



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYONU OLAN YETİŞKİN
BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, ENDİŞE VE ANKSİYETE
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE KRONİK HASTALIĞI
OLMAYAN BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Muhammed Mustafa BEYOĞLU
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2019

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden her fırsatta faydalandığım, karşılaştığım her türlü güçlükte desteğini esirgemeyen, tezimin gerçekleşmesinde deneyimleri, bilimsel duruşu ve bakış açısıyla bana esin kaynağı olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Dilek Kuşaslan Avcı'ya;

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmama katkılarından dolayı sayın değerli hocam ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Hüseyin Avni Şahin'e;

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Sıddık Keskin'e;

Kliniklerinde çalışmaktan mutluluk duyduğum, rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma;

Tezimin süresince büyük desteğini gördüğüm hayatım boyunca önümdeki en büyük örnek insan olan sevgili abim Abdullah Beyoğlu'na;

Uzmanlık eğitimim vesilesiyle tanıştığım, ailemden uzaktayken bile bana aile olan, her zaman yanlarında olmaktan mutlu olduğum sevgili dostlarıma;

Bütün eğitim hayatım boyunca bana en büyük desteği veren, her koşulda yanımda olan, varlıklarından güç aldığım canım anneme, babama ve ablama;

Hiçbir konuda anlayışını ve desteğini esirgemeyen, "iyi ki var"ım sevgili eşim Elif'e ve tez yazım sürecimde ayrı yerlerde olsakta, varlığıyla umut veren, hayatımın merkezindeki neşe kaynağım olan sevgili oğlum Kerem'ime teşekkür ederim.

Dr. Muhammed Mustafa BEYOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ŞEKİL DİZİNİ.....	VI
TABLO DİZİNİ.....	VII
KISALTMALAR DİZİNİ	X
ÖZET	XI
ABSTRACT	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	4
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması.....	5
2.1.2.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık	6
2.1.2.2. İletişimsel Sağlık Okuryazarlık	6
2.1.2.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı	7
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler.....	7
2.1.3.1. TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults).....	8
2.1.3.2. REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine).....	9
2.1.3.3. NVS (Newest Vital Sign)	9
2.1.3.4. YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği).....	9
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığıyla İlişkili Alanlar	10
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi	12
2.1.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlık	12
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığın Önemi ve Kronik Hastalıklarla İlişkisi	13
2.1.8. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığın Önemi.....	14
2.2. Endişe ve Anksiyete.....	15
2.2.1. Endişe Tanımı	15
2.2.2. Anksiyete Tanımı	16
2.2.3. Anksiyete Sınıflandırması	16

2.2.3.1. Panik Bozukluğu	16
2.2.3.2. Fobik Bozukluklar	18
2.2.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB).....	20
2.3. Diyabetes Mellitus	22
2.3.1. Diyabetes Mellitus Tanımı ve Tarihçesi	22
2.3.2. Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi	22
2.3.3. Diyabetes Mellitus Sınıflandırması ve Patogenezi	23
2.3.4. Diyabetes Mellitus Klinik Belirti ve Bulguları	27
2.3.4.1. Diyabetes Mellitus Tanı Kriterleri ve Tarama Testleri	28
2.3.4.2. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları.....	29
2.3.4.2.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)	30
2.3.4.2.2. Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD).....	30
2.3.4.2.3. Laktik Asidoz (LA).....	30
2.3.4.2.4. Hipoglisemi.....	31
2.3.4.2.5. Mikrovasküler Komplikasyonlar	31
2.3.4.2.6. Makrovasküler Komplikasyonlar.....	32
2.3.4.2.7. Diyabetik Ayak	33
2.3.5. Diyabetes Mellitus Tedavisi.....	33
2.3.5.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	33
2.3.5.2. Egzersiz Tedavisi.....	34
2.3.5.3. Farmakolojik Tedavi	35
2.3.6. Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon	39
2.4. Hipertansiyon.....	40
2.4.1. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	40
2.4.2. Hipertansiyon Sınıflandırması	41
2.4.2.1. Etyolojik Sınıflandırma	41
2.4.2.2. Kan Basıncı Sınıflandırması.....	42
2.4.3. Hipertansiyon Klinik ve Semptomları	43
2.4.4. Hipertansiyon Tedavisi	43
2.4.4.1. Non-farmakolojik Tedavi	45
2.4.4.2. Farmakolojik Tedavi	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1. Araştırmanın Modeli.....	50
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	50

3.3. Araştırmanın Konusu ve kapsamı	50
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	51
3.5. Araştırmanın Tekniği	51
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	53
3.7. Verilerin Analizi	54
4. BULGULAR	55
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	70
5.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin Eğitim Durumları.....	71
5.3. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin Mesleki Durumları.....	72
5.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Değerlendirmesi	73
5.4.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Cinsiyet ile İlişkisi.....	74
5.4.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Sosyoekonomik Durumla İlişkisi.....	74
5.4.3. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi.....	75
5.4.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Meslek Durumuyla İlişkisi.....	76
5.4.5. DM ve HT Hastası Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Düzenli Kontrollerle İlişkisi.....	76
5.5. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Değerlendirmesi.....	77
5.5.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Cinsiyet ile İlişkisi	78
5.5.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Medeni Durumla İlişkisi.....	78
5.5.3. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi.....	78
5.5.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Meslek Durumuyla İlişkisi.....	79
5.5.5. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Hastalık Süresiyle İlişkisi	79
5.5.6. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Düzenli Kontrollerle İlişkisi ..	80
5.5.7. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Düzenli İlaç Kullanımıyla İlişkisi.....	80
5.6. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ ile YSOÖ'nin Korelasyon Analizi Değerlendirmesi.....	81
6. SONUÇLAR.....	82
7. KAYNAKLAR.....	85

8. ÖZGEÇMİŞ.....	95
9. EKLER	96
Ek 1. Etik Kurul Onayı	96
Ek 2. Sosyodemografik Anket	99
Ek 3. Endişe Anksiyete Ölçeği	100
Ek 4. Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	101



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları	7
Şekil 2. Sağlık okuryazarlığıyla İlişkili Faktörler ve Sonuçları	11
Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Belirleyicileri	12
Şekil 4. Antihipertansif ilaç kombinasyonları	49



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	8
Tablo 2. Panik Bozukluğu Tedavisinde Kullanılan Antidepresan İlaçlar.....	17
Tablo 3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Kullanılan Antidepresan İlaçlar..	22
Tablo 4. Diyabetes Mellitus'un Sınıflandırması	24
Tablo 5. Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri.....	29
Tablo 6. Diyabetin komplikasyonları	30
Tablo 7. Glisemik Kontrol Hedefleri	33
Tablo 8. Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflaması	42
Tablo 9. JNC 7 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü).....	42
Tablo 10. ESH/ ESC 2007 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü).....	43
Tablo 11. Yaşam tarzı değişikliği ve antihipertansif ilaç başlama	44
Tablo 12. Antihipertansif tedavinin hedefleri	45
Tablo 13. Değişik koşullarda antihipertansif ilaç seçimi.....	48
Tablo 14. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin yaş ortalamaları (n=300).....	55
Tablo 15. Çalışmaya dahil edilen DM hastalarının sosyodemografik özellikleri (n=100).....	56
Tablo 16. Çalışmaya dahil edilen HT hastalarının sosyodemografik özellikleri (n=100).....	56
Tablo 17. Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri (n=100).....	57
Tablo 18. Çalışmaya dahil edilen DM hastalarının anket sonuçları (n=100)	58
Tablo 19. Çalışmaya dahil edilen HT hastalarının anket sonuçları (n=100)	58
Tablo 20. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin kategorik değişkenlerinin ilişkisi ve dağılımı (n=300).....	59
Tablo 21. Çalışmaya dahil edilen DM ve HT'lu bireylerin kategorik değişkenlerinin ilişkisi ve dağılımı (n=200)	60
Tablo 22. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin cinsiyet özellikleri ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300).....	60
Tablo 23. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin sosyoekonomik durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	61
Tablo 24. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin eğitim durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300).....	61

Tablo 25. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin meslek durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	62
Tablo 26. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin kronik hastalık durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	62
Tablo 27. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin medeni durumlarına göre EAÖ sonuçları (n=300)	62
Tablo 28. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin düzenli kontrollere gitme durumları ile EAÖ sonuçlarının ilişkisi (n=200)	63
Tablo 29. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin hastalık süresi ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)	63
Tablo 30. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200).....	63
Tablo 31. Çalışmaya dahil olan HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=100).....	64
Tablo 32. Çalışmaya dahil olan DM'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=100).....	64
Tablo 33. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin EAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması (n=300)	65
Tablo 34. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin cinsiyet özellikleri ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	65
Tablo 35. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin medeni durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	65
Tablo 36. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin eğitim durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	66
Tablo 37. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin meslek durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	66
Tablo 38. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin sosyoekonomik durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	66
Tablo 39. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin kronik hastalık durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	67
Tablo 40. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık süresi ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)	67
Tablo 41. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin düzenli kontrol durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200).....	67
Tablo 42. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin düzenli ilaç kullanımını ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200).....	68
Tablo 43. Çalışmaya dahil olan DM ve HT'u olan bireylerin anket cevapları ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)	68
Tablo 44. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin YSOÖ puan ortalamaları karşılaştırması (n=300)	69

Tablo 45. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamalarının korelasyon analizi (n=300) 69



KISALTMALAR DİZİNİ

SOY	Sağlık Okuryazarlığı
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
DM	Diyabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMA	Amerikan Tıp Derneği
IDF	International Diabetes Federation
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
NVS	Newest Vital Sign
YSOÖ	Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TURDEP	Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
TKŞ	Tokluk Kan Şekeri
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
VKI	Vücut Kitle İndeksi
Ark.	Arkadaşları

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Diyabetes Mellitus (DM) veya Hipertansiyonu (HT) olan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli olup olmadığının belirlenmesi, endişe anksiyete ile ilişkisinin tespiti ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasının incelenmesidir. Çalışma grubunu, Van İli Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 171'i kadın, 129'u erkek olmak üzere toplam 300 gönüllü birey oluşturmuştur. Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışmamıza katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine, endişe ve anksiyete durumlarına ve sağlık okuryazarlık düzeylerine ait bilgileri elde etmek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ) ile Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (YSOÖ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi, Ki-kare testi ve Pearson Korelasyon Analizi testleri kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 49.24 ± 16.74 'tür. Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşları 26 ile 87 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 59.18 ± 9.41 'tür. Sağlıklı bireylerin yaşları ise 18 ile 51 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 29.34 ± 7.51 'dir.

Araştırmaya katılan bireylerin EAÖ puanları 0 ile 77 arasında değişmekte olup ortalama puan 41.72 ± 16.38 'dir. Kronik hastalığa sahip bireylerin puanları 4 ile 74 arasında değişmekte olup ortalama puan 45.48 ± 13.92 bulunmuştur. DM ve HT grupları arasında EAÖ sonuçları anlamlı farklılık içermemekteydi ($p > 0.05$). Sağlıklı bireylerin EAÖ puanları 0 ile 77 puan arasında değişmekte olup ortalama puan 34.19 ± 18.30 'dur. Sağlıklı bireyler kronik hastalıklara sahip bireylerle kıyaslandığında, kronik hastalığa sahip bireylerde EAÖ puanı daha yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermekteydi ($p < 0.05$). DM ve HT grupları ayrı ayrı sağlıklı bireylerle kıyaslandığında EAÖ sonuçları DM, HT gruplarında daha yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermekteydi ($p < 0.05$).

Araştırmamızda, bireylerin endişe anksiyete düzeyleri arasında kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, herhangi bir meslek sahibi olmaması, kronik hastalığa sahip olması, düzenli kontrollere gitmeyenler(en az 6 ayda bir) EAÖ sonuçları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$).

Medeni durumun endişe anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Çalışmamızdaki bireylerin YSOÖ puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama puan 9.24 ± 5.47 'dir. Kronik hastalığa sahip bireylerin puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama puan 6.40 ± 4.05 bulunmuştur. DM ve HT grupları arasında YSOÖ sonuçları anlamlı farklılık içermemekteydi ($p>0.05$). Sağlıklı bireylerin YSOÖ puanları 7 ile 20 puan arasında değişmekte olup ortalama puan 14.92 ± 2.91 'dir. Sağlıklı bireyler, kronik hastalıklara sahip bireylerle kıyaslandığında YSOÖ sonuçları daha yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermekteydi ($p<0.05$). DM ve HT grupları ayrı ayrı sağlıklı bireylerle kıyaslandığında YSOÖ sonuçları, sağlıklı bireylerde daha yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermekteydi ($p<0.05$).

Araştırmamızda, bireylerin kadın cinsiyette olması, evli olması, eğitim düzeyinin düşük olması, herhangi bir meslek sahibi olmaması, kronik hastalığa sahip olması, düzenli hekim kontrolüne gitmemesi(en az 6 ayda bir) ve düzenli ilaç kullanmaması açısından SOY düzeyi düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir($p<0.05$). Sosyoekonomik durum, DM veya HT hastası olunması, tedaviyi aksatma nedenleri ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan tüm bireylerin SOY puanları arttıkça EAÖ puanları azalmaktadır. SOY puan ortalamaları ile EAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.434$, $p=0.000$).

Toplumun geleceğini şekillendirecek kişiler çocuklardır. Bir çocuğun okuryazarlık düzeyinin gelişmesinde ailesinin okuryazarlık seviyesinin etkin rol oynadığı bilinmektedir. Buradaki en önemli görev Aile Hekimleri' ne düşmektedir. Aile hekimi, ailedeki bireylerin okuryazarlık seviyesini yapacağı görüşme ve testlerle tespit etmelidir. Yetersiz okuryazarlık tespit ettiği bireylerde gerekli eğitim ve görüşmeler sonucunda ailenin ve çocuğun SOY seviyesini yeterli seviyeye getirmelidir. Ayrıca toplumda SOY düzeylerini artırabilmek için topluma dayalı projelerin yaygınlaştırılması, bilinçlendirici sunumlar hazırlanması, alışveriş merkezi giriş çıkışlarında, şehir merkezlerinde, hastanelerin yakınlarında ilgi çekici standlar açılması önerilebilir. Hastanelerde özellikle kronik hastaların takip edildiği polikliniklere basit

şekillerle anlatılan SOY kitapçıklarının dağıtımı, sağlık bakanlığımızın öncülüğünde kısa, net ve basit bilgilerden oluşan kamu spotlarının yaygınlaştırılması, SOY'un tam olarak belirlenmesi için ülkemizin kültürel yapısına uygun ölçeklerin oluşturulması yararlı olacaktır. Üniversite ve okullarda öğrencilere konuya ilişkin düzenlenecek seminer, konferans ve benzeri bilimsel aktiviteler SOY bilinçlendirilmesi açısından yararlı olacaktır. Ülkemizde son yıllarda artış gösterse bile henüz yeterli seviyeye ulaşılmağından SOY konusunda güncel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Kronik Hastalıklar, Endişe ve Anksiyete



ABSTRACT

The aim of this study is to establish literacy level of patients who have diabetes mellitus (DM) or hypertension (HT); to search the relation with anxiety and worry and to investigate comparison of this group with healthy individuals. Study group is built up with 300 volunteers (171 women and 129 men) from the patients who visited Van Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Health Center Family Medicine Clinic. This study is across sectional descriptive survey study. To collect the information about sociodemographic characteristics, worry and anxiety level and health literacy status, Sociodemographic Information Form (SDIF), Worry and Anxiety Scale (WAS) and Adult Health Literacy Scale (AHLIS) are used. Statistical analysis of the data are made with One Way Variance Analysis, Chi-Square test and Pearson Correlation Analysis.

The age of individuals included in study are changed between 18 and 87 years with a mean age of 49.24 ± 16.74 years. The age of individuals with chronic disease are changed between 26-87 years with a mean age of 59.18 ± 9.41 years. The age healthy individuals age are changed between 18-51 years with a mean age of 59.18 ± 9.41 years

WAS scores of the individuals included in study are changed between 0-77 with a mean score of 41.72 ± 16.38 .

The score of the individuals with chronic disease are changed between 4-74 with a mean score of 45.48 ± 13.92 . No statistically significant difference is observed between DM and HT groups ($p > 0.05$) according to WAS scores. WAS score of healthy individuals are changed between 0-77 with a mean score of 34.19 ± 18.30 . There is a statistically significant difference between healthy individuals and individuals with chronic disease ($p < 0.05$), with a higher score of individuals with chronic disease. When compared the DM and HT groups individually the healthy individuals has a lower WAS score with a statistically significant difference ($p < 0.05$).

WAS scores found to be higher with female gender, lower educational status, being unemployed, having a chronic disease and not having regular check-ups (at least every 6 month) with a statistically significant difference ($p < 0.05$). No statistically significant difference of WAS scores is observed between the groups according to marital status ($p > 0.05$).

AHLS scores of the individuals included in study are changed between 0-20 with a mean score of 9.24 ± 5.47 . The score of the individuals with chronic disease are changed between 0-20 with a mean score of 6.40 ± 4.05 . No statistically significant difference is observed between DM and HT groups ($p > 0.05$) according to AHLS scores. AHLS scores of healthy individuals are changed between 7-20 with a mean score of 14.92 ± 2.91 . There is a statistically significant difference between healthy individuals and individuals with chronic disease ($p < 0.05$), with a higher score of healthy individuals with chronic disease. When compared the DM and HT groups individually the healthy individuals has higher AHLS scores with a statistically significant difference ($p < 0.05$).

HLS scores found to be lower with female gender, being married, lower educational status, being unemployed, having a chronic disease, not having regular check-ups (at least every 6 month) and not using regular medication with a statistically significant difference ($p < 0.05$). No statistically significant difference of HLS scores are observed between the groups according to socioeconomic status, having DM or HT diseases and not having proper treatment ($p > 0.05$).

There is a statistically significant negative correlation between mean HLS scores and WAS scores ($r = -0.434$, $p = 0.000$). Individuals who have higher HLS scores have lower WAS scores.

Children are the individuals who will build and form the future of society. It is clearly known that parents own literacy level has an active role on the advancing of the literacy level for a child. For this purpose, the most significant duty and responsibility should be taken by the family practitioner at this point. It is expected a that a family practitioner become aware of all family members literacy level by their interviews and tests. When an insufficient literacy level of family and child is detected after these interviews and tests, they should bring up a sufficient level of their health literacy scale. Additionally, it can be recommended generalising the projects which focus on the society, preparing consciousness raising presentations and opening remarkable stands at the entrance of shopping malls, city centers and near the hospitals for the purpose of enhancing health literacy level in a society. At the hospitals, especially at the clinics where the chronic patients are monitored, distribution of simple prepared HLS booklets; generalising short, clear and simple information included public service broadcasts

led by ministry of health can be helpful to build up proper scales to determine exact HLS for our country's cultural structure. Organising seminars, conferences and similar scientific activities on the topic at the universities and schools for students would be beneficial in terms of HLS awareness. Despite increasing the amount of the studies and works on HLS recent years, it can be suggested that contemporary studies should be done due to inadequate level of studies.

Keywords: Health Literacy, Chronic Diseases, Worry and Anxiety



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireye tıbbi bir bilgi verildiğinde kazandığı bilgiyi anlayıp kavraması, değerlendirmesi ve buna uygun davranış geliştirmesi olarak tanımlanır (1).

SOY, hekim ile hasta arasındaki sorumlulukların paylaşılmasını ve karşılıklı iletişim esnasında birbirini daha iyi anlamalarını sağlamaktadır. Hekim ile hastanın birebir iletişim süresi kısadır ve bu süre zarfında hastanın hekiminden aldığı bilgileri doğru anlaması gerekmektedir. Hekimin sunduğu bilgileri doğru anlamak çoğu zaman tek başına yetmemekle birlikte bilgiyi anlayıp doğru yorumlamak ve uygun şekilde davranmakta gerekmektedir (2). Bundan dolayı insanların kendi sağlığını doğru şekilde yönetmesi için SOY esastır (3). Tüm bu durumlar ancak bireylerin SOY seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilmektedir (2).

SOY düzeyinin düşüklüğü bir halk sağlığı sorunudur; öyle ki toplumun sağlık seviyesini düşürmekle birlikte hastalık görülme insidansını artırır, aynı anda nüfusun önemli bir bölümünü etkiler (4). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan çalışmalarda yetişkin bireylerin %36'sında SOY oranında düşüklük bulunmuştur (5). Düşük SOY seviyesi sistemsel ve bireysel düzeyde olmak üzere olumsuz sonuçları doğurmaktadır. Sistem düzeyli sonuçları, maliyetler, kaynak ayrımı, yeni program ve müdahalelerin oluşturulmasıdır. Söz konusu sonuçlar ise sağlık sisteminin işleyişini ve dengesini ciddi anlamda olumsuz etkilemektedir. Bireysel düzeydeki sonuçları ise; hastalığın kontrol edilememesi, komplikasyon oluşumunda artma, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyumsuzluk ve hizmetten memnun kalmamak şeklindedir (2). Ayrıca SOY seviyesi düşük olan kişilerin daha fazla hastaneye yattığı ve acil servisi kullandığı, daha az tarama programlarına katıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığı, hastalıkları ve tedavileri hakkında düşük bilgiye sahip olduğu ve buna bağlı olarak tedaviye uyum azalmasından ötürü ölüm riskleri arttığı ortaya konmuştur. Tüm bunların eşliğinde kronik hastalıkların tedavi uyumunda azalma, tedavi oranlarının düşmesi ve beraberinde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranları artmıştır. Kronik

hastalıklar eşliğinde oranı artan psikiyatrik rahatsızlıkların en önemlilerinden birisi endişe ve anksiyete bozukluklarıdır (6).

Endişe, herhangi bir olayın olumsuz bir şekilde sonuçlanabileceğine dair kaygılanma olarak ifade edilir. Endişeli bir birey, ortamda olası bir tehdit olmadan bu durumu yaşarsa, anksiyete bozukluklarının temelinde bulunan aşırı endişelerin gelişmesine sebep olur. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) hayat boyu görülme sıklığı %3-6.4 oranındadır. Yani her 100 kişiden 3-6'sı yaşamlarının herhangi bir zamanında bu rahatsızlıkla karşı karşıya kalabilir (7). Yaşla oranı arttıkça kaygı duyarlılığı artar. YAB yaşlılıkta kronik hastalıklarla en sık görülen anksiyete bozukluğudur. Bu kronik hastalıkların en önemli örnekleri Diyabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT)'dur (8).

DM, vücutta insülin eksikliği veya etkisindeki defektler nedeniyle karbonhidrat, yağ, proteinden faydalanamadığı uzun vadede organ yetmezliklerine kadar gidebilen kronik bir hastalıktır (9). DM prevalansı dünya genelinde 18 yaş üstü yetişkinler için 1980'de %4.7'den 2014'de %8.5'e yükselmiştir (10). 2017 yılı verilerine göre tüm dünyada diyabet prevalansı %8.8 iken bu değer 2045 yılında %9.9 olacağı hesaplanmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation – IDF) verilerine göre ülkemizde diyabet prevalansının %12.8 olduğu ve 6.7 milyon diyabetli birey bulunduğu, 2045 yılında ise erişkin nüfusta bu oranın 11.2 milyon olacağı ifade edilmektedir (11). DM'a sıklıkla komorbid bozukluklar eşlik etmektedir (12). Bu komorbid hastalıkların ön önemlilerinden biri hipertansiyondur. Diyabetli hastaların yaklaşık yarısında, tanı konmadan önce hipertansiyonun var olduğu ve tek tanı diyabetli hastalarda ise zamanla hipertansiyonun gelişmesinin genel popülasyona göre riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre hipertansiyon; herhangi bir antihipertansif ilaç kullanımının olmamasıyla birlikte sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olmasıdır (14). ABD ve pek çok Avrupa ülkesinde erişkin nüfusun hipertansiyon prevalansı %25-30 oranındadır. Türkiye'deki çalışmalarda erişkin yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %33 (Türk Kardiyoloji Derneği), %35.9 (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) ve %30.3 (Türk HT ve Böbrek Hastalıkları Derneği) değerleri arasında bulunmuştur. Ülkemizde

hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır. Bu çalışmada, hipertansiyon prevalansının %33.7 olduğu, yaş ilerledikçe prevalansın arttığı saptanmıştır (15). Hipertansiyon uygun şekilde kontrol altında tutulmazsa, ilerleyen dönemlerde kalp krizi, felçler, kronik böbrek hastalıkları, görme kaybı gibi birçok hayati öneme sahip komplikasyonlar gelişebilir (16). Komplikasyonların oluşumu sonucu, hayat kalitesinde azalma ve sonucunda komorbid rahatsızlıkları da yanında getirecektir (6). Hipertansiyon bilgisi, kan basıncı ölçümleri, risk faktörleri ve komplikasyonlarının anlaşılmasını ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini ve tedavi hedeflerini iletmek için önemli bir fırsat sağlar. Sağlık okuryazarlığı, kan basıncını, tedaviye uyumu ve hastalığın kendi kendine yönetimini kontrol altına almak için güçlü bir göstergedir (17).

1.2. Amaç

Biz bu çalışmamızda DM veya HT olan hastalardaki SOY seviyelerine bakıp, SOY seviyelerinin bireylerdeki endişe ve anksiyete ile ilişkisi, hastalığına etkisi ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasını araştırdık. Bireylerdeki SOY seviyesinin yükseltilmesiyle hastalığı hakkında bilgilerinin artırılması, tedavisi konusunda bilinçlendirilmesi, kendisini takip eden hekimine uyumunun artırılması, endişe ve anksiyetenin azaltılması, bunun sonucunda komplikasyonların azaltılması, gereksiz hastane başvuruları ve sağlık maliyetlerinin azaltılması, akılcı ve doğru ilaç kullanımının sağlanmasını amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

1970’li yıllarda literatürde yer edinmeye başlayan, yıllar geçtikçe önemi artan bir kavram olan sağlık okuryazarlığının tanımı; bireye tıbbi bir bilgi vermek istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, kavraması doğru yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi şeklinde ifade edilebilir (1). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sadece önüne konulan tıbbi bilgiyi okuması ve anlaması olmayıp, kendi sağlık durumunu bilmesi, hastalığını tanımlayabilmesi, sağlık durumu ile ilgili uygun kararlar verebilmesi, sağlık sistemini nasıl kullanabileceğini ve bu sistemden nasıl yararlanabileceğini bilmesini gerektiren geniş bir alan olarak görülmektedir (18).

Nutbeam ve Wise 1993 yılında bilgiye erişim, anlamlandırma ve davranışa önem vererek sağlık okuryazarlığını “Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi” şeklinde ifade etmiş ve bugünkü tanımların gelişmesinde önemli katkı sağlamışlardır (18).

DSÖ nün tanımına göre “İyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme yetisi” olarak tanımlamıştır (19).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ise SOY tanımı “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde ifade edilmektedir (20).

Amerikan Tıp Derneği (AMA) 1999 yılında SOY tanımlamasını “Bireyin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp, yapması” şeklinde yapmıştır (21).

Ulusal Akademi Tıp Enstitüsü 2004 yılında yayınlamış olduğu “Karışıklığı Gidermek için Yönerge” de (Prescription to End Confusion) SOY’u şu şekilde

açıklamaktadır: “SOY, bir bireyin sağlıkla ilgili bir bilgiyi edinebilme, okuyup anlayabilme ve buna uygun sağlık davranışı geliştirme yeteneğidir. SOY, bireysel ve sosyal fonksiyonların karışımıdır. Bireylerin SOY düzeyleri eğitim seviyesi, kültür ve dil farklılıklarından etkilenmektedir. Sağlık davranışı oluşurken medyanın, sağlık merkezlerinin ve devletin doğru bir şekilde sağlık bilgisini ulaştırmasında, iletişim ve değerlendirme eşit derecede önemlidir.” (22).

Sorensen ve ark.’ları, 2012 yılında, yapılan tüm tanımları araştırdıktan sonra “SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir” şeklinde tanımlamışlardır (23).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması

SOY kavramının tanımlanmasında karşılaşılan karışıklık, aynı zamanda bu kavramın sınıflandırılmasında da ortaya çıkmaktadır. SOY konusunda çalışan araştırmacılar farklı kriterleri dikkate alarak, sağlık okuryazarlığının basamaklarını ortaya koymada farklı sınıflandırmalar önermişlerdir (24).

Amerikan Tıp Birliği tarafından yapılan sınıflandırmaya göre SOY; sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sözel okuryazarlık olmak üzere iki sınıftır. Sınıflandırmaya daha sonra sayısal okuryazarlık kavramı da eklenmiştir. Yazılı okuryazarlık; sağlıkla ilgili temel bilgileri okuma ve yazma, sözel okuryazarlık; sağlıkla ilgili konularını dinleme ve dile getirme, sayısal okuryazarlık ise sayısal verileri kullanabilme yeteneğidir (25, 26).

Zarcadoolas ve ark. (2012) da, SOY’ u temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, vatandaş okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olarak dört sınıflamada incelemektedir. Temel okuryazarlık; sağlıkla ilgili verileri okuma, yazma, konuşma ve sayısal ifadeleri anlama olarak tanımlanmışlardır. Bilimsel okuryazarlık sağlık ile ilgili bilim ve teknolojilere ulaşım kullanma yeteneğidir. Vatandaşlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili kamusal konularda farkındalığının olması, bu konulardaki eleştirel tartışmalara ve karar verme süreçlerine dahil olabilmesidir. Kültürel okuryazarlık ise

toplumun sağlık ile ilgili inançlarının, gelenek göreneklerinin, dünya görüşünün hem bireyler hem de sağlık sunucuları tarafından bilinmesi, anlaşılması ve uygulanmasıdır (27).

En yaygın ve kabul edileni 2000 yılında Nutbeam'ın üç farklı basamaktan oluşan modelidir.

Bu modele göre;

1. Basamak: “fonksiyonel okuryazarlık” olarak adlandırılmış ve bireyin temel okuryazarlık bilgisini sağlıkla ilgili materyallere uygulayıp aktarabilmesi,

2. Basamak; “iletişimsel okuryazarlık” olarak adlandırılmış ve sosyal, bilişsel fonksiyonların geliştirilmesi ve bir ortamda yönlendirilebilmesi, günlük hayata uygulayabilme,

3. Basamak ise; “kritik okuryazarlık” olarak adlandırılarak bireyin sağlıkla ilgili konularda eleştirel yaklaşımla bilgileri analiz ederek doğru karar alması, bireysel ve toplumsal gelişimini sağlaması olarak ifade edilmiştir (28).

2.1.2.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık

Fonksiyonel SOY, bireylerin temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır. Bu seviyedeki bireyler kendisine sunulan sözlü ve yazılı sağlık bilgilerini okuyup anlayabilme, sağlık risklerini bilme, sağlık hizmetlerini nasıl kullanılacağını bilme gibi yetenekleri kapsar (29).

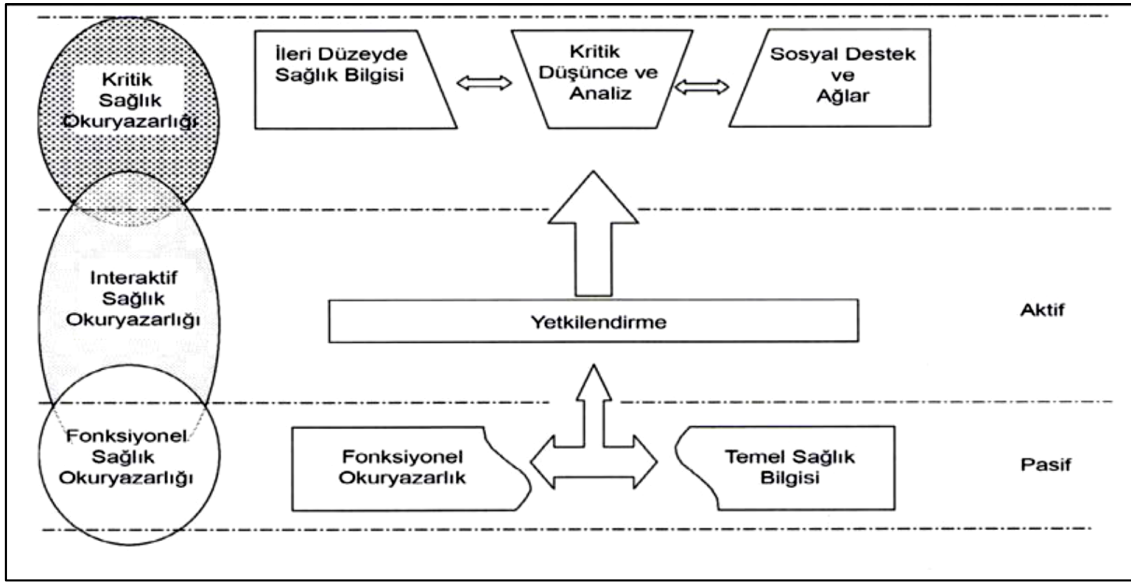
Bu basamaktaki en önemli sorun, bireyin sağlığı hakkında yararlanabileceği temel kaynakların hangisi olduğu, nasıl ulaşabileceği, edindiği bilgileri kendi sağlık durumunu yönetmesine yardımcı olması için mevcut sistemlerinden hangisini nasıl kullanması gerektiğidir (30).

2.1.2.2. İletişimsel Sağlık Okuryazarlık

İletişimsel (interaktif) SOY, bireylerin sağlık sunucuları ile iletişimde sosyal ve bilişsel becerilere de sahip olması demektir. Bu seviyedeki bireyler farklı sağlık aktivitelerinden mevcut bilgileriyle kendi sağlığını koruyacak şekilde faydalanabilmekte ve değişen sağlık sistemlerinde bilgilerini rahatlıkla kullanabilmektedir (29).

2.1.2.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Kritik SOY, üst seviyede bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünebilme yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir. Böylece bireyler sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edip yorumlayabilmekte, bireysel ve toplumsal sorunları belirleyip çözümsel yaklaşımlar geliştirebilmekte, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmekte ve değerlendirebilmektedir (31).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları(22)

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekler

SOY ilk olarak 1974 yılında sağlık eğitimi olarak tanımlanmış ancak 1990'lı yıllara kadar kullanılmamıştır. Gündeme geldiği zamanlar olan 1990'lı yıllarda, "Sağlıkla ilgili materyalleri anlıyor musunuz?", "Sağlık broşürlerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla, bireyin SOY seviyesi belirlenmeye çalışılmıştır. SOY öneminin artmasıyla birlikte, ölçek gereksinimi oluşmuş ve ölçek oluşturma çalışmaları başlamıştır. SOY seviyesi için uygulanan ilk ölçek, National Assesment of Adult Literacy (NAAL-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi) olup, Amerikan sağlık eğitimini yansıtan bir ölçektir. Ölçek yetişkinlere uygulanmış ve geri bildirimler toplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yetişkinlerin sağlık alanındaki yeteneklerinin birbirinden farklı olduğu ve uyuşmadığı

gösterilmiştir (32-34). Bu ölçeğe göre SOY'daki dört seviye; Temel altı seviye, temel seviye, orta seviye ve yeterli seviyedir (35).

İlk zamanlar, soyut bir kavram gibi algılanan SOY seviyesini belirlemek için, zaman geçtikçe çeşitli yöntemlerle uygulanan birçok ölçek geliştirilmiştir (36). Günümüzde sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları Tablo 1'de gösterilmiştir;

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler(21)

ÖLÇEK ADI	TÜRKÇE VERSİYONU
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	VAR
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	VAR
En Yeni Yaşamsal İşaret Testi Newest Vital Sign Test (NVS)	VAR
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	TÜRKÇE

2.1.3.1. TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)

TOFHLA testi toplamda 22 dakika süren, sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yapılmış 2 ana bölümden oluşan bir testtir. İlk bölümde tanı yöntemleri, reçete ile ilgili talimatlar ve sağlık bilgileri ile ilgili bilgiler verilir bu bilgilere yönelik sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise sağlık muayenesi ile ilgili günlük yaşamdan bir senaryo ve kelimeler verilir bununla ilgili boşluklara verilen kelimelerden uygun gördükleri ile doldurmaları istenmiştir. TOFHLA skoru 0-100 arasındadır. 60 puan altında alanlar yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. TOFHLA sağlık okuryazarlığını değerlendirmede sık kullanılmakta olmasına karşın süre uzun olduğundan TOFHLA'nın kısaltılmışı olan S-TOFHLA geliştirilmiştir. TOFHLA puanlamasına göre sonuçlar; 1) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan); 2) Düşük sağlık okuryazarlığı (60-74 puan); 3) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan) . TOFHLA ölçeği bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasını ölçmesi pozitif yönleridir. Buna karşılık uygulama süresinin uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi eksiklikleri vardır (37).

2.1.3.2. REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)

REALM testi 66 tıbbi kelimenin verildiği, zorluğu giderek artan kelime tanıma testidir. Bireylerden kelimeleri yüksek sesle sırayla okumaları söylenir, doğru telaffuz edebildikleri kelimelere göre puan verilir. Test toplamda 2-3 dakika zaman alır. Puanlaması; Kelimelerden 61-66'sını doğru telaffuz edenler yeterli sağlık okuryazarı, 45-60 kelime düşük sağlık okuryazarı, 0-44 kelime yetersiz sağlık okuryazarı olarak kabul edilir (38). Uygulama süresinin 3-6 dakika olup zaman tasarrufu sağlaması avantaj oluşturmaktadır. Ancak; REALM ölçeği anlama ve sayısal beceriyi ölçmemektedir (39).

2.1.3.3. NVS (Newest Vital Sign)

NVS, 6 sorudan oluşan ve bireyin bir besin etiketini okuma ve anlamasını ölçen bir testtir. Bu ölçekte dondurma kutusunda bulunan besin tablosu hastaya verilir, kalori, yağ oranı vb. hesaplamalar yapılması istenmektedir. REALM gibi kısa sürede yapılması, sayısal, sözel ve kavrama yönlerini ölçmesi ile avantaj oluşturmaktadır. İyi ve sınırdaki SOY düzeyini ayırt edememesi ise eksikliğidir (40).

2.1.3.4. YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)

Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından Türkçe konuşan yetişkin bireylerin SOY konusundaki seviyelerini ölçmeye yönelik geliştirilen sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organ yeri ve isimlerini bilmeye yönelik 1 sorudan oluşan toplamda 23 soruluk bir ölçektir. Ölçek 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmeli sorulardan oluşmaktadır. Her soru tipi için puanlaması ayrı tutulmuştur. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verilmiştir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmiştir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır (41).

Testin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi %90.71, cronbach alpha katsayısının. 77 olması ölçeğin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Korelasyon değerinin. 87 olması iki ayrı zamanda yapılan ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve ölçeğin zamana göre değişmezliği kararına varılmıştır. YSOÖ sağlık okuryazarlığını değerlendirmede geçerli-güvenilir bir ölçek olduğu ve yetişkin bireylerde güvenle kullanılabileceği ortaya konmuştur (41).

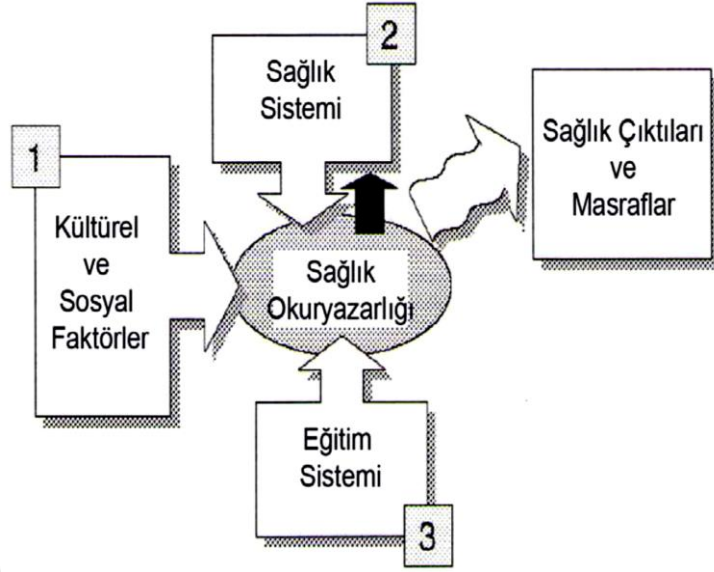
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığıyla İlişkili Alanlar

Bireylerin yaşamlarının parçası olan kültürel ve toplumsal kazanımlar, eğitim ve sağlık sistemi SOY'a etki eden faktörlerin başında gelmektedir. Bu faktörler sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemekte ve şekillendirmektedir. Sonuç olarak bireylerin becerileri SOY düzeyleri sağlık sistemi, eğitim sistemi, aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir (42). Pasaasce-Orlow ve ark. yaptıkları sistematik derleme çalışmasında düşük SOY düzeyinin öğrenim düzeyi, yaş, etnik köken ve gelir düzeyi ile bağlantılı olduğunu sonuçlandırmışlardır (43). SOY'u etkileyen faktörler şunlardır;

Demografik faktörler; yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim ve çalışma durumudur. Genel olarak ileri yaş, siyah ırk, kadın cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu düşük olanlarda SOY da daha düşüktür (44-46).

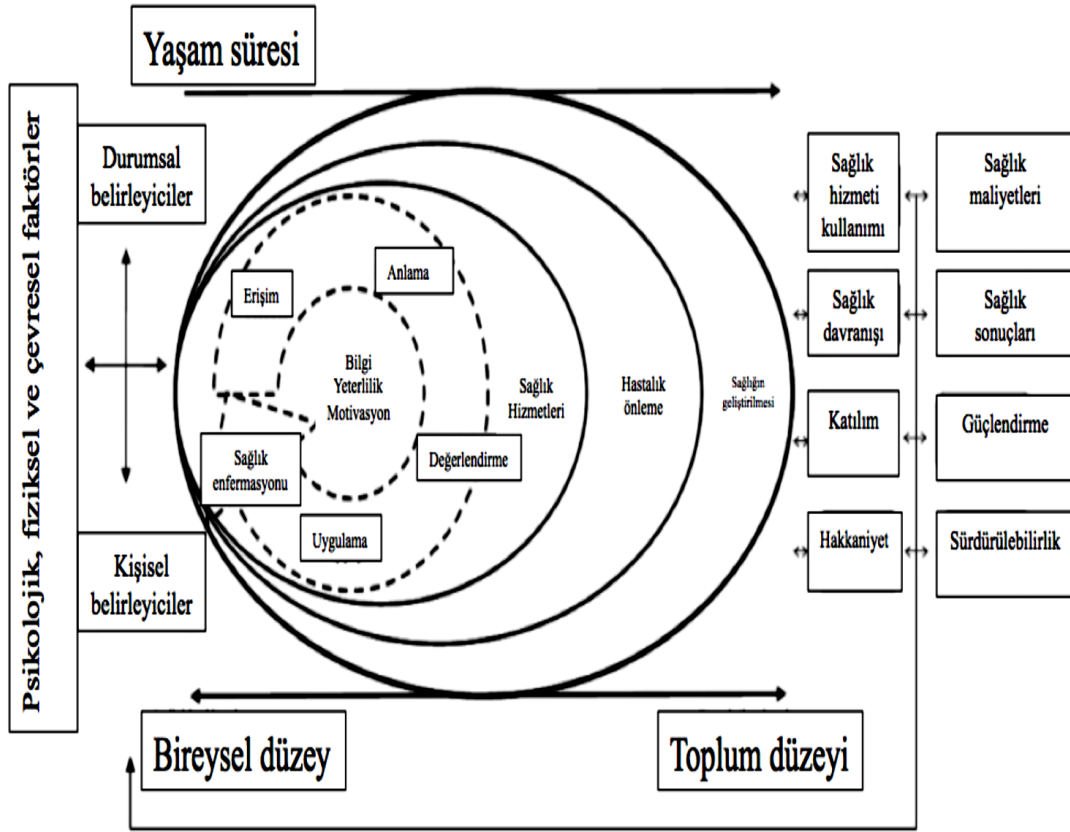
Kültürel faktörler; etnik köken, göçmenlik ve ana dil farklılığı gibi faktörler olup sağlık ile ilgili bilgileri okumayı, yazmayı ve anlamayı güçleştirebilmektedir (47).

Psikososyal faktörler; öz yeterlilik davranışı, aile ve toplumsal destek, sağlık problemleri bilgisi ile hastalığı anlamak gibi konuları kapsamaktadır. Bireylerin sağlık ile ilgili inanç algılarının düşük olması, bu inançları davranışa geçirememesi, aile ve çevrenin verdiği sosyal destek eksikliği ile sağlık ve hastalıklar konusundaki yetersiz bilgi, düşük seviye SOY'un nedenleri arasındadır (48).



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığıyla ilişkili Faktörler ve Sonuçları(22)

2012 yılında Sorenson ve ark. yaptığı çalışmada oluşturulan modelde; merkezinde bilgi, yeterlilik ve motivasyon, halkalarını ise ulaşma-anlama-yorumlama-uygulama, sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi oluşturmuştur. Modele göre SOY'un dört yönü (sağlık bilgisine ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama, bilgiyi yorumlama, bilgiye uygun davranış geliştirme), üç ayrı sağlık etkinlik alanına (sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) uygulanmaktadır (24).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Belirleyicileri(24)

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

SOY, bir bireyin sağlıkla ilgili sunuları doğru anlayıp uygulaması ve sağlığıyla ilgili aktif rol alıp doğru kararlar verebilmesi için önemlidir. SOY düzeyi sınırlı ya da düşük olan bireyler ihtiyaç dışı hastane başvurularının, acil servis kullanımlarının yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Yine düşük SOY seviyesine sahip bireylerin, hastane yatış süreleri daha uzun olmakta, gereksiz yere yaptırılan tetkikler artmakta ve sonucunda sağlık harcamalarının yükselmesine sağlık çıktılarının artmasına sebep olmaktadır. Sağlık sektöründe işgücü kaybına sebep olmakta olan bu durum, sağlık giderlerini arttırarak ülke ekonomisine gereksiz ek yükler getirmektedir (42, 49, 50).

2.1.6. Yetersiz Sağlık Okuryazarlık

SOY düzeyi, gelişmiş gelişmekte ve geri kalmış ülkelerin tamamında yetersiz olduğu görülmektedir. 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya,

Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan) yetişkin bireyler üzerinde yapılan 8 bin kişinin katıldığı çalışmada, Hollanda’da bireylerin %23,7’si, Bulgaristan’da %53,7’si, Polonya’da %42,2’si ve İspanya’da %36,9’u yetersiz seviyede bulunmuştur (51).

Ülkemizde ilgili kaynaklar ve çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte yapılan çalışmalarda SOY düzeyleri düşük bulunmuştur (31, 52). 2014 yılında Çorumda yapılan bir çalışmada, ilköğretim öğretmenlerinin sadece %26,2’sinin yeterli seviyede olduğu belirlenmiştir. Bursa’da ise %28,1’inde SOY yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (53). Üniversite öğrencilerinin SOY düzeyinin incelendiği başka bir çalışmada ise %40’ının yetersiz olduğunu saptanmıştır (31, 52). Bununla birlikte, 2014 yılında Türkiye’de erişkin nüfusun SOY düzeyi prevalansının belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada toplumumuzun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) SOY kategorilerinde olduğu saptanmıştır (54). Yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerin;

- Sağlık, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgilerinde yetersizlik
 - Tıbbi öneri ve/veya talimatlara uyumsuzluk
 - Kronik hastalıklarda bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik
 - Sağlık bakım sistemine ulaşmada yetersizlik
 - Sağlık bakım maliyetlerinde, ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında yükselme
 - Koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçları mevcuttur
- (3).

2.1.7. Sağlık Okuryazarlığın Önemi ve Kronik Hastalıklarla İlişkisi

SOY, bireyin hayat kalitesini yükseltmesini, sağlıklı geçirilen yaşam süresini arttırmasını ve sağlıkta oluşan eşitsizlikleri önler. Sağlık sunucuları için; mesleki tatmin, hastalarla doğru iletişim birbirini daha iyi anlamaları ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin kullanılmasını, hastalar için ise; hekiminin sunduğu bilgileri daha anlamayı ve kendi sağlığı için verilen kararlara dahil olmayı, kaliteli sağlık hizmetlerinden üst seviyede yararlanmayı sağlar (2).

Dünya çapında tüm yaşlarda ölümlerin çoğunluğunun kronik hastalıklara bağlı olduğu belirtilmektedir. Kronik ve ilerleyici hastalıklardan olan DM ve HT oluşumunda kişilerin sağlıklı ilgili davranışlarının önemi büyüktür. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek olarak özetlenebilecek sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranılmaması DM ve HT başta olmak üzere kronik hastalıkların gelişmesi bakımından risk oluşturmaktadır. SOY düzeyi ile bazı risk faktörlerinden ve hastalıklardan korunma arasında ilişki vardır (51). Yetersiz SOY un diyabetik bireylerde glisemik kontrolün daha zor olduğu ve daha yüksek riskte komplikasyonlara yol açtığı belirtilmiştir. SOY' un kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rolü vardır. Öz yönetim; yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalıkların kontrol altına alınması ve komplikasyonların önlenmesi için kişilerin üzerine düşen görevlerdir (38, 50). Bu görevlerdeki yetersizlikler birçok hastanın sağlıklı öz yönetim yapmasına engeldir. Genellikle yaşlılar, etnik azınlıklardaki bireyler, düşük gelir ve düşük eğitim seviyesindeki bireyler yetersiz okuryazarlık düzeyi ile hastalıklarının öz yönetiminde parasal, zamansal, hastalığının kontrol altında hayat kalitesinin yüksek olması açısından daha fazla zorluk yaşarlar. Pek çok sağlık sorununun temelinde zayıf öz yönetim ve düşük SOY' un var olduğu, hastaların öz yönetimlerinin harekete geçirilmesinde SOY' un geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (51).

2.1.8. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığın Önemi

Bireylerin kendi sağlıkları hakkında sağlık hizmetlerini alırken duruma müdahil olup verilen kararlarda aktif olması, doğru bilgiye rahat ulaşabilme, sağlık materyallerini okuyup anlayabilme ve değişen sağlık sistemlerine uyum gösterip kolay kullanabilmesi için SOY zorunluluktur (2, 3).

Birinci basamak hizmetlerinde SOY çok önemli bir yere sahip olduğundan, birinci basamaklar için Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajans'ı (Agency for Healthcare Research and Quality) Evrensel SOY Tedbirlerini Uygulama Rehberi'ni (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) hazırlamıştır. Kılavuz içeriğinde, eğitim ve farkındalığın artırılmasına yönelik program planlama, yapılacak işlere göre görev dağılımı oluşturma, hastalarla sözel ve yazılı iletişimi artırma gibi konulara da değinmektedir. Ayrıca birinci basamakta eğitim için kolay rehber hazırlama teknikleri, sağlık sunularını doğru anlama ve kullanımı ile SOY

düzeyini arttırmaya yönelik önerilerde mevcuttur. Önerilerden bazıları; yapılan görüşmelerle bireyin SOY seviyesinin tespit edilmesi ve düşük ise yükseltilmeye yönelik eğitimlerin verilmesi, bireyin SOY seviyesine uygun sağlık bilgilerinin verilmesi, bireye sadece tıbbi değil aile hekimliğinin temel yapıtaşlarından olan biyopsikososyal yaklaşım gösterilmesi, sağlık materyallerinin etkin kullanılmasını içermektedir. Bu sunuların her birisi 30-45 dk arası sürmektedir (55).

Kılavuzda yer alan öneriler; 2002 yılında WONCA Avrupa kurulunun yapmış olduğu Aile hekimliği tanımına göre temel yapıtaşlarından olan; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım ile uyumludur (56).

Rosenthal ve ark. Amerika'da 24 aile hekimliği asistan doktorları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, asistanların SOY danışmanlığı bilgisini, okuryazarlık değerlendirme tutumlarını, birinci basamak sağlık danışmanlık hizmeti verme becerilerini ve tüm bu unsurların önündeki zorlukları değerlendirmiştir (55-57). Tespitlerinden sonra asistan doktorlara gerekli eğitimler vermiş ve yeniden değerlendirme yapmıştır. Çalışmanın sonucunda eğitim alan asistanların eğitim öncesine göre; okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyleri daha doğru şekilde belirleyip, bu bireylere uygun sunular verebildiklerini göstermişlerdir. Yine başka bir çalışmada, Rosenthal ve ark. çocuğun okuryazarlık düzeyinin gelişmesinde ailesinin okuryazarlık seviyesinin etkin rol oynadığı yorumunu yapmışlardır. Buradaki en önemli görev Aile Hekimleri' ne düşmektedir. Aile hekimi, ailedeki bireylerin okuryazarlık seviyesini yapacağı görüşme ve testlerle tespit etmeli, ailenin ve çocuğun SOY seviyesini yeterli seviyeye getirmelidir (55-57).

2.2. Endişe ve Anksiyete

2.2.1. Endişe Tanımı

Endişe, olumsuz sonuçlanabilme ihtimali olan durumla ilgili yaşanan kaygı olarak ifade edilir. Endişeli bekleyiş, çevrede gerçek bir tehdit olmadan yaşanıp, süregenleşirse anksiyete bozukluklarına dönüşür. Sonuç olarak anksiyetenin temelini endişenin sürekli yaşanması oluşturur (7).

2.2.2. Anksiyete Tanımı

Anksiyete bireye hoş olmayan duyguları yaşatan bir duygulanım biçimidir. Genel olarak iç sıkıntısı, bunaltı veya kaygı olarak da isimlendirilir. Bireyde oluşturduğu semptomlar olan çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilere ek olarak, sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu yaşamakta gösterilebilir. Anksiyetenin korkudan farkı, olası bir kaynağının bulunmamasına rağmen bir tehlike beklentisiyle kaygılanmaktır. Bireyin hayat kalitesini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel semptomlarında beraberinde görüldüğü anksiyete durumları patolojik kabul edilmektedir (58).

2.2.3. Anksiyete Sınıflandırması

Anksiyete 3 ana grupta sınıflandırılmaktadır;

1-Panik Bozukluğu

2-Fobik Bozukluklar

-Agorafobi

-Özgül fobi

-Sosyal Anksiyete Bozukluğu

3-Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

2.2.3.1. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu tekrarlayan ve beklenmedik panik ataklar ile seyreden bir bozukluktur. Fiziksel semptomlar olan çarpıntı, terleme, titreme, baş dönmesiyle birlikte seyreden yoğun bir korku ve başka panik ataklarının gelişeceğine dair hissedilen kaygı mevcuttur (59).

DSM 5 tanı kriterleri;

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları

B. Ataklardan en az biri sonrasında, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi en az 1 ay süreyle olur

– yeni ataklar gelişmesinden ya da onların sonuçlarından ısrarlı bir tasa ya da endişe duyma

– ataklarla ilgili olarak uyuma yönelik olmayan belirgin davranış değişiklikleri gösterme (örn. egzersizden ya da alışık olunmayan durumlardan kaçınma gibi davranışlar)

C. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı olamaz

D. Bu rahatsızlık, başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (60).

Tedavi:

1) Bilişsel-Davranışçı Terapi

Panik ataklarının bedensel duyuların felaketleştirerek yorumlanmasından kaynaklandığını varsayan bilişsel model ve hiperventilasyonun nöbetlerin oluşumunda rol oynadığı görüşü temel alınır. Bilişsel yanlış yorumlamaların düzeltilmesi ve solunumun denetlenmesi esasına dayanır.

2) Farmakolojik Tedavi

Tablo 2. Panik Bozukluğu Tedavisinde Kullanılan Antidepresan İlaçlar(58, 61)

	Başlangıç Dozu	Ortalama Doz	Doz Aralığı
SSGİ			
Fluoksetin	5-10 mg	40 mg	10-60 mg
Fluvoksamin	25-50 mg	100 mg	50-200 mg
Sertralin	25 mg	50-100 mg	50-200 mg
Paroksetin	10 mg	40 mg	20-60 mg
Sitalopram	10 mg	20-30 mg	20-60 mg
SNGİ			
Venlafaksin	37,5 mg	75-150 mg	37,5-225 mg
Duloksetin	30 mg	60-90 mg	30-120 mg

2.2.3.2. Fobik Bozukluklar

Fobi bir cisim veya olay karşısında verilen aşırı bir korku tepkisi ve bu korkuya bağlı olarak gelişen ısrarlı bir kaçma davranışıdır. Buradaki anksiyete, bir cisim ya da olaya bağlıdır. Korkunun şiddeti, neden olan olayla ile açıklanamaz; gerçek durumla bağlantısızdır. Birey, verdiği tepkinin abartılı ve anlamsız olduğunun bilincindedir.

Agorafobi

Toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmekten, psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korku duyma ve kaçınma durumudur. Birey sıklıkla yanında birisinin varlığına gereksinim duyma ihtiyacı hisseder (59).

DSM 5 tanı kriterleri;

A. Aşağıdaki iki ya da daha fazla durumdan belirgin korku ya da anksiyete duyma

(1) Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar)

(2) Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler)

(3) Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar)

(4) Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma

(5) Tek başına evin dışında olma

B. Kişi, panik benzeri, aciz bırakan ya da utanç veren belirtiler geliştiği durumda, kaçmanın zor olabileceği ya da yardım sağlanamayabileceği düşüncesiyle, bu durumlardan korkar ve kaçınır

C. Agorafobik durumlar hemen her zaman ani korku ya da anksiyete ortaya çıkartır

D. Agorafobik durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye ihtiyaç duyulur ya da yoğun korku ile buna katlanılır

E. Korku ya da anksiyete, agorafobik durumların yarattığı gerçek tehlikeye ya da sosyokültürel bağlama göre orantısızdır

F. Korku, anksiyete ya da kaçınma süreklidir; tipik olarak 6 ay ya da daha uzun zamandır sürmektedir

G. Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur(60)

Özgül Fobiler

Özgül bir nesne ya da olayla sınırlı olan fobilerdir.

Tipleri:

- 1) Hayvan tipi; Yılan, fare, örümcek, kedi, köpek, böcekler
- 2) Doğal çevre tipi; Gök gürültüsü, şimşek, fırtına
- 3) Kan, enjeksiyon, yara tipi
- 4) Durumsal tip; Kapalı yer, yükseklik, karanlık, uçak
- 5) Diğer fobiler; yutma fobisi (62).

DSM 5 tam kriterleri;

A. Özgül bir nesne ya da durum hakkında belirgin bir korku ya da anksiyete duyma

B. Fobik nesne ya da durum, hemen her zaman ani korku ya da anksiyete ortaya çıkartır

C. Fobik nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun korku ya da anksiyete ile buna katlanılır

D. Korku ya da anksiyete, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye ya da sosyokültürel bağlama göre orantısızdır

E. Korku, anksiyete ya da kaçınma süreklidir; tipik olarak 6 ay ya da daha uzun zamandır sürmektedir

F. Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur(60).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Dikkatlerin üzerinde toplanıp insanlar tarafından değerlendirilmesi ve kendisini zor durumda bırakacak şekilde davranacağı gibi gerekçelerle belirli sosyal ortamlarda bulunmaktan korku duyma ve kaçınmayla karakterize anksiyete bozukluğudur. Birey

rezil olmak ya da gülünç duruma düşmekten dolayı korku duyar. Titreme, kızarma, terleme gibi fiziksel semptomları mevcuttur (63, 64).

DSM 5 tam kriterleri;

A. Kişinin başkalarının muhtemel bakışlarına maruz kaldığı, bir ya da daha fazla sosyal durum hakkında belirgin korku ya da anksiyete duyması

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirileceği şekilde davranmaktan ya da anksiyete belirtileri göstermekten korkar

C. Söz konusu sosyal durumlar, hemen her zaman ani korku ya da anksiyete ortaya çıkartır

D. Söz konusu sosyal durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun korku ya da anksiyete ile bunlara katlanılır

E. Korku ya da anksiyete, sosyal durumun yarattığı gerçek tehlikeye ya da sosyokültürel bağlama göre orantısızdır

F. Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli; tipik olarak 6 ay ya da daha uzun zamandır sürmektedir

G. Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur H. Bir maddenin ya da başka tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz

I. Panik bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ya da otistik spektrum bozukluğu gibi başka bir ruhsal bozukluk belirtileriyle daha iyi açıklanamaz

J. Başka bir tıbbi durum varsa, korku, anksiyete ya da kaçınma bu durumla ilişkisiz ya da aşırı bir düzeydedir(60).

2.2.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Anksiyete, yaygın ve süregendir. Yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan, kısa süreli anksiyete durumları bu tanım içinde yer almaz. Kişi nedeni olmadan bir endişe, kötü bir şeyler olacağı korkusu ve kaygısı içindedir. Yaşanan kaygılı bekleyiş duygusu dış etkenlerle ifade edilememektedir. Sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun bir anksiyete yaşanmaktadır. Bireyde huzursuz ve gergin bir görünüm, sinirlilik, tedirginlik, yerinde duramama hali, belirli bir neden yokken, olabilecekler hakkında

endişe ve üzüntü duyma, kas gerginliği belirtileri; seğirmeler, kas ağrıları(özellikle de baş, boyun ve sırtta ağrılar), el becerilerini bozacak bir düzeye varabilen el titremeleri, güçsüzlük, kolay yorulma, özellikle avuç içlerinde terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme hissi, soluk almada zorlanma, boğulma hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma gibi semptomlarla karakterizedir (65).

DSM-5 Tanı Kriterleri;

A. En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak aşırı anksiyete ve endişe duyma

B. Kişi, endişesini kontrol etmekte zorlanır

C. Anksiyete ve endişeye, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha fazlası) eşlik eder

(1) huzursuzluk ya da gergin ya da diken üstünde olma hissi

(2) kolay yorulma

(3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin boşalmış gibi olması

(4) kolay kızma

(5) kas gerginliği

(6) uyku bozukluğu

D. Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

E. Bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz(60)

Tedavisi;

1) Bilişsel-davranışçı terapi

2) Destekleyici psikoterapi

3) Psikanalitik yönelimli psikoterapi

Antidepresan ilaç tedavisi;

Tablo 3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Kullanılan Antidepresan İlaçlar(58, 61)

	Başlangıç dozu	En Yüksek Doz
SSGİ		
Sertralin	50 mg	200 mg
Paroksetin	10-20 mg	60 mg
Essitalopram	5-10 mg	30 mg
SNGİ		
Venlafaksin	37,5-75 mg	225 mg
Duloksetin	30-60 mg	120 mg

2.3. Diyabetes Mellitus

2.3.1. Diyabetes Mellitus Tanımı ve Tarihçesi

DM, insulin yetersizliği veya insulin etkisindeki defektler nedeniyle vücudun karbonhidrat yağ ve proteinden yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, akut ve kronik komplikasyonlarla seyirli, uzun vadede organ yetmezliklerine kadar gidebilen kronik endokrinolojik bir hastalıktır (9).

İnsanoğlunun var oluşu dönemden itibaren mevcut olan bu endokrinolojik bozukluğun ilk olarak 1500 yıl öncelerinde Mısır Ebers Papirüslerinde çok su içme ve çok idrara çıkma şeklinde tariflerine rastlanmıştır. Aretaeus M.Ö. 150 yıllarında çok su içme ve idrara çıkma üzerinde durarak erime hastalığı olarak tariflediği hastalığa ilk 'Diabetes' ismini veren kişi olmuştur. İbn-i Sina 'İbn el-İsehezzar' adlı kitabında DM tanı ve tedavisi hakkında bilgiler mevcuttur. Thomas Willis ilk idrarda şeker tayini yapan kişi, Claude Bernard ise ilk kan şekerini ölçümünü yapan kişi olmuştur. 1800'lü yıllarda Fehling idrarda glukozu kantitatif tayinini geliştirmiştir. 19. yüzyılda hastalığın nedenleriyle ilgili bilgiler edinilmiştir. 1920'li yıllarda insülinin keşfiyle DM insülin bağımlı olan, insülin ilişkisiz ve diğer diye kabaca üç sınıfa ayrılmıştır (66).

2.3.2. Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi

DM prevalansı dünya genelinde 18 yaş üstü yetişkinler için 1980'de %4.7'den 2014'de % 8.5'e yükselmiştir. DSÖ tahminlerine göre ise 2007 yılı itibariyle dünyada 220 milyon diyabeti olan hasta yaşadığı ve önlem alınmazsa 2030 yılına gelindiğinde,

bu sayının iki katına çıkacağı bildirilmiştir. 2017 yılı verilerine göre tüm dünyada diyabet prevalansı % 8.8 iken (371 milyon kişi) bu değer 2045 yılında % 9.9 (417 milyon kişi) olacağı hesaplanmaktadır. IDF verilerine göre ülkemizde diyabet prevalansının % 12.8 olduğu ve 6.7 milyon diyabetli birey bulunduğu, 2045 yılında ise erişkin nüfusta bu oranın 11.2 milyon olacağı ifade edilmektedir (10, 11, 67).

Ülkemizde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 2010 yılı ocak ile haziran ayları arasında, 20 yaş üzeri 26.499 kişi ile (16.696 kadın, 9327 erkek) 15.783 kent ve 10441 kırsalda yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans çalışması II (TURDEP II çalışmasında) sonuçlarına göre Türk erişkin toplumunda diyabet prevalansı %13.7, izole bozulmuş açlık glukozu (BAG) prevalansı %14.5, izole bozulmuş glukoz toleransı (BGT) %7.1 olarak saptanmıştır. TURDEP-II çalışması sonucuna göre diyabet prevalansı, Bursa ve Malatya'da %20'nin üzerinde; Diyarbakır, İstanbul, Antalya, Adana, Gaziantep, İzmir, Denizli, Eskişehir, Ankara ve Konya'da ise %15'in üzerindedir (66, 68, 69).

2.3.3. Diyabetes Mellitus Sınıflandırması ve Patogenezi

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü primer (tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), diğeri (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir. ADA 2013 kılavuzu etyolojik sınıflamasına göre ise; β -hücre yıkımı ve genellikle mutlak insülin eksikliği ile idiyopatik veya immunolojik aracılı olan tipi Tip1 DM, göreceli insülin eksikliği ile insülin direnci ve insulin sekresyon kusuru olan tipi Tip 2 DM, GDM ve diğer tiplerden oluşmaktadır (70).

Tablo 4. Diyabetes Mellitus'un Sınıflandırması(68)

DSÖ SINIFLANDIRMASI	YENİ ADA SINIFLANDIRMASI
<ol style="list-style-type: none">1. İnsüline Bağımlı DM: (İnsülin Dependent Diabetes Mellitus-İDDM-Tip 1 DM)2. İnsüline Bağımlı Olmayan DM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus- NIDDM-Tip 2 Diyabet)<ol style="list-style-type: none">a) Obez Tip NIDDMb) Zayıf Tip NIDDM3. Malnütrisyonla İlişkili Diabetes Mellitus4. Bazı Sendrom ve durumlarla ilişkili olabilen diğer diyabet tipleri<ol style="list-style-type: none">a) Pankreas hastalıklarıb) Hormonal bozukluklarla ilgili hastalıklarc) İlaç ve kimyasal maddelere bağlı durumlard) İnsülin yapısında veya insülin reseptörünün yapısındaki bozukluklare) Bazı genetik sendromlarf) Diğer nedenler5. Gestasyonel Diyabet Glukoz tolerans bozukluğu<ol style="list-style-type: none">a) Obez Tipb) Zayıf Tip	<ol style="list-style-type: none">1. Tip 1 Diabetes Mellitus (Genelde tam insülin eksikliğine yol açan β –hücresi harabiyeti)2. Tip 2 Diabetes Mellitus (İnsülin yetmezliği ile seyreden insülin rezistansı)3. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)4. Diğer Spesifik Diabetes Mellitus Tipleri<ol style="list-style-type: none">*β –hücresi fonksiyonunun genetik defektleri*İnsülin etkisinde genetik defektler*Egzokrin pankreasın hastalıkları*Endokrinopatiler*İlaç ve kimyevi maddelere bağlı*Enfeksiyonlar*İmmun sebepli diyabetin ender rastlanan şekilleri*Bazen diyabetle birlikte görülen diğer genetik sendromlar

DM içinde toplumda en sık olarak görülen ve yaklaşık %80-90 oranında olan diyabet tipi

Tip 2 DM'dir. Tip2 DM patogenezi hakkında yapılan çalışmalarda insüline direnç gelişimi ve buna neden olan dokuların rolleri, genetik faktörler ve insülin sekresyonundaki bozukluklar ön plana çıkmıştır. Genetik faktörler Tip 2 DM oluşumunda birebir ilişkili bulunmuştur. Tip 2 DM hastalarının birinci derece akrabalarındaki risk, genetik risk faktörü olmayanlara göre 5-10 kat daha yüksektir. Ancak mekanizması tam aydınlatılamamıştır. Tip 1 DM'de ise pankreastaki beta hücrelerin immünolojik olaylar nedeniyle yıkımı ve insülinin üretilmemesi sonucu insülin yokluğu söz konusudur (66).

TİP 1 DM

Çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır, diğer kronik hastalıklara nazaran riski daha yüksektir. Pankreasta bulunan beta hücrelerinin zedelenmesi ya da kaybına bağlı işlev görememesiyle, mutlak insülin eksikliği veya yokluğu ile ortaya çıkan ve hayat boyu insüline bağımlı olarak devam eden bir diyabet çeşididir. Tip 1 diyabet, tüm diyabet vakalarının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır. Genetik olarak yatkın olan

bireylerde çevresel faktörlerin beta hücrelerini otoimmün mekanizmayla etkilemesinden klinik semptomlar ortaya çıkıncaya kadar süre 'preklinik dönem' olarak adlandırılır. Bireylerin bu dönemde yakınmaları yoktur. Preklinik dönem çocukluk çağında çok kısa iken ileri yaşlarda yıllarca sürebilir (68). Polidipsi, poliüri, kilo kaybı, halsizlik, görme bulanıklığı gibi diyabet belirtileri şiddetlidir. Ketoasidoz koması, hipoglisemi gibi akut komplikasyonlar da sık yaşanmaktadır (71).

TİP 2 DM

Tip 2 DM en yaygın görülen metabolizma hastalıklarındandır. Tüm diyabetlilerin %90'ını oluşturmaktadır. Kan glukoz düzeyi artışı ile seyreden ve genellikle başlangıçta insülin gereksinimi olmadan kontrol edilebilen bir hastalıktır. Tip 2 diyabetli bireylerde genellikle insülin yetmezliğinden ziyade göreceli olarak insülin fazlalığı ve insülin direnci mevcuttur. Orta-ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen son yıllarda genç yaşlarda Tip 2 diyabet vakalarına rastlanmaktadır. Bu tip diyabette pek çok değişik sebep vardır ve hastaların çoğu obezdir. Çünkü obezitenin kendisi de insülin rezistansına neden olmaktadır (71, 72). Tip 2 diyabetlilerin çoğunun ailesinde de tip 2 diyabet öyküsü olsa bile, sedanter yaşam ve obezite başlıca katkıda bulunan faktörlerdir. Tip 2 diyabetli bireylerin çoğu diyabet ortaya çıktığında obezdir. Tip 2 diyabet sıklıkla yıllar boyunca teşhis edilemez, çünkü hiperglisemi kademeli olarak ortaya çıkmaktadır ve yıllar boyunca klinik olarak bulgu vermeyebilir.

Tip 2 DM için risk faktörleri:

1-Yaşlanma: Yaşlanmayla birlikte Tip 2 diyabet sıklığında artış mevcuttur. İlişkinin temeli toplumdaki insidans ve mortalite oranına dayanmaktadır.

2- Cinsiyet: Gelişmiş ülkelerin birçoğunda cinsiyet farklılığı görülmemekle birlikte gelişmekte olan toplumlarda kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Buna karşılık İskandinav ülkelerinde erkeklerde prevalans daha yüksek orandadır

3-Genetik faktörler: Monozigot ikizlerde yapılan çalışmalar sonucunda Tip 2 diyabetin % 90'a varan oranda gözlenmesi genetik faktörlerin önemli ölçüde rolü olduğunu göstermektedir.

4- Ailevi kümelenme: 1. derecede akrabalarda diyabet bulunması, diyabet riskini 2-6 kat arttırır. Ailedeki diyabetli sayısı arttıkça risk de yükselir.

5- Genetik belirteçler: Bazı toplumlarda Tip 2 diyabetin bazı HLA gruplar ile ilişkili olabileceği bildirilmiş; ayrıca bazı ailevi özel diyabet formlarında da spesifik gen mutasyonları saptanmıştır.

6- Obezite ve vücut yağ dağılımı: Obezite Tip 2 DM'e sıklıkla eşlik eden bir metabolizma bozukluğu olmasının yanında, kişiyi diyabete götürebilen önemli bir risk faktörüdür. Toplumsal araştırmalar, diyabet gelişme riskinin beden kitle indeksi artışı ve vücut metabolizma yaşının artışı ile paralel olarak arttığını ortaya koymuştur. Hatta bazı çalışmalarda intraabdominal yağ kitlesi diyabetin beden kitle indeksinden daha güçlü bir belirleyicisi olduğu ortaya konmuştur.

7- Fiziksel inaktivite: Sedanter yaşam biçimi Tip 2 DM gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Çin'de yapılan bir çalışmada düzenli egzersiz alışkanlığı kazanmış bozulmuş glukoz toleranslı olgularda diyabete dönüşme riskinin azaldığı, oranların düştüğü gözlenmiştir.

8- Diyet: Yağdan zengin, yağa oranla protein ve karbonhidrattan fakir diyetle beslenen bireylerde Tip 2 diyabet gelişme riskinin yüksek olduğu söylenmektedir.

9- Cinsiyet hormonları: Seks hormonlarının bağlayıcı globulin düzey düşüklüğü kadınlarda Tip 2 diyabet gelişeceğinin habercisi olarak ifade edilmektedir. Hiperandrojenizm, hiperinsülinemi ve insülin direncinin birlikte görüldüğü polikistik over sendromunda diyabet prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir.

10- Alkol ve sigara kullanımı: Alkol ve sigara kullanımı ile Tip 2 DM gelişmesi arasında pozitif ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Ancak beden kitle indeksi ve fizik aktivite derecesine göre düzeltildikten sonra bu çalışmalarda istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır (71, 72).

Gestasyonel diyabet:

Gestasyonel diyabet ilk kez gebelik döneminde başlayan veya ilk kez gebelik döneminde teşhis edilen glukoz tolerans bozukluğudur. Gebelikte hiperglisemiyi engellemek amacıyla annedeki pankreatik beta hücreleri daha çok insülin üretmektedir. Dokulardaki insülin düzeyi zamanla yükselmekte ama etkisiz durumda kalmaktadır. Buna bağlı olarak da insülin direnci gelişir (68).

2.3.4. Diyabetes Mellitus Klinik Belirti ve Bulguları

Hastaların birçoğu asemptomatiktir, sinsi bir başlangıç gözlenir. Bu nedenle hasta kan şekerinin belli bir değeri geçmesinden uzun süreler sonrasında ortaya çıkan belirtilerle ya da daha ileri zamanlarda gelişen akut veya kronik komplikasyonlarla hekime başvururlar. Ailede diyabet öyküsü çoğunlukla mevcuttur. Genellikle 40 yaşın üzerinde görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu obezdir. Çoğunlukla abdominal bir obezite mevcuttur. Aşağıdaki klinik bulgularla karakterizedir;

a) Poliüri; Plazma glukoz değerinin 180 mg/dl'den yüksek seyretmesi sonucu böbrek glomerüllerinin eşik değeri aşılır, sonucunda plazma glukozunun idrara geçmesi ile oluşan osmotik diürece bağlı sık idrara çıkma gelişir. Gece idrara çıkma sayısındaki artış diyabetten şüphelenilmesine yol açar.

b) Polidipsi; Poliüri kaynaklı oluşan hiperosmolariteye bağlı çok su içme ihtiyacıdır.

c) Bulanık görme; Hiperosmolar sıvının lensi etkilemesinden dolayı retina fonksiyonlarının bozulmasına bağlıdır.

d) Parestezi; Kronik hiperglisemi kaynaklı nörotoksisite ile duyu sinirlerinin geçici fonksiyon kaybı ile oluşur. Kan şekerinin normal seviyeye gelmesiyle düzelir.

e) Ortostatik hipotansiyon ve taşikardi; Hastalığın başlangıcında, uzun süreler tedavisiz veya kontrolsüz kalınan durumlarda sıvı kaybı ve hipovolemiye, ilerlemiş evrelerde ise otonomik nöropatiye bağlı olarak gelişir.

f) Halsizlik; Ortostatik hipotansiyon ve hipopotasemi nedeniyledir.

g) Kilo kaybı; İştahın iyi olması ve polifajiye rağmen görülür. Dehidratasyon ile glukozdan yeterince faydalanılamaması sonucunda başlangıçta karaciğerden glikojen, sonrasında adipoz dokudan trigliserid kaybı sonucunda oluşur. Daha ileri dönemlerde ise aminoasitlerin daha çok glukoz yapımında kullanılması ve kas dokusunun yine aynı amaç için yıkılması ile gelişmektedir.

ğ) Anoreksi ve kusma; Tedavinin uygulanmadığı veya metabolik kontrolü bozan durumlarda, diabetik ketoasidoz geliştiği durumlarda, kontrolsüz yağ yıkımı

sonucunda ortaya çıkan keton cisimciklerinin dolaşımında artmasına bağlı olarak görülür. Bu durumda nefeste aseton kokusu belirir.

h) Deri semptomları; Genelde kaşıntı ve iyileşmekte zorluk çekilen kronik deri infeksiyonları hastalığın ilk tanısında yer alabilir. Genital bölgede; kadınlarda vulvovajinit özellikle kronik kandidiyazis durumunda görülebilir.

ı) Eretil fonksiyon bozukluğu; Erkeklerde hastalığın başlangıcında kronik hastalık tanısı almanın verdiği psikolojik bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi, daha ileri dönemlerde bölge kanlanmasıyla ateroskleroz nedeniyle bozulması ve gelişen otonomik nöropati nedeniyle de oluşabilir.

i) Hipertansiyon; Hastalığın ileri dönemlerinde oluşan kronik komplikasyonlara bağlı olarak gelişebileceği gibi bağlı bulunduğu metabolik sendromun bir komponenti olarak hastanın obez olmasına bağlı veya doğrudan hastalığın bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir (66, 68, 72).

2.3.4.1. Diyabetes Mellitus Tanı Kriterleri ve Tarama Testleri

1997 yılında ADA yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayınlamıştır. 1999 yılında DSÖ bu kriterler üzerinde küçük revizyonlar yapmıştır. Diyabet tanı kriterleri, 2010 yılında ADA tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve yenilenmiştir. HbA1c ilk kez 2010 yılında yenilenen kriterler içine eklenmiştir. Ancak, HbA1c'nin Ulusal Glikohemoglobin Standardizasyon Programı sertifikalı bir laboratuarda çalışılmış olması şart koşulmuştur. Kriterler şu şekilde söylenebilir;

1. Açlık plazma glikozu ≥ 126 mg/dl (Açlık: en az 8 saat hiç kalori alınmamış olması)

2. Semptomlar + rastgele plazma glikozu ≥ 200 mg/dl (Diyabete özgü semptomlar poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybıdır. Rastgele ile günün herhangi bir zamanında yapılan plazma glikoz ölçümü ifade edilmektedir)

3. Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) 2.saat değeri ≥ 200 mg/dl (75 gr glikoz ile yapılan OGTT sırasında 2.saat glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl olması)

4. HbA1C \geq %6.5 olması (ADA 2012). (66, 68, 71, 72)

Tablo 5. Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri(66)

	AŞIKAR DM	BAG	BAG+BGT
AKŞ (≥8 saat açlık)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	100-125 mg/dl
OGTT 2.stPG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl
Rastgele PG	≥200 mg/dl + diyabet semptomları		
HbA1c	≥%6.5		

DM: Diabetes mellitus, AKŞ: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobün A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu (impaired fasting glucose), BGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impaired glucose tolerance).

Diyabetli Hastalarda Kapsamlı Tıbbi Takip Önerileri

- Günlük kan şekeri ölçüm takibi (kişiselleştirilmiş aralıklarla)
- HbA1c ölçümü (3–6 ayda bir)
- Hasta egzersiz eğitimi (yılda bir kez)
- Tıbbi beslenme tedavisi ve eğitimi (yılda bir kez)
- Göz muayenesi (yılda bir kez)
- Ayak muayenesi (klinik muayene yılda 1 -2 kez, hasta tarafından günlük)
- Diyabetik nefropati muayenesi (yılda bir kez)
- Kan basıncı ölçümü (yılda 4 kez)
- Lipid profili (yılda bir kez) (71).

2.3.4.2. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları

Kontrol altına alınamayan kan glukoz seviyeleri ilerleyen dönemlerde akut veya kronik komplikasyonlara buna bağlı olarak da mortalitelere sebep olmaktadır. Bu komplikasyonların çoğu önlenabilir olarak tanımlanır ve hemen tedavi edilirse geriler. İyi bir metabolik kontrolün diyabet komplikasyonlarını önlediği veya ilerlemesini yavaşlattığı bilinmektedir. Bundan dolayı diyabet tanılı hasta kronik komplikasyonların önlenmesi ve etkin bir diyabet yönetimi sağlayabilmek için sürekli olarak sağlık bakım hizmeti alıp kontrol altında tutulmalıdır (71).

Tablo 6. Diyabetin komplikasyonları (73)

Akut Komplikasyonlar	Kronik Komplikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Diyabetik ketoasidoz• Hiperozmolar hiperglisemik durum• Laktik asidoz• Hipoglisemi	<ul style="list-style-type: none">• Mikrovasküler komplikasyonlar<ul style="list-style-type: none">- Retinopati- Nefropati- Nöropati• Makrovasküler komplikasyonlar<ul style="list-style-type: none">- Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar• Diyabetik ayak

2.3.4.2.1. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

Mutlak insülin eksikliği dolayısıyla lipolizin baskılandığı, ketonemi, ketonüri, ağır hiperglisemi, dehidratasyon ve asidoz ile giden, sıklıkla tip 1 DM'lilerde ve katabolik stres yaratan durumlarda görülen bir komplikasyondur (74).

Halsizlik, bulantı, kusma, iştahsızlık, poliüri, polidipsi, ağız kuruluğu, karın ağrısı, nefes darlığı, kilo kaybı gibi şikayetlerin olduğu ve taşikardi, dehidratasyon, sıcak/kuru cilt, taşipne, hipotansiyon, ağızda keton kokusu, batında hassasiyet, laterji, zihinsel küntleşme, koma gibi bulguların saptanabildiği bir durumdur (74).

2.3.4.2.2. Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)

Genellikle 50 yaş üstü, insülin rezervi tam tükenmemiş hastalarda DKA'a benzer mekanizma ile oluşur. Lipolizi baskılayacak kadar insülin olduğu için ketonemi ve ketonüri olmaz. Ketoza bağlı kusma olmadığı için, DKA'ya göre daha yavaş seyredir. Plazma glukozunun >600 mg/dl, ozmolaritesinin ≥ 320 mOsm/kg olması ile kolaylıkla DKA'dan ayrılır. HHD'nin tedavi prensipleri DKA ile benzerdir. Beyin ödemi hem DKA hem de HHD'de görülebilen nadir ama ölümcül bir komplikasyondur (74).

2.3.4.2.3. Laktik Asidoz (LA)

Ciddi başka bir hastalığı da bulunan diyabetlilerde görülen ve bazen de metformin kullanımına bağlı oluşabilen, kan laktat düzeyinin >5 mmol/l ve pH'ın <7.30 olduğu metabolik asididozdur. Altta yatan hastalık sebebiyetiyle prognoz kötü olma eğilimindedir (75).

2.3.4.2.4. Hipoglisemi

Klasik hipoglisemi; plazma glukozu <50 mg/dl, bununla uyumlu semptomlar ve semptomların tedavi ile geçmesi şeklinde Whipple triadı ile tanımlansa da, diyabetliler için plazma glukozunun <70 mg/dl olması hipoglisemi olarak kabul edilir (76).

İnsülin fazlalığı, sekretegog ilaç kullanımı, yetersiz beslenme, plansız egzersiz, alkol kullanımı gibi sebepleri olan, özellikle yaşlılar ve çocuklar için beyin, göz, kalp etkileri açısından tehlike arz eden, titreme, anksiyete, çarpıntı, soğuk terleme, acıkma, bulantı, uyuşma, baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, konsantre olamama, konuşmada güçlük, konfüzyon gibi belirtilerle ilerleyen bir komplikasyondur (76, 77).

Hafif, orta ve ağır şeklinde 3 dereceye ayrılabilir. Orta derece hipoglisemi hastanın aktivitelerini belirgin şekilde kısıtlasa da hafif hipoglisemi ile birlikte kişinin kendini tedavi edebildiği durumlardır. Ağır hipoglisemi ise parenteral tedavi ve dışardan hastanın yardım almasını gerektirir, komaya sebep olabilir (76, 77).

2.3.4.2.5. Mikrovasküler Komplikasyonlar

A) Diyabetik Retinopati

Yüksek glukoz düzeyi ya da insülindeki yetersizlik sonucu, retinada kapillerlerin, venüllerin ve arteriyollerin tutulduğu spesifik bir anjiopati ve buna eşlik eden bir nöropati olarak ortaya çıkar. Tip 1 ve Tip 2 diyabetin spesifik damar komplikasyonudur. Glisemik kontrol, kan basıncı ve diyabetin süresi retinopatinin ilerlemesinde belirgin risk faktörüdür. Retinopati ilerleyene kadar semptom vermez. Yeni tanı konmuş Tip 2 DM'lerin %21'inde retinopati saptanırken 5 yıl üzerindeki Tip 1 DM hastalarının %23'ünde retinopati bulguları vardır. Bu oranlar, 15 yıl sonrasında %80'lere ulaşabilmektedir. Günümüzde, gelişmiş batılı ülkelerdeki 40-65 yaş grubunda, diyabetik retinopati en sık körlük nedenidir. Bu yüzden en az yılda bir kez göz muayenesi önerilmektedir (66, 68, 72).

B) Diyabetik Nefropati

İlk defa 1936'da Kimmelsteil ve Wilson tarafından tanımlanan diyabetik nefropati, diyabetin en önemli ve yaşam kalitesini bozan, son dönem böbrek yetmezliğine kadar götürebilen komplikasyonudur. Diyabetli hastaların en önemli

morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Diyabet tanısı 20 yıl üzerindeki Tip 1 DM'lerde nefropati gelişme oranı %40 iken, Tip 2 DM'lerde %5-10 gibi daha az oranda görülmektedir. Erken dönem nefropatiyi araştırmak için mikroalbuminüri ölçümü ile birlikte tahmini glomerüler filtrasyon hızının (estimated glomerular filtration rate, eGFR) hesaplanması gerekmektedir. Diyabetik nefropati taraması; Tip 1 diyabetli erişkinlerde diyabetin başlangıcından 5 yıl sonra başlanmak üzere yılda bir kez, Tip 2 diyabetlilerde ise tanıdan itibaren başlanarak yılda bir kez yapılmalıdır. Diyabetli hastalarda böbrek tutulumunun en erken bulgusu mikroalbuminüri düzeyidir. Mikroalbuminüri 24 saatlik süre içinde toplam 30-300 mg kadar albumin atılmasıdır. Üç aylık periyod içinde yapılan 3 tetkikin iki veya daha fazlasında persistan albuminüri > 300 mg/24 saat veya > 200 µg/dak olması diyabetik nefropatinin geliştiğinin göstergesidir (66, 68, 72).

C) Diyabetik Nöropati

Nöropati, periferik ve otonom sinirlerin harabiyeti sonucu oluşan durumdur. Tek bir klinik tablo şeklinde değil, proksimal ve distal sinirleri veya otonomik sinir sistemini tutan bir klinik sendromdur. Gelişmemiş ülkelerde en sık rastlanan tipi, periferik nöropatidir. Nöropati prevalansı kötü glisemik kontrol ve süresiyle doğru orantılıdır. Klinik semptomlar; ayaklarda uyuşma, ağrı duyusunda kayıp, parestezi, ağrı ve temasa bağlı sensitivite vardır. Erektile disfonksiyon, postural hipotansiyon, istirahat taşikardisi, yemeklerden sonra terleme, disfaji, gecikmiş mide boşalması, konstipasyon, diyare, alt ekstremitelerde terleme azlığı ve anormal pupil refleksinin varlığı ise otonom nöropatinin oluşturduğu bozukluklardır (68, 72, 78).

2.3.4.2.6. Makrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetlilerde erken yaşlarda başlayan ateroskleroz, daha yaygın ve multisegmenter tutulum gösterir. Koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olan diyabette, makrovasküler komplikasyonları engellemenin yolu glisemik kontrolle birlikte yaşam tarzı değişikliği, kan basıncı ve lipid kontrolü yapmaktan geçer. Kan basıncının <130/80 mmHg olması hedeflenmelidir (79).

2.3.4.2.7. Diyabetik Ayak

Diyabet hastalarında yaşamı boyunca görülme %12-15 oranındadır. Ekstremitelerdeki şekil bozuklukları ve ayaklarda meydana gelen ortopedik bozukluklar ayak ülser gelişimini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca diyabetik hastalarda hem periferik nöropati, hem de iskemi sebebiyle ayak ülserleri oluşumu ve sonucunda amputasyonlar sık olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, non travmatik ayak amputasyonlarının %50'si diyabet kaynaklı olduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2011 yılında çıkardığı Diyabet önleme ve kontrol programı kitapçığında, hastalara ayak ve tırnak bakımı eğitimi verilmesi ve her poliklinik kontrolünde ayak muayenesi yapılması önerilmiştir (66, 80).

2.3.5. Diyabetes Mellitus Tedavisi

DM tedavisinin temel amacı; hastanın bireysel yönetimini sağlayarak vücuttaki insülin etkisini optimum seviyeye getirip kan glukoz düzeyini normal aralıkta tutmak ve olası gelişebilecek komplikasyonları ve hayatı olumsuz etkileyecek durumları en aza indirmektir (71). Diyabet tanısı konduktan hemen sonra diyabetin türüne göre uygun tedavi seçilerek tedavi başlanmalıdır (68).

Tablo 7. Glisemik Kontrol Hedefleri(71)

	İdeal	Hedef	Gebelikte
A1C	<%6	≤ %6.5(*)	≤ %6.5 (tercihen <%6)
APG ve öğün öncesi PG	70-100 mg/dl	70-120 mg/dl(*)	60-90 mg/dl
Öğün sonrası 1.St PG	<130 mg/dl	-	<140mg/dl (**) (tercihen <120 mg/dl)
Öğün sonrası 2.St PG	<120 mg/dl	<140 mg/dl(*)	<120 mg/dl

(*) ADA'ya göre A1C <%7, öğün öncesi ve APG 70-130 mg/dl ve öğün sonrası pik (öğün sonrası 90-120dk) PG <180 mg/dl olmalı ve öğün öncesi PG hedefleri sağlandığı halde A1C hedefine ulaşılamazsa öğün sonrası (tokluk) PG ölçülmelidir. (**).Gebelere öğün sonrası 1. st PG hedef alınmalıdır. PG: Plazma glukoz düzeyi.

2.3.5.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabetli hastalara kişiye özel beslenme programları yapılmalıdır. Günümüzde tıbbi beslenme tedavisi kişinin yaşı ve yaşamıyla uyumlu kalori gereksinimine göre düzenlenmiş beslenme programıdır. Tip 2 diyabette dikkat edilmesi gereken yaklaşım, kalori kısıtlaması yaparak yavaş, sürekliliği olan ve korunabilir kilo azaltımını

sağlamak, az ve sık beslenmenin önemini anlatmaktır. Tıbbi beslenme tedavisiyle farmakolojik ajanlara benzer bir şekilde HgA1C düzeylerinde, Tip 1 diyabetlilerde yaklaşık %1 ve Tip 2 diyabetlilerde %1-2 civarında (%0.5-2.6 aralığında) azalma sağlayabildiği görülmüştür (66, 68).

Tıbbi beslenme tedavisinin amaçları şunlardır:

1. Metabolik kontrolü sağlamak:

Kan glukoz seviyelerinin normal veya normale yakın seviyelerde olmasını sağlamak.

Lipid profilini düzenleyerek, kardiyovasküler komplikasyonları engellemek.

Kan basıncının normal veya normale yakın seviyede kalmasını sağlamak ve korumak.

2. Tüketilen besinlerin yaşam tarzına uygun şekilde değiştirerek kronik komplikasyonları önlemek veya komplikasyonların gelişme riskini azaltmak.

3. Beslenme gereksinimlerini kişisel, kültürel tercihleri ve değişime istekliliğini dikkate alarak belirlemek.

4. Besin seçiminde bilimsel kanıtlarla desteklenmiş sınırlamaları uygulamak

5. Tip 1 diyabetli gençler, tip 2 diyabetli gençler, diyabetli gebe veya emziren kadınlar ve yetişkinler için yaşamın değişik dönemlerinde gerekli besin gereksinimlerini karşılamak.

6. İnsülin veya insülin salgılatıcı ilaç kullananlarda, akut hastalıklarda, diyabet tedavisi, hipogliseminin tedavisi ve önlenmesi, egzersiz konusunda kendi kendini yönetme eğitimini sağlamak (66, 68, 80).

2.3.5.2. Egzersiz Tedavisi

DM tanılı tüm hastalara mevcut durumu ve komplikasyonları göz önünde bulundurularak planlanmış düzenli fizik egzersizler önerilir. Genel sağlığa pozitif katkısı ve metabolizmanın hızlanması sonucunda kilo vermeyi kolaylaştırmasından dolayı önem arz etmektedir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite insülin direncini azaltır ve yüksek riskli kişilerde Tip 2 diyabet oluşumunu engeller. DM hastalarında egzersiz

tedavisinde daha çok aerobik egzersizler (tempolu yürüme, koşma, yüzme) tercih edilmelidir. Açken veya yemekten hemen sonra egzersiz yapılması uygun değildir. Egzersizlerin belli bir saati konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Genellikle hastanın kendi koşulları belirleyici olmakla birlikte, akşam yemeğinden 1 saat sonra yapılacak egzersiz, hem postprandiyal glukoz hem de ertesi sabahki açlık kan şekeri düzeylerini düşürmede etkili olduğundan özellikle Tip 2 diyabetli hastalarda fayda görülür. Egzersiz programı haftada en az 3 gün olmalı ve egzersizler arasında 2 günden fazla boşluk olmamalıdır. Diyabetli bireylerin ayrıca bir kontrendikasyon durumu yoksa haftada 3 gün hafif rezistans egzersizleri (kas çalıştırma) yapmaları önerilmelidir. Her bir programda 3-5 dakikalık ısınmadan sonra 15-60 dakikalık egzersiz programları uygulanmalıdır (66, 68, 71, 80).

2.3.5.3. Farmakolojik Tedavi

DM tedavisi 2 ana grupta toplanır; oral antidiyabetikler ve insülinler. Tip 2 DM'nin başlangıç tedavisinde genellikle insülin kullanılmaz. İlk olarak egzersiz, diyet, yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Fayda alınmazsa oral antidiyabetikler ile glisemik kontrol sağlanmaya çalışılır. Tekli oral antidiyabetik tedavisine yanıtız kalırsa kombine tedaviye geçilir. Kombine oral antidiyabetik tedavisine rağmen glisemik kontrol sağlanamazsa yanına insülinler eklenir. Ülkemizde başlıca insülin salgılatıcı (sekretogog), insülin duyarlılaştırıcı (sensitizer), insülinomimetik (inkretin-bazlı) ilaçlar ve alfa glukozidaz inhibitörleri olarak dört grup antihiperglisemik ilaç vardır. İnsulin salgılatıcı grupta sülfonilüreler ve meglitinidler, insülin duyarlılaştırıcı grupta ise biguanidler ve glitazonlar olarak 2 alt grup ilaç mevcuttur (66, 71, 80).

İnsülin Salgılatıcı İlaçlar (Sekretegoglar)

1) Sülfonilüreler

Hiperglisemi, tıbbi beslenme, egzersizler ve yaşam biçimi değişiklikleriyle kontrol altına alınamaması durumunda farmakolojik tedavi seçeneği olan sülfonilüre kullanımı endikasyonu doğar. Sülfonilüreler, tip 2 diyabet tedavisinde sık kullanılan ilaç gruplarındandır. Esas olarak pankreas adacık hücresindeki reseptörlere bağlanarak insülin sekresyonlarını arttırlar. En sık ve en önemli yan etkileri hipoglisemi, kilo alma, hepatotoksisitedir. Yan etkiler genellikle düşük düzeylerde olduğundan ilacın

kesilmesiyle hastalarda düzelmektedir. Yan etki sebebiyle ilaç bırakmaları oldukça azdır. Kırk yaşın altında tanı alan, tedavi başladığında diyabet süresi beş yıl olan ve AKŞ düzeyi 300 mg/dL'nin altında olan hastalarda tercih edilmelidirler. AKŞ'de 60-70 mg/dL, HbA1c'de %1.5-2 düşme sağlarlar(68, 71, 81).

2) **Meglitinidler (Glinidler)**

Sülfonilüre yapısında olmayan fakat etki mekanizması açısından benzeyen; insülin sekresyonunu uyaran, kısa etkili, glukoz düşürücü ilaçlardır. Bu grup içinde rapaglinid ve nateglinid vardır. Glinidler öğünler arasında insülin düzeylerini bazal düzeylere döndürmek ve öğün zamanlarında gereksinim duyulduğunda insülin salgısını uyarmaktadır. Bu yüzden öğünle beraber alınmaktadır. AKŞ düzeyinde 60 mg/dL, HbA1c düzeyinde %1.7-1.9 oranında düşüş sağlarlar. Glinidler karaciğer yetmezlikli hastalarda düşük dozla başlayıp, yavaş arttırılmalı ve dikkat edilmelidir. Sülfanilüreden bir diğer farkı böbrek yetmezliği olan hastalarda kontraendike değildir. Bu yüzden yaşlılarda ve böbrek yetmezlikli olanlarda tercih edilebilir (68, 81, 82).

İnsülin Duyarlılaştırıcı (Sensitizer) İlaçlar

1) **Biguanidler**

Tip 2 DM hastalarındaki hipergliseminin esas nedenlerinden birisi insülin direncidir. İnsulin direnci sonucu oluşan hiperinsülinemi makrovasküler komplikasyonlar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu yüzden insulin duyarlılaştırıcı ilaçlar tip 2 diyabet tedavisinde önemlidir. Metformin, tip 2 diyabet tedavisinde yaygın olarak kullanılan ana biguanid türevi ilaçtır. Periferde insülin duyarlılığını arttırıp, glukoz emilimini azaltarak ve hepatik glukoz üretimini azaltarak etkisini göstermektedir. Metformin obez ya da kilo alma endişesi olan her hasta için idealdir. Tip 2 DM' li hastalarda monoterapi veya diğer ilaçlarla kombine olarak kullanılabilir.

İnsulin salgılatıcı bir ajan olmadığı için hipoglisemi riski yoktur. Metformin tek başına kan şekerinde 60-70 mg/dl, HbA1c düzeyinde %1.5-2 azalma sağlamaktadır. Yan etkiler olarak ağızda metalik tat, anoreksi, bulantı-kusma, midede yanma, şişkinlik ve diyare sık görülmektedir. Yiyeceklerle birlikte alınması durumunda çoğu zaman azalmaktadır. Ayrıca metformin, hastaların %30 kadarında vitamin B12'nin emilimini azaltmakta ve laktik asidoza neden olabilmektedir (83-85).

2) **Tiazolidinedionlar (TZD'ler, Glitazonlar)**

Etki mekanizması kas ve karaciğerde insülin duyarlılığını arttırmak üzerinedir. Ayrıca karaciğerde glukoz üretimini azaltırken, kaslarda da glukoz kullanımını arttırmaktadır. Bu gruptaki iki ilaç olan rosiglitazon ve pioglitazonun en önemli yan etkisi sıvı tutulması ve periferik ödemdir. Yine bu gruptaki ilaçlar kilo artışı, hepatotoksisite ve kalp yetmezliğine neden olabilmektedir. Bu yüzden komorbid evre 3 ve 4 kalp yetmezliği olan hastalarda kontraendikedir. Metformin ile kombine kullanıldıklarında additif etki gösterirler. Metformine üstünlüğü böbrek yetmezliği olan hastalarda kullanılabilmesi ve ciddi gastrointestinal yakınmalara neden olmamalarıdır. Tek başlarına kullanıldıklarında hipoglisemi yapmazlar. AKŞ'de 30-60 mg/dL, HbA1c'de %1-1.5 azalma sağlarlar (71, 85-87).

Alfa Glukozidaz İnhibitörleri

Barsaktan glukoz emilimini geciktirerek tokluk hiperglisemisi üzerine etkilidirler. Akarboz ve Miglitol'den oluşan bu grupta yalnızca Akarboz ülkemiz piyasasında bulunmaktadır. En önemli yan etkileri şişkinlik, hazımsızlık ve diyaredir. Karaciğer enzimlerinde geri dönüşümlü artış görülebilmektedir. Hipoglisemi yapmazlar. Hastaların çoğu tedavi başlangıcında gastrointestinal yakınmalar olan gaz ve karında şişkinlikten şikayet eder, o yüzden dozun yavaş yavaş artırılması önerilir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı, parsiyel bağırsak tıkanıklığı, kolonik ülserasyon ve ciddi gastrointestinal yakınması olanlarda kullanılmamalıdır. AKŞ' de 20-30 mg/dL, TKŞ'de 40-60 mg/dL, HbA1c'de %0.5-1 oranında azalma sağlarlar (88, 89).

İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabetli hastalarda pankreas adacık hücrelerinde insülin üretimi yoktur. Bu yüzden tedavide ekzojen insülin verilmesi şarttır. Tip 2 diyabette ise öncelikle tıbbi beslenme tedavisi, egzersizler, yaşam tarzı değişiklikleri, kilo kaybı istenir. Bu değişikliklerle fayda görülmediğinde oral antidiyabetik tedavisi başlanır. Eğer oral antidiyabetiklerle glisemik kontrol sağlanamazsa yanına insülin tedavisi eklenir. İnsülin, oral antidiyabetik ilaçlarla kombine veya tek başına da kullanılabilir (68, 71).

İnsülin Türleri

1) Hızlı (çok kısa etkili) insülin analogları

Bu grupta ön planda iki insülin vardır; aspart ve lispro. Hastaya uygulandıktan sonra etkisi 5-15 dakika içinde başlar, pik yaptığı etkinlik süresine ortalama 1 saat içinde ulaşır ve etkisi 4-5 saat devam eder. İnsülin lispro ve insülin aspartın her ikisi de regüler insülinlere göre daha düşük noktürnal hipoglisemi riskine sahiptir. Etkisi kısa sürede başladığı için öğünlerden hemen öncesinde kullanılmalıdır. Gruptaki bir diğer insülin çeşidi; glulisin. İnsülin glulisin, erişkinlerde subkutan uygulamalarda ve insülin pompalarında kullanımı onaylanan hızlı etkili bir insülin analogudur. Etki başlangıcı, devam süresi ve etkinliği diğer hızlı etkili insülinlerle benzer olarak bulunmuştur (68, 71).

2) Kısa etkili insülin (Regüler)

Subkutan enjeksiyonu takiben 15- 30 dakika içerisinde etkinliğini göstermeye başlar, 1-3 saatte maksimum düzeye ulaşır ve 5-7 saatte etkisi biter. Kısa etkili olması nedeniyle yemekten 30-45 dakika önce uygulanmalıdır. Bu insülin intravenöz tedavilerde kullanım için uygun olan tek insülinidir. Hızlı etkili insülinlere göre fiyatı daha uygundur (71, 90).

3) Orta etkili insan insülinleri

Tip 1 ve tip 2 diyabette, bazal insülin olarak kullanılabilen insülinlerdir. NPH ve lente olmak üzere iki insülin vardır. NPH kalem olarak kullanılabilen tek orta etkili insülinidir ve regüler insülinlere oranla daha uzun etkilidir. Etkisi uygulandıktan yaklaşık 2.5- 3 saatte başlar, ortalama 5-7 saatte maksimum düzeye ulaşır ve etki süresi 13-16 saat arasındadır. Monoterapi olarak kullanılırken öğünlerden 30 dakika önce uygulanır. Maksimum etkinin olduğu saatlerde hipoglisemi riski olduğundan ara öğün alınması önemlidir. Lente insülinin etkisi NPH'a benzer şekilde 2,5 saatte başlar, maksimum etki süresine enjeksiyondan 7-12 saat sonra ulaşır ve etki süresi 18 saate kadar uzayabilir (71, 90).

4) Uzun etkili insülin analogları

Glargine ve detemir diğer insülin çeşitlerine oranla daha uzun süreli ve sabit insan insülin düzeyi sağlamak için geliştirilmiştir. Belli bir pik oluşturmayıp yavaş

emilerek 24 saat sürebilen bazal insülin düzeyi sağlar. Nokturnal hipoglisemi riskini azaltır. Genelde 1 saatte etkisi başlar, etki süresi 24 saate kadar uzayabilir (71, 90).

5) Karışım insülinleri

Orta etkili insülinler ile kısa etkili veya çok kısa etkili insülinlerin değişik oranlarda kullanılmasıyla elde edilen insülinlerdir. En önemli özellikleri bazal ve bolus insülin ihtiyacını karşılamada kolaylık sunmasıdır. Tip 2 diyabet tedavisinde önemli yer tutmaktadır (71, 90, 91).

2.3.6. Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon

DM'lü hastaların HT açısından riski mevcuttur. Pickup ve Williams'ın yaptığı çalışmalara göre DM' lü bireylerde HT sıklığının, diyabetik olmayanlara göre 1.5-2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Hipertansiyon yaşa, obez olmaya, etnik kökene bağlı olarak diyabetik bireylerin %40-60'ını etkilemektedir. Tip 1 diyabetlilerde hipertansiyon prevalansı %10-30 arasında görülmekte iken, Tip 2 diyabetlilerde tanı konulduğunda bu oran %40-50'dir. Diyabetiklerde görülen hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır. Hipertansiyonun etkin tedavisi sonucu kan basıncının kontrol altına alınmasıyla gelişebilecek komplikasyonlar engellenebilir (66, 80, 92).

DM'lü hastalarda sıkı kan basıncı kontrolleri ile diyabete bağlı tüm sorunlarda %24, mikrovasküler komplikasyon riskinde %37 ve inme riskinde ise %44 oranında azalma elde edildiği belirtilmektedir. Hatta kalp yetmezliği riskinde de azalmalar gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Ulusal Komitesine göre DM için normal tansiyon üst sınırı 130/80 mmHg olarak belirlenmiş ve sıkı takiplerle tansiyon kontrolü mortalitede azalmaları sağlamıştır. HT tanısı almış DM'lü hastalarda yapılan antihipertansif tedaviyle diyabetik nefropatinin ilerlemesini yavaşlattığı çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca sıkı kan basıncı kontrollerinin, diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyonlar üzerine olumlu etkilerinin yanında, makrovasküler komplikasyonlar üzerine de olumlu etkileri vardır (80, 93).

2.4. Hipertansiyon

Hipertansiyon arteriyel kan basıncının normalin üzerinde seyretmesi durumudur. Yüksek sınır halen tartışmalara açık olsa da, genel olarak belirlenen düzey sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olmasıdır. Ayrıca bireyin kan basıncı kontrolünü sağlamak için antihipertansif ilaç kullanması da hipertansiyon olarak kabul edilir (14, 66, 94).

2.4.1. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği 2013 Hipertansiyon Kılavuzu'na göre, hipertansiyon prevalansı dünyada genel popülasyonda %30-45 arasında açıklanmıştır, 2025 yılında ise bu oranın %60'lara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Ülkemizde ise yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon tanılı hasta bulunmaktadır (14, 95).

Ülkemizde yapılan dört büyük çalışmaya göre; Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) (2004) çalışmasına göre %33.7, Metabolik Sendrom Sıklığı (METSAR) (2007) çalışmasına göre %41.7, Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP 2) (2010) çalışmasına göre %30, PatenT2 (2012) çalışmasına göre %30.3 olarak bulunmuştur. Ulusal Hastalık Yüku- Maliyet Etkililik (2004) çalışmasına göre hipertansif kalp hastalığı bütün ölümlerin %3'ünü oluşturmakta ve ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde 6. Sırada yer almaktadır (14, 95, 96).

HT 65 yaş ve üzeri bireylerin %50 sinden fazlasında görülen toplumsal bir sağlık sorunudur. Kan basıncı yüksekliğinin yaşla doğru orantılı bir şekilde tanı alması da artmaktadır. Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına göre, 65 yaş ve üstünde hipertansiyon prevalansı erkekler için %67.2, kadınlar için ise %81.7'dir. Hipertansiyon prevalansı 60-69 yaş grubunda %70, 70-79 yaş grubunda %76, 80 yaş ve üstünde ise %79.7'ye ulaşmaktadır. İzole sistolik hipertansiyonun tüm yaş gruplarındaki prevalansı %4.8 iken, bu değer 60-69 yaş grubunda %12' ye, 70-79 yaş grubunda %17'ye ve 80 yaş ve üstü grupta ise %28.6'ya ulaşmaktadır (14, 15, 66).

2.4.2. Hipertansiyon Sınıflandırması

Hipertansiyonun kan basıncı değerlerine veya etiyolojik faktörlere göre olmak üzere iki ana sınıflandırması vardır. Pratikte tanı ve tedavi yaklaşımlarını basitleştirmek amacıyla hipertansiyon tıbbi tedavi öncesinde sistolik ve diastolik kan basıncı düzeylerine göre sınıflanmış ve derecesine göre tedavi önerilmiştir (14, 97).

2.4.2.1. Etiyolojik Sınıflandırma

Hipertansiyon etyolojik açıdan iki ana gruba ayrılmaktadır; primer (esansiyel) hipertansiyon, sekonder hipertansiyon.

Esansiyel Hipertansiyon

Primer (esansiyel) hipertansiyon, patolojik mekanizması bilinmeyen, sekonder hastalığa bağlı oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yüksekliğidir. Yaşam tarzı, obezite ve fazla miktarda tuz tüketimi gibi nedenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Hastaların %90-95'inden primer hipertansiyon sorumludur. Sıklıkla yaşlı bireylerde görülmektedir (98, 99).

Toplumda yaygın görülmesi, önlenebilir ve kontrol edilebilir çevresel etkenlerinin olması nedeniyle, koruyucu hekimlik açısından önemli bir toplumsal konudur. Aile hekimlerinin hastaları ile buluşma sıklıkları ve çeşitlilikleri, tanının konması için uygun bir ortam sağlamaktadır. Yapılan görüşmelerde hastanın alışkanlıkları, inanışları, sağlık geçmişi hakkında bilgi edinilir. Hipertansiyon tanısı, genellikle spesifik belirti ya da yakınmalardan bağımsız olarak, farklı yakınmalara bağlı başvurular ya da periyodik kontroller sırasında yapılan fizik muayeneler sırasında konulabilmektedir. Tanı ve tedavide ise her hasta kendi psikososyal ilişkileri içerisinde değerlendirilmeli, çözüm önerileri hasta için bireyselleştirilmiş olmalıdır. Yani hastanın beslenme, egzersiz vb. konulardaki alışkanlıkları, sahip olduğu kültür gibi birçok konuda hastayı tanımak ve bu verileri tıbbi bilgiler ile birleştirerek hastanın izleyeceği yolu hasta ile birlikte belirlenmelidir (14, 66, 100).

Sekonder Hipertansiyon

Bireyde olan hipertansiyon, herhangi hastalığın bulgularından birisidir. Sekonder nedenler daha çok genç yaş grubunda görülür ve hastaların yaklaşık %5-10'unu

oluşturur. En sık karşılaşılan nedeni renal kaynaklı sekonder hipertansiyondur; bunu endokrin nedenler, uyku-apne sendromu, nörolojik nedenler ve aorta koarktasyonu izlemektedir (97, 99).

Tablo 8. Hipertansiyonun Etiyolojik Sınıflaması (97, 99)

Primer (Esansiyel) Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
<p>Nedenleri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetik yatkınlık - Aşırı tuz tüketimi - Obezite - Artmış sempatik aktivite - Renin anjiotensin sisteminin rolü - Tuz atılımında renal bozukluk - Intraselüler sodyum ve kalsiyum artışı - Düşük doğum ağırlığı - Aceleci, sabırsız, stresli kişilik yapısı <p>Arttıran Faktörler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aşırı alkol alımı, - Sigara, - Sedanter hayat, - Polisitemi, - Nonsteroid antiinflamatuarlar, - Düşük potasyum alımı 	<p>Renal Nedenler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kronik piyelonefrit - Akut ve kronik glomerülonefrit - Polikistik böbrek hastalığı - Renal arter darlığı - Arterioller nefroskleroz - Diyabetik nefropati - Renin salgılayan tümörler <p>Endokrin Nedenler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oral kontraseptifler 2. Adrenokortikal Hiperfonksiyon <ol style="list-style-type: none"> a. Cushing sendromu b. Primer hiperaldosteronizm c. Konjenital adrenal hiperplazi 3. Feokromositoma 4. Miksödem 5. Akromegali 6. Hipotiroidi, hipertiroidi 7. Hiperparatiroidi <p>Uyku- apne sendromu Nörolojik nedenler Aorta koarktasyonu</p>

2.4.2.2. Kan Basıncı Sınıflandırması

JNC-7 raporunda, 18 yaş ve üstündeki erişkin bireylerin kan basınçları normal, prehipertansiyon, evre I, evre II olarak dört kademedan oluşmaktadır (Tablo 8). 2007 yılında Avrupa Hipertansiyon Derneği /Avrupa Kardiyoloji Derneği (The European Society of Hypertension (ESH) and The European Society of Cardiology (ESC) kılavuzuna göre farklı bir sınıflandırma daha yapılmıştır (Tablo 9) (66).

Tablo 9. JNC 7 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü)(66)

KAN BASINCI SINIFLAMASI	SKB (mmHg)	ve	DKB(mmHg)
Normal	<120		<80
Pre Hipertansiyon	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 160	ve/veya	≥ 100

KB: kan basıncı, SKB: sistolik kan basıncı, DKB: diastolik kan basıncı

Tablo 10. ESH/ ESC 2007 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü)(97)

KAN BASINCI SINIFLAMASI	SKB (mmHg)	DKB(mmHg)
İdeal	<120	ve <80
Normal	120-129	ve/veya 80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya 85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya 90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya 100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥ 180	ve/veya ≥ 110
İzole sistolik Hipertansiyon	≥ 140	ve <90

KB: kan basıncı, SKB: sistolik kan basıncı, DKB: diastolik kan basıncı

2.4.3. Hipertansiyon Klinik ve Semptomları

Esansiyel hipertansiyon, ilk zamanlarda sinsi ve asemptomatik seyrettiği için kan basıncındaki yükseklik dışında fizik muayene de herhangi bir bulgu bulunmamaktadır. Fakat ilerleyen dönemlerde önlem alınmazsa hedef organlarda (kalp, arter ve venler, retina, böbrek, beyin) oluşturduğu değişiklikler ve hasarlar çeşitli semptomların ve bulguların ortaya çıkmasına neden olur. Hastaların bir kısmı hipertansiyonun komplikasyonları ve sekonder hipertansiyona ait altta yatan hastalığın semptomlarıyla sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Hipertansiyon, çoğu zaman başka nedenle yapılan muayene sırasında farkedilmektedir (66).

Diğer bir yandan, hipertansiyon yüksek prevalanslı ve belirti oluşturmayan bir hastalık olmasıyla birlikte, aile hekimliği uygulamalarında yer alan periyodik sağlık muayenelerinde tanı ve tarama kapsamında yer almakta olup, genel erişkin popülasyonda kanıt düzeyi 'A' olan kan basıncı ölçümleri ile kontrolleri yapılmaktadır. Aile hekimlerinin en az yılda bir kez kontrole çağırıp muayene etmesi erken tanı ve tedavi yaklaşımı için önemlidir. Birincil koruma erken tedavi ve komplikasyonların azaltılması, hayat kalitesinin yükseltilmesi, gereksiz sağlık masraflarından koruduğundan hipertansiyon açısından da önem arz etmektedir (14, 66, 94).

2.4.4. Hipertansiyon Tedavisi

HT tedavisindeki esas amaç kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditenin minimum seviyeye getirilmesidir. Tedavide sistolik kan basıncı hedef seviyeye getirildiğinde diastolik kan basıncı da hedefe ulaşacağından özellikle 50 yaş üstü hastalarda esas olarak sistolik kan basıncına odaklanmak gerekmektedir. Hipertansiyon

tedavisinde başlıca farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere birlikte uygulanan iki tedavi çeşidi vardır. Antihipertansif tedaviye başlama kriterleri sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyleri ve total kardiyovasküler risk düzeyine göre belirlenir.

Aynı zamanda sigara, dislipidemi, abdominal obezite, diyabet gibi reversibl risk faktörleri incelenmeli, birlikte olan koşullar da kan basıncı yüksekliği tedavi edilirken dikkate alınıp uygun yöntemler belirlenmelidir (15).

Tablo 11. Yaşam tarzı değişikliği ve antihipertansif ilaç başlama (15).

Diğer risk faktörleri (RF), klinik belirti göstermeyen organ hasar (OH) veya hastalık	Yüksek normal SKB 130-139 veya DKB 85-89 (mmHg)	Evre 1 SKB 140-159 veya DKB 90-99 (mmHg)	Evre 2 SKB 160-179 veya DKB 100-109 (mmHg)	Evre 3 SKB >180 veya DKB >110 (mmHg)
Başka RF yok	Kan basıncı girişimi yok	-Birkaç aylık yaşam tarzı değişiklikleri -Daha sonra <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - Daha sonra <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Hemen <140/90 hedefi ile Kan basıncı ilaç tedavisi
1-2 RF	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Kan basıncı girişimi yok	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - Daha sonra <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - Daha sonra <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Hemen <140/90 hedefi ile Kan basıncı ilaç tedavisi
≥3 RF	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Kan basıncı girişimi yok	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - Daha sonra <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Hemen <140/90 hedefi ile Kan basıncı ilaç tedavisi
OH, evre 3 Kronik Böbrek Hastalığı veya Diyabet	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Kan basıncı girişimi yok	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -<140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- - Yaşam tarzı değişiklikleri - Hemen <140/90 hedefi ile Kan basıncı ilaç tedavisi
OD/RF'ler ile semptomatik Kardiyovasküler Hastalık, evre ≥4 Kronik Böbrek Hastalığı veya Diyabet	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Kan basıncı girişimi yok	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri -<140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Birkaç haftalık yaşam tarzı değişiklikleri - <140/90 hedefiyle Kan basıncı ilaçlarının eklenmesi	- Yaşam tarzı değişiklikleri - Hemen <140/90 hedefi ile Kan basıncı ilaç tedavisi

Tablo 12. Antihipertansif tedavinin hedefleri (15)

<p>Öneri: SKB < 140 mmHg a) Düşük orta Kardiyovasküler Hastalık risk faktörü olanlar b) Diyabetik hastalar c) Önceden İnme ve Trans İskemik Atak geçirmiş olanlar d) Diyabetik veya Non-diyabetik Kronik Böbrek Hastalığı olanlar Yaşlı hastalarda (<80 yaş) Sistolik Kan Basıncı > 140 mmHg ve fiziksel ve mental durumu iyi olan hastalarda; hedef <140 mmHg Yaşlı hastalarda (>80 yaş) Sistolik Kan Basıncı > 150 mmHg; hedef <150 mmHg Diastolik Kan Basıncı hedefi < 90 mmHg tüm hastalarda hedeftir.</p>

2.4.4.1. Non-farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon oluşumunda beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin yetersizliği gibi çevresel etkenler son derece önemlidir; yaşam biçimi değişiklikleri doğru şekilde uygulandığında kan basıncında gözle önemli derece azalmalar görülmektedir. Düşük risk grubunda olanlarda yaşam tarzı değişiklikleri ilk tedavi seçeneği olarak uygulanmalıdır. Risk arttıkça antihipertansif tedaviye hemen başlanmalıdır. Hipertansif hastalar, risk durumu ve ilaç gereksinimi ne olursa olsun yaşam tarzlarını değiştirme yönünde uyarılmalı ve hayata geçirilmelidir (15, 97).

Öneriler

- Tuz alımının günlük 5-6 gr (günlük 1 çay kaşığı) düzeyine kısıtlanması önerilir.
- Alkol tüketimin erkeklerde günde en fazla 20-30 gr ve kadınlarda en fazla 10-20 gr olmak üzere ölçülü bir düzeye kısıtlaması önerilir.
- Sebze, meyve ve düşük yağ içeren süt ürünlerinin daha fazla tüketilmesi önerilir.
- Kontrendike olmadığı sürece VKI' nin 25 kg/m² ye düşürülmesi, bel çevresinin erkeklerde <96 cm ve kadınlarda <90 cm düzeyine düşürülmesi önerilir.
- Düzenli egzersiz, yani haftada 5-7 gün en az 30 dakikalık orta düzeyde dinamik egzersiz yapılması önerilir.
- Sigara kullanan tüm kişilere sigarayı bırakmalarının tavsiye edilmesi ve bu konuda destek sunulması önerilir (15, 97-99).

2.4.4.2. Farmakolojik Tedavi

İlgili tedavinin başlatılması ve hasta doğru ilaç seçiminin esasları ile ilgili öneriler şunlardır;

Antihipertansif ilaç başlatılması

- Herhangi bir kardiyovasküler hastalık risk düzeyiyle 2. ve 3. derece hipertansiyonu bulunan kişilerde, yaşam tarzı değişiklikleriyle eş zamanlı olarak veya bu değişikliklerden birkaç hafta sonra olmak üzere ilaç tedavisine hemen başlanması önerilir.
- 1. Derece hipertansiyon olsa bile organ hasarı, kronik böbrek hastalığı, diyabet veya kardiyovasküler hastalık nedeniyle toplam riskinin yüksek olduğu durumlarda yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte ilaçlarla kan basıncının düşürülmesi önerilmektedir.
- Düşük ile orta düzeyde riskli 1. derece hipertansif hastalarda ise; kan basıncı tekrarlı ziyaretlerde bu aralıktaysa veya ambulatuvar kan basıncı kriterlerine göre yüksekse ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına karşın makul bir periyod içinde bu aralıkta olmaya devam ederse, antihipertansif ilaç tedavisi düşünülmelidir.
- Yaşlı (>80 yaş) hipertansif hastalarda ilaç tedavisi sistolik kan basıncı >150 mmHg olduğunda önerilir.
- Yaşlılarda antihipertansif tedavinin iyi tolere edilmesi koşuluyla hedef sistolik kan basıncı <140-150 mmHg olabilir.
- Gerekli kanıt elde edilene kadar, yüksek kan basıncında antihipertansif ilaç tedavisine başlanması önerilmemektedir (14, 15, 100).

Antihipertansif ilaç seçimi esasları

1. Antihipertansif tedavinin esas etkisi direkt olarak kan basıncı düşürmesidir.
2. Dört major antihipertansif ilaç grubu tiazid diüretikler, kalsiyum antagonistleri, ACE inhibitörleri ve ARB'ler antihipertansif tedavi başlangıcı ve süresince tek ya da kombinasyon şeklinde uygulanabilir. β -blokerler, metabolik sendrom ya da diyabet gelişme riski yüksek olan hastalarda ve özellikle tiazid grubu

diüretiklerle kombinasyon olarak kullanılmamalıdır. Beta blokerler ayrıca inme riskini artırdığından dikkatli olunmalıdır.

3. Birçok hastada birden fazla ilaca ihtiyaç duyulduğundan ilk basamak ilacın ne olması gerektiğini düşünmek genelde doğru değildir. Ama bazı ilaçların başlangıçta seçmenin veya kombinasyon şeklinde kullanmanın uygun olduğunu bildiren çalışmalar vardır.

4. Spesifik bir ilaç ya da ilaç kombinasyonunun seçimi ya da diğerlerinden kaçınılması gereken durumları belirlemek için aşağıdaki özellikler göz önüne alınmalıdır

a) Daha önce hastanın belirli bir ilaç grubu ile olumlu ya da olumsuz deneyimleri

b) Hastanın kardiyovasküler risk profili ile ilişkili olarak ilaçların kardiyovasküler risk faktörleri üzerine etkisi

c) Subklinik organ hasarının varlığı, klinik kardiyovasküler hastalık, böbrek hastalığı ya da diyabet gibi durumlarda bazı ilaçların diğerlerinden üstün olduğunun bilinmesi

d) Antihipertansif ilaç kullanımını kısıtlayacak başka hastalıkların bulunması

e) Hastada başka nedenlerden dolayı kullanılan ilaçlarla etkileşim ilaçların kendisine ve bağlı bulunduğu sağlık kurumuna getirdiği yük. Ancak maliyet hesapları ilaç etkinliği, tolere edilebilirliği ve bireye sağladığı yararın önüne geçmemelidir.

- İlaçların yan etkilerine özellikle dikkat edilmelidir. Tedaviye uyumsuzluğun en önemli nedenidir ve yan etkiler her hastada aynı değildir.
- Kan basıncı düşürücü etki 24 saat devam etmelidir. Bu etki ofiste, evde ya da ambulatuvar kan basıncı ölçülerek kontrol edilebilir.
- Günde tek doz kullanılan ve 24 saat etkinliği olan ilaçlar tercih edilmelidir. Uyum daha rahat olur (14, 15, 100).

Tablo 13. Değişik koşullarda antihipertansif ilaç seçimi(15, 94, 97)

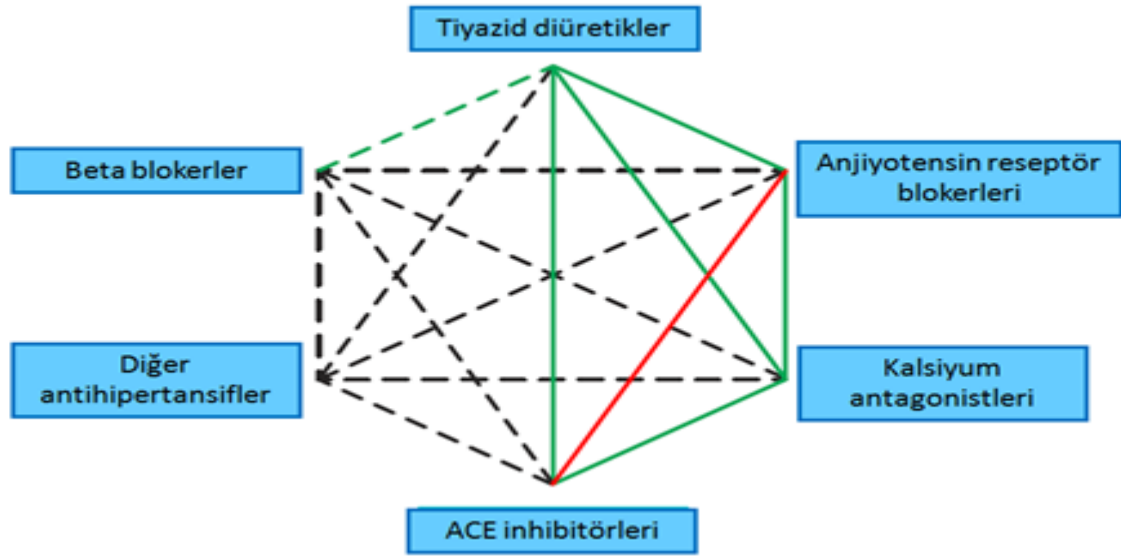
Subklinik organ hasarı	Tercih edilen ilaç
Sol ventrikül hipertrofisi	ACEİ, KA, ARB
Asemptomatik ateroskleroz	KA, ACEİ
Mikroalbuminüri,böbrek disfonksiyonu	ACEİ, ARB
Klinik hadise	
Mİ öyküsü	BB, ACEİ, ARB
Angina pectoris	BB, KA
Kalp yetmezliği	Diüretikler, BB, ACEİ, ARB
Taşiaritmiler	BB
SDBY/ Proteinüri	ACEİ, ARB, loop diüretikleri
Periferik arter hastalığı	KA
Metabolik sendrom	ACEİ, ARB, KA
Diabetes Mellitus	ACEİ, ARB
Gebelik	KA, metildopa, BB
İSH	Diüretikler, KA

ACEİ: ACE inhibitörleri; **KA:** kalsiyum antagonistleri; **ARB:** angiotensin reseptörantagonistleri; **BB:** Beta- bloker; **İSH:** izole sistolik hipertansiyon

Kombinasyon Tedavisi

Başlangıç dozlarıyla kan basıncı kontrolü sağlanamazsa maksimum doza çıkarılır ya da birinci ilacın ortalama dozundayken ikinci bir ilaç eklenir. Kan basıncı hedefin 20/10 mm Hg üstünde kalıyorsa baştan kombine tedaviyle başlanabilir. İki ilaçtan bir tanesinin tiyazid diüretiği olmasına dikkat edilmesi gereklidir. Bir beta bloker, ACE inhibitörü veya ARB' ye eklenebilir. Farklı mekanizmaları olan ilaçları kombine etmek additif etki ederek daha yararlı olur. Önerilen kombinasyonlar şu şekildedir;

- Tiyazid diüretik ve angiotensin reseptör antagonisti
- Kalsiyum antagonisti ve ACE inhibitör
- Kalsiyum antagonisti ve angiotensin reseptör antagonisti
- Kalsiyum antagonisti ve tiyazid diüretik
- Beta bloker ve kalsiyum antagonistleri kombine edilebilir
- ACE ve ARB kombine edilmemelidir.
- Beta blokör ve diüretik kombinasyonu dikkatli yapılmalıdır (14, 15, 94, 97, 100).



Şekil 4. Antihipertansif ilac kombinasyonları (15)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran HT veya DM tanılı yetişkin hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi, endişe anksiyete ile ilişkisini araştırmak ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılıp anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran yetişkin bireyler dahil edilerek, Ağustos 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Konusu ve kapsamı

SOY son yıllarda popülaritesi artmış tüm dünyada ilgi gören geniş kapsamlı araştırma konusu haline gelmiştir. DM, HT ile endişe ve anksiyete de dünya üzerinde birçok çalışma yapılmış geniş kapsamlı araştırma konularıdır. İlgili literatür incelendiğinde SOY düzeyinin DM, HT gibi kronik hastalıklara uyum üzerine etkisini ele alan çalışmalar olduğu görülmektedir. Ancak bu konuda SOY' un DM, HT uyumunun yanı sıra endişe anksiyete ile ilişkisini araştırmak ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırması adına yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. SOY düzeyinin düşüklüğü kronik hastalıklar yönetiminde önemli eksiklikleri beraberinde getirdiği, hasta-hekim uyumsuzluğu, tanı, tedavi, takip kısmında bilgi eksikliği ve bunların sonucunda maddi manevi kayıplar olduğu beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada SOY düzeyinin DM, HT hastalarında ne seviyede olduğu bunun hastalıklarına nasıl bir sonuç kattığı, endişe anksiyete ile ilişkisini ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması incelenmiştir.

SOY düzeyi, yetersiz ise nedenleri ve sonuçları dünya üzerinde çokça araştırılmış konulardan biridir ve literatür incelendiğinde büyük oranda SOY düzeyi

yetersizliğinin ele alındığı görülmektedir. Bu çalışmada SOY düzeyinin DM, HT üzerine etkisinin yanı sıra endişe ve anksiyete ile ilişkisi araştırılıp kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması araştırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Çalışma grubunu, Van ili Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 171'i kadın, 129'u erkek olmak üzere toplam 300 kişiden oluşan, 100 hipertansiyon, 100 diyabet ve 100 kronik hastalığı olmayan bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde $n = \frac{z^2 \cdot \delta^2}{d^2}$ eşitliği kullanılmıştır. Bu formülde %95 güven katsayısı, diğer bir ifadeyle %5 1. Tip hata ve en fazla dört katı kadar 2. Tip hata öngörüldüğünde yaklaşık olarak % 80 güç değerine göre z değeri 1,96 olarak alınmıştır. Daha önceki yapılan çalışmalarda ilgilenilen özellik bakımından varyasyonun standart sapma olarak 14 ile 20 aralığında değiştiği gözlenmiş ve çalışmamızda da standart sapma (δ) 17 olarak alınmıştır. Etki büyüklüğü (d) ise 2 olarak alınmıştır. Bu değerleri formülde yerine koyduğumuzda örneklem büyüklüğü (n) 277 olarak bulunmuştur. Fakat araştırmanın yürütülmesi sürecinde bazı hataların olabileceği, bazı hastaların ankete katılamayacakları göz önünde bulundurularak örneklemin yaklaşık %10 fazlası öngörülüp 305 hasta ile çalışılmıştır. Ancak 5 katılımcı ölçekteki soruları istekleri doğrultusunda eksik cevaplaması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Toplamda 300 hasta ile çalışma sonlandırılmıştır.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek çalışma formu hazırlandı. Form üzerinde çalışmanın amacına yönelik gerekli düzenleme ve seçimler yapılarak toplamda 41 sorudan oluşan yeni bir çalışma formu oluşturuldu. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle 10-12 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 20 birey üzerinde ön çalışma olarak denendi, soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı.

Çalışma formu Ek-2’de sunulmuştur.

Çalışma formunun materyalleri:

Çalışma formu 3 bölümden oluşmaktadır.

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
3. Endişe ve Anksiyete Ölçeği

1- Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerini sorgulayan (Yaş, cinsiyet, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, mesleği, herhangi kronik rahatsızlığı var mı, DM, HT mevcut mu, kaç yıldır olduğu, düzenli kontrollere gidiyor mu, ilaçlarını düzenli kullanıyor mu, aksatma nedeni) 12 soru yer almaktadır.

2-Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından Türkçe konuşan yetişkin bireylerin SOY konusundaki seviyelerini ölçmeye yönelik geliştirilen sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organ yeri ve isimlerini bilmeye yönelik 1 sorudan oluşan toplamda 23 soruluk bir ölçektir. Ölçek 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmeli sorulardan oluşmaktadır. Her soru tipi için puanlaması ayrı tutulmuştur. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verilmiştir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmiştir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır (41).

Testin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi %90.71, cronbach alpha katsayısının. 77 olması ölçeğin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Korelasyon değerinin. 87 olması iki ayrı zamanda yapılan ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve ölçeğin zamana göre değişmezliği kararına varılmıştır.

YSOÖ sağlık okuryazarlığını değerlendirmede geçerli-güvenilir bir ölçek olduğu ve yetişkin bireylerde güvenle kullanılabileceği ortaya konmuştur (41).

3-Endişe ve Anksiyete Ölçeği:

Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., vd. (2001) tarafından geliştirilmiştir. EAÖ kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Dokuz (0-8) puanlı Likert tipli ölçek EAÖ'nün 11 maddesini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 80 arasındadır. Endişe konularını, endişenin aşır ve kontrol edilemeyen yönünü, bozukluğun süresini ve sıklığını, somatik belirtileri ve endişe ve anksiyeteye bağlı çaresizliği ve insanın hayatına olan müdahalesini ölçmektedir (7).

Birinci maddenin (endişe konuları) hesaplamada bir etkisi yoktur. Ölçek anksiyete bozuklukları tanı kriterlerine uyan ve uymayan kişileri ayırma olanağı sağlamaktadır. Endişe ve anksiyeteye bağlı çaresizliği açık bir şekilde ölçmektedir (7).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma için Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul başkanlığından onay alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra uygulamaya geçilmiştir (Tarih: 20/06/2018 Karar No: 141) (Ek-1).

Çalışmaya dahil edilen bireylere araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam formu; katılımcıların yapılacak çalışma hakkında aydınlatılması amacıyla hazırlanmıştır. Formda ayrıca; anketin kim tarafından uygulanacağı, içeriği, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağı, kişisel verilerin kesinlikle gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma(Std. Sapma), Minimum(Min.) ve Maksimum(Max.) değerler olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi için Çift değişkenli pearson testi yapılmıştır. Gruplar ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (ver: 22) istatistik paket programı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

DM veya HT olan yetişkin bireylerde SOY düzeyinin tespit edilmesi, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılmasının araştırıldığı çalışmamızda, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilerek yorumlanmıştır.

Toplam katılımcı bireylerin yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 49.24 ± 16.741 'dir.

Çalışmamızda yer alan DM, HT ve sağlıklı bireylerin yaş bilgilerinin sonuçları Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin yaş ortalamaları (n=300)

		n	Min.	Max.	Std. Sapma	Ortalama Yaş
YAŞ	HT	100	33	87	10.050	61.63
	DM	100	26	80	8.776	56.74
	Sağlıklı Bireyler	100	18	51	7.517	29.34
	Toplam	300	18	87	16.741	49.24

Çalışmamızda yer alan cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu, meslek sorularını içeren DM, HT ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik bilgilerin sonuçları sırasıyla Tablo 15, Tablo 16 ve Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 15. Çalışmaya dahil edilen DM hastalarının sosyodemografik özellikleri (n=100)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	63	63
	Erkek	37	37
Medeni Durum	Evli	91	91
	Bekar	9	9
Sosyoekonomik Düzey	Geliri giderine eşit	68	68
	Geliri giderinden fazla	32	32
	Geliri giderinden az	0	0
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	47	47
	İlköğretim	20	20
	Orta öğretim	19	19
	Lise	13	13
	Üniversite	1	1
Meslek	Çalışmıyor	87	87
	Memur	3	3
	İşçi	10	10
	Sağlık çalışanı	0	0
	Diğer*	0	0

*Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Tablo 16. Çalışmaya dahil edilen HT hastalarının sosyodemografik özellikleri (n=100)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	53	53
	Erkek	47	47
Medeni Durum	Evli	82	82
	Bekar	18	18
Sosyoekonomik Düzey	Geliri giderine eşit	65	65
	Geliri giderinden fazla	31	31
	Geliri giderinden az	4	4
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	39	39
	İlköğretim	29	29
	Orta öğretim	15	15
	Lise	15	15
	Üniversite	2	2
Meslek	Çalışmıyor	84	84
	Memur	10	10
	İşçi	2	2
	Sağlık çalışanı	0	0
	Diğer*	4	4

*Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Tablo 17. Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri (n=100)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	55	55
	Erkek	45	45
Medeni Durum	Evli	46	46
	Bekar	54	54
Sosyoekonomik Düzey	Geliri giderine eşit	61	61
	Geliri giderinden fazla	24	24
	Geliri giderinden az	15	15
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	0	0
	İlköğretim	4	4
	Orta öğretim	3	3
	Lise	11	11
	Üniversite	82	82
Meslek	Çalışmıyor	11	11
	Memur	26	26
	İşçi	4	4
	Sağlık çalışanı	20	20
	Diğer*	39	39

*Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Çalışmamıza dahil edilen DM hastalarının anket sonuçlarına göre 41'i (%41) düzenli kontrollere (en az 6 ayda bir gidenler) gitmekte, 59'u (%59) düzenli kontrollere (en az 6 ayda bir gidenler) gitmemektedir. İlaçlarını düzenli kullanmayan 41 (%41) hasta mevcuttur. İlaç aksatma nedenlerinden en çok oranda 21'i (%51.2) unutuyorum, en az oranda 1'i (%2.5) doktoruma güvenmiyorum ve de tedaviden fayda görmüyorum cevabını vermiştir.

Çalışmamızda yer alan DM'e sahip bireylerin anket sonuçları Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Çalışmaya dahil edilen DM hastalarının anket sonuçları (n=100)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	8	8
	>1 yıl-5 yıl	27	27
	>5 yıl-10 yıl	36	36
	10 yıldan fazla	29	29
Düzenli kontrollere gitme durumu	3 ayda bir	23	23
	6 ayda bir	18	18
	İlaç raporu bittiğinde	56	56
	Gitmiyorum	3	3
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	59	59
	Bazen aksatıyorum	39	39
	Sık sık aksatıyorum	2	2
Aksatma nedeni	Unutuyorum	21	51.2
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum, karıştırıyorum	8	19.5
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum, tereddütlüyüm	6	14.6
	Doktoruma güvenmiyorum ve de tedaviden fayda görmüyorum	1	2.4
	Yan etki ile karşılaştım	5	12.2

Çalışmamıza dahil edilen HT hastalarının anket sonuçlarına göre 36'sı (%36) düzenli kontrollere (en az 6 ayda bir gidenler) gitmekte, 64'ü (%64) düzenli kontrollere (en az 6 ayda bir gidenler) gitmemektedir. 37'si (%37) ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. İlaç aksatma nedenlerinden en çok oranda 18'i (%50) unutuyorum, en az oranda 2'si (%5,6) doktoruma güvenmiyorum ve de tedaviden fayda görmüyorum cevabını vermiştir.

Çalışmamızda yer alan HT'a sahip bireylerin anket sonuçları Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Çalışmaya dahil edilen HT hastalarının anket sonuçları (n=100)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	7	7
	>1 yıl-5 yıl	26	26
	>5 yıl-10 yıl	29	29
	10 yıldan fazla	38	38
Düzenli kontrollere gitme durumu	3 ayda bir	9	9
	6 ayda bir	27	27
	İlaç raporu bittiğinde	57	57
	Gitmiyorum	7	7
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	63	63
	Bazen aksatıyorum	30	30
	Sık sık aksatıyorum	7	7
Aksatma nedeni	Unutuyorum	18	50
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum, karıştırıyorum	7	19.4
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum, tereddütlüyüm	6	16.7
	Doktoruma güvenmiyorum ve de tedaviden fayda görmüyorum	2	5.6
	Yan etki ile karşılaştım	3	8.3

Çalışmamızda kronik hastalıklara sahip bireylerle, sağlıklı bireyler arasında medeni durum, sosyoekonomik düzey ve düzenli kontrollere gitme durumu (en az 6 ayda bir) anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$). Eğitim durumları incelendiğinde, DM hastalarının 67'si (%67) okuryazar değil veya ilköğretim mezunu, HT hastalarının 68'i (%68) okuryazar değil veya ilköğretim mezunu iken sağlıklı bireylerin 4'ü (%4) bu grupta bulunmuştur. Sağlıklı bireylerin 93'ü (%93) lise ve üniversite mezunu bulunmuştur. Sağlıklı bireylerle kronik hastalıklara sahip bireyler arasında eğitim durumu anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$). DM hastalarının 87'si (%87) çalışmamakta, HT hastalarının 84'ü (%84) çalışmamakta, sağlıklı bireylerin 89'u (%89) bir meslekte çalışmaktadır. Çalışılan diğer özellikler açısından DM ve HT hastaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 20, Tablo 21)

Çalışmamızda yer alan DM, HT ve sağlıklı bireylerin kategorik değişkenlerinin (cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, eğitim, meslek, kronik rahatsızlık) ilişkisi ve dağılımı Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin kategorik değişkenlerinin ilişkisi ve dağılımı (n=300)

		Grup						p*
		DM		HT		SAĞLIKLI		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	63	63	53	53	55	55	0.319
	Erkek	37	37	47	47	45	45	
Medeni durum	Evli	91	91	82	82	46	46	0.001
	Bekar	9	9	18	18	54	54	
Sosyoekonomik düzey	Geliri giderine eşit	68	68	65	65	61	61	0.001
	Geliri giderinden fazla	32	32	31	31	24	24	
	Geliri giderinden az	0	0	4	4	15	15	
Eğitim	Okur yazar değil	47	47	39	39	0	0	0.001
	İlköğretim	20	20	29	29	4	4	
	Orta öğretim	19	19	15	15	3	3	
	Lise	13	13	15	15	11	11	
	Üniversite	1	1	2	2	82	82	
Meslek	Çalışmıyor	87	87	84	84	11	11	0.001
	Memur	3	3	10	10	26	26	
	İşçi	10	10	2	2	4	4	
	Sağlık çalışanı	0	0	0	0	20	20	
	Diğer**	0	0	4	4	39	39	
Kronik rahatsızlık	Evet	100	100	100	100	0	0	0.001
	Hayır	0	0	0	0	100	100	

*Ki-kare testi

**Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Çalışmamızda yer alan DM ve HT'lu bireylerin kategorik değişkenlerinin (hangi hastalık mevcut, kaç yıldır mevcut, düzenli kontroller, düzenli ilaç kullanımı, aksatma nedeni) ilişkisi ve dağılımı Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Çalışmaya dahil edilen DM ve HT'lu bireylerin kategorik değişkenlerinin ilişkisi ve dağılımı (n=200)

		Grup				p*
		DM		HT		
		n	%	n	%	
Hangi hastalık mevcut	Diyabet	100	100	0	0	0.001
	Hipertansiyon	0	0	100	100	
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	8	8	7	7	0.562
	>1 yıl-5 yıl	27	27	26	26	
	>5 yıl-10 yıl	36	36	29	29	
	10 yıldan fazla	29	29	38	38	
Düzenli kontroller	3 ayda bir	23	23	9	9	0.023
	6 ayda bir	18	18	27	27	
	İlaç raporu bittiğinde	56	56	57	57	
	Gitmiyorum	3	3	7	7	
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	59	59	63	63	0.130
	Bazen aksatıyorum	39	39	30	30	
	Sık sık aksatıyorum	2	2	7	7	
Aksatma nedeni	Unutuyorum	21	51,2	18	50,0	0.937
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum	8	19,5	7	19,4	
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum	6	14,6	6	16,7	
	Doktoruma güvenmiyorum ve de verdiği tedaviden fayda görmüyorum.	1	2,4	2	5,6	
	Yan etki ile karşılaştım	5	12,2	3	8,3	

*Ki-kare testi

Çalışmaya dahil olan bireylerin EAÖ sonuçları kadınlarda yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). (Tablo 22)

Tablo 22. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin cinsiyet özellikleri ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	EAÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Cinsiyet	Kadın	46.72	16.406	0	74	0.014
	Erkek	35.09	15.765	0	77	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya dahil olan bireylerin EAÖ sonuçları geliri giderinden fazla olanlarda en düşük bulunmuş olup sosyoekonomik düzey açısından kategoriler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). (Tablo 23).

Tablo 23. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin sosyoekonomik durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	EAÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Sosyoekonomik Düzey	Geliri giderine eşit	42.16	16.510	0	74	0.007
	Geliri giderinden fazla	38.60	16.274	0	71	
	Geliri giderinden az	51.42	16.084	16	77	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Atılımcıların EAÖ sonuçlarına göre okuryazar olmayan bireyler en yüksek puan ortalamasını, lise mezunu bireyler ise en düşük puan ortalamasını almıştır. Eğitim durumu yükseldikçe alınan puanların düştüğü görülmekte olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durum Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin eğitim durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	EAÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	51.07	13.097	12	74	0.001
	İlköğretim	46.94	13.640	17	69	
	Orta öğretim	37.81	12.351	18	64	
	Lise	33.85	15.625	9	77	
	Üniversite	34.31	18.436	0	74	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Meslek açısından değerlendirildiğinde herhangi bir işte çalışmayan bireyler EAÖ en yüksek puan ortalamasını almıştır. Memur olarak çalışanlar ise en düşük puan ortalamasını almıştır. Çalışmayan grup ile çalışan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin meslek durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Meslek	Çalışmıyor	47.13	13.942	9	74	0.001
	Memur	26.26	17.130	0	77	
	İşçi	30.50	13.826	17	62	
	Sağlık çalışanı	34.15	18.044	8	74	
	Diğer**	40.51	16.632	0	71	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

**Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Katılımcıların EAÖ sonuçlarına göre kronik hastalıkları olan bireyler ile sağlıklı bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin kronik hastalık durumu ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Kronik rahatsızlık	Evet	45.48	14.741	4	74	0.001
	Hayır	34.19	18.450	0	77	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Bireylerin medeni durumlarına göre EAÖ sonuçları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin medeni durumlarına göre EAÖ sonuçları (n=300)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Medeni Durum	Evli	42.32	16.304	9	77	0.299
	Bekar	40.10	19.135	0	69	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireyler arasında düzenli kontrollere (en az 6 ayda bir) gelenler EAÖ puan ortalamasına göre anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin düzenli kontrollere gitme durumları ile EAÖ sonuçlarının ilişkisi (n=200)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Düzenli kontroller	3 ayda bir	40.91	14.986	15	69	0.022
	6 ayda bir	42.24	11.503	19	68	
	İlaç raporu bittiğinde	47.90	14.195	12	74	
	Gitmiyorum	47.30	22.308	4	69	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmamızdaki DM veya HT'lu bireylerin hastalık süresi >10 yıl olanlar en yüksek EAÖ puan ortalamasına sahip olup gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p<0.05) (Tablo 29).

Tablo 29. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin hastalık süresi ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	41.20	15.105	17	64	0.032
	>1 yıl-5 yıl	43.32	11.856	18	68	
	>5 yıl-10 yıl	40.69	14.037	3	71	
	10 yıldan fazla	47.46	13.841	10	69	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmamızda yer alan DM veya HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamalarının ilişkisi Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Çalışmaya dahil olan DM veya HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Hangi hastalık mevcut	Diyabet	44.54	13.920	14	74	0.093
	Hipertansiyon	46.42	13.935	4	70	
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	42.98	13.364	3	68	0.595
	Bazen aksatıyorum	44.58	14.027	10	71	
	Sık sık aksatıyorum	46.67	16.621	18	66	
Aksatma nedeni	Unutuyorum	45.59	14.563	10	69	0.689
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum	45.00	15.180	18	71	
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum	46.83	15.409	24	66	
	Doktoruma güvenmiyorum	41.00	7.000	34	48	
	Yan etki ile karşılaştım	38.13	12.461	21	53	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmamızda yer alan HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamalarının ilişkisi Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. Çalışmaya dahil olan HT'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=100)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	45.00	16.411	21	64	0.261
	>1 yıl-5 yıl	43.69	11.316	20	67	
	>5 yıl-10 yıl	41.17	13.987	3	67	
	10 yıldan fazla	47.84	14.446	10	69	
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	43.02	13.869	3	67	0.312
	Bazen aksatıyorum	47.50	12.583	10	69	
	Sık sık aksatıyorum	46.86	17.401	18	66	
Aksatma nedeni	Unutuyorum	47.22	12.882	10	69	0.271
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum	43.71	14.092	18	60	
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum	57.17	14.063	29	66	
	Doktoruma güvenmiyorum	37.50	4.950	34	41	
	Yan etki ile karşılaştım	42.00	14.177	26	53	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmamızda yer alan DM'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamalarının ilişkisi Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Çalışmaya dahil olan DM'lu bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik bazı değişkenler ile EAÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=100)

		EAÖ				
Özellikler	Kategoriler	Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	p*
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	37.88	14.086	17	63	0.176
	>1 yıl-5 yıl	42.96	12.559	18	68	
	>5 yıl-10 yıl	40.31	14.262	12	71	
	10 yıldan fazla	46.97	13.244	21	66	
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	42.93	12.923	12	68	0.924
	Bazen aksatıyorum	42.33	14.810	14	71	
	Sık sık aksatıyorum	46.00	19.799	32	60	
Aksatma nedeni	Unutuyorum	44.19	16.045	14	65	0.594
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum	46.12	16.957	25	71	
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum	36.50	8.264	24	47	
	Doktoruma güvenmiyorum ve de tedaviden fayda görmüyorum	48.00**	-	48	48	
	Yan etki ile karşılaştım	35.80	12.377	21	52	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

**1 DM'lu hasta mevcuttur.

Çalışmaya dahil edilen HT hastalarının EAÖ puanı ortalaması en yüksek, sağlıklı bireylerin EAÖ puanı ortalaması ise en düşük bulunmuştur. Sağlıklı bireyler ile HT ve DM'u olan bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0.05$). Ayrıca çalışmaya dahil edilen HT hastalarının EAÖ puanı ortalaması, DM hastalarının EAÖ

puan ortalamasına benzer bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 33).

Tablo 33. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin EAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması (n=300)

		n	Min.	Max.	Std. Sapma	Ortalama Puan	p*
EAÖ	HT	100	4	70	13.935	46.42	0.001
	DM	100	14	74	13.920	44.54	
	Sağlıklı Bireyler	100	0	77	18.300	34.19	
	Toplam	300	18	87	16.741	41.72	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya dahil olan bireylerin YSOÖ sonuçları erkek cinsiyette yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 34).

Tablo 34. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin cinsiyet özellikleri ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Cinsiyet	Kadın	8.68	6.609	0	20	0.044
	Erkek	9.97	5.125	0	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılımcıların YSOÖ ortalamaları bekarlarda yüksek bulunmuş olup iki grup arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin medeni durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Medeni Durum	Evli	8.33	5.731	0	20	0.001
	Bekar	11.68	6.846	0	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılımcılar arasında üniversite mezunu bireyler YSOÖ en yüksek puan ortalamasını, okuryazar olmayan bireyler ise YSOÖ en düşük puan ortalamasını almıştır. Eğitim durumu yükseldikçe alınan puanların yükseldiği görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin eğitim durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	4.14	3.394	0	11	0.001
	İlköğretim	6.83	4.117	0	16	
	Orta öğretim	9.14	3.510	2	16	
	Lise	10.33	4.672	2	18	
	Üniversite	15.44	3.409	8	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Meslek açısından değerlendirildiğinde sağlık çalışanları YSOÖ en yüksek puan ortalamasını, herhangi bir işte çalışmayan bireyler ise YSOÖ en düşük puan ortalamasını almıştır. Çalışmayan bireyler ile çalışan bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin meslek durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Meslek	Çalışmıyor	6.23	4.130	0	17	0.001
	Memur	13.82	4.342	6	20	
	İşçi	9.00	4.713	3	16	
	Sağlık çalışanı	17.30	2.652	11	20	
	Diğer**	14.14	3.048	8	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

**Serbest meslek, Özel şirket personelleri

Çalışmaya dahil olan bireylerin YSOÖ sonuçlarının sosyoekonomik düzey açısından kategoriler arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin sosyoekonomik durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama	Std.sapma	Min.	Max.	
Sosyoekonomik Düzey	Geliri giderine eşit	8.71	6.203	0	20	0.057
	Geliri giderinden fazla	10.02	5.736	1	20	
	Geliri giderinden az	11.05	5.061	1	16	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Katılımcıların YSOÖ sonuçlarına göre sağlıklı bireylerin YSOÖ puan ortalaması kronik hastalıkları olan bireylerin YSOÖ puan ortalamasından yüksek bulunmuş olup,

iki grup arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Sonuçlar Tablo 39’da sunulmuştur.

Tablo 39. Çalışmaya dahil olan tüm bireylerin kronik hastalık durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama Puan	Std. Sapma	Min.	Max.	
Kronik rahatsızlık	Evet	6.40	4.716	0	20	0.001
	Hayır	14.92	3.094	7	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastalık süresine bağlı değişkenlere bakıldığında 10 yıldan az süredir hastalığı mevcut olanlarda YSOÖ puan ortalaması, 10 yıldan fazla süredir hastalığı mevcut olanların puan ortalamasından yüksek bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Sonuçlar Tablo 40’da gösterilmektedir.

Tablo 40. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık süresi ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama Puan	Std. Sapma	Min.	Max.	
Kaç yıldır mevcut	0-1 yıl	7.27	4.816	3	16	0.001
	>1yıl-5 yıl	7.15	4.353	0	16	
	>5 yıl-10 yıl	7.23	5.017	0	20	
	10 yıldan fazla	4.79	3.497	0	12	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

İlaç raporu bittiğinde(en az 2 yılda bir) doktora giden bireylerin YSOÖ puan ortalaması en düşük, 6 ayda bir düzenli kontrole giden bireylerin YSOÖ puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup, gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$) (Tablo 41).

Tablo 41. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin düzenli kontrol durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama Puan	Std. Sapma	Min.	Max.	
Düzenli kontroller	3 ayda bir	6.69	3.440	1	16	0.001
	6 ayda bir	9.29	4.105	2	17	
	İlaç raporu bittiğinde	5.16	3.177	0	14	
	Gitmiyorum	6.40	6.526	1	20	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Düzenli ilaç kullanan bireylerin YSOÖ puan ortalaması, aksatan bireylerin YSOÖ puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanan bireyler ile aksatan bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Bu durum Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 42. Çalışmaya dahil olan kronik hastalığa sahip bireylerin düzenli ilaç kullanımı ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama Puan	Std. Sapma	Min.	Max.	
Düzenli ilaç kullanımı	Düzenli kullanıyorum	7.25	4.989	0	20	0.001
	Bazen aksatıyorum	5.03	3.736	0	16	
	Sık sık aksatıyorum	5.22	3.127	1	9	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya dahil olan DM ve HT’u olan bireylerin hangi hastalık mevcut, tedaviyi aksatma nedenleri anket cevapları ile YSOÖ puanlarının kategorilere göre ilişkilerine bakıldığında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 43’de gösterilmiştir.

Tablo 43. Çalışmaya dahil olan DM ve HT’u olan bireylerin anket cevapları ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ				p*
		Ortalama Puan	Std. Sapma	Min.	Max.	
Hangi hastalık mevcut	Diyabet	6.58	4.016	0	16	0.329
	Hipertansiyon	6.21	4.095	0	20	
Aksatma nedeni	Unutuyorum	5.10	3.701	0	16	0.484
	Nasıl kullanacağımı bilmiyorum	4.20	3.166	1	11	
	İlaçların ne işe yaradığını bilmiyorum	4.83	4.016	0	9	
	Doktoruma güvenmiyorum ve de verdiği tedaviden fayda görmüyorum	5.33	3.142	3	9	
	Yan etki ile karşılaştım	7.00	5.377	1	14	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı bireylerin YSOÖ puanı ortalaması en yüksek, HT hastalarının YSOÖ puanı ortalaması ise en düşük bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Çalışmaya dahil edilen DM hastalarının YSOÖ puanı ortalaması, HT hastalarının YSOÖ puan ortalamasına benzer bulunmuş olup iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Bu durum Tablo 44’de gösterilmiştir.

Tablo 44. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin YSOÖ puan ortalamaları karşılaştırması (n=300)

	N	Min.	Max.	Std. Sapma	Ortalama Puan	p*	
YSOÖ	HT	100	0	20	4.016	6.21	0.001
	DM	100	0	16	4.095	6.58	
	Sağlıklı Bireyler	100	7	20	2.912	14.92	
	Toplam	300	0	20	5.471	9.24	

*Tek Yönlü Varyans Analizi

Çalışmamıza dahil edilen DM hastası bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamaları arasında çift yönlü korelasyon analizi yapılmış olup anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($r = -0.352, p = 0.000$). Araştırmamızdaki HT hastası bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamaları arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur ($r = -0.459, p = 0.000$). Sağlıklı bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamaları arasında negatif korelasyon anlamlı değildir ($r = -0.028, p = 0.786$). Bu durum tablo 45'te gösterilmektedir.

Tablo 45. Çalışmaya dahil edilen DM, HT ve sağlıklı bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamalarının korelasyon analizi (n=300)

	r*	p*
DM	-0.352	0.000
HT	-0.459	0.000
Sağlıklı bireyler	-0.028	0.786

*Pearson Korelasyon Analizi

Çalışmamıza dahil edilen tüm bireylerin EAÖ puan ortalamaları ile YSOÖ puan ortalamaları arasında çift yönlü korelasyon analizi yapılmıştır. Bireylerin EAÖ puan ortalaması yükseldikçe YSOÖ puan ortalaması düşmekte, YSOÖ puan ortalaması arttıkça EAÖ puan ortalaması azalmaktadır. Gruplar birbiriyle kıyaslandığında, gruplar arası anlamlı negatif korelasyon çıkmıştır ($r = -0.434, p = 0.000$).

5. TARTIŞMA

DM veya HT'nu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılmasına yanıt aranan bu çalışmada elde edilen bulgular ile bu alanlarda yapılan çalışmalar birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Chajae ve ark. 2018 yılında İran'da yaptığı HT hastası erişkin bireylerin SOY ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki konulu çalışmasında HT hastası bireylerin yaş ortalaması 60.58 ± 11.14 , Öncü ve ark. Mersin'de 2018 yılında yaptığı HT hastası erişkin bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve SOY ile ilişkisi çalışmasında HT hastası bireylerin yaş ortalaması 48.92 ± 15.01 iken çalışmamızda HT'ü olan hasta grubunun yaş ortalaması 61.63 ± 10.05 'dir (16, 101). Çalışmamızın yaş ortalamasının yüksek olması araştırmamıza katılan HT hastalarının uzun yıllardır takipli, ilaç yazdırmaya gelen hasta popülasyonu olması olabilir.

Yeh ve ark. 2018 yılında Tayvan'da yaptığı Tip 2 DM olan erişkin hastalarda SOY düzeyi ve hastalık bilgi ilişkisi konulu çalışmada DM hastası bireylerin yaş ortalaması 57.00 ± 10.79 , Akyar'ın Isparta'da 2017 yılında yaptığı DM olan erişkin hastalarda SOY düzeyi konulu çalışmasında yaş ortalaması 57.75 ± 9.62 'dir (102, 103). Araştırmamızda ise DM'ü olan bireylerin yaş ortalaması 56.74 ± 8.77 'dir. Yapılan çalışmalardaki yaş ortalamalarının bulgularımızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu durum DM hastalığının sinsi seyirli ve yıllar sonra ortaya çıkmasından kaynaklı olabilir (80).

Diñer'in 2016 yılında Konya'da yaptığı üniversite öğrencilerinin SOY düzeyinin belirlenmesi konulu çalışmasında bireylerin yaş ortalaması 20.71 ± 1.69 , Berberoğlu'nun Uşak'ta 2018 yılında yaptığı bir aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde SOY düzeyi konulu çalışmasında bireylerin yaş ortalaması 41.1 ± 13.70 'dur (104, 105). Araştırmamızdaki sağlıklı bireylerin yaş ortalaması 29.34 ± 7.51 bulunmuş olup diğer çalışmaların bulgularımızla değişkenlik göstermesi

grubumuzun sadece üniversite öğrencileri ya da üniversite mezunu kişiler olmayıp 18 yaş üzeri tüm bireylerden oluşması olabilir.

Chajae ve ark. 2018 yılında İran'da yaptığı HT hastası bireylerin SOY ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki konulu çalışmasında HT' u olan bireylerin %68'ini kadınlar oluştururken, Öncü ve ark. Mersin'de 2018 yılında yaptığı HT hastası bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve SOY ile ilişkisi çalışmasında HT hastası bireylerin %54.5'i kadınlar oluşturuyordu (16, 101). Bizim çalışmamızda ise HT'u olan bireylerde kadın oranı benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların sağlık kurumlarına başvurularının daha fazla olmasından kaynaklanabilir (106).

Akyar'ın Isparta'da 2017 yılında yaptığı DM olan erişkin hastalarda SOY düzeyi konulu çalışmada DM'u olan bireylerin %50.7'sini kadınlar, Aslantekin ve ark. 2013 yılında Ankara'da DM'u olan hastaların SOY durumlarının değerlendirilmesi konulu yaptığı çalışmada DM olan bireylerin %62.2'sini kadınlar oluşturmaktaydı (102, 107). Çalışmamızda ise DM'u olan bireylerin %63'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum kadınların hastane başvurularının daha fazla olmasından kaynaklanabilir (106).

Çalışmamıza katılan sağlıklı bireylerin %55'ini kadınlar, %45'ini erkekler oluşturmaktadır. Bulgular Dinçer ve Berberoğlu'nun çalışmalarındaki oranlarla benzerlik göstermektedir(104, 105).

5.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin Eğitim Durumları

Jansen'in 2018 yılında Amerika'da yaptığı SOY'un kronik hastalıklı bireylerde eğitim durumuyla ilişkisi konulu çalışmasında kronik hastalıkları olan bireylerin %31'inin okuryazarlığı yok veya ilkokul mezunu, Wang'ın 2017 yılında Çin'de yaptığı SOY'un, HT'u olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi konulu çalışmasında HT'u olan bireylerin %81.5'nin okuryazarlığı yok veya ilkokul mezunu olup Chajae ve ark. 2018 yılında İran'da yaptığı HT hastası bireylerin SOY ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki konulu çalışmasında HT'u olan bireylerin %85.5'nin okuryazarlığı yok veya ilkokul mezunu bireylerdir (16, 108, 109). Bizim çalışmamızda ise HT'u olan bireylerin %68'nin okuryazarlığı yok veya ilkokul mezunudur. Çalışmamızın literatürle değişken

sonuçlar göstermesi ülkeler arası eēitim seviyesi ve gelişmişlik durumu farklılıēından kaynaklı olabilir.

Jansen'in 2018 yılında Amerika'da yaptıēı SOY'un kronik hastalıklı bireylerde eēitim durumuyla ilişkisi konulu çalışmasında kronik hastalıkları olan bireylerin %31'inin okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunu, Chahardah-Cherik'in 2018 yılında İran'da yaptıēı DM'u olan bireylerde SOY düzeyi ve saēlıēı geliştirme davranışları arasındaki ilişki konulu çalışmada DM'u olan bireylerin, %80'inin okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunu iken Njeru'un 2016 yılında Amerika'da yaptıēı DM'u olan Somali'li hastalarda SOY düzeyi konulu çalışmada %80'inin okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunudur. Bizim alışmamızdaki DM'u olan bireylerin %67'sinin okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunu olup literatürle farklılık göstermesi ülkeler arası eēitim seviyesi, gelişmişlik durumu ve milletler arası sosyokültürel farklılıktan kaynaklı olabilir (108, 110, 111).

Berberoēlu'nun Uşak'ta 2018 yılında yaptıēı bir aile saēlıēı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde SOY düzeyi konulu çalışmasında %31.3'ünün okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunu, zaydın'ın 2018 yılında Hatay'da bireylerde SOY tutum ve davranışları konulu yaptıēı çalışmada %40.6'sının okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunu olup bizim çalışmamızda saēlıklı bireylerin %4'ünün okuryazarlıēı yok veya ilkokul mezunudur (104, 112). Çalışmamızın literatürle deēiřkenlik gösterme nedeni hasta popülasyonumuzun Şehir merkezi ve niversite bünyesinden gelmesi kaynaklı olabilir.

5.3. DM, HT ve Saēlıklı Bireylerin Mesleki Durumları

Naimi'nin 2017 yılında Tahran'da yaptıēı HT'u olan hastalarda SOY ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon konulu çalışmasında hastaların %59.1'i herhangi bir işte çalışmazken, nc ve ark. Mersin'de 2018 yılında yaptıēı HT hastası bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin deēerlendirmeleri ve SOY ile ilişkisi konulu çalışmasında %51.8'i herhangi bir işte çalışmıyordu. Bizim alışmamızda ise hastaların daha yüksek oranda alıřmadıēı tespit edilmiş olup bunun nedeni hasta popülasyonumuzun yaş ortalamasının yüksek olmasına baēlı olabilir.

Esen'in 2018 yılında Bursa'da yaptığı DM'u olan hastalarda SOY, diyabetik kontrol ve hastalığa özgü komplikasyonlar arasındaki ilişki konulu çalışmasında hastaların %38.6'ı herhangi bir işte çalışmazken, Aslantekin ve ark. 2013 yılında Ankara'da DM'u olan hastaların SOY durumlarının değerlendirilmesi konulu çalışmasında hastaların %53.3'ü herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş olup, bizim araştırmamızda DM'u olan hastalarımızın yaş ortalamasının yüksek oluşundan dolayı bu oranın daha yüksek olduğu görüşündeyiz (107, 113).

Berberoğlu'nun Uşak'ta 2018 yılında yaptığı bir aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde SOY düzeyi konulu çalışmasında bireylerin %56.2'si herhangi bir işte çalışmazken, Çopurlar'ın 2016 yılında İzmir'de yaptığı kadınların SOY düzeyi ile meme kanseri bilgi ve tarama davranışının incelenmesi çalışmasında %76.2'sinin çalışmadığı tespit edilmiş olup bizim çalışmamızdaki sağlıklı bireylerin çalışmama oranının daha düşük bulunma nedeni yaş ortalamasının düşük olmasına bağlı olabilir.

5.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Değerlendirmesi

Koç'un 2011 yılında Orta Karadeniz bölgesinde yaptığı hastanede yatan kronik hastalıklı bireylerin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi konulu çalışmasında hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanmış ve bireylerin %58.6'sında endişe ve anksiyete saptamıştır (114). Korkmaz'ın 2008 yılında Konya'da yaptığı hastane servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile atan hastalarda anksiyete düzeyinin belirlenmesi konulu çalışmasında Beck anksiyete ölçeğini kullanmış ve kronik hastalığı olan bireylerin % 88.9'unda anksiyete; %18'in de hafif düzeyde, %43'ünde orta düzeyde, %27'si ciddi düzeyde anksiyete belirtisi bulmuştur (115). Turhan'ın 2007 yılında İstanbul'da yaptığı DM'u olan hastalarda tedavi şekli ve hastalık süresine göre anksiyete düzeyleri konulu çalışmasında Hamilton anksiyete ölçeği kullanmış ve kronik hastalığa sahip hastaların %33'ünün endişe ve anksiyete yaşadıklarını tespit etmiştir (116). Literatürle kıyasladığımızda çalışmamızda da benzer şekilde HT ve DM hastaları için EAÖ puan ortalamaları yüksek bu iki hasta grubu arasında bu açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Endişe ve anksiyetenin yapılan diğer çalışmalardaki bulgulara benzer şekilde bizim çalışmamızda da kronik hastalıklara eşlik ettiği tespit edilmiştir. Bunun nedeni kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam sürme kaygısı, ekonomik

yüklerden kaynaklı stres ve SOY düzeyinin düşük olması sonucu hekimiyle irtibat kuramaması, tedavisinde interaktif rol alamamasından kaynaklı olabilir.

Mantar'ın 2008 yılında İzmir'de anksiyete duyarlılığı indeksi-3 türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması konulu, Aktaş'ın ise 2007 yılında Denizli'de farklı yaş gruplarında bel ağrısı olan bireylerin ağrı, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı bireylerle kıyaslanması konulu yaptığı çalışmalarda hasta grup ile sağlıklı grup arasında endişe ve anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (117, 118). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak DM ve HT hastalarının EAÖ puanları sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam sürme kaygısı, ekonomik yüklerden kaynaklı stres ve SOY düzeyinin düşük olması hekimiyle irtibat kuramaması, tedavisinde interaktif rol alamamasından kaynaklı endişe ve anksiyetesinin yükselmesi olabilir.

5.4.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Cinsiyet ile İlişkisi

Dayılar'ın 2017 yılında İzmir'de kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeyleri konulu çalışmasında Spielbelger kaygı ölçeği kullanmış, cinsiyet durumuyla anksiyete arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (119). Mantar'ın 2008 yılında İzmir'de anksiyete duyarlılığı indeksi-3 türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması konulu çalışmada endişe anksiyete düzeyi, kadın-erkek cinsiyet arasında anlamlı farklılık içermemekteydi (118). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda kadınların EAÖ puanları yüksek bulunmuş olup cinsiyetler arasındaki fark anlamlıydı ($p=0.014$). Bu durum popülasyonumuzun yaşadığı bölge itibarıyla kadınların eğitim seviyelerinin düşük olmasından dolayı karşılaşılan engel, zorluklarla baş edebilme yetisinin azalması kaynaklı olabilir (120).

5.4.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Sosyoekonomik Durumla İlişkisi

Çiftçi'nin 2016 yılında Urfa'da yaptığı cerrahi girişim uygulanacak çocukların ebeveynlerinin endişe ve anksiyete durumlarının belirlenmesi konulu çalışmasında Spielberger kaygı ölçeği kullanmış, ekonomik sorunların olduğu ailelerde endişe ve

anksiyetenin yüksek olduğu gösterilmiştir (121). Özer'in 2009 yılında Antalya ve İzmir'de yaptığı miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyetenin incelenmesi konulu çalışmasında hastane anksiyete ölçeği kullanmış, aile gelirinin düşük olduğu kişilerde endişe anksiyetenin anlamlı yükseklik gösterdiği tespit edilmiştir (122). Literatürle uyumlu bir şekilde bizim çalışmamızda da EAÖ puan ortalaması geliri giderinden yüksek olanlarda en düşük bulunmuş olup diğer gruplarla arasında anlamlı farklılık içermekteydi ($p=0.007$). Bunun nedeni düşük SOY düzeyi sonucu gereksiz sağlık başvuruları ve sağlık masraflarının artışından dolayı ekonomik endişe ve kaygının artması olabilir.

5.4.3. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi

Pham'ın 2018 yılında Kanada'da kronik hastalığı olan kişilerde anksiyete ve ilişkili faktörleri konulu yaptığı çalışmasında hastane anksiyete ölçeği kullanmış, eğitim durumu arttıkça anksiyete seviyesinin düştüğünü belirtmiştir (123). Arslan'ın 2011 yılında Isparta'da yaptığı gebelik anksiyete ve depresyonu risk faktörleri konulu çalışmasında hastane anksiyete ölçeği kullanmış, eğitim durumu arttıkça anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının düştüğü ve eğitim düzeylerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (124). Özcan'ın 2006 yılında Konya'da yaptığı ayaktan psikiyatri hastalarında anksiyete bozukluğunun yaygınlığı konulu çalışmasında anksiyete tanısı alan kişilerin %65'ini okuryazarlığı olmayan veya ilkokul mezunu kişiler oluşturmuş olup sadece %8'i üniversite mezunu kişilerden oluşmaktaydı (125). Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazarlığı olmayan veya ilkokul mezunu bireylerin EAÖ puan ortalaması en düşük 46.94 ± 12 bulunmuştur. Lise veya üniversite mezunu bireylerin EAÖ puan ortalaması ise en yüksek 34.31 ± 18 bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça EAÖ puan ortalaması düşmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürle uyumlu bir şekilde çalışmamızda eğitim durumu ile endişe anksiyete arasında ters ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni eğitim durumu arttıkça SOY düzeyi artış göstermekte, karşılaşılan engel ve zorluklarla baş edebilme yetisi artmakta olduğundan olabilir.

5.4.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Meslek Durumuyla İlişkisi

Aydın'ın 2014 yılında Mersin'de yaptığı sezaryen doğum yapacak gebelerin ameliyat öncesi anksiyete düzeyi konulu çalışmasında Spielberger kaygı ölçeği kullanmış, meslek sahibi grup ile çalışmayan grup endişe ölçeği puanları benzer bulunmuş, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (126). Çalışmamıza katılan bireylerin meslek durumlarına bakıldığında, herhangi bir işte çalışmayan bireylerin EAÖ puan ortalaması ve standart sapması 47.13 ± 13 bulunmuştur. Memur veya işçi statüsünde çalışan bireylerin EAÖ puan ortalaması ve standart sapması ise en yüksek 30.5 ± 13 bulunmuştur. Sağlık çalışanı ve diğer grupta yer alan çalışanlarda da çalışmayan gruba oranla daha düşük puan ortalaması almışlardır. Herhangi bir işte çalışmayan grupta yer alan bireylerle meslek sahibi gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Çalışmamızdaki anlamlı farklılığın sebebi meslek sahibi olmayanların ek olarak maddi durum kaygısı yaşıyor olmaları olabilir.

5.4.5. DM ve HT Hastası Bireylerin EAÖ Sonuçlarının Düzenli Kontrollerle İlişkisi

Erbil'in 2008 yılında Ordu'da jinekolojik muayeneye gelen hastaların anksiyete düzeyleri konusunda yaptığı çalışmada Spielberger kaygı ölçeği kullanmış, hiç muayene olmayan hastalarda birden fazla muayene ve kontrollere gelen hastalara oranla endişe ve anksiyetenin anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmiştir (127). Şahin'in 2013 yılında Kırşehir'de dental anksiyete durumlarını ölçtüğü çalışmada diş hekimine ilk kez gelen hastalardaki endişe anksiyete düzeyi, yılda bir kez kontrole gelen hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (128). Çalışmamızdaki kronik hastalıkları olan bireylerin düzenli kontrollere(en az 6 ayda bir) gitme durumlarına bakıldığında, 3 ayda bir düzenli kontrollere giden bireylerin EAÖ puan ortalaması en düşük, ilaç raporlarını yeniletmeye(en az 2 yılda bir) giden bireylerin ise EAÖ puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Düzenli hekim kontrollerine(en az 6 ayda bir) giden bireyler ile kontrollerine gitmeyen bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Bunun nedeni düzenli kontrollere(en az 6 ayda bir) giden bireylerin SOY düzeylerinin yükselmesi sonucu bilinçlerinin artması, sağlıkları konusunda interaktif rol almaya başlamaları,

özgüvenlerinin artması, geleceğe yönelik tedavi ve takiplerin daha net yapılması kaynaklı olabilir.

5.5. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Değerlendirmesi

Taylor'un 2017 yılında Amerika'da yaptığı kronik böbrek hastalığı olan bireylerde SOY düzeyi ve prognoz ilişkisi konulu çalışmasında düşük SOY düzeylerinin kronik hastalıklarla ve komplikasyonlarıyla anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir (129). Jovanic'in 2018 yılında Sırbistan'da yaptığı kalp yetmezliği hastalarında SOY düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki konulu çalışmasında avrupa sağlık okuryazarlığı anketi kullanmış, hasta bireylerin %64'ünde sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit etmiştir (130). Wong'un 2018 yılında Amerika'da yaptığı kronik böbrek hastalığı olan bireylerde SOY düzeyi ve öz bakım davranışları arasındaki ilişki konulu çalışmasında ise %26'sında düşük SOY tespit etmiştir (131). Çalışmamızda HT ve DM hasta grupları YSOÖ sonuçlarına göre aldıkları puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Gruplar kendi aralarında kıyaslandığında ise puan ortalamaları birbirine benzer bulunmuş olup anlamlı farklılık içermemektedir. Bunun nedeni kronik hastalıkları olan bireylerin ileri yaşta, eğitim durumunun düşük olmasından kaynaklı olabilir. Çalışmamız Taylor ve Jovanic'in çalışmasıyla benzer bulgu ve sonuçlar içermekteyken, Wong'un çalışmasıyla farklılık göstermesi çalışmaya dahil edilen grupların yaş ortalamasına bağlı olabilir.

Perry'nin 2017 yılında Amerika'da yaptığı orak hücreli anemi hastalarında SOY düzeyi konulu çalışmasında REALM ölçeği kullanmış, hasta bireylerde SOY düzeyi yetersiz bulunmuştur (132). Hagger'in 2018 yılında İngiltere, Avustralya ve Brezilya'da ailesel hiperkolesterolemi hastalarında SOY düzeyi konulu yaptığı çalışmasında kısa sağlık okuryazarlık ölçeği kullanmış, hasta olan bireylerde yetersiz SOY düzeyi mevcuttu (133). Yang'ın 2017 yılında Çin'de yaptığı SOY düzeyi ve mesleklerle ilişkisi konulu çalışmasında genç sağlıklı nüfusun SOY düzeyi kronik hastalıklara sahip kişilerden daha yüksek ve anlamlı farklılık içermekteydi (134). Araştırmamızda sağlıklı bireyler ile DM ya da HT hastalarının YSOÖ sonuçları kıyaslandığında sağlıklı bireylerin puan ortalaması hem DM hem de HT hastalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark anlamlıydı. Yang'ın çalışması çalışmamıza benzer bulgulara sahipti. Hagger ve Perry'nin çalışmalarında ise sağlıklı bireylerle

kıyaslanma olmasa da kronik hastalıklarda SOY düzeyinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun nedeni sağlıklı bireylerin kronik hastalıklara sahip bireylere göre yaş ortalamasının düşük, eğitim durumunun yüksek olması olabilir.

5.5.1. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Cinsiyet ile İlişkisi

Cavanaugh'un 2010 yılında Amerika'da yaptığı düşük SOY düzeyinin kronik hemodiyaliz hastalarında mortalite artırması konulu çalışmasında REALM ölçeği kullanmış, SOY düzeyinin erkek cinsiyette kadın cinsiyete oranla anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (135). Bozkurt'un 2018 yılında Bursa'da yaptığı yaşlı bireyler arasında SOY düzeyi konulu çalışmasında Avrupa Sağlık Okuryazarlık Anketi kullanmış, erkek cinsiyette olanlar daha yüksek puan almış olup cinsiyetler arası SOY düzeylerinde anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (49). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da erkek cinsiyette olanların YSOÖ puanları kadın cinsiyete göre yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermekteydi ($p=0.044$). Bunun nedeni bulunduğumuz coğrafik bölgenin kültürel yapısından kaynaklı erkeklerin kadınlara oranla eğitim seviyesinin yüksek olması olabilir (120).

5.5.2. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Medeni Durumla İlişkisi

Temel'in 2017 yılında İzmir'de yaptığı kronik hastalıklara sahip bireylerde SOY, sağlık algısı ve ilişkili faktörler konusundaki çalışmada sağlık okuryazarlık ölçeği kullanmış, evli ve bekar grup arasında sağlık okuryazarlık düzeyi anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (136). Çalışmamızda bekar bireyler, evli bireylerden daha yüksek puan ortalaması almış olup aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda ki anlamlı farklılık bekar grubun büyük oranda sağlıklı bireylerden oluşması olabilir.

5.5.3. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Eğitim Durumuyla İlişkisi

Temel'in 2017 yılında İzmir'de yaptığı kronik hastalıklara sahip bireylerde SOY, sağlık algısı ve ilişkili faktörler konusundaki çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça

SOY düzeyleri artmakta ve eğitim seviyeleri arasında anlamlı farklılık içermekteydi (136). Dilli'nin 2016 yılında İzmir'de yaptığı 18-65 yaş arası evli kadınlarda serviks kanseri ve SOY ilişkisi konusundaki çalışmasında REALM ölçeği kullanmış, katılımcılar arasında en yüksek SOY bilgi düzeyi ve puan ortalamasını üniversite mezunu kişiler almıştır (137). Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça YSOÖ puan ortalaması kademeli olarak artış göstermektedir. Gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da benzer bulgu ve sonuçlar elde edilmiştir. Bunun nedeni eğitim düzeyi arttıkça hasta-hekim uyumunun artması, okuduğunu anlayıp hayatına doğru uygulama yetisinin artması, sağlığıyla ilgili karar ve planlamalarda interaktif rol almak istemesi kaynaklı olabilir.

5.5.4. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin YSOÖ Sonuçlarının Meslek Durumuyla İlişkisi

Chajae ve ark. 2018 yılında İran'da yaptığı HT hastası bireylerin SOY ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki konulu çalışmasında İran'lı yetişkinler için sağlık okuryazarlığı ölçeğini kullanmış, herhangi bir işte çalışmayan bireylerle iş sahibi bireylerin SOY düzeyi açısından anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmiştir (16). Aslantekin ve ark. 2013 yılında Ankara'da DM'u olan hastaların SOY durumlarının değerlendirilmesi konulu yaptığı çalışmasında iş sahibi bireylerle diğerleri arasında SOY düzeyi anlamlı farklılık içermekteydi (107). Çalışmamıza katılan bireylerin meslek durumlarına bakıldığında herhangi bir işte çalışmayan grupta yer alan bireylerle meslek sahibi gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da benzer bulgu ve sonuçlar elde edilmiştir. Bunun sebebi iş sahibi bireylerin eğitim durumunun yüksek olması, ekonomik kaygıların daha az olması, okuma araştırma ve bilgiye ulaşma imkanının daha iyi olması olabilir.

5.5.5. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Hastalık Süresiyle İlişkisi

Hashempour'un 2018 yılında Ankara'da yaptığı SOY ve diyabet okuryazarlığı hacettepe üniversitesi hastanesi örneği isimli çalışmasında SOY düzeyi hastalık süresiyle ilişkili olarak anlamlı farklılık içermekteydi (138). Temel'in 2017 yılında

İzmir’de yaptığı kronik hastalıklara sahip bireylerde SOY, sağlık algısı ve ilişkili faktörler konusundaki çalışmasında hastalık süresiyle ters ilişkili olarak süre arttıkça SOY bilgi düzeyi azalmakta ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermemekteydi (136). Çalışmamıza dahil edilen kronik hastalıklara sahip bireylerin hastalık süresi durumlarına bakıldığında, 10 yıldan fazla kronik hastalığa sahip olan bireyler diğer yıl aralıklarındaki bireylere oranla daha düşük puan ortalamasına sahiptir ve gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da benzer bulgu ve sonuçlar elde edilmiş olup hastalık süresi arttıkça SOY düzeyleri azalmaktaydı. Bunun nedeni gruplar arasındaki yaş ortalaması farkı ve eğitim durumu kaynaklı olabilir.

5.5.6. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Düzenli Kontrollerle İlişkisi

Çalışmamız katılımcılarından kronik hastalıklara sahip bireylerin düzenli kontrole gitme(en az 6 ayda bir) durumlarına bakıldığında, 6 ayda bir düzenli kontrollere gelen bireylerin YSOÖ puan ortalaması ve standart sapması 9.29 ± 4 bulunmuştur. İlaç raporlarını yenilemeye(en az 2 yılda bir) giden grup ile kontrollere hiç gitmeyen bireylerden oluşan grupların YSOÖ puan ortalamaları ise birbirine yakın bulunmuş olup en yüksek 6.40 ± 6 ’dır. Düzenli kontrole(en az 6 ayda bir) giden bireyler ile kontrolüne gitmeyen bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürde kronik hastalığı olan bireylerde düzenli kontrole gitme(en az 6 ayda bir) durumunun SOY düzeyiyle ilişkisini araştıran çalışma bulunamamıştır. Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.5.7. DM ve HT hastalarının YSOÖ Sonuçlarının Düzenli İlaç Kullanımıyla İlişkisi

Literatürde Filiz 2015 yılında gebeler üzerine yaptığı çalışmada halk sağlığı okuryazarlığı ölçeği kullanmış, buna göre düzenli vitamin desteğini alan gebelerde SOY düzeyi diğer gebelerden yüksek bulunmuş olup, kronik hastalıklarda düzenli ilaç kullanımıyla SOY düzeyi ilişkisini araştıran çalışma bulunamamıştır (139). Çalışmamızdaki kronik hastalıklara sahip bireylerin düzenli ilaç kullanımı durumlarına

bakıldığında, evet ilaçlarımı her zaman düzenli kullanırım cevabını veren bireylerin YSOÖ puan ortalaması ve standart sapması 7.25 ± 4 bulunmuştur. İlaçlarımı bazen aksatırım diyen grup ile ilaçlarımı sık sık aksatırım cevabını veren bireylerden oluşan grupların YSOÖ puan ortalamaları ise birbirine yakın bulunmuş olup en yüksek 5.22 ± 3 'dür. Düzenli ilaç kullanımına sahip bireyler ile ilaçlarını aksatan bireyler arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Bunun sebebi düzenli ilaç kullanan gruptaki bireylerin eğitim durumlarının yüksek olmasından olabilir. Çalışmamızda da düzenli ilaç kullanan bireylerin eğitim düzeyi, kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık içermektedir ($p=0.023$). Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.6. DM, HT ve Sağlıklı Bireylerin EAÖ ile YSOÖ'nin Korelasyon Analizi Değerlendirmesi

Araştırmamızda SOY düzeyi yüksek olanlara düşük endişe ve anksiyetenin eşlik ettiği, SOY düzeyi düşük olanlara ise yüksek endişe ve anksiyetenin eşlik ettiği tespit edilmiş olup bu iki parametre ters ilişkilidir. Çalışmamızda yer alan 3 gruba (DM, HT, sağlıklı bireyler) ayrı ayrı bakıldığında; DM ve HT hastası olan bireylerin SOY düzeyi yükseldikçe endişe ve anksiyetenin düştüğü bulunmuş ve aralarında ters ilişki saptanmıştır. Sağlıklı bireylerde ise bu iki parametrenin ters ilişkisi mevcut değildir. Literatür taramasında EAÖ ile YSOÖ korelasyonu ile ilgili çalışma bulunamamıştır. Araştırmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

6. SONUÇLAR

Kronik hastalıklar, ülkemizde ve dünyada yaşam sürelerinin uzaması ile yaşlı nüfusa paralel olarak giderek artış göstermektedir. DM ve HT dünya genelinde ve ülkemizde başlıca örnek gösterilebilecek kronik hastalıklardan sayılmaktadır.

Kronik hastalıkların önemli bir özelliği uzun yıllar bireye eşlik eden bir sağlık sorunu olduğundan zaman içerisinde çeşitli stres faktörlerine bağlı olarak kişide endişe ve anksiyeteye neden olmasıdır. Yapılan çalışmalarda endişe anksiyete ve kronik hastalıklar birbirini besleyen ve kısır döngü içerisine giren iki faktör olarak belirlenmiştir. Bu döngü kırılmadığı takdirde daha büyük sorunların ortaya çıkacağı, zaman geçtikçe bireyde sorunların artmasıyla çaresizlik duygusunun ön plana taşındığı bir durum oluşacaktır. Hastaların birçoğu bu durumu hayatlarının geri kalan zamanında yaşamakta yaşam kalitesi düşmekte, yaptığı işlerden keyif almamakta, tedavi reddine kadar giden bir psikoloji içerisine girmektedirler.

Çalışmamızda DM veya HT hastalığı bulunan bireylerin endişe anksiyete ölçeği sonuçları yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıkları ayrı ayrı DM ve HT olarak gruplayıp sonuçları kıyasladığımızda da aralarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Kontrol grubu olarak aldığımız sağlıklı bireylerle, DM veya HT olan bireyleri kıyasladığımızda aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki tüm bireylerin EAÖ puan ortalamalarına bakıldığında kadın cinsiyette olanlar, geliri giderinden az olanlar, okuryazarlığı bulunmayanlar, meslek sahibi olmayanlar, DM veya HT hastası olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. DM veya HT'u olan bireylerde ise düzenli kontrollere gitmeyenler(en az 6 ayda bir), hastalık süresi 10 yıldan fazla olanlarda EAÖ puan ortalaması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Diğer yandan bireylerin hastalık ve endişe anksiyete konusunda bilinçlerinin arttırılması, içinde bulunduğu durumu daha iyi yönetmesi, sağlığı konusunda kararlar alırken daha sağlam ve kararlı duruşa sahip olmaları ve güçlü psikolojiye sahip olmaları SOY ile ulaşılabilecek bir durumdur.

1970’li yıllarda başlayıp yıllar içerisinde birçok tanımlama sonrasında kapsayıcı ve güncel olan SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir, şeklinde açıklanmaktadır. Son yıllarda gereksiz ilaç kullanımı ve poliklinik başvurularının artış göstermesi, acil servislerin birinci basamakta rahat çözülebilecek vakalarla meşgul edilmesi, 112 acil durum hattının artık esas görevi dışında sorularla muhatap olması, hastalıklara karşı koruyucu hizmet ya da erken evrede tanı ve tedaviden ziyade komplikasyonlarla başvuruların artışı nedeniyle tüm bireylerin SOY konusunda daha çok bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda SOY düzeyleri dünya genelinde olduğu gibi ülkemiz genelinde de yeterli seviyede olmadığı görülmektedir. Kronik hastalıklara sahip bireylerin SOY düzeylerinin ülke ortalamasının da altında olduğu görülmektedir

Çalışmamızda DM veya HT hastalığı bulunan bireylerin YSOÖ puanları düşük çıkmıştır. Bu grubu DM ve HT olarak iki grup halinde incelediğimizde puan ortalamaları düşük ama gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. DM, HT ve sağlıklı bireyler olarak üç grup halinde karşılaştırdığımızda sağlıklı bireylerin anlamlı bir şekilde yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görüldü. Çalışmamızdaki tüm bireylerin YSOÖ puan ortalamalarına bakıldığında erkek cinsiyette olanlar, bekar olanlar, lise veya üniversite mezunu olanlar, meslek sahibi olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. DM veya HT’u olan bireylerde ise düzenli kontrollere gidenler(en az 6 ayda bir), düzenli ilaç kullananlarda YSOÖ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Başta kronik hastalığı olan bireyler olmak üzere toplumun bütün bireylerinin SOY düzeylerinin daha yüksek düzeye getirilebilmesi için topluma dayalı projelerin yaygınlaştırılması, bu konuda interaktif ve/veya interaktif olmayan eğitimler verilmesi, bilinçlendirici sunumlar hazırlanması, halk arasına girilip alışveriş merkezi giriş çıkışlarında, şehir merkezlerinde, hastanelerin yakınlarında ilgi çekici standlar açılması önerilebilir. Ayrıca, hastanelerde özellikle kronik hastaların uğradığı polikliniklere basit şekillerle anlatılan SOY kitapçıklarının dağıtımı, sağlık bakanlığımızın öncülüğünde halkın her kesimine kolay yoldan ulaşılabilmesi açısından kısa net ve basit bilgilerden

oluşan kamu spotlarının yaygınlaştırılması, SOY' un tam olarak belirlenmesi için ülkemizin kültürel yapısına uygun ölçeklerin oluşturulması yararlı olacaktır. Ülkemizde son yıllarda artış gösterse bile henüz yeterli seviyeye ulaşılmağından SOY konusunda güncel çalışmaların yapılması önerilebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda üniversite ve okullarda öğrencilere konuya ilişkin düzenlenecek seminer, konferans ve benzeri bilimsel aktiviteler SOY bilinçlendirilmesi açısından yararlı olacaktır.

Toplumun geleceğini şekillendirecek kişiler çocuklardır. Bir çocuğun okuryazarlık düzeyinin gelişmesinde ailesinin okuryazarlık seviyesinin etkin rol oynadığı bilinmektedir. Buradaki en önemli görev Aile hekimlerine düşmektedir. Aile hekimi, ailedeki bireylerin okuryazarlık seviyesini yapacağı görüşme ve testlerle tespit etmelidir. Yetersiz okuryazarlık tespit ettiği bireylerde gerekli eğitim ve görüşmeler sonucunda ailenin ve çocuğun SOY seviyesini yeterli seviyeye getirmelidir.

Araştırmamızda kronik hastalıklara sahip bireylerin endişe ve anksiyete ile SOY düzeyleri sağlıklı bireylerle kıyaslandığında EAÖ yüksek, YSOÖ düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar içermiştir. Ayrıca kronik hastalıklarla birlikteliğinin yanı sıra yetersiz SOY düzeyi ve yüksek düzeyde endişe anksiyetenin birbirine eşlik ettiği çalışmamızda ortaya konulmuştur. Araştırmamız bu iki konunun birbiriyle ilişkisini ülkemizde ilk inceleyen çalışma niteliği taşıyor olabilir. Bu konu üzerinde daha kapsamlı ve güncel araştırmalar yapılması konuyu aydınlatma açısından yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Güven DY, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi/Examining the Health Literacy Levels of Health Sciences Faculty Students. *Journal of History Culture and Art Research*. 2018;7(2):400-9.
2. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(4):321-6.
3. Kahraman Ç, KARAGÖZ Y, YALMAN F, Yusuf Ö. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018.
4. Rowlands G. Health literacy. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2014;10(7):2130-5.
5. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American family physician*. 2015;92(2):118-24.
6. Aydoğan Ü. Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;2012(2):1-5.
7. Akyay A. Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Problemlere Karşı Olumsuz Tutum Ölçeği ve Bilişsel Kaçınma Ölçeği, Türkçe uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği.: Üsküdar Üniversitesi; 2016.
8. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):89-98.
9. Günalay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*. 2016;2(1).
10. Muslu L, Ardahan M. Diabetes Mellitus' ta Yaşam Tarzı Değişimi için Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(3):336-47.
11. Şentürk S, Bıçak D, Akça D. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*.
12. Sönmez B, Kasım İ. Diabetes mellitus' lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(3):119-24.
13. Ark. YÖv. Hipertansiyon ve Tip 2 Diabetes Mellitus. *T Klin Kardiyoloji*. 2002;15:394-8.
14. KOLCU M, ERGÜN A. Yaşlılarda hipertansiyon. 2017.
15. TANIM SVE. 1.3 Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon. *HİPERTANSİYON TANI ve*. 2018:5.

16. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic physician*. 2018;10(3):6470-7.
17. Yilmazel G, Cetinkaya F. Relation between Health Literacy Levels, Hypertension Awareness and Control among Primary-secondary School Teachers in Turkey. *AIMS public health*. 2017;4(4):314-25.
18. Kickbusch I, Nutbeam D. *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization. 1998;14.
19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
20. Bakanlığı TS. Sağlığın teŖviki ve geliŖtirilmsi szlğ. Bakanlık Yayın. 2011(814):1.
21. Yılmaz M, TİRAKİ Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl llr? Dokuz Eylül Üniversitesi HemŖirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4).
22. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. *Health literacy: a prescription to end confusion*: National Academies Press; 2004.
23. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *Journal of health communication*. 2010;15(S2):9-19.
24. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80.
25. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):878-83.
26. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107.
27. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*: John Wiley & Sons; 2009.
28. Mitchell B, Begoray D. Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3):1B-10B.
29. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC family practice*. 2013;14(1):40.
30. Bilgel N, Sarkut P, Bilgel H, Ozcakil A. Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. *Cogent Social Sciences*. 2017;3(1):1287832.
31. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine*. 2011;73(1):60-7.

32. Kirsch IS. Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey: ERIC; 1993.
33. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Boyle B, Hsu Y-c, Dunleavy E. Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2007-490. National Center for Education Statistics. 2007.
34. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
35. Clancy CM, editor Health literacy measurement: Mapping the terrain. Institute of Medicine, Measures of Health Literacy: Workshop Summary; 2009.
36. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*. 2014;19(sup2):302-33.
37. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(1).
38. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010;25(3):464-77.
39. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux E, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*. 1993;25(6):391-5.
40. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005;3(6):514-22.
41. Sezer A, Kadioğlu H. YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2014;17(3).
42. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
43. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Regional Office for Europe: Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
44. Cho YI, Lee S-YD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine*. 2008;66(8):1809-16.
45. Morris NS, Maclean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *The Diabetes educator*. 2013;39(5):638-46.
46. Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A, Chanmugam A, Hill P, Rand CS, et al. Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;172(8):980-6.

47. Chiarelli L. Low health literacy and chronic disease prevention and control—perspectives from the health and public health sectors. Ottawa, ON, Canada: Canadian Public Health Association Google Scholar. 2006.
48. Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A, Rowlands G. Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. *Journal of health communication*. 2010;15(7):788-804.
49. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*. 2018:1-6.
50. Tanrıöver md, Yıldırım Hh, Ready Fnd, Çakir B, Akalın He. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 2014.
51. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(1):69.
52. Talbot L, Verrinder G. Promoting health: the primary health care approach: Elsevier Health Sciences; 2010.
53. Yılmazel G, Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Corum, Turkey. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2015;21(8):598-605.
54. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
55. Brega AG, Freedman MA, LeBlanc WG, Barnard J, Mabachi NM, Cifuentes M, et al. Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *Journal of health communication*. 2015;20(sup2):69-76.
56. Basak O, Akturk Z, Topsever P. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Wonca Europe. 2002.
57. Rosenthal MS, Werner MJ, Dubin NH. The effect of a literacy training program on family medicine residents. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*. 2004; 36(8):582-7.
58. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45:65-74.
59. Üzümcü E, Akın B, Nergiz H, İnözü M, Çelikcan U. Anksiyete Bozukluklarında Sanal Gerçeklik. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(1):99-107.
60. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013.
61. ALKIN T. Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. 2002.
62. Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2009;24(9):1026-33.

63. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3).
64. Izgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. The Canadian Journal of Psychiatry. 2004;49(9):630-4.
65. BALCIOĞLU İ, ÜNSALVER BÖ. Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2006;37(3):115-20.
66. Emre N. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hipertansif ve diyabetik hastalarda anksiyete ve depresyon riskinin araştırılması ve düzeyinin belirlenmesi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
67. Organization WH. Diabetes action now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. 2004.
68. Çallı D. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
69. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes care. 2002;25(9):1551-6.
70. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2014;37(Supplement 1):S81-S90.
71. Yanık YT. Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi 2011.
72. Yılmaz A. Diyabetik polinöropati tetkiki için başvuran hastalarda sessiz karpal tünel sendromu gelişimi. 2010.
73. Brownlee M, Aiello LP, Cooper ME, Vinik AI, Plutzky J, Boulton AJ. Complications of diabetes mellitus. Williams Textbook of Endocrinology (Thirteenth Edition): Elsevier; 2017. p. 1484-581.
74. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis (DKA), And Hyperglycemic Hyperosmolar State (HHS). In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, et al., editors. Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000.
75. Brown JB, Pedula K, Barzilay J, Herson MK, Latare P. Lactic acidosis rates in type 2 diabetes. Diabetes Care. 1998;21(10):1659-63.
76. Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack S, Fish L, et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013;98(5):1845-59.
77. Yale JF, Paty B, Senior PA. Hypoglycemia. Canadian journal of diabetes. 2018;42 Suppl 1:S104-s8.
78. Said G. Diabetic neuropathy: an update. Journal of neurology. 1996;243(6):431-40.

79. Brownlee M, Aiello LP, Cooper ME, Vinik AI, Plutzky J, Boulton AJ. Complications of diabetes mellitus. Williams textbook of endocrinology: Elsevier; 2016. p. 1484-581.
80. Bakanlığı S, M¼d¼rl¼đ¼ TSHG. Eylem Planı.
81. Group UPDS. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). The lancet. 1998;352(9131):837-53.
82. Damsbo P, Clauson P, Marbury TC, Windfeld K. A double-blind randomized comparison of meal-related glycemic control by repaglinide and glyburide in well-controlled type 2 diabetic patients. Diabetes Care. 1999;22(5):789-94.
83. Boyraz İ. Oral antidiyabetik ila ve ins¼lin kullanan tip 2 diyabetli hastalarda 25 (oh) vitamin d d¼zeylerinin karşılaştırılması. 2015.
84. DeFronzo RA, Goodman AM, Group MMS. Efficacy of metformin in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal of Medicine. 1995;333(9):541-9.
85. Eray E, Balcı M. Tip 2 diyabet tedavisi. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2005;12(2):66-71.
86. Parulkar AA, Pendergrass ML, Granda-Ayala R, Lee TR, Fonseca VA. Nonhypoglycemic effects of thiazolidinediones. Annals of Internal Medicine. 2001;134(1):61-71.
87. Stumvoll M, Goldstein BJ, van Haeften TW. Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. The Lancet. 2005;365(9467):1333-46.
88. Campbell LK, White JR, Campbell RK. Acarbose: its role in the treatment of diabetes mellitus. Annals of Pharmacotherapy. 1996;30(11):1255-62.
89. Coniff RF, Shapiro JA, Robbins D, Kleinfield R, Seaton TB, Beisswenger P, et al. Reduction of glycosylated hemoglobin and postprandial hyperglycemia by acarbose in patients with NIDDM: a placebo-controlled dose-comparison study. Diabetes Care. 1995;18(6):817-24.
90. Konca UDC, Karako MA. Diabetes Mellitus' ta İns¼lin Tedavisi. Diyabet ve Obezite. 2005;14.
91. Raskin P. Initiation of insulin therapy in patients with type 2 diabetes failing oral therapy: response to Mikhail and Cope and to Janka. Diabetes care. 2005;28(11):2811-.
92. Arauz-Pacheco C, Parrott MA, Raskin P. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes. Diabetes care. 2002;25(1):134-47.
93. Group UPDS. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ: British Medical Journal. 1998;317(7160):703.
94. Mergen BE, Mergen H, Öngel K, Tavlı T, Tavlı V. Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;14(4):167-72.

95. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(3):172-9.
96. Aydın M, Çakmak HA, Karagöz A, Can G. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. 2013.
97. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood pressure*. 2013;22(4):193-278.
98. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *The Medical Journal of Australia*. 2003;178(6):272-6.
99. Erkoç SB. Eskişehir Mahmudiye’de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. 2013.
100. Güldal D. Birinci Basamakta Hipertansiyona Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2010;1(1):1-6.
101. Öncü E, Vayisoğlu SK, Güven Y, Aktaş G, Ceyhan H, Karakuş E. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlişkisi. *The Anatolian Journal of Family Medicine*. 2018;1(1):31-2.
102. Ağralı H, Akyar I. Diyabetli Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.
103. Yeh JZ, Wei CJ, Weng SF, Tsai CY, Shih JH, Shih CL, et al. Disease-specific health literacy, disease knowledge, and adherence behavior among patients with type 2 diabetes in Taiwan. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1062.
104. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*.8(3):575-81.
105. Dinçer A, Kurşun Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. 1 Ocak.20.
106. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Filiz B, Seval O, Bayındır K, et al. Bir aile hekimliği merkezi’ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(3):7-13.
107. Aslantekin F, Uluşen M, Kaplan B, Uysal M. An Evaluation of Health Literacy Situations of Patients with Type 2 Diabetes. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*. 2013;21(3):105-14.
108. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC health services research*. 2018;18(1):394.

109. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*. 2017;16(1):58.
110. Chahardah-Cherik SM, Gheibizadeh MP, Jahani SP, Cheraghian BP. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2018;6(1):65-75.
111. Njeru JW, Hagi-Salaad MF, Haji H, Cha SS, Wieland ML. Diabetes Health Literacy Among Somali Patients with Diabetes Mellitus in a US Primary Care Setting. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2016;3(2):210-6.
112. Özaydın Ü, Can MF, Yılmaz S, Antakya H. Bireylerde Bazı Sağlık Okuryazarlığı Tutum ve Davranışları: Hatay İli Örneği Certain Health Literacy Attitude and Behaviors in Individuals: An Example for Hatay.
113. Esen İ, Demirci H, Güçlü M, Esen SA, Şimşek EE. The Relationship Between Health Literacy, Diabetic Control, and Disease-Specific Complications in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2018;29(3).
114. Koç Z, Sağlam Z. Hastanede Yatan Yaşlı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2011;13(3).
115. Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
116. İlnem C, Turhan H. Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline Ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete.
117. Aktaş H. Farklı yaş gruplarında bel ağrısı olan bireylerin ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı bireylerle karşılaştırılması: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
118. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
119. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıççek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turk J Colorectal Dis*. 2017;27:6-10.
120. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 1999;6(4):11-4.
121. Çiftçi EK, Aydın D, Karataş H. Cerrahi girişim uygulanacak çocukların ebeveynlerinin endişe nedenleri ve anksiyete durumlarının belirlenmesi. *J Pediat Res*. 2016;3(1):23-9.
122. Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37(8):557-62.

123. Pham T, Jette N, Bulloch AGM, Burton JM, Wiebe S, Patten SB. The prevalence of anxiety and associated factors in persons with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2018;19:35-9.
124. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2011;21(2):79-84.
125. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276-85.
126. Aydın M, Şenol DK, Erdoğan S. Sezaryen ile Doğum Yapacak Kadınların Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. 2014.
127. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2008;5(1):1-13.
128. Şahin F, Biçer S, Yılmaz V, Çal HT. Kırşehir Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Dental Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*.26.
129. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ramanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2017.
130. Jovanic M, Zdravkovic M, Stanisavljevic D, Jovic Vranes A. Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(8).
131. Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC nephrology*. 2018;19(1):196.
132. Perry EL, Carter PA, Becker HA, Garcia AA, Mackert M, Johnson KE. Health Literacy in Adolescents With Sickle Cell Disease. *Journal of pediatric nursing*. 2017;36:191-6.
133. Hagger MS, Hardcastle SJ, Hu M, Kwok S, Lin J, Nawawi HM, et al. Health literacy in familial hypercholesterolemia: A cross-national study. *European journal of preventive cardiology*. 2018;25(9):936-43.
134. Yang X, Zhao CX, Li S, Chen FZ, Li JG. [Health literacy level and influence factors of occupational population in one province]. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi = Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*. 2017;35(9):683-7.
135. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2010:ASN. 2009111163.

136. Temel AB, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.33(3):105-25.
137. Dilli Z. Evli kadınların (18-65 yaş arası) servikal kansere ilişkin bilgi düzeyi ile öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi 2016.
138. Hashempour L. Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği. 2018.
139. Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.



8. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Muhammed Mustafa
Soyadı : Beyoğlu
Doğum Yeri : Dörtyol
Doğum Tarihi : 10/ 05/ 1991
Mesleği : Tıp Doktoru
Uzmanlığı : Aile Hekimliği
Yabancı Dil : İngilizce
E-mail : mstfbeyoglu@gmail.com

ÖĞRENİM BİLGİLERİM

OKUL

SEHİR

Mezuniyet

1) Kara Hasan Paşa İlkokulu	Hatay	2002
2) Gümüş Koleji	Hatay	2005
3) Özel Özgören Anadolu Lisesi	Adana	2009
4) N.E Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	Konya	2015


MESLEKİ TECRÜBELERİM

TARİH

1) Hatay/Dörtyol Toplum Sağlığı Merkezi (Pratisyen hekim)	2015-2016
2) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Arş. Gör. Dr.)	2016-2019

9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



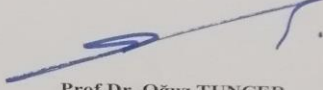
T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : B.30.2.YYU.0.01.00.00/144 Tarih: 12./06./2018
Konu :Etik Kurul Karar Yazısı

Sn. Dr.Öğretim Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI

“Diyabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması” isimli çalışmanıza ait etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof.Dr. Oğuz TUNCER
Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

EKİ:
Karar Yazısı (1Adet)

Adres: 65080 Zeve Kampüsü - VAN Tel : (0432) 2150470 E-Posta: etikkurull@gmail.com
Fax : (0432) 2168352 Web: http://www.yyu.edu.tr



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğrt.Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>		
		Anket çalışmaları	<input checked="" type="checkbox"/>		
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>		
Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar		<input type="checkbox"/>			
Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma		<input type="checkbox"/>			
Hücre veya doku kültürü çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>			
Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>			
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar		<input type="checkbox"/>			
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar	<input type="checkbox"/>				
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi İnsana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar	<input type="checkbox"/>				
Diğer :	<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>				
	İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1

Adres : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2150470
Faks : 432-2168352
e-posta: etikkurull@gmail.com



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU



KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09	Tarih: 20.06.2018
	Dr.Öğrt.Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Diyabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon olan Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Endişe ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Kronik Hastalığı Olmayan Bireylerle Karşılaştırılması" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Oğuz TUNCER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr. Oğuz TUNCER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Şükran SEVİMLİ	Tıp Tarihi ve Etik	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Sıddık KESKİN	İstatistik Uzmanı	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hüseyin GÜDÜCÜOĞLU	Tıbbi Mikrobiyoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.A.Faruk KIROĞLU	KBB	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Abbas ARAS	Genel Cerrahi	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Celeddin SOYALP	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Numan ÇİM	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ramazan ÜSTÜN	Fizyoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Oruc ALLAHVERDİYEV	Tıbbi Farmakoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Lütfü POLAT	Eczacı	Van Polat Eczanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Nazlı AKTAŞ	Avukat	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayici ve İş Kadınları Derneği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Sayfa 2

Adres : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2150470
Faks : 432-2168352
e-posta: etikkurull@gmail.com

Ek 2. Sosyodemografik Anket

Sayın Katılımcı

Bu çalışma Diyabetes Mellitus veya Hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan sağlıklı bireylerle karşılaştırılması için yapılmaktadır.

Bu çalışmada kimlik bilgilerinizi belirtmeniz istenmeyecek, veriler, hiçbir kurum veya kuruluşla paylaşılmayacaktır. Ankete katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğretim Üyesi Dilek Kuşaslan AVCI

1-Yaş: 2-Cinsiyet: 1-kadın 2-erkek 3-Medeni durum:1-Evli 2-Bekar

4- Sosyoekonomik düzey :

a-Geliri giderine eşit b-Geliri giderinden fazla c-Geliri giderinden az

5- Eğitim durumu:

a-Okur yazar değil b-İlköğretim c- Orta öğretim d-Lise e-Üniversite

6-Mesleği:

a-Çalışmıyor b-Memur c-İşçi d-Sağlık çalışanı e-Diğer.....

7-Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

A)Evet, hastalığım var. B) Hayır,hastalığım yok.

-Eğer kronik hastalığınız varsa aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

8-Kronik hastalıklardan hangisi mevcut?

A)Diyabet B)Hipertansiyon

9-Kaç yıldır mevcut?

A)0-1 yıl B)>1 yıl-5 yıl C)>5 yıl-10 yıl D)10 yıldan fazla

10- Hastalığınız için düzenli olarak kontrollere gidiyor musunuz?

A)3 ayda bir düzenli giderim.
B)6 ayda bir düzenli giderim.
C)İlacımın raporu bittiğinde yenilemek için giderim.
D)Hayır gitmiyorum

11-Hastalığınız için ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

A)Evet, düzenli kullanıyorum.
B)Bazen aksatıyorum.
C)Sık sık aksatıyorum.

12-Aksatıyor ya da kullanmıyorsanız nedeni ne?

A)Unutuyorum.
B)İlaçları nasıl kullanacağımı bilmiyorum, karıştırıyorum.
C)İlaçların ne işe yaradığını ve yan etkilerini bilmiyorum o yüzden tereddütlüyüm.
D)Doktoruma güvenmiyorum ve de verdiği tedaviden fayda görmüyorum.
E)Yan etki ile karşılaştım, ilaç bana dokundu.

Ek 3. Endişe Anksiyete Ölçeği

EAÖ

1. Sizi sıklıkla endişelendiren konular nelerdir? Yazınız

- a) _____ d) _____
b) _____ e) _____
c) _____ f) _____

2. Endişeleriniz size aşırı veya abartılı geliyor mu? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiç aşırı Orta derecede Tamamen
değil aşırı aşırı

3. Son altı ay süresince, aşırı endişeler sizi kaç gün rahatsız etmiştir? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir İki günde Her gün
zaman bir

4. Endişelerinizi kontrol etmekte zorluk yaşıyor musunuz? Mesela, bir şey hakkında endişelenmeye başladığınızda kendinizi durdurmakta zorluk yaşıyor musunuz? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Orta derecede Aşırı
zorluk zorluk zorluk

5. Son altı ay süresince, endişeli veya kaygılı olduğunuzda aşağıdaki hislerden biri sizi rahatsız etmiş midir? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

a) Dinginleşememe (huzursuzluk), gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

b) Kolay yorulma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

c) Odaklanmada güçlük ya da zihin boşalması

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

d) Kolay kızma

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

e) Kas gerginliği

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

f) Uyku sorunları (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

6. Kaygınız veya endişeniz hayatınıza yani işinize, sosyal aktivitelerinize, ailenize, vb. ne ölçüde müdahale ediyor? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
Hiçbir Aşırı Ciddi
şekilde şıklığa bir şekilde
kaçmadan

<p>8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız? </p>	
<p>9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız? </p>	
<p>10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum</p>	
<p>11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum</p>	
<p>12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dâhiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4) Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum</p>	
<p>13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.</i></p>	
Kendi Kendine Meme Muayenesi()	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi()	b.18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi ()	c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması()	d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. <i>Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Testis Muayenesi()	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi ()	b.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması ()	c.50 yaş üstü erkekler için her yıl
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dahiliye ()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ()	e. İç Hastalıkları
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarımızın neler olduğunu biliyor musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarımızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?	
1)Evet	2)Hayır
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?	
1)Evet	2)Hayır
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?	
1)Evet	2)Hayır
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?	
1)Evet	2)Hayır
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?	
1)Evet	2)Hayır
22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?	
1)Evet	2)Hayır

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.

