

## Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda bunalıtı düzeyleri ve stresle başetme

*Anxiety levels in patients with type 2 diabetes mellitus and coping with stress*

**Hatice Kumcağız, Aliye Özenoğlu, İlknur Aydın Avcı, Serdal Uğurlu**

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. H. Kumcağız), Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. A. Özenoğlu), Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. İ. Aydın Avcı), Samsun Sağlık Yüksekokulu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, TR-55030 Samsun; İç Hastalıkları Anabilim Dalı (Doç. Dr. S.Uğurlu), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

### Özet

**Amaç.** Diyabetes mellitus kronik olarak seyreden metabolik bir hastalıktır. Bu nedenle diyabet hastaları ile çalışan sağlık personeli, hastanın yaşam kalitesi ve hastalığının kontrolünde oldukça önemli olan stres ve durumluk-sürekli bunalıtı düzeyini bilmesi ve hastaya yönelik girişimlerinde bu doğrultuda planlama yapması. **Yöntem.** Tanımlayıcı, kesitsel araştırma ilkelerine göre çalışma; 15 Ocak-15 Haziran 2008 tarihleri arasında Diyabetle Yaşam Derneği Samsun Şubesi'ne kayıtlı olan Tip 2 diyabet hastaları ile yapılmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular.** Hastaların eğitim düzeylerine göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin "Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma" alt boyutunda ilköğretim düzeyi ( $\bar{x}=29,97$ ) en yüksek seviyede bulunurken, eğitim seviyesi yükseldikçe anlamlı derecede düştüğü görülmüştür ( $F=5,900$ ;  $p<0,01$ ). Hastaların eğitim düzeylerine göre durumluk sürekli bunalıtı düzeyleri incelendiğinde; ilköğretim düzeyinde sürekli bunalıtı seviyesi en yüksek ( $\bar{x}=51,76$ ) bulunmuş, eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli bunalıtı düzeyinin düştüğü saptanmıştır ( $F=3,881$ ;  $p<0,05$ ). **Sonuçlar.** Diyabet hastalarında bunalıtı, stres gibi psikolojik problemler hastalığın seyridinde bir takım komplikasyonların yaşanmasına neden olacaktır; bu nedenle, diyabet hastalarının psikososyal bakım ile ilgili destek almaya gereksinimleri vardır.

**Anahtar sözcükler:** Tip 2 diyabetes mellitus, stres, kaygı

### Abstract

**Aim.** Diabetes mellitus is metabolic diseases with a chronic course. Therefore, health workers working with diabetes patients should be informed about the life quality, stress and state and trait anxiety levels of the patients. The aim of this investigation was to evaluate the state and trait anxiety level and status of coping with stress in patients with type 2 diabetes. **Methods.** This descriptive and cross sectional study was carried out with type Diabetes patients registered with Samsun Branch of life with Diabetes Association between January 15 and June 15 2008. In the evaluation of relation with socio demographic variables, state and trait anxiety inventory and coping with stress scale was used **Results.** In the 'Avoiding working with problem' subscale of coping with stress scale, the score of the primary school graduates were found to be highest ( $\bar{x}=29.97$ ) whilst score decreased significantly as education level increased ( $F=5.900$ ;  $p<0.01$ ). When the relation between the education level of patients and their trait anxiety levels was examined, it was found that trait anxiety level was highest at primary education level ( $\bar{x}= 51.76$ ) and it decreased as education level increased ( $F=3.881$ ;  $p<0.05$ ). **Conclusion.** In diabetes patients, psychological problems such as anxiety and stress may lead to the emergence of some complications in the course of the disease; therefore, diabetes patients need to receive support regarding psychosocial care.

**Keywords:** Diabetes mellitus, type 2; stress; anxiety

**Geliş tarihi/Received:** 10 Mart 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 26 Nisan 2009

**İletişim adresi:**

Yrd.Doç.Dr. Hatice Kumcağız, Samsun Sağlık Yüksekokulu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Devlet Hastanesi Yanı, TR-55030 Samsun. Eposta: haticek@omu.edu.tr

**Giriş**

Diyabet beta hücrelerinden salgılanan insülinin miktarında azalma veya etkisindeki yetersizlik sonucu ortaya çıkan kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır [1-4]. Tip II diyabet risk faktörleri arasında aile öyküsü, insülin direnci ile seyreden tıbbi durumlar, şişmanlık, fiziksel inaktivite, ırk ve etnik özellikler sayılmaktadır.

Diyabetin tüm dünyada yaklaşık %2,6 oranında olduğu tahmin edilmekte ve bu nedenle, sık görülen bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Diyabetin ülkemizde görülme oranının yaklaşık %3 olduğu bilinmektedir [1, 4, 5]. En sık görülen diyabet tipi, tip II diyabet olup tüm olguların yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet orta ve ileri yaşlarda daha yaygındır, ancak günümüzde yaşam tarzı alışkanlıklarındaki olumsuz değişimler nedeniyle çocuklar ve genç yetişkinlerde de görülmektedir [1, 4, 6].

Diyabet, hipo- ve hiper- glisemilere ilaveten bazı mikro- ve makro- vasküler komplikasyonlara da neden olabilir. Bununla birlikte, diyabetin yol açtığı metabolik bozukluklar bireyin hem duyu durumunu, hem de bilişsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [7, 8]. Bunlardan en iyi bilinenlerden birisi, yetersiz glisemik kontrol ile depresyon arasındaki anlamlı ilişkidir [9].

Diyabet hastalarında davranışsal, duygusal, bilişsel ve kişilerarası iletişime yönelik bir takım tepkiler gelişmektedir. Gelişen psikososyal tepkiler sadece hasta yönünden değil, aile ve hekim açısından da bazı güçlükler yol açabilmektedir. Hastalığın algılanması, hastada çeşitli ruhsal tepkiler (stres, kaygı, anksiyete gibi) oluşturarak hastalığın seyrini ve kan glukoz regülasyonunu etkileyebilmektedir [10].

Stres kavramı ilk kez 17. yüzyılda 'felaket', 'bela', 'müsibet' anlamlarında, 18. ve 19. yüzyıllarda ise 'güç', 'baskı', 'zor' gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır [11-13]. Bir başka tanıma göre stres, bireyin fizik ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir [14]. Olaylar karşısında duyguların niteliği ve yoğunluğunu asıl belirleyen, olayların kendilerinden çok, kişinin onlara yüklediği anlamlardır. Kişi olayı, kişiliğine bir tehdit olarak algıladığında kendisini kaygılandırarak ve stres yaşayacaktır [15]. Kaygı, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarıp gerekli uyumu sağlamasına ve böylece, yaşamı sürdürme işlemine katkıda bulunmaktadır [16].

Stres durumunda yükselen kortizol, duyarlı bireylerde iştahı artırmakta ve bunun sonucunda kan şekeri ve tansiyon yükselmektedir. Kan şekerinin yükselmesi, fizyolojik olarak bireyin stresini daha da artırmaktadır. Oysa olaylara iyimser bir yaklaşım diyabet hastalarının problem çözme ve yaşamlarında değişiklikler yapma kabiliyetlerine katkıda bulunarak, kendilerine duydukları güveni artırırken stres seviyelerini de azaltıcı yönde etkileyebilecektir. Bu nedenle diyabet hastaları ile çalışan sağlık personelinin hastanın yaşam kalitesi ve hastalığının kontrolünde oldukça önemli olan stresi ve bunaltı düzeyini bilmesi ve hastaya yönelik girişimlerinde bu doğrultuda planlama yapması önemlidir. Bu nedenle bu araştırma, tip 2 diyabetli hastaların durumluk-sürekli bunaltı düzeyleri ve stresle baş etme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve yöntem*****Araştırmanın yeri ve zamanı***

Tanımlayıcı, kesitsel araştırma ilkelerine uygun olarak planlanan bu araştırma, 15 Ocak - 15 Haziran 2008 tarihleri arasında Diyabetle Yaşam Derneği Samsun Şubesi'ne kayıtlı olan tip 2 diyabetli hastalarla yapılmıştır.

### ***Araştırma grubu ve örneklem***

Araştırmanın evrenini Diyabetle Yaşam Derneği Samsun Şubesi'ne kayıtlı olan tip 2 diyabetli hastalar oluşturmuştur. Bu derneğe kayıtlı 238 hasta bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde derneğe kayıtlı olan, tip 2 diyabet tanısı konmuş, okuma yazma bilen, iletişim kurulabilen, ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 152 hasta çalışma kapsamına alınmıştır [evrenin %63,87'si].

### ***Veri toplama araçları***

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Formlar uygulanmadan önce 10 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra formlara son şekli verilerek uygulanmıştır.

### ***Kişisel bilgi formu***

Araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak sosyodemografik bilgileri almak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan 10 sorudan bir form kullanılmıştır. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvenceye sahip olma durumu, mesleği, alışkanlıkları, birlikte yaşadıkları kişiler ve diyabet tanısı ile yaşam süresini içeren sorular bulunmaktadır.

### ***Durumluk-sürekli kaygı envanteri***

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Bu ölçek Likert tipinde olup "Hiç" ile "Tamamiyle" arasında değişen dört dereceli bir ölçektir. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıkları çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. En son bulunan değer bireyin kaygı puanı olarak kabul edilir [17].

### ***Stresle başa çıkma ölçeği (SBÇÖ)***

Ölçek, Folkman ve Lazarus'un modellerine dayalı olarak beşli Likert tipinde 1999 yılında Türküm tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucu ölçekte kalmasına karar verilen 23 maddenin 20 maddesi olumlu yönde, üç maddesi (10, 17, 20 numaralı maddeler) ise ters yönden puanlanmaktadır.

Ölçeğin faktör analizi sonuçları başa çıkma davranışlarının 'Sosyal Destek Arama', 'Soruna Yönelme' ve 'Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma' biçiminde üç faktörde toplandığını göstermektedir. Ölçeğin bütününden 23-115 puan alınabilmektedir. Ölçeğin Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma alt ölçeğinden 1-40, Soruna Yönelme alt ölçeğinden 1-40 ve Sosyal Destek Arama alt ölçeğinden ise 1-35 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin bütününden ve alt ölçeklerden alınan puanın yüksekliği, kişinin stresle başa çıkma yollarını kullanma eğilimini yansıtmaktadır [18].

### ***Verilerin toplanması***

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği, 15 Ocak 2008- 15 Haziran 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama formları kişilerin kendilerine verilmiş ve bizzat kendileri tarafından doldurulmuştur. Hastaların formları doldurma sürecinde ek bir açıklama yapmaya gerek duyulmamış ve formlar yaklaşık olarak 15-25 dakikalık bir sürede doldurulmuştur.

### ***Araştırmanın değişkenleri***

Araştırmada tip 2 diyabetli bireylerin durumluk-sürekli kaygı ve stresle başa çıkma

puanları bağımlı değişken, sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili bilgiler ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **Etik uygunluk**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve araştırmaya katılan hastalardan ise sözel onay alınmıştır.

### **İstatistiksel analiz**

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerle birlikte t testi ile varyans ve korelasyon analizleri kullanılmıştır. Ayrıca normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmaya %60,5'i kadın (n=92), %39,5'i erkek (n=60) olmak üzere toplam 152 yetişkin tip 2 diyabetik birey katılmıştır. Çalışma kapsamındaki hastaların yaş ortalamaları 54,4±1,1 yıl olup, minimum 32 yaş ile maksimum 80 yaş arasında değişmektedir. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri.**

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	92	60,5
Erkek	60	39,5
Medeni durum		
Evli	132	86,8
Bekar	20	13,2
Eğitim durumu		
İlköğretim	79	52
Lise	35	23
Yüksekokul	38	25
Çalışma durumu		
Çalışıyor	31	20,4
Çalışmıyor	121	79,6
Sigara içme durumu		
Evet	12	7,9
Hayır	140	92,1
Alkol kullanma durumu		
Evet	9	5,9
Hayır	143	94,1
İkamet durumu		
Yalnız	5	3,3
Aile ile	147	96,7
Diyabet tanısı aldıktan sonra geçen süre		
1- 5 yıl	49	32,2
6-10 yıl	33	21,7
11 yıl ve üzeri	70	46,1

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin %86,8'i evli %52'si ilköğretim mezunu %100'ü sosyal güvenceye sahip %79,6'sı çalışmıyor %92,1'i sigara içmiyor, %94,1'i alkol kullanmıyor; %96,7'si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların diyabet tanısı konduktan sonra geçen süre araştırıldığında %32,2'sinin 1-5 yıl, %21,7'sinin 6-10 yıl, %46,1'inin ise 11 yıl ve daha fazla süredir diyabet hastası oldukları bulunmuştur.

Diyabet hastalarının, Stresle Başa Çıkma Düzeyleri ve alt ölçekleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri, cinsiyetlere göre incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05).

**Tablo 2. Araştırma grubunun cinsiyete göre stresle başa çıkma ölçeği ve alt boyutları ile durumluk-sürekli kaygı düzeyi değerleri.**

	Kadın	Erkek	T	P
Stresle başa çıkma	84,5±13,9	83,6±13,7	0,390	0,697
Sosyal destek arama	23,2±5,6	23,8±5,3	0,603	0,547
Soruna yönelme	32,0±7,5	32,6±5,4	0,472	0,638
Sorunla uğraşmaktan kaçınma	29,1±6,5	27,1±7,4	1,772	0,078
Durumluk- kaygı	57,1±5,4	58,1±5,5	1,175	0,242
Sürekli kaygı	51,3±6,9	49,1±7,2	1,840	0,244

Veriler ortalama±standart sapma olarak sunuldu.

**Tablo 3: Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma ölçeği ve alt boyutları ile durumluk-sürekli kaygı düzeyi değerleri.**

	İlköğretim	Ortaöğretim	Üniversite	F	P
Stresle başa çıkma	85,9±13,0	81,8±13,1	82,6±15,7	1,410	0,246
Sosyal destek arama	23,4±5,3	23,1±5,3	24,0±6,1	0,325	0,723
Soruna yönelme	32,5±7,2	31,0±5,7	32,9±6,6	0,855	0,427
Sorunla uğraşmaktan kaçınma	30,0±6,3	27,7±6,8	25,5±7,3	5,900	0,003
Durumluk kaygı	57,0±5,5	58,4±5,5	57,6±5,4	0,745	0,476
Sürekli kaygı	51,8±8,0	50,0±4,5	48,0±6,4	3,881	0,023

Veriler ortalama±standart sapma olarak sunuldu.

Hastaların eğitim düzeylerine göre stresle başa çıkma düzeyleri incelendiğinde; Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin "Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma" alt boyutunda ilköğretim düzeyi ( $x=29,97$ ) en yüksek seviyede bulunurken, eğitim seviyesi yükseldikçe anlamlı derecede düştüğü görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5,900$ ;  $p<0,01$ ).

Hastaların eğitim düzeylerine göre Durumluk Sürekli Kaygı düzeyleri incelendiğinde; ilköğretim düzeyinde sürekli kaygı seviyesi en yüksek ( $x=51,76$ ) bulunmuş, eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli kaygı düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=3,881$ ;  $p<0,05$ ). Yapılan istatistiksel incelemede eğitim düzeyi ile Durumluk Kaygı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların medeni durumlarının, çalışma durumlarının, tanıdan sonra geçen sürenin ve sigara içmenin durumluk bunalıtı etkilemediği (sırasıyla,  $U=1004,0$ ;  $U=1786,0$ ;  $F=1,077$ ;  $U=786,0$ ;  $p>0,05$ ) bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarının, çalışma durumlarının, tanıdan sonra geçen sürenin ve sigara içmenin sürekli bunalıtı etkilemediği (sırasıyla,  $U=1296,5$ ;  $U=1702,0$ ;  $F=1,878$ ;  $U=799,0$ ;  $p>0,05$ ) bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarının, çalışma durumlarının, tanıdan sonra geçen sürenin ve sigara içmenin stresle baş etme durumunu etkilemediği (sırasıyla,  $U=1297,5$ ;  $U=1491,0$ ;  $F=0,477$ ;  $U=703,5$ ;  $p>0,05$ ) bulunmuştur. Alkol kullanan hastaların sorunla uğraşmaktan kaçınma düzeylerinin daha düşük olduğu ( $U=292,0$ ,  $p<0,01$ ) ve çalışmayan hastaların sosyal destek arayışlarının daha yüksek olduğu ( $U=547,0$ ,  $p<0,05$ ) saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin durumluk bunalıtı düzeyleri ile sürekli bunalıtı düzeyleri ve SBÇÖ'nün alt boyutlarından sorunlara yönelme arasında ilişki olduğu saptanmış; sürekli bunalıtı düşük olanların durumluk anksiyetesinin yüksek olduğu ( $r=-0,25$ ,  $p=0,002$ ) ve durumluk bunalıtı düşük olanların daha fazla soruna yöneldikleri ( $r=-0,18$ ,  $p=0,02$ ) bulunmuştur. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların sosyal destek arayışları arttıkça soruna yönelme durumlarının arttığı ( $r=0,21$ ,  $p=0,01$ ) ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

## Tartışma

Tip II diyabet hastaları iyimser bir şekilde glisemik kontrolün sağlanması için öz bakımları ile ilgili pek çok sorumluluğu yerine getirmek zorundadırlar. Bunlardan bazıları beslenme, egzersiz ve vücut ağırlığının denetiminde yaşam tarzı değişikliği kendi kan glikoz konsantrasyonunun ölçümü ve izlenmesi ayak bakımı ile ilaç ve insülin enjeksiyonlarının uygulanmasıdır. Bu görevlerin yerine getirilmesindeki güçlükler glisemik kontrolü de olumsuz yönde etkiler. Diyabetiklerde depresif bozukluklar ve yeme bozuklukları gibi psikolojik problemler yaygındır ve bu durum, suboptimal glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile ilişkilidir [19].

Diyabetik yetişkinlerde psikolojik semptomların prevalansını tespit etmek için yapılan bir çalışmada [20], çalışmaya katılanların %28'inde orta-ağır şiddette depresyon veya anksiyete veya her ikisinin birlikte olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların stresle baş etme durumlarının yüksek olduğu, durumluk-sürekli anksiyetelerinin ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları da olan bir durumdur. Fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden bir dizi sorunla karşı karşıya kalan diyabetli birey stres ve endişe yaşamaktadır. Özellikle endişe, depresyon ve stres diyabetin kontrolü üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir. Bununla birlikte, özellikle stres yaşamın doğal ve gerekli bir parçasıdır. Yaşamı stresten tamamen arındırmanın bir yolu yoktur. Burada önemli olan, stresin nasıl yorumlandığı ve strese nasıl yanıt verildiğidir. Diyabet tanısı konmuş bireyler bütüncül olarak ele alınmalı, bir taraftan metabolik kontrol sağlanırken diğer taraftan da bireyin duygu durumunu desteklemeye yönelik uygulamalarla destek sağlanmalıdır. Diyabet hastalarının streslerinin farkına varması ve stresle nasıl baş edebileceği öğretilmesi yararlı olabilir. Bu çalışmada hastaların stresle baş etme puanlarının yüksek bulunması stresle baş etmeye yönelik eğilimlerinin yüksek olduğunu ve hastalık semptomlarının kontrolünde bu durumun etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca sağlık personelinin stresle baş etmeye yönelik eğitim planlarında bu durum eğitimlerin başarısı üzerine bir pozitif bir etki sağlayabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların stresle başa çıkma ve alt ölçeklerinin kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (Tablo 2). Bu sonuç, bu çalışmanın diğer araştırmalardan farklı bir kültürde yapılmasından ya da diyabet hastalarının baş etmeye yönelik eğilimlerinin genel olarak yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bunaltılı yaşam çöküntü duygusunu da beraberinde getirir. Birey, kişiliğini 'değersiz ve başarısız' ilan edip bu değerlendirmenin doğruluğuna inanırsa, yaşamında çöküntüye davetiye çıkarıyor demektir. Bunaltı ile baş etmek; başarısızlık sonrasında, başarısızlığın nedenlerini araştırmaya çalışmak ve yapılan hatalardan ders almaya çalışmak anlamına gelir. Amaç, başarısız bir performansın nedenlerini araştırma cesaretini kazanabilmektir [15].

Peyrot ve Rubin [21], diyabetli yetişkinlerde depresyon ve bunaltı semptomlarını belirlemek için yaptığı çalışma sonucunda deneklerin %41,3'ünde depresyon ve %49,2'sinde yaygın kaygı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda sürekli bunaltı puan ortalaması kadınlarda 51,3±6,9, erkeklerde 49,1±7,2 olup arada anlamsız farklılaşma (p=0,244) olduğu bulunmuştur.

Diğer taraftan, bireylerin eğitim düzeylerine göre sürekli bunaltı puanları incelendiğinde (Tablo 3), eğitim düzeyi arttıkça bunaltı puanının düştüğü saptanmış ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,881, p=0,023). Eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda ortanın biraz üzerinde bir bunaltı puanı (51,8±8,0) ile orta ve üniversite eğitimi olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç eğitim düzeyinin yükselmesi ile bunaltı düzeyinin arttığını düşündürmektedir.

Benzer şekilde, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt ölçeğinin puan ortalaması eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda ( $30,0\pm 6,3$ ), diğer eğitim düzeylerinden (sırasıyla  $27,7\pm 6,8$  ve  $25,5\pm 7,3$ ) daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Bu sonuç eğitim düzeyinin yükselmesiyle sorunla uğraşmaktan kaçınmanın azaldığını, dolayısıyla eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sorunlarla uğraşmak yerine sorunları çözmekten kaçındıklarını düşündürebilir. Dolayısıyla eğitim düzeyi yüksek kişilerin sorunla uğraşma yönünde eğilimleri onların bunaltı düzeylerinin yüksek bulunmasını etkilemiş olabilir.

Ayrıca, alkol kullanan hastaların “Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma” düzeylerinin daha düşük olduğu ( $U=292,0$ ,  $p<0,01$ ) ve çalışmayan hastaların “Sosyal Destek Arama” larının daha yüksek olduğu ( $U=547,0$ ,  $p<0,05$ ) saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulguya dayanılarak, alkol kullanan hastaların sorunları ile uğraşmaktan kaçındıkları ve alkole sığındıkları söylenebilir. Aynı şekilde çalışmayan hastalar, kendi başarılarına problemlerini çözemedikleri ve çalışan gruba nazaran daha fazla sosyal destek arama yoluna gittikleri ifade edilebilir.

Bahar [22], diabetes mellituslu hastaların bunaltı ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla sosyodemografik ve hastalığa yönelik değişkenlerle depresyon ve bunaltı arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, bunaltı ile cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, sosyal destek ve hastalıklarla ilgili endişe durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise hastaların medeni durumları, çalışma durumları, tanıdan sonra geçen süre ve sigara içmenin durumluk ve sürekli bunaltı ve stresle baş etmeyi etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Diyabet tanısı bireyde, sağlıkla ilgili bir takım bunaltılara, günlük yaşamla ilgili yeni sorumluluklara ve bazı kısıtlamalara yol açmaktadır. Bu nedenle, hastalıkla ilgili gerçekleri ne kadar erken kabullenir ve bunlarla bilinçli bir şekilde baş etmeye çalışırlar ise hastalığın egemenliği altında olmadığı, tersine onu denetimi altında tuttuğu ve büyük ölçüde normal bir yaşam sürebileceği biçimindeki hoş bir duyguya o kadar çabuk ulaşırlar. Stres yaratan içsel ve dışsal etkenlerle başa çıkmanın yetersiz kaldığı durumlarda ise depresyon kaçınılmaz sonuç olmaktadır.

Bu araştırmada diyabetli hastaların stresle baş etme durumlarının yüksek olduğu, durumluk-sürekli bunaltı puanlarının anlamlı farklılaşma göstermediği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, duygu-durumunu iyileştirmeye yönelik psikolojik destek tedavisi ile birlikte, diyabet hastalarının öz bakımı ve hastalığın yönetimine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bir arada verilmesi önerilebilir.

Sonuç olarak, diyabet hastalarının psikososyal bakımla ilgili destek sağlanmasına gereksinim vardır. Sağlık ekibi üyeleri eğitim ve danışmanlık bilgi ve becerilerini kullanarak, diyabet hastalarına ve ailelerine temel bilgi ve becerileri kazandırmaları, belli aralıklarla bu bilgi ve becerileri kontrol etmeleri ve hastaları psikolojik açıdan değerlendirmeleri, sorunların erken tespitine ve dolayısıyla erken tedaviye olanak sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. Yılmaz C, Yılmaz M. T, İmamoğlu T (Editör): Diabetes Mellitus 2000. Gri Tasarım, İstanbul, 2000.
2. Ocakçı A. İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus ve Hemşirelik İzlemi. Hemşirelik Forumu-Diyabet Özel Sayısı 1999; 2: 42-6.
3. Turhan H. Tip 2 Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi 2007. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Birimi. İstanbul.
4. İmamoğlu Ş (Editör): Diabetes Mellitus 2006. Deomed Medikal Yayıncılık. 1. Basım, İstanbul, 2006.
5. Laakso M. Tip 2 diyabetin epidemiyolojisi ve tanısı. Tip 2 Diyabet. (Editör, Barry J.

- Goldstein, Dirk Müler-Wieland. Çeviri Editör. Akman AC). 1. Baskı. İstanbul: AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 2004.
6. Schwartz MS, Chadha A. Type 2 Diabetes Mellitus in Childhood: Obesity and Insulin Resistance. *J Am Osteopath Assoc* 2008; 108: 518-24.
  7. Ceriello A, Colagiuri S, Gerich J, Tuomiletho J. Guideline for management of postmeal glucose. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2008; 18: 17-33.
  8. Rosenzweig JL, Ferrannini E, Grundy SM, Haffner SM, Heine RJ, Horton ES, Kawamori R; Endocrine Society. Primary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes in patients at metabolic risk: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93: 3671-89.
  9. Wang MY, Tsai PS, Chou KR, Chen CM. A systematic review of the efficiency of non-pharmacological treatments for depression on glycaemic control in type 2 diabetics. *J Clin Nursing* 2008; 17: 2524-30.
  10. Öngider N. Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 1997; Ege Üniversitesi, İzmir.
  11. Şahin H N (Editör). Stresle Başı Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. Sistem Yayıncılık. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Yayın no: 46. 2. Basım. İstanbul 1995.
  12. Baltaş A. ve Batlaş Z. Stres ve Başı Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2000
  13. Güçlü N. Stres Yönetimi. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 21: 91-109.
  14. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994.
  15. zer K. Kaygı. Sistem Yayıncılık, Yayın No: 325. 1. Basım. İstanbul 2002.
  16. Şirin A, Kavak O ve Ertem G. Doğumhane Stajına Çıkan ğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7: 27-32.
  17. Aydemir mer ve Köroğlu Ertuğrul (Editör). Psikiyatride Kullanılan Klinik lekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2000; 153-61.
  18. Türküm AS. “Stresle Başı Çıkma leğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik alışmaları”. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2002; 2: 25-34.
  19. Groot M, Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63: 619-30.
  20. Lyod CE, Dyert PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med* 2000; 17: 198-202.
  21. Peyrot M, Rubin RR. Levels and Risk of Depression and Anxiety Symptomatology Among Diabetic Adults. *Diabetes Care* 1997; 20: 85–90.
  22. Bahar A. “Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi”. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 3-16.