AKADEMİSYENLERİN DİYABET RİSKİ VE SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bektaş TOPCU
201509102

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üy. Emine EKİCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Temmuz, 2024

AKADEMİSYENLERİN DİYABET RİSKİ VE SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bektaş TOPCU
201509102
ORCID: 0000-00003-4046-5358

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Disiplinler Arası Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üye. Emine EKİCİ

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Temmuz, 2024



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

BEKTAŞ TOPCU'ın "Akademisyenlerin Diyabet Riski ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. " başlıklı tezi 25.07.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Doç. Dr. Füsun AFŞAR Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Dudu KILINÇ Okan Üniversitesi	.....

Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanın Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ'ye, veri toplama formlarını doldurarak katkı veren Maltepe Üniversitesi'nde görevli kıymetli hocalarıma, tez savunma sınavıma vakit ayırarak beni onurlandıran değerli jüri üyelerime, her zaman yanımda olan annem ve babam İsmihan-Ali TOPCU'ya çok teşekkür ederim.

Bektaş TOPCU

Temmuz, 2024

ÖZET

AKADEMİSYENLERİN DİYABET RİSKİ VE SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bektaş Topcu
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üy. Emine Ekici
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2024

Bu çalışma akademisyenlerin diyabet riskleri ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Veriler Aralık 2023-Ocak 2024 tarihlerinde toplanmış olup, çalışma evrenini Maltepe Üniversitesinde çalışan kadrolu 594 akademisyen oluşturmuştur. Örneklem evreni bilinen örneklem formülüne göre 174 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri kayıpları göz önüne alınarak, dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışamaya katılmayı kabul eden 179 akademisyen örnekleme alınmıştır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Fin Diyabet Risk Skoru" ve "Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Veriler SPSS26 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların %74,3'ü kadın, % 63,7'sinin evli, %28,5'inin öğretim görevlisi olduğu bulunmuştur. Akademisyenlerin %76'sının sigara kullanmadığı, %57,5'inin fizik aktivite yapmadığı. %75,4'ünün kronik hastalığı olmadığı, %38,6'sının fazla kilolu ve obez olduğu bulunmuştur. Akademisyenlerin diyabet riski 8.78±5.3 puan olarak hafif düzeyde bulunmuştur. Diyabet risk düzeyleri incelendiğinde %35.2'si düşük, %38.5'inin hafif, %12.3'ü orta, %10.6'sı yüksek, %3.4'ü çok yüksek riskli olarak tespit edilmiştir. Akademisyenlerin sağlıklı beslenme tutum puan ortalamaları 79.38±10.5 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların % 6.7'sinin orta %57.5'sinin yüksek ve %35.8'inin ideal düzeyde sağlıklı beslenme tutumları olduğu belirlenmiştir.

FİNDRİSK puan ortalamaları ile cinsiyet, unvan, fizik aktivite ve kronik hastalığa sahip olma durumları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Erkeklerin, öğretim üyelerinin, düzenli fizik aktivite yapmayanların ve kronik hastalığı bulunanların diyabet risk düzeyi daha yüksektir. FİNDRİSK puan ortalamaları ile medeni durum ve sigara kullanımı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). SBİTO tutum düzeyi ile cinsiyet,

unvan, fizik aktivite düzeyleri arasında farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların, öğretim üyelerinin, düzenli fiziksel aktivite yapanların sağlıklı beslenme tutum düzeyleri daha yüksektir. SBİTO tutum düzeyi ile medeni durum, sigara kullanma ve kronik hastalık durumları arasında fark yoktur. ($p>0,05$). Sonuç olarak akademisyenlerin %14 'ünün diyabet risk düzeylerinin yüksek ve çok yüksek olduğu, %93,3'ünün sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği puanlarının yüksek ve ideal düzeyde olduğu bulunmuştur. Diyabet riski ile beslenme tutumu arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak olumlu beslenme alt ölçek puanı arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi azalmaktadır. Akademisyenlerin diyabet risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerini, olumlu sağlık davranışlarını ve diyabet farkındalıklarını geliştirecek çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Tip 2 diyabet, akademik personel, diyabet riski, beslenme

ABSTRACT

INVESTİGATİON OF ACADEMİCİANS' ATTİTUDES REGARDİNG THE RİSK OF DİABETES AND HEALTHY NUTRİTİON

Bektaş Topcu
Master's Thesis
Department of Interdisciplinary Nursing
Master's Degree With Thesis In Internal Disease Nursing Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Emine Ekici
Maltepe University Graduate School, 2024

This study was conducted descriptively to determine academicians' attitudes toward diabetes risks and healthy nutrition. The data was collected between December 2023 and January 2024, and the study population consists of 594 permanent academicians working at Maltepe University. The sample population was calculated as 174 people according to the known sampling formula. Considering data losses, 179 academicians who met the inclusion criteria and agreed to participate were included in the sample. Data were collected by “Personal Information Form”, “Finnish Diabetes Risk Score” and “Attitude Scale towards Healthy Nutrition”. The data were analyzed with the SPSS26 program. It was found that 74.3% of the participants were women, 63.7% were married, and 28.5% were lecturers. 76% of academics do not smoke and 57.5% do not do physical activity. It was found that 75.4% of them did not have a chronic disease, and 38.6% were overweight and obese. The diabetes risk of academicians was found to be mild at 8.78±5.3 points. When diabetes risk levels were examined, it was determined that 35.2% was low risk, 38.5% was mild, 12.3% was medium, 10.6% was high, and 3.4% was very high risk. The academicians' healthy nutrition attitude score average was high at 79.38±10.5. It was determined that 6.7% of the participants had moderate, 57.5% high and 35.8% had ideal healthy nutrition attitudes. There is a significant difference between FINDRISK score averages and gender, title, physical activity, and chronic disease ($p<0.05$). Men, faculty members, those who do not engage in regular physical activity, and those with chronic diseases have a higher risk of diabetes.

There was no significant difference between FINDRISK score averages and marital status and smoking ($p>0.05$). A difference was found between the SBITO attitude and gender, title, and physical activity levels ($p<0.05$). Women, faculty members, and those who engage in regular physical activity have higher levels of healthy nutrition attitudes. There is no difference between the SBITO attitude level and marital status, smoking, and chronic disease conditions ($p>0.05$). As a result, it was found that 14% of the academicians had high or very high diabetes risk levels, and 93.3% of them had high and ideal levels of attitude scale scores regarding healthy nutrition. No relationship was found between diabetes risk and nutritional attitude. However, as the positive nutrition subscale score increases, the type 2 diabetes risk level decreases. It is recommended to conduct studies that will improve academics' knowledge about diabetes risk factors, positive health behaviors, and diabetes awareness.

Key Words: Type 2 diabetes, academic staff, diabetes risk, nutrition

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii

TEŞEKKÜR iv

ÖZET v

ABSTRACT vii

İÇİNDEKİLER ix

TABLOLAR LİSTESİ xiii

ŞEKİLLER LİSTESİ xiv

KISALTMALAR LİSTESİ xv

1. GİRİŞ 1

1.1 Problem 1

1.2 Amaç 4

1.3 Önem 4

1.4 Araştırma Soruları 4

1.5 Sınırlıklar 5

1.6 Tanımlar 5

2. GENEL BİLGİLER 6

2.1 Diabetes Mellitus Tanımı ve Sınıflaması 6

2.1.1 Diyabetin tanımı 6

2.1.2 Diyabetes mellitus'un etyolojik sınıflandırması 6
2.2 Diyabet Tanı Kriterleri 7
2.3 Tip 2 Diyabet Tanımı ve Belirtileri 8
2.3.1 Tip 2 diyabet tanımı 8
2.3.2 Tip 2 diyabet belirtileri 8
2.4 Tip 2 Diyabet Epidemiyolojisi 9
2.5 Tip 2 Diyabet Komplikasyonları 11
2.5.1 Tip 2 diabetes mellitusun akut komplikasyonları 12
2.5.2 Tip 2 diyabetin kronik komplikasyonları 13
2.6 Tip 2 Diyabet Önleme ve Tedavi Yaklaşımları 14
2.6.1 Riskli bireylerin belirlenmesi 14
2.6.2 Yaşam tarzı değişiklikleri 16
2.6.3 Medikal tedavi 18
2.6.4 Bariyatrik cerrahi 18
2.7 Diyabet Önleme Yaklaşımlarında Hemşirenin Rolü 18
3. YÖNTEM 23
3.1 Çalışmanın Modeli: 23
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı: 23
3.3 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi: 23
3.4 Araştırmaya alınma kriterleri: 24
3.5 Veri Toplama Araçları 24

3.6 Tanımlayıcı Bilgiler Formu 24

3.7 Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği (FINDRISK) 24

3.8 Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) 25

3.9 Verilerin Toplanması 26

3.10 Verilerin Analizi 27

3.11 Etik 27

4. BULGULAR 28

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 28

4.2 Katılımcıların FINDRISK Ortalaması ve Risk Kategorisine Göre Dağılımı . 29

4.3 Katılımcıların SBİTO Puan Ortalaması ve Risk Kategorisine Göre Dağılımı 30

4.4 Katılımcıların SBİTÖ Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 31

4.5 Katılımcıların FINDRISK Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 33

5. TARTIŞMA 37

5.1 Akademisyenlerin Tip 2 Diyabet Risk Düzeyleri Ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Bulguları 37

5.2 Akademisyenlerin Tanımlayıcı Özellikleri ile SBİTÖ ve FİNDRİSK Durumlarının Karşılaştırılması 38

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 43

KAYNAKÇA 45

EKLER 54

Ek-1: Etik Kurul Kararı 54

Ek-2: Ölçek Kullanım İzni 55

Ek-3: Tanımlayıcı Özellikler Formu 56

Ek-4: Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği (FINDRISK) 57

Ek-5: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) 59

ÖZ GEÇMİŞ 60

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Diyabet Tanı Kriterleri 7

Tablo 2. TURDEP I- TURDEP II Çalışması 10

Tablo 3. 2021 yılı diyabetli yetişkin (20-79 yaş) sayısı açısından ilk 10 ülke ve 2045'te tahmin edilen diyabetli ilk 10 ülke 11

Tablo 4. Prediyabet Tanı Kriterleri 15

Tablo 5. Değişkenlere normal dağılım ve güvenirlik bulgularının dağılımı 26

Tablo 6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=179) 28

Tablo 7. Katılımcıların Beden Kitle indeksine Göre Dağılımı 29

Tablo 8. Katılımcıların FINDRISK ortalaması ve risk kategorisine göre dağılımı (n=179) 29

Tablo 9. Katılımcıların SBİTO puan ortalaması ve risk kategorisine göre dağılımı (n=179) 30

Tablo 10. Katılımcıların SBİTÖ puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması 31

Tablo 11. Katılımcıların FINDRISK puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması*(n=179) 33

Tablo 12. Bazı tanımlayıcı özelliklerle SBİTÖ ve FINDRISK ile ilişkisi* 34

Tablo 13. SBİTÖ ile FINDRISK ilişkisi 35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Diyabet Tanı Algoritması 7

KISALTMALAR LİSTESİ

ADA : Amerikan Diyabet Cemiyeti

APG : Açlık plazma glukozu

BOH : Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

BMI : Beden kitle indeksi

CDA : Kanada Diyabet Derneği

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

DKA : Diyabetik ketoasidoz

DM : Diyabetes Mellitus / Diyabet

DN : Diyabetik Nöropati

DPP : Diyabet Önleme Programı

DPS : Finlandiya Diyabet Önleme Çalışması

DSÖ/ WHO : Dünya Sağlık Örgütü

GDM : Gestasyonel Diabetes Mellitus

HHS : Hiperosmolar Hiperglisemik

HDL : Yüksek yoğunluklu lipoprotein

HHNK **:** Nonketotik Hiperglisemik Hiperosmolar

IGT **:** Obezite ve Bozulmuş Glukoz Toleransına

KAH **:** Koroner Arter Hastalığı

NIDDM **:** İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus

NCD-RisC **:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri İşbirliği Platformu

IDF **:** Uluslararası Diyabet Federasyonu

IFG **:** Bozulmuş açlık glukozu

IGT-BGT **:** Bozulmuş glukoz toleransı

OAD **:** Oral antidiyabetik

OGTT **:** Oral glukoz tolerans testi

PAH **:** Periferik Arter Hastalığı

PG **:** Plazma glukozu

TURDEP **:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

SVD **:** Saint Vincent Deklerasyonu

TDHD **:** Türk Diyabet Hemşireliği Derneği

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenlerine bakıldığında ilk sıralarda kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanserin de içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011; WHO, 2023). Geçmişten günümüze değişen beslenme alışkanlıkları, yaşam koşulları, stres ve çevresel faktörlerin özellikle BOH hastalıklarında morbidite ve mortaliteyi artırdığı bilinmektedir (Erdoğan ve Coşansu, 2021). Diyabet de söz konusu hastalıklardan olup, tüm ırk ve etnik gruplarda, yaşla birlikte arttığı bilinmektedir (Perng, Conway, Mayer-Davis, ve Dabelea, 2023). Halk sağlığını tehdit eden önemli bir hastalık olması sebebiyle kontrol edilmesi gereken bir hastalıktır (Türkdiab, 2023).

Diyabetin görülme sıklığı dünyada hızla artmaktadır (Kutlu, Sayın ve Koçak, 2016). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2021 yılı verisine göre dünyada 20 ile 64 yaşları arasında ortalama 536 milyon diyabetli olduğu, 2030 yılında ise bu sayının 643 milyon, 2045 yılında 783 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Ülkemizde de diyabet hastalığı prevelansı dünya verileri ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'de 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) çalışmasıyla 1998 yılında yapılan TURDEP 1 çalışması karşılaştırıldığında geçen 12 yıllık sürede ülkemizde diyabetli hasta görülme oranının %90 artmış olduğu, diyabet prevalansının %7,2'den %13,7' ye yükseldiği bilinmektedir (Satman vd, 2011). Diyabetli bireylerin yarısı diyabetli olduğunun farkında değildir. Bu konuda diyabet farkındalığının olmaması ve bilgi eksikliğinin olması diyabet komplikasyonlarını arttırmakta olup, diyabetlilerin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (Kurban, 2019). Diyabet hastalığı doğru yönetilmediğinde ve süresi uzadıkça makro ve mikro komplikasyonların görülme olasılığı artmaktadır (Kara, 2017). Bunlar hipertansiyon, geçici iskemik ataklar, enfarkt, inme, miyokardiyal iskemi ve periferik damarsal hastalıklardır. Araştırmalara göre diyabetik olan hastaların %70-80'i makrovasküler komplikasyonlar sebebiyle ölmektedir (Yöney, 2020). Diyabet hastalığı oluşmadan risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlem alınması gerekmektedir.

Diyabetlilerin yaklaşık %95''inde tip 2 diyabet vardır. Diyabet hastalığı uzun yıllar belirti vermeden, seyredebilir. Tip 2 diyabet sıklıkla önlenebilir bir hastalıktır. Bu nedenle diyabet riskini bilmek, risk faktörlerini tanımlamak önemlidir (Okburan ve Hasbaybüyükkaragöz, 2019; WHO, 2024). Tip 2 diyabetin değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, aile öyküsü, ırk, etnik köken, polikistik over ve gestasyonel diyabet olarak sıralanabilir. Diyabet riskinin sosyoekonomik duruma göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. (Aytemur ve İnkaya, 2022) Bir meta-analize göre, gelir, eğitim veya mesleğe göre düşük sosyoekonomik konuma sahip olanlarda diyabet görülme sıklığında %30-40'lık bir artış gözlemlenmiştir (Agardh, Allebeck, Hallqvist , Moradi , ve Sidor, 2011). Bazı diyabet risk faktörleri, yaşam tarzı seçimleriyle kontrol edilebilir. Bunlara değiştirilebilir risk faktörleri denir. Bunlar; fazla kilo, obezite, fiziksel inaktivite, tedavi edilmeyen hipertansiyon, yüksek kolesterol ve lipit seviyeleri, sigara içme, alkol, beslenme tarzı, stres düzeyi ve uyku olarak sıralanmıştır (Kyrou, vd., 2020; IDF, 2021; WHO, 2024; CDC, 2024). Sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması diyabetin de içinde olduğu birçok kronik hastalığı önlemekle birlikte, erken ölüm riskini azaltıp, fiziksel sağlığı da iyileştirebilmektedir (Koca, 2023). Sağlıklı beslenme ve fizik aktivite Tip 2 Diyabeti önlemede etkili kanıtlanmış sağlıklı yaşam davranışlarıdır (CDC, 2024); Diyabet taramalarının yapılması, bireylerin diyabet risklerinin belirlenmesi diyabetin önlenmesi, geciktirilmesi ve oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesinde etkilidir (Coşansu, 2009).

Obezite, sigara içme veya fiziksel inaktivite nedeniyle çalışan kesimde diyabet riski yüksek olabilir. Çalışan kişiler zamanlarının çoğunu işte geçirmektedir; bundan dolayı iş yerleri erken tanı ve tarama yaklaşımını içeren birincil koruma uygulamaları için ideal alanlardır. Tip 2 diyabet açısından böyle bir yaklaşıma yönelik ilk adım, diyabet riskinin yüksek olduğu bireyleri tespit edip, önlem almak olabilir. Dünyada diyabet riski ile ilgili çalışmalar incelendiğinde kadın nüfus, tüm toplum ve etnik gruplar arasında yapılan çalışmalara rastlanmıştır (Weisman, Fazli, Johns, ve Booth, 2018; Hellgren, ve diğerleri, 2012; Chopra ve Chopra, 2016; Kulkarni, 2017). Weisman ve arkadaşlarının çalışmasında etnik gruplara göre de diyabet riski farklılık göstermektedir (Weisman, Fazli, Johns, ve Booth, 2018). Bazı çalışmalarda cinsiyet durumunun diyabet riskini etkilemediği görülmüştür (Zhang, Zhang, Zhang, Hu, ve Chen, 2014; Hellgren, ve diğerleri, 2012). Ancak sağlıklı yaşam davranışları ve sosyodemografik değişkenlerin

diyabet riski ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada ileri yaş, fiziksel inaktivite, erkek cinsiyetin diyabet riskini arttırdığı bulunmuştur (González vd, 2022). Ayrıca fiziksel inaktivite ile birlikte olumsuz beslenme tutumunun diyabet riskini artırdığı bulunmuştur (Fletcher ve ark., 2002; Shaheen, Nassar, Amre, ve Hamdan-Mansour, 2015). Ülkemizde diyabet riski ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; üniversite öğrenci ve çalışanları, hemşirelik öğrencileri, sınıf öğretmenleri ve genel toplumda diyabet riskleri araştırılmıştır (Yörük, Yavuz, Oguz, Doğan, ve Öner, 2017; Topbaş, 2021; Osman, 2020; Bülbül vd, 2020). Bu çalışmalarda beslenme davranışları ve fiziksel aktivite tutumlarının diyabet riskini etkilediği bulunmuştur. Ayrıca kadınların erkeklere göre diyabet risklerinin fazla olduğu, eğitim durumu yüksek kişilerde diyabet riskinin daha az olduğunu vurgulayan çalışmalar da vardır (Yörük, Yavuz, Oguz, Doğan, ve Öner, 2017; Topbaş, 2021; Osman, 2020; Bülbül vd, 2020).

Vardiyalı çalışılan meslekler (Pan A, 2011), uzun oturma sürelerini (Biswas A, 2015) veya psikolojik stresi (Nyberg ST, 2014) içeren bazı mesleklerde diyabet riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. İsveç'te mesleklere göre diyabet riskinin araştırıldığı bir çalışmada 30 meslek çalışanları incelenmiş; en yüksek diyabet riskinin imalat işçileri, motorlu araç sürücüleri, tarım ve diğer mobil tesis operatörleri, kişisel bakıcılar, mağaza ve nakliye memurları arasında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada akademisyenler, mimarlar ve inşaat mühendislerin diyabet riski diğer mesleklere göre daha düşük bulunmuştur (Carlsson ve ark., 2020). Literatürde akademisyenlerin diyabet riskini değerlendiren üç çalışamaya ulaşılmıştır (Aksu, 2018; Yıldız, Zuhur, ve Zuhur, 2021; Akay ve Bozkurt, 2023). Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada akademisyenlerin diyabet riskinin diğer çalışanlardan yüksek olduğu bulunmuştur (Yıldız, Zuhur, ve Zuhur, 2021). Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan üniversitelerde görevli akademik personelin tip 2 diyabet risklerini belirlenmek amacıyla yapılan başka bir çalışmada akademisyenlerin hafif derecede diyabet riski olduğu bulunmuş, bel çevresi ve beden kitle indeksi yüksek olanların, fizik aktivite puanı düşük olanların diyabet riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (Aksu, 2018). Ülkemizde akademisyenlerin beslenme tutumu ve diyabet riskinin birlikte incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Literatürde yapılan çalışmalarda fiziksel inaktivite ve beslenme tutumunun diyabet riskini arttırdığı belirlenmiştir (Aksu, 2018). Bu nedenle akademisyenler çalıştıkları ortam

itibari ile inaktif oldukları varsayıldığında diyabet riski açısından değerlendirilmesi gereken bir gruptur (González vd, 2022).

Diyabet oluşmasında beslenme tutum ve davranışları önemli bir risk faktörü olduğu (Yıldız, Zuhur, ve Zuhur, 2021) göz önüne alındığında akademisyenlerin diyabet riski ve beslenme tutumlarının değerlendirilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir (González vd, 2022)

Bu çalışma ile akademisyenlerin diyabet riskleri ve sağlıklı beslenme tutumları incelenecektir. Bu çalışmanın akademisyenlerde diyabet farkındalığı yaratacağı, bu konuda çalışan sağlık profesyonellerine tanımlayıcı bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Amaç

Bu çalışmada akademisyenlerin diyabet riskleri ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3 Önem

Akademisyen yayın yapan, bilim etiğine uygun davranan, ülkesinde ve dünyada olan olaylara duyarsız kalmayan, entelektüel kapasitesi yüksek, bilimsel, analitik düşünebilen, akademik, insan ilişkilerinde başarılı, toplumda olumlu bir imaja sahip, bilim yapmayı temel edinmiş kişi şeklinde açıklanabilir. Ayrıca; öğrenci eğiten ve yetiştiren bir toplum üyesidir. Üniversite öğrencileri, eğitimlerini aldıkları bu dönemde akademisyenlerden etkilenmektedirler (Konakay, Akdemir, ve Ergen, 2015). Akademisyenler sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarıyla da topluma ve öğrencilerine rol model olmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında akademisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulamaları oldukça önemlidir (Ortaş, 2004; Apaydın, Mualla, ve Kasalak, 2015; Gulmez ve Kozan, 2017).

1.4 Araştırma Soruları

1) Akademisyenlerin tip 2 diyabet risk düzeyleri nasıldır?

2) Akademisyenlerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları nasıldır?

3) Tanımlayıcı özelliklere göre tip 2 diyabet riski ortalama puanları arasında fark var mıdır?

4) Tanımlayıcı özelliklere göre sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ortalama puanları arasında fark var mıdır?

5) Akademisyenlerin tip 2 diyabet risk düzeyleri ile sağlıklı beslenme tutumları arasında ilişki var mıdır?

1.5 Sınırlıklar

Bu çalışma Maltepe Üniversitesinde çalışan akademisyenler ile sınırlıdır. Bu topluma genellenebilir.

1.6 Tanımlar

Beslenme: Beslenme, hayati fonksiyonların devam ettirebilmesi, büyümenin, gelişmenin ve sağlıklı bir şekilde yaşanılabilmesi için ihtiyaç olan besin maddelerinin vücuduna alıp kullanmasıdır. (Gümüş ve Çakır, 2023)

Tip 2 Diyabetes Mellitus: Diyabet, pankreasın yeteri miktarda insülin üretememesi veya üretilen insülinin yeterince etkili bir şekilde kullanılamaması durumunda ortaya çıkan glisemik tablodur. Diyabet oluşan bu glisemik kontrolün ötesinde birçok risk azaltma stratejileri ile sürekli tıbbi bakım gerektiren kronik bir hastalık olmasıyla birlikte dünyada en sık görülen endokrin hastalıktır (Satman vd, 2011; IDF , 2019).

Dünya genelinde yaşayan şeker hastalarının yaklaşık oranla %90-95'ini tip 2 diyabetli hastalar kapsamaktadır (Coşansu, 2009). Tip 2 diyabet, insülin yetmezliği, insülin direnci, ve/veya insülin direncinde ilerleyici insülin sekresyon arızası neticesinde gelişmektedir (Türkdiab, 2017).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Diabetes Mellitus Tanımı ve Sınıflaması

Diyabetes eski Yunanca ’da “ sifon” anlamında fazla sık idrara çıkma anlamı taşır. Mellitus ise Yunanca ‘da “Bal” anlamına gelen mel kelimesinden türemiştir (Demirci, 2013). Diyabetin ilk kez Ayurvedik bilim adamları Sushruta ve Charaka tarafından 5. ve 6. yüzyılın başlarında fark edildiği, bu hastalığı “Madhumeha” veya “bal idrarı” olarak tanımlanan tatlı tadı olan idrarın özelliği ile tanımladıkları görülmektedir. İki tip diyabetin (Tip 1 ve Tip 2) farklı olasılığını ilk kez tanımlayanlar da bu Hintli bilim insanlarıdır. 1600’lerde Paracelsus ayrıca diyabeti böbrekleri etkileyen ve aşırı idrara çıkmaya neden olan yapısal bir hastalık olarak tanımlamıştır. 1700’lü yıllara gelindiğinde Thomas Willis ve William Cullen gibi birçok Avrupalı araştırmacı, diyabeti, tatlı idrar tadı ve böbrek bozukluğu gibi klasik klinik semptomlarıyla tanımlamaya çalışmıştır. 1788 yılında Thomas Cawley, diyabetik bir hasta üzerinde otopsi yapmış ve pankreasta taş ve doku hasarı belirtileri gözlemledikten sonra pankreas ile diyabet arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmüştür (Sreenivasamurthy, 2021).

2.1.1 Diyabetin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nun tanıma göre; diyabet, zamanla böbrek, kan damarları, kalp, gözler ve sinirlerde ciddi hasara sebep olan, yüksek seviyelerde kan şekeri ile karakterize edilmiş kronik ve metabolik bir hastalıktır. (WHO, 2024). Diyabet insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin ikisinde bozulması ile oluşan kronik bir metabolik hastalıktır (Türkdiab, 2023).

2.1.2 Diyabetes mellitus’un etyolojik sınıflandırması

I.Tip 1 diyabet

a. İmmün kaynaklı

b. İdiyopatik

II. Tip 2 diyabet

III. Diğer spesifik tipler

Gestasyonel diyabet (GDM) (Türkdiab, 2023)

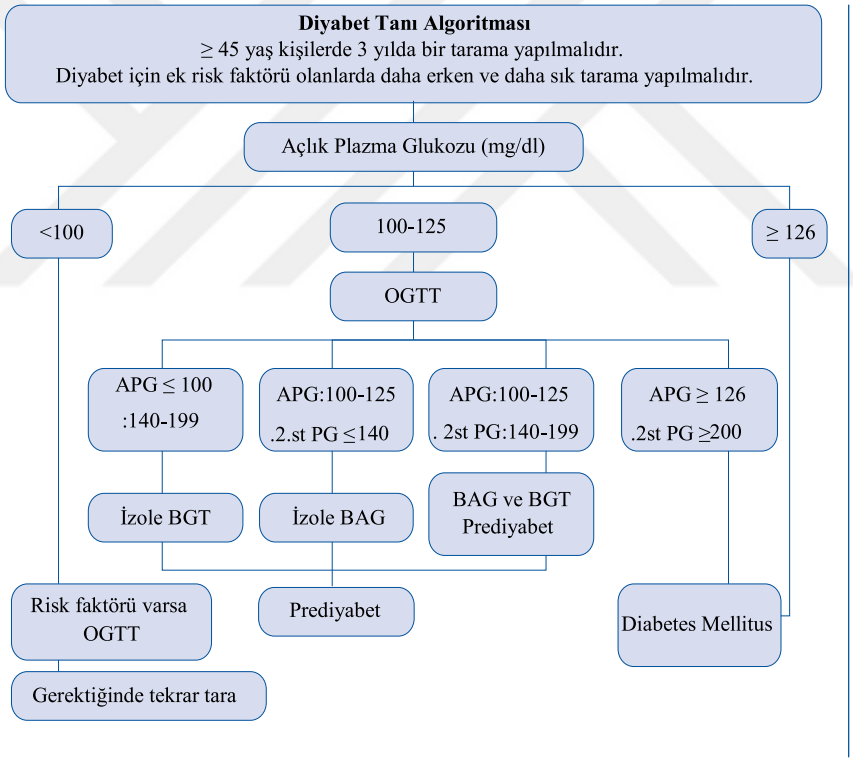
2.2 Diyabet Tanı Kriterleri

Türkiye Diyabet Vakfı'nın tedavi rehberine göre diyabet tanı kriterleri Tablo 1 ve Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Diyabet Tanı Kriterleri (Türkdiab, 2023)

Tanı Kriterleri	Kandaki glukoz değeri
Açlık Plazma Glukozu (APG)	≥ 126 mg/dl
Rastlantısal Plazma Glukozu3 +diyabet semptomları	≥ 200 mg/dl
Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2.st plazma glukozu	≥ 200 mg/dl

Diyabetes Mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı ve kriterleri



Şekil 1. Diyabet Tanı Algoritması (TEMD, 2024)

2.3 Tip 2 Diyabet Tanımı ve Belirtileri

2.3.1 Tip 2 diyabet tanımı

Tip 2 diyabet en çok görülen diyabet tipidir. Genellikle yetişkinlerde görülen ve vücut insüline dirençli hale geldiğinde veya yeterli insülin üretemediğinde ortaya çıkan diyabet türüdür. Tip 2 diyabet semptomları tip 1 diyabete göre daha geç fark edilebilmektedir. Bu nedenle çoğu zaman komplikasyonlar ortaya çıktığında hastalık tanımlanabilir. Genetik ve çevresel faktörler, tip 2 diyabetin gelişiminde güçlü bir şekilde rol oynar. Kesin genetik kusurlar karmaşıktır ve açıkça tanımlanmamıştır. Ancak diyabet riski yaş, obezite ve fiziksel hareketsizlik ile artar (IDF , 2019; Türkdiab, 2023). Tip 2 diyabet, çeşitli yıllarda sadece erişkinlerde görülürken, günümüzde çocuklarda da görülmeye başlanmıştır. Günümüze kadar tip 2 diyabetin kesin nedenleri bilinmemekle birlikte, bazı önemli risk faktörlerine dikkat çekilmektedir. En önemlileri şunlardır: aşırı vücut ağırlığı, fiziksel hareketsizlik ve yetersiz beslenmeyi etkileyen diğer faktörler ise etnik köken, ailede DM öyküsü, geçmiş gebelik diyabeti öyküsü ve ilerleyen yaştır (Okur, Karantas, ve Siafaka, 2017) Dünyada en sık rastlanan tip 2 diyabet tüm diyabetlilerin %49'unu oluşturur (Civil, 2013; Özüdoğru, 2013)

2.3.2 Tip 2 diyabet belirtileri

Tip 2 diyabet hastalarının %40' poliüri- polidipsi- polifaji belirtileri bulunmamaktadır. Tip 2 diyabette ketoasidoz nadir gelişmekte olup, hastalık genellikle başka bir hastalığın stresi ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Tip 2 diyabet semptomları hastalık başlangıcında hastanın fark edeceği kadar ciddi olmamaktadır (İzgi, 2014; Şahin, 2017). Tip 2 diyabette vücut, hastalığın erken safhalarında yeterince insülin üretebilir ancak buna etkili bir şekilde yanıt veremez. Tip 2 diyabetin ilerlemesi pankreasın yavaş yavaş yeterli insülini üretememesine neden olur (Solis-Herrera, 2018; WHO, 2024). Bu hastalıkta aşağıdaki belirtiler görülür.

a. Yorgunluk,

b. Yaraların geç iyileşmesi,

c. Cildin kuruması ve kaşıntılar, kadınlar genital bölge, erkeklerde saçlı deri, sakal ve kasıklarda kaşıntılar,

d. Sık gelişen bakteriyel fronkül ve deri hastalıkları,

e. Çok su içme,

f. Sık idrar yapma özellikle gece 2-3 defadan fazla idrar için uyanma,

g. Açlık hissi, çok yemek yeme,

h. Buna rağmen zayıflama, bulanık görme,

i. El ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma

j. Cinsel sorunlar hastalığın belirtilerini oluşturmaktadır (İzgi, 2014; Şahin, 2017).

2.4 Tip 2 Diyabet Epidemiyolojisi

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri İşbirliği Platformu (NCD-RisC)'nun verisine göre; 1980 yılında 108 milyon olan diyabetli yetişkin nüfus, 2014 yılında 422 milyona ulaşmıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonuna (IDF) göre dünya çapında 2019 yılında 463 milyon yetişkinin diyabetli olduğu bilinmektedir ve dünya erişkin nüfusunun %9,3'üne karşılık gelmektedir. 2030 yılında kadar diyabetli sayısının 578 milyon (%10,2) ve 2045'e kadar 700 milyon (% 10,9) kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2019 yapılan bir çalışmada diyabet hastalarının yaklaşık yarısının (% 49,7) teşhis edilmediği tahmin ediliyor (IDF , 2019; Saeedi ve ark., 2019). Türkiye'nin de içinde yer aldığı Avrupa bölgesinde bulunan 25 yaş ve üzeri erkeklerin %10,3'ünün, kadınların %9,6'sının diyabet olduğu bilinmektedir (WHO, 2019). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışma sonucuna göre Tip 2 DM prevalansı %7,2 olup, 2010 yılında yapılan TURDEPII çalışmasında %13,7 olarak tespit edilmiştir. Buna göre; son 12 yılda diyabet prevalansında %90 artış saptanmıştır. Ülkemizde 2019 IDF verilerine göre 20-79 yaş arası kişilerde diyabet prevelansı %11,1 olarak bildirilmiştir (Satman ve vd, 2011; IDF , 2019). Türkiye'de diyabetli hastaların yaklaşık olarak yarısı hastalığının farkında değildir (Türkdiab, 2017). TURDEP I ve II çalışma sonuçları ülkemizde obezite ve diyabetin en önemli halk sağlığı sorunları arasında olduğuna işaret etmektedir (Satman vd, 2011)

(Tablo 2). Son istatistiksel verilerin analizi, Tip 2 diyabetin birçok yeni epidemiyolojik özelliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Birincisi, diyabet Amerika Birleşik Devletleri ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde istikrarlı bir artışa devam etmektedir. Tip 2 diyabet gelişmekte olan ülkelerde endişe verici bir oranda yükselmektedir. Tip 2 diyabetin önümüzdeki yirmi yılda artmaya devam edeceği ve hastaların %70'inden fazlasının gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkacağı ve çoğunluğunun 45-64 yaş aralığında olacağı tahmin edilmektedir. Bugün bile, en fazla sayıda diyabet hastasının bulunduğu ilk on ülkeden yedisi, Hindistan, Çin, Rusya, Brezilya, Pakistan, Endonezya ve Bangladeş dahil olmak üzere düşük veya orta gelirli ülkelerdir ve bunların arasında yaygınlık oranları %12,1'dir. Hindistan ve Çin'de ise sırasıyla % 9,78'dir (Tablo 3). İkincisi, ilerleyen yaş, Tip 2 diyabet için bir risk faktörü olmasına rağmen, çocuklukta obezite oranlarının artması, Tip 2 diyabetin çocuklarda ve ergenlerde daha yaygın hale gelmesine neden olmuştur (Wu, Ding, Tanaka, ve Zhang, 2014; Sreenivasamurthy, 2021).

Tablo 2. TURDEP I- TURDEP II Çalışması

TURDEP I (1997-1998)			**TURDEP II (2010)**		
Katılım %85			Katılım : %89		
≥20 yaş :24.788 kişi			≥20 yaş, :26.499 kişi		
Kadın: 13.708			Kadın :16.696		
Erkek : 11.080			Erkek :9.327 Erkek		
Kent : 15.669			Kent :15.783		
Kır : 9.119			Kır :10.441 Kır		
Yaş (yıl)	Ortalama ±SD	Ortanca	Yaş (yıl)	Ortalama ±SD	Ortanca
Erkek	41.3±14.4	37.7	Erkek	46.8±15.8	45.9
Kadın	40.9±14.9	38.0	Kadın	45.2±15.1	44.4
Toplam	41.0±14.7	37.9	Toplam	45.8±15.4	44.9

Tablo 3. 2021 yılı diyabetli yetişkin (20-79 yaş) sayısı açısından ilk 10 ülke ve 2045'te tahmin edilen diyabetli ilk 10 ülke (IDF, 2021).

2021			**2045**		
Sıra	**Ülke**	**Diyabetli kişi sayısı (milyon)**	**Sıra**	**Ülke**	**Diyabetli kişi sayısı (milyon)**
1	Çin	140.9	1	Çin	174.4
2	Hindistan	74.2	2	Hindistan	124.9
3	Pakistan	33.0	3	Pakistan	62.2
4	Amerika Birleşik Devletleri	32.2	4	Amerika Birleşik Devletleri	36.3
5	Endonezya	19.5	5	Endonezya	28.6
6	Brezilya	15.7	6	Brezilya	23.2
7	Meksika	14.1	7	Bangladeş	22.3
8	Bangladeş	13.1	8	Meksika	21.2
9	Japonya	11.0	9	Mısır	20.0
10	Mısır	10.9	10	Türkiye	13.4

2.5 Tip 2 Diyabet Komplikasyonları

Diyabet, düzenli olarak takip edilmesi gereken tehlikeli bir hastalıktır. Tekin Yanık ve Erol'un (2016) çalışmasında tip 2 diyabetli hastaların %90'ınında; hipertansiyon (%81,3),

iskemik kalp hastalığı ve inme (%32,6), retinopati (%16,5), nefropati (%9,1), nöropati (%8,7), ayak yarası (%3,9) ve ampütasyon (%1,3) geliştiği bildirilmiştir. Diyabetin birçok komplikasyonu zamanla ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonlar; akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere iki başlıkta toplanır ((Cable, 2016; Tekin Yanık ve Özgül, 2016) Diyabet komplikasyonları akut ve kronik olarak iki başlıkta açıklanır (Farmaki, ve diğerleri, 2020).

2.5.1 Tip 2 diabetes mellitusun akut komplikasyonları

Diyabetik Ketoasidoz ve Diyabetik Koma: Diyabetik ketoasidoz tehlikeli bir komplikasyondur. Acil bir olay olarak kabul edilir ve hastanın acilen hastaneye nakledilmesini gerektirir. Hastada dehidrasyon, kussmaul nefesi ve aseton aspirasyonu belirtileri vardır. Çoğu zaman bu belirtilere yaygın karın ağrısı da eşlik eder. Başlangıçta bilinç düzeyi etkilenmez, ancak daha sonra bilinçte kademeli bir düşüş meydana gelebilir. Bu da uykululuk, uyuşukluk ve sonunda komaya neden olabilmektedir. Daha ciddi vakalarda hipotansiyon ve dolaşım şoku görülür. Uygun ve zamanında tedavi ile diyabetik ketoasidoz tamamen geri dönüşümlü bir durumdur (Fasanmade, Odeniyi, ve Ogbera, 2008).

Hipoglisemi: Hipoglisemi, kan şekeri çok düşük olduğunda ortaya çıkan bir komplikasyondur. Yanlış dozda insülin (artan doz), yoğun egzersiz veya azalan yiyecek veya karbonhidrat alımından kaynaklanabilir. Hastada sinirlilik ve terleme artışı olabileceği gibi bilinç düzeyinde bozukluklar, bilinç kaybı ve/veya koma da görülebilir. Acilen ağızdan glikoz alınması veya hastanın bilinci kapalı ise intravenöz glikoz uygulanması gerekir. Hipogliseminin belirtileri şunlardır: terleme, bulanık görme, titreme, baş ağrısı veya baş dönmesi, ciltte solgunluk, sinirlilik, gözyaşı sızıntısı, kasılmalar, dikkatin dağılması (dalgınlık), algı bozuklukları, beceriksiz hareketler, ağız çevresinde karıncalanma hissi ve yoğun yemek yeme isteği ortaya çıkar (TEMD, 2024).

Hiperglisemi: Hiperglisemi, kan şekeri seviyesinin çok yüksek olduğu duruma denir. Hiperglisemi, diyabette ciddi ve yaşamı tehdit eden komplikasyonların birincil nedeni olduğundan tedavi edilmelidir. Kanda insülin olmadığında, yetersiz olduğunda veya insülin yeterli düzeyde çalışmadığında ortaya çıkar. Diyabetli bir kişide, ilacını almayı veya yeterli dozu almayı unuttuğunda sıklıkla hiperglisemi gelişir. Hiperglisemiye yol

açabilecek diğer nedenler arasında uygun tedavi rejimleri olmadan tatlı yemek veya olası bir enfeksiyon yer alır. Halihazırda kullanılan tedavi rejiminin dengeli bir diyet ve egzersizle yeniden tasarlanmasıyla ilgilenilmektedir (TEMD, 2024).

2.5.2 Tip 2 diyabetin kronik komplikasyonları

Tip 2 diyabet, uzun vadede insan vücudunun hemen hemen her organının çalışmasını olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle diyabet hastalarının en büyük sorunu, hastalık ile eşlik eden uzun süreli komplikasyonlardır. Bunlardan en yaygın olanları şunlardır (Farmaki vd, 2020; Türkdiab, 2023)

Makroanjiyopati: Erkeklerde hipertansiyon, arter daralması, koroner arter hastalığı, felç ve erektil disfonksiyona yol açan ciddi kalp ve damar lezyonlarıyla ilgilidir.

Diyabetik retinopati: Esas olarak gözün damarlarının hasar görmesine bağlı olarak görmede ciddi bozulmalara neden olur. Batı dünyasında körlüğün en yaygın nedenidir.

Diyabetik nefropati: böbrek yetmezliğine neden olabilir.

Diyabetik nöropati: Duyu bozuklukları, kas atrofisi, yürüme güçlüğü, yara oluşumuyla birlikte yaralanmalar ve alt ekstremitelerde yoğun ağrı ile ortaya çıkar. Ayrıca taşikardi, ortostatik hipotansiyon, idrar kaçırma, hazımsızlık, bulantı, ishal ve/veya kabızlıktan da sorumludur.

Diyabetik ayak: Şeker hastalarında diz ve alt kısımlarda görülen, ağrı, duyu bozukluğu, cilt kuruluğu, nasır, yara ve ülser gelişimi ile ilişkili, sıklıkla ciddi lokal enfeksiyonlar ve ayak hastalıkları ile komplike olan lezyonları kastedilmektedir. Parmakların amputasyonu ile kangren gelişimine yol açar.

Enfeksiyonlara karşı hassasiyet, miyopati, osteoporoz, artropatiler ve karaciğer hasarı sıklıkla diyabetle ilişkili ek durumlardır.

Kalp Hastalığı ve Diabetes Mellitus: Tip 2 diyabetteki neredeyse tüm morbidite, aşağıdakiler gibi kardiyovasküler hastalıklarla ilgilidir:

- Koroner hastalık,
- Konjestif kalp yetmezliği;

– Arteriyel hipertansiyon.

– Tip 2 diyabetin kalp fonksiyonundaki bozuklukları şunları içerir :

– Kalp kasılmasının yoğunluğundaki bozukluklar,
– Uyarının oluşmasında ve iletilmesinde meydana gelen ve kalp atış hızında değişikliklere neden olan bozukluklar,
– Kalp kası perfüzyonundaki bozukluklar.

Diyabetli hastaların çoğunluğu diyabetli olduğunun farkında değildir. İstatistiksel olarak, diyabetli kişilerin yaklaşık %50'sine tanı konulamamaktadır ve hastaların yaklaşık %20-30'unda genellikle tanı konulmadan önce zaten komplikasyonlar gelişmiştir (Gillies ve ark. 2008). Bu nedenle Tip 2 diyabet erken tanısı için alternatif bir tarama yaklaşımına acilen ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde Tip 2 diyabetin öngörülmesine yönelik, konvansiyonel kan şekeri tarama testinden daha pratik ve değerli olan, kendi kendine değerlendirme, biyokimyasal ölçümler veya genetik belirteçlere dayanan çeşitli risk değerlendirme araçları geliştirilmiştir, böylece engelli kişilere müdahaleler uygulanabilmektedir (Wu, Ding, Tanaka, ve Zhang, 2014; Farmaki, vd, 2020; TEMD, 2024).

2.6 Tip 2 Diyabet Önleme ve Tedavi Yaklaşımları

Tip 2 diyabetli hastaların tedavisinde yaklaşım biçimi, büyük ölçüde değişmiştir. Bu konuda uluslararası kuruluşlar, güncel tedavi algoritmaları yayımlamaktadır. Daha önceki yıllarda algoritmalarda glisemik kontrol hedeflerinin daha aşağı çekilmesinden bahsedilirken, güncel algoritmalarda ise glisemik kontrol hedeflerinin hastaya özgü ve hasta odaklı tedavi yaklaşımları (tedavinin belirlenmesinde hastanın özelliklerinin dikkate alınması) benimsenmiştir. Tip 2 diyabette yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavi ve obezite nedenli cerrahi tedaviler uygulanmaktadır (TEMD, 2024).

2.6.1 Riskli bireylerin belirlenmesi

Prediyabetik hastaların yarıya yakınının henüz tanı almamış olduğu bilinmektedir. Bu nedenle riskli bireylerin doğru tespiti ve belirli aralıklarla tanısal tarama testlerinin yapılması gerekmektedir. Bunun için geliştirilen ve genel toplumda kolaylıkla uygulanabilir olan FİNDRİSK anketi önerilmektedir. Diyabet risk skoru 20 den fazla olan

bireyler koruma programlarına alınmalıdır (IDF, 2021). Prediyabet tanı kriterleri tablo 4'te gösterilmiştir;

Tablo 4. Prediyabet Tanı Kriterleri (Türkdiab, 2023).

Plazma Glukozu (PG)		
Riskli Grup	Açlık (mg/dl)	Tokluk (OGTT 2.st PG (mg/dl)
Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG)	100-125	
Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT)		140-199
HbA1c	%5.7 - 6.4	

Asemptomatik kişilerde diabetes mellitus tarama kriterleri şöyledir;

Beden Kütle Indeksi (BKI) ≥ 25 kg/m^2 olanlar ve aşağıdaki ek risk faktörü olanlar:

- Fiziksel inaktivite
- Birinci dereceden akrabalarda diyabet olması
- Yüksek riskli ırklar/etnisite (Afrika kökenli Amerikalılar, Latin ırk gibi)
- ≥4 kg bebek doğuranlar ve daha önce gestasyonel diyabet tanısı alanlar
- Düşük doğum ağırlıkla doğan kişiler
- Hipertansiyon (≥140/90 mmHg ya da hipertansiyon tedavisi alanlar)
- HDL-kolesterol <35 mg/dl ve/veya trigliserid >250 mg/dl
- İnsülin rezistansının klinik bulguları,
- Polikistik Over Sendromu 'PCOS'
- Daha önceki değerlendirmelerde BAG veya BGT olması
- Kardiyovasküler hastalık varlığı
- Kronik dejeneratif beyin hastalığı olan veya antipsikotik ilaç kullananlar
- Organ nakli yapılmış hastalar

Yukarıdaki kriterler yoksa taramaya 35 yaşında başlanmalıdır.

Sonuçlar normalse riskli bireylerde testler en az 3 yılda bir tekrarlanmalıdır. Eğer semptom varsa daha sık takip edilmelidir (IDF, 2021).

2.6.2 Yaşam tarzı değişiklikleri

Riskli bireylere ve prediyabet tanılı tüm bireylere yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir.

Tüm dönemlerde vazgeçilmez tedavi bileşeni yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı değişikliğinin yerini tutacak hiçbir ilaç bulunmamaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri yalnız kan glukozu üzerine değil, tüm risk faktörleri üzerine de olumlu etki gösterir.

Yaşam tarzında gerekli değişimler ve öneriler her vizitte tekrarlamalıdır. Yaşam tarzı değişikliğinin iki bileşeni olan beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyi için öneriler, bireyin özelliklerine göre bireysel olarak belirlenmelidir. Yaşam tarzı değişikliği ile 6 ayda %5-10 ağırlık kaybı sağlanmalıdır (Yörük, Yavuz, Oguz, Doğan ve Öner, 2017; Osman, 2020).

Fiziksel aktivite müdahaleleri: Günümüzde fiziksel hareketsizlik dünya çapında en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (Chien K ve ark., 2009). Fiziksel aktivitenin tip 2 diyabet gelişiminde %30-50 oranında azalmaya katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Fiziksel aktivite müdahaleleri glikoz toleransını iyileştirebilir ve Tip 2 diyabet riskini azaltabilir çünkü sadece kilo kaybına yardımcı olur. Her türlü fiziksel aktivite nüfusun çoğunluğu tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Örneğin, fiziksel aktivitenin en popüler seçeneği olan yürümenin, haftada 60 dakikadan kısa yürüyüşe kıyasla, haftada 150 dakika yürüyüş yapıldığında göreceli tip 2 diyabet riskini %60 azalttığı gösterilmiştir. Artan fiziksel aktiviteyi başarılı bir şekilde teşvik etmek için etkili bir öz düzenleme stratejisi olan günlük adım atılması yaygın olarak savunulmaktadır. Eklem sorunları nedeniyle yürüme güçlüğü çeken kişiler için bisiklete binme, yüzme veya spor salonuna dayalı aktiviteler gibi diğer fiziksel aktivite türleri teşvik edilmelidir. (Yörük, Yavuz, Oguz, Doğan ve Öner, 2017; Osman, 2020).

Sağlıklı beslenme: Epidemiyolojik çalışmalar diyabet riskinin diyetle ilgili faktörlere bağlı olarak artabileceğini veya azalabileceğini öne sürmektedir. Diyabet riskini artırabilecek beslenme faktörleri arasında aşırı miktarda rafine tahıl, şekerli içecekler, kırmızı ve işlenmiş et ve alkol tüketilmesi yer alırken, tam tahıllı tahıllar, sebzeler, süt ürünleri, baklagillerin tüketimi tam tersi etkilere neden olabilir. Son birkaç yılda birçok ülkede diyet faktörlerine ilişkin çok sayıda önleme çalışması yapılmıştır. Çin, Japonya ve

Hindistan'da yapılan çalışmalar, yağ, rafine karbonhidrat ve alkolün azaltılmasının ve lif alımının arttırılmasının Tip 2 diyabetin gelişimi üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamıştır. Finlandiya Diyabet Önleme Çalışmasında (DPS), diyette toplam ve doymuş yağ alımının azaltılmasını ve lif yoğunluğunun arttırılmasının gerekli olduğu bulunmuştur. Diyabet Önleme Programında (DPP), diyet hedefleri toplam yağ ve enerji alımını azaltmak hedeflenmiştir. Yüksek miktarda sebze, meyve, baklagiller, sızma zeytinyağı, fındık, balık, tam tahıllar ve kırmızı şarap tüketimiyle karakterize edilen bir Akdeniz diyeti de İspanya'da yapılan bir araştırmada diyabet vakalarında kayda değer bir azalma olduğunu gösterdi. Diyet, gıda bulunabilirliği, kişisel tercihler ve farklı kültürlere bağlı olarak oldukça değişken olsa da, genel bir kural çıkarılabilir. Yüksek miktarda sebze, meyve ve düşük doymuş yağ içeriğine sahip sebzelerden yağ alımı tercih edilmelidir; yeterli vücut proteini için takviye olarak fındık, baklagiller, süt ürünleri ve balık alınmalıdır. Rafine edilmemiş ve doğal lif içeriği yüksek tahıl ürünleri ağırlıklı olarak seçilmelidir; kırmızı et ve yüksek oranda işlenmiş gıdalar (örn. işlenmiş et, şekerleme) sınırlandırılmalıdır (Wu, Ding, Tanaka, ve Zhang, 2014; Shaheen, Nassar, Amre ve Hamdan-Mansour, 2015; Türkdiab, 2023).

Davranış değişikliği müdahaleleri: Davranış değişikliği müdahalelerinin yüksek riskli kişiler için tip 2 diyabet gelişimini önleyebildiği veya geciktirebildiği gösterilmiştir. Örneğin DPS ve DPP, diyet veya fiziksel aktivitedeki değişikliklerin diyabet görülme sıklığını 4 yıl içinde neredeyse %60 oranında azaltabileceğini belirtmiştir (Wu, Ding, Tanaka, ve Zhang, 2014; TEMD, 2024).

Obezite yönetimi: Obezite, temel nedeni enerji alımı ve harcaması arasındaki dengesizlik olan Tip 2 diyabet için en önemli risk faktörlerinden biridir. Adipoz doku, özellikle de iç organları çevreleyen doku (örn. iç organ yağı) çeşitli proinflamatuar adipokinler salgılayabilir ve adipoz doku kütlesi artarsa bu sitokinlerin salgılanması değişecektir; bu, metabolik bozukluklar nedeniyle tip 2 diyabete katkıda bulunacaktır. DSÖ, obezite riskini önlemek için, yüksek diyet lifi alımının arttırılması, enerji açısından yoğun, mikro besin açısından fakir gıdaların alımının azaltılması ve düzenli fiziksel aktivite dâhil olmak üzere çeşitli yaşam tarzı iyileştirici faktörler belirlemiştir. Kilo kaybının diyabet insidansı üzerinde etkileri olabilir; DPP çalışmasında görüldüğü gibi, her kilogram kilo kaybı, tip 2 diyabet gelişiminde %16'lık bir azalma ile ilişkilidir. Dolayısıyla kilo vermenin, en

azından kısa vadede tip 2 diyabetin önlenmesinde faydalı olduğu görülmektedir. Sebze ve meyve gibi düşük enerji yoğunluğuna sahip gıdaların tokluk hissini arttırmaları, toplam enerji alımını azaltmaları ve kilo kaybı sağlayabilmeleri nedeni ile tüketimi önerilir. Bir meta-analiz, günde yaklaşık 50-100 kcal'lik alışılmış bir enerji dengesizliğinin kademeli kilo alımına katkıda bulunabileceğini, ancak yaşam tarzındaki mütevazı ve sürekli değişikliklerin bu durumu hafifletebileceğini veya tersine çevirebileceğini öne sürmektedir. Bu nedenle, insanların diyet veya aktiviteyi dramatik bir şekilde değiştirmek yerine kademeli olarak değiştirmesi daha kabul edilebilirdir. Bu stratejiler, tip 2 diyabetin etkili bir şekilde önlenmesi ve kontrolünün sağlanması için daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir (Wu, Ding, Tanaka, ve Zhang, 2014; Shaheen, Nassar, Amre ve Hamdan-Mansour, 2015; TEMD, 2024)

2.6.3 Medikal tedavi

BMI ≥27 kg/m2 olan diyabetlilerde yaşam tarzı değişiklikleri ile istenilen kilo kaybına ulaşılamaması durumunda obeziteye karşın farmakoterapi planlanabilir. Ülkemizde antidiyabetik ilaçlar ile tip 2 diyabete karşın tedaviler uygulanmaktadır. (TEMD, 2024)

2.6.4 Bariyatrik cerrahi

Tip 2 diyabette bariyatrik cerrahi BMI ≥40 kg/m2 olan tip 2 diyabet tanılı hastalar ve BMI ≥35 kg/m2 olup yeterli medikal tedaviye rağmen glisemik kontrol sağlanamayan tip 2 diyabet tanılı hastalarda multidisipliner bir anlayış ile (mümkünse taraf disiplinlerin katılımı ile yapılacak konseylerde tartışılarak) titiz bir değerlendirme yapılarak uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bariyatrik cerrahi girişimlerinin diyabetli hastalarda remisyon sağladığı bildirilmekle beraber uzun süreli sonuçlar remisyonun sürdürülmesi açısından tutarlı gözüktüğü, randomize kontrollü çalışma sonuçları glisemik ve kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolü açısından, konvansiyonel tedavilere kıyasla bariyatrik cerrahinin daha etkin bir tedavi olduğunu düşündürmektedir. (TEMD, 2024)

2.7 Diyabet Önleme Yaklaşımlarında Hemşirenin Rolü

İlk kez 1914'te da Elliott Joslin diyabet eğitim ve tedavisinde eğitim hemşirelerinin önemini bildirmiştir. Ayrıca diyabet ve diyabet eğitiminde uzman olmanın hemşirelik için yeni bir kariyer olacağını belirtmiştir (Allen, 2003). Diyabet hemşiresinin American

Nurses Association (ANA)ve American Association of Diabetes Educator (AADE) tarafından yapılan görev tanımı şöyledir; *"Diyabet hemşiresi; diyabet bakım ve eğitim gereksinimlerini belirlemek, hemşirelik tanılarını geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler, aileler, gruplar ve toplum ile çalışır"* (Sivrikaya ve Ergün, 2010). Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı ''Hemşirelik Yönetmeliğinde Yapılmasına Dair Yönetmelikte'' diyabet eğitim hemşiresinin görevleri yer almaktadır. Bu yönetmeliğine göre diyabet hemşireliğinin görevleri ANA ve AADE ile benzerlik göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Diyabetin yönetimi beslenme tedavisi, egzersiz, izleme, farmakolojik tedavi ve hasta eğitimini içermektedir. Beslenme yönetimi diyabet bakımında oldukça önemlidir. Etkili bir beslenme yönetimi, glisemik kontrolün sağlanmasına ve sürdürülmesine yardımcı olur ve hastaların refahına ve yaşam kalitesine katkıda bulunur. Kayıtlı diyetisyenler veya beslenme uzmanları diyabetli hastaların beslenme değerlendirmesi ve yönetiminde ana sorumluluğu üstlenirken, hemşireler ve sağlık ekibinin diğer üyeleri diyabet beslenme tedavisi hakkında bilgi sahibi olmalı ve hastaları beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasında desteklemelidir. Hemşireler hastalarla geçirdikleri zamanın uzunluğu nedeniyle diyabetli hastaların sonuçlarını iyileştirme konusunda benzersiz bir konumdadırlar. Hemşirelik mesleğinin bütünsel doğası, hemşirelerin resmi olmayan beslenme danışmanları olmalarını ve hastanedeki hastaların uygun bir diyet almalarını sağlamalarını gerektirir. Hastaların diyet tavsiyesi alabildiği yemek zamanlarında hastalara yardımcı olurlar. Bu nedenle hemşireler diyabetin beslenme yönetimine ilişkin kılavuzlardan haberdar olmalıdır (Farzaei, Shahbazi, ve Gilani, 2023).

Diyabet salgınının insani ve ekonomik maliyeti özellikle tarama hizmetlerinin zayıf olduğu gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorundur. Bu ülkelerde diyabet tedavisine erişim ve farkındalık sınırlıdır. Kötü kontrol edilen diyabet, ciddi sağlık komplikasyonlarına yol açabilir ve bu da diğer uzmanlık alanlarının devreye girmesine neden olur. Bu, kaynaklar üzerinde daha fazla baskı oluşması ve sağlık sistemi üzerine daha büyük bir mali yük getirilmesi anlamına gelmektedir (Cable, 2016).

Diyabetin yönetilmesi yeni bakım ve uygulama modelleri gerektirir. Sağlık sistemleri, tıbbi tedavi ve iyileşmeye odaklanan daha geleneksel doktor liderliğindeki modelin aksine, hasta merkezli olduğuna inanılan hemşire liderliğindeki modelleri giderek daha

fazla benimsemektedir. Hemşirelerin diyabet bakımında daha bağımsız rollerle güçlendirilmesi, diyabetli hastaların sonuçlarını iyileştirmeye yönelik olası bir girişim olarak öne sürülmüştür. Hemşire liderliğindeki modeli geleneksel bakımla karşılaştırırken Li ve arkadaşları, hemşire liderliğindeki modelin glisemik kontrolü iyileştirmede ve diyabet sıkıntısını azaltmada daha etkili olduğunu göstermiştir (Li, Elliott, Klein, Ur ve Tang, 2017)

Hemşireler, diyabet hastasının öz yönetim hedeflerininin belirlemesi için eğitim belirleme, hastanın aktif katılımını sağlama, kendi kendine glikoz izleme, ilaç yönetimi, sağlıklı beslenme, etkili başa çıkma ve fiziksel aktivite alanlarında olumlu öz yönetim davranışlarına yardımcı olacak yaklaşımları benimsemek için hastayla yakın işbirliği içinde çalışır. DM komplikasyonlarını tanımlamak için. Çeşitli çalışmalar, hemşirelik müdahalelerinin yaşam kalitesi, glisemik kontrol, öz yönetim davranışları ve diyabet bilgisi gibi hasta sonuçlarında iyileşmeye yol açabileceğini göstermiştir. Çok sayıda çalışmanın özetlenen bulguları, DM yönetiminde sürekli hemşirelik müdahalelerinin gerekliliğini ortaya koymakta ve kanıta dayalı ve en etkili müdahalelerin oluşturulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Dailah, 2024).

Diyabet ekibini oluşturan bir çok meslek grubu vardır doktor, hemşire, diyetisyen, davranış bilimcisi, ana-çocuk sağlığı uzmanı, oftalmolog, psikolog, podiatrist, fizyoterapist ve eczacıdan oluşur. Ekibin hizmet veriminde merkez hasta ve ailedir. Ekipte bulunan üyelerin çeşitliliği nedeniyle, rollerin esnek ve değişebilir olması ekibin dinamik olmasını gerektirmektedir. Ekibin her üyesi kendi alanına özgü uzmanlık bilgisini ortaya koyduğu için her ekip üyesinin yapabileceği özel katkılar vardır ve bu mesleklerin görevlerinin kesişmesi kaçınılmazdır (Sivrikaya ve Ergün, 2010).

Diyabet hemşiresi eğitimcileri, hastaların DM yönetimine yönelik öz bakım hedeflerine ulaşmaları için güven ve bilgi ile donatılmasına giderek daha fazla katkıda bulunmaktadır. Etkin kişisel bakım yönetiminde riskleri azaltmak, problem çözmek, kan şekerini izlemek, ilaç uyumu, egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi sağlıklı başa çıkma stratejilerini içeren yedi ana faktör vardır. Ancak sağlık eğitimi faaliyetlerinin etkililiği hastanın diyabetini kabul etmesine bağlıdır. Ayrıca bireyin eğitim düzeyi gibi sosyodemografik faktörler de DM yönetiminde öz bakıma uyumu etkileyebilir. Bakım verme tekniklerinin

de dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Resim kullanımı ve öğretme teknikleri, okuryazarlığı düşük bireyler için önerilen tekniklerdir. Öte yandan, bire bir konsültasyonun grup bazlı konsültasyona göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Çeşitli çalışmalar halihazırda hemşirelik bakımının etkisini değerlendirmiş ve hemşirelerin hastaları hastalıklarıyla başa çıkma konusunda eğitmede önemli bir rol oynadığını gözlemlemiştir. Ek çalışmalar, hemşire liderliğindeki eğitimin, iyileştirilmiş glisemik kontroller de dahil olmak üzere hastaların durumu üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur (Dailah, 2024). Hastaları ve aileleri eğitme, diyabetli bireylerin yönetiminde; ekip ile birlikte görev alan diğer merkezler ve sağlık görevlileri arasında iş birliğini sağlamaktır. Diyabet hemşiresinin rolü çalışma merkezinin ve bölgenin özelliklerine göre esneklik gösterir. Anahtar rolü ise; diyabetli bireyler için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Hemşirelik süreci; diyabetik hasta bakımında, bireyin sağlık bakım gereksinimlerini tanımlamasını ve bireye özgü bakım verilmesini sağlayan sistematik bir yöntemdir (Akay ve Bozkurt, 2023). Diyabetli hastada hemşirelik bakımı, tanılama, sorunları saptama, hedefleri belirleme, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme adımları ile gerçekleşir. Bu aşamalardaki diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları ANA/AADE standartlarında açık olarak tanımlanmıştır (Sivrikaya ve Ergün, 2010; Dailah, 2024).

Ülkemizde 2010 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde diyabet eğitim hemşiresi, genel görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki gibi belirtilmiştir;

a) Diyabetli bireye uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri Hasta Tanılama Formuna kaydeder, ilgili hemşireye bilgi verir.

b) Hekim veya hemşire tarafından konsültasyon istenen poliklinik, servis/ünite hastalarını geliştirdiği Diyabet İzlem ve Eğitim Formunu kullanarak değerlendirir, eğitim ve bakım ihtiyacını belirler. Bakımın planlanmasını ve uygulanmasını organize eder.

c) Diyabetli bireylerin bakımında görev alır, bireyi yaşam kalitesini yükseltmede her aşamada destekler ve gereksinim duyulan konularda danışmanlık yapar. Diyabetli bireyin kendi kendini yönetimine destek olur.

ç) Kabul edilmiş protokoller ve reçete edilen seçenekler çerçevesinde tedaviyi yönlendirir.

d) Diyabetli bireylerin takibini düzenli olarak yapar, komplikasyonların önlenmesine yönelik hasta ve ailesine gerekli eğitimleri verir.

e) Diyabetli bireye diyabet kimlik kartı vererek yanında taşımasının önemini anlatır.

f) Diyabetli bireye/yakınlarına insülin uygulama becerisi kazandırır.

g) Diyabet ile ilgili her düzeyde eğitim programı geliştirilmesinde rol alır.

ğ) Diyabetli bireyi diyabetik ayak yönünden değerlendirir, bakımı ve bakımın önemi konusunda bilgilendirir.

h) Diyabetli bireyin gereksinimleri doğrultusunda grup veya bireysel eğitimleri planlar, uygular, değerlendirir ve kaydeder.

ı) Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin diyabet konusunda eğitim gereksinimlerini belirler, önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılır. Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyali geliştirir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

3. YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Modeli:

Araştırma akademisyenlerin diyabet riski ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı desende tasarlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Bu çalışma Maltepe Üniversitesinde Aralık 2023-Ocak 2024 ayları arasında yapılmıştır.

3.3 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:

Çalışmanın evrenini Maltepe Üniversitesi'nde görev yapan kadrolu 594 akademisyen oluşturmuştur. Çalışma için yeterli örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla güç analizi yapılmıştır. Güç analizi G*Power 3.1.9.4 paket programı ile gerçekleştirilmiştir (Faul, 2007). Çalışmada etki büyüklüğü olarak orta etki büyüklüğü (Ro (ρ)= .30). Bu etki büyüklüğü referans alınarak yapılan güç analizine göre; çift kuyruklu hipotez için etki büyüklüğü (ρ)= .30, hata payı (α)=.05 ve Power (1- β)=.895 parametrelerine göre minimum örneklem sayısı 134 kişi olarak hesaplanmıştır (Kritik t= 1.978).

Bunun yanında örneklem kayıpları olabileceği düşünülerek %30'luk ek örneklem çalışmaya dahil edilmiştir. Yapılan işlem aşağıdaki hesaplamaya göre yapılmıştır.

Ek örneklem: (Örneklem sayısı / Hata %) X 100

Ek örneklem:(134 / 30) X 100

Ek örneklem: 40 kişi

Ek örneklemin hesaplanmasından elde edilen sayı minimum örneklem sayısına eklenerek bu çalışma için alınması gereken örneklem sayısı elde edilmiştir. Bu hesaplamalar sonrası **minimum 1*74 (134 + 40 ek örneklem)*** akademisyenin çalışma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Veri toplama aşaması sonucunda ise çalışmanın örneklemini 179 akademisyen oluşturmuştur.

3.4 Araştırmaya alınma kriterleri:

Çalışmanın evrenine Maltepe Üniversitesi'nde kadrolu akademisyen olarak görev yapan, aşağıdaki dışlama kriterlerine uygun akademisyenler örnekleme alınmıştır.

Dışlanma kriterleri:

- Diyabetli olanlar
- Çalışmaya katılmak istemeyenler
- Hamileler
- Veri toplama tarihlerinde izinli olanlar.

3.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan "Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Fin Diyabet Risk Skoru" ve "Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği" kullanılmıştır.

3.6 Tanımlayıcı Bilgiler Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmış ve 12 sorudan oluşmaktadır (González vd, 2022; TEMD, 2024). Araştırmaya katılan akademisyenlerin kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış olan bu formun içeriğinde cinsiyet, çalışılan fakülte/bölüm, unvan, ,yaş, medeni durum, çocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı boy, kilo, bilinen kronik bir hastalığın olup olmadığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek-3).

3.7 Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği (FINDRISK)

Finlandiya Tip2 DM Risk Anketi (FINDRISK); 8 adet soru (Beden Kütle indeksi egzersiz sıklığı, bel çevresi kalınlığı, yaş, sebze meyve yeme sıklığı, tansiyon yüksekliği durumu, daha önce kan şekerinin yüksek ya da sınırda olması durumu, ailede diyabet varlığı durumu) içermektedir. (Ek: 2) FINDRISK anketi kan testleri olmadan Tip2 DM gelişimi açısından risk taşıyan kişileri belirlemek için Tuomilehto ve Lindström tarafından 1987 yılında oluşturulmuştur. Lindström"ın çalışmasına göre: 10 yıllık Tip 2 diyabet riski "düşük < 7puan, Hafif risk = 7-11puan, Orta risk 12-14puan, Yüksek risk = 15-20puan, Çok yüksek risk ≥ 20puan" olarak değerlendirilmektedir (Lindström ve Tuomilehto, 2003). Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından toplumdaki diyabet

sıklığını araştırmak için kullanılan FINDRISK, Türkçe'ye Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) tarafından çevrilmiştir ve güvenli bir şekilde ülkemiz için diyabet taramalarında kullanılmaktadır (TEMD 2022, Kulak ve ark,2019)(Ek-4).

3.8 Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ)

Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) Tekkurşun ve Cicioğlu (2019) tarafından geliştirilmiştir (Tekkurşun Demir ve Cicioğlu, 2019). SBİTÖ 21 madde ve 4 faktörlü, Likert tipli bir ölçektir (Ek:3). Ölçekteki olumlu maddelere ait derecelendirme "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Kesinlikle Katılıyorum" şeklindedir. Olumlu tutum maddeleri; 1, 2, 3, 4 ve 5 olumsuz tutum maddeleri ise 5, 4, 3, 2 ve 1 şeklinde puanlanmıştır.

Olumlu maddeler: 1., 2., 3., 4., 5., 12., 13., 14., 15., 16. maddelerden oluşmaktadır.

Olumsuz maddeler: 6., 7., 8., 9., 10., 11., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçek 4 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, Beslenme Hakkında Bilgi (BHB), Beslenmeye Yönelik Duygu (BYD), Olumlu Beslenme (OB) ve Kötü Beslenme (KB) olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin alt faktörlerinin madde numaraları aşağıda verilmiştir.

Beslenme Hakkında Bilgi (BHB): 1., 2., 3., 4., 5.

Beslenmeye Yönelik Duygu (BYD): 6., 7., 8., 9., 10., 11.

Olumlu Beslenme (OB): 12., 13., 14., 15., 16.

Kötü Beslenme (KB): 17., 18., 19., 20., 21. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, Beslenme Hakkında Bilgi (BHB) faktörü için ,90 Beslenmeye Yönelik Duygu (BHB) faktörü için ,84, Olumlu Beslenme (OB) faktörü için ,75 ve Kötü Beslenme (KB) faktörü için ,83 olarak bulunmuştur.

SBİTÖ'den alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105'tir. SBİTÖ'den katılımcıların alacağı 21 puan çok düşük, 23-42 puan düşük, 43-63 puan orta, 64-84 puan yüksek ve 85-105 puan ideal düzeyde yüksek sağlıklı beslenmeye ilişkin tutuma sahip

olduğu şeklinde açıklanır (Ek-5). Veri toplama araçlarına ilişkin normal dağılım ve güvenilirlik bulguları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Değişkenlere normal dağılım ve güvenirlik bulgularının dağılımı

Değişken	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's α
SBİTO	-.382	.122	.84
Beslenme hakkında bilgi	-1.111	2.557	.92
Beslenmeye yönelik duygu	.341	-.101	.66
Olumlu beslenme	-.645	.329	.68
Kötü beslenme	-.753	.226	.71
FİNDRİSK	.648	.078	-

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği; **FINDRISK:** Fin Diyabet Risk Skoru

Ölçüm araçlarının normal dağılımını değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin ±1,5 aralığında olması önerildiğinden (Bayram 2010: 49) değişkenlerin toplam puanları incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal aralıklarda olduğu görülmüştür.

Ölçüm araçlarına ait güvenirlik düzeyleri için Cronbach α güvenilirlik katsayıları incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre Cronbach α güvenilirlik katsayısı SBİTÖ için .84 olarak hesaplanırken SBİTÖ alt boyutlarında .66 ile 92 aralığında değişmiştir.

3.9 Verilerin Toplanması

Veriler Google forms üzerinden hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formunun ön yüzünde onam formu bulunmaktadır. Onam formunu onaylayan katılımcılar formu doldurmaya devam etmişlerdir. Formu doldurmak 10-15 dakika sürmüştür. Kurum izni alındıktan sonra üniversitesin uzaktan eğitim biriminin desteği ile akademisyenlerin eposta adresine çalışmanın veri toplama formunu içeren link gönderilmiştir. İlk e posta gönderiminden sonra katılımın yetersiz olması nedeniyle araştırmacı akademisyenleri yüz yüze ziyaret ederek, çalışmanın amacını ve olası yararlarını anlatmış, veri toplama formunu doldurmalarını sağlamıştır.

3.10 Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 26 paket programı aracılığı ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılımı için çarpıklık ve basıklık değerleri, ölçeklerin güvenirliği için ise Cronbach α güvenirlik katsayısı incelenmiştir (Tablo 5). Tanımlayıcı istatistikler için sayı, ortalama ve yüzdelikler verilmiştir. Değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. İlişkilerin incelenmesinde ise pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < .05$ anlamlı kabul edilmiştir. Bulgularda öncelikle katılımcılara ait demografik özellikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik analizleri yapılmış, ölçüm araçlarına ait ortalamalar, korelasyonlar, ölçüm araçlarının normal dağılım bulguları ve güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Sağlıklı Beslenme Tutum Ölçeği alt boyutlarına ait ortalama ve normallik analizleri yapılmıştır. Katılımcıların diyabet risk düzeyleri sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Akademisyenlerin tanımlayıcı özellikleri ve sağlıklı beslenmeye karşı tutum düzeyleri ile diyabet risk düzeyleri karşılaştırılmıştır. Katılımcıların yaşı, çocuk sayısı ve BMI gibi sürekli değişkenler ile sağlıklı beslenmeye karşı tutum düzeyi ve diyabet risk düzeyi arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

3.11 Etik

Çalışma için gerekli etik kurul izni T.C. Maltepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih: 9 Kasım 2023 ve Sayı: 2023/19-03) alınmıştır Maltepe Üniversitesi Rektörlüğünden kurum izni alınmıştır. (Ek:1) Çalışmada katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Ayrıca akademisyenlerin SBİTÖ ve alt ölçekleri puanları ve FİNDRİSK düzeyleri sunulmuştur. Tanımlayıcı özelliklerle SBİTÖ ve FİNDRİSK düzeyleri karşılaştırılmıştır.

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=179)

Tanımlayıcı özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	133	74.3
	Erkek	46	25.7
Medeni durum	Evli	114	63.7
	Bekar	65	36.3
Unvan	Araştırma görevlisi	32	17.9
	Öğretim görevlisi	51	28.5
	Dr. Öğretim üyesi	59	33
	Doçent	16	8.9
	Profesör	21	11.7
Sigara kullanımı	Evet	43	24
	Hayır	136	76
Düzenli fiziksel aktivite	Evet	76	42.5
	Hayır	103	57.5
Kronik hastalık	Var	44	24.6
	Yok	135	75.4
	Min-Max	**X**	**ss**
Yaş	24-78	42.4	11.5
Çocuk sayısı	0-3	.8	.8
BMI	16.4-38.5	24.3	4.1

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Katılımcıların %74,3'ü kadın, %63,7'sinin evli, %28,5'inin öğretim görevlisi olduğu bulunmuştur. Akademisyenlerin % 76'sının sigara kullanmadığı, %57,5'inin fizik aktivite yapmadığı. %75.4'ünün kronik hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması

42.4±11.5, çocuk sayısı ortalaması 0,8±0.8, BMI ortalaması 24.3±4.1 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Beden Kitle indeksine Göre Dağılımı

Kategori	n	%
Zayıf	10	5.6
Normal	100	55.9
Fazla kilolu	52	29.1
Obez	17	9.5

Katılımcıların beden kitle indeksine göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. Akademisyenlerin %5.6'sı zayıf, %55.9'u normal kilolu, %29.1'i fazla kilolu ve %9.5'i obez bireylerden oluşmaktadır.

4.2 Katılımcıların FINDRISK Ortalaması ve Risk Kategorisine Göre Dağılımı

Tablo 8. Katılımcıların FINDRISK ortalaması ve risk kategorisine göre dağılımı (n=179)

Değişken	X	ss	Min.	Max
FINDRISK	8.78	5.3	0	25

FINDRISK Kategori	n	%
DÜŞÜK risk (<7 puan)	63	35.2
HAFİF risk (7-11 puan)	69	38.5
ORTA risk (12-14 puan)	22	12.3
YÜKSEK risk (15-20 puan)	19	10.6
ÇOK YÜKSEK risk (>20 puan)	6	3.4

FINDRISK: Fin Diyabet Risk Skoru

Akademisyenlerin FINDRİSK'e ait ortalama, standart sapma, min ve max değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Anketin puan ortalaması 8.78±5.3, hafif riskli düzeyde hesaplanmıştır. Akademisyenlerin diyabet risk düzeyleri incelendiğinde %35.2'si düşük, %38.5'inin hafif , %12.3'ü orta, %10.6'sı yüksek , %3.4'ü çok yüksek riskli olduğu tespit edilmiştir.

4.3 Katılımcıların SBİTO Puan Ortalaması ve Risk Kategorisine Göre Dağılımı

Tablo 9. Katılımcıların SBİTO puan ortalaması ve risk kategorisine göre dağılımı (n=179)

Değişken	X	ss	Min.	Max
SBİTO	79.38	10.5	43	104
Beslenme hakkında bilgi	22.3	2.7	10	25
Beslenmeye yönelik duygu	17.9	4.3	10	30
Olumlu beslenme	18.6	3.7	7	25
Kötü beslenme	20.6	3.4	9	25

SBİTO Kategori	n	%
Orta (43-63 puan)	12	6.7
Yüksek (64-84 puan)	103	57.5
İdeal (85-105 puan)	64	35.8

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Akademisyenlerin SBİTÖ'ye ait ortalama, standart sapma, min ve max değerleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Ölçeğin puan ortalaması 79.38±10.5, yüksek düzeyde hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan SBİTÖ ölçeğinin beslenme hakkında bilgi alt boyutu puan ortalaması 22.3±2.7, SBİTÖ ölçeğinin beslenmeye yönelik duygu alt boyutu puan ortalaması 17.9±4.3, SBİTÖ ölçeğinin olumlu beslenme alt boyutu puan ortalaması 18.6±3.7, SBİTÖ ölçeğinin kötü beslenme alt boyutu puan ortalaması 20.6±3.4 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların SBİTÖ puan kategorileri incelendiğinde; %6.7'sinin orta %57.5'sinin yüksek ve %35.8'inin ideal düzeyde beslenme tutumu olduğu belirlenmiştir.

4.4 Katılımcıların SBİTÖ Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 10. Katılımcıların SBİTÖ puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	133	80.34	10.7	**t: 2.091**
	Erkek	46	76.61	9.7	**p: .038**
Medeni durum	Evli	114	79.30	10.5	t: -.137
	Bekar	65	79.52	10.7	p: .891
Unvan	Öğretim/Araştırma görevlisi	83	76.53	10.4	**t: -3.471**
	Öğretim Üyesi	96	81.84	10.1	**p: .001**
Sigara kullanımı	Evet	43	79.30	9.7	t: -.055
	Hayır	136	79.40	10.8	p: .956
Düzenli fiziksel egzersiz	Evet	76	82.95	9.6	**t: 4.061**
	Hayır	103	76.75	10.5	**p: .000**
Kronik hastalık	Var	44	80.68	8.1	t: .944
	Yok	135	78.96	11.2	p: .346

a>b; SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği; *İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test)

Katılımcıların SBİTÖ puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Kadın katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 80.34±10.7, erkeklerin SBİTÖ puan ortalaması 76.61±9.7 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (t: 2.091; p<.05). Buna göre **kadınların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi erkeklerden daha yüksektir.**

Evli katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 79.30±10.5, bekarların SBİTÖ puan ortalaması 79.52±10.7 olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -.137; p>.05). Buna göre **sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.**

Unvanı Öğretim/ Araştırma görevlisi olanların SBİTÖ puan ortalaması 76.53±10.4 iken öğretim üyelerinin (Dr. Öğr. Üyesi, Doçent, Profesör) puan ortalaması 81.84±10.1 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t: -3.471; p<.05). Öğretim üyelerinin **sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi, öğretim/ araştırma görevlisi grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.**

Sigara kullanan katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 79.30±9.7, sigara kullanmayan katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 79.40±10.8 olup, bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -.055; p>.05). Buna göre **sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi sigara kullanma veya kullanmama duruma göre değişiklik göstermemektedir.**

Düzenli fizik aktivite yapan katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 82.95±9.6, yapmayanların SBİTÖ puan ortalaması 76.75±10.5 olup, bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t: 4.061; p<.05). Bu bulguya göre **düzenli fizik aktivite yapanların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi yapmayanlardan daha yüksektir.**

Kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması 80.68±8.1, olmayanların SBİTÖ puan ortalaması 78.96±11.2 olup, bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: .944; p>.05). Bu bulguya göre **sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi kronik hastalığa sahip olma duruma göre değişiklik göstermemektedir.**

4.5 Katılımcıların FINDRISK Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 11. Katılımcıların FINDRISK puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması*(n=179)

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	133	8.12	4.7	**t: -2.883**
	Erkek	46	10.67	6.3	**p: .004**
Medeni durum	Evli	114	9.06	5.5	t: .955
	Bekar	65	8.28	4.9	p: .341
Unvan	Öğretim/Araştırma görevlisi	83	7.47	4.6	**t: -3.153**
	Öğretim Üyesi	96	9.91	5.6	**p: .002**
Sigara kullanımı	Evet	43	8.51	5.7	t: -.376
	Hayır	136	8.86	5.2	p: .707
Düzenli fiziksel egzersiz	Evet	76	7.61	4.8	**t: -2.588**
	Hayır	103	9.64	5.5	**p: .010**
Kronik hastalık	Var	44	10.75	6.4	**t: 2.912**
	Yok	135	8.13	4.7	**p: .004**

a>b; FINDRISK: Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği; *İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test)

Katılımcıların FINDRISK puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Kadın katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 8.12±4.7, erkeklerin FINDRISK puan ortalaması 10.67±6.3 olup, bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t: -2.883; p<.05). Buna göre **erkeklerin tip 2 diyabet risk düzeyi kadınlardan daha yüksektir.**

Evli katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 9.06±5.5, bekarların FINDRISK puan ortalaması 8.28±4.9 olup, bağımsız örneklem t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: .955; p>.05). Buna göre tip 2 **diyabet risk düzeyi medeni duruma göre değişiklik göstermemektedir.**

Unvanı Öğretim/ Araştırma görevlisi olanların FINDRISK puan ortalaması 7.47±4.6 puan iken öğretim üyelerinin (Dr. Öğr. Üyesi, Doçent, Profesör) puan ortalaması 9.91±5.6 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t: -3.153; p<.05). Öğretim üyelerinin tip 2 **diyabet risk düzeyi**, **öğretim/ araştırma görevlisi grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.**

Sigara kullanan katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 8.51±5.7, sigara kullanmayan katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 8.86±5.2 olup, bağımsız örneklemler t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (t: -.376; p>.05). Bu bulguya göre tip 2 **diyabet risk düzeyi sigara kullanma veya kullanmama duruma göre değişiklik göstermemektedir.**

Düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 7.61±4.8, yapmayanların FINDRISK puan ortalaması 9.64±5.5 olup, bağımsız örneklemler t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t: -2.588; p<.05). Bu bulguya göre **düzenli fiziksel aktivite yapmayanların tip 2 diyabet risk düzeyi yapanlardan daha yüksektir.**

Kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların FINDRISK puan ortalaması 10.75±6.4, olmayanların FINDRISK puan ortalaması 8.13±4.7 olup, bağımsız örneklemler t testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (t: 2.912; p<.05). Bu bulguya göre **kronik hastalığa sahip olanların tip 2 diyabet risk düzeyi kronik hastalığa sahip olmayanlardan daha yüksektir.**

Tablo 12. Bazı tanımlayıcı özelliklerle SBİTÖ ve FINDRISK ile ilişkisi*

Değişken	**SBİTO**		**FINDRISK**	
	r	**P**	**r**	**p**
Yaş	r: .337	**p: .000**	r: .482	**p: .000**
Çocuk sayısı	r: .024	p: .749	r: .260	**p: .000**
BMI	r: -.031	p: .680	r: .661	**p: .000**

*Pearson korelasyon analizi; SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği; FINDRISK: Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği; BMI: Vücut kütle indeksi

Bazı tanımlayıcı özelliklerle SBİTÖ ve FINDRISK ile ilişkisi Tablo 12'de gösterilmiştir.

Yaş ile SBİTÖ puanı arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .337; p<.05). Bu bulguya göre **yaş arttıkça sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi artış göstermektedir.**

Yaş ile FINDRISK puanı arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .482; p<.05). Bu bulguya göre **yaş arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir.**

Çocuk sayısı ile SBİTÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur (r: .024; p>.05). Bu bulguya göre **çocuk sayısı ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi arasında ilişki yoktur.**

Çocuk sayısı ile FINDRISK puanı arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .260; p<.05). Bu bulguya göre **çocuk sayısı arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir.**

BMI ile SBİTÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur (r: -.031; p>.05). Bu bulguya göre **BMI ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi arasında ilişki yoktur.**

BMI ile FINDRISK puanı arasında pozitif yönde korelasyon istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (r: .661; p<.05). Bu bulguya göre **BMI arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir.**

Tablo 13. SBİTÖ ile FINDRISK ilişkisi

Değişken	**r**	**r^2**	**p**
1. SBİTO	-.134	.017	.074
2. Beslenme hakkında bilgi	-.028	.000	.713
3. Beslenmeye yönelik duygu	-.089	.007	.236
4. Olumlu beslenme	-.154	.023	.040
5. Kötü beslenme	-.110	.012	.142

*Pearson korelasyon analizi

SBİTÖ ile FINDRISK ilişkisi bulgusu Tablo13'te gösterilmiştir.

Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ile tip 2 diyabet risk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (r:-.0134; p> .05). Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ölçeği alt boyutlarından "beslenme hakkında bilgi", "beslenmeye yönelik duygu" ve "kötü beslenme" ile tip 2 diyabet risk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken (p>.05) "olumlu beslenme" alt boyutu ilişkili bulunmuştur (r:-.154; p< .05). Bu bulguya göre olumlu beslenme tutum puanı arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi azalmaktadır

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Aralık 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi'nde kadrolu görev yapan, dahil edilme kriterlerine uyan akademisyenlerin diyabet riski ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya ait bulgular 2 başlık altında tartışılmıştır.

5.1 Akademisyenlerin Tip 2 Diyabet Risk Düzeyleri Ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Bulguları

Akademisyenlerin diyabet risk düzeyleri incelendiğinde %35.2'si düşük , %38.5'inin hafif , %12.3'ü orta, %10.6'sı yüksek , %3.4'ü çok yüksek riskli olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada akademisyenlerin FİNDRİSK ile ölçülen diyabet riski 8.78±5.3, hafif düzeyde bulunmuştur. Ülkemizde Güneydoğu ve Doğu Akdeniz bölgesinde çalışan akademisyenlerle yapılan çalışmalarda ve içinde akademisyenlerin de bulunduğu üniversite çalışanlarıyla yapılan araştırmalarda da diyabet riski bu çalışmaya benzer olarak hafif düzeyde bulunmuştur (Doğan, Yörük, Öner, Yavuz, ve Oğuz, 2017; Aksu, 2018; Akay ve Bozkurt, 2023; Kır Biçer, Çekiç, ve Ayvazoğlu, 2024). Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada da üniversite çalışanlarının diyabet riski bu çalışmaya benzer olarak hafif düzeyde bulunmuştur (Abdallah vd., 2020).

Akademisyenlerin %14'ünün diyabet riskinin yüksek ve çok yüksek riskli durumda olduğu tespit edilmiştir. Kır Biçer ve arkadaşlarının akademisyenler ile yapmış olduğu çalışmada %10.8'inin diyabet riskinin yüksek ve çok yüksek olduğu bildirilmiştir (Kır Biçer ve ark. 2016). Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riskinin değerlendirildiği bir başka çalışmada %9.7'sinin diyabet riski yüksek ve çok yüksek bulunmuştur (Doğan, Yörük, Öner, Yavuz ve Oğuz, 2017). Üniversite çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada %10.1'inin diyabet riskinin yüksek ve çok yüksek olduğu bulunmuştur (Akay ve Bozkurt, 2023). Ülkemizde bir aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada %19.3'ünün diyabet risklerinin yüksek-çok yüksek olduğu bulunmuştur (Kulak vd., 2019). Bigadiç'de 45-74 yaş arası 4425 kişi ile yapılan bir çalışmada %28'inin Tip 2 diyabet riski yüksek bulunmuştur (Selçuk ve Ünal, 2013). Bu çalışmada

akademisyenlerin diyabet riskinin, ülkemizde akademisyenler ve içinde akademisyenlerin de bulunduğu yapılan benzer çalışmalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Bunun nedeni ülkemizde yapılan çalışmaların örnekleminde üniversite öğrencileri ve çalışanlarının da bulunması olabilir. Ayrıca bu çalışmada akademisyenlerin yaşlarının diğer çalışmalardan yüksek olduğu, dolayısı ile diyabet risk durumlarını etkilediği düşünülmüştür. Buna karşın bu çalışmadaki akademisyenlerin genel topluma göre diyabet riskinin daha düşük olduğu söylenebilir (Kulak vd, 2019).

Bu çalışmada SBİTÖ ölçeğinin puan ortalaması 79.38±10.5 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyleri incelendiğinde; %6.7'sinin orta %57.5'sinin yüksek ve %35.8'inin ideal düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların BMI durumları incelendiğinde %5.6'sı zayıf, %55.9'u normal kilolu, %29.1'i fazla kilolu ve %9.5'i obez olarak bulunmuştur. SBİTÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada akademisyenlerin beslenme bilgi düzeyinin yüksek olduğu fakat katılımcıların yarısının kilolu ve obez olduğu belirtilmiştir (Çelik, 2023) Yapılan bir başka çalışmada da akademisyenlerin beslenme bilgi düzeylerinin iyi olduğu fakat katılımcılarının %56'sının fazla kilolu ve obez olduğunu tespit edilmiştir (İnbaşı, Yıldız, ve Çelik, 2023). Akademisyenlerin SBİTÖ tutumunun ülkemizde yapılan çalışmalara benzer olarak iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (İnbaşı, Yıldız ve Çelik, 2023). Ayrıca bu çalışmada fazla kilolu ve obez akademisyen oranı benzer çalışmalara göre düşük olmasına rağmen yine de bir problemdir ve bu durum diyabet riskini arttıracak bir faktör olarak değerlendirilebilir.

5.2 Akademisyenlerin Tanımlayıcı Özellikleri ile SBİTÖ ve FİNDRİSK Durumlarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada yaş arttıkça sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi de artış göstermektedir. Akademisyenler ve genel toplumla yapılan çalışmalarda bu çalışmaya benzer şekilde yaş arttıkça beslenmeye ilişkin tutum düzeyinin arttığı bulunmuştur (Özenoğlu vd, 2021). Bu çalışmada yaş arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir. Hem akademisyenlerle hem genel toplumla yapılan çalışmalarda yaş arttıkça diyabet riskinin de arttığı tespit edilmiştir (Aksu, 2018; González vd, 2022; Akay ve Bozkurt, 2023). Yaşlandıkça vücutta insülin direnci ve pankreasın insülin üretme

kapasitesinin azalabileceği dolayısı ile yaş arttıkça tip 2 diyabet riskinin arttığı bilinmektedir (IDF , 2019; TEMD, 2024).

Bu çalışmada çocuk sayısı ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi arasında ilişki yoktur. Yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışı beslenmeyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Şimşekoğlu, 2016). Bu çalışmada çocuk sayısı ile tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir. Yapılan bir çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak çocuk sayısı arttıkça diyabet risk düzeyinin de arttığı bulunmuştur (Pınarlı, 2019). Gebelik sayısı arttıkça obezite sıklığı da buna paralel olarak artmaktadır. Kadınların doğum öncesi ve sonrası aldıkları kilolar ve fiziksel inaktivite nedeni ile diyabet riskinin arttığı bilinmektedir. (Williamson ve ark., 1994; Nazlıcan ve ark., 2011)

Bu çalışmada BMI ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi arasında ilişki yoktur. Akademisyenlerin beslenme bilgi düzeyinin incelendiği bir çalışmada BMI ile beslenme bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (İnbaşı, Yıldız ve Çelik, 2023). Buna karşın spor salonuna giden bireylerle yapılan başka bir çalışmada BMI ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum puan ortalamasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre; normal beden kitle indeksi olan katılımcıların SBİTÖ puan ortalamalarının, obez katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Karaağaç ve Çakır, 2021). Bu çalışmada BMI arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi artış göstermektedir. Literatürde de BMI artıkça tip 2 diyabet riskinin arttığı görülmüştür (Kutlu, Sayın ve Koçak, 2016; Çevik vd, 2016; Demirağ, 2016; Doğan, Yörük, Öner, Yavuz ve Oğuz, 2017; Yıldız, Zuhur ve Zuhur, 2021; Kır Biçer, Çekiç ve Ayvazoğlu, 2024).

bezitenin diyabet risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Obez ve fazla kilolu bireylerin diyabet riski yönünden taranması ve risk bulunan bireylerin vücut ağırlıklarının azaltılması önerilmektedir (TEMD, 2024)

Bu çalışmada kadınların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi erkeklerden daha yüksektir. Literatürde akademisyenlerle yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer olarak kadınların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Ree, Riediger ve Moghadasian, 2008). Ayrıca genel toplumla yapılan

çalışmalarda da SBİTÖ alt boyutları incelendiğinde kadınların puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Özenoğlu vd, 2021). Üniversite öğrencileri ve hemşireler ile yapılan bir çalışmalarda da erkek ve kadınların beslenme tutumlarında anlamlı sayılabilecek bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Kaya, Pepe ve Demirci, 2022; Sezen, 2024).

Bu çalışmada erkeklerin tip 2 diyabet risk düzeyi kadınlardan daha yüksektir. Yapılan bazı araştırmalarda diyabet riski ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kulak vd, 2019; Kul, Çarıkçı, Aktaş ve Girgin, 2023) Sosyodemografik değişkenlerle diyabet riski arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda bu çalışmaya benzer olarak erkeklerin diyabet riskini daha yüksek bulunmuştur (González vd, 2022; IDF, 2021).

Sigara kullanım durumu ile SBİTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da sigara kullanımı ile sağlıklı beslenme tutumları değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Kul, Çarıkçı, Aktaş ve Girgin, 2023; Sezen, 2024).

Sigara kullanım durumu ile diyabet risk düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan benzer çalışmalarda da sigara kullanımı diyabet riskini istatiksel açıdan etkilemediği görülmüştür (Aksu, 2018; González vd, 2022; Akay ve Bozkurt, 2023).

Medeni durum ile SBİTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada bekar katılımcılar ile evli katılımcıların sağlıklı beslemeye ilişkin tutum ölçeği ve alt boyutlarından sadece beslenmeye yönelik duygu düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüş olup, bekarların evli katılımcılara göre beslenmeye yönelik duygu düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Sargın ve Güleşce, 2022) Yapılan başka bir çalışmada ise medeni duruma göre sağlıklı beslenme tutumlarına bakıldığında istatistiksel olarak az da olsa evli olan hemşirelerin bekâr olanlara göre daha yüksek sağlıklı beslenme tutumuna sahip olduğu görülmüştür (Sezen, 2024).

Medeni durum ile FINDRISK puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat literatüre bakıldığında evlilerde tip 2 diyabet riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilerde diyabet riskinin yüksek olmasını yaş ortalamasının bekarlara göre yüksek olmasına, evlilerde gebelik durumunun olmasına, bekarlarda obezite durumun düşük olmasına ve kilo kontrolü konusunda bekarların daha duyarlı olmasına bağlanmıştır. (Nazlıcan ve ark., 2011; Kutlu, Sayın, ve Koçak, 2016; Karahan, 2023)

Düzenli fizik aktivite yapanlar ile fizik aktivite yapmayan katılımcıların SBİTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında düzenli fizik aktivite yapanların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi daha yüksektir. Akademisyenlerin beslenme bilgi düzeyi ve egzersize yönelik inanışlarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların beslenme bilgisi ve egzersizin avantajları konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarına rağmen bu yeterliliklerini yaşam tarzına dönüştüremedikleri bulunmuştur (İnbaşı, Yıldız, ve Çelik, 2023)

Düzenli fizik aktivite yapanlar ile fizik aktivite yapmayan katılımcıların FINDRISK puan ortalamaları karşılaştırıldığında düzenli fizik aktivite yapmayanların tip 2 diyabet risk düzeyi daha yüksektir. Yapılan benzer çalışmalarda fiziksel inaktivitenin tip 2 diyabet gelişiminde önemli rol oynadığı bulunmuştur. (Aksu, 2018; Arslan, 2018; González vd, 2022; Kır Biçer, Çekiç ve Ayvazoğlu, 2024). Çalışmamızda akademisyenlerin %57,5'inin fiziksel inaktif olduğu bulunmuştur. Ülkemizde akademisyenlerle yapılan çalışmalarda da fizik aktivite oranlarının düşük olduğu bilinmektedir (Arslan, 2018; İnbaşı, Yıldız ve Çelik, 2023). Uzun süre telefon ve bilgisayar başında oturmanın günlük fizik aktiviteyi engellediği ve obezite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Erol, Ünsar ve Yacan, 2022). Akademisyenler de çoğunlukla masa başı çalışan kişiler olduğundan diyabet risk durumlarını etkilediği söylenebilir.

Unvanı Öğretim/ Araştırma görevlisi olanlar ile öğretim üyesi olanların (Dr. Öğr. Üyesi, Doçent, Profesör) FINDRISK puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğretim üyelerinin tip 2 diyabet risk düzeyi daha yüksektir. Öğretim üyeleri öğretim görevleri ve araştırma görevlilerinden yaşça büyüktür. Yaş arttıkça kronik hastalıklar ve diyabet riski de artmaktadır (Aksu, 2018; González vd, 2022).

Kronik bir hastalığa sahip olan katılımcılar ile kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların FINDRISK puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tip 2 diyabet risk düzeyi kronik hastalığa sahip olanlarda daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada da kronik hastalığa sahip olanların, kronik hastalığı olmayanlardan diyabet riski daha yüksek bulunmuştur (Karahan, 2023)

Kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların SBİTÖ puan ortalaması kronik hastalığı olmayanların SBİTÖ puan ortalaması sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi kronik hastalığa sahip olma duruma göre değişiklik göstermemektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik rahatsızlığı olan katılımcılar ideal düzeyde yüksek sağlıklı beslenme alışkanlığına sahipken, kronik rahatsızlığı bulunmayan katılımcılarda bu oranın düşük olduğu bulunmuştur. (Hastaoğlu, 2021)

Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ile tip 2 diyabet risk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ölçeği alt boyutlarından "beslenme hakkında bilgi", "beslenmeye yönelik duygu" ve "kötü beslenme" ile tip 2 diyabet risk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken "olumlu beslenme" alt boyutu ilişkili bulunmuştur. Bu bulguya göre olumlu beslenme puanı arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi azalmaktadır. Beslenme durumunun diyabet üzerinde değiştirilebilir bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada akdeniz tipi beslenmenin diyabet riskini azalttığı bulunmuştur (González vd., 2022).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar:

– Akademisyenlerin diyabet riski FINDRISK ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş 8.78±5.3 olarak hafif düzeyde bulunmuştur. Akademisyenlerin diyabet risk düzeyleri incelendiğinde %14'ünün yüksek ve çok yüksek riskli grupta olduğu tespit edilmiştir.

– Akademisyenlerin SBİTÖ ölçeği puan ortalaması 79.38±10.5 olarak ideal düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği puanları incelendiğinde; %6.7'sinin orta %57.5'sinin yüksek ve %35.8'inin ideal düzeyde beslenme tutumu olduğu belirlenmiştir.

– FINDRISK düzeyleri ile tanımlayıcı özellikler karşılaştırıldığında erkeklerin, öğretim üyelerinin, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların, kronik hastalığa sahip olanların tip 2 diyabet risk düzeyi daha yüksektir. Yaş, çocuk sayısı ve BMI arttıkça tip 2 diyabet risk düzeyi de artış göstermektedir. Diğer taraftan diyabet risk durumu medeni durum ve sigara kullanımına göre değişiklik göstermemektedir.

– SBİTÖ düzeyleri ile tanımlayıcı özellikler karşılaştırıldığında cinsiyet, unvan, fizik aktivite arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre kadınların, ünvanı öğretim üyesi olanların, fizik aktivite yapanların sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi daha yüksektir. Yaş arttıkça sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi artış göstermektedir. Çocuk sayısı ile sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi arasında ilişki yoktur. Ayrıca sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum düzeyi medeni durum, çocuk sayısı, BMI, sigara kullanma, kronik hastalığa sahip olma duruma göre değişiklik göstermemektedir.

– Sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ile tip 2 diyabet riski arasında ilişki bulunmazken, olumlu beslenme alt boyut düzeyi arttıkça tip 2 diyabet riski azalmaktadır.

Öneriler:

– Akademisyenlerin %14'ünün diyabet riskinin yüksek ve çok yüksek riskli grupta olup, fizik aktivite yapmayanların diyabet risk düzeyi daha yüksek bulunduğundan

kampüste bulunan fizik aktivite olanaklarını (yüzme havuzu, yürüyüş yolları, spor alanları) kullanmaları konusunda teşvik edilmelidir.

– Akademisyenler arasında diyabet riski, yaşam tarzı, stres seviyesi, fiziksel aktivite düzeyi ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak farklılık gösterebilir. İş yoğunluğu, uzun çalışma saatleri ve yüksek stres seviyeleri diyabet riskini artıran faktörlerdir. Bu nedenle, akademisyenlerin düzenli sağlık kontrolleri yaptırmaları, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz alışkanlıkları geliştirmeleri, stres yönetimi tekniklerini kullanmaları diyabet riskini azaltmada önemli rol oynar. Eğitim ve bilinçlendirme programları da bu bağlamda faydalı olabilir.

– Akademisyenler, sağlık bilincini artırarak ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik ederek, hem kendi diyabet risklerini azaltabilirler hem de topluma ve öğrencilerine örnek olabilirler. Sağlıklı alışkanlıkların kurumsal kültüre dahil edilmesi, sağlıklı bir çalışma ortamı yaratılmasına da katkı sağlayabilir.

– Üniversitelerde bulunan medikososyal birimleri tarafından koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında akademisyenlerin ve diğer çalışanların diyabet risklerinin tespiti ve riskli gruptakilerin yakından izlemi önerilir.

– Akademisyenlerin beslenme tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Olumlu beslenme puanı arttıkça diyabet riskinin azaldığı tespit edilmiştir.Bu nedenle akademisyenlerin olumlu beslenme tutumları davranışa dönüştürecek, eğitim ve bilinçlendirme toplantıları önerilir.

– Akademisyenlerde diyabet risk faktörlerini tespit edip, müdahale içeren çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

Abdallah, M., Sharbaji, S., Sharbaji, M., Daher, Z., Faour, T., Mansour, Z.,vd. (2020). Diagnostic accuracy of the Finnish Diabetes Risk Score for the prediction of undiagnosed type 2 diabetes, prediabetes, and metabolic syndrome in the Lebanese University. *Diabetology & metabolic syndrome, 12*, 84. https://doi.org/10.1186/s13098-020-00590-8

Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist , J., Moradi , T.,ve Sidor. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology, 40(3)*, s. 804-818.

Akay, B.,ve Bozkurt, C. (2023). Üniversite Çalışanlarında Diyabet Riskine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 5(3)*, s. 257-263.

Aksu, İ. (2018). *Akademisyenlerde tip 2 diyabet riski: Güneydoğu Türkiye örneği*. (Tez no: 509687). [Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Allen, N. A. (2003). The history of diabetes nursing, 1914-1936. . (T. D. Educator, Dü.) *The Diabetes Educator, 29(6)*, s. 976-989.

Apaydın, Ç., Mualla, A., ve Kasalak, G. (2015). Profesörlerin Cinsiyetlerine Göre 'Bilim İnsanı, Akademisyen, Bilim Adamı Ve Bilim Kadını'kavramlarına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. *Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi, 2*, s. 148-155.

Arslan, M. (2018). Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi, 45(1)*, s. 59-69.

Aytemur, M., ve İnkaya, B. (2022). Diabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, s. 121-130.

Biswas A, O. P. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.*, s. 123-132.

Bülbül E, Çelik S, Alçiçek H, Dindar A, Furtana M, Günal M., vd (2020). Hemşirelik Öğrencilerinde Diyabet Riski Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, s. 230-238.

Cable, S. J. (2016). The role of the diabetes specialist nurse. *South Sudan Medical Journal, 9(3),* s. 63-66.

Carlsson, S., Andersson, T., Talbäck, M., ve Feychting, M. (2020). Incidence and prevalence of type 2 diabetes by occupation: results from all Swedish employees. *Diabetologia*, *63*(1), 95–103. https://doi.org/10.1007/s00125-019-04997-5

CDC İnternet Sitesi (2024). Diabetes. Erişim Tarihi:15.06.2024 Web Adresi: *https://www.cdc.gov/diabetes/index.html*.adresinden alındı.

Chien, K., Cai, T., Hsu, H., Su, T., Chang, W., Chen, M., vd,. (2009). A prediction model for type 2 diabetes risk among Chinese people. *Diabetologia*, *52*(3), 443–450. https://doi.org/10.1007/s00125-008-1232-4

Chopra, I., ve Chopra, A. (2016). Risk perception for diabetes in Appalachian women. *Women & Health.*

Civil, E. F. (2013). *Bir üniversite hastanesinde diabetes mellitus tanısı koymak için kullanılan laboratuvar tanı yöntemlerinin maliyet analizleri*. (Tez no:339732). [Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi] https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=1PR48C4gkdNWNG6TgJ1qSQ&no=rf-pTILw-GLmlPMCTurVpw

Coşansu, G. (2009). 21. Yüzyılın Sağlık Krizi: Diyabet . *Florence Nightingale Journal of Nursing, 17(2),* s. 115-122.

Çelik, Ö. M. (2023). Akademisyenlerin Beslenme Bilgi Düzeylerinin ve Akdeniz Diyetine Bağlılıklarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, s. 197-202.

Bayındır Çevik, A., Metin Karaaslan, M., Koçan, S., Pekmezci, H., Baydur Şahin, S., Kırbaş, A., vd,. (2016). Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Nourtheast Turkey: findings from a population-based study. *Primary care diabetes, 10*(1), 10–18. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.06.002

Dailah, H. G. (2024). The Influence of Nurse-Led Interventions on Diseases Management in Patients with Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Healthcare* .

Demirağ, H. E. (2016). *Tip-2 diabetes mellituslu hastaların birinci derece yakınlarında diyabet risk değerlendirmesi.* (Tez no: 419878). [Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Demirci, H. (2013). *Tip 2 diyabetes mellitus nedeni ile takip edilen hastalarda depresyon riski ve depresyona etki eden faktörler.* (Tez no: 390021). [Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi] https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Doğan, B., Yörük, N., Öner, C., Yavuz, G., ve Oğuz, A. (2017). Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, s. 50-55.

Erdoğan, G., ve Coşansu, G. (2021). Diyabet Risk Farkındalığı: Bir Metropol Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 307-316.

Erol, Ö., Ünsar, S., ve Yacan, L. (2022). Diabetes Mellituslu bireylerin fiziksel aktivite davranışları ve iyilik hallerinin belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 6(1)*, s. 49-58.

Farmaki, P., Damaskos, C., Garmpis, N., Garmpi, A., Savvanis, S., ve Diamantis, E. (2020). Complications of the type 2 diabetes mellitus. *Current cardiology reviews, 16(4)*, 249-260.

Farzaei, M., Shahbazi, S., ve Gilani, N. (2023). Nurses' knowledge, attitudes, and practice with regards to nutritional management of diabetes mellitus. *BMC Med Educ 23, 192*.

Fasanmade, O., Odeniyi, I., ve Ogbera, A. (2008). Diabetic ketoacidosis: diagnosis and management. *African journal of medicine and medical sciences*, 99-105.

Faul, F. E. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods, 39(2)*, s. 175-191.

Fletcher, B. G., ve ark. (2002). Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 17-23.

González, Á. A., ve et al. (2022). Relationship between healthy habits and sociodemographic variables and risk of diabetes type 2. African health sciences, 22(4). s. 133-139.

Gulmez, D., ve Kozan, H. (2017). A Study Of Research Assistants' Perceptions About Academic Adviser And Academic Life Through Metaphors. *Journal Of Education And Practice*, 96-106.

Gümüş, B., ve Çakır, E. (2023). Deprem yaşayan genç bireylerin fiziksel aktiviteye katılım motivasyonu ve sağlıklı beslenme düzeyinin incelenmesi. *Doctoral dissertation, Kafkas University*.

Hastaoğlu, E. (2021). Covid-19 Salgını Sürecinde Turizm Öğrencilerinin Stres Düzeyleri ve Sağlıklı Beslenme Davranışları Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Tourism & Gastronomy Studies, 9(3)*, s. 1610-1621.

Hellgren, M., Petzold, m., Björkelund, C., Wedel, H., Jansson, P. A., P., Lindblad, U., ve et al. (2012). Feasibility of the FINDRISC questionnaire to identify individuals with impaired glucose tolerance in Swedish primary care. *Diabetic Medicine, 29(12)*, s. 1501-1505.

IDF, (2019). IDF Diabetes Atlas 2019. Erişim Tarihi: 05.05.2024 Web Adresi: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf. adresinden alındı.

IDF. (2021). IDF Diabetes Atlas 2021 10th Edition. Erişim Tarihi: 05.05.2024 https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/ adresinden alındı

İnbaşı, E., Yıldız, N., ve Çelik, A. (2023). Akademisyenlerde Beslenme Bilgi Düzeyi ve Egzersiz İnanışlarının Belirlenmesi. s. 43-50.

İzgi, C. (2014). *Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.* (Tez no: 365145). [Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Kara, A. (2017). Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Diyabetik Nöropati İle Osteoporoz İlişkisi. *Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi*.

Karaağaç, G., ve Çakır, E. (2021). Spor Salonlarına Giden Bireylerin Sağlıklı Beslenme Tutumları ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, s. 167-177.

Karahan, S. (2023). Type 2 Diabetes Mellitus Screening: The Sample of Sivas. *Cumhuriyet Medical Journal, 45(3)*, s. 28-35.

Kaya, A., Pepe, B., ve Demirci, S. (2022). Spor Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sağlıklı Beslenme Tutumlarının İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, s. 138-142.

Kır Biçer, E., Çekiç, M., ve Ayvazoğlu, G. (2024). Üniversite Çalışanlarında Tip 2 Diyabet Riskinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.

Koca, B. (2023). *Sağlık Çalışanı Olan ve Olmayan Bireylerin Yeme Farkındalığı ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlarının İncelenmesi.* (Tez no: 783148). [İstanbul Sağlık Bilimleri Fakültesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Konakay, G., Akdemir, A., ve Ergen, B. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Akademisyen Ve Ebeveyn Etkileşimleri Işığında Liderlik Modeli Belirlenmesinde Karizma Ve Entelektualite Etkisinin Araştırılması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*.

Kul, Y., Çarıkçı, F., Aktaş, E., ve Girgin, B. (2023). Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Psikopatolojik Semptomların Tip 2 Diyabet Riski ile İlişkisi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, s. 240-248.

Kulak, E. B., vd. (2019). Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 23(1)*, s. 20-30.

Kulkarni, M. F. (2017). Evaluation of the modified FINDRISC to identify individuals at high risk for diabetes among middle-aged white and black ARIC study part. *Diabetes*.

Kurban, B. (2019). Diyaliz Yeterlilik Parametrelerinin Ayak Dolaşım Ve Cilt Üzerine Etkilerinin Termal Kamera Bulguları İle Karşılaştırılması. *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi* .

Kutlu, R., Sayın, S., ve Koçak, A. (2016). Tanı Almamış Tip 2 Diyabet İçin Bir Tarama Metodu Olarak Fin Diyabet Risk Anketi (FINDRISK) Uygulanabilirmi? *Konuralp Tip Dergisi*, 158-166.

Kyrou, I., Tsigos, C., Mavrogianni, C., Cardon, G., Van Stappen, V., Latomme, J., vd,. (2020). Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: a narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC endocrine disorders, 20*, s. 1-13. doi: 10.1186/s12902-019-0463-3.

Li, D., Elliott, T., Klein, G., Ur, E., ve Tang, T. (2017). Diabetes nurse case management in a Canadian tertiary care setting: results of a randomized controlled trial. Canadian journal of diabetes,. *41(3)*, s. 297-304.

Lindström, J., ve Tuomilehto, J. (2003). Diabetes Risk Score : A practical tool for predicting type 2 diabetes risk . *Diabetes Care March 26 (3),*, 725-731.

Nazlıcan, E. D., ve ark. (2011). Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2)*, s. 5-12.

Nyberg ST, F. E. (2014). Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. . *Diabetes Care.* , 2268-2275. https://doi.org/10.2337/dc13-2936

Okburan, G., ve Hasbaybüyükkaragöz, A. (2019). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği - Beslenme Ve Fiziksel Aktivite. *Journal Of Nutrition And Dietetics.*

Okur, M. E., Karantas, I. D., ve Siafaka, P. (2017). Diabetes Mellitus: A Review on Pathophysiology, Current Status of Oral Medications and Future Perspectives. *Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, University of Anadolu*.

Ortaş, İ. (2004). Öğretim Üyesi Ya Da Bilim İnsanı Kimdir. *Pivolka*.

Osman, A. O. (2020). *Üniversite öğrencilerinde Tip 2 diyabet riski, davranışsal ve ailesel risk faktörleri ile Tip 2 diyabet farkındalığı* (Tez no: 616805). [Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özenoğlu, A. B., vd. (2021). Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığın Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlar Ve Beden Kütle İndeksi İle İlişkisi. *Life Sciences*, 1-18.

Özüdoğru, E. (2013). *Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez no: 330903). [Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Pan A, S. E. (2011). Rotating night shift work and risk of type 2 diabetes: two prospective cohort studies in women. . *PLoS Med.*

Perng, W., Conway, R., Mayer-Davis, E., ve Dabelea. (2023). Youth-Onset Type 2 Diabetes: The Epidemiology Of An Awakening Epidemic. *Diabetes Care,*, 490-499.

Pınarlı, Ç. (2019). *Kadınlarda beslenme okuryazarlığı ve beslenme durumu ile tip 2 diyabet riski arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.* (Tez no: 565907). [Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Ree, M., Riediger, N., ve Moghadasian, M. (2008). Kanada popülasyonunda yiyecek seçimini etkileyen faktörler. *Avrupa klinik beslenme dergisi*, s. 1255-1262.

Resmi Gazete (19 Nisan 2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik.. (Sayı : 27910) 14 .05.2024 *https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm*. Adresinden alındı.

Saeedi, P., Petersohn I., Paraskevi S., Malanda B., Karuranga S., Unwin N., vd., (2019). 2019 için küresel ve bölgesel diyabet yaygınlığı tahminleri ve 2030 ve 2045 için projeksiyonlar: IDF. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.

Sargın, K., ve Güleşce, M. (2022). Öğretmenlerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *(Van ili örneği). Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, s. 1-11.

Satman, İ., ve Gurubu (2011). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (Turdep-Ii) Sonuçları. Formun Üstü. 10.05.2024 tarihinde https://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-conte.nt/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf adresinde alındı.

Selçuk, K., ve Ünal, B. (2013). Bigadiç'te 45–74 yaş bireylerde diyabet prevalansı ve farkındalık durumunun belirleyicileri. *Turkish Journal of Public Health, 11(3),*, 160-173.

Sezen, S. (2024). *Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları.* (Tez no: 851774). [Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Shaheen, A., Nassar, O., Amre, H., ve Hamdan-Mansour, A. (2015). Ürdün'deki üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörler. *Health, 7(01),* s. 1.

Sivrikaya, S. K., ve Ergün, S. (2010). Diyabet Eğitimi ve Hemşireliği. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25-36.

Solis-Herrera, C., Triplitt, C., Reasner, C., DeFronzo, R. A., VE Cersosimo, E. (2015). Classification of diabetes mellitus. 15.04.2024 tarihinde https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279119/ adresinden alındı.

Sreenivasamurthy, L. (2021). Evolution in diagnosis and classification of diabetes. . *Journal of Diabetes Mellitus*, 200-207.

Şahin, N. (2017). *Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri ve Kontrolü.* (Tez no: 487500). [Yüksek Lisans Tezi Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=kZ5wQwOWqwPCWwifpu4Ghg&no=95Eh4yPFwmw88-qjOX-DxQ

Şimşekoğlu, N. ve. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* s. 19-29.

Tekin Yanık, Y., ve Özgül, E. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(3).*

Tekkurşun Demir, G., ve Cicioğlu, H. (2019). Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi,*, 256-274.

TEMD. (2024). *Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu*. 6 24, 2024 tarihinde https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf. adresinden alındı

Topbaş, E. B. (2021). Toplumda Tip 2 Diyabet Riski Belirtileri ve Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. . *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.*

Türkdiab İnternet Sitesi (2017). Diyabet Tanı ve Tedavisi 2017 Verieleri.. Erişim Tarihi: 07.04.2024, *https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi__kitabi.pdf*. adresinden alındı.

Türkdiab İnternet Sitesi (2023). Diyabet Tanı ve Tedavisi 2023 Verileri. Erişim Tarihi: 06.04.2024, *https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/2023_diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf*. adresinden alındı.

Weisman, A., Fazli, G., Johns, A., ve Booth, G. (2018). Evolving Trends in the Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Type 2 Diabetes: A Review. *Diabetes Care*.

WHO İntenet Sitesi (2023). Diabetes. Erişim Tarihi : 05.05.2024 *https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes*.adrsinden alındı.

WHO İnternet Sitesi (2024). Diabetes. Erişim Tarihi : 05.05.2024 *https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1*.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-2: Ölçek Kullanım İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

Ek-3: Tanımlayıcı Özellikler Formu

1- Cinsiyetiniz

A-Kadın

B- Erkek

2-Çalıştığınız fakülte/bölüm:

3-Ünvanınız

4- Yaşınız:

5- Medeni durumunuz nedir?

A- Bekar

B- Evli

6- Çocuk sayınız:

7-Sigara kullanıyor musunuz?

A- Evet …… ADET /GUN

B- Hayır

8-Alkol kullanıyor musunuz?

A- Evet

C- Hayır

D-

9-Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

A- Evet

B- Hayır

10- Boyunuz kaç cm?

.....cm

11-Kilonuz nedir?

.....kg

12-Bilinen kronik bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?

A- Evet (Hastalığınızı belirtiniz? .....)

B- Hayır

Ek-4: Fin Diyabet Risk Skoru Ölçeği (FINDRISK)

1. Yaş

0 puan: <45

2 puan: 45-54

3 puan: 55-64

4 puan: >64

Beden kütle indeksi (BKİ)

0 puan: <25 kg/m2

1 puan: 25-30 kg/m2

3 puan: >30 kg/m2

3. Bel çevresi

	ERKEK	KADIN
0 puan:	<94 cm	<80 cm
3 puan:	94-102 cm	80-88 cm
4 puan:	>102 cm	>88 cm

4. Ekseri günlerde işte veya boş zamanlarınızda çoğunlukla günde en az 30 dakika egzersiz yapıyor musunuz?

0 puan: Evet

2 puan: Hayır

5. Hangi sıklıkta sebze-meyve tüketiyorsunuz?

0 puan: Her gün

2 puan: Her gün değil

Kan basıncı yüksekliği için hiç ilaç kullandınız mı veya sizde yüksek tansiyon bulundu mu?

0 puan: Hayır

2 puan: Evet

Hekim veya herhangi bir sağlık personeli tarafından (check-up, hastalık veya gebelik sırasında) kan şekerinizin yüksek veya sınırda olduğu söylendi mi?

0 puan: Hayır

5 puan: Evet

Aile bireylerinizden herhangi birinde diyabet tanısı konulmuş muydu?

0 puan: Hayır

3 puan: Evet, amca, hala, dayı, teyze, kuzen ya da yeğen (2. derece yakınlarda)

5 puan: Evet, biyolojik baba ya da anne, kardeşler, ya da çocuğunuzda (1. Derece yakınlarda)

Ek-5: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ)

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1	Sağlıklı beslenmenin yararlarını bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Hangi besinlerin protein içerdiğini bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Hangi besinlerin karbonhidrat içerdiğini bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Hangi besinlerin vitamin/mineral içerdiğini bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Sağlıklı besinlerin neler olduğunu bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Şekerli besinler (çikolata, kek, bisküvi, vb.) tükettiğimde mutlu olurum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Fastfood ürünler (hamburger, pizza vb.) yemekten keyif alırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Şarküteri ürünleri (salam, sosis, sucuk, vb.) yemekten zevk alırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Yağda kızarmış besinlerin yemeyi severim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Meyve tüketmekten hoşlanmam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Şerbetli tatlıları (baklava, künefe vb.)tükettiğimde mutlu olurum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Ana öğünleri (kahvaltı-öğle ve akşam yemeği) düzenli yerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Günde en az 1,5 lt su içerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Haftada en az 3 öğün sebze tüketirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	Düzenli meyve tüketirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Her gün protein içeren besinler (et, süt, yumurta, vb.) yerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Ana öğünleri atlarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Her gün abur cubur (cips, çikolata, bisküvi, vb.) yerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	Her gün asitli/gazlı içeceklerden en az 1 bardak içerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Ayaküstü beslenirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	Ana öğünümü genellikle kek, bisküvi gibi gıdalarla geçiştiririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ÖZ GEÇMİŞ

Bektaş TOPCU

Eğitim

Yıl	*Derece*	*Yer*
2019	Lisana	Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

İş/İstihdam (Varsa)

Yıl	*Yer*	*Görev*
2020-Halen	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi	Hemşire

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Ateş, S., Topcu, B., ve Özpay, A. (2023). Empatik Eğilim, Özgeci Davranış ve Kan Bağışı. Sağlık Akademisi Kastamonu, 8(1), 55-67.