

**TİP-2 DİYABET HASTALARININ DUYGU DÜZENLEME  
GÜÇLÜKLERİ İLE YEME TUTUMLARININ ANKSİYETE VE  
DEPRESYON SEVİYELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**MİNE ERİNÇ**

**Işık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü 2017  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2020**

**Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA)  
derecesi ile sunulmuştur.**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ  
2020**

# **THE EFFECT OF EATING ATTITUDES ON ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS WITH EMOTION EDITING DIFFICULTIES FOR TYPE-2 DIABETES PATIENTS**

## **ABSTRACT**

**Purpose:** In this study, it was aimed to evaluate the relationship between eating attitudes and emotion regulation difficulties of type-2 diabetes patients and their anxiety and depression levels.

**Methods:** 234 people over the age of 18 who do not have any chronic illnesses from Istanbul. In addition, located in the province of Istanbul, total of 508 participants were surveyed, including 274 patients with type – 2 diabetes who applied to Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Research and Training Hospital.

**Results:** According to the study's findings, anxiety, depression levels, restrictive eating attitudes are significantly higher than the type-2 non-diabetes group of type-2 diabetes patients. The external eating attitude score of individuals without type-2 diabetes is higher than in the group with type-2 diabetes. When you look at the relationship between variables; The relationship between emotion editing difficulties and anxiety and depression levels in type-2 diabetes patients is positive, the relationship between depression level and restrictive eating attitude is negative, and the relationship between anxiety level and emotional eating attitude is positive. According to regression analysis, type-2 diabetes has a positive effect on anxiety and depression levels. The anxiety level of type-2 diabetes patients is the difficulty of disease and emotion regulation on type-2 diabetes; on the level of depression, type-2 diabetes, difficulty editing emotions and eating attitude have been found to have an effect. When the sub-dimensions are taken, the restrictive eating attitude of type-2 diabetes patients, emotional eating attitude, openness, objectives and strategy

sub-dimensions are on the level of depression; restrictive eating attitude, openness, objectives and strategy sub-dimensions have an effect on anxiety levels.

**Conclusion:** There is a difference between type-2 diabetes patients and person who is without type-2 diabetes, anxiety and depression levels, restrictive eating attitudes and

external eating attitudes. Type-2 diabetes patients have a positive effect on anxiety and depression levels of type-2 diabetes.

**Key words:** Type – 2 diabetes, emotion regulation difficulties, eating attitude, anxiety, depression

# **TİP-2 DİYABET HASTALARININ DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ İLE YEME TUTUMLARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON SEVİYELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

## **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada tip-2 diyabet hastalarının yeme tutumları ve duygu düzenleme güçlükleri ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkiyi ölçmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 18 yaşın üzerinde olan ve İstanbul'da yaşayan herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan 234 kişiye ve İstanbul ilinde bulunan İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran tip-2 diyabet tanılı 274 hasta olmak üzere toplamda 508 katılımcıya anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmanın bulgularına göre tip-2 diyabet hastalarının tip-2 diyabet olmayan grubuna göre anksiyete, depresyon seviyeleri, kısıtlayıcı yeme tutumu puanları anlamlı derecede daha yüksektir. Tip-2 diyabet olmayan bireylerin dışsal yeme tutumu puanı ise tip-2 diyabet olan gruba göre daha yüksektir. Değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında; tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişki pozitif yönde, depresyon seviyesi ile kısıtlayıcı yeme tutumu arasındaki ilişki negatif yönde, anksiyete seviyesi ile duygusal yeme tutumu arasındaki ilişki pozitif yöndedir. Regresyon analizine göre tip-2 diyabet hastalığının anksiyete ve depresyon seviyesi üzerinde pozitif yönde bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyesi üzerinde tip-2 diyabet hastalığı ve duygu düzenleme güçlüğü; depresyon seviyesi üzerinde ise tip-2 diyabet hastalığı, duygu düzenleme güçlüğü ve yeme tutumunun etkisi olduğu saptanmıştır. Alt boyutlar ele alındığında ise tip-2 diyabet hastalarının kısıtlayıcı yeme tutumunun, duygusal yeme tutumunun,

açıklık, amaçlar ve strateji alt boyutlarının depresyon seviyesi üzerinde; kısıtlayıcı yeme tutumunun, açıklık, amaçlar ve strateji alt boyutlarının ise anksiyete seviyesi üzerinde bir etkisinin olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet olmayan bireyler arasında anksiyete ve depresyon seviyeleri, kısıtlayıcı yeme tutumu ve dışsal yeme tutumları arasında bir

farklılık vardır. Tip-2 diyabet hastalarının tip-2 diyabet hastalığının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Tip-2 diyabet, yeme tutumu, duygu düzenleme güçlüğü, anksiyete, depresyon

## TEŞEKKÜR

İlk olarak yüksek lisans eğitimimde tezimin ilk aşamasında tez danışmanlığımı üstlenen, katılımcı bulma konusunda elinden gelen yardımları benden esirgemeyen sevgili hocam Dr. Rukiye Hayran'a, veri toplama sürecimde bana çok yardımcı olan İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları bölüm başkanı Uzm. Dr. Meral Mert'e, tezimin ikinci aşamasında eski tez danışmanımın sağlık sorunları sebebiyle görevine ara vermesinin ardından başlanmış bir tezi kabul eden, bilgisine ve deneyimine çok güvendiğim süpervizörüm ve tez danışmanım Doç. Dr. İtir Tarı Cömert'e,

Hem lisans yıllarımda hem yüksek lisans eğitimimde emeği geçen tüm Işık Üniversitesi hocalarıma,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini sunmalarının yanında tez dönemimde de aynı özveriye gösteren annem Emine Erinç'e, babam Recep Erinç' ve kardeşim Emre Erinç'e,

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen çok sevgili arkadaşlarım Neslihan Peyker'e, Gülgün Yılmaz'a, Emel Numanoğlu'na ve Demirhan Argun'a,

Tez savunma sınavı jüri üyelerim Doç. Dr. İtir Tarı Cömert'e, Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aktan'a, Doç. Dr. Berna Akçınar'a değerli katkılarından dolayı,

Tezimin hem jüri üyesi olan hem analiz sürecimde takıldığım her konuda saat gözetmeksizin yardımcı olan, her konuda sorumu içtenlikle yanıtlayan, yardımlarını asla unutamayacağım çok sevgili hocam Doç. Dr. Berna Akçınar'a,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<b>Abstract.....</b>	<b>ii</b>
<b>Özet.....</b>	<b>iv</b>
<b>Teşekkür.....</b>	<b>vi</b>
<b>İçindekiler.....</b>	<b>vii</b>
<b>Tablolar Listesi.....</b>	<b>x</b>
<b>Kısaltmalar Listesi.....</b>	<b>xii</b>
<b>BÖLÜM 1.....</b>	<b>1</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 2.....</b>	<b>4</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Diyabetes Mellitus (DM).....	4
2.1.1. Diyabetes Mellitus Tanı Kriterleri.....	5
2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	9
2.2.1. Duygunun Tanımı.....	9
2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	10
2.2.3. Duygu Düzenleme Becerileri.....	13
2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	14
2.2.4.1. Tip-2 Diyabet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	16
2.2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Anksiyete ve Depresyon .....	16

2.3. Anksiyete.....	18
2.3.1. Anksiyetenin Kuramsal Yaklaşımları.....	20
2.3.1.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	20
2.3.1.2. Varoluşçu Yaklaşım.....	21
2.3.1.3. Davranışçı Yaklaşım.....	21
2.3.1.4. Bilişsel Yaklaşım.....	21
2.4. Depresyon.....	22
2.4.1. Depresyonun Kuramsal Yaklaşımları.....	23
2.4.1.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	23
2.4.1.2. Davranışçı Yaklaşım.....	24
2.4.1.3. Bilişsel Yaklaşım.....	25
2.4.2. Tip-2 Diyabet ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi.....	27
2.5. Yeme Tutumu.....	29
2.5.1. Duygusal Yeme Tutumu.....	30
2.5.2. Dışsal Yeme Tutumu.....	31
2.5.3. Kısıtlayıcı Yeme Tutumu.....	32
2.5.4. Diyabet ve Yeme Tutumu.....	33
2.5.5. Yeme Tutumu ile Anksiyete ve Depresyon Seviyesi.....	34
<b>BÖLÜM 3.....</b>	<b>36</b>
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>36</b>
3.1. Araştırmanın Modeli.....	36
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	36
3.3. Veri Toplama Araçları.....	40



3.3.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HAD).....	40
3.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Formu (DDGÖ-16).....	41
3.3.3. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ).....	42
3.4. İşlem.....	42
3.5. Verilerin Analizi.....	43
<b>BÖLÜM 4.....</b>	<b>44</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>44</b>
4.1. Çoklu Regresyon Analizi'ne Dair Bulgular.....	50
<b>BÖLÜM 5.....</b>	<b>54</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	59
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	60
<b>Kaynakça.....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>70</b>
<b>EK A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>70</b>
<b>EK B: Sosyo-demografik Form.....</b>	<b>72</b>
<b>EK C: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....</b>	<b>74</b>
<b>EK D: Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Formu (DDGÖ-16).....</b>	<b>75</b>
<b>EK E: Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ).....</b>	<b>76</b>
<b>Özgeçmiş.....</b>	<b>77</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Tüm Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri Açısından Sayısal ve Yüzdelerik Dağımları.....	37
Tablo 3.2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Hastalıklarına Dair Özellikler.....	39
Tablo 4. 1. Tip-2 Diyabet Hastalarının Diyabet Sürelerinin Yeme Tutumuna Etkisine Göre MANOVA Analizi.....	44
Tablo 4. 2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Tedavi Şeklinin Yeme Tutumuna Etkisine Göre MANOVA Analizi.....	46
Tablo 4.3. Tip-2 Diyabet Hastaları ile Tip-2 Diyabet Hastası Olmayan Bireylerin HAD Ölçeği Alt Boyutları, DDGÖ-Kısa Form'un Alt Boyutları ve Hollanda Yeme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarına Göre T- testi İncelemesi.....	47
Tablo 4.4. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları ile Anksiyete ve Depresyon Seviyeleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi.....	49
Tablo 4.5. Tip-2 Diyabet Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Seviyeleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi.....	49
Tablo 4.2.1. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Yeme Tutumu Toplam Puanlarının Anksiyete Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi.....	50
Tablo 4.2.2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Yeme Tutumu Toplam Puanlarının Anksiyete Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi.....	51

Tablo 4.2.3. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Yeme Tutumu Alt Boyutlarının Depresyon Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi.....	52
Tablo 4.2.4. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Yeme Tutumu Alt Boyutlarının Anksiyete Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi.....	53

## KISALTMALAR LİSTESİ

B: Beta Katsayısı

DM: Diyabetes Mellitus

df: Serbestlik Derecesi

Egz: Egzersiz

F: ANOVA Test İstatistiği

İns: İnsülin

N: Katılımcı Sayısı

O: Ortalama

Oral Ant. : Oral Antidiyabetik

p: Anlamlılık Düzeyi

SS: Standart Sapma

t: T Test İstatistiği

## **BÖLÜM 1**

### **1. GİRİŞ**

Diabetes Mellitus (DM), vücudun yeterli insülin salgılayamaması sonucu oluşan, kontrol edilemediğinde çoklu organ hasarından ruhsal ve duygusal birçok soruna kadar birçok soruna yol açan endokrin sistemine ait kronik bir hastalıktır (İliçin ve ark., 2003; Barry ve Dirk, 2003; Altunoğlu ve ark., 2012). Toplumda şeker hastalığı olarak da bilinen diyabet son yıllarda giderek artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2019 yılındaki araştırmalara bakıldığında tüm dünyada 463 milyon diyabet hastası mevcuttur. IDF, 2040 yılında ise diyabet hastası sayısının 642 milyona yükseleceği ve her 10 yetişkinden birinin diyabet hastası olacağını öngörmektedir (IDF, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılında Türkiye'de 3 milyon diyabet hastasının olduğunu ve bu sayının 2030 yılında 6,5 milyona ulaşacağını belirtmiştir. Ancak 2014 yılında diyabetli hasta sayısı 7 milyona ulaşarak bu sayı beklenen süreden daha erken aşılmıştır.

Diyabetes Mellitus (DM), Tip-1 diyabet ve Tip-2 diyabet olmak üzere iki ayrı hastalık tipine ayrılmaktadır. Tip-1 DM vücuttaki insülin eksikliği ile açıklanırken Tip-2 Diyabetes Mellitus hastalığı insülin direnci ile açıklanmaktadır. Tip-2 DM hastalarının insülin seviyeleri genellikle normaldir fakat bazı durumlarda insülin seviyelerinde artışlar görülebilir. Bu sebeple Tip-2 DM hastalarının tedavi rehberinde ilaç, egzersiz ve diyet yer almaktadır. Bazı durumlarda Tip-2 DM hastalarının ilaç kullanmasına gerek yoktur fakat hastalardan beklenen düzenli egzersiz yapmaları ve beslenmelerine dikkat etmeleridir (Çobanoğlu ve ark., 2008).

Beslenme ve egzersizin yanı sıra diyabete eşlik eden psikiyatrik belirtiler de prognozu etkilemektedir (Özdemir ve ark., 2011). Kan şekeri değeri beyin yapısını

ve ruhsal yapıyı doğrudan etkilemektedir. Bununla birlikte ruhsal belirtiler de kan şekeri seviyesini etkileyebilmektedir (Akker ve ark., 2004; Altunoğlu ve ark., 2012).

Diyabet tedavisinde amaç kan şekerini sabit ve normal düzeylerde tutmaktır. Kan şekerinin hızla yükselmesinin nedenlerine bakıldığında öğünleri düzenli yememek, tüketilmesi gereken miktardan daha fazla yemek tüketmek, ilaç veya insülini düzenli veya dozunda kullanmamak, egzersiz eksikliği ve stres olduğu görülmektedir. Kan şekerinin hızla düşmesinin altında yatan sebepler ise öğünleri düzenli almamak, öğün geciktirmek, vücudu uzun süre aç bırakmak, tüketilmesi gereken miktardan daha az besin tüketmek, ilacı veya insülini saatinde almamak, aç karna egzersiz yapmak olarak belirtilmektedir (Tümer ve Çolak, 2012).

Kan şekerinin ruhsal yapıyı etkilemesinin yanı sıra kronik hastalıklarda meydana gelen tedaviler, ilaçlar, beden algısı, aile ve sosyal ilişkilerdeki değişiklikler bireyin uyum kapasitesini etkilemektedir. Bireyin hayatındaki değişiklikler önemli birer stres kaynağı olabilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013). Buradan hareketle kronik hastalığı olan bireylerin duygularında dalgalanmalar olabilmektedir. Yaşam kalitesinde değişim meydana gelen ve duygularını düzenlemede güçlük çeken hastaların psikiyatrik belirti gösterme oranı da artmaktadır.

Araştırmalara göre kronik hastalık tanısı almış bireyler, kronik hastalık tanısı almayan bireylere göre daha fazla psikiyatrik belirti ve hastalık göstermektedir. Tip-2 DM tanısı almış hastalarda en çok rastlanan belirtiler ise depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve alkol-madde bağımlılığıdır (Barry ve Dirk, 2003; Özdemir ve ark., 2011).

Diyabetle birlikte gelişen komplikasyonların artmasıyla hastalar yaşamlarını engellenmiş hissedebilmekte ve yetersizlik, mutsuzluk gibi pek çok olumsuz duyguyla karşılaşabilmektedir (Altunoğlu ve ark., 2012). Bu durum da hastalarda depresif belirtilere yol açabilmektedir. Öte yandan hastaların hayatlarındaki pek çok değişikliğin yarattığı zihin meşguliyetleri, hastaların anksiyete seviyelerini de etkilemektedir. Diyabet hastalarının hayatlarındaki en büyük değişikliğin beslenme düzenlerinde olması sebebiyle sahip oldukları yeme tutumlarının da hastalık seyri açısından önemi büyüktür.

Bu çalışmada tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri, anksiyete ve depresyon seviyeleri, yeme tutumları ve birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Duygu düzenleme güçlüklerinin, anksiyete ve depresyon seviyelerinin, yeme tutumlarının tip-2 diyabet hastaları ve tip-2 diyabet hastası olmayanlara göre farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Literatür göz önünde bulundurulduğunda; tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüklerinin anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, anksiyete ve depresyon seviyeleri ile yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi, ek olarak tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesi tip-2 diyabet hastalarının hayatlarındaki problemleri anlayıp hastalara bu doğrultuda bilgilendirmeler yapılmasına yardımcı olacak ve literatüre katkı sağlayacaktır.

#### **Araştırmanın hipotezleri:**

1. 11 yıl ve daha fazla zamandır tip-2 diyabet hastası olan bireylerin yeme tutumları diğer hastalara göre daha olumsuz olacaktır.
2. İnsülin tedavisi gören tip-2 diyabet hastalarının yeme tutumları diğer hastalara göre daha olumsuz olacaktır.
3. Tip-2 diyabet hastalarının bozulmuş yeme tutumları, duygu düzenleme güçlükleri, anksiyete ve depresyon seviyeleri tip-2 diyabet hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.
4. Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. Tip-2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon seviyeleri ile yeme tutumları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
6. Duygu düzenleme güçlükleri ve yeme tutumu bozukluğu, Tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyelerini olumlu bir şekilde yordar.
7. Duygu düzenleme güçlükleri ve yeme tutumu bozukluğu, Tip-2 diyabet hastalarının depresyon seviyelerini olumlu bir şekilde yordar.

## BÖLÜM 2

### 2. GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Diyabetes Mellitus (DM)

Dünyada kronik hastalıklar çeşitlilik göstererek hızla artmaktadır (Demirtaş, 2009; Baykal ve Kapucu, 2015). Kronik hastalıklar arasında hızla yaygınlaşan Diyabetes Mellitus (DM) hastalara ve çevrelerine maddi ve manevi güçlükler getiren, organ hasar veya kayıplarından ölüme kadar yol açabilecek çeşitli riskler taşıyan bir hastalık grubudur. Diyabetes Mellitus, vücuttaki insülin eksikliği veya insülin etkisindeki bozukluk sebebiyle oluşan sürekli olarak tıbbi bakım ve yaşam tarzında özen gerektiren bir metabolizma rahatsızlığıdır (Satman ve ark., 2014; Kara ve Kara, 2019).

IDF Diyabet Atlası (2019)'nın verilerine göre 20-79 yaş arası her 11 yetişkinden 1'inin diyabetli olduğu bilinmektedir ve dünyada toplam 463 milyon diyabet hastası bulunmaktadır. IDF'nin 2019 yılı verilerine göre Avrupa'nın nüfusunun %6,3'ü, Kuzey Amerika'nın %11,1'i, Güney Amerika'nın %8,5'i, Asya'nın %11,3'ü, Kuzey Afrika'nın %12,2'si diyabet hastasıdır. 2045 yılı için bu verilerin; Avrupa için %7,8, Kuzey Amerika için %13, Güney Amerika için %9,9, Asya için %12,6, Kuzey Afrika için %13,9 olacağı tahmin edilmektedir. 2019 yılında dünyada 116,4 milyon ile Çin en fazla diyabet hastasına sahip olan ülkedir. Ardından 77 milyon ile Hindistan, 31 milyon ile Amerika gelmektedir. IDF, 2040 yılında bu verilerin Türkiye 12 milyon, Çin için 147,2 milyon, Hindistan için 134,2 milyon, Amerika için 35,1 milyon olacağını ileri sürmektedir (IDF, 2019). Ülkemizde de hızla artmakta olan DM'nin nüfusa oranının %13,7 olduğu bilinmektedir (Çelik, 2002).



Diyabet hastalığı tanı kriterlerine bakıldığında bireylerde; polidipsi yani çok su içme, polüri yani çok sık idrara çıkma, polifaji yani fazla yemek yeme, pruritis yani kaşıntı, kilo kaybı veya kilo alımı gibi belirtilerin yanı sıra bireylerde hastalığa bağlı olarak gelişen nöropati yani belirli organlarda yanma, kaşıntı, uyuşma, karıncalanma, retinopati yani görme ilgili bozukluklar, nefropati ani böbrek yetmezliği görülebilmektedir (Durna, 2002; Erem, 2005).

### **2.1.1. Diyabetes Mellitus Tanı kriterleri:**

1979 yılında National Diyabetes Data Group (NDDG), 1985 yılında WHO, 1998'de European Diyabetes Policy Group (EDPG) ve American Diyabetes Association (ADA) tarafından belirlenen tanı kriterleri şu şekildedir:

- Diyabet semptomlarının varlığı: polidipsi, polüri, polifaji, kilo kaybı, kilo alımı vb.
- Açlık (en az 8 saat besin alımının olmadığı durumlar) plazma glukoz seviyesinin 126 mg/dl veya daha yüksek olma durumu
- Diyabete bağlı semptomların yanı sıra günün herhangi bir saatinde ölçümü yapılan plazma glukoz seviyesinin en az 200 m/dl olması
- HbA1c seviyesinin %6,5 veya daha yüksek olma durumu
- Oral Glukoz Tolerans Testinin 2.st plazma glukozunun 200 mg/dl veya daha yüksek olmasıdır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).
- Diyabetes Mellitus'un etiyolojik olarak sınıflandırılması ise şu şekildedir:
- Tip-1 Diyabetes Mellitus: Vücutta insülin yıkımına sebep olan Beta hücrelerin yıkımı
- Tip-2 Diyabetes Mellitus: İnsülin direnci veya insülin yetmezliği
- Gestasyonel Diyabetes Mellitus: Gebelik süresince tanımlanan karbonhidrat intoleransı
- Diğer Spesifik Tipler (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

Tip – 1 diyabet ve Tip – 2 diyabet ayırıcı tanı kriterleri ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- Tip-1 diyabet başlangıç yaşı 30 yaş ve altıdır, tip-2 başlangıç ve yaşı 30 yaş ve üzeridir.

- Tip-1 diyabetin başlama şekil genellikle akut ve semptomatiktir, tip-2 diyabetin başlama şekli se genellikle yavaş ve asemptomatiktir.
- Tip-1 diyabet hastalığında ketozis var, tip-2 diyabet hasatlığında ise yoktur.
- Tip-1 diyabet hastalarının hastalık başlangıç kilosuz zayıf, tip-2 diyabet hastaları ise obez veya fazla kiloludur.
- Tip-1 diyabet hastalarının ailelerinde genellikle diyabet öyküsü yoktur, tip-2 diyabet hastalarının ise vardır.
- Tip-1 diyabet hastalarında otoantikör pozitif, tip-2 diyabetlilerde ise negatiftir.
- Tip-1 diyabette otoimmün hastalık birlikteliği mevcuttur, tip-2 diyabette ise bulunmamaktadır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

### 2.1.2. Tip – 2 Diyabetes Mellitus (DM)

Tip-2 diyabetes mellitus dünyada sıklıkla rastlanan hastalıkların başında olmasının yanı sıra tip-2 diyabet hastalarının diyabetiklerin %90'ını oluşturduğu bilinmektedir (Sermez, 2004; Erem, 2005). Tip-2 diyabet hastalarının uzun süren (yaklaşık 5 ila 10 yıl arasında) bir prediyabet dönemi bulunmaktadır. Prediyabet dönemi “gizli şeker” olarak da bilinen kan şekerinin normalden yüksek fakat diyabet sınırından da düşük olduğu ara bir dönemdir. Bu dönem asemptomatiktir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

Tip-2 diyabetin risk faktörleri ise oldukça geniştir. Hem genetik hem çevresel olarak çeşitli faktörler, diyabet hastaları için risk teşkil etmektedir. Bu risklerin en başında ailede tip-2 diyabetli bireylerin bulunması gelmektedir. Birinci derece akrabasında tip-2 diyabet hastalığı bulunan kişilerin bulunmayanlara göre %40 daha fazla riskli grup içinde oldukları görülmüştür (Damcı, 2000; Erem, 2005). Yapılan araştırmalarda birtakım etnik gruplarda tip-2 diyabetin daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. Bunlar arasında İngiltere’de bulunan Asya orjinli ve Amerika ‘da bulunan Pima yerlileri sayılabilmektedir (Damcı, 2000; Erem, 2005). Diğer risk faktörleri olarak obezite, fiziksel egzersizin düşük olması, yaş, sağlıksız beslenme sayılabilmektedir. Yaşam tarzı da bireyler için önemli bir risk faktörüdür. Yaşam tarzı batıya dönük toplumlarda yaşayan veya az gelişmiş bir toplumdan çok gelişmiş

bir topluma göç eden bireylerin tip-2 diyabete yakalanma riski 2 kat artmaktadır (Damcı, 2000; Erem, 2005).

Tip-2 diyabet tedavisi seçenekleri arasında insülin kullanımı, oral anti diyabetik ilaç kullanımı ve bunların yanı sıra beslenme ve egzersiz tedavisi de uygulanmaktadır. Diyabet hastalarının büyük çoğunluğunda obezite problemi görülmektedir. Obezite problemi yaşayan tip-2 diyabet hastalarına obezite tedavisi de uygulanmaktadır. Hastaların yaşına, kilosuna, yaşam tarzına ve hastalığın seyrine göre her hasta için farklı tedavi politikaları uygulanmaktadır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

DM tanısı alan hastalardan beklenen ilk tutum, yaşam tarzlarını değiştirerek istikrarlı bir şekilde beslenme, spor ve ilaç düzenleri oluşturmalarıdır. Bu durum diyabet hastalarının sosyal hayata uyumunu zorlaştırmakta, hastalara yeni sorumluluklar eklemektedir. Yapılan araştırmalara göre diyabet tanısı alan hastaların yaşam kaliteleri oldukça düşmektedir (Anderson ve ark., 2001; Kara ve Kara, 2019). Özellikle sonradan tanı alan Tip-2 diyabet grubu hastaları yaşamlarını yeni bir düzene oturtmaya çalışırken hem zihinsel hem fiziksel olarak güçlük yaşamaktadırlar (Eren ve ark., 2004; Kara ve Kara, 2019).

WHO'nun 1948 yılında yayınladığı genel sağlık kavramında kişinin fiziksel ve zihinsel olarak herhangi bir rahatsızlığının olmamasının yanı sıra, kişinin ruh, beden, psikolojik iyi oluş halinin sürekliliğinin de önemine değinilmiştir. Bu noktada kişinin psikolojik iyi oluşunun en çok ilişkili olduğu konu yaşam kalitesidir (Fries ve Singh, 1996; Yüksel, 2007).

Yüksel (2007)'in tip-1 diyabet ve tip-2 diyabet hastalarının uyku ile yaşam kalite düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerini ele aldığı araştırmanın sonuçları ele aldığında diyabet hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri, yaşam kaliteleri ve uyku kaliteleri ile aralarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hastaların %20,9'unda orta şiddette depresyon, %16,3'ünde şiddetli depresyon saptanmıştır. Tip-2 ile tip-1 diyabet hastaları arasındaki fark ise anlamlı düzeyde tip-2 diyabet hastalarının depresyon seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastaların %14,5'inde şiddetli anksiyete, %8,1'inde orta şiddette anksiyete saptanmıştır. Depresyondan farklı olarak anksiyetede tip-1 ve tip-2 diyabet hastalarında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile depresyon

ve anksiyete düzeylerine bakıldığında ise her iki grupta da depresyon ve anksiyete seviyeleri kadınlarda erkeklere oranla daha fazla saptanmıştır. Hastaların yaşları ve depresyon ve anksiyete düzeyleri ile arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre hastalar yaş aldıkça depresyon ve anksiyete seviyeleri artmaktadır. Hastaların sosyal güvence ve gelir düzeyleri depresyon ve anksiyete seviyeleri ile ilişkisiz bulunmuştur. Tip-2 diyabet grubunun tip-1 diyabet grubuna göre daha fazla uyku bozukluğuna sahip olduğu, uyku kalitelerinin düşük olduğu ve daha fazla uyku ilacı aldığını saptanmıştır. Yaşam kalitesine bakıldığında tip-1 diyabet grubunun tip-2 diyabet grubuna göre yaşam kalitesi anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Bunlara ek olarak tip-2 diyabet grubunun fiziksel fonksiyonlarının tip-1 diyabet grubundan daha düşük seviyede olduğu, tip-2 diyabet grubunun tip-1 diyabet grubuna göre daha fazla yorgunluk, bulantı, kabızlık problemi ve uyku güçlüğü yaşadığı saptanmıştır.

Baykal ve Kapucu (2015), tip-2 diyabet hastalarının hastalıklarına uyum sürecini ele almak amacıyla 157 tane tip-2 diyabet hastası ile bir araştırma yürütmüştür. Hastaların %42,7'sini 56-64 yaş arası bireyler ve %63,7'sini kadınlar, %94,9'unu evli bireyler, %59,9'unu ise ilkokul mezunu kişiler oluşturmuştur. Hastaların %72'si tip-2 diyabet tanısını 41-60 yaşları arasında almıştır ve %75,8'inin 1. derecede yakınında diyabet hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %41,4'ü iki yılda bir kez, %38,9'u üç ayda bir kez, %12,7'si yılda bir kez doktora gittiklerini belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak hastalar kendilerinin tedaviye uyum süreçlerini değerlendirdiklerinde ortaya şu sonuçlar çıkmıştır; hastaların %66,2'si tedaviye yüksek derecede uyum sağlamakta, %29,3'ü orta derecede uyum sağlamakta, %4,5'lik bir kısım ise tedaviye hiç uyum sağlayamamaktadır. Hastaların tedavi şekillerine bakıldığında ise %56,7'sinin oral antidiyabetik tedavisini kullandığı, %43,3'ünün insülin tedavisini uyguladığı saptanmıştır. Hastaların diyet oranlarına bakıldığında ise %78,3'ü diyet uyguladığını ve bunların da %35,7'si diyetle tamamıyla uyduğunu, %45,2'si kısmen uyduğunu ve %19,1'i ise diyetle hiç uymadığını belirtmiştir. Araştırmanın genel sonuçları ele alındığında tip-2 diyabet hastalarının tedaviye uyumu %66,2 düzeyindedir. Hastalığa uyum şartı olarak hastalarda düzenli egzersiz, düzenli diyet ve doktor kontrolü, düzenli ilaç kullanımı gibi faktörler aranmaktadır. Ancak tedaviye uyum sağladığını belirten hasta oranı %66,2 iken düzenli diyet oranı %35,7'dir. Bu doğrultuda ele alındığında

hastaların, hastalıklarını ve yaşam biçimlerini değerlendirmeleri arasında oldukça büyük bir fark mevcuttur. Bu doğrultuda bakıldığında hastaların hastalıkları konusunda bilgi sahibi olmadıkları ve bilinçli yaşama konusunda güçlükler yaşadıkları söylenebilmektedir (Baykal ve Kapucu, 2015).

## **2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü**

### **2.2.1. Duygunun Tanımı**

Duyguya dair literatürde pek çok farklı tanımlar mevcuttur. Tarhan (2006)'a göre duygu kavramı, İngilizce “emotion” kelimesine denk düşmektedir ve bu kelime Latince dışarıya anlamına gelen “e” ile harekette bulunmak anlamına gelen “movere” kelimelerinin birleşimi olana “emovere” kelimesinden türemiştir (Young, 1994; Vatan ve Erbaş, 2019). Duygu için ifade edilen diğer bir kelime ise “affect”tir. Latince “affactare” kelimesinden türeyin affect, engelleri aşmakta, çaba sarf etmek anlamına gelmektedir (Köknel, 2009; Aktay, 2014).

Duygu kavramının tarihçesine bakıldığında Aristoteles'in duyguyu neşeli ve neşesiz zamanlardaki algılarımıza göre şekillenen durumlar olarak tanımladığı, Young'un bireyin iç dünyasını tanımladıktan sonra ortaya çıkan fiziksel, zihinsel ve davranışsal tepkiler olarak tanımladığı, Lazarus'un ise bireyin dışsal uyarıcıları algılayarak kendi içsel yaşantılarına göre değerlendirmesi olarak tanımladığı görülmektedir (Koçak, 2002; Aktay, 2014).

Duygu, kelime anlamından da anlaşılacağı üzere bir yerden başka bir yere hareket eden, yol alan anlamına gelmektedir. Goleman (1996)'a göre duygu, bir histir ve bu hisse bağlı oluşan düşünceler, fiziksel durumlar ve birtakım hareketlerdir (Ataman, 2011). Bireyin bilişsel süreçlerinin dışsal süreçlerini etkilemesi olarak tanımlanabilen duygu kavramı, psikofizyolojik bir yapıdır (Myers, 2004; Vatan ve Erbaş, 2019).

Duygular, bireyin ihtiyaçlarından, amaçlarından, ilgi ve istek duyduğu durumların değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Frijda, 1986; Greenberg, Rice ve Elliott, 1993; Ataman, 2011). Duygular insan yaşamını yönlendiren en önemli süreçlerden biridir. Duygular kişinin hayatına anlam katmasının yanı sıra hem bireyin içsel süreçlerini düzenlemekte hem de kişilerarası

ilişkilerinde etkin rol oynamaktadır (Denollet ve ark., 2008; Vatan ve Erbaş, 2019). Duygular, düşünce ve davranışla birlikte ele alınmakta ve duygu, düşünce davranış döngüsüyle birbirlerini etkilemektedir. Günlük yaşamda bireyler daimî olarak duygusal tepkiler vermekte nitekim içinde bulunduğu çevre ve ilişkiler sistemi kişiyi buna mecbur bırakmaktadır. Duygular; zihinsel, fiziksel ve davranışsal olarak ifade edilebilmektedir (Denollet ve ark., 2008; Vatan ve Erbaş, 2019).

Duygular; temel duygular ve yüksek duygular olarak ikiye ayrılmaktadır. Temel duygular tüm canlılarda olan duyguları kapsarken yüksek duygular yalnızca insanlarda bulunan duyguları kapsamaktadır. Temel duygulara örnek saldırganlık ve cinsellikten yüksek duygular sevgi, öfke, üzüntü gibi karmaşık duygulardır. Yüksek duygular birbirinden bağımsız değildir genellikle iç içe geçmiştir. Açlık, susuzluk, cinsellik, saldırganlık gibi dürtü sayılabilecek duygular ise eğitilmesi gereken ilkel duygulardır. Bu durumda kişinin iradesi devreye girmekte ve bu tarz ilkel duyguları kontrol altına almayı öğrenmelidir (Tarhan, 2006; Aktay, 2014).

Duyguların hayatımızda olmasının önemli nedenleri vardır. Duyguların işlevleri arasında hayatta kalmayı sağlamak, kişilerarası ilişki süreçlerini düzenlemek, karar verme sürecine katkı sağlamak, yeni durumlara uyum sürecini arttırmak vardır (Vatan ve Erbaş, 2019).

### **2.2.2. Duygu Düzenleme Stratejileri**

Duygular, bireyin işlevselliğini ve psikolojik iyi olma halini de etkilediği için belli noktalarda bireyin duygu düzenleme becerileri önem kazanmaktadır (Koole, 2009; Vatan ve Erbaş, 2019). Duygular gün içerisinde ve uzun vadede insanın yaşamını olumlu ve olumsuz pek çok açıdan etkilemektedir. Duygu düzenleme kavramında birey, olumlu veya olumsuz tüm duygularını arttırarak veya azaltarak duygularına yön verebilmektedir. Çabasız, kontrolsüz ve kendiliğinden olan duyguları birey belli bir beceriyle kontrollü bir duruma getirebilir (Gross ve Thompson, 2007; Vatan ve Erbaş, 2019). Duygu düzenleme yeni bir duygusal tepkidir ve bu tepki duyguların gözlemlenmesi, değerlendirilmesi ve değiştirilmesini kapsamaktadır (Thompson, 1994; Ataman, 2011).

Duygu düzenleme kavramının içinde kendi sahip olduğun duygularını düzenleme, oluşmasına başka insanların neden olduğu duyguları düzenleme, duygunun kendisini düzenleme, duygunun altında yatan nedenleri düzenleme gibi pek çok süreç bulunmaktadır (Thompson ve Calkins, 1996; Ataman, 2011). Basitçe duygu düzenleme yapabilmek için öncelikle bir durum tespit etmek, sonrasında o duruma dikkat vererek durumun farkına varmak, ardından durumu değerlendirmeye alarak durumun altındaki sebebi bulmaya çalışmak ve ardından duygusal, bedensel veya davranışsal olarak tepki vermek gerekmektedir. Örneğin bir arkadaşını kafeteryada asık suratla gören biri, ilk olarak o kişinin yüzüne, hareketlerine odaklanıp durumun farkına varır ardından bu asık suratının sebebinin kendisi olduğunu düşünerek bir değerlendirme yapar. Ardından gerginlik duyarak duygusal bir tepki, göğsünde baskı hissederek fiziksel bir tepki veya yanına gitmeden oradan uzaklaşarak davranışsal bir tepki vermiş olmaktadır.

Gross (1998)'a göre 5 adet duygu düzenleme metodu vardır. Bu metodlar durumun seçilmesi, durumun değiştirilmesi, dikkatin yayılması, bilişsel yeniden yapılanmanın sağlanması ve tepkinin değişmesidir. Durumun seçilmesi ve durumun değiştirilmesi durum sürecini, dikkatin yayılması dikkat sürecini, zihinsel yeniden yapılandırma metodu değerlendirme sürecini, tepki değişimi ise tepki sürecini kapsamaktadır.

Durum seçimi: Kişi bu süreçte iki veya daha fazla durum arasından seçim yapmaktadır. Burada kişi, kendini belli durumlara daha yakın hissedebilir ve böylelikle seçim yapabilir. Bu seçim kişinin önceki yaşam deneyimlerinden, ilişki süreçlerinden, kişiliğinden ve pek çok başka konudan etkilenebilmektedir (Vatan ve Erbaş, 2019). Bu kısımda kişinin önüne belli engeller çıkabilmektedir. Kahneman (2000)'a göre olayı “deneyimleyen bellek” ile “hatırlayan bellek” arasında farklılıklar vardır. Bu sebeple kişi olayın ileriki tezahüründe verilecek duygusal tepkiyi kestiremeyebilir (Ataman, 2011). Diğer bir engel ise kişinin kendisini duygusal ilişkilerden yalıtmasıdır. Kişi duygusal ilişkilere girme kaygısı yaşamakta ve ilişkiden kaçınmaktadır. Bu sayede kişi kısa vadede kendine yarar sağlasa da esasen uzun vadede zararı olan bir duruma kendini sokmaktadır (Gross ve Thompson, 2006; Ataman, 2011). Örneğin kişinin önemli bir toplantı öncesinde

sevdiği arkadaşlarıyla yemek yemeyi, toplantıda yapacağı sunumu gözden geçirmeye tercih etmesi bir durum seçimidir.

**Durum değişimi (situation modification):** Bu aşamada kişi bir duruma maruz kalmıştır ve bu durumun sonucunda gelişecek bir duygusal tepki bütünü mevcuttur. Bu noktada kişi o duygusal tepkiyi önceden kestirerek o duygusal tepkinin değişimi için durumu değiştirir. Durum seçme kişinin zihinsel olarak durum taraması yapmasıyla ilişkili bir durumken durum değiştirme kişinin fiziksel, çevresel yani dışsal olarak değiştirmesi gereken süreçleri içermektedir (Gross ve Thompson, 2006; Ataman, 2011). Durum değişimine bir toplantı öncesinde yemek yiyen iş insanlarının toplantı konularından söz açıldığında bir diğerinin gerilerek konuyu değiştirmesi ve toplantıyı ertelemesi örnek olarak verilebilir.

**Dikkatte yayılma (attentional deployment):** Kişi bu noktada çevreyi değiştirmeden duygular üzerinde değişiklik yapma yoluna gitmektedir. Her koşulda durumu değiştirmek mümkün olmayabilir sonuçta duygular bebeklikten itibaren yaşanan olağan bir süreçtir ve özellikle bebeklikte, çocuklukta durum değiştirme imkânı yoktur. Kişi bu durumda dikkati başka bir noktaya yönlendirmeyi ve bu sayede duyguyu düzenlemeyi deneyimlemektedir (Rothbart, Ziaie ve O'Boyle, 1992; Ataman, 2011). Dikkatte yayılma aşamasında kişi öncelikle içinde bulunduğu duygudan veya olaydan dikkatini tamamen dağıtma, odaklanacak başka bir olay arama durumundadır. Dikkat dağıtmanın ardından yeni duygu veya olaya konsantrasyon söz konusudur. Kişi bu aşamalardan geçerek dikkatte yayılma aşamasını tamamlamaktadır. Öte yandan bireyin sürekli olarak duygulara odaklı bir şekilde yaşaması depresif durumu arttırabilir veya gelecekteki olası duygusal tepkileri tartması kaygı düzeyini arttırabilmektedir. Dolayısıyla kişinin duygu düzenleme becerisinde kontrollü olması gerekmektedir (Borkovec, Roemer ve Kinyon, 1995; Ataman, 2011). Dikkatte yayılmaya toplu taşımada tartışan insanları dinlemek yerine dışarıya bakarak yarının planını yapmak örnek gösterilebilir.

**Bilişsel değişim (Cognitive Change):** Bu durumda kişi duyguya verdiği önemi değiştirmektedir. Bu aşamada duruma verilen anlam değiştirilerek kişinin sahip olduğu duygusal etkinin değişmesi söz konusudur. Bilişsel değişimde kişi yalnızca olayın değil aynı zamanda ortaya çıkan duygunun da değerlendirmesini yapmaktadır. Bu süreçte kişi ortaya çıkan durumları veya duyguları işlevsel



değerlendirerek olumlu duygulanıma yol açabilirken işlevsiz değerlendirmeler sonucunda olumsuz duygulanıma da yol açabilmektedir (Vatan ve Erbaş, 2019). Olumsuz durumlara verilen anlam değiştiğinde kişinin olumsuz duygusal tepkisinde değişme gözlenirken fiziksel tepkisinde her zaman değişiklik gözlenemeyebilir (Gross, 1998; Steptoe ve Vogele, 1986; Ataman, 2011). Bilişsel değişime örnek olarak kişinin gireceği sınav öncesinde yetersiz nota sahip olduğunu düşünmesi olumsuz duygulanıma yol açarken sınava yeteri kadar hazırlandığını düşünerek olumlu duygulanım yaratması verilebilir.

Tepki düzenleme (response modulation): Fiziksel tepkiler duygusal tepkilerden sonra ortaya çıkmaktadır. Kişi duygusal tepki düzenleme süreçlerinin ardından aldığı aksiyonu da değiştirmeye yönelik çalışmalara yapmaktadır (Gross, 1999; Ataman, 2011). İki şekilde yapılabilir. İlki “dışavurumun bastırılması”dır. Bu süreçte kişi duygularını göstermez ve mümkün olduğunca bastırarak tepkisiz kalmaya veya aksi tepki vermeye çalışmaktadır. Buna örnek olarak kişinin kızgınken sakin tepki vermesi gösterilebilir. Diğeri “deneyimsel kaçınma”dır. Kişi bu süreçte duygularını bastırmakta ve kontrol ederek uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Buna örnek olarak ise kişinin kızgınlığını hiç fark etmemesi gösterilebilir (Vatan ve Erbaş, 2019).

Duygu düzenlemenin süreci bakıldığında basit gibi görünen fakat oldukça karmaşık yapılara sahiptir. Yapılan adımlar, zamanlama, yer, uygunluk duygu düzenleme için önem arz etmektedir ve iyi planlanmalıdır. Duygu düzenlemenin işlevsel olabilmesi için duyguların farkında olmak, duyguları tanıyabilmek ve isimlendirebilmek, duygular ile fiziksel tepkiler arasındaki bağlantıyı kurabilmek, duyguları kabul etmek, olumsuz duygularda kendini destekleyebilmek, tolere edebilmek, duygularla yüzleşebilmek gereklidir (Vatan ve Erbaş, 2019).

### **2.2.3. Duygu Düzenleme Becerileri**

Farkındalık Becerisi: Bireyin hissettiği duygunun adını koyabilmesi ve duygu düzenleme fonksiyonu için harekete geçebilmesinde gerekli olan ilk adımdır (Vatan ve Erbaş, 2019). Örneğin bireyin kalbinde hissettiği sıkışmayı anlamlandırarak kaygı hissettiğinin farkına varması.

Adlandırma Becerisi: Hissedilen duygunun doğru bir şekilde tanımlanması ve adının konulması durumudur (Vatan ve Erbaş, 2019). Örneğin kişinin yaşadığı kalp çarpıntısına heyecan veya kaygı diyebilmesi, doğru tanımlı seçmesi.

Anlama Becerisi: Yaşanan duygunun hangi olaydan tetiklendiğini, vücutta nelere sebep olduğunu veya olabileceğini anlama ve yorumlama becerisidir (Vatan ve Erbaş, 2019). Örneğin kişinin yaşadığı üzüntünün, annesiyle kavga ettiği için meydana geldiğini anlaması.

Değişimleme Becerisi: Yaşanan duygunun şiddetini, süresini, yoğunluğunu değiştirebilme becerisidir. Duygu düzenlemenin en önemli ve işlevsel noktasıdır (Vatan ve Erbaş, 2019).

Kabul Becerisi: Kişinin duygu durumunu değiştiremediği durumlarda geliştirdiği bir evredir. Kişi, mevcut duygusunu kabul etmeye ve bu duyguyu deneyimlemeye izin vermektedir (Vatan ve Erbaş, 2019).

Yüzleşme Becerisi: Kişinin olumsuz duyguları yaşamasına sebep olan olaylarla yüzleşme cesareti gösterebilmesidir. Bu beceri, kişiye duygu düzenleme becerisinde işlevsel stratejiler kazandırmaktadır (Vatan ve Erbaş, 2019).

Öz-Şefkat Becerisi: Kişinin olumsuz duygunun kaynağına inerek olumsuz olaylarla yüzleşme cesareti gösterebilmesi ilk olarak kişiye stres vermektedir. Kişinin bu stresli durumla baş edebilmesi adına kendisine şefkat ve merhamet duygularını yönlendirebilme becerisidir (Vatan ve Erbaş, 2019).

Şükran Duyma Becerisi: Kişiler olumsuz duygular kadar olumlu duygular da hissetmektedirler. Bu olumlu duyguların keyfini çıkarma becerisi ise bu duyguyu çoğaltmayı sağlayacaktır (Vatan ve Erbaş).

Olumlu Duyguların İşlevselliğini Arttırma Becerisi: Kişinin yaşadığı olumlu duygudan gelen yüksek enerjiyi arttırma, olumlu duyguları işlevsel amaçlara hizmet edecek şekilde geliştirme becerisidir (Vatan ve Erbaş, 2019).

#### **2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Duygu düzenleme güçlüğü, duyguların uygun bir biçimde düzenlenemediği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Duygu düzenleme güçlükleri; duyguların fark

edilemediği, anlaşılamadığı, kabul edilmediği, olumsuz duygulara sahipken dürtüsel davranıldığı ve amaçlara yönelik davranılmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004; Altınel, 2018). Duygu düzenleme güçlüğü, problem yaratan durumla baş edememedeki yetersizlik olarak da tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle problem, duygunun kendisi değildir. Kişinin o duyguyla baş edebilme becerilerinin yetersizliğidir. Yapılması gereken istenmeyen duyguların bastırılması değildir aksine her duyguyu deneyimlemek duyguların verdiği his yok olana kadar duyguda kalmaktır (Leahy ve ark., 2011; Altınel, 2018).

Duygu düzenleme güçlüğü, bireylerin yaşam kalitelerini düşürmekte, sosyal ilişkilerini etkilemekte, üretimlerini, işlerini etkilemektedir (Gross ve Munoz, 1995; Altınel, 2018). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişiler duygularının fark etmekte zorlanırlar, duygularını yaşarken aynı zamanda olayı yönetmek için uygun stratejileri bulamayabilirler. Öte yandan duyguların verdiği yoğunlukla dürtü kontrolü yapamazlar, amaçlarına uygun davranışlar seçmekte zorlanırlar. En önemlisi duygularını kabul etmekte oldukça zorlanırlar (Gratz ve Roemer, 2004; Kılıç, 2019).

Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler krizi yönetmede başarısız tutumlar sergileyebilmektedirler. Olumsuz duyguların düzenlenememesi durumunda kişi daha çok olumsuz duygu deneyimlemeye ve depresif belirtiler göstermeye kadar gidebilmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksama, 2010; Gross ve Munoz, 1995; Leahy ve ark., 2011, Kılıç, 2019). Araştırmalara göre duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin sıklıkla uyumsuz ve işlevsel olmayan davranışlar sergilemeleridir. Kişi olumsuz duygusunu fark edemeyebilir bunu bedenindeki farklı bir semptom olarak yorumlayabilir veya yanlış değerlendirme sonucunda olumsuz duygusunu kabul etmeyebilir. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin yalnızca olumsuz duygularda değil heyecan, mutluluk gibi olumlu duygularda da zorlandıkları saptanmıştır. Heyecan ve mutluluklarını kontrol edemeyen kişi de dürtüsel davranabilir, amaca uygun davranışlar göstermeyebilir veya uygun stratejiler üretemeyebilir. Özetle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin işlevsiz davranışları oldukça yaygındır.

#### **2.2.4.1. Tip-2 Diyabet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Tip-2 diyabet hastalarının, hastalıktan sonra değişen yaşam koşulları, rolleri; hastaların uyumunu zorlaştırmaktadır. Tip-2 diyabet hastalarının bu süreçte hayata dair negatif algıları artmaktadır. Rasmussen ve arkadaşlarının (2013) alışmasında tip-2 diyabet hastalarının tip-2 diyabet hastası olmayan gruba göre daha düşük amaç belirttiği saptanmıştır.

Ghiasvand ve arkadaşları, (2015) tip-2 diyabet hastalarına duygu düzenleme stratejileri geliştirmeleri için psikososyal eğitim vermiş ve bunun sonucunda hastaların glisemik kontrollerinin düştüğünü gözlemlemiştir.

Delahanty ve arkadaşlarının (2007) diyabet hastalarının problem alanlarına dair yürüttükleri bir çalışmada insülin ile tedavi edilen hastaların, oral anti diyabetik ilaçlarla tedavi edilen ve diyetle tedavi edilen hastalara göre duygusal sıkıntı puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastalığın şiddetinin daha yüksek olması ve tedavi için daha fazla kişisel bakım yükün olması ile açıklanmıştır. İnsülin tedavisi gören diyabet hastalarının en büyük endişe kaynaklarının “maddi ve manevi gelecek kaygısı” olduğu saptanmıştır. Oral antidiyabetik tedavi veya diyetle tedavi gören hastaların endişe kaynakları ise hastalığı kabul etmeme, belirsiz amaçlar olarak saptanmıştır.

Duyguların önemine yapılan vurgu arttıa araştırmacılar duygu düzenleme beceresinin üzerine eğilmeye başlamışlardır. Tip-2 diyabet hastaların duygu düzenleme becerileri ile ilgili çalışmalar yapan Mocan ve arkadaşları (2018), tip-2 diyabet hastalarının kendini suçlama, ruminasyon, planlama, pozitif yeniden değerlendirme ve toplam duygu düzenleme beceri puanı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme becerilerini ölçen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu sebeple bu çalışmada tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme becerileri üzerine bir araştırma yapmak literatüre katkı sağlayacaktır.

#### **2.2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Anksiyete ve Depresyon**

Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler duygularını kontrol edemediklerinde işlevsiz davranışlar sergileyebilmektedir. Bunun yanı sıra anksiyete ve depresyon gibi duyguların yaşamı etkilediği psikopatolojiler ile duygu

düzenleme becerileri ve yaşanan duygu düzenleme güçlükleri iç içe geçen kavramlardır. Literatürde duygu düzenlemenin anksiyete ve depresyon ile önemli ilişkileri olduğu görülmektedir (Nolen-Hoeksema, Wisco ve Lyubomirsk, 2008; Joormann ve Stanton, 2016; Hekimoğlu, 2019). Bireyin dengeli ve dengesiz duygu düzenleme stratejileri duygu, düşünce ve davranış süreçlerini etkilediği için duygu düzenleme stratejileri psikopatolojilerle oldukça ilişkili bulunmuştur. Araştırmalara göre duygu düzenleme stratejilerinden bastırma ve kaçınma davranışlarını sıklıkla tekrarlayan bireylerin duygu durum bozuklukları ile davranış bozuklukları yaşama riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bireyin yaşadığı duyguyu inkâr ederek bastırması veya duygunun yoğunluğu ve şiddetiyle yüzleşmeden kaçınması depresyon ve kaygı gibi duygu durum bozukluklarına neden olabilmektedir (Gross ve Thompson, 2007; Fox, Hong ve Sinha, 2008; Aldoa, Nolen-Hoeksema ve Schweizer 2010; Hekimoğlu, 2019).

Gross (1998), duygu düzenleme stratejilerindeki hataların çeşitli psikopatolojilere yol açmasını; duyguların bastırılmasını veyahut duygulardan kaçınılmasını kısa vadede bireyi duygudan uzaklaştıran bir durum olsa da uzun vadede bireyin içinde kalamayacağını ve bir dışavurumun gerçekleşeceğini belirterek açıklamıştır. Duyguların bastırılmasının yalnızca psikolojik rahatsızlıklara değil aynı zamanda fiziksel hastalıklara da neden olabileceğini belirtmiştir. Gross ve Levenson (1993)'un çalışmasında duyguların bastırılmasının kardiyovasküler hastalıklara neden olduğu, yine Gross'un 2000 yılında Richards ile yürüttüğü bir çalışmasında hafızanın bozulmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Ciuluvica, Amerio ve Fulcheri (2014)'nin bir çalışmasında ise duygu düzenleme stratejilerinden bastırmaya, kaçınmaya ve inkara sahip olan bireylerin cilt hastalıklarına yakalanma riskinin daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Hekimoğlu, 2019).

Wenzlaff ve Wegner (2000), duyguların bastırılmasının duyuların daha çok biliş seviyesine gelmesine, unutulmamasına ve duygusal uyarın boyutunun artmasına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ek olarak duyguları bastırmanın depresyon ve anksiyete seviyelerinin de arttığını ispat etmişlerdir. Liverant, Brown, Barlow ve Roemer (2008) ise bir çalışmalarında depresyon seviyesi yüksek birinin duygularını bastırmasının kısa vadede de olsa kişiye rahatlama sağladığını ve orta

ve yüksek anksiyete seviyesine sahip olan bir bireyin ise duygularını bastırmasının kaygı düzeyine etki etmediğini saptamışlardır (Hekimoğlu, 2019).

Duygu düzenleme becerisinin eksikliği kişide olumsuz duygu durumun sürmesine ve depresif duyguların devam etmesine olanak sağlamaktadır. Olumsuz duygu durumun artması ve kişinin duygularını kontrol edememesi majör depresif bozukluk özelliklerinden olumsuz duygulanıma hizmet etmektedir (Bylsma ve Morris, 2008; Akbulut, 2018). Bilişsel-davranışçı modele göre depresyonun önemli sebeplerinden biri olumsuz bilişsel çarpıtmalardır. Bu olumsuz bilişsel çarpıtmalarla birlikte depresyondaki bireylerin haz verici olaylara veya durumlara olumlu duygular uyandıramamaktadırlar. Sloan ve arkadaşları (1997), depresif özellikler gösteren bireylere haz veren çeşitli yemekler ve erotik resimler göstermişler ve depresif özellik gösteren bireylerden bir tepki alamamışlardır (Akbulut, 2018). Fakat zamanla yapılan diğer çalışmalarda görülmüştür ki depresif özellikler gösteren bireyler yalnızca haz veren uyarıcılara karşı değil nötr veya olumsuz uyarıcılara karşı da tepkisiz olduğu görülmüştür (Rottenberg ve ark., 2005; Akbulut, 2018).

Depresif bireylerin çeşitli bağlamlara tepkisiz kalmalarının sebebi duygu düzenleme becerilerindeki aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Araştırmalarda görülmüştür ki duygu düzenleme becerisi düşük olan depresif bireylerin depresyon şiddeti ve süresi diğerlerinden daha uzun olmaktadır. Depresif hastalarda en çok görülen negatif duygu düzenleme becerisi ruminasyondur; hastaların sürekli olarak olumsuz durumları zihninde yaşaması ve tasarlamasıdır (D'Avanzato ve ark., 2013; Akbulut, 2018).

### **2.3. Anksiyete**

Dünya Sağlık Örgütü (2017), 7 Nisan'ı dünya depresyonla mücadele günü ilan etmiş ve depresyonun önemine dikkat çekmiştir. DSÖ, depresyon kadar anksiyetenin de insan psikolojisinde oldukça önemli bir sorun olduğu ve anksiyetenin görülme sıklığının depresyon görülme sıklığı ile eşdeğer olduğunu da vurgulamıştır. Ayrıca yapılan pek çok çalışmada genelde depresyon ve anksiyetenin birlikte görüldüğü gözlemlenmiştir (Çoban ve Karaman, 2013;

Temizel ve Dağ, 2014; Ediz ve ark., 2017; Villatte ve ark., 2017; Akın ve Çetin, 2017; WHO, 2017; Özhan ve Boyacı, 2018).

Anksiyete, kişinin tehlikeli bir şey olacak hissi yaşadığı, endişelendiği ve korktuğu, nedeninin belli olmadığı sıkıntılar yaşadığı durumdur (Öztürk, 2008; Bal, 2010). Anksiyete hafif bir endişe ve kokudan ibaret de olabilir insanın panik atak geçirmesine neden olacak kadar büyük bir sıkıntı da olabilmektedir. Anksiyetede belli bir düşünsel tekrar yoktur kişinin fiziksel ve ruhsal olarak sıkıntıda olması durumu vardır. Kişinin içinde bulunduğu sıkıntı durumu uzun sürdüğünde kişinin duygu durumunda çökkünlük de meydana gelmektedir (Wittchen ve ark., 2002; Bal, 2010).

Araştırmalara göre en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlık %25 oranla anksiyete, sonrasında oranında depresyon gelmektedir. Anksiyetenin yaşam boyu kişide görülme sıklığı %14,6'dır (Reiger ve ark., 1990; Bal, 2010). Kadınlarda anksiyete görülme sıklığı erkeklere oranla 2 veya 3 kat daha fazladır. Başlangıç yaşı net olmamakla birlikte araştırmacılar arasında ortak kanı 20'li yaşlarda kişilerin psikoterapistlere yöneldiğidir. Birçok çalışmaya göre anksiyete bozukluğu sinsi bir şekilde erken yaşlarda başlamakta fakat kişiye kendini ileriki yaşlarında fark ettirmektedir (Fisher, 2007; Bal, 2010).

DSM – 5'e bakıldığında anksiyetenin belirtileri arasında; kolay yorulma, dinginleşememe, sakinleşememe, odaklanmakta zorlanma, kolayca kızma, kas gerginliği yaşama, uyku bozuklukları yaşama yer almaktadır. Kişinin en az altı ay bu belirtileri çoğu gün ve günün büyük bir bölümünde yaşaması gerekmektedir. Bu bozukluk maddeye bağlı olamamalı, baka bir ruhsal bozuklukla açıklanamamalı ve bu belirtiler kişinin toplumsal ve iş yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemelidir (Koroğlu, 2014).

Anksiyetede pek çok fiziksel belirti mevcuttur. Anksiyete anında uyarılan sinir sistemi kişinin kaç ya da savaş mekanizmasıdır. Kişi, günlük yaşamında stres verici veya tehlikeli bir durumla karşılaştığına otonom sinir sistemi harekete geçmektedir ve akabinde kişi savaşmalı veya kaçmalıdır (Nolen-Hoeksema, 2009; Özdemir, 2015). Bu durum gerçek bir tehlike varsa oldukça işlevseldir. Ancak bazı durumlarda tehlike algısı gerçekçi değildir ve kişi yanlış algılar sonucunda da kaç ya da savaş mekanizmasını aktive edebilmektedir. Anksiyete anında, kişi kendini

gerçekte tehlikeli bir durum olmamasına karşın tehlikede hissetmekte ve vücudu kaç-savaş mekanizmasıyla tepki vermektedir. Bu noktada kişide terleme, hızlı kap çarpıntısı, hızlı nefes alıp verme, ayakta durmakta güçlük çekme gibi bedensel semptomlar görülmektedir (Özdemir, 2015).

Araştırmalara göre kişinin anksiyeteye yatkın olmasının sebepleri vardır. Eysenck (1967) için nevroitiklik, Watson ve Clark (1984) için olumsuz duygulanımlar yaşamak, Gray (1987) için davranışsal olarak ketleme yaşamak anksiyeteye yatkınlık için önemli sebeplerdir (Özdemir, 2015).

### **2.3.1. Anksiyetenin Kuramsal Yaklaşımları**

#### **2.3.1.1. Psikodinamik Yaklaşım**

Bu yaklaşımda id ile süperego arasında yaşanan savaş sonucunda anksiyete oluşmaktadır. İd, kontrol edilemeyen dürtülerden oluşmaktadır ve bu dürtüler doyum beklemektedir. Fakat süperego bu dürtüleri bastırmakta ve doyuma ulaştırmamaktadır. Yaşanan bu iç çatışma anksiyeteyi oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Özdemir, 2015).

Freud (1936) bu iç çatışma modelini cinsel ve saldırgan dürtüleri ortaya koymaya çalışan id ile ahlaki değerlere ve sosyal normlara göre bunu bastırmaya çalışan süperego arasında yaşanan bir durum olarak ifade etmiştir. Buradan hareketle anksiyete, id tarafından ortaya çıkarılmak istenen dürtülerin egoya çıkmasını engelleyen süperegonun algıladığı tehdit mekanizması olarak ifade edilebilir. Freud (1917), anksiyeteyi gerçek, nevroitik ve ahlaki olmak üzere üçe ayırmıştır.

**Gerçek Anksiyete (Realistic Anxiety):** Gerçek bir tehlikenin varlığı söz konusu olduğunda yaşanan korku duygusuyla eşdeğerdir.

**Nevrotik Anksiyete (Neurotic Anxiety):** Bastırılan cinsel dürtüler ve saldırgan tutumlar sonucunda oluşmaktadır.

**Ahlaki Anksiyete (Moral Anxiety):** Kişi, id tarafından ortaya çıkan dürtüler bastıramamaktan dolayı korkmakta ve bunun akabinde suçluluk, öfke gibi duygular hissetmektedir.



### **2.3.1.2. Varoluşçu Yaklaşım**

May (1977), kişinin var olduğu andan itibaren yok oluşuna gittiği her an duyduğu korkuları anksiyeteye bağlamıştır. Kişi, yaşama boyu kendisini yok edecek tehlikelere karşı kendini koruma durumundadır. Tillich (1952), bu anksiyetenin işlevsel olduğunu, kişiyi uyanık tutara tehlikelere karşı koruduğunu belirtmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Özdemir, 2015). Bu anksiyeteye neden olan durum ise ölümdür (Yalom ve Josselson, 2011; Özdemir, 2015). Kişi bu anksiyeteden kaçınmak için sorumluluklarını ertelemekte, hayatı anlamsız bulmakta ve boşluğa düşmektedir. Varoluşçu yaklaşıma göre anksiyetenin tedavisinde ölümü kabullenmek ve bu bağlamda hayatı yaşamaya çalışmak öğretileri mevcuttur (Yalom ve Josselson, 2011; Özdemir, 2015).

### **2.3.1.3. Davranışçı Yaklaşım**

Klasik koşullanma ile açıklanan ve anksiyetenin öğrenilmiş bir korku olduğunu vurgulayan davranışçı yaklaşım, anksiyeteyi tehlike oluşturan bir durumla tehlikesiz bir nesne veya olayı birleştirerek oluşan bir durum olarak açıklamaktadır (Thorpe ve Olson, 1997; Özdemir, 2015).

Watson ve Reynor'ın (1920) "Küçük Albert" adı verilen bir laboratuvar ortamında fare korkusu bulunmayan bir çocuğu koşullayarak çocuğa fare korkusunun kazandırıldığı bu deney klasik koşullanmaya örnektir. Korku öğrenmede sosyal öğrenme, model alma ve taklit önemli rol oynamaktadır. Anksiyete klasik koşullanma ile oluşmakta ve edimsel koşullanma ile sürdürülmektedir. Korkulan nesneden kaçınma durumu ve olumsuz pekiştireçlerin sürekliliği kişinin anksiyetesinin sürmesinde önemli bir etkidir (Mowrer, 1947; Özdemir, 2015).

### **2.3.1.4. Bilişsel Yaklaşım**

Beck ve arkadaşları (1985), anksiyete seviyesi artan kişilerin zihinlerinde sıklıkla tehlike düşünceleri olduğunu belirtmişlerdir. Zihin sürekli bu düşünceyle meşgul olduğu için birey anksiyeteyi daha fazla hissetmektedir. Bu sebeple kişi hem

olumsuz inançlarında hem şemalarında anksiyeteyi gündemde tutmaktadır. Depresyonda olduğu gibi anksiyetede de bilişsel hatalar vardır (Leahy ve Holland, 2009; Özdemir, 2015). Bunlar; yeterli kanıt bulamadığı halde keyfi çıkarsama yapmak, durumun olumsuz yanarına odaklanarak seçici soyutlama yapmak, olayı abartarak felaketleştirmek, kişinin olumsuz durumları üzerine alınması olan kişiselleştirme, insanları düşüncelerini kendi isteğine göre okuma olan zihin okuma gibi durumlardır (Wells, 1997; Özdemir, 2015).

#### **2.4. Depresyon**

Depresyon derin üzüntü duyma, olumsuz duygu durumlar sonucunda düşüncede olumsuza yönelme, konuşmada yavaşlama, harekette ve fiziksel aktivitelerde yavaşlama, dengesizlik ve bunlara ek olarak yaşamaya isteksizlik, durgunluk halidir. Genel olarak üzüntü, yalnızlık ile karakterizedir (Özdemir, 2015). Depresyon, bilişsel, duygusal ve davranışsal tüm süreçleri etkilemektedir. Birey genel olarak yavaşlamakta ve isteksizleşmektedir. Bunların yanı sıra kişinin iştahında azalma veya artma, buna bağlı olarak zayıflama veya kilo alma, cinsel istekte azalma, her zamankinden az uyuma veya her zamankinden çok uyuma, enerji azalması, kararsızlık, dikkatte bozulmalar, kendini değersiz hissetme, suçlu hissetme, intihar düşünceleri gibi durumlar depresyonda mevcuttur (Öztürk, 2011; Sücüllüoğlu Dikici ve ark., 2017).

DSM –5 depresyon tanı kriterleri şu şekildedir; çökkün duygu durum, normal etkinliklere duyulan ilgide azalma, iştah kaybı veya artması, uykuda artış veya azalma, psikomotor aktivitelerde yavaşlama veya ajitasyon, yorgunluk ve enerji azlığı, değersizlik veya suçluluk duyguları, intihar girişimi veya düşünceleridir. Bu sayılan maddelerin ilgi ve istek kaybı, çökkün duygu durum ile diğer maddelerden en az dördünün kişide en az son iki haftada var olabilmesi gerekmektedir. Bu belirtiler bir yasa ve madde kullanımına bağlı olmamalıdır. Bunun yanı sıra kişide sosyal hayata, işe ve diğer aktivitelere uyumsuzluk ve işlevsizlik yer almalıdır (Köroğlu, 2014).

Depresyonun prevalansına bakıldığında depresyonun yaşam boyu en az bir defa görülme sıklığı %17'dir. Ayakta depresyon tedavisi gören birey oranı %6 ile %8 arasında, bir tıbbi rahatsızlığa ek olarak ve hastanede yatarak tedavi gören hasta

oranı ise %10 ile %14 arasındadır. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada kadınların depresyon oranı %5,4, erkeklerde ise %2,3'tür (Erol ve ark., 1998; Sücüllüoğlu Dikici ve ark., 2017). Park ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarına göre tip-2 diyabet hastalarının depresyon prevalansının genel popülasyona göre %28 daha fazla orana sahip olduğu saptanmıştır (Kara ve Kara, 2019).

## **2.4.1. Depresyonun Kuramsal Yaklaşımları**

### **2.4.1.1. Psikodinamik Yaklaşım**

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon, erken çocukluk döneminde yaşanan sevgi nesnesinin kaybı ile ilişkilendirilmektedir (Morgan ve Taylor, 2005; Özdemir, 2015). Sevgi nesnesinin yeterli ilgisini alamayan çocuk derin bir üzüntü hissetmektedir. Kuramcılar bu dönemde oluşan olumsuz duyguları psikopatolojik kişilik gelişiminin yanı sıra depresyon ile de ilişkilendirmişlerdir (Kernberg, 2009; Özdemir, 2015).

1917 yılında Freud, depresyonu yas sürecinde meydana gelen melankoli duygularıyla karşılaştırarak ele almaya başlamıştır. Freud'a göre yas sürecinde yaşanan kayıp kişinin kendisi dışında herhangi birinin kaybı neticesinde duyduğu üzüntü haliyken depresyon kişinin hissettiği durum kendiliğiyle ilgilidir (McWilliams, 2013; Özdemir, 2015). Freud, yas ve depresyon arasındaki kaybı ise şöyle ayırmıştır; kişi yas sürecinde gerçek bir kayıp yaşarken depresif durumdayken boş bir ego kaybı yaşamaktadır. Kişi depresyondayken kendini yetersiz ve güçsüz hissetmekte bununla birlikte ego da kişiden cezalandırılmayı beklemektedir. Kaybedilen sevgi nesnesinin ardından egoya duyulan öfke ve üzüntü duyguları ego tarafından cezalandırıcı olarak kişiye dönmektedir. Özetle psikodinamik yaklaşımda depresyon egonun kendisinden gelen duygular silsilesi olarak betimlenmiştir (Özdemir, 2015).

Melanie Klein (1940), çocuğun ilk birkaç aylık dönemini paranoid-şizoid kişilik özellikleriyle ardından gelen birkaç aylık dönemi ise depresif pozisyon dönemi olarak belirtmiştir. Paranoid-şizoid dönemde çocuk iyi ve kötü nesne sembollerini birbirinden ayırt edebilmeye başlamıştır ancak depresyon pozisyonuyla birlikte çocuk, bütün iyi ve kötü nesne sembollerini annede

birleştirmekte ve ambivalans duygular yaşamaktadır. Buradan hareketle çocuk annesine karşı duyduğu sadistçe fantezilerin kendi yıkımına yol açacağını sezmektedir (Gabbard, 2005; Özdemir, 2015). Klein (1940)'a göre çocuklar bu gelişim dönemini aşamadıklarında yetişkinlik döneminde depresyona yatkın bireyler haline gelmektedirler (Özmen, 2001; Özdemir, 2015).

Kohut (1971)'a göre ebeveyninden yeteli ilgiyi ve duygusal desteği görmeyen çocukların içlerinde büyük bir boşluk ve yalnızlık hissi oluşmakta ve bu tutum ise çocukları depresyona yatkın duruma getirmektedir. Bowlby (1969)'nin yaklaşımı da Kohut (1971)'un yaklaşımına benzerdir. Bowlby, bağlanma döneminde ebeveyninden eleştirel ve cezalandırıcı tutumlar göre bireylerin ileriki yıllarda depresyona yatkın bireyler olabileceğinin altını çizmektedir (Özdemir, 2015).

#### **2.4.1.2. Davranışçı Yaklaşım**

Davranışçı yaklaşım, psikodinamik yaklaşımın aksine depresyonu bireyin içsel süreçleriyle değil çevresiyle olan ilişki biçimlerine göre ele almaktadır (Lewinsohn ve ark., 2009; Özdemir, 2015). Skinner (1953), depresyonu bireyin bebeklikten itibaren davranışlarının olumlu pekiştirilememesi sonucunda koşullanmayla öğrenilen bir durum olarak tanımlamıştır (Mathews, 1977; Özdemir, 2015).

Ferster (1974), ise depresyona davranışçı bir bakış açısıyla yaklaşarak depresyonda davranış ile ilgili yanlışlıklar ve kaçınmalar olduğunu ileri sürerek bu yaklaşıma önemli katkılar sağlamıştır. Depresyonda yaşanan davranışsal kaçınmalara vurgu yaparak kişinin olumlu pekiştireç alamamasıyla birlikte artan davranış kaybının önemini vurgulamıştır. Ferster (1974), depresyonun daha karmaşık bir psikolojik süreç olduğunu belirtmiştir (Özdemir, 2015).

Lewinsohn (1974) da depresyonu açıklamada pekiştirenlerden yararlanan kuramcılardan biridir. Lewinsohn (1974), üç yaklaşımda depresyonu açıklamıştır. İlk olarak bireyin mevcut davranışları karşısında çevresinden olumlu pekiştireç alamamasıdır. Birey hareketleri sonucunda çevresinden o hareketin devamına yönelik bir geribildirim alamadığında bir süre sona hareketi yapmaktan vazgeçerek depresif özellikler göstermeye başlayabilmektedir. İkinci olarak bireye olumlu

pekiştireç veren kişinin ani kaybıdır. Kişi bu süreçte davranışlarını pekiştiren kişinin kaybıyla yüzleşmekte ve davranışlarını devam ettirme motivasyonu bulamamaktadır. Üçüncü olarak ise bireyin davranışları karşısında olumlu pekiştireç alamamasının yanı sıra cezalandırıcı tutumlarla karşılaşması da davranış eksikliğine ve akabinde depresif özelliklere sebep olabilmektedir (Lewinsohn ve ark., 2009; Özdemir, 2015).

Seligman (1974), ise depresyonu öğrenilmiş çaresizlik kavramıyla açıklamıştır. Seligman (1974) tarafından geliştirilen deneyde laboratuvar ortamında köpekler verilen elektrik şoku sonucunda köpekler kaçamayınca bir süre sonra verilen elektrik şoklarına tepki dahi vermemeyi, kaçıl yolu aramamayı davranış edinmişlerdir. Köpeklerin bu doğrultuda geliştirdiği öğrenilmiş çaresizlik kavramı sonucunda köpekler duruma tepki vermeyerek davranış eksikliği sonucunda depresif özellikler göstermeye başlamışlardır. Seligman (1974) depresyonu bu modelle karakterize ederek kayıp, ekonomik sorunlar, ilişkisel sorunlar gibi sebeplerden kişilerin öğrenilmiş çaresizlikle hareket ettiğini belirtmiştir (Mathew, 1977; Özdemir, 2015). Buradan hareketle öğrenilmiş çaresizlik sonucunda hissedilen üzüntü, öfke gibi depresif duygulara yol açabileceği bilgisi çıkarılabilir.

Davranışçı yaklaşımı benimseyen kuramcılar, depresyonun tedavisinde davranış arttırmaya yönelik tutum sergileyerek tedavi sürecini yönetmektedirler.

#### **2.4.1.3. Bilişsel Yaklaşım**

Depresyondaki bilişsel süreçlere bakıldığında kişinin dikkatinde dalgalanmalar, problem çözme becerisinde azalmalar, olumsuz düşünceler, sosyal becerilerde azalma, düşük benlik saygısı gibi pek çok değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler kişinin işlevselliğini oldukça etkilemekte ve kişiyi olumsuz duygu durumlar içinde tutmaya devam etmektedir (Reinecke, 2006; Özdemir, 2015).

Ellis (1962)'in bilişsel hatalar modeli, Seligman (1974)'in öğrenilmiş çaresizlik modeli ve Beck (1976)'in bilişsel bozukluk modeli depresyonun bilişsel süreçlerini açıklamaktadır. Bunlara ek olarak ise günümüzde üçüncü dalga modeli, kabul ve kararlılık terapisi ve farkındalık temelli bilişsel modeller şekillenmiştir.

Ellis (1962)'in ABC düşünce modeline göre A olay, B inanç ve C ise duygudur. A'nın sonucunda B, B'nin sonucunda C oluşmakta ve döngü yine A'ya dönerek işlem kısır döngüde devam etmektedir. Ellis, kendi modelinde depresif özelliklerin inançlar neticesinde oluştuğunu belirterek tedavi modelinde de bu kısımları ele almış ve kişilerin olumsuz inançlarıyla çalışmıştır (Ingram, 2009; Özdemir, 2015).

Seligman (1974), öğrenilmiş çaresizlik modelinin bu aşmasında davranışa sebep olan bilişe odaklanmıştır. Kişiyi, olumsuz davranışa sürükleyen durumun olumsuz algı ve değerlendirmeler olduğunu vurgulamıştır. Bu noktada kendi deneyinde laboratuvardaki köpeklerin durumdan kurtulamayacaklarına dair olumsuz inançları neticesinde devam eden elektrik şoklarına tepki vermediğine dair bir açıklama yaparak öğrenilmiş çaresizliğin bilişsel boyutunu belirtmiştir (Türkçapar, 2009; Özdemir, 2015).

Beck (1964), duygu, düşünce ve davranış süreçlerinin bilişler aracılığıyla oluştuğunu belirtmektedir. Dünyayı algılayış biçimi, problem çözme becerisi gibi tüm bu süreçler bilişlerin içeriğinden etkilenmektedir (Clark ve Beck, 1999; Özdemir, 2015). Beck (1964)'e göre depresyona neden oluşan bilişlerdir ve üç çeşit bilişsel çarpıtma sonucunda bireyde duygu, düşünce ve davranışta depresif özellikler görülebilmektedir (Leahy ve Holland, 2009; Özdemir, 2015).

Bilişsel üçlü: Bu süreçte kişi hem kendini hem çevresini hem de geleceğini olumsuz olarak görmektedir (Beck, 1967; Özdemir, 2015). Kişi kendini suçlamakta, eleştirmekte ve kendini yetersiz hissetmektedir. Çevresine yönelik olumsuz düşünceleri ve çevresiyle olumsuz ilişkileri vardır. Son olarak da kişi geleceğe dair karamsardır ve gelecekte umudu yoktur. Kişinin bu genel olumsuz tutumu yaşama motivasyonunu azaltmakta ve kişiyi depresyona sürüklemektedir (Leahy ve Holland, 2009; Özdemir, 2015).

Bilişsel şemalar: Şemalar, kişinin bebeklikten itibaren deneyimlediği tüm yaşantıların sonucunda oluşmuş değişmesi zor, yerleşmiş köklü inançlardır. Şemalar, kişinin kendisine ve dış dünyaya dair değişmeyen inançlarını ifade etmektedir. Olumsuz yerleşen köklü inançlar kişinin "şimdi ve burada" kavramını da olumsuz olarak değerlendirmesine ve depresyona sürüklenmesine sebep olabilmektedir (Clark ve Beck, 1999; Özdemir, 2015).

Bilişsel hatalar: Kişinin hem kendini hem çevresini algılama ve değerlendirme sürecindeki olumsuz değerlendirmeler sonucunda oluşmaktadır. Bilişsel hatalar geçmiş deneyimlerden, şemalardan, kişinin duygudurumundan etkilenebilmektedir. Depresyonda en sık yapılan bilişsel hatalar; aşırı genelleme yapmak ya hep ya hiç düşünce tarzına sahip olmak, keyfi çıkarsamada bulunmak, abartmak, kişisel algılamak şeklinde sıralanabilmektedir (Burns, 2014; Özdemir, 2015).

#### **2.4.2. Tip-2 Diyabet ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi**

Diyabetli hastalarda depresyon ve anksiyete oranı normal nüfusa göre iki kat daha fazla görülmektedir. Altmış dört yaş altı diyabet hastalarıyla yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına bakıldığında sigara içmek, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmak, kadın cinsiyet olmak depresyon açısından bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca diyabet hastalarında depresyon veya anksiyeteye sahip olanlar olmayanlara göre diyet ve ilaca kolayca uyum sağlayamamaktadırlar. Bu sebeple tedaviden alınan yanıt düşmektedir (Collins ve ark., 2009; Günalay ve ark., 2016).

Depresyon, kronik hastalıkların tedavi seyrini oldukça etkilemektedir. Diyabetik hastaların depresyona girmesi yaşam tarzı değişikliğini olumsuz yönde etkilemekte ve bu sebeple tedaviyi de olumsuz etkilemektedir. Depresyona sahip diyabet hastaları, depresyona sahip olmayanlara göre diyetle uymakta zorluk yaşamakta, glisemik düzeyde sık görülmeye dalgalanmalar görülmekte ve sıklıkla komplikasyonlar yaşamaktadırlar (Siddiqui, 2014; Günalay ve ark., 2016).

Günalay ve arkadaşlarının (2016) 128 tane tip-2 diyabet tanısı almış hastaların depresyon ve anksiyete seviyelerini ölçmek amacıyla yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına bakıldığında kadınların anksiyete düzeylerinin (%40), erkeklere (%19) oranla daha fazla olduğu fakat depresyon açısından herhangi bir fark olmadığı görülmüştür. İnsülin tedavisi gören hastaların anksiyete seviyeleri oral antidiyabetik tedavi gören hastalara oranla daha fazla olduğu ve hastaların diyabet süreleri arttıkça depresyon ve anksiyete seviyelerinde artış görüldüğü saptanmıştır. Bunun yanı sıra hastaların vücut kitle indeksi arttıkça anksiyete seviyelerinin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca diyabetik nefropatisi olan hastaların (%52,9), olmayanlara (%27) göre

anksiyete düzeyi; diyabetik retinopatisi olan hastaların (%73,9), olmayanlara göre (%43,8) depresyon düzeyin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sayın ve arkadaşlarının (2019) tip-2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği, 650 tip-2 diyabet tanılı hastayla yürüttüğü bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında diyabet süresi, insülin kullanımı ile ilgili anlamlı farklılıklar görülmektedir. Araştırmanın bulgularına bakıldığında kadınlarda, farklı bir hastalığı daha bulunanlarda, emekli olanlarda ve ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerde anksiyete ve depresyon riskinin diğer popülasyondan fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte evli bireylerde ve sigara kullanan bireylerde depresyon ve anksiyete riski anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Hastaların diyabet süreleri arttıkça depresyon ve anksiyete risklerinin de artmakta olduğu görülmüştür. Tedavi biçimleri değerlendirildiğinde ise insülin tedavisi gören hastaların depresyon ve anksiyete seviyeleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Kara ve Kara (2019)'nın 570 tip-2 diyabet hastasının yaşam kalitesi, depresyon seviyesi, uyku kalitesini incelediği bir çalışmada oral antidiyabetik tedavi ve insülin tedavisini bir arada kullanan hastaların depresyon seviyesi diğer tedavi şekillerini kullanan hastalara göre anlamlı derecede daha fazladır. Ayrıca depresyon vücutta kan şekerinin sabit tutulmasını zorlaştırdığı için hastaların tedaviye uyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca oral antidiyabetik ve insülin ile oral antidiyabetik tedavi görenlerin depresyon düzeyleri düştükçe tedaviye uyumları da aynı oranda artmaktadır.

820 tip-2 diyabet tanılı hasta ile yapılan bir çalışmanın sonucunda hastaların %48,2'sinde depresyon, %55,1'inde anksiyete saptanmıştır (Zarate ve ark., 2012; Güzel, 2014). 80 tip-2 diyabet hastasıyla yürütülen başka bir çalışmada ise sağlıklı kişilerin yaşam boyu depresyona yakalanma sıklığı %13,3 iken bu durum tip-2 diyabet hastalarında %43,3 olarak saptanmıştır (Bajaj ve Aganwal, 2012; Güzel, 2014).

Adakan ve arkadaşlarının (2017) diyabet hastaları ile diyabet olmayan bireylerin anksiyete düzeylerini karşılaştırdığı bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında literatür bilgisinin aksine diyabet hastaları ile diyabet olmayan bireylerin anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanamadığı görülmüştür.



Buradan hareketle diyabet süresinin, kullanılan ilacın, obezitenin, HbA1c düzeyinin depresyon ve anksiyete seviyeleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı söylenebilmektedir.

## **2.5. Yeme Tutumu**

Yeme davranışı insanı hayatta tutan, fiziksel olarak en temel ihtiyaç olan bir davranış ve doğuştan gelmektedir, öğrenilmemiştir. Yeme davranışı açlık ve iştah dürtülerinden etkilenmektedir. Açlık fiziksel veya duygusal olabilmektedir. İştah ise kişinin yaşam tarzı, beğenileri, damak tadı neticesinde belirlenen, doğuştan olmayan, öğrenilen ve çeşitli yemeklere duyulan arzudur. İştah ve açlık çoğunlukla birlikte hareket etmektedir ve kişi aç olduğunda iştahını kabartan yiyeceklere yönelmektedir. Ancak kişi ölüm kalım savaşı verdiği veya salgın, kıtlık gibi insanlığı tehdit eden durumlar varsa iştah boyutunu düşünmeden açlığını gidermek adına yiyeceklere yönelebilmektedir (Dally, 1969; Erbaş, 2015).

İştah ve açlık birlikte hareket etse de kişiler her zaman gıda seçimlerini buna göre yapmamaktadırlar. Buna sebep kıtlık gibi olağanüstü boyutların yanı sıra kişinin kilo kontrolü sağlama isteği olabilmektedir. Çeşitli sağlık sebeplerinden veya bozulmuş beden algılarından dolayı kişiler yeme davranışını kontrol altına almaya çalışmaktadırlar. Kilo kontrolüne sebep olan hastalıklar yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi kronik hastalıklardır. Bozulmuş beden algısında kişi bedenini, kilosunu veya görüntüsünü beğenmemekte ve buna yönelik bir yeme tutumu geliştirmektedir (Değirmenci, 2006).

Yeme davranışı bilişsel, fiziksel, duygusal, çevresel birçok etmeden etkilenen karmaşık bir yapıdır. Yemek yeme davranışının sadece fiziksel ihtiyaçlara dayanmadığı anne ve bebek arasındaki bağlanma kuramından itibaren anlaşılmaya başlanmıştır. Anne ve bebek arasındaki bağlanma bebek, anneden doğrudan veya dolaylı olarak besin aldığı kurulumaya başlamaktadır. Buradan hareketle yeme davranışının sosyal ilişkilerin varlığı ile de ilgili olduğu söylenebilmektedir (Saygılı, 1999; Değirmenci, 2006).

Yeme davranışı günlük hayatın bir parçası olmakla birlikte pek çok farklı değişkenden etkilenebilmektedir. Yeme davranışını arttıran, azaltan, kısıtlayan durumlar söz konusudur. Buradan hareketle çeşitli yeme tutum alt başlıkları

oluşmuştur. Duyguların varlığından ve yoğunluğundan etkilenen duygusal yeme, kısıtlı yemek alımına neden olan kısıtlayıcı yeme tutumu, içsel uyarıların farkında olmadan yemek yeme davranışına neden olan dışsal yeme tutumu bu alt başlıklardandır.

### **2.5.1. Duygusal Yeme Tutumu**

Duygular karmaşık yapılardır ve karmaşıklıkları sebebiyle hangi değişkenleri etkilediği araştırmalara konu olmuştur. Her duygunun süresi, yoğunluğu kişiye ve olaya özeldir. Her duygunun süresinin, yoğunluğunun, şiddetinin ise etkilediği durum oldukça değişkendir. Araştırmalar duygular ile yemek yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmekte fakat duyguların mı yemek yeme davranışını etkilediği yoksa yemek yeme davranışının mı duyguları etkilediği anlaşılamamıştır (Bozan, 2009).

Schachter ve arkadaşlarına göre (1968) kişi stres yaşadığında veya negatif duygular hissettiğinde bedende oluşan tepkiler fiziksel tokluk hissiyle eşdeğerdir. Bu sebeple kişi negatif duygular altındayken iştah kaybı yaşamaktadır çünkü fiziksel olarak kendisini tok hissetmektedir. Fakat negatif duyguların veya durumların varlığında kişinin yeme davranışına yönelmesi “duygusal yeme” olarak adlandırılmıştır (Heatherton, Herman ve Polivy, 1991; Altinel, 2018). Duyguların yemek yeme davranışı üzerindeki etkisi de uzun süredir araştırılan bir konu olmakla birlikte “duygusal yeme” adı altında teorik bir kavram da oluşmuştur.

Duygusal yeme birtakım bireylerin öfke, kaygı, stres, depresif duygular gibi olumsuz duygularla baş etmek adına geliştirilmiş olumsuz duyguların varlığında yemek yeme davranışını açıklayan bir kavramdır (Bruch, 1964; Kaplan ve Kaplan, 1957; Slochower, 1983; Ganley, 1989; Özdemir, 2015). Duygusal yeme davranışı fiziksel açlık olmadan, sosyal bir durumdan ötürü yeme zorunluluğu olmadan ortaya çıkan bir durumdur. Öğün sıklığı, gıda miktarı, gıda içeriği ise kişiden kişiye değişmektedir (Bekker ve ark., 2004; Özdemir, 2015).

Duygusal yeme davranışı, vücuttaki negatif duyguları hissetmeyi durdurmak amacıyla dikkati farklı bir yöne yönlendirmeyi amaçlarsa da Macht (2008), duyguların iştah üzerinde ortalama %30 oranında artmaya veya %48 oranda azalmaya sebep olduğunu vurgulamıştır (Özdemir, 2015).

Duygusal yeme davranışı iki varsayımdan oluşmaktadır. İlk varsayıma bakıldığında negatif duyguların yemek yemeye dair motivasyonu arttırmasına yönelik olduğu görülmektedir. İkinci varsayıma gelindiğinde ise yemek yemenin dikkatin vücuttaki farklı bir noktaya kanalize olmasından ötürü yemek yemenin negatif duyguların yoğunluğunu düşüreceğine yönelik olduğu görülmektedir (Macht ve Simons, 2011; Özdemir, 2015). Booth (1994)'a göre duygusal yeme davranışı koşullu öğrenmeyle oluşmaktadır. Negatif duyguların varlığında yemek yeme davranışını pekiştirmek koşullu tepki oluşturmakta ve duygusal yemenin devamlılığını sağlamaktadır (Özdemir, 2015).

Buradan hareketle duygusal yeme davranışını ölçmek amacıyla kilo problemi yaşayan veya obez bireyler katılımcı olarak seçilmiştir. Araştırmalara bakıldığında obez bireylerin duygu düzenleme becerisi arttıkça yeme bozuklukları sürecinde iyileşmeler olduğu görülmüştür (Telch, Agras ve Linehan, 2001; Wiser ve Telch, 1999; Özdemir, 2015).

Çalışmalar sağlıklı bireylerle yapıldığında ise yine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Macht ve arkadaşları (2000) sağlıklı ve normal kiloda bulunan bireylerinde olumsuz duygularla baş etmek için yemek yeme davranışına yöneldiğini saptamıştır (Özdemir, 2015). Finlanda'da yapılan başka bir çalışmada erkeklerin %25'i, kadınların %30'u stresli durumlarla karşılaştıklarında yemek yeme davranışı gösterdiklerini belirtmişlerdir (Konttinen ve ark., 2010; Özdemir, 2015).

### **2.5.2. Dışsal Yeme Tutumu**

Dışsal teori, bireyin dışsal faktörlerden etkilenecek yeme tutumunu şekillendirdiği bir yeme tutumudur. Yemeğin kokusu, görüntüsü gibi dışsal faktörler kişinin açlık hissin tetiklemekte ve kişiyi yemeye yönlendirmektedir (Ouwens ve ark., 2003; Özdemir, 2015).

Bruch (1996), aşırı kilolu kişilerin fiziksel açlık hissine daha az duyarlı olduklarını ve bu sebeple yemek yeme kararlarının içsel değil dışsal olarak şekillendiğini belirtmiştir. Bu sebeple bu tarz kişiler aç olup olmadıklarını tartamamakta ve sosyal ortama göre, yemeğin görüntüsüne göre, insanların

fikirlerine göre yemek yemeye karar vermektedirler (Schachter ve ark., 1968; Özdemir, 2015).

Kişinin stres seviyesi arttığında midesindeki kasılmalar azalmakta ve buradan hareketle iştahı kapanmaktadır. Dolayısıyla stres seviyesi artan kişiler yeme davranışından uzaklaşmaktadır. Ancak fazla kilolu ve obez bireylerde bu durum farklıdır. Obez kişiler vücutlarından gelen içsel uyaranları anlayamamaktadırlar. Stres seviyelerinin artması veya azalması durumunda herhangi bir iştah kaybı yaşamamaktadırlar. Ek olarak fiziksel açlıklarını da hissedememeleri sebebiyle yiyeceklerin kokusu, görünüşü, sosyal ortamların daveti onların yemek yeme konusundaki belirleyicileridir (Schachter, 1968; Sevinçer ve Konuk, 2013).

### **2.5.3. Kısıtlayıcı Yeme Tutumu**

Kısıtlama teorisinin temelinde kişinin yeme davranışını bilinçli olarak kısıtlaması bulunmaktadır. Bireylerin ideal kiloları biyolojik olarak belirlidir ve biyolojik olarak kişilerin bu ideal kilolarına yönelik yeme alışkanlıkları bulunmaktadır (Nisbett, 1972; Özdemir, 2015). Kısıtlayıcı yeme davranışında birey kilo kontrolü yapmak adına kısıtlayıcı beslenme tarzını uygulamaktadır. Kısıtlayıcı yeme tutumuna sahip bireyler yedikleri besinlerin besin değerinden daha fazla kalori miktarına odaklanmakta ve günlerin en az besin miktarıyla geçirmeye çalışmaktadırlar (Herman ve Polivy, 1980, akt. Stunkard ve Wadden, 1990; Altınel, 2018).

Kısıtlayıcı yeme tutumunda bireyler öğün sayılarını ve öğün miktarlarını aşırı derecede azaltmaktadırlar. Genellikle tek öğün ve düşük kalorili besinler alan bu kişiler kan şekerlerini gün içinde düşürmekte ve yedikleri tek öğünle kan şekerlerini hızla yükseltmektedirler. Bu da vücutta gereksiz yağ depolanmasına yol açan bir yöntemdir. Diğer bir ifadeyle kısıtlayıcı yeme davranışı ile kilo vermeye çalışan kişiler daha çok kilo almaktadırlar. Bunun diğer bir sebebi ise kronik olarak kısıtlayıcı yeme davranışının ardından gelen tıknırcasına yeme ataklarıdır. Kişi kendini fazla kısıtladığında tıknırcasına yeme atakları yaşamakta ve bu yeme ataklarında ise şeker, karbonhidrat ve yağ oranı yüksek besinlere yönelmekte, tek seferde 7000-8000'lere varan kalorili gıdalar tüketmektedirler (Herman ve Mack, 1975; Sevinçer ve Konuk, 2018).

#### 2.5.4. Diyabet ve Yeme Tutumu

Diyabet tanısı alan bireylerin tedavi şekilleri arasında tıbbi ilaçlar olduğu kadar tıbbi beslenme de önemli bir yerdedir. Tıbbi beslenme tedavisinde temel amaç vücut ağırlığını ideal noktaya getirmek ve sağlıklı gıdalarla beslenmektir (ADA, 2008; Güzel, 2014). Tip-2 diyabet tanılı hastalar genellikle obeziteye sahiptir. Tip-2 diyabet tanısı almış obez veya fazla kilolu insanlar tıbbi beslenme tedavisiyle vücut ağırlıklarını azaltmaya başladıkça insülin direnci de azalabilmektedir (Pastors ve ark., 2003; Güzel, 2014).

1973 yılından itibaren yapılan çalışmalarda diyabetes mellitus ile yeme bozuklukları eş tanı kategorisinde yer almaktadır (Affenito ve ark., 1997; Meltzer ve ark., 2001; Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2008). Diyabetes Mellitus ile yeme bozukluğunun bir arada bulunduğu kişilerde metabolik kontrol oldukça zorlaşmaktadır.

Üstünsoy Çobanoğlu ve arkadaşlarının (2008) tip-1 ve tip-2 diyabet hastalarının bozulmuş yeme davranışı incelediği bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında bozulmuş yeme davranışının hipoglisemik nöbet sıklığıyla, diyet düzenine uyumlarıyla anlamlı farklılıklar görülmektedir. Bu anlamda bakıldığında bozulmuş yeme davranışına sahip diyabet hastalarının daha fazla hipoglisemik nöbet yaşadığı, diyet düzenine uyumda zorlandıkları tespit edilmiştir. Bozulmuş yeme davranışının diyabet süresi, diyabet tipi, insülin direnci ile arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Tip-2 diyabet hastalarının %90'ında bozulmuş yeme davranışı veya yeme bozukluğu tanıları diyabet tanısından daha önce kişiye konulmaktadır (Crow ve ark., 1998; Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2008). Tip-2 diyabet hastalarının yeme davranışında bozulmalara 15-35 yaşları arasında başlamaktadır. Hastaların hipoglisemik nöbetleri yatıştırmak adına tıknırcasına yeme davranışları gösterdikleri bilinmektedir ve bu sebeple kişide obezite meydana gelmektedir. Meydana gelen obezitenin sonucunda kişide insülin direnci gelişmekte ve bu da tip-2 diyabete yol açmaktadır (Meltzer ve ark., 2001; Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2008). Bu açıdan bakıldığında bozulmuş yeme davranışı hastalar için bir risk faktörüdür.

Güzel (2014)'in 112 tip-2 diyabet hastasının bozulmuş yeme davranışı ile yaşam kalitesini incelediği bir araştırmada hastaların %36,6'sında tıknırcasına yeme atakları yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların %41,4'ünde erkeklerin ise %31,5'inde tıknırcasına yeme atakları görülmüştür. Hastaların %12,5'inde gizli yeme atakları görülmüştür ve %9,3'ü yemek yeme davranışına bir güç tarafından zorlandıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Ulaş ve Pehlivan (2014)'in hemogloblin düzeyleri ile yeme tutumlarını araştırdığı bir çalışmanın sonuçları incelendiğinde vücutlarında bulunan yağ miktarı yüksek olan bireylerin diyabet riski %11,5 iken vücutlarında bulunan yağ miktarı normal olanların diyabet riski %5,1'dir. Literatürde tip-2 diyabet ile yeme tutumu arasındaki ilişkiyi kanıtlar nitelikte pek çok çalışma mevcuttur. Özetle tip-2 diyabet hastalarının yeme tutumu hastalıkları ile ilişkili sonuçlar doğurmaktadır.

### **2.5.5. Yeme Tutumu ile Anksiyete ve Depresyon Seviyesi**

Yeme bozukluğu eş tanılarında bakıldığında depresyonun en sık rastlanan psikiyatrik belirtilerden olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğunda depresyonun görülme oranı %40-45, hayat boyu görülme sıklığının %68 olduğu saptanmıştır (Vardar ve Erzengin, 2011). Araştırmalarda diyet yapan kişilerin tıknırcasına yeme davranışını daha fazla sergilediği ve bu sebeple bu kişilerde depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Yeme bozukluklarında depresyondan sonra anksiyete bozukluğu en fazla görülen eş tanı olarak saptanmıştır. Yeme bozuklukları hastalarının beşte üçünde anksiyete bozukluğuna rastlanmıştır. Ayrıca araştırmalarda yeme bozukluğu hastalarında panik atak ve agorafobinin yeme bozukluğu teşhisinden daha önce konulduğu sonucuna ulaşılmıştır (Halimi ve ark. 1991, Halimi 2003, Kaye ve ark. 2004; Vardar ve Erzengin, 2011). Yeme bozukluğuna en çok eşlik eden anksiyete bozukluğu ise sosyal fobi olarak tespit edilmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011).

Araştırmalara göre yeme bozukluğu olan hastaların yaşamları boyunca en az bir kez depresif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. Holtkamp ve arkadaşları (2005) üç yıllık bir çalışmanın ardından yeme bozukluğu iyileşen hastaların bile daha sonrasında depresyon tanısı alabildiklerini belirtmiştir. Çelik ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin tanı almayanlara göre

depresyon puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ewell ve arkadaşlarının (1996) bir çalışmasında ise yeme bozukluğu hastalarının çoğunda en az bir anksiyete bozukluğunun olduğu saptanmıştır.

Bulimik hastalarla yapılan bir çalışmada bulimik hastaların utanç duygusunun oldukça yüksek olduğu ve bu utanç sebebiyle olumsuz duyguları deneyimlemeye daha açık oldukları saptanmıştır. Araştırmada utancın depresif belirtilere ve anksiyete bozukluğuna yol açabileceği tartışılmıştır. Özetle duyguların yeme tutumuna etkisi duygusal yeme gibi bir kavramın literatüre kazandırılmasıyla anlaşılmaktadır. Yeme tutumunun anksiyete ve depresyon seviyesiyle ilişkisinin araştırıldığı pek çok çalışma göstermektedir ki, yeme tutumu ile anksiyete ve depresyon seviyesi arasında ilişkiler mevcuttur. Çoğunlukla bozulmuş yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilişkisi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmanın değişkenlerinin kullanıldığı bir çalışmada yeme bozukluğu hastalarından anksiyete ve depresyona sahip olan grup ile anksiyete ve depresyona sahip olmayan grup arasında duygu düzenleme becerisi arasında bir fark bulunamamış, her iki grupta da duygu düzenleme becerilerinde güçlükler görülmüştür. Buna ek olarak hastaların vücut kitle indeksleri azaldıkça duygu düzenleme becerilerinde de azalma olduğu saptanmıştır (Brockmeyer ve ark., 2013; Kılıç, 2019).

## **BÖLÜM 3**

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyesine etkisinin incelendiği bu çalışma ilişkisel yapılandırma modelinde yapılandırılmış, kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Bu araştırmanın örneklemi İstanbul ilinde bulunan İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümü'ne başvuruda bulunan tip-2 diyabet tanısı almış 274 hasta ile benzer demografik özelliklere sahip kronik hastalığı bulunmayan 234 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılar 18 ile 69 yaş arası bireylerden seçilmiştir. Tip-2 diyabet hastası olmayan grubun yaş ortalaması 36,83, tip-2 diyabet hastası olan grubun ise yaş ortalaması 45,35 olarak saptanmıştır. Ülkemizde son yıllarda diyabetli hasta sayısı 8 milyonu aşmıştır fakat tip-2 diyabet hastalığının belirtileri çok açık olmadığı için birçok kişi hastalığını bilmemekte ve bu anlamda net bir sayıya ulaşılamamaktadır. Örneklemin dışlama kriteri olarak bireylerin tip-2 diyabet hastası olması veya herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olmama kriterleri kullanılmıştır.

Tip-2 diyabet hastası katılımcılardan demografik formda diyabet sürelerinin, tedavi şekillerinin, ailelerinde diyabet hastası bulunup bulunmadığı ve eğer varsa yakınlık derecesinin, hangi sıklıkla sağlık kuruluşuna gittiklerinin bilgisi istenmiştir. Katılımcıların hastalık profillerini tanımlamak adına bu bilgilerden yararlanılmıştır.



Tablo 3.1.'de tüm katılımcıları sosyo-demografik özelliklerine göre değişkenlerin dağılımı ve yüzdeler dağılımları verilmiştir. Katılımcılar tip-2 diyabet olmayan ve tip-2 diyabet olan kişiler olmak üzere iki gruba ayrıldığı için katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bu gruplara göre ayrılmıştır. Tip-2 diyabet olmayanların %52,6'sı (N=123) kadın, %47,4'ü (N=1119) erkek; tip-2 diyabet olanların ise %51,8'i (N=142) kadın, %48,2'si (N=132) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında tip-2 diyabet olmayanların %2,1'i (N=5) okuryazar değil, %0,4'ü (N=1) okuryazar, %9,0'ı (N=21) ilkokul mezunu, %6,4'ü (N=15) ortaokul mezunu, %20,1'i (N=47) lise mezunu, %62,0'ı (N=145) ise üniversite mezunudur. Tip-2 diyabet olanların ise %1,8'i (N=5) okuryazar değil, %5,1'i (N=14) okuryazar, %15,7'si (N=43) ilkokul mezunu, %11,7'si (N=32) ortaokul mezunu, %28,5'i (N=78) lise mezunu, %37,2'si (N=102) ise üniversite mezunudur. Katılımcıların mesleklerine bakıldığında ise tip-2 diyabet olmayanların %15,0'ı (N=35) ev hanımı, %22,6'sı (N=53) memur, %8,5'i (N=20) emekli, %5,6'sı (N=13) işçi, %48,3'ü (N=113) ise diğer meslek gruplarına mensupturlar. Tip-2 diyabet olanların ise %22,6'sı (N=62) ev hanımı, %10,6'sı (N=29) memur, %24,8'i (N=68) emekli, %5,1'i (N=14) işçi, %36,9'u (N=101) ise diğer meslek gruplarına mensupturlar.

Tablo 3.1. Tüm Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri Açısından Sayısal ve Yüzdeler Dağılımları

			N	Yüzdeler Dağılımı
Cinsiyet	Tip-2 Diyabet Değil	Kadın	123	52,6
		Erkek	111	47,4
	Tip-2 Diyabet	Kadın	142	51,8
		Erkek	132	48,2
Eğitim Durumu	Tip-2 Diyabet Değil	Okuryazar d.	5	2,1
		Okuryazar	1	0,4
		İlkokul	21	9,0
		Ortaokul	15	6,4
		Lise	47	20,1

Tablo 3.1. devam

		Üniversite	145	62,0
	Tip-2 Diyabet	Okuryazar d.	5	1,8
		Okuryazar	14	5,1
		İlkokul	43	15,7
		Ortaokul	32	11,7
		Lise	78	28,5
		Üniversite	102	37,2
Meslek	Tip-2 Diyabet Değil	Ev hanımı	35	15,0
		Memur	53	22,6
		Emekli	20	8,5
		İşçi	13	5,6
		Diğer	113	48,3
	Tip-2 Diyabet	Ev hanımı	62	22,6
		Memur	29	10,6
		Emekli	68	24,8
		İşçi	14	5,1
		Diğer	101	36,9

Tablo 3.2.'de ise tip-2 diyabet hastalarının hastalık süreçlerine dair bilgiler ve yüzdeler dağılımlar yer almaktadır. Tip-2 diyabet hastalarının diyabet sürelerine bakıldığında hastaların %6,6'sının (N=18) 1 yıldan az %33,2'sinin (N=91) 1-5 yıl arasında, %31,4'ünün (N=86) 6-10 yıl arasında, %28,8'inin (N=79) ise 11 yılın üzerinde olduğu görülmektedir. Hastaların %70,4'ünün (N=193) oral antidiyabetik tedavisi gördüğü, %6,2'sinin (N=17) insülin tedavisi gördüğü, %5,1'inin (N=14) önce hap sonra insülin tedavisi aldığı, %3,3'ünün (N=9) egzersiz ve diyet yaptığı, %6,9'unun (N=19) egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik kullandığı, %2,9'unun (N=8) sadece diyet yaptığı, %5,1'inin (N=14) oral antidiyabetik ve insülin tedavisini aynı anda aldığı saptanmıştır. Hastaların %86,1'inin (N=236) ailesinde diyabet öyküsü bulunmakta, %13,9'unun (N=38) ailesinde ise diyabet öyküsü bulunmamaktadır. Ailesinde diyabet öyküsü bulunanların %90,7'sinin (N=217)

birinci derece yakını, %9,3'ünün (N=22) ikinci derece yakını olduğu tespit edilmiştir. Hastaların tedavi sıklıklarına bakıldığında ise %11,3'ünün (N=31) rahatsızlandığında sağlık kuruluşuna gittiği, %4,7'sinin ise (N=13) ayda 1 kez, %3,5'inin (N=10) 2 ayda 1 kez, %29,9'unun (N=82) 6 ayda 1 kez, %29,9'unun (N=82) yılda 1 kez sağlık kuruluşuna gittiği, %0,7'lik (N=2) kesimin ise diğer cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 3.2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Hastalıklarına Dair Özellikler

		N	Yüzdelerik Dağılım
Diyabet süresi	1 yıldan az	18	6,6
	1-5 yıl	91	33,2
	6-10 yıl	86	31,4
	11 yıl üzeri	79	28,8
Tedavi şekli	Oral antidiyabetik	193	70,4
	İnsülin	17	6,2
	Önce hap sonra insülin	14	5,1
	Egzersiz ve diyet	9	3,3
	Egzersiz, diyet ve oral ant.	19	6,9
	Sadece diyet	8	2,9
	Oral antidiyabetik ve insülin	14	5,1
Ailede diyabet	Var	236	86,1
	Yok	38	13,9
Yakınlık derecesi	Birinci derece	214	90,7
	İkinci derece	22	9,3
Tedavi sıklığı	Rahatsızlandığımda	31	11,3
	Ayda 1 kez	13	4,7
	2 ayda 1 kez	10	3,5

Tablo 3.2. devam

3 ayda 1 kez	82	29,9
6 ayda 1 kez	82	29,9
Yılda 1 kez	54	19,7
Diğer	2	0,7

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına dair bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve bu sebeple katılımcıların öncelikle “Bilgilendirilmiş onam Formu (Ek 1)”nu imzalamaları istenmiştir. Ardından veri toplama araçları olarak örneklem grubuna Sosyo-Demografik Form (Ek 2), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD) (Ek 3), Duygu Düzenleme Ölçeği – Kısa Formu (DDGÖ-16) (Ek 4)ve Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ) (Ek-5) uygulanmıştır.

#### 3.3.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HAD):

Bedensel bir hastalığı olan ve sağlık hizmeti almak amacıyla hastanelere başvuran bireylerin anksiyete ve depresyon seviyelerini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, 14 soruluk, 4'lü likert tipli bireyin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Sorulardan tek rakama sahip olanlar anksiyeteyi, çift rakama sahip olanlar ölçmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2006; Özdemir ve ark., 2011). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye için anksiyete kesme puanı 10/11, depresyon kesme puanı ise 7/8 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde cevap veren bireyler risk altındadır. En düşük ölçek puanı 0, en yüksek ise 21'dir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasına bakıldığında Cronbach Alfa değeri anksiyete için 0.8525; depresyon için 0.7784 bulunmuştur. Maddeler arasındaki korelasyon katsayısına bakıldığında anksiyete için 0.8161 ile 0.8547 arasında; depresyon için 0.7374 ile 0.7795 arasında değerler bulunmuştur Geçerlilik çalışması için faktör analizi

yapıldığında ise anksiyete ölçeğinin tek faktörlü, depresyon ölçeğinin ise çift faktörlü olduğu saptanmıştır. (Özdemir ve ark.,2011). Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı anksiyete alt boyutu için 0.76; depresyon alt boyutu içinse 0.66 olarak saptanmıştır. Buradan hareketle çalışmanın bu aşamasında katılımcılar güvenilir ifadeler kullanmıştır denilebilir.

### **3.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Formu (DDGÖ-16):**

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Formu Yiğit ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılarak geliştirilmiştir. Yiğit ve ark., yaşları 18-28 arasında 169 kız ve 147 erkek olmak üzere 316 lisans öğrencisi ile yürüttüğü bu çalışmada katılımcılara DDGÖ-16, Kısa Semptom Envanteri, Kabul ve Eylem Anketi-II ve Berkeley Anlatım Ölçekleri uygulanmıştır. DDGÖ-16 ölçeğinin faktör yapısını araştırmak adına doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Cinsiyetler arası farkı önlemek içinse çoklu grup doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında DDGÖ-16'nın güçlü psikometrik özelliklerinin bulunduğunu, beş faktörlü yapısının cinsiyet genelinde eşit sonuçlar verdiği gözlemlendi. Ölçeğin 1. ve 2. Maddeleri “açıklık”; 3,7 ve 15. Maddeler “amaçlar”; 4,8 ve 11. Maddeler “dürtüler”; 5,6,12,14 ve 16. Maddeler “stratejiler”; 9,10 ve 13. Maddeler ise “kabul etmeme” alt boyutlarını kapsamaktadır. Ölçeğin güvenilirliğine bakıldığında test için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.89 ve alt boyutlar için 0.49 ile 0.75 arasında olduğu saptanmıştır. Tüm alt boyutlardaki maddeler arasındaki korelasyon değerinin 0.30'dan yüksek olduğu bulunmuştur. Geçerliliğe bakıldığında tüm alt boyutların birbirleriyle bağlantılı olduğu ve beklenen yönde 0.01 istatistiksel anlamlılık düzeyinde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bulgular DDGÖ-16'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik sonuçlarının anlamlı olduğunu göstermektedir (Vatan ve Kâhya; 2018). Bu çalışmada Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı açıklık alt boyutu için 0.86; amaçlar alt boyutu için 0.81; dürtü alt boyutu için 0.78; strateji alt boyutu için 0.84; kabul etmeme alt boyutu için 0.79 olarak saptanmıştır.

### 3.3.3. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ):

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği'ni, 1986'da Van Strien ve arkadaşları geliştirmiştir. Ölçek Nuray Bozan tarafından 2009 yılında Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin yapı geçerliliği 0.52 ile 0.90 arasında değişmektedir. Faktör analizi sırasında belirlenen 3 faktör DEBQ'nun %63,29'unu açıklamaktadır.

Ölçek orijinalinde olduğu gibi 3 alt ölçekten ve 33 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler "Duygusal Yeme" (13 madde), "Kısıtlayıcı Yeme" (10 madde), "Dışsal Yeme" (10 madde)dir. Alt ölçeklerin faktörleri 0.52 ile 0.90 arasındadır. Alt ölçekler için Cronbah Alfa değerleri; duygusal yeme için 0.92, dışsal yeme için 0.90 ve kısıtlayıcı yeme için 0.91 şeklindedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.94'tür. Ölçeğin test tekrar güvenirliğine bakıldığında duygusal yeme için 0.30, kısıtlayıcı yeme için 0.93 ve dışsal yeme için 0.91 olduğu görülmektedir. Tüm ölçeğin test tekrar güvenirliği sonucu ise 0.72'dir. Bu bilgiler doğrultusunda bakıldığında "Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği"nin Türkiye'de kullanılabilir geçerlik ve güvenirlik sonuçlarına sahip olduğu görülmektedir.

Ölçeğin değerlendirmesine bakıldığında ise her bir alt grup kendi içinde puanlandırılmakta ve toplam skor bulunmamaktadır. Alt ölçeklerin kendi içlerinde likert tipine göre aldıkları puanlar yükseldikçe bireylerin olumsuz yeme davranışı gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı kısıtlayıcı yeme için 0.82; duygusal yeme için 0.94; dışsal yeme için 0.89 olarak saptanmıştır. Bu anlamda bakıldığında katılımcılar tüm ölçeklerde güvenilir ifadeler kullanmışlardır.

### 3.4. İşlem

Araştırmada sırasıyla Sosyo-Demografik Form , Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD), Duygu Düzenleme Ölçeği – Kısa Formu (DDGÖ-16) ve Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ) 508 katılımcıya uygulanmıştır. Katılımcıların 234'ü tip-2 diyabet olmayan bireylerden; 274'ü ise tip-2 diyabet hastası bireylerden oluşmaktadır. Tip-2 diyabet grubu İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin

Endokrinoloji Bölümü'ne başvuran gönüllü 274 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olduğu için hastaneden onay almak gerekmemiştir.

Araştırmanın etik kurul onayı 1 Ekim 2020 tarihinde alınmıştır. Araştırmanın verileri 7 Ekim 2019-27 Ocak 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Tip-2 diyabet hastası olmayan katılımcılar için seçme kriteri tip-2 diyabet hastalarıyla benzer sosyo-demografik özelliklere sahip olması olarak belirlenmiştir. Katılımcılar ölçekleri bireysel olarak doldurmuşlardır. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formunda yer alan tüm özellikler anlatılmış, gizlilik esası belirtilmiştir. Katılımcılar ölçekleri doldurmaları 15-20 dk sürmüştür.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Çalışma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 22.00'ten yararlanılmıştır. Demografik özelliklerin karşılaştırılmasında ve tip-2 diyabet hastaları ile kronik hastalığı olmayan bireylerin yeme tutumu, duygu düzenleme güçlükleri, anksiyete ve depresyon seviyelerini karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve MANOVA uygulanmıştır. Tüm değişkenlerin aralarındaki ilişki ise korelasyon ve çoklu regresyon analizleriyle elde edilmiştir. Elde edilen bulguların değerlendirilmesi %5 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığındadır.

## BÖLÜM 4

### 4. BULGULAR

Sosyo-demografik formda tüm katılımcıların yaşı, cinsiyet, eğitim durumu ve meslekleri hakkında bilgi toplanmıştır. Tip-2 diyabet hastalarının ise diyabet süreleri, tedavi şekilleri, ailelerinde diyabet öyküsünün bulunup bulunmadığı ile ilgili, ailede diyabetli yakını olan kişilerin yakınlık dereceleri ve hangi sıklıkta doktor kontrolüne gittikleri hakkında bilgi alınmıştır. Katılımcıların anksiyete ve depresyon seviyelerini ölçmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), duygu düzenleme güçlüklerini ölçmek için Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin Kısa Formu (DDGÖ-Kısa Form), yeme tutumlarını ölçmek için ise Hollanda Yeme Tutumu Ölçeği kullanılmıştır.

Tablo 4.1.'de tip-2 diyabet hastalarının diyabet sürelerinin yeme tutumuna etkisinin ölçüldüğü MANOVA analizi sonuçlarına göre diyabet sürelerinin yeme tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmektedir (Wilks Lambda=,900;  $F(3)=2,88$ ;  $p<.05$ ). Fakat yeme tutumu alt boyutlarına bakıldığında diyabet sürelerinin dışsal yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre tip-2 diyabet hastalarının diyabet süresi 1-5 yıl arasında ( $O=2,68$ ;  $SS=,88$ ) ve 6-10 yıl arasında ( $O=2,77$ ;  $SS=,85$ ) olanların dışsal yeme tutumuna etkisi diyabet süreleri 11 yıl ve üzeri ( $O=2,38$ ;  $SS=,89$ ) olanlardan daha fazladır. Diğer diyabet sürelerinin dışsal yeme tutumu üzerindeki etkileri ise anlamlı değildir.

Tablo 4. 1. Tip-2 Diyabet Hastalarının Diyabet Sürelerinin Yeme Tutumuna Etkisine Göre MANOVA Analizi

		N	O	SS	F	df	p
Kısıtlayıcı	1 yıldan az	18	2,85	,80	,633	3	,59
Yeme	1-5 yıl	91	2,76	,88			
	6-10 yıl	86	2,87	,89			



Tablo 4.1. devam

	11 yıl ve üzeri	79	2,68	,94			
Duygusal	1 yıldan az	18	2,29	1,40	,953	3	,41
Yeme	1-5 yıl	91	2,17	,95			
	6-10 yıl	86	2,07	,81			
	11 yıl ve üzeri	79	1,98	,89			
Dışsal	1 yıldan az	18	2,59	,90	2,881	6	,03
Yeme	1-5 yıl	91	2,68	,88			
	5-10 yıl	86	2,77	,85			
	11 yıl ve üzeri	79	2,38	,89			

Tablo 4.2.'de tip-2 diyabet hastalarının tedavi şekillerinin yeme tutumuna etkisinin ölçüldüğü MANOVA analizi sonuçlarına göre tedavi şekillerinin yalnızca duygusal yeme tutumunun yeme tutumu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (Wilks Lambda=,957;  $F(6)=2,32$ ;  $p<.05$ ). Tedavi şekillerinden insülin kullanımının ( $O=2,53$ ;  $SS=1,08$ ) duygusal yeme tutumuna etkisi oral antidiyabetik kullanımından ( $O=2,03$ ;  $SS=,82$ ) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Önce hap sonra insülin kullananların ( $O=2,74$ ;  $SS=,99$ ) ise yeme tutumu üzerindeki etkisi; oral antidiyabetik kullanımı ile tedavi olanlardan, egzersiz ve diyet ile tedavi olanlardan ( $O=1,83$ ;  $SS=,88$ ) egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik ile tedavi olanlardan ( $O=2,07$ ;  $SS=1,34$ ) daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda kullanılan tedavi şekillerine dair ifadelerin sayısının fazla olması sebebiyle tedavi şekli oral antidiyabetik kullananlar ve insülin kullananlar olarak iki ifadeye düşürüldü ve gruplar arası fark için t-testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre insülin ve oral antidiyabetik kullananların yalnızca duygusal yeme tutumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $t(272)=-2,65$ ,  $p<.05$ ). T-test sonucuna göre insülin tedavisi alanların ( $O=2,03$ ;  $SS=2,03$ ) oral antidiyabetik tedavisi alanlara ( $O=2,41$ ;  $SS=1,06$ ) göre duygusal yeme tutumuna daha fazla etki ettiği saptanmıştır. Bu doğrultuda bakıldığında MANOVA analizi ile t-test sonucunda benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 4. 2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Tedavi Şeklinin Yeme Tutumuna Etkisine Göre MANOVA Analizi

		N	O	SS	F	df	p
Kısıtlayıcı Yeme	Oral Ant.	193	2,75	,90	1,437	6	,23
	İnsülin	17	2,67	,77			
	Önce hap sonra ins.	14	3,20	,82			
	Egz. ve diyet	9	2,60	,89			
	Egz., diyet, oral ant	19	3,07	,93			
	Sadece diyet	8	2,91	,46			
	Oral ant. ve insülin	14	2,46	1,02			
Duygusal Yeme	Oral ant.	193	2,03	,82	2,328	6	,03
	İnsülin	17	2,53	1,08			
	Önce hap sonra ins.	14	2,74	,99			
	Egz. ve diyet	9	1,83	,88			
	Egz., diyet, oral ant.	19	2,00	,91			
	Sadece diyet	8	2,07	1,34			
	Oral ant. ve insülin	14	1,93	1,01			
Dışsal Yeme	Oral ant.	193	2,64	,89	1,881	6	,08
	İnsülin	17	2,84	,86			
	Önce hap sonra ins.	14	3,02	,77			
	Egz. ve diyet	9	2,24	,66			
	Egz, diyet, oral ant.	19	2,32	,96			
	Sadece diyet	8	2,62	,71			
	Oral ant. ve insülin	14	2,19	,87			

Tablo 4.3.'de tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan bireylerin anksiyete ve depresyon seviyeleri, duygu düzenleme güçlükleri ve yeme tutumları değişkenlerine göre aralarındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan grubun arasında anksiyete seviyeleri ( $t(506)=-4,70$ ;  $p<.05$ ), depresyon

seviyeleri ( $t(506)=-6,00$ ;  $p<.05$ ), kısıtlayıcı yeme tutumları ( $t(506)=-4,43$ ;  $p<.05$ ) ve dışsal yeme tutumları ( $t(506)=2,12$ ;  $p<.05$ ) açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Tip-2 diyabet hastası olanların ( $O=1,18$ ;  $SS=,53$ ) anksiyete seviyesi, tip-2 diyabet olmayanlara göre ( $O=,96$ ;  $SS=,52$ ) daha fazladır. Depresyon seviyesine bakıldığında tip-2 diyabet hastası olanların ( $O=1,16$ ;  $SS=,47$ ) depresyon seviyesi tip-2 diyabet hastası olmayanlara ( $O=,91$ ;  $SS=,47$ ) daha fazladır. Kısıtlayıcı yeme tutumuna bakıldığında tip-2 diyabet hastalarının ( $O=2,78$ ;  $SS=,90$ ) puanı, tip-2 diyabet hastası olmayanlara ( $O=2,42$ ;  $SS=,90$ ) daha fazladır. Dışsal yeme tutumunda ise tip-2 diyabet hastası olmayanların ( $O=2,79$ ;  $SS=,89$ ) puanları tip-2 diyabet hastası olanlara ( $O=2,62$ ;  $SS=,88$ ) göre daha yüksektir.

Ek olarak tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan bireylerin arasında duygu düzenleme güçlüğüne dair açıklık, dürtü, amaçlar, strateji, kabul etmeme alt boyutlarına ve duygusal yeme tutumlarına yönelik anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.3. Tip-2 Diyabet Hastaları ile Tip-2 Diyabet Hastası Olmayan Bireylerin HAD Ölçeği Alt Boyutları, DDGÖ-Kısa Form'un Alt Boyutları ve Hollanda Yeme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarına Göre T- testi İncelemesi

		N	O	SS	t	df	p
Anksiyete	Tip-2 DM Olmayan	234	,96	,52	-4,709	506	,00
	Tip-2 DM	274	1,18	,53			
Depresyon	Tip-2 DM Olmayan	234	,91	,42	-6,003	506	,00
	Tip-2 DM	274	1,16	,47			
Açıklık	Tip-2 DM Olmayan	234	2,18	,93	-,069	506	,94
	Tip-2 DM	274	2,19	,82			
Dürtü	Tip-2 DM Olmayan	234	1,99	,94	-1,327	506	,18
	Tip-2 DM	274	2,10	,83			
Amaçlar	Tip-2 DM Olmayan	234	2,32	1,04	1,241	506	,21
	Tip-2 DM	274	2,22	,85			

Tablo 4.3. devam

Strateji	Tip-2 DM Olmayan	234	1,96	,88	-1,218	506	,22
	Tip-2 DM	274	2,05	,77			
Kabul Etmeme	Tip-2 DM Olmayan	234	1,94	,94	-1,425	506	,15
	Tip-2 DM	274	2,05	,82			
Kısıtlayıcı Yeme	Tip-2 DM Olmayan	234	2,42	,90	-4,437	506	,00
	Tip-2 DM	274	2,78	,90			
Duygusal Yeme	Tip-2 DM Olmayan	234	2,01	,99	-,992	506	,35
	Tip-2 DM	274	2,09	,90			
Dışsal Yeme	Tip-2 DM Olmayan	234	2,79	,89	2,212	506	,02
	Tip-2 DM	274	2,62	,88			

Tablo 4.4.'de tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçlarına göre duygu düzenleme güçlükleri alt boyutlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilişkisi aynı yöndedir. Anksiyete seviyesinin açıklık alt boyutunun ile ( $r=,291$ ;  $p<.001$ ), dürtü alt boyutu ile ( $r=,338$ ;  $p<.001$ ), amaçlar alt boyut ile ( $r=,270$ ;  $p<.001$ ), kabul etmeme alt boyutu ile ( $r=,316$ ;  $p<.001$ ) ve strateji alt boyutu ile ( $r=,410$ ;  $p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Depresyon seviyesinin açıklık alt boyutu ile ( $r=,269$ ;  $p<.001$ ), dürtü alt boyutu ile ( $r=,284$ ;  $p<.001$ ), amaçlar alt boyutu ile ( $r=,261$ ;  $p<.001$ ), kabul etmeme alt boyutu ile ( $r=,227$ ;  $p<.001$ ) strateji alt boyutu ile ( $r=,342$ ;  $p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri arttıkça anksiyete ve depresyon seviyeleri de artmaktadır.

Tablo 4.4. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları ile Anksiyete ve Depresyon Seviyeleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7
1. Açıklık		,686**	,783**	,630**	,679**	,291**	,269**
2. Dürtü			,762**	,805**	,833**	,338**	,214**
3. Amaçlar				,662**	,782**	,270**	,261**
4. Kabul Etmeme					,755**	,316**	,227**
5. Strateji						,410**	,342**
6. Anksiyete							,631**
7. Depresyon							

\*\* p<0.01

Tablo 4.5.'da tip-2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon seviyeleri ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçlarına göre anksiyete seviyesi ile duygusal yeme tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=,159$ ;  $p<.001$ ), depresyon seviyesi ile kısıtlayıcı yeme tutumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=-,195$ ;  $p<.001$ ) saptanmıştır. Bulgulara göre tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyeleri arttıkça duygusal yeme tutumlarında da artış meydana gelmektedir. Hastaların depresyon seviyeleri arttıkça kısıtlayıcı yeme tutumlarında azalma meydana gelmektedir.

Tablo 4.5. Tip-2 Diyabet Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Seviyeleri ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5
1. Anksiyete		,631**	-,094	,159	,074
2. Depresyon			-,195**	,038	-,026
3. Kısıtlayıcı Yeme				,243**	,355**
4. Duygusal Yeme					,469**
5. Dışsal Yeme					

\*\* p<0.01

## 4.2. Çoklu Regresyon Analizi'ne Dair Bulgular

Analizin bu aşamasında ilk olarak tip-2 diyabet hastalarını regresyon analizine katabilmek için kukla değişkeni (dummy variable) oluşturulmuştur. Analiz iki modelden oluşmaktadır. Model 1, tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumunun anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisine yöneliktir. Model 2'de ise hem tip-2 diyabet hastaları hem de duygu düzenleme güçlüğü, yeme tutumu, anksiyete ve depresyon seviyeleri yer almaktadır. Analizler ilk önce duygu düzenleme güçlüğü ile yeme tutumunun toplam puanlarına yönelik olarak, sonrasında ölçeklerin alt boyutlarını da ilave ederek gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.2.1.'de tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüğü ile yeme tutumunun anksiyete seviyesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz aşamasında öncelikle yalnızca tip-2 diyabet hastalığının anksiyete seviyesi üzerindeki etkisine bakılmış, ardından yeme tutumu ve duygu düzenleme güçlükleri analize dahil edilmiştir. Bu tabloya göre tip-2 diyabet hastalığının anksiyete seviyesi üzerinde ( $\beta=187$ ;  $t(506)=4,75$ ;  $p<.05$ ) pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir. Tip-2 diyabet hastalığının anksiyete seviyesine ilişkin toplam varyansın %4'ünü açıkladığı söylenebilir ( $R^2=.04$ ). Tip-2 diyabet hastalığı, yeme tutumu ve duygu düzenleme güçlüklerinin anksiyete seviyesi üzerindeki etkisine bakıldığında ise tip-2 diyabet hastalığı ile duygu düzenleme güçlüğü toplam puanının anksiyete üzerinde ( $\beta=,441$ ;  $t(504)=10,53$ ;  $p<.05$ ) pozitif bir etkisi vardır. Tip-2 diyabet hastalığı ve duygu düzenleme güçlüğü anksiyete seviyesine ilişkin toplam varyansın %22'sini açıklamaktadır ( $R^2=.22$ ).

Tablo 4.2.1. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Yeme Tutumu Toplam Puanlarının Anksiyete Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi

	Model 1	Model 2
Sabit	22.17	49.34
Tip-2 Diyabet	.20**	.18***
Duygu Düzenleme Güçlüğü		.44***
Yeme Tutumu		-.03
R <sup>2</sup>	.04	.22

Not: Standardize edilmiş regresyon katsayıları kullanılmıştır. N=508

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

Tablo 4.2.2’de tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüğü ile yeme tutumu toplam puanlarının depresyon seviyesi üzerindeki etkisine bakıldığında tüm değişkenlerin depresyon seviyesini yordadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Analizin ilk aşamasında yalnızca tip-2 diyabet hastalığının depresyon seviyesi üzerindeki etkisine, ardından tip-2 diyabet hastalığının yeme tutumu ve duygu düzenleme güçlüklerinin depresyon seviyesi üzerindeki etkisine bakılmıştır. Buna göre tip-2 diyabet hastalığı, depresyon seviyesine ( $\beta=,251$ ;  $t(506)=6,24$ ;  $p<.05$ ) pozitif yönde etki etmektedir. Tip-2 diyabet hastalığı depresyon seviyesine ilişkin toplam varyansın %6’sını açıklamaktadır ( $R^2=06$ ). Tablonun devamında duygu düzenleme güçlüğü’nün ( $\beta=,366$ ;  $t(504)=8,51$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini pozitif; yeme tutumunu ( $\beta=-,167$ ;  $t(504)=-3,89$ ;  $p<.05$ ) ise negatif yönde yordadığı görülmektedir. Tip-2 diyabet hastalığı, duygu düzenleme güçlüğü ile yeme tutumu depresyona ilişkin toplam varyansın %18’ini açıklamaktadır ( $R^2=18$ ).

Tablo 4.2.2. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Yeme Tutumu Toplam Puanlarının Depresyon Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi

	Model 1	M.odel 2
Sabit	36.03	38.20
Tip-2 Diyabet	.25***	.25***
Duygu Düzenleme Güçlüğü		.36***
Yeme Tutumu		-,16***
R <sup>2</sup>	.06	.18

Not: Standardize edilmiş regresyon katsayıları kullanılmıştır. N=508

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

Tablo 4.2.3.’de Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumu alt boyutlarının depresyon seviyesi üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizinde tip-2 diyabet hastalarının, kısıtlayıcı yeme tutumunun, duygusal yeme tutumunun, açıklık, strateji ve amaçlar alt boyutlarının depresyon seviyesi üzerinde etkileri olduğu görülmektedir. Tip-2 diyabet hastalığının depresyon seviyesine etkisi ( $\beta=,187$ ;  $t(506)=4,67$ ;  $p<.05$ ) pozitif yöndedir. Tip-2 diyabet hastalığı depresyon seviyesine ilişkin toplam varyansın %6’sını açıklamaktadır ( $R^2=06$ ). Tüm değişkenler ele alındığında tip-2 diyabet hastalığı

pozitif yönde ( $\beta=,187$ ;  $t(499)=4,67$ ;  $p<.05$ ); kısıtlayıcı yeme tutumu ( $\beta=-,125$ ;  $t(499)=-3,00$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini negatif yönde; duygusal yeme tutumu ( $\beta=,104$ ;  $t(499)=2,30$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini pozitif yönde; açıklık alt boyutu ( $\beta=,231$ ;  $t(499)=3,40$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini pozitif yönde; amaçlar alt boyutu ( $\beta=-,216$ ;  $t(499)=-2,79$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini negatif yönde; strateji alt boyutu ( $\beta=,396$ ;  $t(499)=5,13$ ;  $p<.05$ ) depresyon seviyesini pozitif yönde yordamaktadır. Tip-2 diyabet hastalığı, kısıtlayıcı yeme tutumu, duygusal yeme tutumu, açıklık, amaçlar ve strateji alt boyutları depresyon seviyesine ilişkin toplam varyansın %20'sini açıklamaktadır ( $R^2=.20$ ).

Tablo 4.2.3. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Yeme Tutumu Alt Boyutlarının Depresyon Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi

	Model 1	Model 2
Sabit	36.33	12.01
Tip-2 Diyabet	.25***	.24***
Kısıtlayıcı yeme		-.13*
Duygusal yeme		.00
Dışsal yeme		-.08
Açıklık		.17*
Dürtü		.08
Amaçlar		-.16*
Kabul etmeme		-.07
Strateji		.35***
$R^2$	.06	.20

Not: Standardize edilmiş regresyon katsayıları kullanılmıştır. N=508

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

Tablo 4.2.4.'de Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumu alt boyutlarının anksiyete seviyesi üzerindeki etkisinin incelendiği regresyon analizinde tip-2 diyabet hastalığının, kısıtlayıcı yeme tutumunun, açıklık, amaçlar ve strateji alt boyutlarının anksiyete seviyesini yordadığı görülmektedir. Tip-2 diyabet hastalığının ( $\beta=,248$ ;  $t(506)=4,67$ ;  $p<.05$ ) anksiyete seviyesini pozitif yönde yordamaktadır. Tip-2 diyabet hastalığı anksiyete ilişkin toplam varyansın



%4'ünü açıklamaktadır ( $R^2=04$ ). Tablonun devamında tip-2 diyabet hastalığının ( $\beta=,248$ ;  $t(499)=5,95$ ;  $p<.05$ ) pozitif yönde; kısıtlayıcı yeme tutumunun ( $\beta=-,137$ ;  $t(498)=-3,17$ ;  $p<.05$ ) anksiyete seviyesine etkisinin negatif yönde; açıklık alt boyutunun ( $\beta=,176$ ;  $t(498)=2,49$ ;  $p<.05$ ) anksiyete seviyesine etkisinin negatif yönde; amaçlar alt boyutunun ( $\beta=-,160$ ;  $t(498)=-1,99$ ;  $p<.05$ ) anksiyete seviyesine etkisinin pozitif yönde; strateji alt boyunun ( $\beta=,352$ ;  $t(498)=4,38$ ;  $p<.05$ ) anksiyete seviyesine etkisinin pozitif olduğu görülmektedir. Tip-2 diyabet hastalığının kısıtlayıcı yeme tutumunun, açıklık, amaçlar ve strateji alt boyutları anksiyete seviyesinde ilişkin toplam varyansın %26'sını açıklamaktadır ( $R^2=26$ ).

Tablo 4.2.4. Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Yeme Tutumu Alt Boyutlarının Anksiyete Seviyesine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi

	Model 1	Model 2
Sabit	22.17	20.21
Tip-2 Diyabet	.20***	.18***
Kısıtlayıcı yeme		-.12**
Duygusal yeme		.10*
Dışsal yeme		-.01
Açıklık		.23***
Dürtü		.00
Amaçlar		-.21**
Kabul etmeme		.03
Strateji		.39***
$R^2$	.04	.26

Not: Standardize edilmiş regresyon katsayıları kullanılmıştır. N=508

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

## **BÖLÜM 5**

### **5. TARTIŞMA**

Bu araştırmada tip-2 diyabet hastalarının yeme tutumları ile duygu düzenleme güçlüklerinin anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Çalışmada tip-2 diyabet hastalarının diyabet sürelerinin ve tedavi şekillerinin yeme tutumuna etkisi, duygu düzenleme güçlüğü ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişki ve anksiyete ve depresyon seviyesi ile yeme tutumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Son olarak tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmamızın bulguları literatürle karşılaştırılmış ve bulguların literatüre katkısı incelenmiştir. Araştırmanın bulguları ile literatür bilgileri tartışılmış ve araştırmanın sınırlılıkları tespit edilerek sonraki çalışmalar için öneriler sunulmuştur. Araştırmamızda ilk olarak tip-2 diyabet hastalarının diyabet sürelerinin yeme tutumuna etkisi incelenmiştir. Bulgulara göre 1-5 yıl ile 6-10 yıl arasında tip-2 diyabet hastası olan bireylerin 11 yıl ve üzeri diyabet hastası olanlara göre dışsal yeme tutumuna etkileri daha fazladır. Üstünsoy Çobanoğlu (2008)'nin bir çalışmasında diyabet süresinin bozulmuş yeme tutumu ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Fakat tip-2 diyabet hastalarının %90'ının diyabet tanısı almadan önce yeme bozukluğu tanısı almış olduğunu belirtmiştir. Bu anlamda bakıldığında diyabet hastalarının diyabet süresi fark etmeksizin yeme davranışlarında bozulmalar görülmektedir. Araştırmamızın ilk hipotezi 11 yıl ve üzerinde diyabet hastası olan bireylerin olumsuz yeme tutumuna daha fazla sahip olacağıydı fakat bulgular sonucunda hipotezimiz doğrulanmamıştır. Fakat literatüre diyabet süreleri daha az olan bireylerin 11 yıl ve üzerinde diyabet hastası olanlara göre daha fazla dışsal yeme tutumu geliştirmesiyle birlikte katkı sağlamıştır.

Diyabet süresi 1-5 yıl arasında olanlar ile 6-10 yıl arasında olanların dışsal yeme tutumunun daha fazla olmasının sebebi ise hastalığı daha az tecrübe etmiş bireylerin hastalığın çeşitli komplikasyonlarını görece daha az deneyimlemeleri olabilir. Dışsal yeme tutumu, yemeğin lezzetinden, görünüşünden veya kişinin etrafındaki insanların yönlendirilmesinden etkilenerek gıda tüketimiyle gerçekleşmektedir. Diyabet süresi kısa olanların, bu tarz dışsal deneyime daha açık olmaları beklenilebilecek bir durumdur.

Tip-2 diyabet hastalarının tedavi şekillerinin yeme tutumuna etkisine bakıldığında insülin kullanımının duygusal yeme tutumuna etkisi oral antidiyabetik kullanımından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamda bakıldığında araştırmamızın ilk hipotezi insülin kullanan tip-2 diyabet hastalarının diğer tedavi şekillerini kullanan bireylere göre bozulmuş yeme tutumunun daha fazla olacağına yöneliktir ve araştırmamızın bulguları bunu kanıtlamıştır. Ek olarak önce hap sonra insülin kullananların ise yeme tutumu üzerindeki etkisi; oral antidiyabetik kullanımı ile tedavi olanlardan, egzersiz ve diyet ile tedavi olanlardan, egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik ile tedavi olanlardan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ustaoğlu ve Tan (2017)'a göre insülin kullanan diyabet hastaları hastalığı daha çok ciddiye almaktadır. İnsülin kullanımını ciddiye alan hastalar hastalığa yönelik negatif tutum geliştirmektedirler ve bu da hastaların insülin bağımlısı olmasına ve tedavi metodunun işe yaramamasına kadar varmaktadır. İnsüline bağımlı olmayan hasta grubuna bakıldığında diyabet hastalığını daha az ciddiye aldıkları saptanmıştır. Kişi insülin kullanımına başladığında hastalığın ciddiyetinin farkına vararak bozulmuş yeme tutumu geliştirebilir. Araştırmamızda insülin kullanan bireylerin duygusal yeme tutumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İnsülin kullanımı kişinin hastalığın ciddiyetiyle yüzleştiği ve görece sarsıcı bir an olmaktadır. Duygusal yeme tutumunda birey çoğunlukla olumsuz duygu durumlarını yaşarken yemeğe yönelmektedir. Bu doğrultuda insülin kullanan bireylerin duygusal yeme tutumu geliştirmeleri oldukça anlaşılabilir bir durumdur.

Literatüre göre diyabet hastalarında en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklar anksiyete ve depresyondur. Depresyon belirtileri ile diyabete neden olan semptomların birbirini arttırıcı niteliktedir. Diğer bir araştırmaya göre ise diyabet hastalarında anksiyete bozukluklarından birinin görülme ihtimali diğer popülasyona

göre %40 daha fazladır (Popkin ve ark., 1988; Yüksel, 2007). Günalay ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına bakıldığında kişinin kan şekeri ile depresyon düzeyi ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sayın ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında diyabet süresi arttıkça hastaların depresyon ve anksiyete seviyeleri artmakta olduğu saptanmıştır. Sayın'ın araştırmasında hastaların %48.4'ünde anksiyete belirtileri, %67.3'ünün depresif belirtiler gösterdiği ve bu oranın genel popülasyonun anksiyete ve depresyon belirtisi gösterme oranında daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu anlamda bakıldığında araştırmamızın bulguları literatürle benzer sonuçlara sahiptir. Araştırmamızın bulgularına göre tip-2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon seviyesi tip-2 diyabet hastası olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın hipotezlerine bakıldığında bu sonucun beklendiği ve hipotezimizin de bu anlamda doğrulandığı görülmektedir.

Literatürde hem kronik hastalığı olan bireylerle yürütülen çalışmalarda hem de tip-2 diyabet hastalarıyla yürütülen farklı çalışmalarda kronik hastalığı olan veya tip-2 diyabet hastası olan grubun duygu düzenleme becerilerinde problemler olduğu görülmektedir (Ghiasvand ve ark., 2015; Delahanty ve ark., 2007). Rasmussen ve arkadaşlarına (2013) göre tip-2 diyabet hastası olan grup, diyabet hastası olmayan gruba göre amaç geliştirmede, problem çözmede daha yetersizdir. Literatürde tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüklerini ele alan çalışma sayısı çok yetersizdir. Araştırmamızın bulgularında tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan bireylerin duygu düzenleme güçlüklerinde anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Tip-2 diyabet hastalarının anksiyete ve depresyon seviyeleri tip-2 diyabet hastası olmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur ve bu anlamda bakıldığında tip-2 diyabet hastalarıyla tip-2 diyabet hastası olmayan bireylerin duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı bir farklılık saptanamaması ilginçtir. Bu anlamda anksiyete ve depresyonun duygu, düşünce ve davranış gibi daha fazla karmaşık bir içeriğinin olması; duygu düzenleme güçlüğünde yalnızca duygulara odaklanılmasının bu farklılığa sebep olabileceği düşünülmektedir.

Tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan grubun karşılaştırıldığı bir diğer konu ise yeme tutumudur. Araştırmamızda tip-2 diyabet hastası grubun kısıtlayıcı yeme tutumu puanı, tip-2 diyabet hastası olmayan grubun ise dışsal yeme tutumu puanının daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde tip-2

diyabet hastalarının %90'ının obez olduğu bilgisi yer almaktadır (Güzel, 2014). Tip-2 diyabet hastalığı doğrudan bireyin yeme davranışıyla ilgili olduğu için pek çok araştırmada tip-2 diyabet hastalarının çeşitli yeme bozukluklarıyla savaştığı veya hastaların bozulmuş yeme tutumuna sahip olduğu belirtilmiştir (Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2008). Güzel (2014), bir çalışmasında tip-2 diyabet hastalarının %36,6'sının tıknırcasına yeme atakları geçirdiğini saptamıştır. Tıknırcasına yeme atakları kısıtlayıcı yeme tutumunu ardından gelişen bir durum olduğu için tip-2 diyabet hastalarının kısıtlayıcı yeme tutumu puanının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Tip-2 diyabet hastalarının dışsal yeme tutumunun daha düşük olmasının sebebi ise hastaların çoğunluğunun obez olması ve bu doğrultuda dışsal etkilere göre seçim yapmalarının kendilerini daha fazla etikete maruz bırakacak olmaları olabilir. Özellikle obez insanların ve tıknırcasına yeme atakları geçiren insanların yalnız yemek yemeyi tercih ettiği bilinmektedir (Güzel, 2014). Bu doğrultuda bakıldığında tip-2 diyabet hastalarının dışsal yeme tutumu puanının daha az olması şaşırtıcı olmamıştır.

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için ilk olarak duygu düzenleme güçlüğü ile anksiyete ve depresyon seviyesi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmamızın bulgularına göre açıklık, dürtü, amaçlar, strateji ve kabul etmeme alt boyutlarının hem anksiyete seviyesiyle hem depresyon seviyesiyle arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygu düzenleme güçlüklerinin tüm alt boyutlarının anksiyete ve depresyon seviyesi ile arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur. Duygu düzenleme güçlüğü yaşıyan kişilerin anksiyete ve depresyon seviyesinin yüksek olması literatürce de desteklenmektedir. Gross (1998), kişinin duygularını bastırması veyahut inkâr etmesinin uzun vadede bireyde çeşitli psikopatolojilere sebep olabileceğini belirtmiştir. Akbulut (2018)'un çalışmasında duygu düzenleme becerilerinde aksaklık olan bireylerin daha fazla depresif belirti gösterdiği saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon; duygu, düşünce ve davranıştaki bozukluklardan kaynaklı psikopatolojik rahatsızlıklar olduğu için duyguların doğrudan etkisi vardır. Araştırmamız da bu anlamda literatüre uygun bir sonuca ulaşmıştır. Duygu düzenleme güçlükleri ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğuna dair oluşturulan hipotezimiz bu doğrultuda doğrulanmıştır.

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenirken ikinci olarak anksiyete ve depresyon seviyesinin yeme tutumu ile arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmamızın bulgularına göre depresyon seviyesi ile kısıtlayıcı yeme tutumunun arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki; anksiyete seviyesi ile duygusal yeme tutumunun arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmalarda yeme bozukluğu eş tanılarında ilk sırada depresyon seviyesi ikinci sırada ise anksiyete seviyesi yer almaktadır (Vardar ve Erzen, 2011). Bozulmuş yeme tutumları ile anksiyete ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişki çoğunlukla pozitif yöndedir. Depresyonun belirtileri arasında iştah açıklığı veya iştah azalması yer almaktadır. Araştırmamızın sonucuna bakıldığında depresyon seviyesi ile kısıtlayıcı yeme tutumu arasında negatif yönde bir ilişki görülmektedir. Kişide depresyon seviyesinin artması kısıtlayıcı yeme tutumunun azalmasına diğer bir ifadeyle bireylerin yeme davranışında kısıtlama yerine artış meydana geldiği saptanmıştır. Depresyon seviyesi yüksek olan bireyler yeme davranışını arttırarak bu durumla daha kolay başa çıkıyor olabilirler. Bu sonuç hipotezimizde beklenmiyordu fakat literatüre bakıldığında anlaşılabilir bir durumdur. Öte yandan anksiyete seviyesi ile duygusal yeme tutumu arasında pozitif yönde bir ilişkinin olması literatürü destekler niteliktedir. Kişinin geleceğe dair endişesinin artması olumsuz duyguların kişide had safhaya oluşması için bir sebeptir. Anksiyete bozukluğu yoğun endişenin, korkunun yer aldığı bir durumdur. Kişiler bu olumsuz duygularla baş etmek için yeme davranışına yönelebilmektedirler. Bu sonuç hipotezimizde beklenen bir sonuçtur. Bu doğrultuda bakıldığında hipotezimiz kısmen doğrulanmıştır.

Araştırmanın son hipotezleri olan tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerinde pozitif etkilerinin olmasına dair beklenti kısmen doğrulanmıştır. Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumunun anksiyete ve depresyon seviyelerine etkisi pozitif yönde anlamlıdır. Yani tip-2 diyabet hastalarının hastalığının olması anksiyete ve depresyon seviyelerine pozitif yönde etki etmektedir. Detaylı bir şekilde bakıldığında ise tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyesi üzerinde duygu düzenleme güçlüğü'nün etkisi pozitif yönde yeme tutumunun bir etkisine rastlanmamıştır. Tip-2 diyabet hastalarının depresyon seviyesi üzerinde ise duygu düzenleme güçlüğü'nün etkisi pozitif, yeme tutumunun etkisi ise negatif yönde ve anlamlıdır. Yani tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyesi

arttıkça aynı zamanda duygu düzenleme güçlükleri de artmaktadır. Depresyon seviyeleri arttıkça da duygu düzenleme becerileri artmakta fakat bu defa yeme tutumun etkisi azalmaktadır.

Regresyon analizine alt boyutlar da dahil edildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır; Tip-2 diyabet hastalarının depresyon seviyesini kısıtlayıcı yeme tutumu ve duygu düzenleme güçlüklerinden amaçlar alt boyutu negatif yönde, duygusal yeme tutumu ve duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık ve strateji alt boyutları ise pozitif yönde etkilemektedir. Yani tip-2 diyabet hastalarının kısıtlayıcı yeme tutumu azalıp duygusal yeme tutumu arttıkça, amaç geliştirme gücü azalıp açıklık ve strateji yaratma gücü arttıkça depresyon seviyesi artmaktadır. Tip-2 diyabet hastalarının anksiyete seviyesine ise kısıtlayıcı yeme tutumu negatif yönde, açıklık alt boyutu negatif yönde, amaçlar ve strateji alt boyutları ise pozitif yönde etki etmektedir. Diğer bir ifadeyle tip-2 diyabet hastalarının kısıtlayıcı yeme tutumu azaldıkça, açıklık gücü azalıp amaçlar ve strateji güçlükleri arttıkça anksiyete seviyeleri artmaktadır. Araştırmamızın özgünlüğü bu anlamda literatüre önemli katkı sağlamıştır. Tip-2 diyabet hastalığına yönelik daha fazla araştırmaların geliştirilmesi, yaşamlarındaki zorluklar tespit edilerek bu zorluklara yönelik çözümler geliştirilmesi adına oldukça önemlidir. Dünyada ve ülkemizde hızla artan tip-2 diyabet hastalığına yönelik yapıcı çözümler getirmek önem arz etmektedir. Bu çalışma tip-2 diyabet hastalarının duygularına, yeme davranışına, psikopatolojilerine odaklanarak ileriki çalışmalara kaynak oluşturması adına literatüre katkı sağlamıştır.

### **5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmaya yalnızca 7 Ekim 2019-27 Ocak 2020 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Bölümü'ne başvuran 274 tip-2 diyabet hastası ve benzer sosyo-demografik özelliklere sahip 234 kişi de tip-2 diyabet hastası olmayan bireyler arasından seçilerek katılmıştır. Zamanın kısıtlılığı, yalnızca bir hastaneye başvuran hasta profiline araştırmada yer alması araştırmanın başlıca kısıtlılıklarındandır.

Araştırmanın değişkenleri ilişki modelde incelenmiş ve sebep-sonuç ilişkisine dair çıkarım yapılamamıştır. Bu anlamda sebep-sonuç ilişkisine bir

çıkarmamaması henüz hastaların hayatlarında bir çözüm üretilmesinin önünde engel olmaktadır.

Literatürde tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlüklerine dair çok az araştırma mevcuttur. Bu anlamda araştırmamızın bulguları literatürde yeni sayılabilecek sonuçlardır. Bu anlamda literatürdeki araştırmaların çeşitliliğinin az olması hem referans vermeyi hem bulguları literatüre uygun tartışmayı kısıtlamıştır. Bu sebeple literatürde farklı çalışmalara da ihtiyaç vardır.

## **5.2. Sonuç ve Öneriler**

Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın sonraki çalışmalar için kaynak olması amaçlanmıştır. Dünyada hızla artmakta olan tip-2 diyabet hastalığını tanımak, farkındalığı arttırmak adına bu çalışmanın üzerine farklı değişkenlerle farklı araştırmalar yürütülebilir. Hastalığın ardındaki psikolojik sebepleri anlamak, prognoz açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan tip-2 diyabet hastalarının farklı bölgelerdeki farklı hastanelere başvuran hastalardan seçilmesi araştırmanın çeşitliliğini artırabilir. Böylelikle hastalığın ardındaki sadece psikolojik sebepler değil sosyo-kültürel sebepler de incelenip karşılaştırılabilir.

Sonraki çalışmalarda tip-2 diyabet hastalarına duygu düzenleme becerileri ile ilgili eğitim verilerek katılımcıların bilgi düzeyi artırılabilir ve akabinde farklı çalışmalar yapılarak yeni problemlere farklı çözümler aranabilir.

Özetle tip-2 diyabet hastalarına dair daha fazla araştırma yapılması, bu araştırmalar sonucunda hastalara yapıcı çözümler ve çeşitli eğitimler verilmesi hastaların hayat kalitesini ve hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir.



## KAYNAKÇA

- Adakan, F.Y., Vural, R., Şahintürk, Y., Boylubay, Ş.M., Yılmaz, Ü., Kulaksızoğlu, B., Yeşil, B., Ünal, A. (2017). Diyabetik ve Non-diyabetik Kişilerde Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinde İlişkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 19-28.
- Akbulut, C. A. (2018). Depresyonun Duygu Düzenleme Süreçlerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 21, 184-192.
- Aktay, M. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Depresyonun Yordayıcısı Olarak Bağlanma Stilleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altınel, Ş. (2018). *Kadınlarda Yeme Bozuklukları Belirtilerinin Algılanan Ebeveynlik Biçimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Psikolojik İyi Oluş ve Yeme Tutumları ile İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altunoğlu, E.G., Sarı, Z., Erdenen, F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E., Sarı, M. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Diyabet Süresi ve HbA1c Düzeyleri ile Depresyon, Anksiyete ve Yeti Yitimi Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Dergisi*, 13 (3), 115-119.
- Ataman, E. (2011). *Stres Veren Yaşam Olayları Karşısında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyini Belirlemedeki Rolü*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aynur, B., Tanrıverdi, D. (2017). Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Diyabet: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Sempozyum*, 55 (2), 13-18.

- Bal, U. (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları*. (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Adana.
- Baykal, A., Kapucu, S. (2015). Tip-2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-58.
- Bozan, N. (2009). *Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenilirliğin Sınanması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Cameron, L.D., Jago, L. (2010). Emotion Regulation Interventions: A Common Sense Model Approach. *British Journal of Health Psychology*, 13 (2), 215-221.
- Chew, B.H., Shariff-Ghazali, S., Fernandez, A. (2014). Psychological Aspects of Diabetes Care: Effecting Behavioral Change in Patients. *World Journal of Diabetes*, 15 (6), 796-808.
- Çelik, H., Kocabıyık, O.O. (2014). Genç Yetişkinlerin Saldırganlık İfade Biçimlerinin Cinsiyet ve Bilişsel Duygu Düzenleme Tarzları Bağlamında İncelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4 (1), 139-155.
- Çelik, S. (2002). *Tip-2 Diyabetli Hastaların Tedavi ve Bakıma Yönelik Tutumlarının ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Değirmenci, T. (2006). *Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete*. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Denizli.
- Delahanty, L.M., Grant, R. W., Wittenberg, E., Bosch, J.L., Wexler, D.J., Cagliero, E., Meigs, J.B. (2007). Association of Diabetes-Related Emotional Distress with Diabetes Treatment in Primary Care Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetic Medicine*, 24 (1). 48-50.
- Diyabet Cemiyeti, <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-de-ve-bolge-ulkelerinde-diyabet-sorunu>

- Duman, B.U. (2019). *Postpartum Depresyon, Eş Desteği ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erçakır, M. (2016). *Tip-2 Diyabet Hastalarında Beslenme Durumu ve Duygusal Stres Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Erden, G. (2018). *Anksiyete ve/veya Depresif Bozukluk Hastalarında Komorbid Premenstrüel Disforik Bozukluğun Vücut Kompozisyonu ve Yeme Tutumu ile İlişkisi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Mersin Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Mersin.
- Erem, Ö. (2005). *Diyabet Eğitim Yaklaşımlarının Hasta Bilgi Düzeyine Etkisi ve Psikososyal Sorunlarla Etkileşimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Eren, İ., Erdi, Ö., Çivi, İ. (2004). *Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi*. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 85-94.
- Evers, C., Stok, F.M., Ridder, D.T. (2009). *Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 792-804.
- Ewell F, Smith S, Karmel MP, Hart D. The sense of self and its development: A framework for understanding eating disorders. L Smolak, MP Levine, R Striegel-Moore (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention, and Treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1996, p.1071.
- Fatih, C., Güngör, A., Önder, E., Celbek, G., Aydın, Y., Alçelik, A. (2011). *The Association of Binge Eating Disorder with Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes*. *Turkish Journal of Endocrinology & Metabolism*, 15 (2), 26-27.

- Garcia, M.F., Sanjuelo, J.P., Dakanalis, A., Abella, F., Sanchez, I., Sabate, J.R., Garcia, A.A., Nagel, N., Gomez-Tricio, O., Tena, V., Gutierrez- Maldonado. Eating Behavior Style Predicts Craving and Anxiety Experienced in Food-Related Virtual Environments by Patients with Eating Disorders and Healthy Controls. *Appetite*, 117, 284-293.
- Ghiasvand, M., Ghorbani, M. (2015). Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism (IJEM)* 17(4), 299-307.
- Gianni, L.M., White, M.A., Masheb, R.M. (2013). Eating Pathology, Emotion Regulation and Emotional Overeating in Obese Adults with Binge Eating Disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gülgez, Ö., Gündüz, B. (2015). Diyalektik Davranış Terapisi Temelli Duygu Düzenleme Programının Üniversite Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerini Azaltmadaki Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44 (2), 191-208.
- Günalay, S., Taşkiran, E., Demir, B., Erdem, S., Mergen, H., Akar, H. (2016). Tip-2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Tedavi Yöntemleri, Glisemik Kontrol ve Diyabet Komplikasyonları ile Depresyon ve Anksiyete Riski Arasındaki İlişki. *FNG Bilim Tıp Dergisi*, 2(1), 16-19.
- Gülseren, L., Gülseren, Ş., Hekimsoy, Z., Bodur, Z., Kültür, S. (2001). 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), 1-10.
- Güzel, S. (2014). *Tip-2 Diyabetli Bireylerin Yeme Tutum ve Davranışları ile Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.

- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., Uslu, S. (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Harrist, A., Hubbs-Tait, L., Topham, G., Shriver, L. (2013). Emotion Regulation is Related to Children's Emotional and External Eating. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(8), 539-540.
- Haynos, A.F., Wang, S.B., Fruzzetti, A.E. (2018). Restrictive Eating is Associated with Emotion Regulation Difficulties in A Non-Clinical Sample. *The Journal of Treatment and Prevention*, 26, 5-12.
- Holtkamp K, Muller B, Heussen N, Remschmidt H, Herpetz-Dahlmann B. Depression, anxiety, and obsessionality in long term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14:106-110.
- Houldcroft, L., Farrow, C., Haycraft, E. (2014). Perceptions of Parental Pressure to Eat And Eating Behaviours in Preadolescents: The Mediating Role of Anxiety. *Appetite*, 80, 61-69.
- International Diabetes Federation, <https://idf.org/54-our-activities/438-idf-2019-registration.html>
- İnalkaç, S., Arslantaş. H. (2018). Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27 (1), 70-82.
- Kara, A.M., Kara, T. (2019). Tip-2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. *The Medical Bulletin of Haseki*, 57, 377-385.
- Kılıç, N. (2019). *Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yeme Stilleri ve Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Yeme Bozukluğu Belirtileri ile İlişkinin İncelenmesi*. (Yayımlanamamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kontinen, H., Mannisto, S., Lahteenkorva, S. S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54, 473-479.

- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı*. HYB Yayıncılık, Ankara.
- Köseoğlu, Ö. (2015). *Tip-2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Diyabet Durumu ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Avcı, İ.A., Uğurlu, S. (2009). Tip-2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Baş Etme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 122-129.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin Ruhsal Boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 52-56.
- Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11 (3). 3-18.
- Mocan, A.Ş., Iancu, S.Ş., Baban, A.S., Association of Cognitive Emotional Regulation Strategies to Depressive Symptoms in Type 2 Diabetes Patients. *Romania J. International Medicine*, 56(1), 34-40.
- Ouwens, M.A., Strien, T., Leewue, J.F.J. (2009). Possible Pathways Between Depression, Emotional and External Eating: A Structural Equation Model. *Appetite*, 53(2), 157-278.
- Özdemir, G.S. (2015). *Duygusal Yememin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri ile Olan İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Özdemir, İ., Hocoğlu, Ç., Koçak, M., Ersöz, H.Ö. (2011). Tip-2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 128-138.
- Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 1(1)*, 57-72.
- Özhan, M.D., Boyacı, M. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Yordayıcısı Olarak Azim: Bir Yapısal Eşitlik Modellemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 370-376.

- Paans, N.P.G., Gibson-Smith, D., Bot, M., Strien, T., Brouwer, I.A., Visser, M., Penninx, B.W.J.H. Depression and Eating Styles Are Independently Associated With Dietary Intake. *Appetite*, 134, 103-110.
- Primožic, S., Tavcar, R., Avbelj, M., Dernovsek, M., Oblak, M. (2012). Specific Cognitive Abilities Are Associated with Diabetes Self-Management Behavior Among Patients with Type-2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95 (1), 48-54.
- Rasmussen, N.H., Smith, S.A., Maxon, J.A., Bernard, M.A., Cha, S.S., Agerter, D.C., Shah, N.D. (2013). Association of HbA1c with emotion regulation, intolerance of uncertainty, and purpose in life in type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes* 7(3), 213-221.
- Sayın, S., Sayın, S., Bursalı, B., İpek, H.B. (2019). Tip-2 Diyabet Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Riski ve İlişkili Faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 44(2), 479-485.
- Sevinçer, G.M., Konuk, N. (2013). Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 178-186.
- Sönmez, B., Kasım, İ. (2013). Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 119-124.
- Sönmez, F. (2018). *Tip-1 Diyabetli Hastalarda Yeme Tutumu, Kinezyofobi ve Davranış Değişikliklerinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Erzurum.
- Süçüllüoğlu Dikici, D., Aşçıbaşı, K., Aydemir, Ö., DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu (2017). DSM-5 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(Ek Sayı 2), 51-56.
- Teixeira, P.J., Patrick, H., Mata, J. (2011). Why We Eat What We Eat: The Role of Autonomous Motivation in Eating Behaviour Regulation. *Nutrition Bulletin*, 36 (1), 102-107.
- Tümer, G., Çolak, R. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, 12-15.

- TC. Sağlık Bakanlığı, (2015-2020). *Türkiye Diyabet Programı*.  
[https://extranet.who.int/ncdccc/Data/TUR\\_D1\\_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf](https://extranet.who.int/ncdccc/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf)
- Ulaş, B., Pehlivan, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Hemogloblin A1c Taraması ve Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Medicine Science Original Investigation*, 1-14.
- Uysal, Y., Akpınar, E. (2013). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Dergisi Tıp Fakültesi Dergisi*. 38(1), 31-40.
- Ustaalioğlu, S., Tan, M. (2017). Tip-2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 12-20.
- Üstünsoy Çobanoğlu, Z.S., Altuntaş, Y., Karamustafalıoğlu, K.O., Şengül, A., Çobanoğlu, N. (2008). Tip-1 ve Tip-2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Yeme Bozuklukları ve Bozulmuş Yeme Davranışı. *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1-4), 24-31.
- Vatan, S., Erbaş, S.P. (2019). *Duygu Dünyası*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Vatan, S., Kâhya, Y.O. (2018). Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19 (2), 192-201.
- Yılmaz, T., Balcı, A.K., Karadeniz, Ş., Şahin, İ., Dağdelen, S., Sorgun, M. (2019). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*.
- Yiğit, İ., Guzey Yiğit, M. (2017). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9.
- Yurtsever, S.S., Sütçü, S.T. (2017). Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ile Bozulmuş Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 32(80), 20-37.



Yüksel, S. (2007). *Tip-1 ve Tip-2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Weinbach, N., Sher, H., Bohon, C. (2018). Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 1351-1358.

World Health Organisation, (1958) *The first ten years of the World Health Organisation*. Geneva. WHO.

**EKLER**  
**EK A**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

“Tip-2 Diyabet Hastalarının Duygu Düzenleme Güçlükleri ile Yeme Tutumlarının  
Anksiyete ve Depresyon Seviyeleri Üzerindeki Etkisi ”  
Başlıklı Tez/Proje Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Tarih:

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

Bu araştırmanın amacı, tip-2 diyabet tanılı hastaların depresyon, anksiyete düzeylerinin ve duygu düzenleme becerilerinin yeme tutumu üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırma için size verilen formlardaki ve ölçeklerdeki her soruyu teker teker okuyarak size en uygun yanıtları vermeniz gerekmektedir. Anlamadığınız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

**Katılımcının Beyanı:**

FMV Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda Mine Erinç tarafından yürütülen ve Dr. Rukiye Hayran tarafından yönetilen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcı Adı Soyadı:**

**Araştırmacının Adı Soyadı:** Mine Erinç

Tel: 05313858074

E-mail: [psk.mineerinc@gmail.com](mailto:psk.mineerinc@gmail.com)

**EK B**  
**SOSYO-DEMOGRAFİK FORM**

**Anket No:**

- 1. Yaş:**
- 2. Cinsiyet:** 1) Kadın 2) Erkek
- 3. Eğitim durumunuz:**  
1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
- 4. Mesleğiniz:**  
1) Ev hanımı 2) Memur 3) Emekli 4) İşçi 5) Diğer.....
- 5. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?**  
1) Yok 2) Tip-2 Diyabet Hastalığı 3) Hipertansiyon 4) Kalp hastalıkları  
5.) Akciğer hastalıkları 6) Göz hastalıkları 7) Böbrek hastalıkları 8)  
Damar hastalıkları  
9) Diyabetik ayak 10) Psikiyatrik rahatsızlıklar 11)  
Diğer.....

**TİP-2 DİYABET HASTASI DEĞİLSENİZ 5. SAYFAYA GEÇİNİZ VE ANKETE  
DEVAM EDİNİZ.**

- 6. Ne zamandan beri diyabet hastasıınız?**  
1) 1 yıldan az 2) 1 – 5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri
- 7. Diyabetinizin tedavi şekli:**  
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
- 8. Ailenizde başka diyabet hastası var mı?** 1) Var 2) Yok

**9. 8. sorunun cevabı var ise yakınlık derecesi nedir?**

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

**10. Hangi sıklıkta Diyabet Kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?**

- 1) Rahatsızlandığımda
- 2) Ayda 1 kez
- 3) 2 ayda 1 kez
- 4) 3 ayda 1 kez
- 5) 6 ayda 1 kez
- 6) Yılda 1 kez
- 7) Diğer.....

## EK C

### Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği

Aşağıdaki maddeleri dikkatlice okuyunuz ve **son birkaç gününüzü** göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

(3) Çoğu zaman      (2) Birçok zaman      (1) Zaman zaman, bazen      (0) Hiçbir zaman

**2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

(0) Aynı eskisi kadar      (1) Pek eskisi kadar değil  
(2) Yalnızca biraz eskisi kadar      (3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.**

(3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli (2) Evet, ama çok şiddetli değil  
(1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor (0) Hayır, hiç öyle değil

**4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**

(0) Her zaman olduğu kadar (1) Şimdi pek o kadar değil  
(2) Şimdi kesinlikle o kadar değil (3) Artık hiç değil

**5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

(3) Çoğu zaman      (2) Birçok zaman      (1) Zaman zaman, ama çok sık değil      (0) Yalnızca bazen

## EK D

### Duygu Düzenleme G çl g   leği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk derecesini dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık Yarı Yarıya	çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden ıkarım.	1	2	3	4	5
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.	1	2	3	4	5

## EK E

### Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	1	2	3	4	5
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	1	2	3	4	5
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	1	2	3	4	5
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	1	2	3	4	5
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	1	2	3	4	5



## **Özgeçmiş**

Mine Erinç, 28 Haziran 1994'te Mersin'de doğdu. 2017 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun oldu. 2020 yılında Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek lisansını tamamladı. 2017-2019 yılları arasında gölge öğretmenlik yaptı, 2019 yılından bu yana özel bir rehabilitasyon merkezinde görev yapmaktadır. 2018 yılından bu yana danışan takibi yapmaktadır. Prof. Dr. Hakan Türkçapar ve ekibinden Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi ve Prof. Dr. Alp Karaosmanoğlu'ndan Şema Terapi eğitimi alarak seanslarında bu ekollerden yararlanmaktadır.