



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA AİLE DESTEĞİNİN
ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Büşra BIYIK

Danışman
Doç. Dr. Medine KOÇ

TOKAT-2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Medine KOÇ danışmanlığında hazırlamış olduğum “Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Anksiyete ve Depresyona Etkisi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

../../....

Büşra BIYIK



JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Büşra BIYIK tarafından hazırlanan “**Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Anksiyete ve Depresyona Etkisi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı ../../.... tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan):

Üye :.....

Üye:

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez yazım aşamam boyunca bana her zaman her koşulda destek olan, bilgi ve birikimlerini esirgemeyen, mesleğe olan inancını örnek aldığım, sabrını, nezaketini ve güler yüzünü esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Medine KOÇ' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleri ile bana destek olan Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL' e,

Çalışmaya gönüllü katılarak destek veren bütün hastalara,

Eğitim hayatım boyunca desteklerini ve dualarını esirgemeyen annem Songül BIYIK' a, babam Nihat BIYIK' a, kardeşlerim Muhammed BIYIK ve Kübra BIYIK' a tüm kalbimle teşekkür ederim.

ÖZET

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA AİLE DESTEĞİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ

BIYIK, Büşra

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Tez

Danışmanı: Doç. Dr. Medine KOÇ

Ocak 2025, xii+ 101 Sayfa

Çalışmanın amacı Tip 2 diyabet tanılı hastalarda aile desteğinin anksiyete ve depresyon düzeyine incelemektir. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarım özelliğindedir. Araştırma 08.04.2023-08.10.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas Devlet Hastanesi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören Tip 2 diyabet hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmaya gönüllü olan 213 hasta oluşturmuştur. Çalışma yüz yüze anket doldurma yoluyla yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği (HDADÖ) ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Araştırma SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz sürecinde sayısal değerler, oranlar, minimum ve maksimum değerler, medyan, aritmetik ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Analiz yöntemleri arasında t testi, varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman korelasyon testi yer almıştır. İleri düzey analizlerde, varyansların homojen olduğu durumlar için LSD testi, homojen olmayan varyanslar için ise Dunnett C testi uygulanmıştır. Çalışmanın güven aralığı %95 ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. HDADÖ toplam puanı $83,62\pm21,79$ 'dir. HADÖ puanları; anksiyete $9,11\pm4,74$, depresyon $8,94\pm3,7$ 'dir. Hastaların %56,8'sinde anksiyete yokken, %69,5 depresyon bulunmuştur. Destek sistemlerinin, özellikle empatik, teşvik edici, kolaylaştırıcı ve paylaşımcı destek boyutlarının, diyabet hastalarının ruhsal sağlıkları üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Kendisinde, ailesinde ruhsal hastalığı olanların, diyabette eşlik eden başka bir kronik hastalığın varlığı ve ailesinde diyabet öyküsü olanların, diyabete bağlı kronik komplikasyon yaşayanların depresyon puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada tip 2 diyabet hastalarında kadın cinsiyetin anksiyete için risk olduğu tespit edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim

alanların, geliri giderinden yüksek olanların, kentte yaşayanların, kan şekeri takibi yapanların, sigara kullanmayanların aile destek algıları yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada HDADÖ puanı arttıkça, HADÖ puanları azalmaktadır. Diyabet hastalarının destek sistemlerinden maksimum fayda sağlamaları için, sağlık profesyonelleri ve hasta yakınları için eğitim programları geliştirilmelidir. Diyabetin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyen uzun süreli araştırmalar yapılması, aile desteği ve sağlık profesyonellerinin rolünün güçlendirilmesi, psikososyal müdahale stratejilerinin uygulanması, destek sistemlerinin etkinliğinin ölçme ve geri bildirim mekanizmalarının kurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, Diyabetes Mellitus, Aile Desteği, Anksiyete, Depresyon

ABSTRACT

THE EFFECT OF FAMILY SUPPORT ON ANXIETY AND DEPRESSION IN TYPE

2 DIABETES PATIENTS

BIYIK, Büşra

Master Thesis, Department of Nursing, Science of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Assos. Prof. Medine KOÇ

January 2025, xii+ 101 Page

The aim of the study was to examine the level of family support on anxiety and depression in patients diagnosed with Type 2 diabetes. The research is descriptive and correlational design. The research was conducted between 08.04.2023-08.10.2023. The population of the study consisted of Type 2 diabetes patients receiving outpatient and inpatient treatment in Sivas State Hospital. The sample of the study consisted of 213 patients who volunteered to participate in the study. The study was conducted through face-to-face questionnaire filling. Personal Information Form, Hensarling Diabetes Family Support Scale (HDFSS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to collect the data. The research was evaluated with SPSS 22.0 statistical program. Numerical values, ratios, minimum and maximum values, median, arithmetic mean and standard deviation were calculated in the statistical analysis process. Analysis methods included t-test, analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman correlation test. In further analysis, LSD test was applied for homogeneous variances and Dunnett C test was applied for non-homogeneous variances. The confidence interval of the study was 95% and the significance level was $p<0.05$. The total score of HDADÖ was 83.62 ± 21.79 . The HDAS scores were anxiety 9.11 ± 4.74 and depression 8.94 ± 3.7 . While 56.8% of the patients had no anxiety, 69.5% had depression. Support systems, especially empathic, encouraging, facilitating and sharing support dimensions were found to have an effect on the mental health of diabetic patients. It was found that the mean depression score was higher in patients with mental illness in themselves, in their families, in patients with another chronic disease accompanying diabetes, in patients with a family history of diabetes, and in patients with chronic complications related to diabetes. In the study,

female gender was found to be a risk for anxiety in type 2 diabetes patients. It was found that those with university and higher education, those with higher income than expenditure, those living in the city, those who monitor blood glucose, and those who do not smoke have higher perceptions of family support. In the study, as the HDAS score increased, the HADS scores decreased. Training programs should be developed for health professionals and patient relatives in order for diabetic patients to get maximum benefit from their support systems. It is recommended to conduct long-term studies that examine the effects of diabetes on mental health in more detail, to strengthen family support and the role of health professionals, to implement psychosocial intervention strategies, to measure the effectiveness of support systems and to establish feedback mechanisms.

Keywords: Type 2 diabetes, diabetes mellitus, family support, anxiety, depression

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR İSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırma Soruları.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Diabetes Mellitus.....	6
2.1.1. Diabetes Mellitus Tanımı.....	6
2.1.2.Diabetes Mellitus Tarihçesi.....	6
2.1.3. Diabetes Mellitus'un Sınıflandırılması.....	6
2.1.4.Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri.....	8
2.1.5. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	8
2.1.6. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları.....	9
2.1.6.1. Akut Komplikasyonları.....	9
2.1.6.2. Kronik Komplikasyonları.....	10
2.1.6.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar.....	10
2.1.6.2.2.Makrovasküler Komplikasyonlar.....	12

2.2.Diyabette Aile Desteği	13
2.3. Anksiyete.....	14
2.3.1. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	15
2.3.2. Anksiyete'nin Etiyolojisi.....	15
2.3.2.1. Psikososyal Faktörler.....	16
2.3.2.2.Biyolojik Faktörler.....	18
2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	19
2.3.4. Diyabette Anksiyete.....	19
2.4. Depresyon.....	20
2.4.1.Depresyon Epidemiyolojisi.....	21
2.4.2. Depresyonun Tarihçesi.....	22
2.4.3. Depresyonun Etiyolojisi.....	22
2.4.3.1. Psikososyal Faktörler.....	22
2.4.3.2.Biyolojik Faktörler.....	24
2.4.3.3.Nöroendokrin Faktörler.....	26
2.4.3.4.Kalıtsal Faktörler.....	28
2.4.4.Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	28
2.4.5.Diyabette Depresyon.....	29
2.5. Diyabette Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı.....	29
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
3.3.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	31
3.4. Araştırmanın Dışlama Kriterleri	31

3.5.AraştırmanınYapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.6.Veri Toplama Araçları.....	32
3.6.1.Kişisel Bilgi Formu.....	32
3.6.2.Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği (HDADÖ).....	32
3.6.3.HastaneAnksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	33
3.7. Veri Toplama Süreci.....	34
3.8.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuç.....	70
6.2. Öneriler.....	71
7. KAYNAKLAR.....	74
8.EKLER.....	89
EK-1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	89
EK-2.Kişisel Bilgi Formu.....	90
EK-3.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	92
EK-4.Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği.....	95
EK-5.Etik Kurul Kararı.....	97
EK-6.Kurum İzni.....	98
EK-7.Ölçek İzin Yazıları.....	98
9. ÖZGEÇMİŞ.....	101

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa
Numarası	
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	36
Tablo 4.2. Hastaların Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı.....	38
Tablo 4.3. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı.....	39
Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hastaların Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.5. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.6. Hastaların Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ile Hastane Anksiyete, Depresyon Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	58

KISALTMALAR

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

DM: Diabetes Mellitus

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

HDADÖ: Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması

DSM-5: Ruhsal Bozukluların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı

GDM: Gestasyonel Diabetes Mellitus

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

BKI: Beden Kitle İndeksi

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

HHH: Hiperglisemik Hiperosmolar Durum

LA: Laktik Asidoz

GABA: Gama-Aminobütirik Asit

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Eksen

ACTH: Adrenokortikotropin

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

HPT: Hipotalomo-Pituiter-Tiroid Ekseni

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diabetes Mellitus (DM), insülin üretimindeki yetersizlik veya periferik dokuların insüline karşı duyarsızlığı sonucu gelişen ve hiperglisemi ile karakterize kronik bir metabolik hastalıktır (Korkut ve ark., 2020; Sharma ve ark., 2021). Diyabet prevalansı ve komplikasyonları nedeniyle 21. yüzyılın en önemli küresel sağlık sorunlarından biridir. Diyabetin prevalansı son otuz yılda Dünya genelinde dört katına çıkmıştır. Bu artışa hızlı kentleşme, gelişen teknolojiye bağlı sedanter yaşam ve obezitenin artması neden olmuştur (Korkut ve ark., 2020; Majety ve ark., 2023).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2020 yılında diyabet prevalansı hakkında yayımlanan güncel veriler, Türkiye’de 20-79 yaş arasındaki bireylerden yaklaşık 7 milyon diyabet hastası bulunduğu ve bu rakamın toplam yetişkin nüfusun yaklaşık %15’ine karşılık geldiğini göstermektedir (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76887/dunya-diyabet-gunu-2020.html> Erişim Tarihi: 12.01.2023).

Diyabet hastalığına eşlik eden psikiyatrik bir belirtinin olması hastalığın klinik görünümünü, prognozunu etkilemektedir (Özdemir ve ark., 2011). Diyabetli bireyin yaşadığı bu sorunlar aileye de yansımaktadır. Diyabetli bireylerin diyabet yönetiminde en önemli yardımcıları aileleri ve yakın çevreleridir (Yıldız Aslan ve ark., 2021). Diyabet hastalarında aile desteğinin var olması günden güne bireyin öz bakımının artmasına, morbiditenin azalmasına ve diyabet hastalarının ve belki de ailelerinin yaşam kalitesinin artmasına önemli katkı sağlamaktadır (Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016).

Kronik hastalıkların yaşam boyu sürmesi, tam olarak tedavi edilememesi ve iyileşme ile alevlenme dönemlerinin bulunması, hastalığın kabulünü önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir (Arı ve Özdelikara, 2022). Endişe, depresyon, stres ve sosyal destek eksikliği diyabet üzerinde olumsuz etkiler yaratarak hastalığın şiddetini artırabilir. Bu olumsuz durumlar, sadece diyabet hastalarının değil, aynı zamanda ailelerinin de yaşamını etkilemektedir. Diyabetli bireyler ve aileleri arasında bu durumlar bazen çatışmalara yol açmaktadır. Sonuç olarak, diyabet hastalarının yaşadığı bu olumsuz etkiler, bireylerin diyabet kontrolünü de olumsuz şekilde etkilemektedir (Sofulu, 2015).

Komplikasyonları önlemek veya azaltmak, kişinin kan glukoz seviyelerini iyi bir şekilde kontrol etmesiyle mümkündür. Diyabetin kronik bir hastalık olması, bireyin yanı sıra çevresindeki kişilerin de hastalığa uyum sağlamasını zorunlu kılar. Bu uyum, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesiyle gerçekleşebilir ve bu alışkanlıklar genellikle aileden başlayıp sosyal çevreden öğrenilir (Powers ve ark., 2015).

Tip 2 diyabetli bireyin aile ilişkilerinin olumlu ve ilgili olması bireyin özsaygısının artmasına, kendine güven hissetmesine, umutlu olma, mücadele isteği geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Aile desteği algısı, ailedeki bireylerin düşünce, hissetme ve davranışlarıyla şekillenmektedir (Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016).

Dünyada ve ülkemizde yapılan pek çok çalışmada diyabetli hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların genel topluma oranla daha sık görülmektedir (Ali ve ark., 2006; Collins ve ark., 2009; Jorwal ve ark., 2015; Özdemir ve ark., 2011; Sayın ve ark., 2019). Diyabet hastalarında depresyon görülme sıklığı, genel popülasyona göre daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda, diyabetli bireylerde yaşam boyu depresyon yaygınlığının %14,4 ile %32,5 arasında değiştiği ve hastaların %40'ında anksiyete belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir. Depresyon, Tip 2 diyabete bağlı ortaya çıkabileceği gibi aynı zamanda Tip 2 diyabet için bir risk faktörü de olabilir (Sayın ve ark., 2019). Depresyonu olan bireylerde Tip 2 diyabet gelişme riski %60 artmaktadır (Kavak ve Aktürk, 2019).

Diyabetin psikolojik etkileri, endokrin sistemle de ilişkilidir. Kaltenboeck ve Harmer (2018) ise, depresif bozuklukların nörobiyolojisini ve gelecekteki araştırma yönlerini tartışarak, depresyonun biyolojik temelini anlamaya yönelik önemli bilgiler sunar. Kupfer, Frank ve Phillips (2012) tarafından sunulan yeni klinik ve nörobiyolojik perspektifler, depresyonun yönetiminde önemli yenilikleri işaret eder. Bu bağlamda, Mizuno ve ark., (2023), dopamin sistemindeki bozuklukların majör depresif bozukluk ile ilişkisini inceleyerek, nörobiyolojik mekanizmaların anlaşılmasına katkıda bulunur. Dunlop ve Nemeroff (2007), dopamin sisteminin depresyon patofizyolojisindeki rolünü vurgulamakta ve bu bağlamda diyabetli bireylerdeki depresif semptomların nasıl yönetilebileceği üzerine ipuçları sunmaktadır. Ayrıca, Demirci (2013) tarafından yapılan çalışma, Tip 2 diyabet hastalarında depresyon riskine dair faktörleri inceleyerek, bu durumun yönetiminde dikkate alınması gereken unsurları ortaya koymaktadır. Diyabet hastaları bütüncül yaklaşımla ele alınarak depresyon ve anksiyete gibi psikososyal

sorunların belirlenmesi diyabet ile yaşamasına ve hastalığı yönetmesine yönelik planlara katkı vereceği düşünülmektedir (Aba ve Tel, 2012).

Belujon ve Grace (2017) tarafından incelenen dopamin sistemi disfonksiyonu, majör depresif bozukluklar ile ilişkilidir ve bu durum, diyabetli bireylerde de gözlemlenebilir. Depresyonun diyabetli hastalar üzerindeki etkileri hem tedavi uyumunu hem de genel yaşam kalitesini etkileyebilir. Çelik Helvacı ve Hocaoglu (2016), majör depresif bozukluğun tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisini ele almış ve bu bozukluğun nasıl bir etki yarattığını kapsamlı bir şekilde incelemiştir. Ali ve ark., (2006) tarafından yapılan meta-analiz, Tip 2 diyabetli bireylerde komorbid depresyon prevalansını sistematik olarak incelemiştir. Bu çalışmanın bulguları, diyabetli bireylerde depresyon oranlarının yüksek olduğunu ve bu durumun hastaların genel sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Depresyonun diyabetli bireylerde nasıl bir etkiye sahip olduğunu anlamak, tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

Aba ve Tel (2012) çalışmasında, diyabetli hastalarda depresyon ve öz bakım gücü arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışma, depresyonun hastaların öz bakım becerilerini nasıl etkilediğini ve dolayısıyla genel sağlık durumlarını nasıl bozduğunu ortaya koymuştur. Depresyon, hastaların tedaviye uyumunu ve öz bakım yeteneklerini zayıflatabilir, bu da sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkiler. Bu bulgular, depresyonun diyabet yönetimindeki kritik bir faktör olduğunu ve bu nedenle depresyon yönetimine yönelik stratejilerin geliştirilmesinin gerekliliğini vurgular. Anksiyete, epinefrin salınımını tetikler, bu da insülin etkisinin zayıflamasına neden olur (Kavak ve Aktürk, 2019).

Tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve anksiyete tedavisi ruhsal sorunları azaltarak kan glukoz seviyesinin kontrol edilmesini sağlar. Diyabet hastalarının tedavi düzenlemelerinde artık depresyon ve anksiyete yönünden taramayı ve psikolojik sorun yaşayanların mutlaka tedavi edilmeleri önerilmektedir (Korkut ve ark., 2020).

Diyabet teşhisi konduktan sonra, hastalar ve aileleri daha fazla zaman ve maddi kaynak ayırmak zorunda kalmaktadır. Hastalığın türü, şiddeti, uygulanan tedavi yöntemleri, vücudun diğer sistemleri üzerindeki etkileri ve kan şekeri kontrolü gibi faktörler diyabetin yönetiminde büyük rol oynamaktadır. Bu süreç yalnızca diyabetli bireyi değil, aynı zamanda ailesini de etkileyen bir durumdur (Akın, 2011). 100 Tip 2 diyabet hastası ile yapılan çalışmada aile desteği olanların açlık kan şekeri düzeylerinin

düşük olduğu, sosyal desteğin doğrudan diyeti etkilediğini bulmuşlardır (Arı ve Özdelikara, 2022). Bir başka çalışmada, aile desteğinin algısının artmasıyla HbA1c ve tokluk kan şekeri düzeylerinin düştüğü, aynı zamanda hastaların hastalığı kabulü ve tedaviye uyumunun arttığı belirlenmiştir (Arı ve Özdelikara, 2022). Aile desteği ve psikolojik destek, diyabetli bireylerin tedavi uyumunu ve genel ruhsal sağlıklarını önemli ölçüde etkileyebilir. Doğru iletişim ve tutumla aile üyeleri genellikle hastanın psikolojik iyiliği, yeme davranışlarının kontrolü, fiziksel aktivite başlatma ve sürdürme gibi konular da önemli bir etkiye sahiptir.

Elmacı (2008) ve Demir (2018) tarafından yapılan araştırmalar, bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grup terapilerinin bireylerin ruhsal belirti düzeylerine etkisini incelemektedir. Bu tür terapilerin, özellikle depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunların yönetiminde etkili olabileceğini gösterir. Demir (2018), varoluşçu yaklaşıma dayalı grup terapilerinin bireylerin ruhsal sağlıkları üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koyarak, diyabetli bireyler için psikolojik destek stratejilerinin önemini vurgulamaktadır. Duru ve Yılmaz (2023) bilişsel davranışçı terapinin depresyon tanısı almış hastalar üzerindeki etkilerini incelemiş ve psikiyatri hemşiresinin rolünün önemini vurgulamıştır. Bu çalışma, depresyon tedavisinde hemşirelerin aktif rolünün, hastaların tedaviye uyumunu ve genel sağlık durumlarını iyileştirebileceğini göstermektedir.

Tip 2 diyabet hastalarında glisemi kontrolünde aile desteğine (Baykal ve Orak, 2018), Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörlere (Sayın ve ark., 2019), Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin tedavi tipi ile karşılaştırılmasına (Korkut ve ark., 2020), Diyabetli hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeylerine (Sönmez ve Kasım, 2013), diyabet hastalarında hastalık algısının depresyon ve anksiyete belirtileri üzerine etkisine (Kavak ve Aktürk, 2019), diyabetli hastalarda depresyon ve öz bakım gücüne (Aba ve Tel, 2012), aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum etkisine (Arı ve Özdelikara, 2022), aile desteği ile diyabet arasındaki ilişkiye (Pesantes ve ark., 2018), aile desteği ile tıbbi tedavi ve diyet arasındaki ilişkiye (Horikawa ve ark., 2020), aile desteği ile glisemi kontrolü ve ilaç uyumu (Mayberry ve Osborn, 2012) ile ilgili çalışmalar yapılmış fakat Tip 2 diyabette aile desteğinin depresyon ve anksiyete üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu açıdan literatürdeki

eksikliği gidermesi beklenmektedir. Bu çalışmanın amacı, Tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırma Soruları

1. Hastaların aile desteği nasıldır?
2. Hastaların aile desteklerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hastaların aile desteğinin depresyona etkisi nedir?
4. Hastaların aile desteğinin anksiyete düzeyine etkisi nedir?
5. Hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

2.1.1. Diabetes Mellitus Tanımı

Diabetes Mellitus (DM), patofizyolojisine bakıldığında pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormon sekresyonunun eksikliği veya etkili kullanılamamasında ortaya çıkan karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklara yol açan hiperglisemi ile karakterize endokrin bir metabolizma hastalığıdır (Baykal ve Orak, 2018; WHO, 2023).

2.1.2. Diabetes Mellitus Tarihçesi

Diabetes Mellitus dair ilk kayıt Milattan Önce 1500 yıllarında bir Mısır belgesi olan Ebers papirüslerinde geçmektedir ve poliüriyi yaygın bir semptom olarak tanımlamışlardır. Poliüriden bahsedildikten yaklaşık 1000 yıl sonra diyabetin ilk klinik teşhisini açıklayan kişi Hintli Sustura olmuştur. Sustura polidipsi, ağız kuruluğu, yorgunluk ve tatlı idrardan bahsetmiştir (Bentia ve ark., 2021). ‘Diyabet’ terimi ilk olarak Kapadokya’lı Araetus Milattan Sonra 81-133 yıllarında ortaya konmuştur (Ahmed, 2002). Diabetes eski Yunan dilinde sifon anlamında olup, çok miktarda idrar yapımını anlatır. Mellitus kelimesi ise Yunancada ‘bal’ anlamında ‘mel’ kelimesinden gelmektedir (Demirci, 2013). Diyabetin temel özelliklerinden biri eski dönemde idrarın tadının tatlı olmasıydı. Kızılderililer karıncaların hastanın idrarından etkilendiğini gözlemlemiştir (Bentia ve ark., 2021). 1675 yılında Thomas Willis mellitus (bal tatlısı) kelimesini, hastaların idrar ve kanının tatlı olmasından dolayı eklemiştir (Ahmed, 2002). Mering ve Minkowski (1889) diyabetin patofizyolojisinde pankreasın rolünü keşfetmişlerdir (Akt. Bentia ve ark., 2021). Modern çağın en önemli tıbbi keşiflerinden biri olan insülin keşfi 1921-1922 yıllarında Kanada’nın Toronto Üniversitesi’nde John Macleod ve Frederick Banting tarafından keşfedilmiş ve 1923 yılında Nobel Ödülü’ne layık görülmüşlerdir (Manjundar, 2001).

2.1.3. Diabetes Mellitus’un Sınıflandırılması

Diyabet 4 alt başlıkta incelenmektedir:

Tip 1 Diyabet: Tip 1 diabetes mellitus çocukluk çağında sık görülen T hücrelerin eşlik ettiği pankreasın beta hücrelerinden üretilen insülin eksikliğinin neden olduğu otoimmün veya otoimmün dışı gelişen insüloopeni ve hiperglisemi ile karakterize kronik

metabolik bir hastalıktır (Abacı, 2007). Diyabetli bireylerin %5-10'u Tip 1 diyabetlidir. Tip 1 diyabetli bireylerin %90'ında otoimmün kökenli (Tip 1A) β -hücre yıkımı görülürken, %10 kadarında nonotoimmün (Tip 1B) β -hücre yıkımı vardır (Yıldız Aslan, 2018). Uluslararası Diyabet Federasyonu Atlası 2021 verilerine göre 2021 yılında yaklaşık 1,2 milyon çocuk ve ergene tip 1 diyabet tanısı konmuştur (Sun ve ark., 2022).

Tip 2 Diyabet: Dünya genelinde yaklaşık 422 milyon kişi diyabet ile mücadele etmektedir. Çoğunluğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde yaşamaktadır ve her 1,5 milyon ölüm direkt olarak diyabet ile ilişkilidir ve bu rakamın 2045 yılında yaklaşık 800 milyona çıkacağı ve çoğunluğunun Tip 2 diyabet olacağı ön görülmektedir (IDF, 2021). Tip 2 DM en sık görülen diyabet türü olmakla birlikte tüm vakaların %80-90'ını oluşturmaktadır (Erge, 2023). Temelde insülin direnci neden olur ve insülin salgısı bozuklukla karakterizedir (ADA, 2022). Tip 2 diyabet patofizyolojisinde kalıtsal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı karmaşık metabolik bir hastalıktır. Pankreas adacık yetmezliği Tip 2 diyabette görülen bir patolojidir ve insülin direnci ile birlikte hiperglisemi oluşumuna neden olur. Tip 2 diyabette insülin direnci ilk olarak iskelet kası, karaciğer ve yağ dokusunda ortaya çıkar ve insülin ile uyarılan glukoz atımının bozulması, hepatik glukoz üretiminin baskılanamaması ve yağ dokusunda lipoliz ve inflamasyonun artması ile karakterizedir (Javeed ve Matveyenko, 2018). Tip 2 diyabet hastalarında hiperglisemi retinopati, nöropati, nefropati ve kardiyovasküler bozukluklar dahil olmak üzere mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara yol açar (Shahisavandi ve ark., 2023).

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM): Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde teşhis edilen gestasyon öncesi olmayan çoğunlukla doğumla birlikte düzelen diyabet türüdür (ADA, 2022). Gestasyonel diyabet, tüm gebeliklerin yaklaşık %5'inde ortaya çıkar. Gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınların hamileliklerini takip eden yıllarda Tip 2 diyabet tanısı alma riskleri çok yüksektir ve çocuklarında da yaşamın erken dönemlerinde obezite ve diyabet riski vardır (Kampmann ve ark., 2015).

Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet Türleri: Etkeni farklı diyabet türleri, örneğin monojenik diyabet sendromları [Myenidoğan diyabeti, ekzokrin pankreas hastalıkları, HIV/ AIDS, enfeksiyonlar, organ nakli sonrası, glukokortikoid kullanımı kaynaklı vs.]'dır (ADA, 2022).

2.1.4. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

- HbA1c değerinin %6,5 (48 mmol/mol) ve üzeri olması,
- En az 8 saatlik açlık sonrası yapılan plazma glikoz değerin 126 mg/dl (7.0 mmol/L)'ye eşit veya daha yüksek olması,
- Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yapılan bireye OGTT'yi takip eden 2. saat plazma glikoz değerin 200 mg/dL (11,1 mmol/L) eşit veya üzerinde olması,
- Klasik diyabet semptomları ya da hiperglisemik kriz semptomları olan bireyde günün herhangi bir saatinde rastgele bakılan plazma glikoz değerin 200 mg/dL'ye eşit veya üzerinde olması (ADA, 2024).

2.1.5. Diabetes Mellitus Epidemiyoloji

Dünya çapında yaklaşık 422 milyon insan diyabet hastasıdır, bunlardan çoğu gelişmekte veya gelişmemiş ülkelerde yaşamaktadır ve her 1,5 milyon ölüm direkt olarak diyabet ile ilişkilidir. Hem vaka sayısı hem de diyabet prevalansı son 10 yılda istikrarlı bir artış göstermektedir (<https://www.who.int/health-topics/diabetes> Erişim Tarihi: 13.12.2023). IDF (Uluslararası Diyabet Federasyonu) 2021 yılı yayınladığı 10. Diyabet Atlası verilerine göre yetişkin nüfusun (20-79) 537 milyon diyabet hastası olduğunu 2045 yılına kadar 783 milyona ulaşacağı öngörülüyor. Diyabetli 4 yetişkinden 3'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin ediliyor (<https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>. Erişim Tarihi: 17.12.2023).

Diyabet insidansı ve prevalansı ülkeler ve bölgeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Asya dünyadaki diyabet nüfusunun %60'ini oluşturmaktadır. Batı toplumları ile karşılaştırdığımızda, Asyalılar daha genç yaşlarda, daha düşük Beden Kitle İndeksi (BKI) oranlarında çok daha hızlı diyabet gelişmektedir (Hu, 2011).

Türkiye'de diyabet epidemiyolojisi 1997-1998 yıllarında TURDEP-1 (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması) sonuçlarına göre diyabet prevalansı %7,2 olarak tespit edilmiştir (Satman ve ark., 2002). 2010 yılında yapılan TURDEP-2 sonuçlarında diyabet prevalansı %13,7 olarak tespit edilmiş olup son 12 yılda Türk toplumunda diyabet sıklığı %90 oranında bir artış görülmektedir (Satman ve ark., 2013).

2.1.6. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları

2.1.6.1. Akut Komplikasyonları

Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

Diyabetik ketoasidoz, vücuttaki insülin yetersizliği sonucu plazma glukoz seviyesinin >250 mg/dL= ~ 14 mmol/L, idrar keton $\geq 2+$ veya kanda keton cisimciklerinin ≥ 3 mmol/L' dan büyük ve metabolik asidozun pH $\leq 7,3$ ve serum bikarbonat <15 mmol/L'dan küçük olduğu durumlar ile birlikte olması durumudur (Anataca ve Çelik, 2021). DKA mutlak bir insülin yokluğu ve bunun sonucunda lipolizin baskılanamaması ve serbest yağ asitlerinin kullanılması ile karakterizedir. DKA'a neden olan faktörler fazla miktarda sıvı kaybına bağlı olarak dehidratasyon, travma, insülin tedavisinin yetersizliği, cerrahi girişimler, gebelik, kortikosteroid, yüksek doz tiazid kullanımı, genç ve yetişkin bireylerde kokain kullanımı, en önemli sebebi %30-50 oranında enfeksiyonlar özellikle idrar yolu enfeksiyonları ve pnömonidir. Ayrıca psikolojik stresin kontr-regülatuar (glukagon, epinefrin, kortizol ve büyüme hormonları) hormonları tetiklediği ve DKA'a neden olduğu belirtilmektedir (Özderya ve ark., 2013). Ağırıklı olarak Tip 1 diyabeti olan bireylerde görülmesine rağmen vakaların üçte birini Tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Ketoasidozun en önemli başlangıç müdahalesi uygun sıvı replasmanının sağlanması ve ardından insülin uygulanmasıdır. Sıvı replasmanının başlanması ile dolaşım hacminin artırılması, ketonların temizlenmesi ve elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi amaçlanmaktadır (Dhatariya, 2022).

Hiperglisemik Hiperosmolar Durum (HHD)

Diyabetin nadir görülen ve mortalite oranı yüksek ciddi bir komplikasyondur. Bu nedenle hızlı, kapsamlı tanı ve tedavi önemlidir. Vakaların %95'ini Tip 2 diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Artmış glukoneogenez ve bozulmuş periferik glikoz kullanımı ile göreceli bir insülin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bireyde hafif ketonüri veya ketonemi görülebilir, kan glikoz düzeyi >600 mg/dl, elektif plazma osmolaritesi >320 mOsm/kg ve ciddi dehidratasyon eşlik etmektedir. Hiperosmolarite bilinç bulanıklığının ve/veya koma oluşmasının asıl sorumlusudur. Neden olan ve altta yatan faktörler; enfeksiyon, miyokard enfarktüsü, pankreatit, stroke, pulmoner tromboemboli, travma, peritoneal diyaliz vb. DKA'dan farkı DKA'da mutlak insülin eksikliği nedeniyle ketonemi ve ketonüri oluşur. Fakat HHD (Hiperglisemik Hiperosmolar Durum)'de az

miktarda insülin bulunması lipolizi baskılar ve keton cisimleri oluşmaz (Kaser ve ark., 2023; Olt, 2022)

Laktik Asidoz (LA)

Laktik asidoz da kan Ph <7,35, laktat seviyesi >5mmol/L ile karakterize bir durumdur. İkiye ayrılmaktadır: Tip A ve Tip B. Tip A dokularda oksijenin yetersiz olması nedeniyle glikoliz yolunda biriken laktattan kaynaklanmaktadır. Tip B diyabetin tedavisinde kullanılan metforminin neden olduğu laktik asidozdur (Aydar, 2022).

Hipoglisemi

Kan glikoz seviyesinin <70 mg/dL olması hipoglisemi olarak tanımlanmaktadır. Hipoglisemi belirtileri ikiye ayrılmaktadır; otonomik ve nöroglükopenik. Nöroglükopenik semptomlar <50 mg/ dL altındaki kan glikoz değerlerinde ortaya çıkmaktadır. Konfüzyon, konsantrasyon bozukluğu, dalgınlık, algılama kusurları, dizartri, koma, davranış değişiklikleri, baş ağrısı, baş dönmesi serebral kortekse glukoz gidişinin azalmasına bağlı olarak görülür. Otonomik semptomlar kan glikoz değerinin <60 mg/dL olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Açlık hissi, anksiyete, titreme, terleme, taşikardi, mide bulantısı otonom sinir sistemi ve adrenal medullanın aktivasyonuna bağlı görülebilmektedir (Erbatur ve Kuşkonmaz, 2023; Çelik ve Olgun, 2016).

Tanı koymak için Whipple triadı'na başvurulur:

1. Hastanın semptomlarının hipoglisemi belirtileri ile uyuşması,
2. Kan glukoz seviyesinin düşük olması,
3. Semptomların glikoz verilerek düzelmesi (Çelik ve Öztürk Pala, 2016).

Hipoglisemi hafif, orta, ciddi olarak 3 derecede görülebilmektedir. Hipogliseminin temel nedeni insülin fazlalığıdır. Oral antidiyabetik ilaçlarının fazla alınması veya yüksek doz insülin yapılması, yetersiz, eksik beslenme veya uzun süre öğün alınmaması, fazla egzersiz yapılması, alkol ve ilaç kullanımı gibi faktörler rol oynamaktadır (Çetinarslan, 2013).

2.1.6.2. Kronik Komplikasyonları

2.1.6.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati

Dünya'da 20-65 yaş arasında yaygın olarak gözüken en önemli mikrovasküler komplikasyondur. Erken teşhis ve tedavi edilemezse görme kaybına neden olur. Genel

nüfusa oranla görme kaybı 25 kat daha fazladır (İnan, 2014). Dünya genelinde 2005 yılında 40 yaş üzerindeki 5,5 milyon yetişkinde diyabetik retinopati olduğu ve bu rakamın 2050 yılına 16 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Saaddine ve ark., 2008). İnflamasyon ve hiperglisemi diyabetik retinopati patofizyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Çoklu metabolik yollar; AGE, protein kinaz C, polyol yolu aktivasyonu, oksidatif hasar hipergliseminin neden olduğu vasküler hasarda rol oynar. Retinal kan damarlarının ilk tepkisi kan damarlarının genişlemesi ve kan akışındaki değişikliklerdir (Kerimoğlu ve Türk, 2018; Wang ve Lo, 2018). Erken dönem olaylarından biride perisit kaybıdır. Kılcal damarların yapısal desteğini sağlayan perisitlerin kaybı, kılcal damar duvarının lokal olarak dışarı çıkmasına neden olur (Wang ve Lo, 2018). Diyabetik retinopati gelişmesinde diyabetin türü, süresi, hiperglisemi düzeyi ve hipertansiyonun eşlik etmesi önemli risk faktörleridir. Hiperglisemiye uzun süre maruz kalmak diyabetik retinopati gelişme ihtimalini her yıl %8 arttırmaktadır (Chaurasia ve ark., 2023).

Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati, diyabet hastalarında yaygın olarak gözüken, mortalite ve morbidite oranı yüksek mikrovasküler komplikasyondur ve son dönem böbrek yetmezliğinin önde gelen nedenidir. Başlangıç evrelerinde hiperglisemi neden olurken sonraki evrelerde hipertansiyon süreci hızlandırmaktadır. Son 3-6 ayda yapılan 3 taramadan en az 2 tanesinde persistan albüminüri $> 300\text{mg}/24$ saat veya $>20 \mu\text{g}/\text{dk}$ olması diyabetik nefropati olarak tanımlanmakta, taramalar sabah ilk idrar örneği ile yapılması gerekmektedir. Son 24 saat içerisinde egzersiz yapılması, proteinden zengin gıda alınması, hipertansiyon, hamilelik, kalp yetmezliği, idrar yolu enfeksiyonu, ateş albümin/kreatinin oranını artırmaktadır. Tip 1 diyabet tanısı alan bireyler tanı aldıklarında ve 5 yıl sonra, tip 2 diyabet tanısı alan bireyler yılda bir kez mikroalbüminüri taraması yaptırmalıdır. Diyabetik nefropati patofizyolojisi çok faktörlü ve birçok mekanizmanın rol aldığı bir süreçtir (Samsu, 2021; Yüksel ve Bektaş, 2020). Glomerüler membran kalınlaşması, mesanjiyal genişleme, arteriyoller hyalinoz, glomerüloskleroz, tübülointerstisyel fibrozis görülmektedir (Bloomgarden, 2005).

Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, periferik ve otonom sinir sistemi hasarının neden olduğu alt ekstremitelerde distalden başlayan, ağrı ve önemli morbidite ile karakterize bir duyuşal

fonksiyon kaybıdır. Diyabetli bireylerin hastalık süresince en az %50'sinde diyabetik nöropati gelişmektedir. Kan glikoz seviyesinin kontrolü, tip 1 DM hastalarında diyabetik nöropatinin ilerlemesini etkili bir şekilde durdurur, fakat tip 2 DM tanılı hastalarda bu etki daha azdır (Feldman, 2019).

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak, diyabetin en sık görülen komplikasyonu olmakla beraber yaşam boyu riski %19-34 oranında değişmektedir. Diyabetli bireylerin diyabet tanısı olmayan kişilere göre amputasyon riski 15-30 kat daha fazladır (Rehman, 2023). Diyabetik ayak gelişmesine zemin hazırlayan risk faktörleri zayıf glisemik kontrol, periferik nöropati, periferik vasküler hastalıklar ve immünsüpresyon rol almaktadır (Lim ve ark., 2017). Diyabetik ayak iş gücü kaybına, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sakatlıklara, psikososyal travmaya, alt ekstremité amputasyonlarına, yüksek tedavi maliyetine neden olan ciddi bir sorundur (Saltoğlu ve ark., 2015).

2.1.6.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar

Kardiovasküler Hastalıklar

DM hastaları için ciddi ölüm ve hastalığa yol açmaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerde, diyabeti olmayanlara göre kardiyovasküler hastalık riski 2-4 kat daha fazladır. (Eroğlu, 2018). Kan glikoz seviyesinin yüksek olması ve insülin direnci vasküler hasara ve endotel disfonksiyonuna neden olmakta, buda aterosklerotik sürecin gelişmesinde rol alır. Diyabet hastalarında görülen nefropati ve dislipidemi vasküler permeabiliteye ve endotel hasarına aynı zamanda hipertansiyon hem vasküler hasara hem de nefropatiye neden olarak süreçte yer almaktadır. Diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar sık birlikte görülmektedir. Diyabete, obezite, hipertansiyon ve diğer vasküler hastalıkların etki etmesi de süreçte multidisipliner ve multisistemik bir yaklaşımı gerektirir (Göre ve ark., 2022).

Serebrovasküler Hastalık

Serebrovasküler hastalık diyabette ciddi mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Diyabet tanısı almayan hastalarla karşılaştırıldığında diyabetik hastaların serebrovasküler hastalık geçirme riski 2 kat daha fazladır. Diyabetik serebrovasküler hastalık, diyabette görülen hiperglisemi, lipit ve besin maddesi metabolizmalarında bozulmaların neden olduğu büyük ve küçük intrakraniyal damar hasarı olarak tanımlanmaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının %20-40 serebrovasküler hastalıktan

muzdariptir (Zhou ve ark., 2014). Hiperglisemin kontrol altına alınması, erken teşhis, önerilen egzersiz ve diyet programlarına uyulması serebrovasküler hastalık riskini azaltmaktadır (Eroğlu, 2018).

Periferik Arter Hastalığı

Diyabetli hastalarda periferik arter hastalığı gelişme riski yüksektir. Koroner arter, aorta ve intrakranial arterler haricinde tüm arterlerde görülebilmektedir (Göre ve ark., 2022). Periferik arter hastalığı, alt ekstremitelerde ateroskleroza bağlı arterlerde tıkanıklığa neden olur. Periferik arter hastalığı diyabet ile birlikte sık görülmekte, hastalığın ilerlemesini ve şiddetini olumsuz etkilemektedir. Yürüme ve egzersiz sırasında baldırlarda, uylukta veya kalçada yanma, ağrı, kramp, yorgunluk veya uyuşukluk ile karakterize ve dinlenme ile semptomlarda azalma gözlenmektedir (Barnes ve ark., 2020).

2.2. Diyabette Aile Desteği

Diyabette, metabolik kontrolün sağlanması, diyet, egzersiz gibi yeni davranış değişikliklerinin kazanılması, yaşam kalitesinin artırılması ve komplikasyonların önlenmesi hedeflenmektedir. Psikososyal faktörlerden aile desteğinin olması bakımın kalitesini artırmak için önemlidir. Bu yüzden karmaşık ve dinamik bir süreç olan diyabet tedavisinde aile desteği, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak ve tamamlamak, diyetine uygun yemek hazırlamak, ilaçlarını almasını hatırlatmak, insülin yapmasını sağlamak, yeni durumla başa çıkması için duygusal destek sağlamak, iyi bir dinleyici olmak tip 2 diyabet hastalarında önemli konulardır ve bu durum diyabeti olan bireyi etkilediği kadar ailesini de etkilemektedir (Agustini ve ark., 2019; Olagbemide ve ark., 2021). Bu nedenle, diyabet tedavi ve kontrolünde, hastaların uyumunu artırmada en önemli hedef aile desteğinin sağlanması olmalıdır (Akın, 2011).

Ailesel destek, sosyal desteğin alt boyutlarından bir tanesidir ve bireyin çevresinden aldığı psikolojik ve sosyal destek olarak ifade edilmektedir. Sosyal destek, Kurt Lewin'in alan kuramı ve davranışından temel almaktadır. Bu modele göre, Lewin, yaşam alanını belirli bir zaman diliminde bireyin davranışını etkileyen tüm faktörler olarak tanımlar ve davranış, çevre ile bireyin etkileşiminin bir sonucu olarak kabul eder. Lewin'e göre davranış psikolojik çevreden oluşur. Lewin'in davranış tanımındaki çevre kavramı, fiziksel çevreden ziyade, bireyin içinde bulunduğu psikolojik çevreyi

ifade etmektedir. Bireye yeni davranışlar kazandırmak, olumsuz davranışlarını yok etmek içinde psikolojik çevresinde değişiklikler yapması sağlanmalıdır (Akın, 2011).

Aile desteği ile ilgili olarak, Arı ve Özdelikara (2022) 'nın çalışması, tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkilerini araştırmıştır. Aile desteğinin tedavi uyumunu nasıl artırabileceğine dair bulgular, klinik uygulamalarda aile desteğinin önemini vurgulamıştır. Bu, aile üyelerinin hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımının, tedavi uyumunu ve genel sağlığı iyileştirebileceğini göstermektedir.

Tip 2 diyabetli bireyin aile ilişkilerinin olumlu, ilgili olması bireyin özsaygısının artmasına, kendine güven hissetmesine, umutlu olma, mücadele isteği kazandırmaktadır. Bireyin aile desteği algısı, aile üyelerinin düşünce, duygu ve davranışlarıyla şekillenmektedir. Diyabet hastalarında aile desteğinin bulunması, bireyin öz bakımının artmasına, morbiditenin azalmasına ve hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesinin iyileşmesine önemli derecede katkı sağlamaktadır (Sofulu ve Ünsal Avdal, 2016). Diyabet hastası ve ailesinin eğitilmesi, ailenin destek konusunda teşvik edilmesi, bakım süreçlerine aktif katılımının sağlanması ve sorunlarla başa çıkma becerilerinin artırılması, etkili bireysel yönetim için son derece kritiktir (Akın, 2011).

Tip 2 diyabet hastalarının tedavi ve bakım sürecinde aile desteği, yalnızca fiziksel ihtiyaçların karşılanmasıyla sınırlı değildir. Ruhsal açıdan destekleyici bir aile ortamı, hastanın kendini güvende ve motive hissetmesini sağlar. Ancak, aile bireyleri de hastalık yönetimi sürecinde psikolojik olarak zorlanabilir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri, aile üyelerinin ihtiyaçlarına yönelik destek programları düzenler. Aile içi iletişim ve dayanışma, hastalık yönetimi sürecindeki başarıda belirleyici bir rol oynar (Çetinkaya ve Karabulutlu, 2021).

2.3. Anksiyete

Anksiyete, bireyin yaşamının değişik dönemlerinde sık karşılaştığı normal evrensel bir duygudur. Anksiyete, kelimesi latince angor (ruhun ıstırapı) filinden türetilmiştir. Evrimsel bakış açısı ile bakıldığında insanları tehdit olarak algılanan durumlara, tehlikelere karşı önlem almaya teşvik ettiği için biyolojik bir uyarıcı ve sağlıklı bir yanıttır. 20. yüzyıldan itibaren psikiyatrik sınıflandırmada yer alan bir bozukluktur (Crocq, 2015).

Anksiyete, otomatik düşünceler veya bu otomatik düşüncelere eşlik eden endişeye cevap verme sonucu bireyde sıkıntı ve huzursuzluğa neden olan buna zaman zaman gerginlik ve fiziksel belirtilerinde eşlik ettiği bir duygudur (Gündüz, 2019). Bir başka tanıma göre anksiyete, nedeni belirli olmayan, içsel bir korku, kaygı ve sıkıntı hali olarak yaşanan bir bunaltı duygusudur; kötü bir şey olacaktı endişesiyle ortaya çıkar ve yaşamı tehdit eden ya da tehdit olarak algılanan bir alarm duygusu olarak tanımlanır (Özen, 2020).

Anksiyetenin bir takım fizyolojik ve psikolojik belirtileri vardır. Fizyolojik olarak kalp çarpıntısı, nefes almada zorluk, göğüs sıkışması, ellerde ve ayaklarda titreme ve terleme, midede boşluk duygusu, baş ağrısı, hemen tuvalete gitme ihtiyacı örnek olarak verilebilir. Psikolojik olarak huzursuzluk, dolanıp durma isteği, heyecan, sıkıntı, aniden kötü bir şey olacaktı hissi ve korkusu sayılabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Türkçapar, 2004).

2.3.1. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete en sık görülen psikiyatrik bozukluktur ve yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %29'dur. Anksiyetenin potansiyel nedenleri genel yaşam kalitesinin kötü olması ve eşlik eden kişilik veya duygudurum bozuklukları yer almaktadır (Pary ve ark., 2019). Amerika Ulusal Eş Tanı Çalışması verilerine göre anksiyete bozuklukları yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Cinsiyete göre farklılıklarda biyolojik ve psikososyal etmenlerin neden olduğu söylenebilir (Bal ve ark., 2013).

Ülkemizde yapılmış olan ilk ve tek epidemiyoloji çalışması olan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' çalışmasında, anksiyete bozukluklarının son 12 ayda alkol bağımlılığı dışındaki tüm anksiyete bozukluklarının yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Anksiyete bozuklukları 12 aylık yaygınlığı %6,7 olarak tespit edilmiştir. En yaygın anksiyete bozukluğu özgül fobi ve ardından sosyal fobi gelmektedir (Kılıç, 1998). Diyabetli hastalarda yapılan çalışmada %14'ünün yaygın anksiyete kriterini karşıladığı, %40'ında anksiyete belirtileri görüldüğü belirtilmiştir (Doherty, 2015).

2.3.2. Anksiyete'nin Etiyolojisi

Anksiyete'nin etiyolojisi psikososyal faktörler ve biyolojik faktörler olarak iki ana başlıkta değerlendirilmektedir.

2.3.2.1. Psikososyal Faktörler

1. Psikanalitik Kuram

Bu kuram Sigmund Freud' un fikirleri ile açıklanmaktadır. Freud'un anksiyete ile ilgili görüşlerini 1895'te yayınladığı "Obsesyonlar ve Fobiler", "Histeri Üzerine Çalışmalar" ve en son 1926'da yayınlanan "İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete" kitabında görmek mümkündür (Akt., Özakkaş, 2014). Bu görüşe göre, anksiyete temelde bir iç çatışmanın sonucudur. Çocukluk döneminden itibaren bastırılmış duygular, arzular ve dürtülerden doğan bilinçdışı çatışmalar anksiyeteye yol açmaktadır. Bu çatışma, id (alt benlik), ego (benlik) ve süperego (üst benlik) arasında yaşanan çatışmalardan kaynaklanmaktadır. İdden gelen bilinçdışı doyum arayan dürtüler ve güdüler süperego tarafından engellenir. Ego bunlar arasında dengeyi sağlamaktadır. Eğer ego bu çatışmayı çözemez veya bastıramazsa, bu durumu bir tehdit olarak algılar. Bastırma işe yaramadığında çatışma ile baş edebilmek için savunma düzenekleri (yansıtma, yadsıma, yer değiştirme vb.) kullanılır, kullanılan savunma düzeneğine göre anksiyete bozuklukları kendini göstermektedir (Özen, 2020; Yılmaz, 2016).

2. Davranışçı Kuram

Bu görüşe göre anksiyete koşullanmalar ve gözlemler yoluyla öğrenilmiş bir süreçtir. Davranışçılara göre tüm davranışlar sonradan öğrenilmektedir. Birey klasik koşullanma (Ivan Pavlov), edimsel koşullanma (Thorndike, Skinner) ve çevresini gözlemleyerek olan sosyal öğrenme yoluyla (Bandura) öğrenmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Klasik koşullanmada tehdit oluşturmayan uyarıcı (koşullu uyarıcı), tehdit oluşturan uyarıcı (koşulsuz uyarıcı) ile karşılaştığında koşullu uyarıcı nört özelliğini kaybederek korkutucu bir biçime dönüşür. Edimsel koşullanmaya göre bir davranışın sıklığını belirleyen en önemli neden o davranışla ilgili ödüller, cezalandırmalar şeklindeki sonuçlardır. Yapılan çalışmalarda şok gibi tehlike oluşturan uyarılardan kurtulmanın kafesin elektrik şoku gelen yerinden kaçmak olduğunu anlayan hayvan o bölgeye gitmez ve kaçınmış olur. Sosyal öğrenme kuramına göre davranışlar başka örnekleri gözlemleyerek ve rol model alarak öğrenilir. Korkular ve kaygılar çocukluk ve ergenlik döneminde yapılan gözlemler ile öğrenilmektedir. Yılan, örümcek gibi nesiller boyu aktarılması örnek verilebilir (Süngur, 1997).

Mowrer'in iki faktörlü öğrenme modelinde korku ve kaygılar klasik koşullanma ile ortaya çıkar, kaçınma davranışı edimsel koşullanma ile pekiştirilir. Koşullu uyarıcı koşulsuz uyarıcı ile eşleşerek nötr uyaran korku tepkisini oluşturur buna işaret öğrenme denmektedir. Sonraki aşamada birey koşullu uyarıcıdan kaçınmakla korku tepkisinin azaldığını öğrenir. Böylelikle kişi kaçmanın olumlu bir durum olduğunu algılar. Bu aşama çözüm öğrenme adını almaktadır. Bu durum daha fazla kaçınmaya ve anksiyetenin sürmesine neden olur (Elmacı, 2008).

3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram Epiktetos'a dayanmaktadır. Epiktetos davranışları ve duyguları algı, anlamlandırma ve bilişlerin belirlediğini savunur. İnsanları etkileyen ve zarar veren şeyler kendi davranış ve inançları, durumlara, olaylara ve kişilere verdikleri anlamlardan geçer. 1970' li yıllarda Beck ve Ellis bilişsel kurama öncülük etmiştir (Türkçapar, 2006).

Beck bilişsel anksiyete modelinde anksiyetenin bireyin inançları, düşünceleri ve olayları nasıl algıladığı ve olaylar karşısında yer edinmiş bilişsel şemalar ile ilgili olduğunu, çarpıtılmış yaklaşımların olması kişinin gerçeği görmesini engellediğini varsayar (Gülen, 2020).

Çocukluk döneminde yaşadığımız olaylar bazı düşünce ve inançların oluşmasına yol açar ve bu yapısal düzeyde şema olarak adlandırılır. Olaylar, şemaların aktif hale gelmesine, olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına ve bireyin öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi duygular yaşamasına sebep olur. Bilişsel kuram klinik olarak şemalar ve otomatik düşünceler olarak iki kavramdan oluşur. Şemalar, ara inançlar (temel varsayımlar ve kurallar) ile temel inançlar olarak ikiye ayrılır. Bu üç grup, iç içe geçmiş daireler gibi düzenlenmiştir. En içte temel inançlar, ardından ara inançlar ve en dışta otomatik düşünceler yer almaktadır (Türkçapar, 2006).

Otomatik düşünceler, zihinsel süreçlerde ortaya çıkan sözel ve görsel içerikli düşünce parçalarıdır. Ara inanç ve kurallar, otomatik düşüncelerin daha derininde yer alan ve tespit edilmesi daha zor olan zihinsel yapıları oluşturur. 'Eğer' sözcüğü ile başlayıp '-meli, -malı' ekleri ile biten gereklilik bildiren düşünceler ara inançlar ve kurallar olabilmektedir. Temel inançlar, olumlu ve olumsuz olarak iki tanedir. Beck temel inançları üç gruba ayırmıştır; çaresizlik, sevilmemeye, değersizliktir (Özcan ve Çelik, 2017).

Bu kuramın temelinde olayın kendisi değil düşüncelerin yanlış yönlendirilmesi vardır, yaşanabilecek tehlikenin fazla tahmin edilmesi veya baş etmenin yetersiz olmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Bu olumsuz ve yanlış düşünceler sonucunda anksiyete ortaya çıkar (Karahan ve Karaaziz, 2023; Özen, 2020).

4. Varoluşçu Kuram

Bu yaklaşımın önemli temsilcisi Heidegger, ölüm gerçekte tehdit edicidir fakat ölümü düşünmek rahatlatıcıdır. Bireyler hayatlarının bir döneminde mutlaka ölüm anksiyetesi ile yüzleşir ve çeşitli savunma mekanizmaları ile uzaklaşmaya çalışır. Birey için değerli olmak ve hayattaki anlam arayışı en önemli duygudur. Yalom, anlamsızlık kavramını hayatın hakikati olarak tanımlamakta ve hayattaki anlamsızlığın anksiyete ve çatışmaya neden olduğunu ifade eder (Demir, 2018).

5. Kişilerarası Görüş

Kişilerarası görüşte anksiyetenin nedeni erken dönemde samimi, güvenilir ve sevecen bir ilişkinin olmamasıdır. Sullivan kişilerarası görüşünde kişilik erken dönemde yaşanan kişilerarası ilişkilerin içsel temsili sonucu gelişir. Bireyin karşısındaki ile kurduğu her ilişki onun benlik saygısını oluşturmakta ve devam ettirmesini sağlamaktadır. Benlik saygısı azalmış kişiler kaygı ve ilişkili bozukluklar açısından risk altındadır. Bir çocuğa olumsuz şekilde davranıldığında, bu durum çocuğun güvensiz hissetmesine ve ilerleyen zamanlarda kendini değersiz ve kaygılı hissetmesine yol açar. Çocuk, anksiyeteyi yatıştırmak için baş etme stratejilerini kullanmaya yönlendirilir ve bu stratejiler, yetişkinlik dönemine geldiğinde kişiliğinin bir parçası haline gelir (İmamoğlu, 2021; Yılmaz, 2016).

2.3.2.2. Biyolojik Faktörler

Anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalarda üç nörotransmitterin ilişkisi olduğu tespit edilmiştir bunlar; nörepinefrin, serotonin, gama aminabütirik asit (GABA)'dır.

1. Nörepinefrin: Anksiyete bozukluklarında nörepinefrinin rolü ile ilgili kuram, noradrenerjik sisteminde patlamalarla seyreden aktivite artışı ve zayıf işleyen regülasyon sisteminin bulunmasıdır. Noradrenarjik sistem rostral ponsun locus cereleusunda bulunur. Locus cereleus uyarılarak noradrenalin düzeyinin artması otonomik ve emosyonel anksiyete semptomlarına neden olur. Locus cereleusun

uyarılmasının hayvanlarda korku yanıtına sebep olduğu, bu bölge çıkarıldığında hayvanlarda korku yanıtının ortadan kalktığı veya söndürdüğü gösterilmiştir (Özakkaş, 2014; Uzbay, 2004).

2. Serotonin: Anksiyete bozukluklarının patogeneğinde serotoninin rolünün araştırılması ile birçok serotonin reseptör tipi tespit edilmiştir (Uzbay, 2004). Serotonin reseptörleri beyin sapının dorsal ve median raphe nükleuslarında yer alan nöronlarda bulunmaktadır. Serotonin 5-HT1A reseptör agonisti olan buspironun etkinliği de serotonin ile anksiyete arasındaki ilişki olasılığını göstermektedir (Özakkaş, 2014).

3. Gama-Aminobutirik Asit (GABA): Sakinleşmemizi ve rahatlamamızı sağlayan inhibitör nörotransmitterdir. Anksiyete tedavisinde kullanılan bazı ilaçların GABA'yı arttırdığı için bu nörotransmitter de olan eksiklik veya dengesizliğin anksiyete ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Benzodiazepinler GABA aktivitesinin artmasını sağlar bu nedenle anksiyete bozukluklarında etkilidir (Özakkaş, 2014; Yılmaz, 2016).

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5 TR'de yer alan anksiyete bozuklukları;

- Panik bozukluk,
- Agorafobi,
- Ayrılık anksiyetesi bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık (mutizm),
- Spesifik Fobi (Özgül Fobi),
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu,
- Maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu,
- Panik Atak Belirleyicisi,
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu,
- Diğer Belirtilmiş Anksiyete Bozukluğu,
- Belirtilmemiş Anksiyete Bozukluğu (APA, 2022).

2.3.4. Diyabette Anksiyete

Diyabet ve anksiyetenin birlikte görülmesi, eşlik eden hastalıkların gelişme riskini artırırken, sağlık harcamalarının yükselmesine ve erken dönemde hastalık ve ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır (Basiri ve ark., 2023). Diyabet

hastalarında anksiyetenin tespit edilmemesi hastanın tedaviye başlamasını geciktirmekte veya etkisiz tedavi sonuçlarına yol açmaktadır (Khuwaja ve ark., 2010). Diyabetli kişiler, beslenme düzeni, insülin kullanımı, sık kan şekeri takibi ve destek eksikliği gibi endişeler nedeniyle anksiyete riskiyle karşı karşıyadır (Rubin ve Peyrot, 2001).

En basit psikososyal stres ve ruhsal çatışmalarda bile serbest yağ asitleri, kortizol ve kan şekeri seviyeleri artar. Tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzeyleri kontrol altına alınamayan hastalarda, stres ve kaygı önemli bir rol oynar. Bu tür durumlarda, insülin dozunu artırmadan önce psikososyal değerlendirme yapılması oldukça önemlidir (Kavak ve Aktürk, 2019). Tip 2 diyabet hastalarında yapılan çalışmada, hastanede yattıkları süre boyunca orta ve şiddetli anksiyete görüldüğü tespit edilmiştir (AlBekairy ve ark., 2017). Khambaty ve ark., (2017), başlangıçta anksiyetesi olan hastaların %25,9'unda 10 yıl içinde diyabet geliştiği belirlenmiştir. Anksiyete hastalar için hem risk faktörü hem de komorbite olabileceğinden hastaların diyabet ve anksiyete açısından taranması önemlidir.

2.4. Depresyon

Depresyon sık karşılaşılan bir duygudurum bozukluğudur. Latince kökenli 'depressio' kelimesinden gelmekte ve batmak, batan, kasvet anlamlarına gelmektedir. Patolojik olarak düşük bir ruh hali (hipotimi) ve kişinin kendine, gerçek dünyadaki durumuna ve geleceğe ilişkin olumsuz düşünceleri barındıran psikiyatrik bozukluktur (Bernard, 2018; Shadrina ve ark., 2018). Depresyon genel olarak üzüntü, anhedoni, isteksizlik, değersizlik ve umutsuzluk duygularıyla karakterizedir. Konsantrasyon güçlüğü, hafıza değişiklikleri, anoreksiya, uyku bozuklukları gibi bilişsel ve nörovegetatif semptomlarda mevcuttur (Tamam ve ark., 2012). Depresyon, tıbbi ve sosyolojik önemi olan bir takım olumsuz sonuçlara yol açar ve yaşam kalitesini ve uyum yeteneğini önemli ölçüde etkiler. Kronik somatik veya nörolojik durumlarla birlikte uzun süreli ve şiddetli depresyon özkıyım girişimine yol açabilir (Shadrina ve ark., 2018). Depresif bozukluk sadece kronik hastalıkların (örn: anjina, artrit, astım ve diyabet) oluşmasına zemin hazırlamakla kalmaz, aynı zamanda bu hastalıkların seyrinin kötüleşmesine de zemin hazırlar (Kupfer ve ark., 2012). Depresyon sıklıkla diğer zihinsel bozukluklarla (anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları), kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar, solunum hastalıkları ve somatik hastalıklarla birlikte görülmektedir. Depresyon fiziksel hastalıklara neden olabilmekte

veya bu durumun tersi de olabilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan hastaların %50'sinin, genellikle uzun süreler boyunca teşhis edilemeyen klinik açıdan önemli fiziksel hastalığa sahip olabilmektedir (Stachowicz ve Sowa-Kucma, 2022).

Depresyonun birçok anlamı vardır. En çok kullanılan üç anlam şöyledir:

1-) Normal bir duygulanım (affect) olarak depresyon: İnsanın kendisi için değerli bir şeyi kaybettiğinde yaşadığı hüznün durumudur. Ayrıca depresif duygulanımda insan umutsuzluk, çaresizlik, düş kırıklığı gibi durumlarda çok sık karşılaşılabılır.

2-) Depresyon, psikiyatride günlük yaşamda sürekli bir üzgünlük, hüznün ve mutsuzluk hali olarak tanımlanan normal dışı bir duygudurumdur. Depresif belirtiler, başta psikiyatrik hastalıklar olmak üzere birçok farklı hastalığa eşlik edebilir. Ayrıca, çevresel değişiklikler ve yaşam olaylarına verilen bir tepki olarak da ortaya çıkabilir.

3-) Psikiyatrik bir hastalık olarak depresyon: Belli bir grup belirti kalıbı ile giden ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren ruhsal hastalıktır (Türkçapar, 2021).

2.4.1. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon, Dünya genelinde halk sağlığını etkileyen ciddi sorunların başında gelmektedir. Dünya genelinde depresyonun yüksek prevalansı, tanı sürecinde güçlükler yaşanması, kronikleşmesi ve özkıyım riski, işlevsellikte yitime sebep olması ve ekonomik kayıplara neden olması depresyon araştırmalarının önemini arttırmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007). Depresyon her yaşta görülebilmekle beraber özellikle 25-44 yaşlarında daha sık karşılaşılmaktadır (Çelik Helvacı ve Hocoğlu, 2016). Depresyon yaygın zihinsel bir bozukluktur. Dünya'da yetişkin nüfusun yaklaşık %5'i (erkeklerde %4, kadınlarda %6) 60 yaş üstü bireylerin %5,7'si olmak üzere tahminen nüfusun %3,8'i depresyon yaşamaktadır. Dünya'da yaklaşık 280 milyon kişi depresyondan muzdariptir. Depresyon kadınlarda erkeklere oranla %50 daha fazla görülmektedir (WHO, 2023). Depresif bozukluğun dünya genelinde prevalansı Japonya'da %3, ABD'de bu oran %16,9 kadar değişiklik göstermekte, çoğu ülkede yaygınlığı %8-12 arasında değişmektedir (Shadrina ve ark., 2018).

Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması (2013) verilerine göre ülkemizde depresyon sıklığı kadınlarda %13,1, erkeklerde %5 ve toplam sıklığı %9,3 olarak tespit edilmiştir, kadın cinsiyet depresyondan daha fazla etkilenmektedir (Ünal ve Ergör, 2013). Diyabet hastalarında depresif belirtilerin görülme oranı %30, majör depresif bozukluk yaygınlığı yaklaşık %10 olarak tespit edilmiştir (Robinson ve ark., 2013).

2.4.2. Depresyonun Tarihçesi

Duygudurum bozuklukları ile ilgili aktarımlar insanlık tarihi kadar eskidir. Farklı çağlarda ve toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, eski ve semavi dinlere konu olmuştur (Köknel, 2000). Eski Mısır'da Eber papirüsünde, kutsal kitaplarda, eski ahitlerde, antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde depresyona benzer özellikler betimlendiğini görüyoruz. Apollo tarafında 14 çocuğunun öldürülmesinden sonra sonsuza dek ağlayan bir taşa dönüşen Niobe Stuporöz depresyonun ilk örnekleri olabilir (Türkçapar, 2021). Depresyonu Milattan Önce 5. Yüzyılda ilk tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat depresyonu 'melankoli' adını kullanarak tanımlamış ve bunu 'kara safra' ile ilişkilendirmiştir (Koç, 2016). Hipokrat duygudurumu vücut sıvıları ile bağlantılı olabileceğini ve hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara safralı mizaç ve sinirli mizaç olarak dört duygudurum tanımlamıştır. Depresyonu kara safra miktarındaki artmaya bağlı olduğunu söylemiş ve depresyonla ilgili ilk biyolojik temellendirmeyi ortaya koymuştur (Köknel, 2000; Türkçapar, 2021). Orta çağlar da depresyonu en iyi tanımlayanlardan biri İbn-i Sina olmuştur. Kanun kitabında ruhsal hastalıkları olgu örnekleri ile açıklamış ve insan vücudunda bulunan farklı vücut sıvılarının değişik oranlarda bir araya gelmesi durumunda depresyonun ortaya çıktığını söylemiştir (Kafes, 2021; Köknel, 2000).1854'te 'La Folie Circulaire' terimini kullanarak Jules Falret hastaların sırayla depresyon ve mani yaşadıklarını tanımlamıştır. Alman psikiyatrist Karl Kahlbaum, 1882 yılında siklotimi terimini ortaya atmıştır. 1957'de ise Leonhard, hastalık dönemlerinin özelliklerine dayanarak tek uçlu (unipolar) ve iki uçlu (bipolar) bir ayırım yaparak yeni bir sınıflandırma önermiştir (Akt., Koç, 2016).

2.4.3. Depresyon Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamakla birlikte genetik, psikososyal ve nörobiyolojik olmak üzere çok yönlü heterojen etmenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir.

2.4.3.1. Psikososyal Faktörler

1. Psikonaltik Kuram: Depresyonla ilgili ilk psikoanalitik görüş S. Freud ve K. Abraham tarafından geliştirilmiştir. Freud 1917'de yazdığı 'yas ve melankoli' adlı kitabında yasta birey için önemli gerçek bir kişiyi kaybetmesinin rol oynadığını, fakat melankolide kaybın gerçek değil imgesel olduğunu belirtir. Freud bu kitabında yas tutmanın dört ilkesinden bahsetmiştir: 1-) derin ve acılı nostaljiler, 2-) dış dünyaya olan

ilgiyi kaybetme, 3-) ilgi duyulan sevgi eksikliği, 4-) yerleşim faaliyetleridir. Bu teoriye göre, depresyon bir sevgi nesnesinin kaybından kaynaklanmaktadır. Kişinin sevdiği bir şeyi veya kişiyi kaybettiğinde ortaya çıkan saldırgan içgüdünün duygusal ruh haline dönüşmesi olarak değerlendirilmiş ve bu kaybın gerçek sevilen bir kişi olabileceği gibi sembolikte olabilmektedir (Akt., Shahla ve Manavipour, 2014; Türkçapar, 2021).

2. Bilişsel Kuram: Beck 1967 yılında ‘Depression: Causes and Treatment’ adlı kitabını yayınlamıştır ve depresyonun bilişsel modeli Aaron Temkin Beck’in bilişsel modelinden temel almaktadır (Akt., Türkçapar, 2021). Bilişsel modelin temel önermesi gerçeği yansıtmayan olumsuz düşüncelerin bireyin dış dünyayı algılama biçimini etkilemesidir. Önceden deneyimlenen stres, kayıp ya da travma bireyin yaşadığı olayların yorumlanmasında önyargılı davranmasına ve olumsuz bilişsel şemaların gelişmesine yol açabilir (Dean ve Keshavan, 2017). Bilişsel üçlü (cognitive triad) olarak temellendirilen bu kuramda kişinin kendi, dünya ve gelecek ile ilgili olumsuz kavramları vardır (hepsi benim hatam, kimse bana yardımcı olamaz, bu hiç düzelmeyecek). Bireyin düşüncelerinin içeriğini ya da bu düşüncelerin kendisini fark etmediği ve sadece düşüncelerin duygusal sonuçlarına odaklandığı durumlara "otomatik düşünceler" denir. Depresyonda, otomatik düşünceler genellikle kayıp algısıyla ilişkilidir ve bu kayıp, depresyonla ilgili bilişsel süreçleri ifade eder. Bilişsel kuram olumsuz çocukluk yaşantıları sonucu bazı düşünce ve inanç sistemlerinin oluşması ile ilgilidir. Bunlar, şema olarak adlandırılır ve geçmiş deneyimlere benzer olaylarla karşılaşıldığında aktif hale gelerek olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına ve kişinin kendini kötü hissettiği duyguların oluşmasına yol açar (Duru Altundal ve Yılmaz, 2023). Bir süre sonra tekrarlayan bu süreç bireyin olumlu dış uyaranları görememesine ve içeriye odaklanmasına neden olur. Bu süreç anhedoniye, motivasyon eksikliğine, artan ruminasyona ve depresyona yol açar (Dean ve Keshavan, 2017).

3. Davranışçı Kuram: Martin Seligman’ın köpeklerle yaptığı ‘öğrenilmiş çaresizlik’ modeline dayanmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik kavramı, köpeklere verilen tekrarlı şok karşısında geliştirdikleri tepkiler olarak tanımlanmıştır. Modele göre çocukluk yıllarında itibaren olumsuz deneyimleri olan bireylerin bu duyguları engellemeyi bilmemeleri ve insan davranışlarının olayların sonuçları üzerinde hiçbir etkisi olmadığına inandıklarında, öğrenilmiş çaresizlik gelişmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik bireyin harekete geçmesini engellemekte, işlerini ertelemesine neden olmakta

ve depresyon ve kaygı gibi duygusal sorunlara yol açarak bireye zarar vermektedir (Ulusoy ve Duy, 2013).

4. Bağlanma Kuramı: Bowlby' in *Bağlanma Teorisi* hayvanların ve insanların küçükken kendilerine primer bakım verenlerine ve yetişkinlerin diğer yetişkinler ile kurdukları duygusal bağlara odaklanır. Duygusal bağların güçlü olması sosyal işlevsellik açısından önemlidir. Kesintisiz bir bağlanma güvenlik duygusu sağlar, bu ilişkilere yönelik bir tehdit kaygıya, yeniden bir araya gelme neşeye, ayrılık ise sıkıntı ve üzüntüye neden olur. Birey kendi için önemli olan bağlanma figüründen ayrıldığında, ciddi bir sorun ile karşılaşır ve Bowlby'nin "protesto" olarak adlandırdığı bağlanma davranışlarını kullanır. Erken bir kayıp bireyin gelişimsel olarak güvensiz bağlanmasına neden olur. Bu da gelecekte yaşayacağı kayıpların ciddi psikolojik hasara yol açmasına neden olabilir. İhtiyaçları primer bakım veren tarafından düzenli karşılanmayan bebek endişe ve şüphe duyar. Olumsuz bir kendilik imajı geliştirmesine ve güvensiz, kaygılı bir bağlanma stili geliştirmesine neden olmaktadır (Akt., Dean ve Keshavan, 2017). Bu teoriden hareketle depresyon bireyin güvenli bağlanma geliştirdiği kişi tarafından terk edilmesi, bu kişiye karşı ciddi bir öfke duymasına ve bu durumu içselleştirmesine neden olur. Sevilen bir bağlanma figürüne yönelik bu öfke aynı zamanda suçluluk duygusuna da yol açar ve depresyon, yasak öfke duyguları nedeniyle kendini cezalandırma olarak görülebilir (Holmes, 2013).

5. Nesne İlişkileri Kuramı: Viyanalı Melanie Klein bu kavramı ilk kullanan kişidir ve nesne ilişkileri kuramının kurucusu olarak bilinir. Bu kurama göre erken çocukluk dönemi zihinsel gelişim için oldukça önemlidir. İlk yıllarda anne daha sonraki dönemlerde farklı nesneler ile kurulan ilişkilerin ruhsal yapımızın temelini oluşturduğunu savunur. Nesne ilişkileri kuramının temeli zihinsel nesneler ve bu nesnelerle olan ilişkiler üzerine olan içselleştirme mekanizmasıdır (Gödeş, 2018). Melanie Klein'e göre depresyonda sadece sevgi kaybı korkusu değil kendi hırsları ve olumsuz davranışlar nedeniyle içsel objelere zarar vermekten dolayı endişe yaşarlar (Akt., Akiskal, 2007).

2.4.3.2. Biyolojik Faktörler

1. Biyolojik Aminler: Norepinefrin, serotonin, dopamin ve asetil kolin beyin sapından salgılanarak beyin işlevlerini kontrol eden nörotransmitterlerdir. İletimde görev aldıkları için bu biyolojik aminlerin fonksiyonlarında meydana gelen değişiklik

ve bozulmalar ruhsal bozukluklara ve davranış değişikliklerine neden olmaktadır (Uğur, 2008). Depresyonun etiyolojisi arasında önemli bir hipotez olan monoamin hipotezi, serotonin, dopamin ve norepinefrin nörotransmitterlerin de bir veya birden fazla monoamin seviyesindeki değişiklikten kaynaklandığı öne sürülmektedir (Dean ve Keshavan, 2017).

Dopamin: Dopamin zevk deneyimine aracılık eden ana nörotransmitterdir. Dopamin nöron dejenerasyonu ile karakterize Parkinson hastalığında da yüksek oranda depresyon görülmektedir. Depresyonlu hastaların BOS’unda dopaminin ana metabolitlerinin azaldığı beyin görüntüleme ve ölüm sonrası çalışmalarda dopamin taşıyıcı bağlantısının azaldığı ve postsinaptik D2 ve D3 reseptör bağlantısının arttığı raporlanmıştır (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Depresyonda azalmış dopaminerjik değişikliklerin rolü ifade edilmektedir. Azalmış dopamin reseptör sayısındaki veya fonksiyonlarındaki değişikliklerden ya da hücre içi bozulmuş sinyallerden kaynaklanmaktadır (Dunlop ve Nemeroff, 2007). Dopamin sistemi ödül tatmininde, motivasyonel uyarılda ve koşullu teşvik uyaranlara yanıt vermede rol alır (Belujon ve Grace, 2017). Dopamin yetersizliğinin anhedoni ve psikomotor bozukluklar gibi bazı depresif belirtilere neden olduğu düşünülmektedir (Mizuno ve ark., 2023).

Serotonin: Serotoninin 80 yıldan daha uzun bir süre önce keşfedilmesi ile yeme davranışlarının düzenlenmesi, termoregülasyon, cinsel davranış, anksiyete, depresyon, bağırsak hareketliliği, düz kas hareketliliği (bronşiyal tüpler; uterus) ve kalp damarlarındaki sempatik ve parasempatik sinir aktivitesinin düzenlenmesi gibi çok çeşitli fizyolojik işlevlerde görev almaktadır (David ve Gardier, 2016). Bilinen 14 farklı serotonin reseptör alt tipi bulunmaktadır (Tamam ve Zeren, 2002). Depresyonda önemli rol oynayan reseptörler 5-HT1A, 5-HT2, 5-HT4, 5-HT6 ve 5-HT7 alt tipleridir (Çelik Helvacı ve Hocaoglu, 2016). 5-HT2 reseptörü depresyon tedavisinde en önemli reseptördür. Depresyon hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS) başlıca serotonin metaboliti 5-HT2 düzeyinin normalden düşük olduğu ve düşük 5-HT2 konsantrasyonunun özkıyım girişi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Delgado, 2000). Aynı zamanda depresyonlu hastaların hem kan trombositlerinde hem de ölüm sonrası beyin dokusunda 5HT-2 reseptör yoğunluğunun arttığı raporlanmıştır (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Serotonin; anksiyete, depresyon, şizofreni, takıntı-zorlantı bozukluğu

gibi psikiyatrik bozuklukların oluşmasında rol almakla birlikte hipertansiyon, migren, bulantıda da rol aldığı düşünülmektedir (Tamam ve Zeren, 2002)

Noradrenalin: Noradrenalinin duygudurum bozukluklarında rol aldığı düşünülmektedir (Saveanu ve Nemeroff, 2012). Noradrenalin eksikliği bireyde konsatrasyon eksikliği, unutkanlık, depresif duygudurumu, psikomotor retardasyon, yorgunluk ve halsizlik gibi klinik belirtiler ile depresyon, şizofreni ve alzheimer hastalığında görülebilmektedir. Down regülasyonu bilinen beta adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olması antidepresan ile etkileşim olması depresyonda noradrenarjik sistemin rolü olduğunu göstermektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004). Depresyonda noradrenalin sisteminde meydana gelen değişiklikler; depresyonlu hastaların idrarında ve BOS’unda düşük seviyede noradrenalin reseptörü, depresif hastaların özkıyım girişimi sonrasında kortekslerinde ve ölüm sonrası beyin dokularında artan beta adrenerjik reseptörler yoğunluğu tespit edilmiştir (Saveanu ve Nemeroff, 2012).

Asetilkolin: Beyinde yaygın bulunan bir nörotransmitterdir. Depresyonda kolinerjik aktivite artarken manide azalır. Kolinerjik aktivite beyinde mükafat ve cezalandırma merkezlerini etkileyerek yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmakta ve depresyon ortaya çıkmaktadır (Uğur, 2008).

2.4.3.3. Nöroendokrin Faktörler: Hormonal eksenler psikiyatri açısından üç temel neden dolayısıyla önemlidir:

- 1-) Bazı peptid hormonlar, klasik nörotransmitterler gibi işlev görebilirler.
- 2-) Nöroendokrin eksenlerin hormonları kan yoluyla beyne taşınarak geribildirim (feedback) oluşturarak nöronal fonksiyonları etkileyebilir.
- 3-) Bazı psikiyatrik hastalıklar, klasik nöroendokrin eksenlerin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesi ile ilişkilidir.

Depresyon hastalarında gözlenen nöroendokrin anormalliklerin, depresyondaki biyojenik amin aktivitesindeki değişikliklerin bir sonucu mu yoksa nedeni mi olduğu tartışmalıdır. Depresyonla ilişkili olarak ortaya çıkan nöroendokrin eksen anormallikleri, genellikle adrenal, tiroid, büyüme hormonu (GH) ve prolaktin eksenlerinde görülür (Eşel, 2002).

Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Eksen: Depresyonlu hastalarda hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki anormal değişiklikler dikkat çekmektedir. Hipotalamus adrenokortikotropin (ACTH) salınımını arttırmak için hipofizden kortikotropin salgılatıcı hormon olan (CRH) ve arginin vazopressin (AVP) salgılar. CRH, hipofiz bezinden ACTH salgılayan reseptörler ile etkileşime girer. Kortizol, salgılanan adrenal glukokortikoid stres hormonudur. HPA ekseninin rolünü anlayabilmek için kortizol, ACTH ya da CRH salınımını azaltan ve artıran deksametazon baskılama testi (DST) kullanılmaktadır (Varghese ve Brown, 2001). CRH, ACTH ve kortizoldaki değişiklikler strese yanıt olarak artmakta ve hemostazın sağlanmasında ve karşıt yanıtın geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Albayrak ve Ceylan, 2004). Cushing hastalarında ve ekzojen glukokortikoid nedeniyle serum kortizol düzeyi yükselmiş bireylerin %50'den fazlası duygudurum bozuklukları yaşamakta, %10'unda özkıyım düşüncesi ve psikoz gelişmektedir (Helvacı Çelik ve Hoccoğlu, 2016).

Hipotalamo-Pituiter-Tiroid Ekseni (HPT): Tiroid bozukluklarında en sık karşılaşılan psikiyatrik belirtiler depresyon ve kognitif bozukluklardır (Nuguru ve ark., 2022). Depresyon hastalarında serum tiroksinin (T4) seviyesinde yükselme, özellikle akşam ve gece sirkadiyen tiotropin (TSH) salgısında azalma olduğu aynı zamanda şiddetli depresyon yaşayan bireylerde HPT eksen anormallikleri tespit edilmiştir (Duval ve ark., 2015; Helvacı Çelik ve Hoccoğlu, 2016). Tiroid vücutta pek çok sistemde metabolizma, vücut ısısının düzenlenmesi, dokuların gelişiminde ve fonksiyonlarında rol almaktadır (Albayrak ve Ceyhan, 2004). Tiroid hormonunun aşırı salgılanması hipertiroidizm durumunda anksiyete, yorgunluk, emosyonel labilite ve ajitasyon ender durumlarda psikotik belirtiler gözlemlenirken tiroid hormonunun az çalıştığı hipotiroidi durumunda psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, depresif mizaç, özkıyım riski, demans ve sekonder psikotik belirtiler gözlemlenmektedir (Albayrak ve Ceyhan, 2004).

Hipotalamik- Hipofizer- Growth Hormon Ekseni: Growth hormon eksikliği veya akromegalisi olan hastalarda sıklıkla anksiyete, depresyon ve bozulmuş bilişsel işlevler tespit edilmiştir (Karachaliou ve ark., 2021).

Nöroanatomi: Depresyon hastalarında tek foton emisyon tomografisi (SPET), pozitron emisyon tomografisi (PET) veya fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme

(fMRI) yöntemleri ile yapılan çalışmalarda prefrontal (orbitofrontal, dorsolateral ve dorsomedial korteks), anterior singulat korteks (özellikle subgenual bölge), amigdala, talamus ve bazal ganglion yapılarında anormalliklerin patofizyolojide yer aldığı bildirilmektedir. Depresyondaki bireylerde hem gri hem de beyaz madde yapılarında anormallikler saptanmıştır. Gri madde yapısındaki anormalliklerde artan nöronal ve glial hücre ölümünün yanı sıra azalan yetişkin nöroenezinin de rol oynadığı tahmin edilmektedir. Beyaz madde değişiklikleri iskemik nedenlere bağlı geç yaş depresyonunda belirgindir (Kaltenboeck ve Harmer, 2018).

2.4.3.4. Kalıtsal Faktörler

Aile ve ikiz çalışmaları, genetik faktörlerin depresyon riskine ciddi katkısı olduğunu göstermektedir. Örneğin, ikiz meta-analiz çalışmalarında kalıtsallık oranının %37 olduğunu ve aile çalışmalarında depresyon tanısı almış hastaların birinci derece çocuklarında depresyon riskinde iki üç kat artışa neden olmaktadır. Kalıtsallığın özellikle şiddetli depresyon türlerinde etkili olduğu da gösterilmiştir. Hastalığın şiddeti, depresif bozukluğun anneden mi yoksa babadan mı aktarıldığına bağlıdır (Shadrina ve ark., 2018).

2.4.4. Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

Depresyon, diyabet hastaları arasında yaygın bir sorun olarak kendini göstermektedir. American Psychiatric Association (2022) tarafından yayımlanan DSM-5 TR, depresyonun tanı kriterlerini ayrıntılı olarak belirlemekte ve bu durumun klinik etkilerini açıklamaktadır.

- Majör Depresif Bozukluk
- Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
- Kalıcı Depresif Bozukluk
- Premenstrüel Disforik Bozukluğu
- Maddenin ya da İlacın Neden Olduğu Depresif Bozukluğu
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk
- Diğer Belirtilmiş Depresif Bozukluk
- Belirtilmemiş Depresif Bozukluk şeklinde sıralanmaktadır (APA, 2022).
-

2.4.5. Diyabette Depresyon

Diyabet ve depresyon, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek işlev kaybı, artan sıkıntı ve sosyal yük gibi sorunlara yol açabilir. Diyabetli bireylerde depresif belirtiler, diyabet yönetimine katılımı, glisemik kontrolü ve genel sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca, bu durum komplikasyon riskini artırırken sağlık hizmeti maliyetlerini de yükseltmektedir. Diyabet ve depresyon birlikteliği, dünya genelinde yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilidir (Van Der Feltz-Cornelis ve ark., 2021).

Depresyon, Tip 2 Diyabet gelişme riskini artırmakla birlikte, buna bağlı olarak hiperglisemi, insülin direnci ve mikro ile makrovasküler komplikasyonların riskini de yükseltmektedir. Tip 2 diyabet tanısı, depresyon riskini artırmakla birlikte depresyonun daha şiddetli bir şekilde ilerlemesine yol açabilmektedir (Semenkovich ve ark., 2015).

Diyabet ile psikolojik rahatsızlıklar arasındaki bağlantı üç ana nedene dayanmaktadır. İlk olarak, psikolojik faktörlerin doğrudan diyabeti tetiklediği düşüncesi öne sürülse de bu faktörlerin tek başına diyabet gelişimine neden olmayacağı kabul edilmektedir. Stresli durumların glisemik kontrolü zorlaştırdığı ve kişinin mizacının etkili olduğu belirtilmektedir. İkinci olarak, genetik geçiş teorisi öne çıkmakta, psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerin ailelerinde diyabet görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Son olarak, diyabetin kronik bir hastalık olması nedeniyle sürecin sonunda depresyonun ortaya çıkabileceği ve depresyonun diyabetin bir komplikasyonu olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Gen, 2019).

2.5. Diyabette Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı

Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşireliği, genel hastaneye başvuran hastaların ve ailelerinin psikososyal ihtiyaçlarını belirleyen, bu doğrultuda bakım veren ve psikiyatrik tedavi süreçlerinde aktif rol üstlenen psikiyatri hemşireliğinin ileri bir uzmanlık alanıdır (Kocaman, 2006). Psikososyal destekte hemşireler hem hastalar hemde hasta yakınları için önemlidir. Psikososyal bakımın etkili bir şekilde sunulmasında, işbirlikçi bakım yaklaşımının en yaygın yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir. Bu yaklaşım, farklı sağlık profesyonelleri arasında koordinasyon ve iletişimi teşvik ederek, daha kapsamlı ve bütüncül bir bakım sağlar (Aydemir ve Çetin, 2019).

Psikiyatri hemşireleri, diyabet hastalarının ve aile bireylerinin psikolojik durumlarını değerlendirerek, farkındalık oluşturma ve ruhsal sağlığı destekleme konularında önemli bir rol üstlenirler. Psikolojik destek, bireylerin hastalık sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırır ve tedaviye bağlılıklarını artırır (Çetinkaya ve Karabulutlu, 2021). Bu bağlamda, psikiyatri hemşiresinin görevleri;

Psikoeğitim ve Farkındalık Çalışmaları: Psikiyatri hemşireleri, Tip 2 diyabet hakkında hastaları ve aile bireylerini bilgilendirerek hastalıkla ilgili yanlış inanışları ortadan kaldırmayı hedefler. Hastalığın psikolojik boyutları, anksiyete ve depresyon gibi durumlar hakkında bilgilendirme yapılır (Baykal ve Orak, 2018).

Psikososyal Destek Sağlama: Diyabet hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak amacıyla bireysel veya grup terapileri düzenlenebilir. Özellikle aile üyelerinin destekleyici bir rol üstlenmesi gerektiği vurgulanarak, aile içi iletişim ve iş birliği güçlendirilir (Canpolat ve Çıtlık Sarıtaş, 2022).

Baş Etme Mekanizmalarının Geliştirilmesi: Psikiyatri hemşireleri, diyabet hastalarının stresle başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmek için rehberlik eder. Ayrıca, aile bireylerine de ruhsal dayanıklılıklarını artıracak teknikler öğretilir (Arı ve Özdelikara, 2022).

Ruh Sağlığı Tarama ve Yönlendirme: Hastalık sürecinde gelişebilecek anksiyete ve depresyon gibi durumların erken tanısı için psikiyatri hemşireleri düzenli değerlendirmeler yapar ve gerekirse uzman bir psikiyatriste yönlendirme sağlar (Kütmeç Yılmaz, 2023).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan çalışma Sivas Devlet Hastanesi ayaktan ve yatarak tedavi gören Tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin anksiyete ve depresyona etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas Devlet Hastanesi'nde ayaktan ve yatarak tedavi gören Tip 2 diyabet hastalarının tümü, örneklemine araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya alınması gereken grubun minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için “evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlarda örneklem seçme formülü” kullanılmıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından 2009 yılında yayımlanan Diyabet Atlası'nda ülkemiz için diyabet prevalansı %15,9 olarak belirtilmiştir (UDF, 2021). Buna göre aşağıdaki formül kullanılmıştır; $N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ Bilinmiyor, $p = 0,159$, $q = (1-p)$, $\alpha = 0,05$, %95 GA, $d = \pm 0,05$, $t = 1,96$ %95 güven aralığı %5 hata ile örneklem büyüklüğü 206 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 213 Tip 2 diyabet hastası ile tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak,
- En az 6 ay önce tip 2 diyabet hastalığı tanısı almış olmak,
- İletişim engeli bulunmamak,
- Oral antidiyabetik, insülin kalemi veya her ikisini birden kullanıyor olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- İletişim engeli olması.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 08.04.2023-08.10.2023 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi'nde dahiliye klinik ve polikliniklerinde yatarak ve ayaktan tedavi gören, çalışmaya gönüllü hastalarla yürütülmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği (HDADÖ) ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmada hastalara, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan (Akın, 2011; Erinç, 2020; Kavak ve Aktürk, 2019; Kayır ve Öztekin, 2022; Korkut ve ark., 2020; Okçu, 2017; Polikandrioti ve ark., 2020; Yıldız Aslan, 2018; Zeren, 2021) araştırmaya katılan hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, diyabet tedavi şeklini, aile tipini vb. araştıran 25 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.6.2. Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği (HDADÖ):

Tip 2 diyabetli yetişkinlerde algılanan aile desteğini ölçmek için 2009 yılında Janice Hensarling tarafından geliştirilmiştir (Hensarling, 2009). Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği, 0,52'lik madde-madde korelasyon ortalaması, 0,49 ile 0,87 arasında madde-toplam puan korelasyonları ve Cronbach's Alpha 0,96'lık ile iç tutarlılığı destekleyen ölçümler göstermektedir. İç tutarlılık doğruluğu, orthogonal (dikey) varimaks rotasyonu ile ana bileşenler analizi kullanarak, "Diyabet Aile Desteği"nin dört alt boyutunu tespit etmiştir:

a. Empatik Destek; ailenin, diyabet gibi kronik bir hastalığın getirdiği endişe, suçluluk, korku ve karamsarlık gibi duygularını rahatça ifade edebilmesi, aynı zamanda bu duyguların aile üyeleri tarafından doğru bir şekilde anlaşıldığını ve desteklendiğini göstermektedir (3, 4, 5, 6, 7, 12, 21, 22 ve 23. maddeler).

b. Teşvik Destek; hastaların kan şekerini düzenli olarak ölçme, ilaçlarını zamanında alma ve komplikasyon risklerine karşı düzenli sağlık kontrollerini yapma konusunda motive olmalarını sağlamayı kapsamaktadır (8, 10, 11, 14, 15, 16 ve 20. maddeler).

c. Kolaylaştırıcı Destek; hastanın diyetine uygun besinlerin temin edilmesi, dengeli beslenme, düzenli egzersiz yapma ve ilaçlarının sağlanmasına yardımcı olma gibi diyabet bakım ve tedavisi ile ilgili konuları kapsamaktadır (9, 13, 17, 18, 19 ve 24. maddeler).

d. Paylaşımıcı Destek; sağlık hizmetlerine erişimde bir aile üyesinin destek ve yardım sağlamasını içermektedir (1 ve 2. maddeler) (Akın, 2011; Hensarling, 2009).

Pearson korelasyonu, ortaya çıkan faktörler arasındaki ilişkileri analiz etmiş ve bu faktörlerin, bir kavramın (Diyabet Aile Desteği) boyutları için beklenen aralıkta (0,50-0,79) olduğunu göstermiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın (2011) tarafından gerçekleştirilmiş olup, Cronbach's Alpha değeri 0,79-0,96 arasında bulunmuştur (Akın, 2011). Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği, 24 sorudan oluşmaktadır ve her soru beş seçenek üzerinden değerlendirilir. Bireylerden bu seçeneklerden kendilerine en uygun olanı seçmeleri istenir. Seçenekler 'Asla', 'Neredeyse Hiç', 'Bazen', 'Çoğu Zaman', ve 'Her Zaman' olarak sıralanmıştır. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 96 arasında değişmektedir. Bu ölçekten elde edilen toplam puan ne kadar yüksekse, bireyin algıladığı aile desteği o kadar yüksek; toplam puan sıfıra ne kadar yakınsa, algılanan aile desteği o kadar düşük kabul edilmektedir (Akın, 2011) (Ek-4). Ölçek izni alınmıştır (Ek-7). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,957 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ):

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından, bedensel hastalıkları olan bireyler ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, bu durumların düzeylerini ve şiddetindeki değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Aydemir ve ark., (1997) tarafından Türkçeye çevirisi yapılmış ve geçerlilik ile güvenirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek, genellikle hastane ortamlarında hastaların ruhsal durumlarını hızlı ve etkili bir biçimde değerlendirmek için kullanılır ve anksiyete ile depresyon olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Ölçeğin Cronbach's Alpha anksiyete alt ölçeği için 0,8525 ve depresyon alt ölçeği için 0,7784 olarak belirlenmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları, anksiyete alt ölçeğinde 0,8161 ile 0,8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0,7374 ile 0,7795 arasında değişmektedir. İki yarım güvenirliğinde, anksiyete alt ölçeği için $r=0,8532$, depresyon alt ölçeği için 0,8069 olarak saptamışlardır. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bu ölçek, toplam 14 soru içermekte olup, sorulardan yedisi (tek numaralı olanlar) anksiyete, diğer yedisi (çift numaralı olanlar) ise depresyonu değerlendirmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri için minimum puan 0, maksimum puan ise 21'dir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, anksiyete ve depresyon şiddetinin arttığını gösterir. Kesme noktaları, anksiyete alt ölçeği için 10 puan, depresyon alt ölçeği için ise 7

puandır (Aydemir ve ark., 1997) (Ek-3). Ölçek izni alınmıştır (Ek-7). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri anksiyete alt ölçeği için 0,809, depresyon alt ölçeği için 0,504 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Süreci

Sivas Devlet Hastanesi dahiliye klinik ve polikliniklerinden takip edilen, çalışmaya gönüllü bireylerden sözlü ve yazılı onam alınarak yapılmıştır. Bu süreçte araştırma, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme şeklinde veri toplanmıştır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler; Tip 2 diyabeti olan bireylerin sosyodemografik özellikleri.

Bağımlı Değişkenler; Tip 2 diyabeti olan bireylerin HDADÖ alt boyutları ve toplam puanı, HADÖ alt boyutları toplam puanıdır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılımı durumunu belirlemek amacıyla ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanılmıştır. İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C yararlanılmıştır. İlişkisel çıkarımlar da Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Normal dağılmayan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U analizi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Analizi, ileri analiz olarak Mann Whitney U yararlanılmıştır. İlişkisel çıkarımlarda Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.03.2023 tarihli 23-KAEK-065 karar numarası ile etik kurul izni alınmış (Ek-5). Araştırmaya başlamadan önce Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacına ve

sürecine uygun bilgi verilerek onamları alınmış, çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine göre gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	134	62,9
	Erkek	79	37,1
Medeni Durumu	Evli	165	77,5
	Bekar	12	5,6
	Boşanmış	5	2,3
	Dul	31	14,6
Meslek	Ev hanımı	119	55,9
	Emekli	53	24,9
	Memur	19	8,9
	Serbest meslek	22	10,3
Eğitim Durumu	Okur-yazar	39	18,3
	İlkokul	96	45,1
	Orta okul	29	13,6
	Lise	30	14,1
	Üniversite ve üzeri	19	8,9
Sigara Kullanma Durumu	Evet	70	32,9
	Hayır	143	67,1
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	102	47,9
	Gelir gidere eşit	97	45,5
	Gelir giderden fazla	14	6,6
Yaşanılan Yer	Kırsal	30	14,1
	Kent	183	85,9
Birlikte Yaşanılan kişiler	Anne/baba	11	5,2
	Eş	67	31,5
	Çocuklar	35	16,4
	Eş ve çocuklar	84	39,4
	Eş/çocuklar/diğer akrabalar	16	7,5
Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	46	21,6
	Hayır	167	78,4
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	31	14,6
	Hayır	182	85,4
Diyabet Tanı Süresi	1-9	86	40,4
	10-19	72	33,8
	20 ve üzeri	55	25,8
Ailede Diyabet Hastalığı Varlığı	Evet	143	67,1
	Hayır	70	32,9
Birinci derece yakınlarda DM varlığı	Hayır	76	35,7
	Evet	137	64,3
İkinci derece yakınlarda DM varlığı	Hayır	196	92,0
	Evet	17	8,0

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (Devam)

			n	%
Tedavi Şekli	Oral antidiyabet Kullanımı	Hayır	133	62,4
		Evet	80	37,6
	İnsülin Kullanımı	Hayır	184	86,4
		Evet	29	13,6
	Daha önce şeker düşürücü, şimdi insülin kullanımı	Hayır	205	96,2
		Evet	8	3,8
	Fiziksel Egzersiz ve Diyet yapma	Hayır	197	92,5
		Evet	16	7,5
	Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik kullanma	Hayır	208	97,7
		Evet	5	2,3
	Sadece diyet yapma	Hayır	210	98,6
		Evet	3	1,4
	Oral Antidiyabetik ve İnsülin Kullanma	Hayır	120	56,3
		Evet	93	43,7
Diyabet Dışında Başka Kronik Hastalık	Evet		141	66,2
	Hayır		72	33,8
Kronik hastalığın adı	Yok		72	33,8
	Hipertansiyon		65	30,5
	Hipertansiyon+Kolesterol		24	11,3
	Kalp Yetmezliği		17	8,0
	Hipertansiyon+Astım		13	6,1
	Diğer		22	10,3
Bakımda Destek Veren	Eşim		85	39,9
	Annem		3	1,4
	Çocuklarım		46	21,6
	Kardeşim		2	0,9
	Hiç kimse		77	36,2
DM ile ilgili Eğitim Alma	Evet		137	64,3
	Hayır		76	35,7
Eğitim alınan yer	Medyadan		4	1,9
	Doktordan		61	28,6
	Diyabet hemşiresinden		72	33,8
	Yanıt yok		74	34,7
	Diyetisyen		2	1,0
DM Kontrol Sıklığı	Ayda 1 kez		22	10,3
	2 Ayda bir kez		9	4,2
	3 Ayda bir kez		66	31,0
	6 Ayda bir kez		59	27,7
	Yılda bir kez		57	26,8

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (Devam)

		n	%		
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilme	Evet	198	93,0		
	Hayır	15	7,0		
Kan Şekeri Takibi Yapma	Evet	158	74,2		
	Hayır	55	25,8		
Diyabete Bağlı Problem Gelişme	Evet	107	50,2		
	Hayır	106	49,8		
Acil Problemler Gelişmesi	Hayır	172	80,8		
	Evet	41	19,2		
Uzun Dönem Problemler Gelişmesi	Hayır	139	65,3		
	Evet	74	34,7		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	213	20	78	55,29	11,15
Diyabet süresi	213	1	40	12,26	8,33

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine ait bilgiler yer almaktadır. Hastaların %62,9’u kadın, %77,5’i evli, %55,9’u ev hanımı, %45,1’i ilköğretim mezunu ve %67,1’i sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların %47,9’unun geliri giderinden az, %85,5’u kentte ve %39,4’ü eş ve çocuklarıyla yaşadığı, %78,4’ünün ruhsal bir hastalığı ve %85,4’ünün ailesinde ruhsal bir hastalık olmadığı, %40,4’ünün diyabet süresi 1-9 yıl, %67,1’inin ailesinde diyabet hastası olduğu belirlenmiştir. Hastaların %37,6’sı oral antidiyabetik ilaç kullandığı, %66,2’sinin diyabet dışında eşlik eden başka kronik hastalığı da bulunduğu, %39,9’unun 1. bakım vereni eşi olduğu, %64,3’ü diyabet eğitimi aldığı, %31’i 3 ayda bir doktor kontrolüne gittiği, %93’ü tedavinin sürekli olduğunu bildiği ve %74,2 kan şekeri takibi yaptığı belirlenmiştir. Hastaların %50,2’si diyabete bağlı problem yaşadığı, bunlardan %34,7’si uzun dönemli problemler yaşadığı saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 55,29±11,15, ortalama diyabet tanı süresi 12,26±8,33 yıl bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Empatik Destek	213	10,00	45,00	32,28	8,68
Teşvik Destek	213	7,00	35,00	22,67	6,68
Kolaylaştırıcı Destek	213	6,00	30,00	21,88	5,69
Paylaşımıcı Destek	213	2,00	10,00	6,79	2,64
Hensaring Diyabet Aile Desteği Ölçeği	213	29,00	96,00	83,62	21,79

Çalışmaya katılan hastaların HDADÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. HDADÖ toplam puanı $83,62 \pm 21,79$ olarak saptanmıştır. Empatik Destek $32,28 \pm 8,68$, Teşvik Destek $22,67 \pm 6,68$, Kolaylaştırıcı Destek $21,88 \pm 5,69$, Paylaşımcı Destek alt boyutundan toplam $6,79 \pm 2,64$ puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hastane Anksiyete	213	0	21,00	9,11	4,74
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Yok (9 puan ve altı)	121	56,8	-	-	-
Var (10 puan ve üzeri)	92	43,2	-	-	-
	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hastane Depresyon	213	2,00	18,00	8,94	3,71
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Yok (6 puan ve altı)	65	30,5	-	-	-
Var (7 Puan ve üzeri)	148	69,5	-	-	-

Tablo 4.3’de hastaların anksiyete ortalaması $9,11 \pm 4,74$ (Min=0; Max=21) olduğu ve ölçek kesme noktalarına göre %56,8’sinde anksiyete saptanmamıştır. Hastaların depresyon ortalaması $8,94 \pm 3,71$ (Min=2; Max=18) olduğu ve ölçek kesme noktalarına göre %69,5’sinde depresyon saptanmıştır.

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hastaların Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	134	31,27	8,69	22,25	6,41	21,60	5,48	6,60	2,63	81,72	21,33
	Erkek	79	33,99	8,43	23,38	7,09	22,35	6,04	7,10	2,65	86,82	22,32
	Test ve Önemlilik		t=-2.230 p=0.027		t=-1.190 p=0.235		t=-0.937 p=0.350		t=-1.327 p=0.186		t=-1.656 p=0.099	
Medeni Durumu	Evli	165	32,53	8,44	22,70	6,43	22,02	5,50	6,88	2,56	84,13	20,91
	Bekar	12	34,67	9,00	22,75	8,62	22,50	6,54	6,42	3,37	86,33	25,82
	Boşanmış	5	22,40	12,36	15,80	6,38	15,20	8,79	5,00	3,16	58,40	30,30
	Dul	31	31,58	8,52	23,58	6,92	21,97	5,47	6,74	2,73	83,87	22,08
	Test ve Önemlilik		F=2.638 p=0.051		F=1.985 p=0.117		F=2.423 p=0.067		F=0.908 p=0.438		F=2.372 p=0.071	
Meslek	Ev hanımı	119	30,92	8,62	22,12	6,43	21,42	5,41	6,48	2,61	80,94	21,11
	Emekli	53	34,19	7,44	24,02	5,92	22,75	5,36	7,25	2,46	88,21	19,24
	Memur	19	35,79	8,39	24,58	7,28	23,84	5,71	7,84	2,69	92,05	21,95
	Serbest meslek	22	31,95	10,67	20,77	8,49	20,55	7,44	6,45	2,99	79,73	28,04
	Test ve Önemlilik		F=2.949 p=0.034		F=2.135 p=0.097		F=1.852 p=0.139		F=2.233 p=0.085		F=2.624 p=0.052	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	39	32,62	8,50	23,56	5,25	22,46	4,64	6,87	2,66	85,51	18,78
	İlkokul	96	31,08	8,80	22,08	6,91	21,25	5,81	6,52	2,50	80,94	22,34
	Orta Okul	29	31,00	8,77	20,62	6,61	20,00	6,02	6,21	2,82	77,83	21,70
	Lise	30	33,67	8,39	23,63	7,01	23,23	5,51	7,33	2,72	87,87	21,76
	Üniversite ve üzeri	19	37,37	7,17	25,42	6,94	24,58	5,79	8,00	2,69	95,37	21,02
	Test ve Önemlilik		F=2.525 p=0.042		F=2.044 p=0.089		F=2.765 p=0.029		F=1.958 p=0.102		F=2.699 p=0.032	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Sigara Kullanımı	Evet	70	30,39	10,29	20,84	7,58	20,07	6,75	6,29	2,91	77,59	25,73
	Hayır	143	33,20	7,63	23,57	6,02	22,76	4,88	7,04	2,48	86,57	18,99
	Test ve Önemlilik		t=-2.033 p= 0.045		t=-2.628 p= 0.010		t=-2.975 p= 0.004		t=-1.851 p=0.067		t=-2.595 p= 0.011	
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	102	28,83	8,55	20,00	6,14	20,08	5,49	5,84	2,38	74,75	20,69
	Gelir gidere eşit	97	35,07	7,72	25,02	6,48	23,29	5,52	7,63	2,59	91,01	20,18
	Gelir giderden fazla	14	38,00	5,72	25,86	4,00	25,21	4,21	7,86	2,63	96,93	13,98
	Test ve Önemlilik		F=18.826 p= 0.000		F=18.331 p= 0.000		F=11.510 p= 0.000		F=14.124 p= 0.000		F=19.541 p= 0.000	
Yaşanılan Yer	Kırsal	30	29,37	8,61	19,70	6,59	22,67	6,68	22,05	5,75	6,20	2,31
	Kent	183	32,75	8,62	23,16	6,58	20,83	5,29	21,88	5,69	6,89	2,69
	Test ve Önemlilik		t=-1.996 p= 0.047		t=-2.667 p= 0.008		t=-1.084 p=0.279		t=-1.318 p=0.189		t=-2.053 p= 0.041	
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Anne/Baba	11	33,91	9,61	22,82	7,44	22,18	6,15	6,27	3,13	85,18	24,51
	Eş	67	32,52	7,82	22,06	6,00	21,60	4,98	6,91	2,50	83,09	19,23
	Çocuklar	35	30,77	9,67	22,54	7,38	21,26	6,36	6,23	2,87	80,80	24,70
	Eş ve çocuklar	84	32,40	8,98	22,93	6,79	22,02	5,89	7,05	2,60	84,40	22,43
	Eş/çocuklar/diğer akrabalar	16	32,75	8,23	24,06	7,23	23,44	6,03	6,50	2,71	86,75	21,88
	Test ve Önemlilik		F=0.386 p=0.818		F=0.345 p=0.847		F=0.462 p=0.764		F=0.779 p=0.540		F=0.277 p=0.893	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

			n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
				Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Ruhsal Varlığı	Hastalık	Evet	46	27,85	9,44	19,65	6,46	19,39	5,66	5,67	2,65	72,57	21,97
		Hayır	167	33,50	8,06	23,50	6,51	22,56	5,53	7,10	2,57	86,66	20,79
	Test ve Önemlilik			t=-4.050 p= 0.000		t=-3.557 p= 0.000		t=-3.428 p= 0.001		t=-3.305 p= 0.001		t=-4.021 p= 0.000	
Ailede Hastalık Varlığı	Ruhsal	Evet	31	28,90	9,25	19,61	7,00	19,19	5,99	6,03	2,47	73,74	22,82
		Hayır	182	32,85	8,47	23,19	6,50	22,34	5,53	6,92	2,66	85,30	21,22
	Test ve Önemlilik			t=-2.368 p= 0.019		t=-2.803 p= 0.006		t=-2.888 p= 0.004		t=-1.732 p=0.085		t=-2.772 p= 0.006	
Diyabet Süresi	Tanı	1-9	86	33,94	7,81	22,76	6,16	22,50	5,29	7,01	2,69	86,21	19,61
		10-19	72	31,31	9,18	22,22	7,31	21,24	6,09	6,56	2,77	81,32	23,73
	20 ve üzeri	55	30,95	9,01	23,13	6,69	21,75	5,77	6,75	2,41	82,56	22,35	
Test ve Önemlilik			F=2.726 p=0.068		F=0.296 p=0.744		F=0.985 p=0.375		F=0.591 p=0.555		F=1.074 p=0.344		
Ailede Hastalığı Varlığı	Diyabet	Evet	143	32,83	8,77	23,19	6,80	22,43	5,84	6,94	2,70	85,38	22,31
		Hayır	70	31,16	8,43	21,61	6,34	20,74	5,24	6,49	2,51	80,00	20,37
	Test ve Önemlilik			t=1.320 p=0.188		t=1.622 p=0.106		t=2.051 p= 0.042		t=1.171 p=0.243		t=1.702 p=0.090	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

			n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
				Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Birinci yakılarda varlığı	derece DM	Hayır	76	31,38	8,41	21,68	6,19	20,96	5,36	6,58	2,49	80,61	20,42
		Evet	137	32,77	8,81	23,22	6,90	22,39	5,83	6,91	2,72	85,28	22,41
		Test ve Önemlilik		t=-1.123 p=0.263		t=-1.613 p=0.108		t=-1.760 p=0.080		t=-0.862 p=0.390		t=-1.506 p=0.134	
İkinci yakılarda varlığı	derece DM	Hayır	196	32,15	8,49	22,62	6,51	21,81	5,53	6,77	2,61	83,35	21,09
		Evet	17	33,71	10,79	23,29	8,62	22,71	7,50	7,00	3,04	86,71	29,27
		Test ve Önemlilik		t=-0.707 p=0.480		t=-0.316 p=0.756		t=-0.624 p=0.533		t=-0.343 p=0.732		t=-0.463 p=0.649	
Oralanti Kullanıma	Diyabet	Hayır	133	31,80	8,96	22,97	6,66	21,74	5,81	6,71	2,77	83,21	22,32
		Evet	80	33,08	8,18	22,18	6,71	22,11	5,52	6,93	2,44	84,29	21,01
		Test ve Önemlilik		t=-1.041 p=0.299		t=0.841 p=0.401		t=-0.465 p=0.642		t=-0.583 p=0.561		t=-0.349 p=0.728	
İnsülin Kullanıma		Hayır	184	32,03	8,85	22,56	6,83	21,80	5,89	6,80	2,65	83,20	22,39
		Evet	29	33,83	7,46	23,38	5,70	22,34	4,32	6,72	2,62	86,28	17,57
		Test ve Önemlilik		t=-1.036 p=0.302		t=-0.613 p=0.540		t=-0.593 p=0.556		t=0.41 p=0.888		t=-0.707 p=0.481	
Daha önce şeker düşürücü, şimdi insülin kullanıma		Hayır	205	32,22	8,61	22,61	6,58	21,88	5,67	6,79	2,66	83,50	21,62
		Evet	8	33,75	10,83	24,25	9,27	21,75	6,71	6,75	2,25	86,50	27,29
		Test ve Önemlilik		t=-0.489 p=0.626		t=-0.681 p=0.497		t=0.065 p=0.949		t=0.042 p=0.966		t=-0.381 p=0.704	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Fiziksel Egzersiz ve Diyet yapma	Hayır	197	32,19	8,77	22,79	6,71	21,81	5,70	6,80	2,63	83,59	21,94
	Evet	16	33,38	7,61	21,25	6,28	22,69	5,70	6,63	2,85	83,94	20,55
	Test ve Önemlilik		t=-0.526 p=0.600		t=0.885 p=0.377		t=-0.590 p=0.556		t=0.257 p=0.797		t=-0.061 p=0.951	
Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik kullanma	Hayır	208	32,14	8,71	22,62	6,73	21,77	5,71	6,75	2,64	83,28	21,89
	Evet	5	38,00	4,36	25,00	3,08	26,40	2,51	8,20	2,68	97,60	10,57
	Test ve Önemlilik		t=-1.497 p=0.136		t=-1.639 p=0.163		t=-1.806 p=0.072		t=-1.209 p=0.228		t=-1.456 p=0.147	
Sadece Diyet Yapma	Hayır	210	32,15	8,66	22,58	6,67	21,82	5,71	6,77	2,65	83,32	21,78
	Evet	3	41,33	3,51	29,00	4,36	26,00	3,00	8,00	2,00	104,33	10,02
	Test ve Önemlilik		t=-1.831 p=0.069		t=-1.660 p=0.098		t=-1.264 p=0.207		t=-0.799 p=0.425		t=-1.666 p=0.097	
Oral Antidiyabet ve İnsülin Kullanma	Hayır	120	33,32	8,04	22,51	6,49	22,19	5,37	6,95	2,50	84,97	20,52
	Evet	93	30,94	9,30	22,88	6,94	21,47	6,09	6,58	2,81	81,87	23,32
	Test ve Önemlilik		t=2.001 p= 0.047		t=-0.404 p=0.687		t=0.913 p=0.362		t=0.997 p=0.320		t=1.029 p=0.305	
Diyabet Dışı Kronik Hastalık	Evet	141	32,10	8,89	22,83	6,70	21,78	5,76	6,72	2,69	83,43	22,29
	Hayır	72	32,63	8,28	22,36	6,67	22,07	5,60	6,93	2,56	83,99	20,92
	Test ve Önemlilik		t=-0.418 p=0.677		t=0.484 p=0.629		t=-0.350 p=0.727		t=-0.559 p=0.577		t=-0.177 p=0.860	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

			n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
				Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Kronik Hastalığın Adı	Yok	72	32,63	8,28	22,36	6,67	22,07	5,60	6,93	2,56	83,99	20,92	
	Hipertansiyon	65	33,66	8,11	23,94	6,53	22,66	5,36	6,98	2,87	87,25	21,03	
	Hipertansiyon+Kolesterol	24	28,58	8,57	19,38	6,46	20,29	5,59	5,21	2,30	73,46	20,51	
	Kalp Yetmezliği	17	36,06	6,20	25,76	4,89	24,18	4,16	8,35	1,62	94,35	14,98	
	Hipertansiyon+Astım	13	28,23	9,47	21,46	5,75	19,69	4,85	6,00	2,04	75,38	20,50	
	Diğer	22	30,55	10,94	21,86	7,73	20,18	7,61	6,73	2,76	79,32	27,93	
	Test ve Önemlilik		F=2.717 p=0.021		F=2.647 p=0.024		F=2.009 p=0.079		F=3.440 p=0.005		F=2.900 p=0.015		
Bakımda Destek Veren	Eşim	85	35,56	6,69	24,58	5,43	23,73	4,48	7,78	2,39	91,65	16,15	
	Annem	3	37,00	9,17	22,00	8,72	21,33	7,51	6,33	4,04	86,67	25,42	
	Çocuklarım	46	35,76	7,37	26,59	5,75	24,30	4,54	7,67	2,15	94,33	17,77	
	Kardeşim	2	32,00	7,07	21,00	9,90	22,00	7,07	5,50	0,71	80,50	24,75	
	Hiç kimse	77	26,39	8,37	18,30	6,02	18,40	5,86	5,22	2,43	68,31	21,09	
	Test ve Önemlilik		F=18.655 p=0.000		F=18.620 p=0.000		F=14.427 p=0.000		F=13.885 p=0.000		F=20.883 p=0.000		
DM ile ilgili Eğitim Alma	Evet	137	32,36	8,62	22,85	6,83	22,17	5,63	6,89	2,66	84,26	22,17	
	Hayır	76	32,13	8,83	22,36	6,43	21,36	5,80	6,61	2,62	82,45	21,18	
	Test ve Önemlilik		t=0.182 p=0.856		t=0.514 p=0.608		t=0.998 p=0.20		t=0.754 p=0.452		t=0.582 p=0.561		

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
DM Eğitiminin Alındığı Yer	Medyadan	4	33,75	8,46	22,00	6,00	24,75	2,06	6,00	4,08	86,50	19,64
	Doktordan	61	33,59	8,19	23,97	6,53	22,85	5,39	7,25	2,53	87,66	21,19
	Diyabet hemşiresinden	72	31,06	8,94	21,88	7,03	21,38	5,86	6,53	2,68	80,83	22,87
	Yanıt yok	74	32,11	8,85	22,34	6,48	21,27	5,84	6,62	2,61	82,34	21,26
	Diyetisyen	2	39,50	0,71	25,50	6,36	27,00	0,00	10,00	0,00	102,00	7,07
	Test ve Önemlilik		F=1.090 p=0.362		F=0.976 p=0.422		F=1.469 p=0.213		F=1.548 p=0.190		F=1.261 p=0.287	
DM Kontrol Sıklığı	Ayda 1 kez	22	36,09	7,47	24,55	6,41	23,14	4,66	7,32	2,51	91,09	18,59
	2 Ayda bir kez	9	27,78	8,00	21,22	7,61	20,44	6,65	6,00	2,40	75,44	23,34
	3 Ayda bir kez	66	33,44	8,46	23,11	6,71	22,95	5,31	7,32	2,57	86,82	21,03
	6 Ayda bir kez	59	31,95	8,72	22,64	6,98	21,86	6,12	6,69	2,63	83,15	23,10
	Yılda bir kez	57	30,51	8,90	21,70	6,28	20,39	5,67	6,19	2,74	78,79	21,33
	Test ve Önemlilik		F=2.658 p= 0.034		F=0.908 p=0.460		F=2.017 p=0.093		F=1.855 p=0.120		F=2.067 p=0.086	
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilme	Evet	198	32,38	8,82	22,77	6,83	21,91	5,82	6,81	2,66	83,87	22,28
	Hayır	15	30,87	6,55	21,40	4,21	21,47	3,76	6,47	2,47	80,20	13,77
	Test ve Önemlilik		t=0.652 p=0.515		t=1.150 p=0.264		t=0.419 p=0.679		t=0.489 p=0.626		t=0.944 p=0.357	

Tablo 4.4. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	Empatik Destek		Teşvik Destek		Kolaylaştırıcı Destek		Paylaşımcı Destek		HDADÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Kan Şekeri Takibi Yapma	Evet	158	33,09	8,20	23,61	6,55	22,55	5,34	7,05	2,60	86,31	20,80
	Hayır	55	29,93	9,61	19,96	6,33	19,95	6,27	6,04	2,66	75,87	22,89
	Test ve Önemlilik		t=2.184 p=0.032		t=3.588 p=0.000		t=2.754 p=0.007		t=2.480 p=0.014		t=3.122 p=0.002	
Diyabete Bağlı Problem Yaşama	Evet	107	32,33	8,97	23,06	7,02	21,84	5,85	6,74	2,58	83,96	22,76
	Hayır	106	32,23	8,41	22,28	6,32	21,92	5,56	6,84	2,72	83,26	20,87
	Test ve Önemlilik		t=0.084 p=0.933		t=0.844 p=0.400		t=-0.095 p=0.925		t=-0.279 p=0.80		t=0.233 p=0.816	
Acil Problemler Gelişmesi	Hayır	172	31,73	8,55	22,37	6,49	21,55	5,67	6,69	2,65	82,34	21,44
	Evet	41	34,56	8,91	23,95	7,36	23,24	5,65	7,20	2,59	88,95	22,68
	Test ve Önemlilik		t=-1.887 p=0.061		t=-1.368 p=0.173		t=-1.717 p=0.087		t=-1.096 p=0.274		t=-1.754 p=0.081	
Uzun Dönem Problemler Gelişmesi	Hayır	139	32,54	8,54	22,49	6,44	22,11	5,58	6,87	2,67	84,01	21,11
	Evet	74	31,78	8,96	23,01	7,14	21,45	5,93	6,64	2,60	82,88	23,14
	Test ve Önemlilik		t=0.604 p=0.546		t=-0.545 p=0.587		t=0.807 p=0.420		t=0.618 p=0.537		t=0.359 p=0.720	

Tablo 4.4’de hastaların ***Empatik Destek Alt Boyutu İçin***; cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sigara kullanımı, gelir düzeyi, yaşadığı yer, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, oral antidiyabetik ve insülin kullanımı, ek bir kronik hastalığın varlığı, bakımda destek veren varlığı, DM kontrol sıklığı ve kan şekeri takibi yapma durumuna ***Empatik Destek*** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. Hastalardan ev hanımı olanların emekli ve memurlara göre puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Üniversite ve üzeri eğitim alanların puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara kullanmayanların, kentte yaşayanların, kendisinde ve ailesinde eşlik eden ruhsal bir hastalığı olmayanların, kan şekeri takibi yapanların puan ortalaması daha yüksektir. Hastalardan eşi ve çocuklarından bakımda destek alanların hiç desteği olmayanlara göre ve gelir düzeyi yüksek olanların puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır. Oral antidiyabetik ve insülin kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Eşlik eden başka bir kronik hastalığın varlığına göre HT+kolestrolü olanların, kalp yetmezliği olanlardan puan ortalaması daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayda 1 defa doktor kontrolüne gidenlerin yılda bir defa doktor kontrolüne gidenlerden puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastalarını medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, oral anti diyabet kullanma, insülin kullanma, daha önce oral antidiyabetik kullanırken, şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fiziksel egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, diyabet dışı farklı bir kronik hastalık varlığı, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, tedavinin sürekli olduğunu bilme, diyabete bağlı problem yaşama, acil problemler ve uzun dönem problemler gelişme durumuna göre ***Empatik Destek*** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4’de hastaların ***Teşvik Destek Alt Boyutu İçin***; sigara kullanımı, gelir düzeyi, yaşadığı yer, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, ek bir kronik hastalığın adı, bakımda destek veren varlığı ve kan şekeri takibi yapma durumuna göre ***Teşvik Destek*** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sigara kullanmayanların, kentte yaşayanların, ailesinde ve kendisinde ruhsal bir hastalığı olmayanların ve kan şekeri takibi yapanların puan ortalaması daha yüksektir.

Gelir durumu düşük olanların, diyabet hastalığına eşlik eden kronik hastalık durumuna göre HT+Kolestrollü olanların sadece eşlik eden kalp yetmezliği tanısı alan hastalara göre puan ortalaması düşüktür. Bakımda destek veren varlığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); desteği olmayanların puanları, eş ve çocuklarından destek alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, oral anti diyabetik kullanma, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik kullanırken, şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, oral antidiyabetik ve insülin kullanma, diyabet dışı kronik hastalık, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, diyabete bağlı problem yaşama, acil problemler gelişmesi ve uzun dönem problemler gelişme durumuna göre **Teşvik Destek** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4’de hastaların **Kolaylaştırıcı Destek Alt Boyutu İçin**; eğitim durumu, sigara kullanımı, gelir düzeyi, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, ailede diyabet hastalığı varlığı, bakımda destek veren varlığı ve kan şekeri takibi yapma durumuna göre **Kolaylaştırıcı Destek** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite ve üzeri mezun olanların puanlarının, ilkokul ve orta okul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanmayanların, kentte yaşayanların, ailesinde ve kendisinde eşlik eden ruhsal bir hastalığı olmayanların, ailesinde diyabet hastası olanların, kan şekeri takibi yapanların puan ortalaması daha yüksektir. Bakımda destek verene göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); desteği olmayanların puanları, eş ve çocuklarından destek alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişiler diyabet tanı süresi, birinci derece yakınlar da DM varlığı, ikinci derece yakınlar da DM varlığı, oral anti diyabetik kullanma, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik kullanırken şimdi insülin kullanımı, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, oral anti diyabetik ve insülin kullanma, diyabet dışı kronik hastalık, kronik hastalığın adı, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, diyabete bağlı problem yaşama, acil problemler gelişmesi ve uzun dönem problemler gelişme durumuna göre **Kolaylaştırıcı Destek** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4’de hastaların **Paylaşımıcı Destek Alt Boyutu İçin**; gelir düzeyi, ruhsal hastalık varlığı, kronik hastalığın adı, bakımda destek veren varlığı ve kan şekeri takibi yapma durumuna göre **Paylaşımıcı Destek** alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gelir düzeyi düşük olanların, geliri giderine eşit ve gelir düzeyi yüksek olanlardan puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalığı olmayanların ve kan şekeri takibi yapanların puan ortalaması daha yüksektir.

Bakımda destek verene göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); hastalardan desteği olmayanların, eşi ve çocuklarından bakımda destek alanlara göre puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sigara kullanımı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, ailede ruhsal hastalık varlığı, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, oral anti diyabetik kullanma, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik ilaç kullanırken şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, oral anti diyabetik ile insülin kullanma, diyabet dışı kronik hastalık, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, diyabete bağlı problem yaşama, acil problemler gelişmesi ve uzun

dönem problemler gelişme durumuna göre *Paylaşımıcı Destek* alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastaların eğitim durumu, sigara kullanımı, gelir düzeyi, yaşanılan yer, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, kronik hastalığın adı, bakımda destek veren varlığı ve kan şekeri takibi yapma durumuna göre **HDADÖ toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite ve üzeri mezun olanların puanlarının, ilkokul ve orta okul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanmayanların, kentte yaşayanların, ruhsal hastalığı olmayanların ve kan şekeri takibi yapanların puan ortalaması daha yüksektir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gelir düzeyi düşük olanların, geliri giderine eşit ve geliri giderinden yüksek olanlardan puan ortalaması olarak düşük olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalığın adına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); HT+kolestrolü olanların puanlarının, kalp yetmezliği olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Bakımda destek verene göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); hastalardan desteği olmayanların, eşi ve çocuklarından bakımda destek alanlara göre puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, birlikte yaşanılan kişiler, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, oral anti diyabetik kullanma, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik kullanırken şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, oral anti diyabetik ve insülin kullanma, diyabet dışı kronik hastalık, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, diyabete bağlı problem yaşama, acil

problemler gelişmesi ve uzun dönem problemler gelişme durumuna göre **HDADÖ toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Anksiyete		Depresyon	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	134	10,57	4,61	9,66	3,69
	Erkek	79	6,63	3,85	7,72	3,43
	Test ve Önemlilik		t=6.685 p=0.000		t=3.808 p=0.000	
Medeni Durumu	Evli	165	9,24	4,92	8,79	3,73
	Bekar	12	6,83	2,95	7,17	3,66
	Boşanmış	5	10,60	3,65	9,80	5,17
	Dul	31	9,03	4,34	10,29	3,05
	Test ve Önemlilik		F=1.137 p=0.335		F=2.511 p=0.060	
Meslek	Ev Hanımı	119	10,82	4,59	9,82	3,73
	Emekli	53	6,21	3,55	8,06	3,77
	Memur	19	7,42	4,19	7,63	3,11
	Serbest Meslek	22	8,27	4,56	7,50	2,70
	Test ve Önemlilik		F=15.505 p=0.000		F=5.422 p=0.001	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	39	10,08	4,85	10,13	3,05
	İlkokul	96	9,61	4,77	9,04	3,90
	Orta Okul	29	8,59	5,00	9,79	4,19
	Lise	30	8,63	4,25	7,70	3,10
	Üniversite ve üzeri	19	6,11	3,54	6,68	2,69
	Test ve Önemlilik		F=2.852 p=0.025		F=4.241 p=0.003	
Sigara Kullanımı	Evet	70	9,03	4,60	9,09	3,78
	Hayır	143	9,15	4,81	8,87	3,69
	Test ve Önemlilik		t=-0.171 p=0.865		t=0.390 p=0.697	
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	102	9,98	4,40	9,59	3,61
	Gelir gidere eşit	97	8,21	4,87	8,40	3,64
	Gelir giderden fazla	14	9,00	5,28	8,00	4,30
	Test ve Önemlilik		F=3.578 p=0.030		F=3.086 p=0.048	
Yaşanılan Yer	Kırsal	30	9,30	4,53	8,77	3,82
	Kent	183	9,08	4,78	8,97	3,70
	Test ve Önemlilik		t=0.239 p=0.811		t=-0.281 p=0.779	

Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

			Anksiyete		Depresyon		
		n	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Birlikte Kişiler	Yaşanılan	Anne/Baba	11	7,27	2,97	7,00	3,16
		Eş	67	9,60	5,28	9,43	3,93
		Çocuklar	35	9,34	4,37	10,40	3,63
		Eş ve çocuklar	84	8,71	4,61	8,37	3,57
		Eş/çocuklar/diğer akrabalar	16	9,88	4,72	8,06	2,86
	Test ve Önemlilik			F=0.861 p=0.488		F=3.257 p=0.013	
Ruhsal Varlığı	Hastalık	Evet	46	12,26	4,63	11,35	4,08
		Hayır	167	8,24	4,39	8,28	3,32
	Test ve Önemlilik			t=5.432 p=0.000		t=5.268 p=0.000	
Ailede Hastalık Varlığı	Ruhsal	Evet	31	11,74	5,21	10,16	4,04
		Hayır	182	8,66	4,51	8,74	3,62
	Test ve Önemlilik			t=3.434 p=0.001		t=1.991 p=0.048	
Diyabet Tanı Süresi		1-9	86	8,48	4,57	8,22	3,57
		10-19	72	9,94	5,00	9,40	3,56
		20 ve üzeri	55	9,00	4,56	9,47	3,99
	Test ve Önemlilik			F=1.918 p=0.149		F=2.789 p=0.064	
Ailede Hastalığı	Diyabet	Evet	143	9,53	4,92	9,03	3,93
		Hayır	70	8,24	4,24	8,77	3,23
	Test ve Önemlilik			t=1.973 p=0.050		t=0.506 p=0.614	
Birinci yakılarda DM varlığı	derece	Hayır	76	8,03	4,24	8,45	3,32
		Evet	137	9,71	4,90	9,22	3,90
	Test ve Önemlilik			t=-2.620 p=0.010		t=-1.527 p=0.129	
İkinci yakılarda DM varlığı	derece	Hayır	196	9,24	4,75	9,08	3,63
		Evet	17	7,59	4,37	7,35	4,30
	Test ve Önemlilik			t=1.382 p=0.168		t=1.854 p=0.065	
Oralanti Kullanımı	Diyabet	Hayır	133	9,46	4,69	9,42	3,86
		Evet	80	8,53	4,79	8,15	3,33
	Test ve Önemlilik			t=1.397 p=0.164		t=2.450 p=0.015	
İnsülin Kullanımı		Hayır	184	8,94	4,68	8,78	3,66
		Evet	29	10,17	5,03	9,97	3,93
	Test ve Önemlilik			t=-1.304 p=0.193		t=-1.602 p=0.111	

Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	<u>Anksiyete</u>		<u>Depresyon</u>	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Daha önce şeker düşürücü, insülin kullanımı	Hayır	205	9,00	4,70	8,90	3,69
	Evet	8	11,88	5,22	10,00	4,21
	Test ve Önemlilik		t=-1.692 p=0.092		t=-0.820 p=0.413	
Fiziksel Egzersiz ve Diyet yapma	Hayır	197	9,23	4,69	9,06	3,70
	Evet	16	7,63	5,15	7,56	3,67
	Test ve Önemlilik		t=1.305 p=0.193		t=1.554 p=0.122	
Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik kullanma	Hayır	208	9,21	4,74	8,95	3,73
	Evet	5	4,80	1,79	8,60	3,21
	Test ve Önemlilik		t= 5.101 p=0.003		t=0.209 p=0.835	
Sadece Diyet Yapma	Hayır	210	9,15	4,73	8,96	3,73
	Evet	3	6,33	4,93	7,67	1,53
	Test ve Önemlilik		t=1.022 p=0.308		t=0.600 p=0.549	
Oral Antidiyabet ve İnsülin Kullanma	Hayır	120	8,55	4,70	8,50	3,44
	Evet	93	9,83	4,71	9,52	3,98
	Test ve Önemlilik		t=-1.966 p=0.051		t=-1.997 p=0.047	
Diyabet Dışı Kronik Hastalık	Evet	141	9,60	4,83	9,45	3,74
	Hayır	72	8,15	4,43	7,96	3,47
	Test ve Önemlilik		t=2.121 p=0.035		t=2.815 p=0.005	
Farklı Kronik Hastalığın Adı	Yok	72	8,15	4,43	7,96	3,47
	Hipertansiyon	65	9,52	4,59	8,80	3,58
	Hipertansiyon+Kolesterol	24	11,17	5,34	10,67	4,05
	Kalp Yetmezliği	17	8,24	5,07	9,06	3,23
	Hipertansiyon+Astım	13	11,69	3,47	10,15	3,53
	Diğer	22	7,91	4,83	9,91	4,17
	Test ve Önemlilik		F=2.888 p=0.015		F=2.759 p=0.020	
Bakımda Destek Veren	Eşim	85	8,40	5,01	8,00	3,60
	Annem	3	8,00	4,58	6,33	1,53
	Çocuklarım	46	9,33	4,57	8,96	2,98
	Kardeşim	2	6,50	2,12	8,50	3,54
	Hiç kimse	77	9,87	4,52	10,09	4,00
	Test ve Önemlilik		F=1.195 p=0.314		F=3.784 p=0.005	

Tablo 4.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	<u>Anksiyete</u>		<u>Depresyon</u>	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
DM ile ilgili Eğitim Alma	Evet	137	8.92	4.45	8.83	3.76
	Hayır	76	9.45	5.22	9.14	3.63
	Test ve Önemlilik		t=-0.744 p=0.458		t=-0.588 p=0.557	
DM Eğitimi Alınan Yer	Medyadan	4	8.00	3.37	6.00	0.82
	Doktordan	61	8.98	4.44	8.82	3.66
	Diyabet hemşiresinden	72	9.03	4.56	8.99	3.92
	Yanıt yok	74	9.43	5.27	9.22	3.65
	Diyetisyen	2	6.00	1.41	7.00	1.41
	Test ve Önemlilik		F=0.368 p=0.831		F=0.884 p=0.474	
DM Kontrol Sıklığı	Ayda 1 kez	22	9.05	4.41	8.68	3.14
	2 Ayda bir kez	9	10.00	4.69	10.56	2.88
	3 Ayda bir kez	66	8.41	4.99	8.41	3.54
	6 Ayda bir kez	59	8.86	4.09	8.88	4.14
	Yılda bir kez	57	10.05	5.16	9.47	3.73
	Test ve Önemlilik		F=1.047 p=0.384		F=1.092 p=0.362	
Tedavinin Sürekli Olduğunu Bilme	Evet	198	9.12	4.71	8.86	3.64
	Hayır	15	8.93	5.23	10.00	4.60
	Test ve Önemlilik		t=0.148 p=0.883		t=-1.145 p=0.254	
Kan Şekeri Takibi Yapma	Evet	158	9.11	4.53	8.75	3.70
	Hayır	55	9.11	5.33	9.51	3.73
	Test ve Önemlilik		t=-0.002 p=0.999		t=-1.315 p=0.190	
Diyabete Bağlı Problem Gelişme	Evet	107	9.65	4.27	9.49	3.60
	Hayır	106	8.56	5.12	8.40	3.75
	Test ve Önemlilik		t=1.699 p=0.091		t=2.162 p=0.032	
Acil Problemler Gelişmesi	Hayır	172	8.86	4.75	8.93	3.76
	Evet	41	10.15	4.58	9.00	3.51
	Test ve Önemlilik		t=-1.568 p=0.118		t=-0.108 p=0.914	
Uzun Dönem Problemler Gelişmesi	Hayır	139	8.96	4.99	8.44	3.64
	Evet	74	9.39	4.23	9.89	3.68
	Test ve Önemlilik		t=-0.638 p=0.524		t=-2.764 p=0.006	

Tablo 4.5’de hastaların *Hastane Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı İçin*; cinsiyet, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, fiziksel egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, diyabet dışı kronik hastalık ve kronik hastalığın adına göre Hastane Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların, diyabete eşlik eden ruhsal bir hastalığı olanların, ailesinde ruhsal hastalık tanısı olanların, kendisi dışında birinci derece yakınlarında diyabet hastalığının varlığı, diyabet dışında eşlik eden başka kronik hastalığı olanların anksiyete toplam puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının anksiyete toplam puanlarının, emekli, memur ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite ve üzeri eğitim alanların puanlarının, okur yazar ve ilkökul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Farklı kronik hastalığın adına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); HT+ kolestrolü olanların puanlarının, hastalığı olmayan, kalp yetmezliği ve diğer hastalığı olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, hastaların medeni durum, sigara kullanımı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, oral anti diyabetik kullanma, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik, şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, sadece diyet yapma, oral anti diyabetik ve insülin kullanma, bakımda destek veren varlığı, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, kan şekeri takibi yapma, diyabete bağlı problem yaşama, acil problemler gelişmesi ve uzun dönem problemler gelişme

durumuna göre **Hastane Anksiyete Ölçeği toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.5’de hastaların **Hastane Depresyon Ölçeği Toplam Puanı İçin**; cinsiyet, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, oral anti diyabetik kullanma, diyabet dışı kronik hastalık varlığı, eşlik eden kronik hastalığın adı, bakımda destek veren varlığı, diyabete bağlı problem yaşama ve uzun dönem problemler gelişme durumuna göre **Hastane Depresyon Ölçeği toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının puanlarının, emekli, memur ve serbest meslekte çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite ve üzeri eğitim alanların puanlarının, ilkokul ve ortaokul mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden az olanların puanlarının, geliri giderine eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birlikte yaşanan kişilere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); çocukları ile yaşayanların puanlarının, anne/baba, eş/çocuklar ve eş/çocuklar/diğer akrabalarla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ruhsal hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Ailede ruhsal hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Ailede DM olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Oral anti diyabet kullananların puan ortalaması daha yüksektir.

Diyabet dışı kronik hastalığı olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Farklı kronik hastalığın adına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hastalığı olmayanların puanlarının, HT+kolestrol, HT+astım ve diğer hastalığı olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Bakımda destek verene göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hiç kimse tarafından destek görmeyenlerin puanlarının, eş tarafından destek görenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diyabete bağlı problem gelişenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Uzun dönem problemler gelişenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, medeni durum, sigara kullanımı, yaşanılan yer, diyabet tanı süresi, ailede diyabet hastalığı varlığı, birinci derece yakınlarda DM varlığı, ikinci derece yakınlarda DM varlığı, insülin kullanma, daha önce oral anti diyabetik, şimdi insülin kullanma, fiziksel egzersiz ve diyet yapma, fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullanma, sadece diyet yapma, oral antidiyabetik ve insülin kullanma, DM ile ilgili eğitim alma, DM eğitiminin alındığı yer, DM kontrol sıklığı, tedavinin sürekli olduğunu bilme, kan şekeri takibi yapma ve acil problemler gelişme durumuna göre **Hastane Depresyon Ölçeği toplam** puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ile Hastane Anksiyete, Depresyon Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Hastane Anksiyete Ölçeği	Hastane Depresyon Ölçeği
Empatik destek	r	-0,364	-0,412
	p	0.000	0.000
	n	213	213
Teşvik destek	r	-0,216	-0,264
	p	0.001	0.000
	n	213	213
Kolaylaştırıcı destek	r	-0,344	-0,387
	p	0.000	0.000
	n	213	213
Paylaşımıcı destek	r	-0,379	-0,342
	p	0.000	0.000
	N	213	213
Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği	R	-0,347	-0,388
	P	0.000	0.000
	N	213	213

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, *Empatik destek* alt boyut puanı ile *HADÖ* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). *Empatik destek* alt boyut puanı arttıkça, *HADÖ* puanları azalmaktadır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, *Teşvik destek* alt boyut puanı ile *HADÖ* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). *Teşvik destek* alt boyut puanı arttıkça, *HADÖ* puanları azalmaktadır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, *Kolaylaştırıcı destek* alt boyut puanı ile *HADÖ* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). *Kolaylaştırıcı destek* alt boyut puanı arttıkça, Hastane Anksiyete ve depresyon ölçek puanları azalmaktadır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, *Paylaşımıcı destek* alt boyut puanı ile *HADÖ* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Paylaşımıcı destek alt boyut puanı arttıkça, Hastane Anksiyete ve depresyon ölçek puanları azalmaktadır.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, *HDADÖ* puanı ile *HADÖ* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). *HDADÖ* puanı arttıkça, *HADÖ* puanları azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, diyabet hastalarının sağlık durumları üzerindeki çeşitli etkileri anlamaya yönelik geniş bir bakış açısı sunmaktadır. Özellikle, aile desteği, depresyon, anksiyete ve genel yaşam kalitesi üzerindeki etkiler öne çıkmaktadır. Literatürdeki mevcut bulgularla karşılaştırıldığında, elde edilen sonuçlar diyabet yönetiminde önemli kavramsal ve pratik katkılar sağlamaktadır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hastaların yarısından fazlasının kadın, ev hanımı, evli, kentte yaşadığı, ailesinde diyabet hastası olduğu ve yaş ortalaması $55,29 \pm 11,15$ olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi genellikle ilkokul mezunudur. Hastaların yarıya yakınının geliri giderinden az, eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır, büyük çoğunluğunun kendisinde ve ailesinde ruhsal bir hastalık bulunmamaktadır. Diyabet süresi çoğunlukla 1-9 yıldır. Birçok hastanın diyabetine eşlik eden başka kronik hastalığı da bulunmakta ve kan şekeri takibi yapanların oranı yüksek tespit edilmiştir. Diyabete bağlı problem yaşayan hastaların bir kısmı uzun dönemli komplikasyonlar yaşamakta ve ortalama diyabet tanı süresi $12,26 \pm 8,33$ yıldır. Yapılan benzer çalışmada Baykal ve Orak (2018), hastaların %52'si kadın, %53'ü ilkokul mezunu, %53'ü eş ve çocukları ile yaşadığı, yaş ortalaması $59,62 \pm 13,09$ olarak tespit etmişlerdir. Yıldız Aslan ve ark., (2021) çalışmasında, hastaların %70'inde diyabete eşlik eden başka bir kronik hastalık olduğunu bulmuşlardır. Bahar ve ark., (2006) DM'li hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada; hastaların %58,6'sının kadın, %75,2'sinin evli, %45,9'unun ailesinde diyabet öyküsü olduğunu, %92,5'inin kentte yaşadığını ve çalışmaya katılan diyabetli hastaların yaş ortalamasını $55,39 \pm 0,89$ olarak tespit etmişlerdir. Diyabet hastalarının hastalık algıları ile anksiyete ve depresyon düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada, hastaların yaş ortalaması $54,74 \pm 11,5$, %62,5'i kadın, %64,5'inin ekonomik durumu kötü, %87'si evli ve %43'ü ilköğretim mezunu olarak belirlenmiştir (Kavak ve Aktürk, 2019). Kayır ve Öztekin (2022) çalışmasında, hastaların %68,5'inin kadın, %85,2'sinin evli, %63,6'sının ilköğretim mezunu, %60,3'ünün ev hanımı, %51,8'inde ek bir hastalık olmadığını belirlemişlerdir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

5.2. Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Aile desteği, diyabet tedavisinde önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. Arı ve Özdelikara (2022), aile desteğinin tip 2 diyabet hastalarının hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisini inceledikleri çalışmada HDADÖ puan ortalaması $64,47 \pm 13,43$ olarak tespit etmişlerdir. Baykal ve Orak (2018) tarafından yapılan çalışmada, aile desteğinin glisemik kontrol üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Aile desteğinin diyabetli bireylerin tedavi süreçlerinde kritik bir rol oynadığını ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinin önemini ortaya koymuşlar ve HDADÖ toplam puanı $72,79 \pm 13,51$, ölçek alt boyutlarından empatik destek puanını yüksek bulmuşlardır. Yıldız Aslan ve ark., (2021)'nin çalışmasında, aile desteği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ele alınmıştır. Çalışmada tip 2 diyabetli hastaların HDADÖ'nden aldıkları toplam puan ortalamasını $48,18 \pm 25,42$ bulmuşlardır. Bu bulgular, aile desteğinin hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerindeki olumlu etkilerini doğrulamaktadır. Aile desteği, hastaların tedaviye uyumunu arttırabilir ve genel yaşam kalitesini iyileştirebilir, bu da dolaylı olarak hastalığın yönetiminde olumlu sonuçlar doğurabilir. Zeren ve Canpolat (2023), tip 2 diyabet hastalarında aile desteği ve öz bakım düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında HDADÖ toplam puanı $82,44 \pm 28,04$ olarak saptamışlardır. Yaptığımız çalışmada hastaların aile desteklerinin toplam puanı yüksek, evli ve kan şekeri takibi yapan hastaların aile desteği daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Türk aile yapısının özelliklerinden (güçlü, dayanışmacı ve yakın bağlar) kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte toplumda sağlıkla ilgili tutumlar, kültürel değerler, hastalığın yönetimi konusundaki aile içi sorumluluk ve psikolojik destek gereksinimi gibi faktörlerde yaptığımız çalışmada aile desteğinin yüksek çıkmasına katkı sağladığını düşündürmektedir.

5.3. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Değerlendirilmesi

Depresyon, diyabetli bireylerde yaygın bir sorun olup, hastalığın yönetimini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Diyabet hastalarının depresyon riski, geniş çaplı bir araştırma konusudur ve mevcut literatürde sıkça ele alınmıştır. Nigussie ve ark., (2023)'nin 416 tip 2 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada, %42,3'ünde depresyon, %40,4'ünde anksiyete semptomlarına rastlanmıştır. 2019 yılında tip 2

diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riskini ve bununla ilişkili faktörleri tespit etmek için yapılan çalışmada hastaların %48,4'ünde anksiyete riski, %67,3'ünde depresyon riski olduğu tespit edilmiştir (Sayın ve ark., 2019). Yapılan bir başka çalışmada hastaların anksiyete ortalaması $8,85 \pm 0,46$, depresyon ortalaması $7,63 \pm 0,59$ olarak belirlenmiştir (Kavak ve Aktürk., 2019). Bahar ve ark., (2006), anksiyete ortalaması $8,57 \pm 0,36$ ve %30,8'sinde anksiyete; depresyon ortalaması $7,69 \pm 0,37$ ve %51,1'inde depresyon saptamışlardır. Ayrıca, Günalay ve ark., (2016), tip 2 diyabet hastalarında uygulanan tedavi yöntemlerinin depresyon ve anksiyete riski arasında ilişki saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların anksiyete puan ortalaması $7,52 \pm 4,6$, depresyon puan ortalaması $7,98 \pm 4,4$ olarak tespit edilmiştir. Collins ve ark., (2009)'ın kesitsel çalışmasında, HADÖ ile değerlendirilen depresyon ve anksiyete prevalansını sırasıyla %32,0 ve %22,4 olarak bulmuştur. Malezya'da tip 2 diyabet hastaları arasında depresyon %11,5 ve anksiyete %30,5 olarak tespit edilmiştir (Kaur ve ark., 2013). Khuwaja ve ark., (2010), anksiyete ve depresyon prevalansını ve ilişkili faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların %44'ünde depresyon ve %58'inde anksiyete belirlenmiştir. Katar'da yapılan bir çalışmada diyabetik komplikasyonlar ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hafif ve şiddetli depresyon skorları sırasıyla %38,9 ve %13,6; hafif ve şiddetli anksiyete skorları ise %37,7 ve %35,3 olarak bildirilmiştir (Bener ve ark., 2011). Depresyonun diyabetli bireylerin tedavi sürecini nasıl etkilediği, özellikle tedavi uyumu ve yaşam kalitesi açısından önemli bir konudur. Altundal Bernard (2018), depresyonun tanımı üzerine yaptıkları incelemede, bu bozukluğun çeşitli tanımlamalarını ve etyolojik faktörlerini gözden geçirmektedir. Bu bağlamda, depresyonun diyabetli bireylerdeki etkilerini ve bu etkilerin tedavi süreçlerini nasıl etkilediğini anlamak, psikolojik destek ve tedavi stratejilerinin optimize edilmesine yardımcı olabilir.

Delgado (2000) ile Dean ve Keshavan (2017)'in çalışmaları, depresyonun monoamin eksikliği ve dopamin sistemindeki disfonksiyonlarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Bu bulgular, depresyonun diyabetli bireylerde nasıl ele alınması gerektiğini anlamada önemli bir temel sağlar. Gülen (2020) tarafından yapılan araştırma, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri, erken dönem uyum bozucu şemalar ve bilişsel duygu düzenleme süreçlerini inceleyerek, depresyonun yönetimi için bilişsel ve duygusal faktörlerin önemini vurgular. Ayrıca, Gündüz (2019)'ün yaygın anksiyete bozukluğunda

bilişsel davranışçı terapilere dair yaptığı çalışma, bu terapilerin depresyon ve anksiyete yönetimindeki etkinliğini gösterir. Albayrak ve Ceylan (2004), depresyonun nörobiyolojik etkenlerini vurgulamış ve bu etkenlerin diyabet yönetimi üzerindeki potansiyel etkilerini tartışmıştır.

Depresyonun diyabet yönetimini zorlaştırdığı ve tedavi sürecini olumsuz etkilediği, bu alandaki araştırmaların ortak bulgularıdır. Araştırmamıza katılan Tip 2 diyabet hastalarında orta düzey anksiyete ve depresyon olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışma literatür ile paralellik göstermektedir. Bu durum, diyabet hastalarının ruhsal sağlık sorunlarının yaygın olduğunu ve bu sorunun destek sistemleri ve tedavi süreçleri ile ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu durum hastalığın kronik olması ve bununla birlikte fiziksel sağlıkla alakalı endişeler, yaşam tarzı değişikliklerinin zorlukları, sosyal izolasyon süreçte hem fiziksel hem psikolojik birtakım zorluklara neden olmakta, bu durumun genel ruh hallerine etki ettiğini düşündürmektedir.

5.4. Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Aile desteği, diyabet tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Arı ve Özdelikara (2022) ile Baykal ve Orak (2018) tarafından yapılan araştırmalar, aile desteğinin hastaların hastalığı kabullenme ve tedavi uyumunu nasıl etkilediğini göstermektedir. Aile desteği, hastaların tedavi süreçlerine uyumlarını artırabilir ve genel sağlık durumlarını iyileştirebilir.

Kronik hastalıkların aile işlevleri ve yaşam doyumu üzerindeki etkilerini inceleyen Acar (2011) ve Akın (2011) yapmış oldukları çalışmalarda, diyabet hastalarının aile dinamikleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri vurgulanmıştır. Bu çalışmalar, kronik hastalıkların aile içindeki ilişkileri ve bireylerin yaşam doyumlarını nasıl etkileyebileceğini göstermektedir. Özellikle, diyabet hastalarının aile içindeki destek yapılarının güçlendirilmesi hem hastaların hem de aile üyelerinin yaşam kalitesini artırabilir. Aile desteği, sadece psikolojik destek değil, aynı zamanda pratik yardım ve bilgi paylaşımı açısından da kritik öneme sahiptir. Yaptığımız çalışmada bakımda destek veren varlığının empatik destek, teşvik destek, kolaylaştırıcı destek ve paylaşımcı destek olmak üzere her 4 alt boyutta anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bakımda destek veren bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksek bulunmuştur. Destek verenlerin, eş ve çocuklarıyla yaşayanlar olduğu belirlenmiştir. Bu, destek

sistemlerinin etkili olması için aile desteğinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Diyabetin ekonomik yükü, sağlık sistemi üzerinde ciddi etkiler yaratmaktadır. Öcal ve Önsüz (2018) tarafından yapılan değerlendirme, diyabetin ekonomik yükünü detaylandırılmış ve bu yükün yönetilmesinin önemini vurgulamıştır.

Yaptığımız çalışmada geliri giderinden az olan hastaların HDADÖ ve 4 alt boyut puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ekonomik durumun destek sistemleri üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Aynı zamanda, Olagbemide ve ark., (2021)'nin çalışması, aile desteğinin ve ilaç uyumunun, diyabet yönetiminde ne kadar kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tür desteklerin, tedavi sürecini nasıl iyileştirebileceğine dair bilgiler sunmaktadır. Diyabetin yönetimi ve komplikasyonlarının anlaşılması, sürekli araştırma ve yenilikçi yaklaşımlar gerektirmektedir. Lin ve ark., (2020)'nin küresel, bölgesel ve ulusal diyabet yükü üzerine yaptığı analiz, hastalığın gelecekteki olası seyrini anlamak için önemli bir temel sağlar. Horikawa ve ark., (2020)'nin çalışması, Japon diyabet hastalarında aile desteğinin, medikal beslenme terapisi ve diyet alımı üzerindeki etkilerini inceleyerek, aile desteğinin tedavi uyumu üzerindeki olumlu etkilerini gösterir.

Çalışmada, kentte yaşayan bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksektir. Bu, şehirde yaşayan bireylerin daha iyi sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim imkanlarına sahip olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, yapılan analizler erkeklerin Empatik Destek alt boyutunda daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Bu, kadınların sosyal destek sistemlerinin daha güçlü olması gerektiğini ve destek sistemlerinin, cinsiyete göre farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir. Sigara içmeyen bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksektir. Bu, sigara kullanımının genel sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkilerini ve destek sistemleri ile olan ilişkisini göstermektedir.

5.5. Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Kafes (2021) ile Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011) tarafından yapılan araştırmalar, depresyon ve anksiyete bozukluklarının diyabet yönetiminde önemli rol oynadığını belirtir. Ayrıca, Kafes (2021), depresyon ve anksiyete bozukluklarının etiyolojisini ele alarak, bu bozuklukların diyabet hastalarında nasıl ortaya çıktığını ve yönetilmesi gerektiğini tartışır. Roupá ve ark., (2009) tarafından yapılan bir çalışmada,

cinsiyetin anksiyete ve depresyon semptomlarının ortaya çıkmasıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve kadınların erkeklere kıyasla üç kat daha fazla anksiyete ve iki kat daha fazla depresyon yüzdesine sahip olduğu bildirilmiştir. Mukeshimana ve Chironda (2019), tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve ilişkili faktörleri tespit etmek için yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetin erkelere göre depresyon oranının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Yaptığımız çalışmada tip 2 diyabet hastalarında kadın cinsiyete sahip olmak anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, Altunoğlu ve ark., (2012), çalışmasında kadınların puan ortalamasını daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Günelay ve ark., (2016), kadın cinsiyette anksiyete görülme riski yüksekken depresyon için iki cinsiyette farklılık saptamamıştır. Jorwal ve ark., (2015), kadın hastaların erkek hastalara kıyasla önemli ölçüde daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini, ancak benzer anksiyete belirtilerine sahip olduğunu belirtmektedir. Kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı strese daha fazla maruz kalmaları neden olacağı düşünülmektedir (Papadopoulos ve ark., 2005).

Bahar ve ark., (2006), diyabet hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada medeni durumun anksiyete ve depresyon düzeyine etki ettiğini, hastalardan dul olanların anksiyete ve depresyon puanlarının evli ve bekar olan hastalara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada hastaların medeni durumları HADÖ toplam puan ortalaması anlamlı değildir ($p>0.05$).

Eğitim düzeyinin depresyon ve anksiyete puan ortalaması anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim alanların, ilkokul ve ortaokul mezunlarından depresyon ve anksiyete puan ortalaması olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sönmez ve Kasım (2013), eğitim durumu arttıkça depresyon görülme olasılığının azaldığını tespit etmiştir. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgu, eğitim seviyesinin ruhsal sağlık üzerine önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile sağlık okuryazarlığının artmasına dolayısı ile bireylerin hastalıklarını yönetme becerilerini artırarak, psikolojik sağlığı olumlu yönde etkileyebileceği ve bu da anksiyete ve depresyon seviyelerinin düşmesine yol açtığını düşündürmektedir.

Çalışmada diyabet dışı farklı kronik hastalığın eşlik etmesi HADÖ puan ortalaması farkı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde Sayın ve ark., (2019),

yapmış oldukları çalışmada diyabete eşlik eden kronik bir hastalığın bulunması anksiyete ve depresyon riskini artırmaktadır. Diyabete eşlik eden kronik bir hastalığın bulunması kişinin tedavi uyumuna ek sorumluluklar yüklemesi hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini artırabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada tedavi şeklinin anksiyete ve depresyon için bir risk faktörü olabileceği tespit edilmiştir. Fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik ile kombine tedavi alanların anksiyete puan ortalaması daha yüksekken, sadece oral antidiyabetik tedavi alanların depresyon puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında insülin kullananların oral antidiyabetik ve kombine tedavi alanlara göre anksiyete riski daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Günalay ve ark., 2016). Benzer şekilde Işık ve Buzlu (2016) çalışmasında, insülin kullanan hastaların oral antidiyabetik kullananlara göre depresyon puan ortalamasını daha yüksek saptamıştır. Diyabet tedavisinin çok boyutlu olması hastalarda sorumlulukların artmasına, yetersizlik hissine, başarısızlık korkusuna ve durumlarının daha ciddi algılamalarına neden olabilir. Diyet kısıtlamaları ve egzersiz programlarının süreklilik göstermesi ve uyum zorluğu hastalarda özgürlük duygularını kısıtlayabilir, bu da depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir.

Korkut ve ark., (2020), Sönmez ve Kasım (2013) ile Gülseren ve ark., (2001) yapmış oldukları çalışmalarda, diyabet tanı süresinin tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Gülseren ve ark., (2001), çalışmasında tanı konulan ilk dönemde anksiyete seviyesi yüksekken ilerleyen yıllarda depresif bozukluklara daha sık rastlandığını belirtmektedir. Bu durum ilk tanı alındığında belirsizliğin kişinin anksiyetesini etkilerden ilerleyen dönemlerde yas sürecinin son aşaması olan depresyon ve kabullenmeye bırakması ile açıklanabilir (Sönmez ve Kasım, 2013). Yapmış olduğumuz çalışmada diyabet tanı süresinin anksiyete ve depresyon puan ortalaması anlamlı değildir ($p>0.05$). Benzer şekilde Jorwal ve ark., (2015), yapmış oldukları çalışmada tip 2 diyabet hastalarında diyabet tanı süresi ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında bir ilişki tespit etmemiştir. Çalışmamız da aile desteğinin yüksek çıkmış olması, örneklem grubunun özelliklerinin literatür ile farklılıklar göstermesi (gelir düzeyi, cinsiyet vb.), sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Diyabet, çeşitli komplikasyonlarla ilişkilidir ve birçok komplikasyona yol açabilir, bu komplikasyonların yönetimi ise tedavi sürecinde kritik bir rol oynar ve hastaların genel sağlık durumunu etkilemektedir. Örneğin, Göre ve ark., (2022)'nın çalışması, tip 2 diyabetin makrovasküler komplikasyonlarını ele alarak, bu komplikasyonların yönetiminde dikkate alınması gereken unsurları sunmaktadır. Diyabetik retinopatinin, diyabetli bireylerde göz sağlığı üzerindeki etkileri, tedavi yaklaşımlarını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. İnan (2014) tarafından ele alınan diyabetik retinopati, diyabetin görme üzerindeki etkilerini ve etiyopatogenezi incelemiştir. Kerimoğlu ve Türk (2018) ise, diyabetik maküla ödemi ve patogenezi üzerine odaklanarak, bu komplikasyonların nasıl yönetilmesi gerektiğine dair bilgiler sunmaktadır. Bloomgarden (2005) ile Chaurasia ve ark., (2023)'nin çalışmaları, diyabetin komplikasyonları, özellikle diyabetik nefropati ve retinopati üzerine detaylı bilgiler sunmaktadır. Lim, Ng ve Thomas (2017), diyabetik ayak ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi üzerine odaklanarak, bu komplikasyonların yönetimine dair güncel bilgileri ortaya koymuştur. Bu komplikasyonlar, hastaların tedaviye uyumlarını ve genel sağlık durumlarını etkileyebilir. Bu nedenle, aile desteği ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, bu tür komplikasyonlarla ve diyabetin psikiyatrik problemleri ile başa çıkma sürecinde kritik bir rol oynayabilir. Yaptığımız çalışmada diyabete bağlı uzun dönemli komplikasyon (retinopati, nöropati, nefropati vs.) yaşayan hastalarda anksiyete saptanmamış fakat depresyon puan ortalamalarının anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, işlevsellik kaybı, ağrı, uzun dönem sağlık problemleri ile mücadeleye bağlı olarak depresyon riskini artırdığını düşündürmektedir.

Diyabetin acil komplikasyonları, tedavi sürecinde önemli zorluklar yaratır. Olt (2022) tarafından ele alınan hiperglisemik hiperosmolar durum ve diyabetik ketoasidoz gibi ciddi komplikasyonlar, acil yönetim stratejilerini ve tedavi yaklaşımlarını vurgulamaktadır. Ayrıca, Kaser ve ark., (2023)'nin çalışması, diyabetik metabolik bozuklukların acil yönetimini ele almış ve bu tür komplikasyonların tedavisinde güncel yaklaşımları tartışmıştır. Hipoglisemi, diyabet yönetiminde sık karşılaşılan bir sorundur ve bu durumun yönetimi, hastaların genel sağlıklarını etkileyebilir. Çetinarslan (2013) tarafından ele alınan hipoglisemi korkusu, diyabet tedavisindeki önemli bir sorundur. Hipogliseminin yönetimi, diyabet tedavisinin başarısı açısından kritik bir faktördür. Hipoglisemi korkusunun yönetilmesi ve tedavi uyumunun artırılması, diyabetli

bireylerin sağlıklarını korumak için önemlidir. Çelik ve Öztürk Pala (2016) ile Çelik ve Olgun (2016) tarafından yapılan çalışmalar, hipoglisemi ve hipokaleminin yönetimi ile ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Ayrıca, Özderya ve ark., (2013)'nın çalışması, iyi kontrollü diyabetik hastalarda kaplıca tedavisinin diyabetik ketoasidoza neden olabileceğini belirtilmiştir, bu da tedavi yöntemlerinin dikkatli bir şekilde seçilmesi gerektiğini göstermişlerdir. Bu durumlar, tedavi uyumunu etkileyebilir ve hastaların genel sağlık durumlarını bozabilir. Çalışmamız literatür ile farklılık göstermektedir. Akut komplikasyon gelişmesi durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalaması farkı anlamlı değildir ($p>0.05$).

5.6. Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Aile desteği, diyabet hastalarının psikolojik ve fiziksel iyilik halleri üzerinde önemli bir rol oynar. Agustini ve ark., (2019) tarafından yapılan çalışma, aile desteğinin ergenlerde tip 1 diyabetin etkilerini nasıl hafifletebileceğini göstermiştir. Aile desteğinin, bireylerin diyabetle başa çıkmalarını kolaylaştırdığı ve genel psikolojik dayanıklılığı artırdığı bulunmuştur. Bu çalışma, sosyal destek sistemlerinin, özellikle aile desteğinin, diyabet yönetiminde kritik bir rol oynadığını doğrulamaktadır. Aile desteği, hastaların tedaviye uyumunu artırabilir ve depresyon riskini azaltabilir, bu da hastaların genel sağlık durumlarını iyileştirebilir. Gödeş (2018) ise psikoterapide çerçevenin önemini vurgulayarak, terapötik süreçlerde yapılandırılmış bir çerçevenin, bireylerin ruhsal sağlıkları üzerindeki etkilerini ele alır. Bu, diyabetli bireylerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların yönetiminde kullanılan terapötik yaklaşımların etkinliğini artırabilir.

Aile desteği, diyabet tedavisinde kritik bir faktördür ve hastaların tedavi uyumunu önemli ölçüde etkileyebilir. Ayrıca, Hensarling (2009) tarafından geliştirilen Aile Destek Ölçeği, diyabetli bireylerin aile desteği ile ilgili algılarını ölçerek, bu desteğin tedavi süreçlerindeki rolünü değerlendirmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada HDADÖ puanı ile HADÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Destek puanları arttıkça HADÖ puanları azalmaktadır. Bu durum, aile desteğinin, tip 2 diyabet hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Aile desteği, hastaların psikolojik olarak daha sağlam bir zemin oluşturmalarına, hastalıklarını

yönetme konusunda daha başarılı olmalarına ve duygusal olarak daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Bu da depresyon ve anksiyetenin azalmasına destek olduğu düşünülmektedir.

Bu tartışma, diyabetin hem psikolojik hem de fiziksel yönlerinin yönetiminde mevcut literatürden elde edilen bilgileri değerlendirir. Hastalığın etkili bir şekilde yönetilmesi için psikolojik sağlık, komplikasyonlar ve ekonomik yük gibi faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Gelecek araştırmaların, bu alanlardaki boşlukları doldurarak daha kapsamlı çözümler sunması beklenmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma, tip 2 diyabet hastalarının aile desteklerinin anksiyete ve depresyon düzeylerine nasıl bir etkisi olduğuna ışık tutmaktadır. Hastaların demografik özellikleri, tedavi yöntemleri, kronik hastalıklar ve destek sistemleri gibi birçok parametre dikkate alınarak elde edilen bulgular, çeşitli analizler aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada,

- Empatik Destek, Teşvik Destek, Kolaylaştırıcı Destek, Paylaşımıcı Destek ve HDADÖ puanları ile HADÖ puanları arasında anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki bulunmuştur. Hastaların HDADÖ toplam puanları, Empatik Destek, Teşvik Destek, Kolaylaştırıcı Destek ve Paylaşımıcı Destek alt boyutlarına ayrılmıştır. Hastalar, 4 alt boyuttan da yüksek puan almışlardır. Bu sonuçlar, hastaların destek sistemleri açısından çeşitli düzeylerde destek aldığını göstermektedir.
- Hastane Anksiyete Ölçeği ve Hastane Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre, Tip 2 diyabet hastalarında orta düzey anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Özellikle, %43,2'sinde anksiyete ve %69,5'inde depresyon görülmektedir.
- Çalışmaya katılan erkeklerin empatik destek alt boyutunun daha yüksek, kadınların anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmada üniversite ve üzeri eğitim gören bireylerin, daha düşük anksiyete ve depresyon seviyeleri ile daha yüksek aile destek puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Geliri giderinden fazla olan bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderine eşit olanların puanları ise, geliri giderinden az olanlardan daha yüksektir.
- Kentte yaşayan bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksektir.
- Ruhsal hastalığı olmayan bireylerin daha yüksek destek sistemleri puanlarına sahip olduğu ve daha düşük anksiyete ve depresyon seviyeleri gösterdiği belirlenmiştir.

- Hastaların %66,2'sinin DM dışında başka kronik hastalıkları bulunmaktadır. Özellikle, HT (hipertansiyon) gibi hastalıkların destek sistemleri ve ruhsal sağlık üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. HT ve kolesterolü olanların destek sistemleri puanları, kalp yetmezliği olanlardan daha düşük bulunmuştur.
- Bakımda destek veren bireylerin destek sistemleri puanları daha yüksek bulunmuştur. Aile desteği verenlerin eş ve çocuklarıyla yaşayanlar olduğu belirlenmiştir.
- Kan şekeri takibi yapan bireylerin aile destek puanları daha yüksektir.

6.2.Öneriler

Bu çalışma, diyet, egzersiz, gelir düzeyi, eğitim durumu ve sosyal destek gibi çeşitli faktörlerin diyabet hastalarının sağlık durumları üzerindeki etkilerini ayrıntılı bir şekilde incelemiştir. Elde edilen bulgular, hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve tedavi süreçlerini iyileştirmek için bir dizi stratejik önlemin gerekliliğini ortaya koymuştur. Özellikle, farklı birey gruplarının çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak için özel ve hedeflenmiş yaklaşımların uygulanması önem arz etmektedir. Aşağıda sunulan öneriler, çalışma sonuçlarına dayalı olarak, diyabet yönetiminde daha etkili ve kapsamlı stratejilerin geliştirilmesine yönelik somut adımları içermektedir. Bu öneriler hem sağlık profesyonelleri hem de politika yapıcılar için yol gösterici nitelikte olup, diyabetle mücadelede başarılı bir yaklaşım geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçlarına dayalı olarak öneriler:

Aileye Öneriler;

- ✓ Aile desteğinin önemini vurgulayan stratejiler geliştirilmeli ve aile üyeleri ile sağlık profesyonellerinin iş birliği artırılmalıdır. Aile üyeleri, hastaların tedavi süreçlerinde daha etkin bir rol alabilmeleri için bilgilendirilmeleri önerilir.

Hastaya Öneriler;

- ✓ Tip 2 diyabet hastalarının yaşadığı sorunları aileleri ile paylaşması ve destek alması önerilir.

Hemşirelere Öneriler;

- ✓ Çalışmada tip 2 diyabet hastalarında orta düzeyde anksiyete ve depresyona rastlanmış olup; hastalarının fiziksel yakınmalarının dışında ruhsal durumlarının da değerlendirilmesi, iletişim ortamının oluşturulması, baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi ve psikolojik destek gruplarının oluşturulması önerilir.

- ✓ Sigara kullanımının diyabet yönetimi üzerindeki etkilerini azaltmak amacıyla, sigara içen diyabet hastalarına yönelik özel eğitim ve müdahale programları geliştirilmelidir. Bu programlar, sigara bırakma destekleri ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları hakkında bilgiler sunması önerilir.
- ✓ Aile desteğinin önemini vurgulayan stratejiler geliştirilmeli ve aile üyeleri ile sağlık profesyonellerinin iş birliği artırılmalıdır. Aile üyeleri, hastaların tedavi süreçlerinde daha etkin bir rol alabilmeleri için bilgilendirilmeleri önerilir.
- ✓ Kan şekeri takibi yapan teknoloji ve uygulamaların kullanımı teşvik edilmelidir. Bu araçlar, hastaların düzenli takip yapmalarına yardımcı olması ve destek sistemleri ile entegre bir şekilde çalışabilmesi için eğitimlerin düzenlenmesi önerilir.
- ✓ Çalışmada ruhsal hastalığı olmayan bireylerin daha yüksek destek puanı bulunduğundan; diyabet hastalarının ruhsal sağlıklarını desteklemek için psikososyal destek stratejileri ve müdahale programları oluşturulmalıdır. Bu stratejiler, stres yönetimi, psikoterapi ve grup terapileri gibi çeşitli yöntemleri içermesi önerilir.
- ✓ Kadın ve erkek diyabet hastalarının destek ihtiyaçları ve ruhsal sağlık gereksinimleri arasında farklar olabilir. Cinsiyete özel destek stratejileri geliştirilerek, her iki cinsiyetin de ihtiyaçlarını karşılamak için etkili yaklaşımlar benimsenmesi önerilir.
- ✓ Çalışmada gelir düzeyi düşük olanların aile desteği daha düşük bulunduğundan; gelir düzeyi ve diğer sosyoekonomik faktörler göz önüne alınarak, kişiselleştirilmiş destek programları oluşturulmalıdır. Bu programlar, farklı sosyoekonomik grupların özel ihtiyaçlarına hitap edecek şekilde tasarlanması önerilir.

Politika Yapıcılara Öneriler;

- ✓ Diyabet hastalarının destek sistemlerinden maksimum fayda sağlamaları için, sağlık profesyonelleri ve hasta yakınları için eğitim programları geliştirilmelidir. Bu programlar, aile destek sistemlerinin nasıl daha etkili kullanılacağını ve hastaların tedavi süreçlerinde nasıl daha iyi bir destek sunulabileceğini içermesi önerilir.

- ✓ Destek sistemlerinin etkinliğini ölçmek ve iyileştirmek amacıyla düzenli geri bildirim mekanizmaları kurulmalıdır. Hasta ve ailelerin deneyimlerini ve memnuniyetlerini ölçmek, destek sistemlerinin sürekli olarak iyileştirilmesine yardımcı olabilir.
- ✓ Kent ve kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim arasındaki farklılıkları azaltmak için stratejiler geliştirilmeli ve kırsal bölgelerde sağlık destek sistemleri güçlendirilmesi önerilir.

Araştırmacılara Öneriler;

- ✓ Aile destek sistemlerinin ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyen uzun vadeli araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar, destek sistemlerinin hastaların ruhsal sağlıklarını nasıl etkilediğini ve hangi destek türlerinin en faydalı olduğunu belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Aba, N. ve Tel, H., 2012. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve öz bakım gücü. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1, 18-23.
- Abacı, A., Böber, E. ve Büyükgebiz, A., 2007. Tip 1 diyabet. Güncel Pediatri, 5(1), 1-10.
- Acar, A.E., 2011. Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Agustini, N., Nurhaeni, N., Pujasari, H., Abidin, E., Lestari, A.W. ve Kurniawati, A., 2019. Family support towards resilience in adolescents with type 1 diabetes: A preliminary study in indonesia. Asian Pacifica Island Nursing Journal, 4 (2), 66-71.
- Ahmed, A.M., 2002. History of diabetes mellitus. Saudi Medical Journal, 23 (4), 373–378.
- Akın, S., 2011. Diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeylerinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Akiskal, H.S., 2007. Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel gelişim ve kavramın tanımı. İç: Saddock BJ, Saddock VA, (editör) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.Baskı Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi, s:1559-1575.
- Albayrak, E., ve Ceylan, M., 2004. Depresyon etiyolojinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam Dergisi, 17 (1), 27-33.
- AlBekairy, A., AbuRuz, S., Alsabani, B., Alshehri, A., Aldebasi, T., Alkatheri, A., ve Almodaimegh, H., 2017. Exploring factors associated with depression and anxiety among hospitalized patients with type 2 diabetes mellitus. Medical principles and practice: International journal of the Kuwait University, Health Science Centre, 26 (6), 547–553.
- Ali, S., Stone, M.A., Peters, J.L., Davies, M.J., ve Khunti, K., 2006. The prevalence of comorbid depression in adults with type 2 diabetes a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine, 23, 1165-1173.

Altundal Duru, H., ve Yılmaz, M., 2023. Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 16 (1), 131-146.

Altunoğlu, E. G., Sarı, Z., Erdenen, F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E., ve Sarı, M., 2012. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet süresi ve HbA1c düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve yeti yitimi arasındaki ilişki. İstanbul Tıp Dergisi, 13 (3), 115-119.

American Psychiatric Association., 2022. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Anataca, G., ve Çelik, S., 2021. Diabetic ketoacidosis therapy and nursing approaches in adults patients. JAREN, 7 (3), 151-156.

Arı, N., ve Özdelikara, A., 2022. Dahiliye kliniklerine başvuran tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin hastalığı kabullenme ve tedavi uyumuna etkisi: Ordu ili örneği. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 6 (1), 39-48.

Yıldız Aslan, G., Tekir, Ö., ve Yıldız, H., 2021. Relationship between family support and quality of life in individuals with diabetes. Cukurova Medical Journal, 46 (1), 299-309.

Aydar, H., Tezcan, N., ve Mutluay, R., 2022. Metformin intoksikasyonuna sekonder gelişen akut böbrek hasarı ve laktik asidoz. Pamukkale Medical Journal, 15 (2), 379-382.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., ve Kültür, S., 1997. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 8 (4), 187-280.

Aydemir, T., ve Çetin, Ş., 2019. Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. JAMER, 4 (3), 109-15.

Bahar, A., Sertbaş, G., ve Sönmez, A., 2006. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7 (1), 18-26.

Bal, U., Çakmak, S., ve Uğuz, Ş., 2013. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22 (4), 441-459.

Barnes, J.A., Eid, M.A., Creager, M.A., ve Goodney, P.P., 2020. Epidemiology and risk of amputation in patients with diabetes mellitus and

peripheral artery disease. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 40 (8) 1808-1817.

Basiri, R., Seidu, B., ve Rudich, M., 2023. Exploring the interrelationships between diabetes, nutrition, anxiety, and depression: Implications for treatment and prevention strategies. *Nutrients*, 15 (19), 4226.

Baykal, D., ve Orak, E., 2018. Tip 2 diyabet hastaların glisemi kontrollerinde aile desteğinin araştırılması. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 361-382.

Belujon, P., ve Grace, A. A., 2017. Dopamine system dysregulation in major depressive disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20 (12), 1036-1046.

Bener, A., OAA Al-Hamaq, A., ve E Dafeeah, E., 2011. High prevalence of depression, anxiety and stress symptoms among diabetes mellitus patients. *The Open Psychiatry Journal*, 5 (1).

Benția, D., Saceleanu, M.V., Marinescu, A.A., ve Ciurea, A.V., 2021. Centenary of insulin discovery (1921-2021): Nicolae paulescus original contributions. *Acta Endocrinol (Buchar)*, 17 (3), 406-411.

Bernard, J., 2018. Depression: A Review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5, 6-7.

Bloomgarden, Z.T., 2005. Diabetic nephropathy. *Diabetes Care*, 28 (3), 745–751.

Canpolat, M., ve Çıtlık Sarıtaş, S., 2022. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 275-283.

Chaurasia, S., Thool, A.R., Ansari, K.K., ve Saifi, A.I., 2023. Advancement in understanding diabetic retinopathy: A comprehensive review. *Cureus*, 15 (11), 1-11.

Collins, M. M., Corcoran, P., ve Perry, I. J., 2009. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic medicine: A journal of the British Diabetic Association*, 26 (2), 153–161.

Crocq, M.A., 2015. A history of anxiety: From hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (3), 319–325.

Çelik Helvacı, F., ve Hocaoglu, Ç., 2016. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6 (1), 51-66.

Çelik, S., ve Öztürk Pala, Ç., 2016. Hipoglisemi ve hipokalemi. *Türkiye Klinikleri Journal Hematol-Special Topics*, 9 (3), 11-5.

Çelik, S., ve Olgun, N., 2016. Yoğun bakımda hipoglisemi ve hiperglisemi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20 (1), 1-57.

Çetinarslan, B., 2013. Diyabet tedavisinde korkumuz: Hipoglisemi. *Türk Diyabet Yıllığı 2018-2019*. Editör: Dinççağ, N., Özgün Ofset, İstanbul, 27-32.

Çetinkaya, F., ve Karabulutlu, E., 2021. Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 46 (1), 34-42.

David, D.J., ve Gardier, A.M., 2016. Les bases de pharmacologie fondamentale du système sérotoninergique: Application à la réponse antidépressive [The pharmacological basis of the serotonin system: Application to antidepressant response]. *Encephale*. 42 (3), 255-63.

Dean, J., ve Keshavan, M., 2017. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111.

Delgado, P. L., 2000. Depression: The case for a monoamine deficiency. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 7-11.

Demir, V., 2018. Varoluşçu yaklaşıma dayalı grup terapisinin bireylerin ruhsal belirti düzeylerine etkisi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6 (11), 149-167.

Demirci, H., 2013. Tip 2 diyabetes mellitus nedeni ile takip edilen hastalara depresyon riski ve depresyona etki eden faktörler. (Uzmanlık Tezi), İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Dhatariya, K.K., 2022. The management of diabetic ketocidosis in adult-an updated guideline from the joint British diabetes society for inpatient care. *Diabetic Medicine*, 39, 1-20.

Doherty, A.M., 2015. Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *BJ Psych Advances*, 21,407-416.

Dunlop, B. W., ve Nemeroff, C. B., 2007. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of Genneral Psychiatry*, 64 (3), 327-337.

Duval, F., Mokrani, M.C., Erb, A., Gonzalez Lopera, F., Alexa, C., Proudnikova, X., ve Butucaru, I., 2015. Chronobiological hypothalamic-pituitary-thyroid axis status and antidepressant outcome in major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 59, 71-80.

Elmacı, F., 2008. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın ergenlerin korkuları üzerindeki etkisi. (Doktora Tezi), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Erbatur, N.H., ve Kuşkonmaz, Ş., 2023. Diyabetik olmayan hastalarda hipoglisemi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 24 (4), 518-526.

Erge, E., 2023. Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete profili, anksiyetenin diyabet regülasyonu ve d vitamini ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi), İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Erinç, M., 2020. Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Işık Üniversitesi, İstanbul.

Eroğlu, N., 2018. Diabetes mellitus'un komplikasyonları. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 1 (2), 6-12.

Eşel, E., 2002. Depresyondaki nöroendokrinolojik bulgular. *Klinik Psikiyatri*, 5 (4), 35-50.

Feldman, E.L., Callaghan, B.C., Pop-Busui, R., Zochodne, D.W., Wright, D.E., Bennett, D.L., Bril, V., Russell, J.W., ve Viswanathan, V., 2019. Diabetic neuropathy. *Nat Rev Dis Primers*, 5 (1), 42.

Gen, E., 2019. Diyabet hastalarında yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile ilişkisi ve diyabet tipine göre farklılıkları. (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Çağ Üniversitesi, Mersin.

Gödeş, M., 2018. Psikoterapide çerçevenin önemi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1 (2), 134-153.

Göre, B., Zengin, O., ve Doğru, M., 2022. Tip 2 diyabetin makrovasküler komplikasyonları. Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar, Editörler: Işık, B., Köse, F., Küçüktürk, S., Duvar Yayınları, İzmir. 265-277.

Gülen, M., 2020. Depresyonu olan ve depresyonu olmayan kişilerde anksiyete duyarlılığı, erken dönem uyum bozucu şemalar ve bilişsel duygu düzenleme süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Gülseren, L., Gülseren, Ş., Hekimsoy, Z., Bodur, Z., ve Kültür, S., 2011. Major depresif bozukluğu olan diabetes mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin depresyon-anksiyete, yaşam kalitesi, yeti yitimi ve metabolik kontrol üzerine etkisi: tek-kör, karşılaştırmalı bir çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11, 1-10.

Günalay, S., Taşkıran, E., Demir, B., Erdem, S., Mergen, H., ve Akar, A., 2016. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2 (1), 16-19.

Gündüz, A., 2019. Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı terapiler. Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler, Editörler: Bahadır, G., Ertekin, E., Türkiye Klinikleri, Ankara. 28-34.

Hensarling, J.S., 2009. Development and psychometric testing of hensarlings diabetes family support scale, Texas Woman's University.

Holmes, J., 2013. An attachment model of depression: Integrating findings from the mood disorder laboratory. Psychiatry, 76, 68-86.

Horikawa, C., Hatta, M., Morikawa, S.Y., Takeda, Y., Takeuchi, M., Fujihara, K., Kato, N., Yokoyama, H., Kurihara, Y., Iwasaki, K., Tanaka, S., Maegawa, H., ve Sone, H., 2020. Family support for medical nutritional therapy and dietary intake among Japanese with type 2 diabetes (JDDM 56). Nutrients, 12, 2649.

Diabetes Facts & Figures, International Diabetes Federation. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/> (Erişim Tarihi: 17.12.2023).

Dünya Diyabet Günü, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-76887/dunya-diyabet-gunu-2020.html> (Erişim Tarihi: 12.01.2023).

Diabetes. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/diabetes>. (Erişim Tarihi: 13.12.2023)

Hu, F.B., 2011. Globalization of diabetes: The role of diet, lifestyle and genes. *Diabetes Care*, 34 (6), 1249-1257.

International Diabetes Federation: IDF diabetes atlas, Brüksel, Belçika, (2021). 10. Baskı, IDF Diyabet Atlası 2021, IDF Diyabet Atlası (diabetesatlas.org), (Erişim Tarihi: 13.12.2023).

Işık, N. A., ve Buzlu, S., 2016. Tip 2 diabetli oral antidiyabetik kullanan hastalar ile insülin kullanan hastaların depresyon yönünden karşılaştırılması. *Gazi Medical Journal*, 27 (4), 189-192.

İmamoğlu, S.E., 2021. Kişilerarası ilişkiler. Yeni İnsan Yayınevi.

İnan, S., 2014. Diabetik retinopati ve etiyopatogenezi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15 (2), 207-217.

Jorwal, P., Verma, R., ve Balhara, Y.P.S., 2015. Psychological health of caregivers of individuals with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional comparative study. *Journal of Social Health and Diabetes*, 3 (2), 95-101.

Kafes, A.Y., 2021. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3 (1), 186-194.

Kaltenboeck, A., ve Harmer, C., 2018. The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future. *Brain and Neuroscience Advances*, 2, 1-6.

Kampmann, U., Madsen, L.R., Skajaa, G.O., Iversen, D.S., Moeller, N., ve Ovesen, P., 2015. Gestational diabetes: Aclinical update. *World J Diabetes*, 6 (8), 1065-1072.

Karachaliou, F.H., Karavanaki, K., Simatou, A., Tsintzou, E., Skarakis, N.S., ve Kanaka-Gatenbein, C., 2021. Association of growth hormone deficiency (GHD) with anxiety and depression: Experimental data and evidence from GHD children and adolescents. *Hormones*, 20, 679–689.

Karahan, E., ve Karaaziz, M., 2023. Kaygı: Bir literatür taraması. *International Journal of Social Sciences & Humanities*, 7 (2), 529- 541.

Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H., 2011. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital*, 45 (2), 65-74.

Kaser, S., Sourij, H., Clodi, M., Schneeweiß, B., Laggner, A.N., ve Luger, A., 2023. Therapie der akuten diabetischen stoffwechselentgleisungen bei erwachsenen. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 135 (1), 237-241.

Kaur, G., Tee, G.H., Ariaratnam, S., Krishnapillai, A. S., ve China, K., 2013. Depression, anxiety and stress symptoms among diabetics in Malaysia: A cross sectional study in an urban primary care setting. *BMC Family Practice*, 14, 69.

Kavak, F., ve Aktürk, Ü., 2019. Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (4), 740-747.

Kaya, B., ve Kaya, M., 2007. 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. 10 (6), 3-10.

Kayır, T., ve Öztekin C., 2022. Bir aile sağlığı merkezine başvuran diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Hitit Medical Journal*, 4 (2), 49-55.

Kerimoğlu, H., ve Türk, H.B., 2018. Diyabetik retinopati ve diyabetik maküla ödeminde patogenezi. *Güncel Retina*, 2 (2), 94-101.

Khambaty, T., Callahan, C.M., Perkins, A.J., ve Stewart, J.C., 2017. Depression and anxiety screens as simultaneous predictors of 10-year incidence of diabetes mellitus in older adults in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (2), 294–300.

Khuwaja, A.K., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I.S., Rafique, G., ve White, F., 2010. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & metabolic syndrome*, 2, 72.

Khuwaja, A.K., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I.S., Rafique, G., ve White, F., 2010. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A

multi-centre study of prevalence and associated Factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2 (72), 2-7.

Kılıç, C., 1998. Türkiye ruh sağlığı profili erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Ön Raporu*, Editör: Erol, N., Kılıç C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. 34-42.

Kocaman, N., 2006. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı*, 47 (2), 97-107.

Koç, M., 2016. Depresif (Çökkünlük) bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Editör: Gürhan, N., Ankara Nobel Tıp Kitapevi, Ankara. 475-538.

Korkut, Y., Kayabaşı, A., ve Onbaşı, K., 2020. Tip 2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin tedavi tipine göre karşılaştırılması. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 24 (2), 58-67.

Köknel, Ö., 2000. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 1-5.

Kupfer, D.J., Frank, E., ve Phillips, M.L., 2012. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*, 379 (9820), 1045-1055.

Kütmeç Yılmaz, C., 2023. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabulün kronik hastalığa uyum düzeyi üzerine etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(3), 667-676.

Lim, J.Z., Ng, N.S., ve Thomas, C., 2017. Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110 (3), 104-109.

Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., Song, X., Ren, Y., ve Shan, P.F., 2020. Global, regional and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: An analysis from 1990 to 2025. *Scientific Reports*, 10 (1), 14790.

Majety, P., Lozada Orquera, F. A., Edem, D., ve Hamdy, O., 2023. Pharmacological approaches to the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Frontiers in endocrinology*, 9 (14), 1-11.

Majumdar, S.K., 2001. Glimpses of the history of insulin. Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine (Hyderabad), 31 (1), 57-70.

Mayberry, L.S., ve Osborn, C.Y., 2012. Family support, medication adherence and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetes Care, 35, 1239-1245.

Mizuno, Y., Ashok, A. H., Bhat, B.B., Jauhar, S., ve Howes, O.D., 2023. Dopamine in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of in vivo imaging studies. Journal of Psychopharmacology, 37 (11), 1058-1069.

Mukeshimana, M., ve Chironda, G., 2019. Depression and associated factors among the patients with type 2 diabetes in rwanda. Ethiopian Journal of Health Sciences. 29 (6), 709-718.

Nigussie, K., Sertsu, A., Ayana, G.M., Dessie, Y., Bete, T., Abdisa, L., Debele, G.R., Wadaje, D., ve Negash, A., 2023. Determinants of depression and anxiety among type 2 diabetes patients in governments hospitals at Harari regional state, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. BMC Psychiatry 23 (13), 2-10.

Nuguru, S.P., Rachakonda, S., Sripathi, S., Khan, M.I., Patel, N., ve Meda, R.T., 2022. Hypothyroidism and depression: A narrative review. Cureus, 14 (8). 1-8.

Okçu, P., 2017. Tip 2 diyabetli hastalarda algılanan aile desteğinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Okan Üniversitesi, İstanbul.

Olagbemide, O.J., Omosanya, O.E., Ayodapo, A.O., Agboola, S.M., Adeagbo, A.O., ve Olukokun, T.A., 2021. Family support and medication adherence among adult type 2 diabetes: Any meeting point? Annals of African Medicine, 20 (4), 282-287.

Olt, S., 2022. Hiperglisemik Hiperosmolar Durum ve Diyabetik Ketoasidoz. Sağlık & Bilim -2022: İç hastalıkları acilleri, Editör: Olt, S., Efe Akademi Yayınları, İstanbul.

Özakkaş, T., 2014. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. 1-30.

Özcan, Ö., ve Çelik, G.G., 2017. Bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri, 3 (2), 115-120.

Özdemir, İ., Hocaoglu, Ç., Koçak, M., ve Ersöz, H.Ö., 2011. Tip 2 diabetes mellitus'lu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24 (2), 128-138.

Özderya, A., Öztürk, F.Y., Şen, E.Ç., Karaman, Ö., ve Altuntaş, Y., 2013. İyi kontrollü tip 2 diyabetik hastada kaplıca tedavisinin indüklediği diyabetik ketoasidoz olgusu. Causa Pedia, 2 (379), 1-3.

Özen, S., 2020. Anksiyete Nedir Serisi-2. Siyah Beyaz Yayınları, s: 110, İstanbul.

Papadopoulos, F.C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., Katsiardani, K.P., Trichopoulos, D., ve Lyketsos, C., 2005. Prevalance and correlates of depression in late life: A population based study from a rural greek town. International journal of Geriatric Psychiatry, 20 (4), 350-357.

Pary, R., Sarai, S.K., Micchelli, A., ve Lippmann, S. 2019. Anxiety disorders in older patients. The primary care companion for CNS disorders, 21 (1). Polikandrioti, M., Vasilopoulos, G., Koutelekos, I., Panoutsopoulos, G., Gerogianni, G., Alikari, V., Dousis, E., ve Zartaloudi, A., 2020. Depression in diabetic foot ulcer: Associated factors and the impact of perceived social support and anxiety on depression. Int Wound Journal, 17 (4), 900–909.

Powers, M.A., Bardsley, J., ve Cypress, M., 2015. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the american diabetes association, the american association of diabetes educators, and the academy of nutrition and dietetics. Diabetes Care. 38 (7), 1372-1382.

Rehman, Z.U., Khan, J., ve Noordin, S., 2023. Diabetic foot ulcers: Contemporary assessment and management. Journal of Pakistan Medical Association, 73 (7), 1480-1487.

Robinson, D.J., Luthra, M., ve Vallis, M., 2013. Diabetes and mental health. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Can J Diabetes, 37, 87-92.

Rubin, R.R., ve Peyrot, M., 2001. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of clinical psychology*, 57 (4), 457–478.

Saaddine, J.B., Honeycutt, A.A., Narayan, K.M., Zhang, X., Klein, R., ve Boyle, J.P., 2008. Projection of diabetic retinopathy and other major eye diseases among people with diabetes mellitus: United states, 2005-2050. *Arch Ophthalmol*, 126 (12), 1740-1747.

Saltoğlu, N., Kılıçoğlu, Ö., Baktıroğlu, S., Oşar-Siva, Z., Aktaş, Ş., Altındaş, M., ve Yılmaz, T., 2015. Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: Ulusal uzlaşı raporu. *Klinik Dergisi*, 28 (1), 2-34.

Samsu, N., 2021. Diabetic nephropathy: Challenges in pathogenesis, diagnosis, and treatment. *BioMed Research International*, 1-17.

Satman, İ., Özbey, N., Boztepe, H., Kalaca, S., Ömer, B., Tanakol, R., Tütüncü, Y., Genç, S., ve Alagöl, F., 2013. TURDEP-II: Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrin hastalıklar prevalans çalışması: Türk toplumuna özgü normal referans değerleri: TSH, FT4, IGF1, IGFBP3, Vitamin D ve eGFR 35. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi*. 54-57.

Satman, İ., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, İ., Tütüncü, Y., Sargın, M., Dinççağ, N., Karşıdağ, K., Kalaça, S., Özcan, C., ve King, H., 2002. Populationbased study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25 (9), 1551– 1556.

Saveanu, R.V., ve Nemeroff, C.B., 2012. Etiology of depression: Genetic and environmental factor. *Psychiatric Clinics of North America*, 35 (1), 51-71.

Sayın, S., Sayın, S., Bursalı, B., ve Bilen İpek, H., 2019. Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44 (2), 479-485.

Semenkovich, K., Brown, M.E., Svrakic, D.M., ve Lustman, P.J., 2015. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75 (6), 577–587.

Shadrina, M., Bondarenko, E.A., ve Slominsky, P.A., 2018. Genetics factors in major depression disease. *Front Psychiatry*, 23 (9), 1-18.

Shahisavandi, M., Wang, K., Ghanbari, M., ve Ahmadizar, F., 2023. Exploring metabolomic patterns in type 2 diabetes mellitus and response to glucose-lowering medications-review. *Genes*, 14 (7), 1464.

Shahla, R., ve Manavipour, D., 2014. Depression model based on psychodynamic theory. *Applied Psychology*, 2 (8), 1-10.

Sharma, K., Dhungana, G., Adhikari, S., Bista Pandey, A., ve Sharma, M., 2021. Depression and anxiety among patients with type 2 diabetes mellitus in chitwan medical college teaching hospital, Nepal. *Nursing Research and Practice*, 1-8.

Sofulu, F., ve Ünsal Avdal, E., 2016. Tip 2 diyabette aile desteği ve aile çatışmasının öz yönetim sürecine etkisi. *Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 8 (2), 15-18.

Sofulu, F., 2015. Tip 2 Diyabette Aile Desteği ve Çatışma Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir.

Sönmez, B., ve Kasım, İ., 2013. Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 17 (3), 119-124.

Stachowicz, K., ve Sowa- Kućma, M., 2022. The treatment of depression-searching for new ideas. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1-10.

Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B.B., ve Magliano, D. J., 2022. IDF diabetes atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*, 183, 109-119.

Süngur, M. Z., 1997. Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 5-11.

Tamam, L., ve Zeren, T., 2002. Depresyonda serotonerjik düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5 (4), 11-18.

Tamam, L., Namlı, Z., ve Karaytuğ, M.O., 2012. Depresyon kliniği. *Türkiye Klinikleri*, 5 (2), 34-38.

Türkçapar, H., 2004. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *KlinikPsikiyatri*, 4, 12-16.

Türkçapar, H., 2021. Depresyon Klinik Uygulamada Bilişsel- Davranışçı Terapi. Epsilon Yayınevi, s: 569, İstanbul.

Türkçapar, M.H., ve Sargın, A.E., 2012. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1(1), 7-14.

Uğur, M., 2008. Duygudurum bozuklukları. s:59-84.

Uluslararası Diyabet Federasyonu. IDF Diyabet Atlası Kitabı. 10. baskı. Uluslararası Diyabet Federasyonu; Brüksel, Belçika: 2021

Ulusoy, Y., ve Duy, B., 2013. Öğrenilmiş iyimserlik psiko-eğitim uygulamasının öğrenilmiş çaresizlik ve akılcı olmayan inançlar üzerindeki etkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 13 (3), 1431-1446.

Uzday, T., 2004. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4 (3), 1-11.

Ünal, B., ve Ergör, G., 2013. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara Sağlık Bakanlığı.

Van Der Feltz-Cornelis, C., Allen, S.F., Holt, R.I.G., Roberts, R., Nouwen, A., ve Sartorius, N., 2021. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. Brain and Behavior, 11 (2), 1-25.

Varghese, F.P., ve Brown, E.S., 2001. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in major depressive disorder: A brief primer for primary care physicians. The Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, 3 (4), 151-155.

Wang, W., ve Lo, A.C.Y., 2018. Diabetic retinopathy: Pathophysiology and treatments. International Journal of Molecular Sciences, 19 (6), 1816.

WHO., 2023. Depression. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. (Erişim Tarihi:04.05.2024).

Yıldız Aslan, G., 2018. Diyabetli bireylerde aile desteği ile yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.

Yılmaz, S., 2016. Anksiyete bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Editör: Gürhan, N., Ankara Nobel Tıp Kitapevi, Ankara. s:349-400.

Yüksel, M., ve Bektaş, H., 2020. Diyabete bağlı kronik komplikasyonların yönetiminde güncel yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 12 (1), 133-157.

Zeren, F.G., ve Canbolat, O., 2023. The relationship between family support and the level of self care in type 2 diabetes patients. Primary Care Diabetes, 17 (4), 341-347.

Zeren, F.G., 2021. Diyabetes mellituslu bireylerin aile desteği ile öz bakım düzeyleri arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Zhou, H., Zhang, X., ve Lu, J., 2014. Progress on diabetic cerebrovascular diseases. Bosnian journal of basic medical sciences, 14 (4), 185.

8- EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma Sivas Devlet Hastanesi dahiliye klinik veya polikliniklerden takip edilen bireylerde Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Anksiyete ve Depresyona Etkisini belirlemek amacıyla bilimsel araştırma olarak planlanmıştır.

Hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Gönüllüye herhangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir. Bu araştırmada yer almak için öngörülen süre 20 dakikadır. Bu çalışma da adınız soyadınıza ait bilgiler kullanılmayacaktır. Anket kapsamında sizlerden derlenen veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklanmayacak, vermiş olduğunuz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Tip 2 diyabet hastalarında aile desteğinin anksiyete ve depresyona etkisini belirlemek amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler tamamen bilimsel amaçlı, istatistiksel ortamda toplu olarak değerlendirilecek ve isimleriniz hiçbir yerde geçmeyecektir. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyoruz. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz...

1. Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek

2. Yaşınız (Lütfen yazınız):.....

3. Medeni Durum: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış 4. () Dul

4. Mesleğiniz: 1. () Ev hanımı 2. () Emekli 3. () Memur 4. () Serbest meslek 5. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

5. Eğitim Durumunuz: 1. () Okur-yazar 2. () İlkokul 3. () Orta okul 4. () Lise 5. () Üniversite ve üzeri

6. Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

7. Toplam aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz:

1. () Gelir giderden az 2. () Gelir gidere eşit 3. () Gelir giderden fazla

8. Yaşadığınız yer: 1. () Kırsal 2. () Kent

9. Kiminle yaşıyorsunuz? 1. () Anne ve/veya Babam 2. () Eşimle

3. () Çocuklarımla 4. () Eşim ve çocuklarımla 5. () Eşim, çocuklarım ve diğer akrabalarımla 6. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

10. Ruhsal bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

11. Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

12. Ailenizde sizin dışınızda diyabet hastası var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

13. 12. sorunun cevabı evet ise yakınlık derecesi nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Birinci derecede yakınım (anne, baba, kardeş)
2. () İkinci derece yakınım (teyze, hala, dayı, amca vb....)

14. Diyabet hastalık süresi (Lütfen yazınız):

15. Diyabetinizin tedavi şekli (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap)
2. () İnsülin
3. () Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin
4. () Fizik egzersiz ve Diyet
5. () Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik (şeker düşürücü hap)
6. () Sadece diyet
7. () Oral anti diyabetik (şeker düşürücü hap) + İnsülin

16. Diyabet dışında başka bir kronik hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

17. 16. soruya yanıtınız evet ise adını lütfen yazınız?.....

18. Diyabet bakımınız için size en çok destek veren kimdir: 1. () Eşim 2. () Annem

3. () Babam 4. () Çocuklarım 5. () Kardeşim 6. () Hiç kimse 7. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

19. Diyabet hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır

20. 19. soruya yanıtınız evet ise kimden aldınız? 1. () Medyadan 2. () Arkadaşımdan 3. () Doktordan 4. () Diyabet hemşiresinden 5. () Diğer (Lütfen yazınız):.....

21. Hangi sıklıkta diyabet kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?

1. () Ayda 1 kez
2. () 2 Ayda 1 kez
3. () 3 Ayda 1 kez
4. () 6 Ayda 1 kez
5. () Yılda 1 kez

22. Tedavinizin sürekli olduğunu biliyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

23. Kan şekeri takibi yapıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

24. Diyabete bağlı herhangi bir problem gelişti mi? 1. () Evet 2. () Hayır

25. 24.soruda cevabınız evet ise cevaplayınız. ?

1. () Acil Problemler (Şeker düşmesi, Şeker Yükselmesi, Kanda keton cisimcikleri birikmesi)
2. () Uzun Dönemli Problemler (göz hasarı, sinir hasarı, böbrek hasarı, ayakta sorunlar, bacağın ayağın kesilmesi, kalp hastalığı, inme, felç, tansiyon yüksekliği, damarsal sorunlar)

EK 3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuya işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1)Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3)Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5)Aklımdan endiőe verici dűőünceler geçiyor.

- ☐ çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6)Kendimi neőeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ çoğu zaman

7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevőek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8)Kendimi sanki durgulanmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9)Sanki iim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ çok sık

10)Dıő gűrűnűőűme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK 4: Hensarling Diyabet Aile Desteği Ölçeği

Soru	Asla	Hemen hemen hiç	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1-Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte doktor randevularıma gelir.					
2-Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte diyabet sınıfı / eğitimine katılır.					
3-Aile bireyim diyabet hakkında güncel bilgileri takip eder.					
4-Aile bireyim diyabetimle ilgili problem yaşadığım zamanları bilir.					
5-Aile bireyim diyabetim hakkında konuştuğum zaman beni dinler.					
6-Aile bireyim diyabetimle ilgili hissettiklerime anlayış gösterir.					
7-Aile bireyime diyabetimle ilgili danışmaktan çekinmem.					
8-Bir aile bireyi unuttuğum zaman kan şekerimi kontrol etmemi hatırlatır.					
9-Bir aile bireyi egzersiz çabalarımı destekler.					
10-Bir aile bireyi diyetimi uygulamam konusunda beni teşvik eder.					
11-Bir aile bireyi diyabet ilaçlarımı zamanında yazdırmamı hatırlatır.					
12-Diyabetimle ilgili sorunlar yaşarken bir aile bireyimden yardım isteme konusunda kendimi rahat hissedirim.					
13-Ailemin öğün zamanları düzenlidir.					
14-Bir aile bireyi, senede en az bir kere bir göz doktoruna görünmemi teşvik eder.					
15-Bir aile bireyi ayaklarımı kontrol etmemi					

teşvik eder.					
16-Bir aile bireyi yılda en az bir kere bir dış doktoruna gitmemi teşvik eder.					
17-Diyabetime özen göstermeme yardım etmesi için bir aile bireyinden destek istemekten çekinmem.					
18-Ailem yiyebileceğim gıdaları benim için hazır bulundurur.					
19-Bir aile bireyi, gerektiği gibi yemem konusunda gösterdiğim çabaları destekler.					
20-Bir aile bireyi, yılda en az bir kere doktora gitmemi teşvik eder.					
21-Bir aile bireyi diyabetimle ilgili sıkıntılı hissederken bana yardımcı olur.					
22-Bir aile bireyi diyabetimle ilgili kendimi üzgün/hüzünlü hissettiğim zamanları bilir.					
23-Bir aile bireyi rahatsız günleri atlatmamda bana nasıl yardımcı olacağını bilir.					
24-Bir aile bireyi, gerekli olursa, diyabet ilaçları / gereçlerinin parasını ödememe yardımcı olur.					

Ek 5: Etik Kurul Kararı

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı	: 83116987 - 186	16.03.2023
Konu	: Etik Kurul Kararı	
Toplantı Tarihi	: 16.03.2023	
Toplantı No	: 2023/05	
Proje No	: 23-KAEK-065	

Sayın, Doç.Dr. Medine KOÇ

Etik Kurulumuzun 16.03.2023 tarihli toplantısında görüşülen 23-KAEK-065 kayıt numaralı **"Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Anksiyete ve Depresyona Etkisi"** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

EK 6: Kurum İzni

	T.C. SİVAS VALİLİĞİ SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Sivas Devlet Hastanesi	SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ SİVAS DEVLET HASTANESİ E-93848782-774.01.99-212469098 212469098 
Sayı : E-93848782-774.01.99-212469098	05.04.2023	
Konu : TEZ ÇALIŞMASI		
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE		
İlgi : 27.03.2023 tarihli ve E-76728045-806.01.03-212161306 sayılı yazınız.		
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra BIYIK 'ın "Diyabet Hastalarında Aile Desteginin Anksiyete ve Depresyona etkisi" konulu tez çalışmasını 15.04.2023-15.10.2023 tarihleri arasında kurumumuzda yapması uygun bulunmuş olup Araştırma Ön İzin Belgesinin onaylı hali ekte sunulmuştur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.		
Uzm. Dr. Hüseyin GÖKGÖZ Başhekim		
Ek: Araştırma Ön İzin Belgesi.pdf (SDH EĞİTİM BİRİMİ)		

EK:7 Ölçek İzni

Hensarling Aile Desteği Ölçeği Kullanım İzni

Gelen kutusu



ben 26 Oca 2023

Merhabalar ismim Büşra Bıyık Tokat Gaziosmanpaşa Ü...



Zehra Durna 27 Oca 2023

alıcı: ben v



Sayın Büşra Bıyık
Hensarling Aile Desteği ölçeğini tez çalışmanızda
kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim..
Prof.Dr.Zehra Durna.

iPhone'umdan gönderildi

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanım izni

Gelen kutusu



ben 26 Oca 2023

Merhabalar ismim Büşra Büyük Tokat Gaziosmanpaşa Ü...



Ömer Aydemir 27 Oca 2023

alıcı: ben v



Sayın Büşra Büyük,
Araştırmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon
Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi