

TİP-2 DİYABETLİ YETİŞKİN BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA VE SÜREKLİ KAYGI

Arş. Gör. Harun ASLAN*

Uzm. Dr. Zekai Uysal**

Öz

Bu çalışmanın amacı Tip-2 Diyabet hastalarının sürekli kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyodemografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkilerini araştırmak ve tanımlamaktır. Çalışmada kaygı düzeyini ölçmek için 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2) ve başa çıkma stratejilerini ölçmek için 28 maddeden oluşan Baş Etme (KF) ölçeğinden yararlanılmıştır. Çalışmanın örneklemini Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet alan Tip-2 Diyabet tanısı almış 121 kişi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcıların %55.4'ü kadındır. Katılımcıların yaş ortalamaları 58.01 (SS=9.39) olarak elde edilmiş ve yaş aralıkları 39 ile 81 arası değişmektedir. Katılımcıların %97.5' i (n= 119) sürekli kaygı eşiği olan 42 puanı aşmıştır. Araştırma kapsamında en çok kullanılan problem odaklı başa çıkma stratejileri; din ve kabullenme stratejileriyken en çok kullanılan duygu odaklı başa çıkma stratejileri ise; dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlama stratejileridir. Sosyodemografik ve sağlığa ilişkin özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında önemli korelasyonlar bulunmuştur. Bulgular, diyabetin psikososyal refah üzerindeki etkisini değerlendirirken bireysel başa çıkma stratejilerini dikkate almanın önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Tip-2 Diyabet, başa çıkma, sürekli kaygı*

COPING AND TRAIT ANXIETY IN ADULTS WITH TYPE-2 DIABETES

Abstract

The aim of this study was to explore and define the trait anxiety levels of type-2 diabetic patients, their coping strategies, socio-demographic characteristics, and the relationship between anxiety and coping strategies. In the study, 20-item Trait Anxiety Scale (STAI TX-2) was used to measure the level of anxiety and a 28-item Brief Cope was used to measure coping strategies. The sample of the study consisted of 121 people diagnosed with type-2 diabetes who were treated in Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital. The mean age was 58.01 (SD = 9.39), with a range from 39 to 81 years. The majority of the participants were female (55.4%). In the research, 97.5% of the participants (n = 119) exceeded the 42 points with trait anxiety threshold. Acceptance and religion, were the most frequently used problem-focused coping strategies. On the other side, self-distraction and self-blame were the most frequently used emotion-focused coping strategies. Significant correlations were found between sociodemographic and health characteristics, anxiety and coping strategies. The findings point to the importance of considering individual coping strategies when evaluating the impact of diabetes on psychosocial well-being.

Key Words: Type II diabetes, Coping, Trait anxiety.

* Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü, ANKARA harnaslan1@gmail.com

** Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, ANKARA zekaiuysal33@yahoo.com.tr

1. Giriş

Diyabet günümüz toplumlarında yaygın olarak görülen en önemli hastalıklardan biri olarak karakterize edilir. Milyonlarca insanın yaşamını derinden etkileyen diyabet kronik ve zorlu bir hastalıktır. Özellikle Tip-2 Diyabet yaygınlığı dünya çapında hızlı bir şekilde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Tip-2 Diyabet (eskiden insüline bağımlı olmayan veya yetişkin başlangıçlı olarak adlandırılan), vücudun insülini etkisiz kullanımından kaynaklanır. Tip-2 Diyabet, dünya çapında diyabetli insanların çoğunluğunu içerir ve büyük ölçüde aşırı vücut ağırlığı ve fiziksel hareketsizliğin sonucudur (Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

Tip-2 Diyabet, bazı dokuların insülin duyarlılığında azalmaya veya düşük insülin üretimine işaret eden insülin direnci ile karakterizedir. Diyabet prevalansı dünya çapında endişe verici bir şekilde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2016)'nın açıkladığı diyabet ile ilişkili raporunda küresel düzeyde prevalans oranı yetişkinler arasında %8.5 olarak açıklanmıştır. Ayrıca 2030'da her on kişiden birinin diyabet olması beklenmektedir (International Diabetes Federation, 2011). Bu oranlar sayısal olarak belirtilirse, 2010 yılı itibarıyla tüm dünyada 285 milyon olan diyabet nüfusu, 2014 yılında 422 milyona ulaşmıştır. Geleceğe yönelik analizlere bakıldığında ise 2045 yılına kadar diyabetin prevalans düzeyinin %9.9'a yükseleceği ve yaklaşık 629 milyona yükseleceği ön görülmüştür (Dünya Sağlık Örgütü, 2016; International Diabetes Federation, 2018). Bu rakam içerisinde Tip-2 Diyabetin artan oranla büyük bir yer kaplaması olası ihtimaldir. Diyabet oranlarındaki endişe verici artış, sağlıksız beslenme, egzersiz yapmama ve modernleşme nedeniyle stres düzeylerinin artması gibi yaşam tarzı değişikliklerine bağlanmaktadır (Chacko, 2003). Ayrıca Tip-2 Diyabet, hastalar tarafından kendi kendine kontrol gerektiren beslenme ve egzersiz içeren yaşam tarzı alışkanlıklarından büyük ölçüde etkilenir (Rubin, 2005; Yeaw vd., 2009).

Türkiye'de 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilere göre Tip-2 Diyabet prevalansının %7.7 olarak bildirmiştir. Aynı yıl içerisinde Türkiye'de Tip-2 Diyabet hastası sayısının 6 milyon 95 bin 579 kişi olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Sonuç olarak, diyabet 21. yüzyılın en zorlu kronik hastalıklarından biridir ve dünya halk sağlığı için giderek artan bir tehdittir (King vd., 1998; King vd., 1995).

Diyabet, insanların yaşamında büyük değişikliklere ve yıkıcı etkilere yol açabilir. Bu açıdan hastalığın hem fiziksel hem de psikososyal yönleri mevcuttur. Tip-2 Diyabet; görme, böbrek problemleri, sinir hasarı, ekstremitelerde enfeksiyon, zayıflamış bağışıklık sistemi, yüksek kan basıncı gibi bazı ciddi sorunlara veya komplikasyonlara yol açabilir. Aynı zamanda kalp krizi veya inme olasılığını da arttırır (Helgeson vd., 2007). Dolayısıyla kronik bir hastalık olarak diyabetin fiziksel sonuçlarının önüne geçilmesinde, günlük olarak fiziksel aktiviteye, ilaca, bakıma ve kan şekere hastanın tarafından takibine bağlı kalmayı gerektirir. Bu davranışların günlük rutinde sürdürülebilmesi, birçok görev gerektirmesi ve tedaviyle ilgili sık kararlar alınması zorluğu nedeniyle, hasta için çok zorlayıcı olabilir (Rubin, 2005; Yeaw vd., 2009). Tip-2 Diyabet hastalarına, hastalık yönetim süreçlerinde uzmanlar tarafından sağlanacak psikososyal müdahaleler hastanın, hastalıkla ilgili yönetimi sorunlarını aşmasına yardımcı olacaktır (Yıldırım, 2017a).

Fiziksel problemlerin yanı sıra, kronik yapısı nedeniyle, Tip-2 Diyabetli hastalar anksiyete ve depresyon gibi çeşitli psikolojik problemler yaşayabilirler (Anderson vd., 2001; Collins vd., 2009; Karlsen ve Bru, 2002; Tuncay vd., 2008).

Diyabet gibi kronik hastalığa sahip olan bireyler, özellikle yüksek stres düzeyleri olmak üzere çeşitli psikososyal sorunlara karşı savaşırlar. Ortaya çıkan rahatsızlığın sürekli bir stres kaynağı olabileceği ve günlük strese ek olarak hastalığın yaratacağı stresin kontrol altında tutularak hastaların yaşamlarına pozitif olarak uyarlanması gerekliliği akla gelmektedir. Ancak diyabetli birçok kişi, hastalığı günlük yaşamlarına entegre etmeyi başarmış gibi görünse de, diyabet birey için çok fazla stres içerebilir. Bu diyabetle ilişkili stres hastanın öz bakımını etkileyebilir, metabolik kontrolü etkileyebilir ve böylece diyabetli bireyi kısır bir çevreye yönlendirebilir (Peyrot ve McMurry, 1992). Sonuç olarak, diyabetli insanlar çok yönlü problemlerle başa çıkmak için sürekli olarak meydan okumaktadır.

1.1. Başa Çıkma

Baş çıkma, stresli bir durumdan kaçınmak veya durumu değiştirmek için aktif olarak bir şeyler yapmak için bilişsel veya davranışsal girişimlerle karakterize edilebilir (Billings ve Moos, 1981). Diyabetli kişiler, hastalığın stresli boyutlarıyla başa çıkmada çeşitli başa çıkma becerileri kullanabilirler. İnsanların karşılaştıkları stresle başa çıkma durumları ve başa çıkma alışkanlıkları o kişinin başa çıkma eğilimi veya tarzını yansıtır (Carver vd., 1989).

Baş etme süreci, insanların rahatsız edici yaşam olaylarını ele almak için kullandıkları belirli bir dizi beceri olarak tanımlanabilir. Lazarus ve Folkman (1984), stresle başa çıkmanın üç yönünü açıklar: Problem odaklı başa çıkma stratejileri, olumlu duygu odaklı başa çıkma stratejileri ve olumsuz (etkili olmayan) yönelimli başa çıkma stratejileri. *Sorun odaklı başa çıkma stratejileri*, aktif olarak problemle yüzleşmek, rekabetçi faaliyetlerden kaçınmak gibi yapıcı ve etkili şeyler yapmayı içerir. *Olumlu duygu odaklı başa çıkma stratejileri*, stresli durumlara karşı duygusal tepkilerin düzenlenmesine dayanmaktadır; duygu odaklı sosyal destek, olumlu yeniden yorumlama, kabul ve mizah arayışlarını içerir. Öte yandan, *olumsuz duygu odaklı başa çıkma stratejileri* konuyla etkin bir şekilde ilgilenmemektedir. İnkâr, soruna yönelik davranışsal katılım eksikliği, alkol ve madde kullanımını içerebilir.

Kişinin diyabet ile ilgili sorunlarının üstesinden gelmek, zor ve çoğu zaman ömür boyu süren bir süreç olabilir (Tuncay vd., 2008). Hastalar, sosyal rollerini, hastalıkla ilgili talep ve zorluklara uyması için ayarlayabilirler ya da durumu daha olumlu bir bakış açısıyla deneyimlerini yeniden bir çerçeveye oturtarak baş edebilirler. Tanının gerçekliğini kabul etmek ve tedaviye karşı olumlu bir tutum geliştirmek, başarılı başa çıkma ve iyileşme için kritik öneme sahiptir (DeCoster ve Cummings, 2005). Hangi başa çıkma biçimlerinin ya da başa çıkma tarzlarının en çok etkili olduğu konusunda açık bir fikir birliği yoktur. Sorun odaklı ya da duygu odaklı stratejilerin kullanımının hastalığın niteliğine bağlı olabileceği de öne sürülmüştür (Tuncay vd., 2008). Ancak daha önce yapılan birçok araştırma, kronik olarak hastaların hastalıktan kaynaklı streslerinin yüksek düzeylerini azaltmak için duygu odaklı başa çıkma stratejileri

kullanmaya özellikle eğilimli olduklarını göstermektedir. Ancak çoğu kişi durumlarını stresli olarak değerlendirdiklerinde kullandıkları başa çıkma stratejileri farklılaşabilmektedir (De Ridder ve Schreurs, 2001; Karlsen ve Bru, 2002; Li vd., 2013; Maes vd., 1996).

Sonuç olarak, başa çıkma stratejileri, diyabetli hastaların hastalık süreci boyunca özellikle kaygı gibi duygularının düzenlenmesi ile ilişkilidir. Ayrıca birçok çalışma, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin daha az kaygı ile ilişkili olduğunu, duygu odaklı olanların ise daha fazla kaygı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Cohen ve Kanter, 2004; Folkman ve Moskowitz, 2000; Karlsen ve Bru, 2002; Tuncay vd., 2008).

Bu çalışmada, Tip-2 Diyabet hastalarının kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyodemografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri araştırmak ve tanımlamak temel amaçlar olarak belirlenmiştir

2. Yöntem

Bu çalışma, kesitsel tasarım ve kolayda örnekleme yönteminin kullanıldığı bir tarama çalışmasıdır. Kesitsel tasarım, farklı nüfus gruplarının incelenmesini ve belirli bir zamanda karşılaştırılmasını sağlar. Araştırma kapsamında betimsel (tanımlayıcı) ve ilişkisel model kullanılmıştır. Betimsel araştırma modeli; üzerinde çalışılan araştırmanın mevcut durumu olduğu gibi tanımlaması ve gerçeğin temsiline bulunması özelliğine sahiptir (Ural ve Kılıç, 2005). Betimsel araştırmada amaç; araştırmaya katılan kişilerin özelliklerini betimlemektir (Büyüköztürk, 2013). Araştırmada betimsel olarak katılımcıların demografik özellikleri incelenmiştir. İlişkisel olarak ise, sosyodemografik verilerle birlikte diyabet hastalarının kaygı düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma becerileri açısından bir ilişki durumunun olup olmadığı incelenmiştir.

2.1. Katılımcılar ve Süreçler

Bu araştırmanın verileri, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet alan Tip-2 Diyabet tanısı almış hastalardan elde edilmiştir. Veri toplama sürecinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri Ağustos 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında Tip-2 Diyabet tanısı almış gönüllü katılımcılardan toplanmıştır. Katılımcılardan, çalışmadan önce bilgilendirilmiş onam formlarını doldurmaları istenmiştir. Tip-2 Diyabet hastası olan yüz yirmi bir (121) kişi anketi tamamlamıştır.

Katılımcıların sosyodemografik ve sağlık özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2 'de sunulmuştur (n = 121). Tip-2 Diyabet hastası olan katılımcıların ortalama yaşı 58.01 (SS= 9.39) olarak tespit edilmiş olup yaş aralığı ise 39-81 arası değişmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde kadın katılımcıların oranının (%55.4) erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %82.8'i evli, yarısından fazlası (%52.1) ise ilkökul mezunu, %80.2'si çekirdek bir ailede yaşıyor, %43.1'i ev hanımı ve yarısından fazlası büyükşehirde (%55.4) apartman dairesinde (%85.1) ikamet ediyor.

Tablo 1. Sosyodemografik Değişkenler (n=121)

	n	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	67	55.4
Erkek	54	44.6
<i>Yaş</i>		
44 ve altı	9	7.4
45-54	37	30.6
55-64	43	35.5
65 ve üstü	32	26.5
Ortalama $\pm$ Ss.	58.01 $\pm$ 9.39	
Ortanca yaş (Medyan)	58	
Tepe değeri	58	
En düşük – En yüksek yaşlar	39-81	
<i>Medeni durumu</i>		
Evli	99	82.8
Bekar	5	4.1
Dul	17	14.1
<i>Eğitim durumu</i>		
Okuryazar değil	15	12.4
Okuryazar	4	3.3
İlkokul mezunu	63	52.1
Ortaokul mezunu	11	9.1
Lise mezunu	20	16.5
Yüksekokul mezunu	5	4.1
Yüksek lisans/Doktora mezunu	3	2.5
<i>Algılanan gelir durumu</i>		
Düşük	56	46.3
Orta	59	48.8
Yüksek	6	4.9
<i>Aile tipi</i>		
Çekirdek aile	97	80.2
Geniş aile	24	19.8
<i>İkamet edilen yer</i>		
Köy/Kasaba	11	9.1
İlçe	14	11.6
Şehir	29	23.9
Metropol (Büyükşehir)	67	55.4
<i>Meslek</i>		
Memur	12	9.9
İşçi	18	14.9
Serbest meslek	10	8.2
Emekli	29	23.9
Ev hanımı	52	43.1
<i>İkamet edilen konut türü</i>		
Apartman dairesi	103	85.1
Müstakil ev	11	9.1
Gecekondu	7	5.8

Katılımcıların sağlık özelliklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%80.2) bir meslekte aktif çalışan ya da emekli olarak sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Tip-2 Diyabet hastası olan katılımcıların hastalık sürelerine ilişkin ortalama süre 9.21 (SS= 6.72) olarak tespit edilmiş olup hastalık süresi aralığı ise 1-30 yıl arası değişmektedir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı zamana kadar diyabetle ilişkili olarak hastanede tedavi görme süreleri ortalama 2.25 gün (SS=1.89) olarak tespit edilmiştir. Bu sürenin toplamda 1 ile 5 yıl arası değiştiği görülmektedir.

Tablo 2. Sağlık Değişkenleri (n=121)

	n	%
<i>Sosyal güvencesi</i>		
SGK (Aktif çalışan veya emekli)	97	80.2
Primsiz sağlık sigortası (Yeşil Kart)	6	5.1
Yakını üzerinden sağlık sigortası	17	13.9
Yurtdışından sağlık sigortası	1	0.8
<i>Hastalık süresi (Yıl)</i>		
Ortalama $\pm$ Ss.	9.21 $\pm$ 6.72	
En düşük – En yüksek süre	1-30	
<i>Hastanede tedavi süresi (Gün)</i>		
Ortalama $\pm$ Ss.	2.25 $\pm$ 1.89	
En düşük – En yüksek süre	1-5	
<i>Ailede kronik hastalık durumu</i>		
Anne	38	31.5
Baba	27	22.3
Kız kardeş	28	23.9
Erkek kardeş	27	22.3
<i>Sigara kullanım durumu</i>		
Evet	29	24.0
Hayır	92	76.0
<i>Alkol kullanım durumu</i>		
Evet	5	4.1
Hayır	116	95.9
<i>Diğer kronik hastalıklara sahip olma durumu</i>		
Evet	88	72.7
Hayır	33	27.3
<i>Diğer kronik hastalık isimleri (n=88)</i>		
Lombert diskopati	8	9.1
Romatoid artrit	2	2.3
Servikal diskopati	4	4.6
Hipertansiyon	67	76.1
Böbrek yetmezliği	3	3.4
Obezite	1	1.1
Kolestrol	2	2.3
Astım	1	1.1

Katılımcılardan elde edilen bilgiler ışığında birinci derece yakınlarında da kronik rahatsızlıklar olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğunda Tip-2 Diyabet hastalığı dışında hipertansiyon (%76.1) ve diğer kronik rahatsızlıkların olduğu da tespit edilmiştir. Katılımcıların sadece %4'nün alkol kullanmaktadır. Son olarak katılımcıların %24'ünün sigara kullandığı ve şu anda sigara kullanmayan 31 katılımcının geçmişte 2 ile 40 yıl arası sigara kullandığı bilgisine ulaşılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada bir görüşme formu ve iki ölçek kullanılmıştır. Görüşme formunda sosyodemografik sorular (18 madde) yer almıştır. Kaygı düzeyini ölçmeye yönelik Durumluk-Sürekli Kaygı (STAI TX-2) (20 madde) ve Başa Çıkma (KF) (28madde) ölçekleri kullanılmıştır.

2.2.1. Sürekli Kaygı Ölçeği

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2) Spielberg vd. (1970) tarafından geliştirilmiştir. Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler (Öner, 1997). Ölçek tek alt boyut içermekte olup toplamda 20 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar ölçekteki her bir maddeyi 1'den 4'e kadar (4 seçenek puana dönüştüğünde "Hiçbir zaman" 1, "Bazen" 2, "Çoğu zaman"

3, “Her zaman” 4) değişen cevaplar içerisinde tercih yapmaları beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Öner ve Le Compte (1983) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade etmektedir.

2.2.2. Baş Etme (KF)

Baş Etme (KF) (The Coping Strategies–Brief COPE) Carver (1997) tarafından geliştirilmiştir. İlk olarak, geliştirilen baş etme becerileri ölçeği (COPE Inventory Form) 15 alt boyuttan oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Her bir alt boyut dört soru içerir ve toplamda 60 sorudan oluşur (Carver vd., 1989). Daha sonra, başka bir çalışmanın (Carver vd., 1989) sonucunda 28 soru içeren kısa form (Brief COPE) geliştirilmiştir. Bu ölçek 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; aktif başa çıkma, duygusal sosyal destek arama, amaca yönelik sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, planlama, kabullenme ve din problem odaklı başa çıkma stratejileri olarak belirtilmiştir. Dikkatini başka yöne yöneltme, reddetme, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma, duyguları açığa vurma, mizah ve kendini suçlama duygu odaklı başa çıkma stratejileri olarak tanımlanmıştır. Her alt boyut iki soru içerir. Katılımcılar ölçekteki her bir maddeyi 1’den 4’e kadar (4 seçenek puana dönüştüğünde “Asla böyle bir şey yapmıyorum” 1, “Çok az böyle yapıyorum” 2, “Orta derecede böyle yapıyorum” 3, “Çoğunlukla böyle yapıyorum” 4) değişen cevaplar içerisinde tercih yapmaları beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuna (2003) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Baş Etme (KF) ölçeğinin Tip-2 Diyabet hastalarının başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek nitelikte uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir

Bu çalışma kapsamında Baş Etme (KF) ölçeğinden elde edilen Cronbach's Alpha değeri .79 olarak elde edilmiştir. Baş etme stratejilerinin değerlendirildiği 14 alt boyutunun iç tutarlılığına yönelik elde edilen Cronbach's Alpha değerleri ise; aktif başa çıkma .76, planlama .59, din .88, olumlu yönde yeniden yorumlama .65, kabullenme .73, duygusal sosyal destek .88, amaca yönelik sosyal destek .83, dikkatini başka yöne yöneltme .60, mizah .64, duyguları açığa vurma .77, davranışsal uzaklaşma .84, reddetme .76, madde kullanımı .83, kendini suçlama .70 olarak bulunmuştur.

2.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Yapılan normallik testi sonucu skewness ve kurtosis değerleri -1.5 ile +1.5 değerleri arasında elde edilmiştir. Bu sebeple verilen değer aralığında normallik testi sonucu parametrik test yapılmasına olanak tanımaktadır (George, 2011; Tabachnick ve Fidell, 2013).

Çalışmada parametrik test tekniklerinden Pearson korelasyon test tekniği kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik test sonuçları ayrıca incelenmiştir. Pearson korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir. Tanımlayıcı

istatistiklerde, kategorik ve sayısal değişkenleri tanımlamak için oran kullanılmış olup, ortalama ve standart sapma ise sürekli değişkenleri tanımlamak için kullanılmıştır.

3. Bulgular

Tip-2 Diyabetli hastaların sürekli kaygı ortalama ve standart sapma puanları 52.36 ± 6.13 olarak analiz edilmiştir. Elde edilen ortalama puan (52.36) sürekli kaygı eşiği olan 42 puandan nispeten daha yüksek olup, katılımcıların %97.5' i (n= 119) sürekli kaygı eşiği olan 42 puanı aşmıştır.

Katılımcıların en çok kullandıkları problem odaklı başa çıkma stratejileri; din (7.51 ± 1.16), kabullenme (7.19 ± 1.16), aktif başa çıkma (6.85 ± 1.39), olumlu yeniden yorumlama (6.70 ± 1.20), duygusal sosyal destek arama (6.68 ± 2.16) olarak analiz edilmiştir. En çok kullanılan duygu odaklı başa çıkma stratejileri incelendiğinde ise; dikkatini başka yöne yöneltme (6.82 ± 1.45) ve kendini suçlama olduğu (4.34 ± 1.52) olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Tip-2 Diyabetli katılımcıların sürekli kaygı ve başa çıkma stratejilerinin ortalama ve standart sapmaları (n = 121)

Değişkenler	Ortalama (SS)	Aralık
<i>Sürekli Kaygı</i>	52.36 (6.13)	36-67
<i>Problem odaklı başa çıkma stratejileri</i>		
Aktif başa çıkma	6.85 (1.39)	2-8
Planlama	6.57 (1.54)	2-8
Din	7.51 (1.16)	2-8
Olumlu yönde yeniden yorumlama	6.70 (1.20)	3-8
Kabullenme	7.19 (1.16)	4-8
Duygusal sosyal destek arama	6.68 (2.16)	2-8
Amaca yönelik sosyal destek arama	4.31 (2.04)	2-8
<i>Pozitif duygu odaklı başa çıkma stratejileri</i>		
Dikkatini başka yöne yöneltme	6.82 (1.45)	4-8
Mizah	3.12 (1.55)	2-8
<i>Negatif duygu odaklı başa çıkma stratejileri</i>		
Duyguları açığa vurma	4.09 (1.55)	2-8
Davranışsal uzaklaşma	3.26 (1.79)	2-8
Reddetme	2.79 (1.35)	2-7
Madde kullanımı	2.22 (0.97)	2-8
Kendini suçlama	4.34 (1.52)	2-8

Sosyodemografik ve tıbbi özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasındaki korelasyonlar katsayıları Tablo 4'te sunulmuştur. Tüm testler iki uçlu olarak % 5 anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir.

Yaş ile eğitim durumu, algılanan gelir ve aile tipi arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Ancak cinsiyet değişkeni ile sadece eğitim durumu arasında ortalama güçte bir ilişki bulunmuştur. Hastalık süresi ile sosyodemografik özellikler arasında herhangi önemli bir ilişki tespit edilmemiştir.

Sürekli kaygı puanlarının ortalaması ile cinsiyet ve eğitim durumu arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Kadınların sürekli kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olduğu, daha düşük eğitime sahip olan bireylerin daha yüksek eğitime sahip olan bireylere göre daha yüksek sürekli kaygı düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir.

Problem odaklı başa çıkma stratejileri arasında güçlü anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Anlamlı ilişkiler çıkan problem odaklı başa çıkma stratejileri alt boyutları; aktif başa çıkma, planlama, din, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme ve duygusal sosyal destektir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri arasında güçlü anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin bütün alt boyutlarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca problem odaklı başa çıkma stratejilerinden aktif başa çıkma, din, olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme hem diğer problem odaklı başa çıkma stratejileri ile hem de duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öte yandan duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden dikkatini başka yöne yöneltme, mizah, davranışsal uzaklaşma ve reddetme hem diğer duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile hem de problem odaklı başa çıkma stratejileri ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden mizah, cinsiyet ve aile tipi ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve algılanan gelirle ise negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkiler ışığında erkek katılımcıların, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ve geniş aileye sahip katılımcıların ve negatif ilişki kapsamında ise daha düşük algılanan gelire sahip katılımcıların mizah başa çıkma stratejini daha çok kullandığı bulunmuştur.

Duygusal sosyal destek arama ve amaca yönelik sosyal destek arama alt boyutlarının her ikisiyle de planlama, duygularını açığa vurma ve davranışsal uzaklaşma alt boyutlarının ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. Sosyodemografik ve tıbbi özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasındaki korelasyonlar (n = 121)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
<i>Sosyodemografik özellikler</i>																					
Yaş (1)	1	.06	-.23*	-.10*	-.21*	.12	-.08	.02	-.02	-.03	.00	.09	-.04	-.02	-.07	-.04	.10	.06	-.04	-.19*	-.12
Cinsiyet (2)		1	.36**	.00	.13	-.16	-.30**	-.00	.16	-.05	-.01	.01	.07	.09	-.11	.18*	.00	.06	.11	.08	-.01
Eğitim durumu (3)			1	.22*	.19*	-.06	-.22*	-.01	.11	-.12	-.05	-.03	.12	.17	.05	.27**	.11	.01	.23**	.14	.20*
Algılanan gelir (4)				1	.28**	.00	-.03	-.11	.00	.00	-.14	-.14	-.01	.08	-.19*	-.24**	.05	.12	.11	.12	.21*
Aile tipi (5)					1	-.02	.00	-.04	.11	-.01	-.11	-.21*	-.12	.11	-.12	.31**	.01	.12	.27**	.14	.21*
<i>Sağlık özellikleri</i>																					
Diyabetin süresi (6)						1	.17	.07	.04	.01	.04	.14	.22*	.05	.11	-.10	.32**	.08	-.01	-.03	.05
<i>Sürekli Kaygı (7)</i>																					
							1	.14	.02	-.01	-.03	.04	-.02	.11	.01	.05	.23**	.18*	.01	.10	.34**
<i>Problem odaklı başa çıkma stratejileri</i>																					
Aktif başa çıkma (8)								1	.59**	.37**	.45**	.61**	.35**	.10	.50**	-.09	.03	-.35**	-.25**	-.04	-.04
Planlama (9)									1	.31**	.30**	.43**	.34**	.34**	-.38**	.14	.01	-.14	.01	-.01	.09
Din (10)										1	.30**	.40**	.26**	-.04	.33**	-.23*	-.02	-.33**	-.32**	-.30**	.01
Olumlu yönde yeniden yorumlama (11)											1	.50**	.31**	-.07	.50**	-.21*	-.05	-.32**	-.27**	.05	-.16
Kabullenme (12)												1	.33**	-.06	.45**	-.30**	-.03	-.31**	-.46**	-.17*	-.11
Duyusal sosyal destek arama(13)													1	.07	.48**	-.15	.20*	-.27**	-.05	-.03	-.01
Amaca yönelik sosyal destek arama (14)														1	-.02	.45**	.25**	.19*	.27**	.17	.35**
<i>Duygu odaklı başa çıkma stratejileri</i>																					
Dikkatini başka yöne yöneltme (15)															1	-.19*	.10	-.34**	-.18*	-.01	-.05
Mizah (16)																1	.23**	.39**	.57**	.35**	.49**
Duyguları açığa vurma (17)																	1	.24**	.27**	.19*	.30**
Davranışsal uzaklaşma (18)																		1	.64**	.33**	.37**
Reddetme (19)																			1	.52**	.43**
Madde kullanımı (20)																				1	.31**
Kendini suçlama (21)																					1

**p< .01, *p< .05

4. Tartışma

Bu çalışmada, Tip-2 Diyabet hastalarının oluşturduğu bir örneklem grubu aracılığıyla sürekli kaygı düzeyleri (Sürekli Kaygı Ölçeği ile ölçülmüştür), problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin boyutları (Baş Etme (KF) ölçeği ile ölçülmüştür) araştırılmıştır. Katılımcıların %97.5' i diyabetleriyle ilişkili olarak sürekli kaygı yaşamaktadırlar. Bu kaygı yüzdesi, önceki araştırmalarda bulunanlardan daha yüksektir. Tuncay vd. (2008) tarafından yapılan çalışmada, diyabetli katılımcıların yaklaşık %79' unda sürekli kaygı yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Elde edilen sonuçlar, hastaların tedavi süreçlerinde diyet, oral ilaç, egzersiz gibi yalnızca biyolojik sağlığın gelişimini kapsayan bir süreç olmadığını göstermektedir. Hastalara, psikolojik, sosyal, ruhsal/varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlı ve bütüncül bir perspektiften yardım sunulması önemlidir (Yıldırım, 2018). Diyabetli hastaların tedavi süreçleri planlanırken, psikososyal bakım hizmetlerinin sağlanması da bulgular kapsamında ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yıldırım (2017b)'ın belirttiği gibi, hastanın tedaviden faydalanması için tıbbi tedavi ve psikososyal desteğin birlikte sunulması gerektiği önem arz etmektedir.

İnsanların karşılaştıkları stresle başa çıkma durumları ve başa çıkma alışkanlıkları, kişinin başa çıkma eğilimi veya tarzıdır (Carver vd., 1989). Dolayısıyla bireysel farklılıklar kişilerin kullandıkları başa çıkma stratejilerini de farklılaştırmaktadır. Bu çalışma kapsamında hem birçok problem odaklı başa çıkma stratejilerinin hem de birçok duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin aktif bir şekilde kullanıldığı görülmektedir.

Aktif başa çıkma, din, olumlu yeniden yorumlama ve kabullenme gibi problem odaklı başa çıkma stratejilerinin bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları biyopsikososyal zorluklara karşı faydaları birçok araştırmada vurgulanmıştır (DeCoster ve Cummings, 2005; Karlsen ve Bru, 2002; Rubin ve Peyrot, 2001). Bu araştırmadaki en yüksek puan ortalamasına sahip başa çıkma stratejisinin din alt boyutu olduğu görülmektedir. Gerçekten de, dini inançlar ve faaliyetler çeşitli hasta grupları arasında sık sık dile getirilen umut, rahatlık, kabul ve güç kaynağı olarak gözlemlenmiştir ve belirlenmiştir (Abraído-Lanza ve Revenson, 1996; Alferi vd., 1999; Baldree vd., 1982; Rubin ve Peyrot, 2001; Tix ve Frazier, 1998).

Daha kolektif bir anlayışla, bireyler ciddi hastalık zamanlarında dinle ilişkili belirli organizasyonlarla ilişkilerini de arttırabilir. Bu organizasyonlar tarihsel olarak güçlü bir şekilde hastaya duygusal destek, pratik yardım ve hayırseverlik sunma ile özdeşleşmişlerdir (Ridder ve Schreurs, 1996). Duygusal destekle bağlantılı olarak araştırma kapsamında diğer başa çıkma stratejileri ile anlamlı ilişki bulunan bir diğer başa çıkma stratejisi duygusal sosyal destek arama boyutudur. Duygusal sosyal desteğe sahip olmayı memnuniyetle karşılayan kronik hastaların, bu tür destekten hastalara göre daha aktif başa çıkma stratejileri kullandıkları görülmektedir (Ridder ve Schreurs, 1996). Bu çalışmada en çok kullanılan sorun odaklı başa çıkma stratejileri; kabullenme, din, olumlu yeniden yorumlama, aktif başa çıkma ve duygusal sosyal destek aramadır. Problem odaklı başa çıkma stratejilerinin yanı sıra dikkatini başka yöne yöneltme, mizah ve kendini suçlama katılımcıların kullandıkları duygu odaklı başa çıkma stratejileridir.

Araştırma kapsamında sosyodemografik özellikler ile ilişkili olan en önemli başa çıkma stratejisinin mizah olduğu ortaya konulmuştur. Birçok çalışma, mizahın ve kahkahaların gerginlik ve kaygıyı gidermek için terapötik olduğu şeklindeki bu görüşü desteklemiştir (Kuiper ve Martin, 1998; Lefcourt vd., 1995; Moran, 1996; Moran ve Massam, 1999; Yovetich vd., 1990). Stres psikolojik sıkıntı ile bağlantılıyken (Gillis, 1992; Spielberger, 1979), mizahın bireyi stresin olumsuz etkilerini önleyici bir rol üstlendiği görülmektedir (Abel, 1998; Labott vd., 1990).

Korelasyon analizi sonuçları göstermektedir ki duyguları açığa vurma, davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri sürekli kaygı ile düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgular daha önce yapılmış olan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir (Blaney vd., 1997; Fisher vd., 2003). Bulguların diğer çalışmalarla benzer çıkmasının en temel nedeni örnekleme oluşturan grubun yaş ortalamasının büyük olması nitelendirilebilir. Daha verimli bir başa çıkma, bireylerin stresle daha etkin mücadele edebilmelerini sağlar. Bu nedenle, anksiyete ile ileri yaşta etkili başa çıkma arasındaki ilişkiyi anlamak özellikle önemlidir. Sunulan bulgular, dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlama gibi başa çıkma stratejilerini kullanma eğiliminin, ileri yaştaki anksiyete semptomatolojisini yordadığını ve psikolojik sıkıntıları anlamada prediktif faydalarını gösterdiğine işaret etmektedir. Bu durum, dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlamanın, stres yaratan kişi ve strese karşı uyarılma gücünün daha zayıf olması gerçeğinden kaynaklanabilir (Wadsworth vd., 2004).

Türk toplumuna yönelik Tip-2 Diyabet hastalarının başa çıkma stratejilerine yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın alan yazınına önemli bir katkı sunacağı ön görülmektedir. Ancak çalışmanın en önemli kısıtları örneklem sayısının yeterince büyük olmamasıdır. Bu da daha istatistiksel analizlerin daha kısıtlı olmasına neden olmuş ve kullanılan istatistiksel yöntemlerin sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmıştır.

5. Sonuç

Bu çalışmanın olasılıksız ve örneklem büyüklüğünün küçük olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Bu çalışmada, gerçek dünyayı zaman içinde bir noktada araştıran kesitsel bir tasarım kullanmıştır. Böyle bir tasarım, kaygı ya da başa çıkma stratejilerindeki uzun süreli değişimleri incelememektedir. Bu nedenle, diyabetli hastalar arasında psikososyal faktörleri incelemek için uzun süreli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın sonuçları Tip-2 Diyabet hastalarının kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyodemografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri açıklamada önemli bilgiler sunmaktadır. Sonuç olarak, bulgularımız, hastalığın psikososyal etkilerini değerlendirirken bireysel başa çıkma stratejilerini dikkate almanın önemine işaret etmektedir.

Kaynakça

1. Abel, M. H. (1998). Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *The Journal of Psychology*, 132(3), 267-276.
2. Abraído-Lanza, A. F. ve Revenson, T. A. (1996). Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 9(6), 501-508.
3. Alferi, S. M. ,Culver, J. L. ,Carver, C. S. ,Arena, P. L. ve Antoni, M. H. (1999). Religiosity, religious coping, and distress: A prospective study of Catholic and Evangelical Hispanic women in treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 343-356.
4. Anderson, R. J. ,Freedland, K. E. ,Clouse, R. E. ve Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
5. Baldree, K. S. ,Murphy, S. P. ve Powers, M. J. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 31(2), 107-112.
6. Billings, A. G. ve Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
7. Blaney, N. T. ,Goodkin, K. ,Feaster, D. ,Morgan, R. ,Millon, C. ,Szapocznik, J. ve Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: The role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health*, 12(5), 633-653.
8. Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum* (Genişletilmiş 18 ed.). Ankara: Pegem Yayıncılık
9. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol'too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92.
10. Carver, C. S. ,Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
11. Chacko, E. (2003). Culture and therapy: complementary strategies for the treatment of type-2 diabetes in an urban setting in Kerala, India. *Social Science & Medicine*, 56(5), 1087-1098.
12. Cohen, M. ve Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 29(4), 175-185.
13. Collins, M. ,Corcoran, P. ve Perry, I. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(2), 153-161.
14. De Ridder, D. ve Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical psychology review*, 21(2), 205-240.
15. DeCoster, V. A. ve Cummings, S. (2005). Coping with type 2 diabetes: do race and gender matter? *Social Work in Health Care*, 40(2), 37-53.
16. Dünya Sağlık Örgütü. (2016). *Global Report on Diabetes*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1. Erişim tarihi: 06.10.2018.
17. Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Diabetes mellitus*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>. Erişim tarihi: 06 Ekim 2018.
18. Fisher, B. M. ,Segal, D. L. ve Coolidge, F. L. (2003). Assessment of coping in cognitively impaired older adults: a preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 26(3-4), 3-12.
19. Folkman, S. ve Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.

20. George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*: Pearson Education India
21. Gillis, J. S. (1992). Stress, anxiety, and cognitive buffering. *Behavioral Medicine*, 18(2), 79-83.
22. Helgeson, V. S. ,Reynolds, K. A. ,Siminerio, L. ,Escobar, O. ve Becker, D. (2007). Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: Links to health outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 497-508.
23. International Diabetes Federation (2011). *IDP diabetes atlas*. Erişim tarihi: 05 Ekim 2018, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
24. International Diabetes Federation (2017). *IDP diabetes atlas*, Erişim tarihi: 05 Ekim 2018, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
25. Karlsen, B. ve Bru, E. (2002). Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 245-259.
26. King, H. ,Aubert, R. E. ve Herman, W. H. (1998). Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care*, 21(9), 1414-1431.
27. King, H. ,Gruber, W. ,Lander, T. ve Organization, W. H. (1995). *Implementing national diabetes programmes: report of a WHO meeting*.
28. Kuiper, A. ve Martin, R. (1998). *Is sense of humor a positive personality characteristic? the sense of humor: exploration of a personality charac-teristic* Edited by Willibald Ruch: Berlin.
29. Labott, S. M. ,Ahleman, S. ,Wolever, M. E. ve Martin, R. B. (1990). The physiological and psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*, 16(4), 182-189.
30. Lazarus, R. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*
31. Lefcourt, H. M. ,Davidson, K. ,Shepherd, R. ,Phillips, M. ,Prkachin, K. ve Mills, D. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 373-391.
32. Li, J. ,Drury, V. ve Taylor, B. (2013). ‘Diabetes is nothing’: The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary nurse*, 45(2), 188-196.
33. Maes, S. ,Levetthal, H. ,DeRidder, D. T. D. ,Sian, S. ve Smith, D. B. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner veN. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 221-251): New York: John Wiley.
34. Moran, C. C. (1996). Short-term mood change, perceived funniness, and the effect of humor stimuli. *Behavioral Medicine*, 22(1), 32-38.
35. Moran, C. C. ve Massam, M. M. (1999). Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*, 25(1), 36-42.
36. Öner, N. (1997). *Türkiyede kullanılan psikolojik testler: bir başvuru kaynağı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul.
37. YÖK (2006a). *Yükseköğretim Kanunu (Kanun No: 2547 Kabul tarihi: 4.Kasım 1981)*.
38. Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). *Handbook of state-trait anxiety*. Istanbul, Turkey, Bogazici University Publication.
39. Peyrot, M. F. ve McMurry, J. F. (1992). Stress buffering and glycemic control: the role of coping styles. *Diabetes care*, 15(7), 842-846.
40. Ridder, D. d. ve Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 71-82.

41. Rubin, R. R. (2005). Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American journal of medicine*, 118(5), 27-34.
42. Rubin, R. R. ve Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 457-478.
43. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Diyabete göz yumma*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,2643/diyabete-goz-yumma.html>. Erişim tarihi: 07.10.2018
44. Spielberg, C. ,Gorsuch, R. ,Lushene, R. ,Vagg, P. ve Jacobs, G. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: CA: Consulting psychologists press.
45. Spielberger, C. D. (1979). *Understanding stress and anxiety*: Harper & Row Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*: Allyn & Bacon/Pearson Education
46. Tix, A. P. ve Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 411.
47. Tuna, M. E. (2003). *Cross-cultural differences in coping strategies as predictors of university adjustment of Turkish and US students*. METU.
48. Tuncay, T. ,Musabak, I. ,Gok, D. E. ve Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 79.
49. Ural, A. ve Kılıç, İ. (2005). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık
50. Wadsworth, M. E. ,Gudmundsen, G. R. ,Raviv, T. ,Ahlkvist, J. A. ,McIntosh, D. N. ,Kline, G. H., . . . Burwell, R. A. (2004). Coping with terrorism: Age and gender differences in effortful and involuntary responses to September 11th. *Applied Developmental Science*, 8(3), 143-157.
51. Yeaw, J. ,Benner, J. S. ,Walt, J. G. ,Sian, S. ve Smith, D. B. (2009). Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 15(9), 728-740.
52. Yıldırım, B. (2017a). Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: hemodiyaliz hastaları üzerine etkileşim grubu planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2), 64-73.
53. Yıldırım, B. (2017b). Onkolojik sosyal hizmet uygulaması. In S. Attepe Özen veE. Özcan (Eds.), *Tıbbi Sosyal Hizmet* (pp. 215-224): Ankara, Nobel Yayınevi
54. Yıldırım, B. (2018). Hastane sosyal hizmetinin ailevi ve bakım veren ebeveynlerde pediatrik astım yönetimi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 364-385.
55. Yovetich, N. A. ,Dale, J. A. ve Hudak, M. A. (1990). Benefits of humor in reduction of threat-induced anxiety. *Psychological Reports*, 66(1), 51-58.