyorum (4)
1	Şeker hastası olduğum için kendimi çok gergin hissediyorum.				
2	Şeker hastası olduğum için yaşam alanım kısıtlı.				
3	Şeker hastası olduğum için utanıyorum.				
4	Şeker hastası olduğum için hayatım anlamsız.				
5	Şeker hastası olduğum için diğer insanların beni dışlaması oldukça normal.				
6	Şeker hastası olduğum için yaşam standartlarımı düşürüyorum.				
7	İnsanların şeker hastası olduğumu anlamalarından çekindiğim için, yeni arkadaşlar edinmeye cesaret edemiyorum.				
8	Şeker hastası olduğum için kendimi acınası hissediyorum.				
9	Sadece benim durumumda olan insanlarla arkadaşlık kurabiliyorum.				
10	Şeker hastası olduğum için diğer insanlardan daha az becerikliyim.				
11	Şeker hastası olma gerçeğini değiştiremiyorum.				
12	Şeker hastası olduğum için diğer insanların yardımına ihtiyaç duyuyorum.				

13	Şeker hastalığı yaşam kalitemi bozuyor.				
14	Şeker hastası olduğumu kabulleniyorum.				
15	Diğer insanların şeker hastası olduğumu anlamalarından korkuyorum.				
16	Şeker hastalığım ile ilgili hiçbir şey yapamayacağımı hissediyorum.				
17	Şeker hastası olduğum için kendimi rahatsız hissediyorum.				
18	Şeker hastası olduğum için yaşamdan beklentilerimi azaltıyorum.				
19	Şeker hastası olduğum için kendimi diğer insanlardan uzaklaştırıyorum.				
20	Şeker hastası olduğumu diğer insanlardan gizliyorum.				
21	Şeker hastası olduğum için diğer insanlardan daha değersizim.				
22	Şeker hastası olduğum için kızgınım.				
23	Şeker hastalığım ile ilgili olumsuz duygularım var.				
24	Şeker hastası olduğum için kendimden nefret ediyorum.				
25	Şeker hastalığımın bana engeller oluşturacağından endişe duyuyorum.				
26	Şeker hastası olduğum için kendimi diğer insanlardan daha beceriksiz hissediyorum.				
27	Şeker hastası olduğum için diğer insanlarla rekabet etme yeteneğine sahip değilim.				
28	Şeker hastası olduğum için kendimi ümitsizliğe kapılmış hissediyorum.				
29	Şeker hastası olduğum için birçok fırsatı kaçıyorum.				
30	Şeker hastası olduğum için ne kadar çok çalışsam çalışayım diğer insanlar kadar iyi olamıyorum.				

31	Şeker hastası olduğum için hayattan zevk alamıyorum.				
32	Şeker hastası olduğum için mutsuzum.				
33	Şeker hastası olduğum için özgüvenim eksik.				
34	Şeker hastalığım günlük hayatımda zorluklara yol açıyor.				
35	Şeker hastalığı maddi durumumu olumsuz etkiliyor.				
36	Şeker hastası olduğum için diğer insanlarla iletişim kurmaya çekiniyorum.				
37	Şeker hastası olduğum için kendimi çaresiz hissediyorum.				
38	Şeker hastalığı benim için bir yük.				
39	Şeker hastası olduğum için utanıyorum.				

EK-3: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, genel olarak kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinize yönelik 10 madde verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyup, sizin için doğruluk derecesini verilen 4'lü derecelendirme sistemini kullanarak belirtiniz.

		Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1.	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli bulurum.	1	2	3	4
2.	Bazı olumlu özelliklerimin olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4
3.	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	1	2	3	4
4.	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabileceği kadar bir şeyler yapabilirim.	1	2	3	4
5.	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	1	2	3	4
6.	Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	1	2	3	4
7.	Genel olarak kendimden memnunum.	1	2	3	4
8.	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	1	2	3	4
9.	Bazen kendimin kesinlikle bir işe yaramadığını düşünüyorum.	1	2	3	4
10.	Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4

EK-4: 'SELF STİGMA SCALE' ÖLÇEK YAZARI İLE YAPILAN ONLINE YAZIŞMALAR

08.10.2015

Gmail - About "Self Stigma Scale"



emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

About "Self Stigma Scale"

4 ileti

emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>
Aliç: wwmak@psy.cuhk.edu.hk

1 Mart 2015 20:08

Dear Mak Winnie Wing Sze,

I'm a master student at Acibadem University Institute of Health Sciences and also working as a diabetes education nurse at a hospital in Istanbul, Turkey.

I'm interested in diabetes-related stigma. I would like to get your permission for using "Self-Stigma Scale". I will use the scale for my master thesis. My purpose is to find the reliability and validity of the "Self-Stigma Scale" for Turkish Type 2 Diabetic patients.

I'll be pleased if you replay me as soon as possible.

Thank you for your help.

Sincerely

Emelnur Ulusoy
Diabetes Education Nurse
Baskent University Hospital, Istanbul

Mahir İz Street, No: 53
Uskudar/ Istanbul/ TURKEY

Telephone Number: 0 508 505 00 68
E-mail: emelnur.ulusoy@gmail.com

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=1532265555&view=pt&cat=y%C3%BCts&ek%20l&ans%2F%C3%B6%C3%A7e%20l%C3%A7in%20yaz%C4%...> 1/3

08.10.2015

Gmail - About "Self Stigma Scale"

I plan to use my Master's thesis work "self-stigma scale" for contact I'd had with you online in March. You gave me feedback that we can use the scale. You sent me both long and short forms of self-stigma scale.

I see you use the long form for diabetic patients in your work. I saw the short form is used more often when I examined the literature on mental health disorders.

There's something I want to ask you; We use the short form for type 2 diabetes patients to be eligible? You also want to get your opinion.

If the appropriate type 2 diabetes patients use the short form of the scale, you can send me the method of assessment of the short form of the scale?

Thank you for your help.

Sincerely

Emelnur Ulusoy

Diabetes Education Nurse

Baskent University Hospital, Istanbul

Mahir Iz Street, No: 53

08.10.2015

Gmail - About "Self Stigma Scale"- short form

Asuka Kato <asukakato-ky@umin.ac.jp>
Alic: emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

1 Temmuz 2015 05:02

Dear Emelnur,

Thank you for your interest in the SSS-J. We did not conduct confirmatory factor analysis to assess the short version (9 question items) of the scale for Japanese patients with type 2 diabetes. This is because the question items of the short version of SSS-J (see the top three question items under each of the three subscales; cognitive, affective, behavioral) were different from those of the original scale.

<http://www.hqlo.com/content/12/1/179>

Therefore, to keep the three-factor structure of the original scale, we thought it was better to use the 39-item SSS-J for Japanese patients with type 2 diabetes. Please feel free to contact me if you have any other questions.

Thank you very much.

Regards,
Asuka Kato

Asuka Kato, PhD, MPH
The Health Care Science Institute
Akasaka Noa Bldg., 5F, 3-2-12 Akasaka, Minato-ku
Tokyo 107-0052 Japan
Email: asukakato-ky@umin.ac.jp
Tel: +81 3 5563 1791
Fax: +81 3 5563 1795
[Ayrıntı için metin gizlendi]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=1532265556&view=of&cat=y%C3%BCtsk%20%20sans%2F%C3%BB%C3%A7e%20%C3%A7in%20yaz%C4%...> 2/2

08.10.2015

Gmail - "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" kullanımı hakkında



emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

"Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" kullanımı hakkında

5 ileti

emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>
Alıcı: cogepden@gmail.com

1 Haziran 2015 09:53

Merhaba,

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Dahili Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Ayrıca Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi'nde Diyabet Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaktayım.

Yüksek lisans tez konusu olarak diyabet ve stigma düzeyleri ile ilgili bir ölçek uyarlama çalışması yapmayı planlıyorum. Bu çalışma kapsamında "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği"ni paralel form olarak kullanmak istiyorum. Ölçeğin için Türkçe uyarlama çalışmasını yapan Sayın Fusun Çuhadaroğlu ile iletişime geçtim. Ölçeğe Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'nden ulaşabileceğimi illeterek, sizlerle bağlantı kurmam gerektiği konusunda beni yönlendirdi.

Sizden konu ile ilgili geri bildirim bekliyorum, destek ve yardımlarınız için teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

Emelnur ULUSOY
Diyabet Eğitim Hemşiresi
Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi

Mahir İz Cad. No:53 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Telefon: 0 508 505 00 66

—
Emelnur ULUSOY

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği <cogepden@gmail.com>
Alıcı: emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

1 Haziran 2015 09:53

ölçeği kullanabilmek için aşağıdaki demek hesabına 50 TL bağış yapıp dekontun bu mail adresine yollanması gerekmektedir. teşekkürler

1 Haziran 2015 09:53 tarihinde emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com> yazdı:
[Ayrıntılı mesaj içeriği gizlendi]

—
Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Cinnah Caddesi 35/12
Çankaya / Ankara
0 312 440 12 57
0 541 440 33 54

Dernek.docx
14K

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=1532265556&view=pt&cat=y%C3%BCkssek%20lisans%2F%C3%BB%C3%A7e%20%C3%A7in%20yaz%C4%... 1/3

08.10.2015

Gmail - "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" kullanımı hakkında

emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

9 Haziran 2015 10:23

Alıcı: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Demeği <cogepder@gmail.com>

Merhaba,

Göndermiş olduğunuz demek hesabına Emelnur Ulusoy adına 50 tl bağış yapılmıştır. Dekontu ekte bilgilerinize sunarım.

Etik kurul birimine sunmak üzere; tez çalışmam kapsamında kullanmayı planladığım "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" ni kullanabileceğime dair tarafıma yazılı bir bildiri göndermenizi rica edeceğim.

Teşekkür ediyor, iyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla,

Emelnur Ulusoy

1 Haziran 2015 09:59 tarihinde Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Demeği <cogepder@gmail.com> yazdı:

[Ayrıntılanan metin gizlendi]

-
Emelnur ULUSOY

 emelnur ulusoy- dekont.pdf
73K

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği <cogepder@gmail.com>

9 Haziran 2015 10:27

Alıcı: emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>


iyi çalışmalar.


9 Haziran 2015 10:23 tarihinde emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com> yazdı:

[Ayrıntılanan metin gizlendi]

[Ayrıntılanan metin gizlendi]

3 eklenti

 rosenberg.pdf
89K

 Rosenberg - aciklama.doc
24K

 ROSENBERG.doc
28K

emelnur ulusoy <emelnur.ulusoy@gmail.com>

9 Haziran 2015 11:12

Alıcı: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Demeği <cogepder@gmail.com>

Teşekkür ediyorum.

9 Haziran 2015 10:27 tarihinde Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Demeği <cogepder@gmail.com> yazdı:

[Ayrıntılanan metin gizlendi]

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=15322d5556&view=pt&cat=y%C3%BCtsenek%20lisans%2F%C3%BB%C3%A7ek%20%C3%A7in%20yaz%C4%... 2/3

**EK- 6: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar
Etik Kurul (ATADEK) Onayı**



SAYI: ATADEK-2015/12
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Emelnur Ulusoy

Sorumluğunu yürüttüğünüz "Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerde Stigma: Ölçek Uyarlama" başlıklı proje 22.10.2015 tarih 2015/12 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup 2015-12/1 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "I. H. Ulus" or similar.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Kurul Başkanı

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:
Tıp 2 Diyabeti Olan Bireylerde Stigma: Ölçek Uyarlaması

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Emelnur Ulusoy

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi: 22/10/2015

Karar Numarası: 2015-12/1

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		()	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yardımcısı)		(X)	()
Prof.Dr. Mert Ülgen		(X)	()
Doç.Dr. Ükke Karabacak		()	()
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		()	()
Doç.Dr. Berrin Karadağ		()	()
Yrd.Doç.Dr. Erdal Coşgun		()	()
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		()	()
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		()	()

EK- 7: Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kurum İzni

1. Nispetiye / 2015 / 1028 Başkentlik 2250663 syf 1
10 Kas 2015 1028 Başkentlik 6515858 syf 1



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ HASTANESİ



TS-EN ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ

Tarih : 09/11/2015
Sayı : 62472675- /2015 / 101.02.160
Konu : Tez Uygulaması İzin Talebi hk

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK KURULUŞLARI
DİREKTÖRLÜĞÜ

Merkezinizde Diyabeti Hemşiresi olarak görev yapan Emine Zeynep ETİ etik kurul onayı alınmış yüksek lisans tezini kurumumuzda yapmak istemektedir. Etik Kurul Kararı e-maile ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğine müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Emine Zeynep ETİ
Başhekim

Gk:
- 2 sayfa

HA

Emine Zeynep ETİ
bağcı

Prof. Dr. Emine Zeynep ETİ
Başhekim
Başkent Üniversitesinin İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Prof. Dr. Ali HİBERAL
Başkent Üniversitesinin İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

11.11.2015

DYMADI SOKAK NO: 7 34682 ALTUNIZADE / İSTANBUL TEL: (3213) 554 15 00 (pbx) FAKS: (0212) 851 98 80

EK- 8: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Damgalama; bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, saygınlığının azaltılarak diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesi ve dışlanmasıdır. Önyargı ve damgalamanın yol açtığı ayrımcılık ise, toplumdaki kişi ya da grupların, diğerlerini önyargı nedeniyle bazı hak ve olanaklardan yoksun bırakması olarak tanımlanmaktadır.

Damgalanma, bir insanı diğerlerinden ayıran ve o insanın istenmeyen veya hoş karşılanmayan bir niteliğe sahip olduğu anlamı taşıyan bir “işaret” olarak değerlendirilmektedir. Kendini damgalamanın bireyler üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu ve buna bağlı olarak; benlik saygısı, öz-yeterlik, yaşam doyumu, sosyal uyum ve genel refahın azalmasına neden olabildiği görülmüştür. Ayrıca bu durum, kronik hastalığı olan bireylerde tedaviden kaçma veya tedaviye uyumda azalmaya da neden olabilmektedir.

Diyabeti olan bireylerdeki, bireyin ‘kendini damgalama’ durumunu belirlemek amacıyla planlanan bu çalışma, diyabet sonrası değişen yaşam ve benlik saygısı konularında bilgi sağlayacaktır. Çalışma kapsamında size mevcut damgalanma ve benlik saygısı düzeyinizi belirleyecek çeşitli sorulardan oluşan form uygulanacaktır ve bu soruları 2-4 hafta sonra tekrar cevaplamanız istenecektir. Çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katılımınız gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışmaya katılma/katılmama veya istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmamış olmanız çalışmaya katılan diğer hastalardan farklı muamele görmenize neden olmayacaktır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Yapılacak olan araştırmanın amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı/ İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMELNUR	Soyadı	ULUSOY
Doğum Yeri	ESKİŞEHİR	Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	
E- mail	emelnur.ulusoymail.com	Telefon	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi / Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans	2014
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü	2007
Lise	Hoca Ahmet Yesevi (YDAL) Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayınız)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Diyabet Eğitim Hemşiresi	Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	2009-devam
Servis hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2007-2009
Servis hemşiresi	Acıbadem Bursa Hastanesi	2007-2007

Yabancı Dil

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office Programları	Çok iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/ Bildirileri/ Sertifikaları/ Ödülleri/ Diğer Sertifika Alınan Kurslar Sempozyum ve Seminerler

A- Kurs ve Sertifika Programları

- İnsülin Pompası ve Glukoz İzlem Sistemleri Kursu/ 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi/ 2010
- Diyabet Sohbetleri Eğitim Programı/ Diyabet Hemşireliği Derneği/ 2011
- Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifikası (Sağlık Bakanlığı Onaylı) / Koç Üniversitesi/ SANERC/ 2012
- Fiziksel Değerlendirme/ Hasta Tanılama Kursu/ Koç Üniversitesi/ SANERC/ 2012
- Hemşireler İçin Diyabetik Ayak Bakım Kursu/ 2. Ulusal Diyabetik Ayak Enfeksiyonları Sempozyumu/ 2012
- Eğitim Hemşiresi Eğitimi/ Koç Üniversitesi/ SANERC/ 2013
- Geriatrik Bireye Yaklaşım ve Hemşirelik Bakımı Kursu/ Bayındır Sağlık Grubu/ 2013

B- Kongre ve Sempozyumlar

- 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi/ Harran Üniversitesi/ 2006
- Avrupa Hemşirelik Öğrenci Kongresi/ Dokuz Eylül Üniversitesi/ 2006
- 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi/ 2010
- 46. Ulusal Diyabet Kongresi ve 12. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu / 2010
- 47. Ulusal Diyabet Kongresi ve 13. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu/ 2011
- 50. Ulusal Diyabet Kongresi ve 16. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu/ 2014
- 51. Ulusal Diyabet Kongresi ve 17. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu/2015
- 52. Ulusal Diyabet Kongresi ve 18. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu/ 2016

C- Sözel ve Poster Sunumlar

- Burdur Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, öğrenci hemşirelerin klinik uygulamalarına ve öğretim elemanları ile işbirliği yapmaya ilişkin görüşleri/ Sözel sunum/ 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi/ Harran Üniversitesi/ 2006
- Burdur il merkezinde bir ilköğretim okulunun 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin babalarıyla olan ilişkilerine yönelik görüşleri /Poster sunumu / 1. Avrupa Hemşirelik Öğrenci Kongresi/ Dokuz Eylül Üniversitesi/ 2006
- Endokrinoloji kliniğinde düzenli takibi olan tip 2 diabetes melitus hastalarında evde kan şeker takip sıklığının glisemik kontrol üzerine etkisi/ Poster sunumu / 48. Ulusal Diyabet Kongresi/2012
- Bir üniversite polikliniği'ne başvuran diyabet hastalarının çoklu ilaç kullanımı ve ilaç bırakma konusunda tutum ve davranışları / Poster sunumu / 50. Ulusal Diyabet Kongresi/ 2014
- Türkiye'de hemşireler tarafından yapılan diyabet ile ilgili çalışmalar / Poster sunumu /13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi/ / 2014
- Tip 2 diyabeti olan bireylerde hipoglisemi risk faktörleri ve davranışlarının incelenmesi / Poster sunumu / 52. Ulusal Diyabet Kongresi/ 2016

D- Yayımlanan Makaleler

- Türkiye'de hemşireler tarafından yapılan diyabet ile ilgili çalışmalar / Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Dergisi/ 2015-1