

Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi

Aynur BAHAR,¹ Gülümser SERTBAŞ,² Ayhan SÖNMEZ³

ÖZET

Amaç: Araştırma, bir diyabet merkezine başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek, sosyodemografik ve hastalığa yönelik değişkenlerle depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Görüşme Formu ve Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplama, Student t-testi ve one way ANOVA yöntemleri kullanılmıştır. **Bulgular ve Tartışma:** Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; HAD-A ölçeği ile cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, ekonomik durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış, komplikasyon durumu ve hastalığa yönelik bilgi arasında; HAD-D ölçeği ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış ve hastalığa yönelik bilgi arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:18-26)

Anahtar sözcükler: diyabetes mellitus, anksiyete, depresyon, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Determination of depression and anxiety levels of patients with diabetes mellitus

ABSTRACT

Objective: The research was done to determine the depression and anxiety levels of patients referred to a diabetes center and to examine relationships between sociodemographic variants and variants related to the illness and depression and anxiety. **Methods:** Data was gathered with the interview form prepared by authors and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) developed by Zigmond and Snaith. In the evaluation data gained, percentage calculation, Student t-test, and one way ANOVA methods were used. **Results and Discussion:** According to the results, significant relationship between HAD-A scale and gender, education, profession, economic status, staying at hospital due to diabetes mellitus (DM) and knowledge about illness was determined. Also there was a significant relationship between HAD-D scale and age, gender, education, profession, staying at hospital due to DM, and knowledge about illness. Suggestions were made according to the results. (Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:18-26)

Key words: diabetes mellitus, anxiety, depression, Hospital Anxiety and Depression Scale

¹ Öğr.Gör., ² Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniv. Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği, GAZİANTEP

³ Dr., S.E.V. Gaziantep Amerikan Hastanesi Diyabet Merkezi, GAZİANTEP

Yazışma Adresi: Öğr.Gör. Aynur BAHAR, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Kampüs İçi, GAZİANTEP
E-posta: abahar@gantep.edu.tr

GİRİŞ

Diyabetes mellitus (DM), beta hücrelerinden salgılanan insülinin miktarında azalma (ya da insülinin yokluğu), ya da periferik dokuda insüline duyarsızlık nedeni ile ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Gelişen teknolojiye bağlı olarak sedanter yaşam ve obezitenin yaygınlaşması, hastalığın tüm dünyada sıklığının giderek artmasına neden olmuştur. 2000 yılında 151 milyon olan dünyadaki diyabetli sayısının 2025 yılında 2 katına çıkarak yaklaşık olarak 300 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.^{1,2}

DM, organik bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur; diyabetli fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır.^{3,4} Kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilemektedir. Tersine kan şekeri de ruhsal ve duygusal değişimlerden etkilenir.^{3,5} Eren ve arkadaşları kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetik hastalardaki anksiyete ve depresyon sıklığını, kan şekeri kontrolü iyi olan hastalardan daha yüksek olarak bulmuştur.⁶ Tıbbi tedaviye karşın kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygı önemli bir etkidir. Böyle durumlarda ilacın dozunu değiştirmeden önce, psikolojik ve psikososyal değerlendirme yapılmalıdır.^{3,5}

Erişkin diyabetli hastaların %18'inde psikiyatrik yardım gerektirecek düzeyde bozukluklar geliştiği bildirilmektedir. Ancak bu psikopatolojik durumların %10'unun tanınmadığı bilinmektedir.³ O nedenle hastanın muayenesinde bedensel yakınmaların yanı sıra ruhsal, duygusal ve davranışsal durumun da dikkate alınması önemlidir.⁵ Diyabete, komplikasyonlarına, girişimsel tetkik ve tedavi yöntemlerine karşı ruhsal belirtiler, özellikle depresyon ve anksiyete belirtilerini içeren uyum bozukluğu gelişebilir.^{3,5}

Diyabetes mellitusla en sık birlikte görülen psikiyatrik durumlar anksiyete ve depresyondur.⁶ Diyabetli hastalarda depresyon, genel nüfusa göre daha yüksek oranda görülmektedir. Diyabete eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtı, prognozu, diyabetin gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemekte; diyabetin kontrol altına alınmasını güçleştirmektedir. Depresyon belirtileri ile diyabet belirtileri birbirini artırıcı yönde etki etmektedir.^{3,4} Anderson ve arkadaşlarının meta-analizinde depresyonun diyabetli hastalarda genel popülasyona göre iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir.⁷ Depresyon, hastalığa bağlı yıkım

ve mortaliteyi artırması bakımından önemlidir. Kronik hastalığa eşlik eden depresyon hem tedaviye uyumu ve hastalığın gidişini olumsuz etkilemekte, hem de tedavi maliyetini artırmaktadır.

Diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalarda depresyon yaygınlığı daha yüksektir. Diyabetin komplikasyonları geliştikçe hastanın yaşam kalitesi düşmekte, yaşamındaki engellenmeler artmakta; bu durum depresyon şiddetinin ve yineleme riskinin artmasına neden olmaktadır.^{3,5,8} Eren ve Erdi diyabetik komplikasyonu olan hastalarda majör depresif bozukluk oranını %68, yaygın anksiyete bozukluğu oranını %10, obsesif kompulsif bozukluk oranını %10 olarak; diyabetik komplikasyonu olmayan hastalarda bu oranları sırasıyla %38.9, %3.7, %1.9 olarak bulmuşlardır.⁹ Hasta yeterli olmasına karşın tedavide işbirliği yapmıyorsa, tıbbi durumu dengeli olmasına karşın kendini iyi hissetmiyorsa, tıbbi durumun elverdiğinden daha alt düzeyde işlevsellik gösteriyorsa, ilgi alanında yaygın azalma varsa, depresyon yönünden değerlendirilmelidir.^{3,4}

Diyabetli hastalarda anksiyete bozuklukları da sık görülür. Anksiyete, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerginlik durumudur.³ Diyabetli hastalarda anksiyete belirtilerinin %40 gibi yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir.^{5,10} Grigsby ve arkadaşları, diyabet hastalarının %14'ünde yaygın anksiyete bozukluğu saptamıştır.¹⁰

Diyabetin kontrolünde temel amaç, hastalığın acil ve uzun süreli komplikasyonlarından kaçınmak ve iyi bir yaşam sürdürebilmektir.¹¹ Bu amacın gerçekleştirilmesinde, başlangıçtan itibaren diyabetin psikiyatrik yönlerinin değerlendirilmesi, tedavi sürecinde pek çok sorunun daha kolay aşılmasını sağlayacaktır. Diyabet kontrolü için psikolojik ve psikososyal sorunların tanınması ve önlenmesi için girişimlerde bulunulması gereklidir. Bu çalışmada amacımız, diyabetes mellitus tanısıyla tedavi gören hastaların anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen etkenlerin araştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Sağlık Eğitim Vakfı Gaziantep Amerikan Hastanesi Diyabet Merkezi'ne kayıtlı

diyabetes mellitus tanısı konmuş hastalar, örneklemi ise merkeze başvuran, okuryazar olan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturmaktadır. Araştırma 133 hastayı kapsamaktadır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Görüşme Formu ve Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama araçları

Görüşme Formu: Araştırmacılar tarafından diyabetli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar incelemek ve konu ile ilgili literatür taranarak diyabetli bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu, yirmi beş sorudan oluşan görüşme formu hazırlanmıştır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale-HAD): Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dördümlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir.¹² Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre, bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir.^{12,13}

Uygulama

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Görüşme Formu ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) 1 Ekim-30 Kasım 2004 tarihleri arasında, görüşme yoluyla uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Anket uygulanmadan önce kurumdan yazılı ve çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra hastalardan sözlü onay alınmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Araştırmada diyabetli bireylerin anksiyete ve depresyon puanları bağımlı değişken, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, hastalık süresi, hastalığın tipi, kullandığı ilaçlar, tedavi

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
20 – 29	3	2.3
30 – 39	8	6.0
40 – 49	22	16.5
50 ve üzeri	100	75.2
Cinsiyet		
Erkek	55	41.4
Kadın	78	58.6
Medeni durum		
Evli	100	75.2
Bekar	7	5.3
Ayrı	4	3.0
Dul	22	16.5
Eğitim durumu		
Okuryazar	26	19.5
İlkokul	25	18.8
Ortaokul	22	16.5
Lise	24	18.0
Üniversite	36	27.1
Mesleği		
Ev hanımı	51	38.3
Memur	10	7.5
Emekli	59	44.4
Serbest	13	9.8
Ekonomik durum		
Çok iyi	2	1.5
İyi	44	33.1
Orta	76	57.1
Kötü	11	8.3
Sağlık güvencesi		
Emekli Sandığı	103	77.4
SSK	9	6.8
Bağ-Kur	14	10.5
Özel	7	5.3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	29	21.9
Çalışmıyor	104	78.2
Yaşadığı yer		
Köy	10	7.5
Kent	123	92.5
Aile tipi		
Çekirdek	92	69.2
Geniş	41	30.8
Çocuk sayısı		
0	18	13.5
1 – 3	59	44.4
4 ve üzerinde	56	42.1
Toplam	133	100.1

şekli, sigara ve alkol kullanımı, komplikasyon durumu, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, psikiyatrik öykü ve sosyal desteklerin varlığı ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Hastaların bilgi düzeyleri saptanırken, diyabete yönelik eğitim-bilgi alma durumları ölçüt olarak alınmış, bireylerin kendi bilgi düzeylerini yeterli ya da yetersiz biçiminde tanımlamaları istenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak tablolar oluşturulmuş, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Student-t testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ve varyans analizi (one-way ANOVA) kullanılmıştır. Post-hoc değerlendirmede Tukey testi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan diyabetli hastaların yaş ortalaması 55.39 ± 0.89 'dur (aralık: 25-79) ve %75.2'si 50 yaşından büyüktür. Hastaların %58.6'sı kadın, %41.4'ü erkektir. Hastaların %75.2'si evli, %27.1'i üniversite mezunu, %44.4'ü emeklidir. %57.1'inin ekonomik durumu orta düzeydedir ve %77.4'ü Emekli Sandığına bağlıdır. Hastaların %92.5'i kentsel bölgede yaşamakta, %78.2'si çalışmamaktadır. Aile yapılarına bakıldığında, hastaların %69.2'sinin çekirdek aileden oluştuğu, %13.5'inin çocuğunun olmadığı, %44.4'ünün ise 1-3 arasında çocuğunun oldukları görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %39.1'i 1-5 yıldır, %39.1'i 6-10 yıldır diyabet hastasıdır ve %76.7'sini Tip II diyabetliler oluşturmaktadır. Hastaların %54.9'u oral antidiyabetik kullanmaktadır. Hastaların %22.6'sı diyabetle ilgili sorunlar nedeniyle hastaneye yatmıştır. Diyabet hastalarının %45.9'unda aile öyküsü bulunmakta, %19.5'i sigara ve %9.8'i alkol içmektedir. Hastaların %40.6'sında DM'a bağlı bir komplikasyon bulunmamaktadır. Hastaların %75.2'si hastalıklarına yönelik yeterli düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %91'i herhangi bir psikolojik yardım almamıştır. Hastaların %78.2'si evde sıkıntılarıyla yakından ilgilenildiğini belirtmiştir ve çalışma kapsamındaki hastaların %8.3'ünün psikiyatrik hastalık öyküsü vardır.

DM'lu hastaların HAD Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, anksiyete ortalama puanı 8.57 ± 0.36 (aralık: 0-20), depresyon ortalama puanı 7.69 ± 0.37 (aralık: 0-19) olarak bulunmuş-

Tablo 2. Hastaların DM'a ilişkin özellikleri

Özellikler	Sayı	%
<i>Hastalık süresi (yıl)</i>		
1 – 5	52	39.1
6 – 10	52	39.1
11 – 20	23	17.3
21 +	6	4.5
<i>DM tipi</i>		
Tip I	31	23.3
Tip II	102	76.7
<i>İlaç kullanımı</i>		
Oral antidiyabetik	73	54.9
İnsülin	33	24.8
Bir süre oral, sonra insülin	27	20.3
<i>DM nedeniyle hastaneye yatış</i>		
Var	30	22.6
Yok	103	77.4
<i>Ailede DM öyküsü</i>		
Var	61	45.9
Yok	72	54.1
<i>Sigara</i>		
İçiyor	26	19.5
İçmiyor	107	80.5
<i>Alkol</i>		
İçiyor	13	9.8
İçmiyor	120	90.2
<i>Komplikasyon</i>		
Yok	54	40.6
Hipertansiyon	33	24.8
Hiperglisemi-retinopati	20	15.0
Retinopati-nöropati	18	13.6
Nefropati	8	6.0
<i>Hastalıkla ilgili bilgisi</i>		
Yeterli	100	75.2
Yetersiz	33	24.8
Toplam	133	100.0

Tablo 3. DM'lu hastaların psikiyatrik öykü özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<i>Psikiyatrist/psikoloğa gitme</i>		
Evet	12	9.0
Hayır	121	91.0
<i>Sosyal destek</i>		
Var	104	78.2
Yok	29	21.8
<i>Psikiyatrik hastalık öyküsü</i>		
Var	11	8.3
Yok	122	91.7
Toplam	133	100.0

Tablo 4. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ortalama puanları

HAD	Sayı	%	Ort. $\pm$ SD	Puan aralığı
HAD-A				
Eşik altı (0-10 puan)	92	69.2	8.57 $\pm$ 0.36	0 - 20
Eşik üstü (11-21 puan)	41	30.8		
HAD-D				
Eşik altı (0-10 puan)	65	48.9	7.69 $\pm$ 0.37	0 - 19
Eşik üstü (11-21 puan)	68	51.1		

bulunmuştur. HAD'in anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde, hastaların %30.8'inin anksiyete alt ölçeğinden, %51.1'inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları görülmektedir.

Hastaların bazı özelliklerine göre HAD ölçek puanlarına bakıldığında (Tablo 5); cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış, komplikasyon durumu ve hastalığa yönelik bilgi ile HAD-A; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış ve hastalığa yönelik bilgi ile HAD-D alt ölçekleri arasındaki ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

DM temelde endokrin sisteme ait bir bozukluk olmakla birlikte, hasta açısından ruhsal, duygusal ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Diyabeti olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğü bilinmektedir. Diyabetli hastalarda yaşam boyu depresyon yaygınlığının %14.4-32.5 olduğu, bu hastalarının %40'ında ise anksiyete belirtilerinin görüldüğü bildirilmektedir.¹⁴ Tanımlayıcı, kesitsel özellik taşıyan bu çalışmamızda, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılarak, diyabetik hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Hastaların HAD anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde, hastaların %30.8'inin anksiyete alt ölçeğinden eşik üstü, %51.1'inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları belirlenmiştir. Diyabetli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin çeşitli ölçeklerle araştırıldığı diğer çalışmalara bakıldığında farklı oranlara rastlanmaktadır.

Goldney ve arkadaşları diyabetik hastalarda depresyon sıklığını %24, diyabetik olmayanlarda %17 olarak bildirmişlerdir.¹⁵ Okanovic ve arkadaşlarının CES-D (Center of Epidemiological Studies Depression Scale) kullanarak yaptıkları çalışmada diyabetlilerdeki depresyon oranı %33 olarak bildirilmiştir.¹⁶ Hermanns ve arkadaşları da diyabetik olan ve olmayan hastaların depresyon yaygınlığını araştırmışlar ve diyabetik hastalardaki duygu durumu bozukluklarının yaygınlığını diyabetik olmayanlardan daha yüksek oranda saptamışlardır.¹⁷ Nichols ve Brown diyabetli hastalarda depresyon sıklığını %11.2 oranında bulmuşlardır.¹⁸ Gülseren ve arkadaşları Tip I diyabeti olanlarda depresyon (%47.7) ve anksiyete (%22.7) oranını Tip II diyabetlilerden daha yüksek oranda saptamışlardır.¹⁹ Zenteno ve Cardiel Tip II diyabetli bireylerin %33'ünde depresyon saptamışlardır.²⁰ Eren ve arkadaşları, DSM-IV tanı ölçütlerine göre 104 diyabetli hastanın 55'ine (%58.9) majör depresif bozukluk tanısı koymuşlardır.¹⁴ Gülseren ve arkadaşları diyabetik hastaların %15'inde görüşme anında majör depresif bozukluk saptamışlardır.²¹ Bu çalışmalardaki farklı oranların ölçek farklılıklarından ve çalışma grubu sayısının değişikliğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Depresyonun varlığı, kan şekerinin kontrol altına alınmasını ve hastaların sağaltıma uyumlarını olumsuz yönde etkiler. Depresyonu bulunan diyabetik hastalarda insüline direnç geliştiği bildirilmiştir. Depresyon tedavi edilmediğinde komplikasyon oranlarında artışa neden olduğu gibi, komplikasyonu olanlarda da depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu yönünde bulgular vardır. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, diyabetik hastalarda depresyonun tanınması ve uygun biçimde tedavi edilmesi önem kazanmaktadır.²²

Tablo 5. Hastaların bazı özelliklerine göre HAD Ölçeği ortalama puanları

Özellikler	Sayı	HAD-A		HAD-D	
		Ort. $\pm$ SD	Test ve p	Ort. $\pm$ SD	Test ve p
<i>Yaş grupları</i>					
20 – 29	3	9.33 $\pm$ 2.84		4.12 $\pm$ 0.95	
30 – 39	8	8.50 $\pm$ 0.86		4.33 $\pm$ 2.33	
40 – 49	22	9.45 $\pm$ 0.87	F=0.436	7.86 $\pm$ 0.92	F=2.794
50 ve üzeri	100	8.37 $\pm$ 0.42	p>0.05	8.05 $\pm$ 0.42	p<0.05
<i>Cinsiyet</i>					
Erkek	55	6.67 $\pm$ 0.49	t=-4.785	6.69 $\pm$ 0.47	t=-2.421
Kadın	78	9.92 $\pm$ 0.45	p<0.05	8.41 $\pm$ 0.52	p<0.05
<i>Medeni durum</i>					
Evli	100	8.17 $\pm$ 0.38		7.35 $\pm$ 0.40	
Bekar	7	10.00 $\pm$ 1.19		6.28 $\pm$ 1.35	
Ayrı	4	8.50 $\pm$ 2.63	F=1.462	10.75 $\pm$ 1.47	F=2.061
Dul	22	10.00 $\pm$ 1.11	p>0.05	9.18 $\pm$ 1.03	p>0.05
<i>Eğitim durumu</i>					
Okuryazar	26	10.07 $\pm$ 0.96		10.73 $\pm$ 0.98	
İlkokul	25	9.80 $\pm$ 0.75		8.52 $\pm$ 0.81	
Ortaokul	22	8.63 $\pm$ 0.72		7.31 $\pm$ 0.82	
Lise	24	7.79 $\pm$ 0.96	F=2.815	7.20 $\pm$ 0.77	F=7.004
Üniversite	36	7.13 $\pm$ 0.57	p<0.05	5.50 $\pm$ 0.50	p<0.05
<i>Mesleği</i>					
Ev hanımı	51	10.03 $\pm$ 0.58		9.41 $\pm$ 0.62	
Memur	10	8.70 $\pm$ 1.39		5.80 $\pm$ 1.33	
Emekli	59	7.25 $\pm$ 0.51	F=44.07	6.54 $\pm$ 0.48	F=52.21
Serbest	13	8.76 $\pm$ 0.91	p<0.05	7.69 $\pm$ 1.21	p<0.05
<i>Ekonomik durum</i>					
Çok iyi	2	4.50 $\pm$ 0.50		8.00 $\pm$ 3.00	
İyi	44	7.03 $\pm$ 0.55		6.70 $\pm$ 0.66	
Orta	76	8.64 $\pm$ 0.49	F=2.863	7.64 $\pm$ 0.46	F=1.268
Kötü	11	11.45 $\pm$ 1.21	p<0.05	9.45 $\pm$ 0.99	p>0.05
<i>Hastalık süresi (yıl)</i>					
1 – 5	52	7.44 $\pm$ 0.54		6.82 $\pm$ 0.57	
6 – 10	52	9.46 $\pm$ 0.90		8.36 $\pm$ 0.66	
11 – 20	23	8.91 $\pm$ 0.71	F=2.280	7.60 $\pm$ 0.66	F=1.647
21 +	6	9.50 $\pm$ 2.43	p>0.05	9.83 $\pm$ 1.60	p>0.05
<i>DM tipi</i>					
Tip I	31	8.83 $\pm$ 0.77	t=0.395	7.74 $\pm$ 0.82	t=0.063
Tip II	102	8.50 $\pm$ 0.40	p>0.05	7.68 $\pm$ 0.41	p>0.05
<i>DM nedeniyle hastaneye yatış</i>					
Var	30	10.16 $\pm$ 0.72	t=2.415	9.90 $\pm$ 0.81	t=3.300
Yok	103	8.11 $\pm$ 0.40	p<0.05	7.05 $\pm$ 0.39	p>0.05
<i>Komplikasyon</i>					
Yok	54	8.20 $\pm$ 0.59		7.35 $\pm$ 0.58	
Hipertansiyon	33	7.57 $\pm$ 0.75		7.87 $\pm$ 0.75	
Hiperglisemi-retinopati	20	10.70 $\pm$ 0.85		7.25 $\pm$ 0.99	
Retinopati-nöropati	18	9.72 $\pm$ 0.76	F=2.499	8.94 $\pm$ 1.05	F=0.527
Nefropati	8	7.37 $\pm$ 0.98	p<0.05	7.62 $\pm$ 1.47	
<i>Hastalıkla ilgili bilgisi</i>					
Yeterli	100	8.05 $\pm$ 0.39	t=-2.604	6.66 $\pm$ 0.37	t=-5.328
Yetersiz	33	10.18 $\pm$ 0.76	p<0.05	10.84 $\pm$ 0.77	p<0.05
<i>Sosyal destek</i>					
Var	104	8.80 $\pm$ 0.41	t=1.201	7.79 $\pm$ 0.44	t=0.500
Yok	29	7.75 $\pm$ 0.75	p>0.05	7.34 $\pm$ 0.60	p>0.05

Çalışmamızda, yaş ilerledikçe depresyon ortalama puanlarının da arttığı saptanmıştır. İleri yaş depresyon için bir risk etkeni olabilir. Bu sonuç, Zenteno ve Cardiel'in çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir.²⁰ Ülkemizdeki ekonomik güçlükler, zor yaşam koşulları, düşük eğitim düzeyi, hastalıklara ilişkin bilgi yetersizliği ve gelecek kaygılarının ilerleyen yaşlarda diyabeti ve psikososyal sağlığı daha çok etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda, kadınların HAD-A ve HAD-D ortalama puanları (sırasıyla 9.92 ± 0.45 ve 8.41 ± 0.52) yüksek olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu, anksiyete ve depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gülseren ve arkadaşları, kadın cinsiyetinde olmanın diyabetli hastalarda anksiyete ve depresyon gelişmesini etkilediğini belirlemişlerdir.²¹ Sevinçok ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların depresyon puanları erkeklerden daha yüksek saptanmıştır.²³ Hermanns ve arkadaşları, kadın olmanın anksiyete ve depresyon için risk etkeni olduğunu bildirmişlerdir.¹⁷ Okanovic ve arkadaşları ile Zenteno ve Cardiel'in çalışmalarında ise kadın olmak depresyon için risk etkeni olarak belirlenmiştir.^{16,20} Nichols ve Brown, depresyonun diyabetli kadınlarda erkeklerden 2 kat daha çok görüldüğünü; Lloyd ve arkadaşları kadınlarda anksiyete düzeyinin, erkeklerde ise depresyon düzeyinin yüksek olduğunu; kan şekeri kontrolü ile anksiyete arasında ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir.^{18,24} Genel olarak bu sonuçlar çalışma bulgumuzla uyum göstermektedir. Bu durum, depresyon ve anksiyete düzeylerinin kadınlarda erkek hastalara göre daha yüksek oranlarda görülmesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi düştükçe, anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde artış olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç Peyrot ve Rubin'in sonuçlarıyla uyumludur.²⁵ Tersine Sevinçok ve arkadaşları ile Hermanns ve arkadaşları eğitim düzeyi ile depresyon arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir.^{17,23} Düşük eğitim düzeyi beraberinde düşük sosyoekonomik düzey ve azalan yaşam kalitesini de getireceğinden, daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon oranı saptanmış olabilir.

Çalışmamızda mesleki durum ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Düzenli gelire sahip olan meslek gruplarında (memur, emekli) anksiyete ve depresyon puanları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda ekonomik durum ile anksiyete

arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Ekonomik durumunun kötü olduğunu belirten hastaların anksiyete ortalama puanları daha yüksektir. Maddi yetersizlikler diyabetli bireyi olumsuz yönde etkilemektedir. Ekonomik durum ile depresyon arasındaki ilişki ise önemsiz bulunmuştur. Bu sonuç, Hermanns ve arkadaşlarının çalışma bulgusuyla uyumludur.¹⁷

Diyabetli bireyin hastaneye yatması, yaşadığı ve alıştığı çevresinden ayrılması, diyabetle ilgili sorunlara ve tedavi değişikliklerine uyum sağlamak zorunda olması yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamızda, diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatanların anksiyete ve depresyon ortalama puanları, hastanede yatmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu sonuç, Zenteno ve Cardiel'in çalışma bulgusuyla uyum göstermektedir.²⁰ Diyabetli hastalar genellikle kötü glisemik kontrol ve komplikasyonlar nedeniyle hastanede yatmaktadırlar. Hastalığa ilişkin bilgi yetersizliği ve gelecek kaygıları bireylerin psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu sonuç hastaneye yatışların, bireylerin anksiyete düzeyini artırdığının ve uzun vadede depresyon etkeni olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Zenteno ve Cardiel, kronik komplikasyonların varlığının depresyon için risk etkeni olduğunu bildirmiştir.²⁰ Glisemik kontrol sağlanmadığında kronik komplikasyonlar ortaya çıkar ki, en çok görülenler retinopati, periferik nöropati ve nefropatidir.⁶ Hermanns ve arkadaşları çalışmalarında, diyabetlilerde en sık görülen komplikasyonları nöropati (%49.6), retinopati (%31.4) ve nefropati (%6.2) olarak saptamışlardır.¹⁷ Hipertansiyonun diyabetiklerde 1.5-2 kat daha fazla görülen bir komplikasyon olduğu bilinmektedir.²⁶ Eren ve Erdi, diyabetik komplikasyonu olan hastalarda majör depresif bozukluk oranını (%68), diyabetik komplikasyonu olmayan hastalardan (%38.9) daha yüksek bulmuşlardır.⁹ Leedom ve arkadaşları, Tip II DM tanısıyla izlenen ve komplikasyon gelişen hastalarda depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.²⁷ Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasında ise komplikasyonlar ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.²¹ Bizim çalışmamızda da en çok görülen komplikasyonlar literatürle uyumludur. Ancak, yapılan istatistiksel analiz sonucunda komplikasyonlarla depresyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Eren ve Erdi, komplikasyonu olan hastaların %10'unda yaygın anksiyete

bozukluğu ve %10'unda obsesif kompulsif bozukluk saptarken, komplikasyonu olmayanlarda bu oranları sırasıyla %3.7 ve %1.9 olarak bulmuşlardır.⁹ Bizim çalışmamızda da komplikasyonu olan diyabetiklerin istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek anksiyeteye sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). Diyabetik komplikasyonlar yaşam kalitesini azaltan, diyabetlinin yaşamına önemli sınırlamalar getiren problemlerdir. Bu sınırlamalar ve baş etme yetersizliklerinin yüksek anksiyeteye neden olduğu düşünülebilir.

Diyabet hastalarının, hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmamaları anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemektedir. Çalışmamızda, her iki alt ölçeğe de hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmayanların ortalama puanları yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, hastaların yetersiz bilgiye sahip olmaları ile anksiyete ve depresyon ortalama puanları arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Hastalar diyabet konusundaki bilgisizlikleri nedeniyle komplikasyonlara erken yakalanabilmektedirler. Diyabet tedavisinde eğitim temel öneme sahiptir. Amaç, hastanın bilgi ve deneyimini artırarak hastaya olumlu davranışlar kazandırmak; böylece iyi metabolik kontrol sağlamak, erken ve geç komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır.²⁸ Hastanın kaygılarını artırmayacak düzeyde doğru bilgilendirme, hastalığın doğru anlaşılmasını kolaylaştırır. Sorunların tanımlanıp çözüm önerilerinin tartışılması, ilerleyen süreçte hastanın tedavi sürecine aktif katılımını kolaylaştıracaktır.⁵ Bilgi düzeyindeki yetersizlik, sağlık personelinin diyabetli hastalara bilgi verme konusunda yetersiz kaldıklarını ve hastaların hastalıklarına ilişkin farkındalıklarının olmadığını düşündürmektedir.²⁸ Literatürde, yetersiz desteğin diyabetli hastalarda anksiyete ve depresyona neden olduğunu belirten çalışmalar vardır. Özmen'in bildirdiğine göre Schwartz, hastalarda yaşam olaylarının diyabet kontrolünü bozduğunu, yeterli sosyal desteğin

bu bozucu etkiyi hafiflettiği sonucuna varmıştır.^{17,29} Ancak çalışmamızda, sosyal destek ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

DM'lu hastaların HAD Ölçeğinden aldıkları anksiyete ortalama puanı 8.57 ± 0.36 (0-20), depresyon ortalama puanı ise 7.69 ± 0.37 (0-19) olarak bulunmuştur. HAD-A ölçeği ile cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, ekonomik durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış, komplikasyon durumu ve hastalığa yönelik bilgi arasında; HAD-D ölçeği ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, diyabet nedeniyle hastaneye yatış ve hastalığa yönelik bilgi arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Diyabetin komplikasyonlarını engellemek olası değildir. Ancak komplikasyonlar periyodik olarak yapılan iyi bir glisemik kontrol ile geciktirilebilir.²⁶ Bu nedenle düzenli olarak kontrol ve tetkiklerin yapılması komplikasyonların erken tanınmasında yardımcı olacaktır.

Diyabetli hastalar bütüncül olarak ele alınmalı, hastalığın metabolik kontrolünün yanı sıra, risk grubu olarak kabul edilebilecek hastalara psikiyatrik destek sağlanmalıdır.

Diyabetli hastaların hastalıkları konusunda bilgilendirilmeleri, fizyolojik ve psikolojik sorunların engellenmesinde önemlidir. Bu nedenle periyodik olarak hastaların diyabet eğitiminden faydalanmaları sağlanmalıdır.

DM'un psikiyatrik hastalıklarda yüksek oranlarda görülmesi ve diyabet ile psikiyatrik bozuklukların birbiriyle etkileşimleri nedeniyle, diyabette psikiyatrik bozukluğa neden olabilecek fizyolojik ve davranışsal etkenlerin ortaya çıkarılmasında daha kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tanyeri F. Diabetes mellitus tanım ve sınıflandırma. *Aktüel Tıp Diabet Forumu* 2002; 7:4-10.
2. Yılmaz T. Diabetes mellitusun tanı kriterleri ve sınıflaması. T Yılmaz, M Bahçeci, A Büyükbeye (eds), *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*, birinci baskı, İstanbul, Türkiye Diyabet Vakfı, 2003.
3. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, 1993.
4. Buzlu S. Diyabetin psikososyal yönü. S Erdoğan (ed), *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Yüce Yayın Dağıtım, 2002.

5. Akbay Pırıldar Ş. Dahiliye ve psikiyatri V. Diyabette Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, birinci baskı, İstanbul, Okuyan Us Yayınları, 2003.
6. Lloyd CE, Brown FJ. Depression and diabetes. *Curr Women's Health Rep* 2002; 2:188-193.
7. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2001; 24:1069-1078.
8. Aslan H, Diler RS, Alparslan ZN, Tetiker T. Diabetik hastalarda depresyon, kaygı, aleksitimi ve kan şekeri kontrolü. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997; 22:48-52.
9. Eren İ, Erdi Ö. Tip II diabetes mellitusta komplikasyonların psikiyatrik komorbiditeye etkisi. *3P Dergisi* 2004; 12:209-216.
10. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalance of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53:1053-1060.
11. Olgun N. Diyabette kendi kendine takip ilkeleri. *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. T Yılmaz, M Bahçeci, A Büyükebe (eds), *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi, birinci baskı, İstanbul, Türkiye Diyabet Vakfı*, 2003.
12. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:280-287.
13. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000.
14. Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. Tip II diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:184-191.
15. Goldney RD, Fisher LJ, Phillips PJ, Wilson DH. Diabetes, depression and quality of life. *Diabetes Care* 2004; 27:1066-1070.
16. Okanovic MP, Peros K, Szabo S, Begic D, Metelko Z. Depression in Croatia Type 2 diabetic patients: prevalence and risk factors. A Croatia Survey from the European Depression in Diabetes Research Consortium. *Diabet Med* 2005; 22:942-945.
17. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaumt M, Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet Med* 2005; 22:293-300.
18. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in Type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:744-749.
19. Gülseren Ş, Böncü B, Aydemir Ö, Kültür S. Tip I ve Tip II diabetes mellituslu hastalarda anksiyete ve depresyon. *3P Dergisi* 2002; 10:59-64.
20. Zenteno JFT, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002; 33:53-60.
21. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:89-98.
22. Gülseren L, Gülseren Ş, Hekimsoy Z, Bodur Z, Kültür S. Majör 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* 2001; 11:1-10.
23. Sevinçok L, Güney E, Uslu A, Baklacı F. Depression in a sample of Turkish type 2 diabetes patients. *Eur Psychiatry* 2001; 16:229-231.
24. Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet Med* 2000; 17:198-202.
25. Peyrot M, Rubin RR. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997; 20:585-590.
26. Erbay P, Aksakoğlu G, Uçku R. Tip II diabetiklerde komplikasyonlar: Bir eşleştirme modeli. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 12-16 Eylül 1994, Didim.
27. Leedom L, Meehan Wp, Procci W, Zeidler A. Symptoms of depression in patients with Tip II diabetes mellitus. *Psychosomatics* 1991; 32:280-286.
28. Süleymanoğlu Mermer G, Bayık A. Damlacık Köyünde Tip II DM prevalansının belirlenmesi ve DM'lu hastalara uygulanan diabet eğitimi programının değerlendirilmesi. 8. Halk Sağlığı Kongresi (23-28 Eylül 2002) Kongre Kitabı II, Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Basımevi.
29. Özmen M. *Diabette psiko-sosyal problemler*. Türk Diabet Yıllığı 2000-2001. İstanbul, Türk Diabet Cemiyeti Yıllık Yayın Organı, 2001.