

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
DİABETES MELLİTUS VE/VEYA
HİPERTANSİYON HASTALARININ ANKSİYETE
VE DEPRESYON AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

DR. TUBA KAYIR

**AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ COŞKUN ÖZTEKİN**

ÇORUM

2019

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
DİABETES MELLİTUS VE/VEYA
HİPERTANSİYON HASTALARININ ANKSİYETE
VE DEPRESYON AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

DR. TUBA KAYIR

**AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ COŞKUN ÖZTEKİN**

ÇORUM

2019

I.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile mesleki gelişimimde büyük katkısı olan ayrıca tezimin hazırlanmasında ve her aşamasında yardımları ve desteğinden dolayı tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Coşkun ÖZTEKİNE'e teşekkür ederim.

Eğitimim süresince, rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen çok değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığımız süre boyunca dostluk ve yardımlarını esirgemeyen, güzel anılar biriktirmeme sebep olan tüm asistan hekim arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tez yazım aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile beni aydınlatan, manevi desteğini esirgemeyen Dr. Ahmet Burak GÜRPINAR'a teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan anneme, babama ve kız kardeşlerime desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Her türlü mutluluğu, sıkıntıyı beraber göğüsleyen ayrıca tez yazım aşamasında manevi desteğini esirgemeyen çok değerli eşim Dr. Selçuk KAYIR'a teşekkür ederim.

Yaşamımıza renk katan, evimizin neşe kaynakları olan oğlum Ömer Efe'ye ve kızım Öykü'ye teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	V
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VII
VI. TABLO LİSTESİ	IX
VII. ŞEKİL LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Diabetes Mellitus	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Sınıflama ve Etyopatogenez	4
2.1.4. Semptom ve Klinik Tanı	5
2.1.5. Tanısal Testler ve Tanı Kriterleri.....	6
2.1.6. Diabetes Mellitus Komplikasyonları	7
2.1.7. Diabetes Mellitus Diğer Komplikasyonları	8
2.1.8. Diabetes Mellitus Tedavisi	9
2.1.9. Farmakolojik Tedaviler.....	10
2.2. Hipertansiyon	11
2.2.1. Tanım	11
2.2.2. Epidemiyoloji.....	11
2.2.3. Etyolojik Sınıflandırma.....	12
2.2.4. Kan Basıncı Sınıflandırması	13

2.2.5.	Kan Basıncı Ölçümü	14
2.2.6.	Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon	15
2.2.7.	Maskeli Hipertansiyon	15
2.2.8.	Tedavi	16
2.2.9.	İlaç Tedavisi	17
2.2.10.	Tedavi Uyumu	18
2.3.	Depresyon	18
2.3.1.	Tanım	18
2.3.2.	Epidemiyoloji	19
2.3.3.	Klinik Özellikler	19
2.3.4.	Tanı	20
2.3.5.	DSM-5 Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri	20
2.3.6.	Tedavi	21
2.3.7.	Tedaviye Direnç	22
2.4.	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	22
2.4.1.	Tanım	22
2.4.2.	Epidemiyoloji	22
2.4.3.	Tanı	22
2.4.4.	DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri	23
2.4.5.	Tedavi	23
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.	Araştırmanın Kapsamı	24
3.2.	Araştırmanın Tipi	24
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	24
3.4.	Araştırmada Kullanılan Anket Formu ve Uygulanan Ölçekler	24
3.5.	Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	26
3.6.	İstatistiksel analiz yöntemleri	26

4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER	64



III. ÖZET

Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Amaç: Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar zaman içinde çeşitli organ fonksiyonlarında bozulmaya neden olur. Bu durum psikiyatrik hastalıkları beraberinde getirir. Bu çalışmada amacımız; bir aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek, bazı bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 01 Ekim 2018 - 01 Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çorum Merkez Hasanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran toplam 330 diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastasına sosyodemografik veri anketi ile birlikte Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Hastalar sadece hipertansiyonu olanlar, sadece diyabeti olanlar ve hem hipertansiyon hem de diyabeti birlikte bulunanlar olarak üç gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 226'sının kadın, 104'ün erkek olduğu saptandı. Yaş ortalaması $53,69 \pm 7,24$ yıl olarak tespit edildi. Hastaların 66'sı diyabet, 181'i hipertansiyon ve 83'ü diyabet+hipertansiyon hastası olduğu görüldü. Diyabet grubunda %42,4, hipertansiyon grubunda %32,5, hem diyabet hem de hipertansiyon grubunda ise %40,9 oranında anksiyete bozukluğu saptanırken, depresyon oranlarına bakıldığında diyabet grubunda %31,8, hipertansiyon grubunda %28,7, hem diyabet hem de hipertansiyon grubunda ise %32,5 oranında gözlemlendi. Grupların yaş dağılımında, eğitim düzeylerinde, egzersiz sıklığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Diyabet hastalarında, hipertansiyon hastalarına oranla anksiyete bozukluğu daha fazla gözlemlendi. Her üç grupta da kadın cinsiyette anksiyete oranları erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Tüm gruplarda hastalık yılı açısından yapılan incelemede HT tanısı alınan ilk yıl ve on yıldan sonra depresyon skorlarının artmış olduğu gözlemlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarına, hasta merkezli klinik yöntemle yaklaşılmalı, hasta bütüncül olarak ele alınmalı, yalnızca fiziksel rahatsızlık ve komplikasyonları ile değil, psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Depresyon, Aile Hekimliği.

IV. ABSTRACT

Evaluation of Anxiety and Depression in Patients who Applied to a Family Health Center with Diabetes Mellitus and/or Hypertension: A Cross Sectional Study

Purpose: Chronic diseases such as diabetes and hypertension cause functional deterioration of various organs with time. Psychiatric illnesses also emerge during these processes. In this study we aim to determine the risk and degree of anxiety and depression in patients who applied to a family health center with diabetes and/or hypertension and to seek associations of these entities with various independent variables.

Material and Methods: This study was conducted between 01 October 2018 and 01 February 2019. Using face to face interview, socioeconomic data questionnaire, Beck depression inventory and Beck anxiety inventory were applied to 330 patients with diabetes and/or hypertension who were admitted to Corum Central Hasanpaşa Family Health Center. Patients were divided into three groups as they had only diabetes, only hypertension or both.

Results: Two-hundred and twenty-six of all patients included in the study was female whereas 104 of them were male. Mean age was 53.69 ± 7.24 . Sixty-six patients had the diagnosis of diabetes, 181 had hypertension and 83 had both. Anxiety disorder was detected in 42.4% of the diabetes group, 32.5% of the hypertension group and 40.9% of hypertension plus diabetes group whereas depression disorder was detected in 31.8% of the diabetes group, 28.7% of the hypertension group and 32.5% of hypertension plus diabetes group. Distribution of age, level of education and frequency of physical exercise were significantly different in all groups ($p < 0.05$). Anxiety disorder was significantly more frequent in diabetes patients compared to those with hypertension. It was also more frequent in females compared to males in all groups ($p < 0.05$). All of the groups assessment regarding the disease duration showed that patients with hypertension had increased depression scores within the first year and after the tenth year of the disease ($p < 0.05$).

Conclusion: Patients with diabetes and/or hypertension have to be treated with patient centered clinical methods and, patients should be assessed as whole. Treatment should cover not only the physical deterioration but physiological and social aspects at the same time.

V. KISALTMALAR

ACE	Anjiyotensin dönüştürücü enzim
ADA	Amerikan diyabet derneği
APG	Açlık plazma glukozu
ARB	Anjiyotensin reseptör blokeri
BAG	Bozulmuş açlık glukozu
BAÖ	Beck anksiyete ölçeği
BDÖ	Beck depresyon ölçeği
BGT	Bozulmuş glukoz toleransı
DCCT	Diyabet kontrolü ve komplikasyonları çalışması
DM	Diabetes mellitus
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DSÖ	Dünya sağlık örgütü
ESH	Avrupa hipertansiyon derneği
GDM	Gestasyonel diabetes mellitus
HbA1c	Glikolize hemoglobin
HT	Hipertansiyon
ICD	International statistical classification of diseases and related health problems
IDF	Uluslararası diyabet federasyonu
JNC	Joint national committee
KB	Kan basıncı

MI	Miyokard infarktüsü
NEMESİS	Hollanda ruhsal sağlık izlem ve sıklık
NGSP	Ulusal glikohemoglobin standardizasyon programı
OAD	Oral antidiyabetik ajanlar
OGTT	Oral glukoz tolerans testi
Patent	Türk hipertansiyon prevalans alışması
PG	Plazma glukoz
SGLT-2	Sodyum glukozko-transporter 2 inhibitörleri
TEKHARF	Türk erişkinlerde kalp hastalıkları ve risk faktörleri
TEMĐ	Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği
TURDEP	Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar
UKPDS	The united kingdom prospective diabetes study
VKİ	Vücut kitle indeksi

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri	7
Tablo 2. Diyabetik hastalarda glisemik hedefler.....	10
Tablo 3. JNC 8 hipertansiyon sınıflaması (18 yaş ve üstü).....	13
Tablo 4. ESH 2018 hipertansiyon sınıflaması (18 yaş ve üstü)	13
Tablo 5. Ofis ölçümlerinden elde edilmiş olan kan basıncı seviyelerine göre kan basıncı tanımlaması.....	14
Tablo 6. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve bazı değişkenlerin dağılımı....	29
Tablo 7. Diğer değişkenlerin özellikleri.....	30
Tablo 8. Grupların yaş dağılımı	31
Tablo 9. Çalışma gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılması	32
Tablo 10. Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı.....	33
Tablo 11. Diyabetik hasta grubunun hastalıklarına ilişkin değişkenlerin dağılımı.....	34
Tablo 12. Grupların toplam beck anksiyete ve depresyon skorları.....	35
Tablo 13. DM hasta grubunun toplam beck anksiyete ve beck depresyon skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı	37
Tablo 14. HT hasta grubunun toplam beck anksiyete ve beck depresyon skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı	39
Tablo 15. DM+HT hasta grubunun toplam beck anksiyete ve beck depresyon skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı	41
Tablo 16. DM+HT hasta grubunun toplam beck anksiyete ve beck depresyon skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımının devamı	42
Tablo 17. VKİ ile grupların skorlar üzerine korelasyonu	43

Tablo 18. Hastaların haftalık egzersiz sıklığına göre beck depresyon ve beck anksiyete skorları 43

Tablo 19. Hastaların ek hastalık açısından beck depresyon ve beck anksiyete skorları 43



VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Grupların box-whisker grafiği ile yaş dağılımı	31
Şekil 2. Grupların box-whisker grafiği ile beck anksiyete skor karşılaştırmaları	35
Şekil 3. Grupların box-whisker grafiği ile beck depresyon skor karşılaştırmaları.....	36
Őekil 4. DM hasta grubunun box-whisker grafiđi ile cinsiyet ađısından toplam beck anksiyete dűzeyi.....	38



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diabetes mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluklar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, protein ve yağlardan yeterince yararlanamadığı, devamlı tıbbi bakım gerektiren, geniş spektrumlu, kronik bir metabolizma bozukluğudur (1). Diyabet organik bulgularla seyreden bir hastalıktır. Fakat organik bulguların yanında psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan ve bu nedenle hastaları psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak çok yönlü etkileyen bir sorundur. Kan şekeri düzeyi beyni ve ruhsal işlevleri etkilediği gibi, ruhsal ve duygusal durumda meydana gelen değişimler de kan şekeri düzeyini etkilemektedir. Diyabeti olan hastalarda psikiyatrik hastalıkların sık görüldüğü ve metabolik kontroldeki değişimlerin diyabet hastalarının ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğine ilişkin çalışmalar mevcuttur (2).

Hipertansiyon (HT), hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır (3, 4). HT tüm dünyada sıklığı giderek artan ve yetişkinlerde oldukça yaygın görülen klinik bir durumdur. Özellikle iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kalp ve böbrek yetmezliği için önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yüksek prevalansı sebebiyle HT, dünyada en önde gelen mortalite nedeni olarak görülmektedir (5).

Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar zaman içinde çeşitli organ fonksiyonlarında bozulmaya neden olur. Bu durum psikiyatrik hastalıkları beraberinde getirir. Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir (6).

Depresyon Türkiye de ve dünya üzerinde, birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Depresyon yol açtığı yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri, ekonomik kayıplara yol açması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (7, 8).

İnsan biyopsikososyal bir varlık olup hem biyolojik, hem psikolojik, hem de sosyal yanları vardır ve tüm bunlar onun bünyesi içinde bütünleşmiştir. Bu faktörler sürekli bir etkileşim ve değişim halindedir. Sağlıklı insan kavramında bu faktörlerin birbiriyle dengede olması gerekir (9).

Aile hekimliği kendine özgü bir takım çekirdek yeterlilikleri içeren bir tıp disiplindir. Bu bağlamda bireylere hasta merkezli ve bütüncül olarak yaklaşılmalı, kapsamlı bir bakım verilmelidir. Hasta sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyal açıdan da ele alınmalıdır (9, 10).

Bu çalışmada amacımız; bir aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek, aldıkları tıbbi tedavi, ilaç ve diyet uyumu ve diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini araştırmak ve bunun anksiyete ve depresyon riskine etkisini belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

DM; insülin eksikliği, insülin aktivitesindeki bozukluk veya ikisinin birbirine eşlik ettiği karbonhidrat, protein ve yağlardan organizmanın yeterince yararlanamadığı, devamlı tıbbi bakım gerektiren, geniş spektrumlu, kronik metabolik bir hastalıktır (11).

2.1.1. Tarihçe

Tarihte bilinen en eski hastalıklardan biri olan DM'nin ilk tarifine, milattan 1500 yıl öncelerine ait Mısır Ebers Papirüslerinde rastlanmaktadır. Bu kaynakta çok su içme ve çok idrara çıkmaktan bahsedilmektedir. Diabetes terimi ise ilk kez milattan önce (M.Ö.) 150 yıllarında Areteaus of Capadocia tarafından kullanılmıştır. Areteaus çok su içme ve çok sık idrara çıkma özellikleri üzerinde durmuştur. Diyabeti erime hastalığı olarak ifade etmiştir. Bunun yanında büyük Türk İslam alimi İbn-i Sina'nın "İbn el-İshezzar" adlı kitabında, diyabetin tanısı ve tedavisi hakkında bilgiler bulunduğu bilinmektedir.

17. yüzyılda Thomas Willis'in diyabetik hastaların idrarının tatlı olmasını bulması, daha sonra hekim Dubson'un bu idrarın buharlaştırılmasıyla dipte tatlı bir madde kalacağını ve bunun tanı için kullanılabileceğinden bahsetmesi diyabet için önemli keşiflerdendir. Diğer önemli gelişme 19. yüzyılda Berlin'de Langerhans'ın pankreasta farklı hücre gruplarının bulunduğunu keşfetmesidir. Sonrasında Fransız doktor Eduoard Laguesse pankreastaki bu hücrelerin glukoz kontrolünde rol aldığı görüşünü ortaya atmıştır. Amerika'da 1900'lü yılların başında pankreas özütü verilen köpeklerin kan şekerlerinin düştüğü gösterildi. Doktor Bunting ve Macloud'un 1922 yılında insülini keşfetmeleri, 1923 yılında Nobel ödülünü almalarını sağlamıştır. İngiliz Himsworth 1936 yılında ilk kez insülin duyarlılığından bahsederek tip 1 DM ve tip 2 DM ayrımının temellerinin atılmasına katkı sağlamıştır. Gelişen teknoloji ile birlikte 20. yüzyıl sonu ve 21. yüzyıl başlarında DM hastalığının tanısı netleşmiş ve çeşitli tedavi alternatifleri keşfedilmiştir (12, 13).

2.1.2. Epidemiyoloji

DM, dünyada yaygın olarak görülen bir hastalık olup, tüm ülkeleri ilgilendiren önemli bir sağlık problemidir. DM hastalarının dörtte üçü düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşamaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 7. Diyabet Atlası 2015 yılı tahmin verilerine göre her 11 yetişkinden biri yani ortalama 415 milyon DM hastası olduğu ve bu hastalarının yarısına diyabet tanısı konmadığı belirtilmiştir. Tüm dünyada 542,000 adet tip1 diyabet hastası çocuk olduğu tahmin ediliyor. Ayrıca 5 milyon kişinin de diyabete bağlı öldüğü gösterilmiştir. IDF verilerine göre 2040 yılında 10 yetişkinden 1'inin yani ortalama 642 milyon diyabet hastası olması tahmin edilmektedir. Günümüzde küresel sağlık giderlerinin %12'si diyabetle ilişkili hastalıklara harcanıyor ve bu rakamın 2040 yılında 802 milyon dolarını aşacağı tahmin edilmektedir (14, 15).

Türkiye'de diyabet prevalansı ile ilgili olarak son yıllarda yapılan çalışmalara baktığımızda ilki 1997-1998 yılları arasında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans çalışmasıdır (TURDEP-I). TURDEP-I de DM prevalansının %7,2 ve bozulmuş glukoz toleransının (BGT) %6,7 olduğu gösterilmiş olup, hastalarının yaklaşık olarak üçte birinin DM hastası olduğunun farkında olmadığı gösterilmiştir. Ülkemizde prospektif olarak yapılan ve epidemiyolojik bir çalışma olan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2009 güncel verilerine göre yıllık 360 bin diyabet insidansı tahmini yapılmıştır. TURDEP-I çalışmasının tekrarı olarak planlanan ve 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasına göre DM prevalansının %90 artarak %13,7'ye ulaştığı görülmüştür. Bu çalışmada DM hastalarının yaklaşık yarısının (%45) daha önce tanı almamış, yeni DM hastası olduğu görülüp, toplumda DM farkındalığının azalmakta olduğu anlaşılmıştır (16).

2.1.3. Sınıflama ve Etyopatogenez

Amerikan Diyabet Derneği (ADA), DSÖ ve IDF tarafından DM ve glukoz metabolizması bozukluklarının tanı ve sınıflama kriterleri çeşitli yıllarda yayınlanmış ve en son 2006 yılında yayınlanan raporda 1999 yılı kriterlerinin korunması benimsenmiştir.

Bu kriterler kapsamında DM sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü primer (tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve gestasyonel DM), diğer spesifik diyabet tipleri ise sekonder diyabet formları olarak gösterilmektedir.

- Tip 1 DM: Beta hücre harabiyeti nedeniyle ortaya çıkan mutlak insülin eksikliği ile karakterizedir.
- Tip 2 DM: İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin salınım bozukluğu tablosudur.
- Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM): Gebelik öncesinde bilinen DM tanısı olmayan ve gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde tanı konulan DM formudur.

Diğer sebeplere bağlı başka spesifik DM tipleri: Beta hücre fonksiyonlarının genetik defektleri (monogenik diyabet formları), insülinin etkisindeki genetik defektler, pankreasın ekzokrin doku hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç veya kimyasal ajanlar, enfeksiyonlar, diyabetle ilişkili genetik sendromlar gibi durumların neden olduğu DM formları bu grupta yer alır (1, 17).

Tip 1 ve Tip 2 DM, klinik başlangıç şekilleri ve ilerleme süreçleri itibarıyla heterojen tipte hastalıklardır. Toplumda en sık olarak görülen diyabet tipi %80-90 oranıyla Tip 2 DM'dir. Son yıllarda Tip 2 DM patogenezi ile ilgili olarak insülin direnci ve buna neden olan karaciğer, yağ ve kas gibi dokuların rolleri, bozulmuş insülin sekresyonu ve genetik faktörler üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Genetik faktörler Tip 2 DM'de önemli bir role sahiptir ve Tip 2 DM hastalarının birinci derece akrabalarında hastalık riski, akrabalarında DM olmayanlara göre 5-10 kat daha yüksektir.

Tip 1 DM ise beta hücrelerin immunolojik olaylar nedeniyle yıkımı ve insülinin tümüyle yokluğu ile karakterizedir (18).

2.1.4. Semptom ve Klinik Tanı

DM'nin klasik semptomlarından olan çok su içme, çok yemek yeme veya iştahsızlık, gece sık idrara çıkma, ağız kuruluğu, halsizlik, kilo kaybı, tekrar eden enfeksiyonlar ve daha ağır vakalarda prekoma ya da koma durumlarında tek bir plazma glukoz (PG) değeri tanı koymak için anlamlıdır (19).

2.1.5. Tanısal Testler ve Tanı Kriterleri

DM tanısı için;

1. HbA1c \geq %6,5 bulunmalı (Test DCCT metoduna göre standardize edilmiş ve NGSP sertifikalı bir metod kullanan laboratuvarlar da yapılmalıdır) veya
2. APG \geq 126 mg/dL olmalı (Açlık, en az 8 saat hiç kalori almaması olarak tanımlanır) veya
3. OGTT 2. saat PG \geq 200 mg/dL bulunmalı (Test, DSÖ tarafından tanımlandığı şekilde, suda eritilmiş 75 g anhidroz glukoz eşdeğeri içeren solüsyon kullanılarak yapılmalıdır) veya
4. Klasik hiperglisemi semptomları olan hastada rastgele bakılan plazma glukozu \geq 200 mg/dL olmalıdır (17).

Aşık DM tanısı koymak için dört tanı kriterinden herhangi birisinin olması gerekmektedir. Çok ağır diyabet semptomlarının bulunmadığı durumlar dışında, tanının daha sonra tercihen aynı (veya farklı bir) yöntemle doğrulanması gerekmektedir (1, 17). Plazma glukoz düzeyleri normalden yüksek olan fakat DM tanı kriterlerini karşılamayan değerler prediyabet olarak kabul edilir. Açlık kan şekeri değerinin 126 mg/dL'den küçük, ancak 100 mg/dL üzerinde olması ve 2. saat plazma glukozunun 140 mg/dL'den küçük olması izole bozulmuş açlık glukozu (BAG) olarak kabul edilir. Oral glukoz tolerans testinde 2. saat plazma glukozunun, 140 mg/dL'nin üzerinde ve 200 mg/dL'nin altında değerlerin olması ve açlık plazma glukozunun 100 mg/dL'nin altında olması izole BGT olarak tanımlanır. Kombine BAG + BGT olarak gözlenen durumda ise hem APG 100-125 mg/dL, hem de 2. saat PG 140-199 mg/dL arasındadır ve glukoz metabolizmasının daha ileri bozukluğunu gösterir (15, 17).

Tablo 1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri (1).

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG + BGT
APG (≥8 S açlıkta)	≥126 mg/dL	100-125 mg/dL	<100 mg/dL	100-125 mg/dL
OGTT 2.S PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dL	<140 mg/dL	140-199 mg/dL	140-199 mg/dL
Rastgele PG	≥200 mg/dL + Diyabet semptomları			
HbA1c	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)			

2.1.6. Diabetes Mellitus Komplikasyonları

DM komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki sınıfa ayrılmıştır. Akut komplikasyonlar; diyabetik ketoasidoz, laktik asidoz, hiperozmolar hiperglisemik durum ve hipoglisemi komasıdır. Bu komplikasyonlar diyabetik aciller olarak da tanımlanıp önemli mortalite nedeni olabilmektedir. Akut komplikasyonlar metabolik kontrolü kötü olan hastalarda daha yüksek oranda görülür. Hipoglisemi en sık görülen ve en fazla hayati önem taşıyan akut komplikasyondur (20, 21).

Kronik hiperglisemi zaman içinde farklı organlarda hasar, fonksiyon bozukluğu ve yetmezliklere sebep olur. Bu etkiler özellikle böbreklerde, gözlerde, sinir sisteminde, dolaşım sisteminde ve kalpte görülür (17). Kronik komplikasyonlar makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır.

A) Makrovasküler komplikasyonlar

- 1) Kardiyovasküler hastalıklar
- 2) Serebrovasküler hastalıklar
- 3) Periferik vasküler hastalıklar

B) Mikrovasküler komplikasyonlar

- 1) Diyabetik nefropati
- 2) Diyabetik retinopati
- 3) Diyabetik nöropati

Kardiyovasküler hastalıklar diyabetli hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Diyabet hastalarında aterosklerotik değişimlerin erken yaşlarda

başlaması ve multisegmenter tutulumla seyretmesi, koroner arter hastalık riskinin normal popülasyona göre 2-4 kat daha fazla görülmesine sebep olur (22, 23). Serebrovasküler hastalık yönünden bakıldığında DM hastalarında genel topluma göre risk 2-3 kat daha fazladır. İnme için tüm yaş gruplarında en önemli bağımsız risk faktörlerinden biri diyabettir (24).

Alt ekstremitelerin aterosklerotik tıkaçıcı hastalığı ile karakterize bir durum olan periferik vasküler hastalıklar diyabetin tüm tiplerinde sık görülen bir komplikasyondur. Periferik nabızların zayıflığı veya yokluğu ve intermittant kladikasyon en sık görülen klinik bulgularıdır (25).

Mikrovasküler komplikasyonlardan olan diyabetik retinopati yetişkin yaştaki DM'li hastalarda en önemli körlük nedenidir. DM'li hastalarda kan glukozunun kısa ve uzun dönem dalgalanmalarına bağlı refraksiyon değişiklikleri sonucu geçici görme bozuklukları ve retinopati nedeniyle kalıcı görme kaybı gelişebilmektedir (26).

Diyabetik nefropati sık görülen bir komplikasyon olmakla beraber son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli sebebidir. Mikroalbuminüri ile başlayıp klinik proteinüri, hipertansiyon ve glomerüler filtrasyon hızı azalması ile devam eder. Erken dönem nefropatiyi araştırmak için mikroalbuminüri ölçümü ile birlikte tahmini glomerüler filtrasyon hızının hesaplanması ve diyabetli hastalarda kronik böbrek hastalığını önlemek için glisemik kontrolün en iyi şekilde sağlanması gerekmektedir (1, 27).

Diyabetik nöropati özellikle alt ekstremiteleri tutar ve distal-simetrik duyuşal polinöropati şeklinde seyreder. Enfeksiyon ve iskemi ile birlikte en sık amputasyon sebebidir. Diyabetik nöropati, proksimal ve distal sinirleri veya otonomik sinir sistemine etki ederek hastalarda ayaklarda uyuşma, ağrı duyusunda kayıp, parestezi, ağrı ve temasa bağlı sensitivite gibi semptomların ortaya çıkmasına sebebiyet verir (28).

2.1.7. Diabetes Mellitus Diğer Komplikasyonları

- Diyabetik ayak problemleri
- Seksüel disfonksiyon
- Gastrointestinal komplikasyonlar
- Diabetes mellitus ve enfeksiyonlar

Diyabetik ayağı ilgilendiren sorunlar ayağın akut yaygın enfeksiyonları, diyabetik ayak ülseri ve charcot nöropatisi olmak üzere üç ana başlıkta toplanabilir. Her DM hastasında diyabetik ayak ülseri görülme ihtimali yaşamı boyunca %15

oranındadır. Travmatik nedenler dışında ayak amputasyonlarının %50-70'inden DM sorumlu olduğu ve bunların %85'inde ülserden önce yara mevcut olduğu bilinmektedir. Diyabetik ayak ülserleri, tedavi maliyetinin ciddi düzeyde yükselmesinin yanında hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına, alt ekstremitte amputasyonlarına ve mortalite artışına neden olur (29).

DM'li kadın ve erkeklerde, DM'si olmayanlara göre seksüel disfonksiyon daha yüksek oranda görülmektedir. Erkeklerde seksüel işlev bozukluğu, uyarılma, ejakülasyon, ereksiyon bozuklukları ve ağrı gibi sorunlar görülür. Kadınlarda ise cinsel istek, uyarılma, ağrı ve orgazm bozukluğu şeklindedir (30).

Uzun süreli DM sonucu gelişen nöropati otonom disfonksiyona sebep olur. Bunun sonucunda gastrointestinal traktusu ve diğer paragastrintestinal organ ve sistemleri kapsayan pek çok semptom ortaya çıkabilmektedir (31).

DM'li kişilerde enfeksiyonların daha sık görüldüğü ve bu enfeksiyonların komplikasyonlu seyretme eğiliminin yüksek olduğu bilinmektedir. Diyabetik vasküler sorunlar, hiperglisemi ile ilişkili immün sistem bozuklukları, duysal ve otonom nöropatiler DM'de enfeksiyona yatkınlığa sebep olur (1).

2.1.8. Diabetes Mellitus Tedavisi

DM tedavisinde amaç; gün içerisinde glisemik kontrolün sağlanabilmesi, akut oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi, kronik komplikasyonların önlenmesi, eşlik eden diğer problemlerin düzeltilmesi ve sonuçta yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Bu amaçlar için önerilenler:

1. Yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması
2. Plazma glukoz düzeylerinin tavsiye edilen hedeflere ulaştırılması
3. Kan basıncı (KB) değerlerinin önerilen hedeflere ulaştırılması
4. Lipid düzeylerinin önerilen hedeflere getirilmesi
5. Antiagregan kullanımı
6. Sigarayı bırakmak (32).

Beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması ve bunların sonucunda hedeflenen kiloya ulaşılması, DM hastaları için önemli yaşam tarzı değişikliklerindedir. Yaşam tarzında değişiklik yapılmasıyla tip 2 DM insidansında %40 oranında bir azalma saptandığı gösterilmiştir. Ayrıca kalori kısıtlaması yapılması ve gıda içeriklerinin belirlenmesi (%7 kilo kaybı, total ve doymuş yağ oranının

azaltılması, lifli gıda oranının artırılması) ile birlikte yapılacak fiziksel aktivite (en az 150 dk/hafta, orta derece aerobik egzersizi) önerilmektedir (33).

Tablo 2. Diyabetik hastalarda glisemik hedefler (1).

	Hedef	Gebelikte
HbA1c	≤%7	%6-6.5
APG ve öğün öncesi PG	80-130 mg/dL	70-100 mg/dL
Öğün sonrası 1.S PG	-	<140 mg/dL
Öğün sonrası 2.S PG	<160 mg/dL	<120 mg/dL

Glisemik hedefler DM'nin süresi, hipoglisemi riski, DM komplikasyonları, eşlik eden hastalıklar ve hastanın yaşam beklentisine göre bireyselleştirilmelidir (1, 32).

Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complication Trial, DCCT) ve The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) çalışmalarının sonuçlarına göre HbA1c'de %1 azalma sağlandığında mikrovasküler komplikasyon riskinin %35, miyokard infarktüsü (MI) riskinin %18 ve DM'ye bağlı ölüm riskinin %25 azaldığı bildirilmiştir (34, 35).

DM'li hastalarda lipid hedefleri; LDL-kolesterol <100 mg/dL (akut koroner sendrom gibi ciddi sağlık problemlerinde <70 mg/dL), trigliserid<150 mg/dL ve HDL-kolesterol erkeklerde >40 mg/dL, kadınlarda >50 mg/dL olarak belirtilmiştir (36).

2.1.9. Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedavi; oral antidiyabetik ajanlar (OAD), insülin ve insülin dışı enjektabl antihiperglisemik ajanlar olarak sınıflandırılır. Farmakolojik tedavi çeşidine karar verilirken DM'nin tipi, süresi, komplikasyonların varlığı, metabolik regülasyon derecesi, hastanın yaşı ve vücut ağırlığı göz önünde bulundurulmalıdır (1, 17).

Tip 2 DM'de yaşam tarzı önerilerine ek olarak OAD kullanılabilir. Ülkemizde başlıca 5 grup oral antidiyabetik ilaç bulunmaktadır. Bunlar:

1. İnsülin sekresyonunu artıran (sekretegog) ilaçlar
2. İnsülin duyarlılığını artıran (sensitizer) ilaçlar
3. İnsülinomimetik ilaçlar (inkretin-bazlı)
4. Karbonhidrat emilimini azaltan ilaçlar (Alfa glukozidaz inhibitörleri)
5. Sodyum glukozko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT-2, glukoretikler)

OAD tedavisi altındaki Tip 2 DM hastalarında insülin eksikliği belirli bir seviyeye geldiğinde oral ilaç tedavilerine insülin tedavisi eklenmektedir. Hızlı ya da

kısa ve orta etkili insülinlerin hazır karışımı olan bifazik insülinler günümüz tedavi seçenekleri arasında önemli yer tutmaktadır. Tip 1 DM hastalarında mutlak insülin eksikliği olduğu için tanı almasıyla birlikte insülin tedavisi uygulanmalıdır (1, 10, 15).

2.2. Hipertansiyon

2.2.1. Tanım

Kan basıncı, sistemik arteriyel dolaşımdaki kanın damar duvarına yaptığı basıncı ifade etmektedir. Hipertansiyon (HT); erişkinlerde (>18 yaş) hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik KB ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olması şeklinde tanımlanmaktadır (4).

HT sistemik bir hastalık olup, sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini gösterir. Koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu gibi ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (3, 4).

2.2.2. Epidemiyoloji

HT, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik böbrek hastalığı için küresel düzeyde önde gelen risk faktörüdür. Kalp hastalığına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerin %51'inden sorumludur. DSÖ'ye göre HT, yüksek prevalansı nedeniyle dünyada en önde gelen mortalite nedeni olarak görülmektedir(5, 37).

Ülkemizde HT prevalansı ile ilgili ilk ciddi saha çalışması, 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışma sonucunda ülke genelinde HT sıklığı %33,7 olduğu ve yaşa bağlı olarak prevalansın arttığı saptanmıştır. Daha sonra yapılan kohortlarda HT prevalansında son 20 yıllık süreçte önemli bir değişiklik gözlenmemiştir. Ülkemiz genelinde yapılan bir diğer önemli çalışma Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasıdır (PatenT). HT'nin sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kontrol oranları konusunda yapılan bir çalışmadır. 2003 yılında yapılan bu çalışmada HT prevalansı %31,8 olarak gözlenmiş ve kadınlarda %36,1 iken, erkeklerde %27,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan 10 yıl sonra HT epidemiyolojisindeki güncel durumu ve değişiklikleri gözlemek amacıyla çalışmanın ikincisi yapılmıştır. PatenT2 olarak adlandırılan bu çalışmanın sonucunda HT prevalansı %30,3 olarak saptanmıştır (37, 38). Diyabet prevalans ve risk faktörlerinin değerlendirildiği TURDEP-2 çalışmasında hipertansiyon prevalansı %31,4 olarak gösterilmiştir (3).

HT, ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da çok yaygın ve önemli bir sağlık problemidir. HT prevalansı DSÖ tarafından 2000 yılında %26,4 olarak gösterilmiştir ve 2025 yılında %29,2 olacağı tahmin edilmektedir. 1975 yılından 2015 yılına kadar geçen 40 yıllık dönemde, 200 ülkede 18 yaş üstündeki erişkinlerde, HT prevalansındaki ulusal, bölgesel ve küresel boyutlarını inceleyen büyük bir çalışma yapılmış ve çalışmaya 19 milyon kişi dahil edilmiştir. Çalışmada dünya ölçeğinde saptanan en yüksek kan basıncı düzeyleri yüksek gelirli ülkelerden güney Asya ve Sahra altındaki düşük ve orta gelirli ülkelere doğru kayma gösterdiği gözlenmiştir. Yüksek kan basıncı prevalansı yüksek gelirli ve bazı orta gelirli ülkelerde azalma gösterirken diğer ülkelerde değişmediği gözlenmiştir (39).

2.2.3. Etyolojik Sınıflandırma

Hipertansiyon, oluşum mekanizmasına göre primer ve sekonder HT olarak sınıflandırılmaktadır.

2.2.3.1. Primer Hipertansiyon (Esansiyel Hipertansiyon)

Primer HT, tüm HT vakalarının yaklaşık %80-90'ını oluşturur. Kesin mekanizması bilinmemekle birlikte herhangi bir ikincil hastalığa bağlı oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yükseklik halidir. Nedeni tam olarak bilinmese de periferik direnci ve kardiyak debiyi etkileyen genetik ve çevresel faktörlerin sonucunda ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bazı nadir vakalarda tek gen mutasyonu gösterilmiş olsa da kan basıncını etkileyen birkaç gendeki mutasyon ile çeşitli çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluştuğu öngörülmektedir. Fiziksel inaktivite, stresli kişilik yapısı, sigara ve alkol kullanımı, belirgin tuz tüketimi, obezite, düşük potasyum alımı çevresel faktörler arasında yer almaktadır (3, 18).

Esansiyel hipertansiyonun toplumda yaygın görülmesi ve çevresel etkenlerin önlenabilir olması koruyucu hekimliğin önemini ön plana çıkarmaktadır. Hastaya önerilecek yaşam tarzı değişikliği büyük önem taşımaktadır (5).

2.2.3.2. Sekonder Hipertansiyon

Sekonder HT, sebebi belirlenebilen HT tipidir. Hasta 20 yaş altında ya da 60 yaş ve üstündeyse, kan basıncı ataklar halinde yükseliyorsa, karında üfürüm alınıyorsa, kan basıncı yüksekliği aniden başlamış ve şiddetli seyrediyorsa veya ilaç tedavisine yanıt alınamıyorsa sekonder HT yönünden araştırılmalıdır. Dirençli hipertansiyonda sekonder HT yaygınlığı daha fazladır. Endokrin nedenler (primer hiperaldosteronizm, feokromasitoma, cushing sendromu), renal nedenler (renoparenkimal hastalıklar, renovasküler hipertansiyon), nörolojik nedenler başta olmak üzere uyku apne sendromu

ve aort koarktasyonu gibi birçok nedene bağı olarak gelişebilmektedir. Erken tanı ve tedavi ile arteriyel kan basıncının optimum kontrolünü sağlanarak, morbidite ve mortalitenin gelişimi önlenebilmektedir (40).

2.2.4. Kan Basıncı Sınıflandırması

Hipertansiyon; hekim tarafından yapılan tekrarlanan standart (ofis) ölçümlerde sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olması şeklinde tanımlanır. 2014 yılında yayımlanan Joint National Committee (JNC)-8 raporunda kan basınçları; normal, prehipertansiyon, evre 1, evre 2 olarak dört derecede sınıflandırılmıştır (Tablo 3)(41).

Tablo 3. JNC 8 hipertansiyon sınıflaması (18 yaş ve üstü)

	Sistolik KB (mmHg)		Diyastolik KB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥ 160	ve/veya	≥ 110

2013 yılında yayınlanan ve hala kabul gören Avrupa Hipertansiyon Derneği (The European Society of Hypertension - ESH) kılavuzuna göre farklı bir sınıflama yapılmıştır (Tablo 4)(42).

Tablo 4. ESH 2018 hipertansiyon sınıflaması (18 yaş ve üstü)

	Sistolik KB (mmHg)		Diyastolik KB (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek-normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	>180	ve/veya	>110
İzole sistolik HT	≥ 140	ve	<90

Yapılan son çalışmalar ışığında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) hipertansiyon tanı ve tedavi 2018 kılavuzunda aşağıdaki sınıflandırma yapılmıştır (Tablo 5)(3).

Tablo 5. Ofis ölçümlerinden elde edilmiş olan kan basıncı seviyelerine göre kan basıncı tanımlaması

Kategori	Sistolik KB (mmHg)		Diastolik KB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	ve/veya	≥100
Evre 3 HT	≥180	ve/veya	≥110

Sağlıklı kişilerden elde edilen ambulatuvar kan basıncı izlem verilerine göre, sabah en yüksek değerlerde seyreden kan basıncı, gün içinde azalma göstermekte ve gece boyunca en düşük değerlere gerilemektedir. Kan basıncındaki bu sirkadyen ritim yeni bir sınıflamanın oluşturulmasına neden olmuştur. Bu sınıflamada, gece ölçülen kan basıncı değerinde gündüz değerine göre %10 veya daha fazla düşme olması dipper hipertansiyon, %10 dan az düşme olması non-dipper hipertansiyon olarak isimlendirilmiştir. Non-dipper hipertansiyonlu hastalarda kardiyovasküler mortalite ve morbiditede daha fazla artış olduğu gözlenmiştir (43).

2.2.5. Kan Basıncı Ölçümü

HT tanısı için kan basıncını doğru bir şekilde ölçmek oldukça önemli olup, ölçümünü etkileyen pek çok durum vardır. Bu durumlar; hastaya, kan basıncını ölçen kişiye ve ölçüm yöntemine ait faktörler olabilmektedir. Ölçüm öncesindeki 30 dakikalık süre içinde hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş olması doğru sonuçlar için önerilmektedir. Ortam sıcaklığının normal olduğu sessiz bir odada hasta en az 5 dakika istirahat ettikten sonra ölçüm yapılmalıdır. Hasta sırtını herhangi bir yere yaslayarak oturmalı ve tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmalıdır. Manşon kalp seviyesinde duracak şekilde sarılmalıdır. Tansiyon aletinin manşonu alt ucu dirsek çukurunun 2.5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir. Stetoskop dirsek çukurunda serbest olmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır. İlk muayenede hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmalı, iki kol arasında fark varsa ölçümler tekrar edilmeli ve sonraki ölçümler yüksek değer alınan

koldan yapılmalıdır. İlk muayenede kan basıncı 140/90mmHg ve üzerinde gözlenen hastalar tanının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalı ve bu süre zarfında hastanın imkanlar doğrultusunda ev veya ambulatuvar kan basıncı ölçümleri yaparak daha doğru bir tanıya ulaşmaya çalışılmalıdır. Ölçülen kan basıncı Evre 1 seviyesinde olan hastalar 2-4 hafta içerisinde, Evre 2 seviyesinde olan hastalar ise en geç 1-2 hafta sonra ikinci muayeneye çağrılmalıdır. Klinikte birkaç kez yapılan ölçümlerin ortalaması Evre 3 hipertansiyon seviyesinde olan hastalarda, ev veya ambulatuvar kan basıncı ölçümü önermeksizin o klinik muayene sonrasında hemen antihipertansif ilaç tedavisine başlanmalıdır. Hedef organ hasarı mevcutsa yine zaman kaybetmeden tedaviye başlanmalıdır.

2.2.6. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon

Evde ve gündüz ambulatuvar kan basıncı ölçümleri normal olmasına rağmen, ofis ölçümlerinin yüksek olması ile karakterize bir HT türüdür. Beyaz önlük hipertansiyonu olan kişilerde, hem ofis hem de ambulatuvar kan basıncı yükselmiş olan kişilere kıyasla kardiyovasküler risk daha düşük bulunmuştur. Normal tansiyonlu bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek organ hasarı ve metabolik bozukluk prevalansı ile ilişkili olduğunun gösterilmesi, beyaz önlük hipertansiyonunun klinik olarak masum olmadığını göstermektedir (3, 44).

2.2.7. Maskeli Hipertansiyon

Kan basıncının ofis şartlarında normal sınırlarda olmasına rağmen günlük hayatta yüksek olması maskeli HT olarak tanımlanmaktadır. Ofis şartlarında 140/90 mmHg altında, ancak ev ve/veya ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde gündüz değerlerinin 130/80 mmHg üzerinde olması durumudur ve bir anlamda beyaz önlük hipertansiyonunun tersi olarak ifade edilebilir. Maskeli HT'nin yaklaşık prevalansı %10 civarındadır. Muayene sırasında kan basıncının normal sınırlarda olması maskeli hipertansiyon tanısını zorlaştırmaktadır. HT açısından hedef organ hasarı bulunan hastalarda maskeli hipertansiyonun düşünülmesi ve araştırılması gerekmektedir. Maskeli HT şüphesi olan kişilerde kan basıncı, ev ölçümleri veya ambulatuvar kan basıncı ölçüm cihazları ile değerlendirilmeli ve gerekli durumda tedavi başlanmalıdır (45).

2.2.8. Tedavi

Tedavide, arteriyal kan basıncını optimal düzeyde tutarak kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditenin azaltılması hedeflenmektedir. HT tedavisinde başlıca yaşam biçimi değişikliklerini kapsayan nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Tedaviye başlamak için KB değeri ile birlikte sigara, dislipidemi, abdominal obezite gibi reversibl risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar belirlenmelidir.

HT oluşumunda beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin yetersizliği gibi çevresel faktörler son derece önemlidir. Yapılan çalışmalarda yaşam biçimi değişikliklerinin kan basıncını anlamlı olarak azalttığı gösterilmiştir. Koruyucu hekimlik açısından erişkin bireyin kan basıncı seviyesi hangi evrede olursa olsun sosyokültürel durumuna uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Kan basıncı düzeyi yüksek normal seviyede ise (sistolik 130–139 mmHg, diyastolik 85–89 mmHg) yaşam tarzı değişiklik önerileri ısrarla vurgulanmalı ve hasta teşvik edilmelidir (4, 5). Bireyin ideal vücut ağırlığına gelmesi, günlük sodyum alımı 2-2,4 g (5-6 g tuz) olacak şekilde tuz kısıtlaması yapılması, meyve ve sebze tüketimini artırılması ve doymuş ve toplam yağ alımının azaltılması gibi beslenme değişiklikleri, sigaranın bırakılması, alkol kısıtlanması, düzenli fiziksel egzersiz ve stres yönetimi önemli yaşam tarzı değişiklikleridir.

Antihipertansif ilaç tedavisine başlamak için kan basıncına ilaveten risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar birlikte değerlendirilmelidir. Tedavi başlama eşik değeri sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olarak gösterilmiş olup, yaşlı (>80 yaş) hipertansif hastalarda ilaç tedavisi sistolik KB ≥ 150 mmHg olduğunda önerilmektedir. Evre 1 HT durumunda eşlik eden hastalık ve risk faktörleri bulunmuyorsa yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Bir-üç ay sonraki kontrollerde kan basıncı hala Evre 1'de ise ilaç tedavisine geçilir. Ancak HT ile ilişkili semptomlar varlığında ilaç tedavisi için daha erken müdahale edilebilir. Evre 1 HT'ye organ hasarı, kronik böbrek hastalığı, diyabet veya kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olduğu durumlar eşlik ediyorsa beklemeden yaşam tarzı değişikliği ile birlikte ilaç tedavisi başlanmalıdır. Evre 2 ve Evre 3 hipertansiyon tanısı netleşenlerde ilaç tedavisine hemen başlanması önerilmektedir.

Antihipertansif tedavinin hedefi, sistolik KB <140 mmHg ve diyastolik KB <90 mmHg olmasıdır. >80 yaş hipertansif hastalarda ilaç tedavisi sistolik KB >150 mmHg

olduğunda önerilir ve tedavinin iyi tolere edilmesi şartıyla hedef sistolik KB <140-150 mmHg olabilmektedir (3, 46, 47).

2.2.9. İlaç Tedavisi

Antihipertansif ilaç tedavisinde monoterapide ilk basamakta dört grup antihipertansif ilaçtan (diüretikler, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri) ve kalsiyum kanal blokerleri) herhangi biri ile başlanabilir. Daha önce bu grupta yer alan beta blokerler, yapılan son çalışmalar ışığında kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı gibi spesifik durumlar dışında artık ilk basamakta tercih edilmemektedir. Ayrıca metabolik sendrom ya da diyabet gelişme riski yüksek olan hastalarda kullanımından kaçınılmalıdır (3, 48, 49). Diğer antihipertansifler; alfa blokerler, alfa-beta blokerler, santral etkili ilaçlar, vazodilatatörler, aldosteron antagonistleri gibi ilaçlardır. Başlangıç tedavisiyle kan basıncı kontrolü sağlanamazsa ilaç maksimum doza çıkarılır veya maksimum doza çıkarmadan ikinci bir ilaç eklenerek kombinasyon tedavisine geçilir. Başlangıçta kan basıncı, olması gereken hedefin 20/10 mmHg üzerindeyse ikili ilaçla tedaviye başlanmalıdır. Monoterapi kan basıncı hafif yükselmiş ve kardiyovasküler riski düşük ya da orta derecede olan hastalarda ilk tercih olabilir. Fakat kan basıncı 2. ya da 3. Evre HT düzeyinde veya total kardiyovasküler riski yüksek olan hastalarda ilk tercih düşük doz ikili kombinasyon ilaç tedavisi olmalıdır. Ayrıca ikili ilaç kombinasyon tedavisi hasta uyumunu kolaylaştırmaktadır. İkili ilaç tedavisine rağmen kan basıncında yeterli düşüş sağlanamayan hastalarda ilaç eklemesi yapılarak üçlü veya dördü kombinasyon tedavileri uygulanabilir.

Hipertansiyona ek olarak diyabet varsa ACE inhibitörleri veya ARB, kronik böbrek hastalığı varsa ACE inhibitörleri veya ARB, kalp yetersizliği varsa diüretikler, koroner arter hastalığı varsa beta bloker veya kalsiyum kanal blokerleri, benign prostat hipertrofisi varsa, alfa bloker ilaçlar tercih edilmelidir. İzole sistolik hipertansiyonda diüretikler tercih edilmeli ve yaşlı hastalarda kalsiyum kanal blokerleri veya diüretik tedavisi akla gelmelidir. Gebelerde ise labetalol, metildopa veya nifedipin tedavileri uygulanabilir.

HT tedavisinde kullanılan ilaç grupları, hastanın ko-morbid durumlarına göre kontrendikasyona sahip olabilir. Hastada;

- Kalp iletim bloğu varsa beta bloker, non dihidropin grubu kalsiyum kanal blokeri,
- Astım, periferik arter hastalığı varsa beta blokerler,

- Gebelik, hiperkalemi ve bilateral renal arter stenozu varsa ACE inhibitörü ve ARB grubu ilaçlar,
- Gut hastalığı varsa diüretik ilaçlar kontrendikedir.

Ayrıca ARB ve ACE inhibitörünün birlikte kullanılması kontrendikedir (46, 48, 50).

2.2.10. Tedavi Uyumu

Hipertansif hastaların tedaviye uyumları kan basıncının kontrol altına alınmasında en etkili etkenlerden bir tanesidir. Hastalar tedaviye uymakta zorlanabilmektedir. DSÖ, gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklara sahip bireylerin tedaviye uyum oranlarının %50 olduğunu bildirmiştir (51). Hastalığın semptomsuz seyretmesi, izlemin yapılmaması, bir süre sonra hastanın önerilere uymamasına ve ilaç tedavisini bırakmasına neden olmaktadır. Düzensiz ilaç kullanan hastalar ilaç bırakma açısından yüksek riskli grupta yer almaktadır. Bu sebeple her vizitte hastanın tedaviye uyumu incelenmeli ve artırmak için gereken her şey titizlikle yapılmalıdır. Hastalığa ilişkin gerekli bilgiler ve tedaviye uymaz ise gelişebilecek komplikasyonlar anlatılmalı ve tedavi süresi, takibi ve ne zaman kontrole geleceği gibi tedavi planları hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca yaşam tarzı değişiklik önerilerinin en az ilaç tedavisi kadar önemli olduğu ve hastalığın seyri üzerindeki etkisi ayrıntılı şekilde belirtilmelidir. Gereksiz yapılan ilaç değişiklikleri tedaviye uyum sorunu yaratacağından, kan basıncı kontrol altında olan hastalarda ek bir neden olmadıkça değişiklikten kaçınılmalıdır (3, 52, 53).

2.3. Depresyon

2.3.1. Tanım

Depresyon; üzüntülü ve bunaltılı bir duygudurumun eşlik ettiği, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bununla birlikte değersizlik, güçsüzlük, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir hastalıktır (54). Depresyon sık görülen bir ruhsal bozukluk olmasının yanında sebep olduğu yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri ve ekonomik kayıplar nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Depresyon hastalarında yaşam kalitesi birçok alanda bozulmakla birlikte sosyal işlevsellikte yol açtığı kötüleşme, diğer bedensel hastalıklardan daha fazla olabilmektedir. Bunun yanında depresyon bedensel hastalıkların başlangıcı ve şiddet düzeyi için bir risk faktörü olarak görülmekte ve prognozu olumsuz yönde etkileyerek mortalite yüzdesini artırmaktadır (55, 56).

2.3.2. Epidemiyoloji

Dünya üzerinde birçok ülkede çeşitli epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programını kullanarak yaptığı çalışmada 18 ülkeden gelen bilgiler analizinde, yüksek gelirli 10 ülkede depresyon yaygınlığı %5,5 olarak bulunurken, düşük-orta gelirli 8 ülkede %5,9 olarak gözlenmiştir (57, 58).

Ülkemizde depresyon epidemiyolojisine yönelik birçok çalışma yapılmış olup Güleç'in 1981 yılında yaptığı çalışmada depresyon yaygınlığı %9,2, yaşam boyu yaygınlığı ise %23,6 olarak gözlenmiştir. 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında depresyon sıklığı %4 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada depresyonun 1 yıllık yaygınlık oranları kırsal kesimde %9,2, yarı kırsal kesimde %10,5 olarak gösterilmiştir (57, 59). Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu ve kadın erkek oranının yaklaşık olarak 2:1 olduğu gösterilmiştir. Depresif belirtilerin ise kadınlarda %20-24, erkeklerde %10-16 olduğu belirtilmiştir.

Depresyon sıklığı en çok 20-50 yaş arasında pik yapar ve ortalama başlangıç yaşı 20-30 olarak belirtilmiştir. Hollanda Ruhsal Sağlık İzlem ve Sıklık (NEMESIS) çalışmasında depresyon başlangıç yaşı 29,9 olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada depresyon başlangıç yaşı ortalaması yüksek gelirli ülkelerde 25,7 iken düşük-orta gelirli ülkelerde 24 olarak tespit edilmiştir (7, 59).

2.3.3. Klinik Özellikler

Depresyonda olan kişilerde ayrıntılı öykü ve ruhsal durum muayenesi ile birçok bulgu saptanabilir. Enerji kaybı ve konsantrasyon güçlüğü başta olmak üzere artmış veya azalmış psikomotor aktivite, zayıf göz teması, düşüncenin yavaşlaması, ses tonunda azalma, iştahsızlık veya iştah artışı, kilo kaybı, uyku sorunları, ilgi azalması, kararsızlık, intihar düşünceleri ve umutsuzluk gibi birçok belirti gözlenebilir.

Hastalarda genellikle çökkün duygudurum hali vardır. Mutsuzluk, hayattan zevk alamama, işlere ve uğraşlara karşı belirgin ilgisizlik ve isteksizlik çökkün duygudurumu anlatan ifadelerdir. Daha önce zevk alarak yaptığı işlere karşı belirgin isteksizlik olması anhedoni olarak tanımlanır ve depresyondaki hastalarda görülen temel belirtilerdendir. Hafif ve orta düzeydeki depresyonda hasta ile iletişim kurulabilirken ağır depresyondaki hastaların cevap vermeleri yavaşladığından iletişim zorlaşabilmektedir. Mutizm olarak adlandırılan, düşüncede bloklar, tek sözcükle cevap verme, bazen hiç yanıt vermeme

görülebılır. Benlik saygıları azalarak işe yaramadıklarını ve yük olduklarını düşünebilirler. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri vardır. Karar vermede güçlük çekerler. Genellikle unutkanlık şikayetleri olur ancak bu gerçek bir bellek bozukluğu değil, sıkıntı, üzüntü ve dikkat azalmasına bağlı gelişir. Ağır depresyon durumunda intihar düşünceleri % 75 oranında görülebilmektedir.

Bedensel belirtilere baktığımızda enerji azlığı, çabuk yorulma, halsizlik ve bitkinlikle kendini gösterir. İştahta azalma ve buna bağlı kilo kaybı veya iştahta artma görülebılır. Yaşamın her alanında isteksizlik olduğu gibi cinsel istekte de azalma yaşayabilirler. Uyku düzensizlikleri sık yaşanır. Uykuya dalmada güçlük ve gece sık sık uyanma görülebılır. Depresyonda psikomotor yavaşlama görüldüğü gibi ajitasyon ve hareketlilikte görülebilmektedir. Çarpıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve terleme gibi belirtiler görülebilmekte ve özellikle yaşlı hastalarda somatik yakınmalar ön plana çıkmaktadır (7, 54, 60).

2.3.4. Tanı

Depresyonun klinik tanısı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tanı sistemleri kullanılarak konulmaktadır. Son yayınlanan DSM-5 kapsamında tanı kriterleri belirlenmiş ve güncellenmiştir.

2.3.5. DSM-5 Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası kişide mevcuttur. Bu belirtilerden en az biri ya depresif duygudurum ya da ilgisini yitirme, zevk alamamadır.

1. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunan depresif duygudurum. Bu durumu kişi ya kendisi bildirir (üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder veya umutsuzdur) ya da bu durum başkaları tarafından gözlenir (ağlamaklı görünür).
2. Etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu. Bu durum neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde mevcuttur.
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma veya yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün aşırı uyuma veya uykusuzluk çekme.
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama. Bu durum başkaları tarafından gözlenebilir.
6. Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.

7. Değersizlik hissi ya da aşırı ve uygunsuz suçluluk duyguları. Bu durum neredeyse her gün görülmektedir.
8. Düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama. Bu durum başkaları tarafından gözlenebilir ve neredeyse her gün görülür.
9. Yineleyici intihar düşünceleri ya da intihar girişimi.

Görülen bu durumlar bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz ve toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur (7, 61).

2.3.6. Tedavi

Depresyon tedavisi, akut dönem, sürdürüm ve idame tedavisi olarak üç basamağa ayrılır. Akut dönem, tedavinin başlangıcından düzelmeye kadar olan süreyi kapsamakla birlikte genellikle 6-12 hafta sürer. İlaç tedavisinin yanında psikoterapi seçenekleri ve diğer somatik tedavi yöntemleri tercih edilebilir. İlaç tercihinde dikkat edilmesi gereken önemli noktalar vardır. Günlük aktivitesini devam ettirmek isteyen veya zorunda olan hastalarda ilk tedavi seçeneğinin uyku ve sedasyon yapmayan bir ilaç olması gerekirken, yoğun anksiyete ve ajitasyonu olan hastalarda sedatif ve anksiyolitik etkisi olan ilaçlar önerilmelidir. Sürdürüm tedavisi, akut dönem tedavisini takiben düzelme ile birlikte başlayıp cevap alınan dozda 4-9 ay tedaviye devam edilmesini gerektirmektedir. Sürdürüm tedavisi ile depresme olmaksızın iyileşmenin olması amaçlanır. İdame tedavisi koruyucu tedavi olup sürdürüm tedavisi ile iyileşme sağlandıktan sonra başlar. Üç veya daha fazla sayıda depresyon dönemi geçiren hastalarda yinelemeyi önlemek için planlanır.

Depresyon tedavisinde kullanılan antidepresan ilaç grupları; monoamin oksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin gerialım inhibitörleri, seçici noradrenerjik gerialım inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin gerialım inhibitörleri, serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörleri, serotonerjik antidepresanlardır.

Depresyon tedavisinde yanıt veya tedavi etkinliği, depresyon belirtilerinin tedaviden önce belirlenen şiddetinde %50 ve daha fazla azalması olarak tanımlanmaktadır. Tam düzelmeden bahsedebilmek için depresyon tanı ölçütlerinin karşılanmaması ve kişinin psikososyal ve mesleki işlevselliğine dönmüş olması gerekmektedir.

Depresyonun farmakolojik tedavisinde, tedaviye yanıtın geç dönemde ortaya çıkması ve ilacın yan etkilerinden dolayı tolere edilememesi nedeniyle tedaviye uyum

bozulmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu, uygun doz ve sürede tedaviye imkan vermemekte ve tedavi başarısının etkilenmesine neden olmaktadır (7, 62, 63).

2.3.7. Tedaviye Direnç

Yeterli doz ve sürede, en az iki farklı grup ve uygun antidepresan ilaç tedavisine yanıt vermeme olarak adlandırılabilir. Bu durumda farklı tedavi seçenekleri ve güçlendirme tedavileri devreye girmektedir. Aynı gruptan başka bir ilaca geçiş, farklı gruptan bir ilaca geçiş, farklı gruptan birden fazla sayıda ilacın birlikte kullanılması, lityum, tiroid hormonu, pindolol, antikonvülzanlar, dopamin agonistleri, buspiron, psikostimulanlar, östrojen, testesteron ile güçlendirme tedavileri vardır. Son olarak elektrokonvülsif tedavi seçeneği mevcuttur.

Depresyon hastada mevcut olan hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve diabetes mellitus gibi kronik bedensel hastalıkların kontrolünü zorlaştırır. Hastalığın gidişini olumsuz yönde etkiler. Kronik hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır (7, 64, 65).

2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.4.1. Tanım

Anksiyete (bunaltı), korkuya benzeyen bir duygu olup sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak tanımlanabilir (54).

2.4.2. Epidemiyoloji

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları, madde bağımlılıkları da dahil olmak üzere her türlü psikiyatrik hastalık arasında en sık görülenidir. DSM-4 ölçütlerine göre yapılan araştırmada yaşam boyu görülme oranı %5 olarak gözlenmiştir. Ülkemizde Özcan ve arkadaşlarının kliniğe başvuran 950 hastada yaptığı araştırmada yaygın anksiyete bozukluğunu %10,3 olarak saptamışlardır. Bu hastaların %90,8'inin başka bir psikiyatrik hastalık ile komorbit olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada kadınlarda, ev hanımlarında, ev kızlarında, bedensel hastalık öyküsü olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda yaygın anksiyete bozukluğu anlamlı derecede yüksek gözlenmiştir (8, 66).

2.4.3. Tanı

Yaygın anksiyete bozukluğunun en çarpıcı bulgusu hastalarda yoğun ve kronik bir endişe halinin olmasıdır. Endişeye anksiyete ve gerginlik eşlik eder (8).

2.4.4. DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

Yoğun anksiyete ve endişe çoğu günde var olmak kaydıyla en az altı aydır devam ediyor olmalıdır ve birey bu endiőenin kontrolünün zor olduğunu düşünmelidir. Kişi aşağıdaki belirtilerden üç veya daha fazlasını son altı ayın çoğu gününde hissetmiő olmalıdır:

1. Huzursuzluk veya gergin veya sabırsız hissetmek
2. Çabuk yorulma
3. Konsantrasyon bozukluğu veya zihni boşalmıő gibi hissetmek
4. İrritabilite
5. Kas gerginliği
6. Uyku bozuklukları

Görülen bu durumlar bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz ve toplumsal, işle ilgili ve diğer alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur (61).

2.4.5. Tedavi

Tedavinin hedefi endiőeyi ortadan kaldırmak olmalıdır. Çünkü ilk ortaya çıkan endiőedir ve kronik endişe zaman içinde anksiyeteyi ortaya çıkarır. Endiőeyi ortadan kaldırmak ve hastalığı tedavi etmek için psikoterapi ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanması en umut verici yöntemdir. Psikodinamik psikoterapi ve biliősel davranıőçı terapi, psikoterapinin öğeleri olup tedavide kullanılırlar. Psikofarmakoterapiye baktığımızda yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde; benzodiazepinler, antidepressanlar, anksiyolitikler ve yeni kuőak antipsikotikler kullanılmaktadır (8, 67, 68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma 01 Ekim 2018 - 01 Şubat 2019 tarihleri arasında yaklaşık 4 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir. Çorum Merkez Hasanpaşa Aile Sağlığı Merkezi 'ne başvuran DM ve/veya HT hastalarının katılımıyla yürütülmüş anket ve ölçek uygulanmasını içeren bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tamamlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmayı yaptığımız Çorum Merkez Hasanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nde toplam dört tane Aile Hekimi bulunmakta ve 10.171 kişilik bir nüfusa hizmet vermektedir. Çalışma bu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran tüm hipertansif ve/veya diyabetik hastalara gönüllü katılmak isteyip istemedikleri sorularak, yazılı ve sözlü onamları alınarak gerçekleştirildi. Bu nüfus, araştırmamızın evrenini oluşturdu ve örneklem, evrendeki birey sayısının bilinmesine dayanan, örneklem büyüklüğünü hesaplama formülü kullanılarak belirlendi. Buna göre örneklem genişliği tabloları içinde örneklem büyüklüğü, 0.95 güvenirlilik ve 0.05 anlamlılık düzeyinde 330 olarak hesaplandı. Araştırma yüz yüze görüşme yöntemi ile yapıldı. Araştırmamız için Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.09.2018 tarihinde 2018-148 sayılı kurul kararıyla onay alınmıştır (Ek 1). Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmada, araştırmacı ve uzman ekip tarafından hazırlanan anket formu, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri kullanıldı. Çalışmamızda hastalar 3 gruba ayrıldı. Grup 1: Sadece DM hastalığı olanlar, Grup 2: Sadece HT hastalığı olanlar, Grup 3: DM+HT hastalığı olanlar.

3.4. Araştırmada Kullanılan Anket Formu ve Uygulanan Ölçekler

Çalışmamızda kullanılan anket formunun soruları oluşturulurken ana hedef ölçütümüz; hipertansif ve/veya diyabetik hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve

gruplar arasında anksiyete ve depresyon durumları açısından farklılık olup olmadığını belirlenmesidir. Diğer hedeflerimiz ise;

- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni hal gibi sosyodemografik veriler ile anksiyete ve/veya depresyon skorları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi,
- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların sigara kullanımları ile anksiyete ve/veya depresyon skorları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi,
- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların fiziksel egzersiz yapma durumu ile anksiyete ve/veya depresyon skorları arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi,
- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların tedaviye ve diyetle uyumlu olanlar ile olmayanlar arasında anksiyete ve/veya depresyon skoru açısından fark olup olmadığının belirlenmesi,
- Hipertansif hastalarda kullanılan antihipertansif ilaç kullanımı (tekli-ikili-üçlü...) ve diyetle uyumlu olanlar ile olmayanlar arasında anksiyete ve/veya depresyon skoru açısından fark olup olmadığının belirlenmesi,
- Diyabetik hastalarda tedavi için kullanmış oldukları OAD, insülin, OAD+insülinin anksiyete ve/veya depresyon skoru açısından fark olup olmadığının belirlenmesi,
- Her bir grubun ek tanıları ile anksiyete ve/veya depresyon skoru açısından fark olup olmadığının belirlenmesi,
- Grupların hastalık süreleri ile anksiyete ve/veya depresyon skoru açısından fark olup olmadığının belirlenmesidir.

Belirlenen aile sağlığı merkezine başvuran HT ve/veya DM hastalığı olan kişilere; yaş, eğitim durumu, medeni durum, hastalıklarının yılı, tedavileri, diyet, egzersiz, sigara ve alkol kullanımını gibi durumları da içeren sosyodemografik veri anketi uygulandı. Ayrıca 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Envanteri ve yine 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Envanteri yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeği olup depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu formun her maddesi tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir.

Toplam puan bunların toplanması ile bulunur ve toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini belirtir. 11-17 puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 puan orta düzeyde depresyonu ve 30-63 puan ciddi düzeyde depresyonu gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin, ülkemizde Hisli ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (69, 70).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 belirti kategorisinin her birinde 4 alternatif bulunur ve her bir seçenek 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini belirtir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (71). 8- 15 puan hafif düzeydeki anksiyeteyi, 16-25 puan orta düzeyde anksiyeteyi ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (70, 72).

3.5. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya DM ve/veya HT tanısı almış, 18-65 yaş arası, eğitim düzeyi en az ilköğretim olan, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış olan ve gönüllü olur formunu imzalayan hastalar dahil edildi.

Araştırmada dışlama kriterleri kapsamında; psikiyatrik hastalık tanısı ve tedavisi alan hastalar, malignite tedavisi gören, mental açıdan yeterli olmayan ve katılmaya gönüllü olur vermeyen hastalar çalışmaya alınmadı.

3.6. İstatistiksel analiz yöntemleri

Belirlenen örneklemden anket yolu ile elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 For Windows paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirildi. Grupların kesikli değişkenler açısından farklı olup olmadığını saptamak amacıyla Ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler için ikiden daha fazla olan grupların karşılaştırmalarında, parametrik varsayımlar karşıladığında tek yönlü varyans analizi, karşılanmadığında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında, parametrik varsayımlar karşıladığında Student's *t* testi, karşılanmadığında Mann-Whitney U testi kullanıldı. VKİ ile Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Skorlarının her bir hastalık grubu arasındaki ilişki karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan gruplar için Pearson, normal dağılıma uymayan gruplar için Spearman

korelasyon testi kullanıldı. Gruplar arasındaki korelasyon ilişkisi korelasyon kat sayısı (r) ile belirtildi. $p < 0.05$ olan farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Araştırmamıza, Çorum Hasanpaşa Aile Sağlığı Merkezi Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında başvuran diyabet ve/veya hipertansiyon tanılı toplam 330 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan 330 hastanın yüzde dağılımlarına bakıldığında ve sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 226'sının (%68,5) kadın, 104 (%31,5) 'nün erkek olduğu saptandı. Yaş ortalaması $53,69 \pm 7,24$ yıl olarak tespit edildi. Hastaların vücut kitle indekslerinin (VKİ) $30,81 \pm 5,28$ olduğu görüldü. Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde, 210 (%63,6) kişi ilkokul mezunu, 58 (%17,6) kişi ortaokul mezunu, 44 (%13,3) kişi lise mezunu ve 18 (%5,5) kişinin üniversite mezunu olduğu görüldü. Hastaların 199'u (%60,3) ev hanımı, 63'ü (%19,1) emekli, 25'i (%7,6) serbest meslek, 22'si (%6,7) memur ve 8'inin (%2,4) işçi olduğu belirlendi. Hastalık türü açısından incelendiğinde hastaların 66'sı (%20) DM, 181'i (%54,8) HT ve 83'ü (%25,2) DM+HT hastası olduğu görüldü. Hastalarda ek hastalık yönünden incelendiğinde 159 kişide ek hastalık olmadığı belirtildi. Daha sonra sırası ile kalp hastalığı, kolesterol yüksekliği ve göz hastalığı ek hastalık olarak belirlendi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve bazı değişkenlerin dağılımı Tablo 6'da bulunmaktadır.

Tablo 6. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve bazı değişkenlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	53,69±7,24	330	
Boy (cm)	162±8	330	
Kilo	80,76±11,87	330	
VKİ	30,81±5,28	330	
Cinsiyet	Erkek	104	31,5
	Kadın	226	68,5
Medeni hal	Bekar	3	0,9
	Evli	281	85,2
	Dul	46	13,9
Eğitim	İlkokul	210	63,6
	Ortaokul	58	17,6
	Lise	44	13,3
	Üniversite	18	5,5
Meslek	Serbest	25	7,6
	Ev hanımı	199	60,3
	Memur	22	6,7
	İşçi	8	2,4
	Emekli	63	19,1
	Diğer	13	3,9
Hastalık türü	DM	66	20
	HT	181	54,8
	DM+HT	83	25,2
Ek hastalık	Yok	159	48,2
	Kalp hastalığı	41	12,4
	Böbrek hastalığı	17	5,2
	Göz hastalığı	31	9,4
	Kolestrol yükseliği	34	10,3
	His kaybı	7	2,1
	Ayak yarası	2	0,6
	Cinsel sorun	3	0,9
	Ruhsal hastalık	1	0,3
	Birden fazla ek hastalık	22	6,7
	Diğer	13	3,9

Sigara kullanımını sorgulandığında, 259 (%78,5) kişinin sigara kullanmadığı tespit edildi. Yaşam tarzı değişikliklerinden olan düzenli egzersiz açısından tüm hastalar sorgulandığında, 155(%46,9) kişi hiç egzersiz yapmadığını, 83 (%25,2) kişi düzensiz egzersiz yaptığı ve 92(%27,9) kişi ise düzenli yaptığını belirtti. Hastaların bazı diğer değişkenleri Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7. Diğer değişkenlerin özellikleri

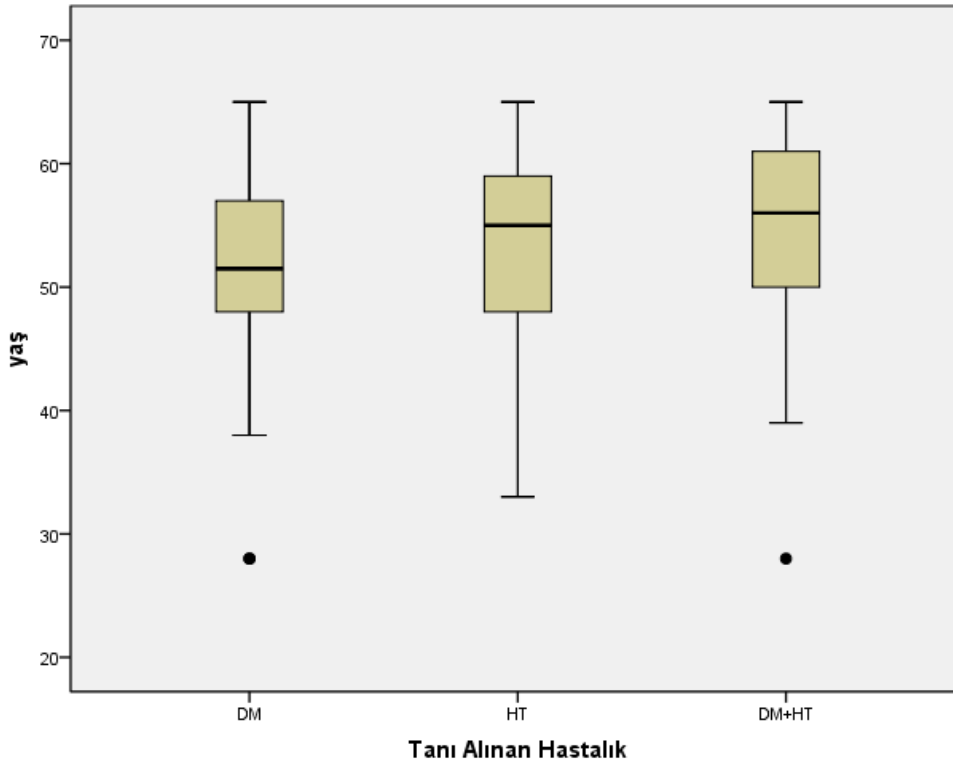
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Egzersiz yapma durumu	Yapmıyorum	155	46,9
	Düzensiz yapıyorum	83	25,2
	Düzenli yapıyorum	92	27,9
Egzersiz süresi	<1 saat	37	40,2
	>1 saat	55	59,8
Egzersiz çeşidi	Yürüyüş	82	89,1
	Spor salonu	3	3,3
	Yüzme	7	7,6
Egzersiz sıklığı (haftalık)	<3 gün	16	17,4
	>3 gün	76	82,6
Sigara kullanımı (gün)	Hiç kullanmıyorum	259	78,5
	0-10 adet	54	16,4
	11-20 adet	15	4,5
	21-40 adet	1	0,3
	>40 adet	1	0,3

Çalışmamıza katılan hastalar sadece hipertansiyonu olanlar, sadece diyabeti olanlar ve hem hipertansiyon hem de diyabeti birlikte bulunanlar olarak üç gruba ayrıldı. Hastaların 181’inde (%54,8) HT tanısı, 66’sında (%20) Tip 2 DM tanısı ve 83’sinde (%25,2) hem HT hem de DM tanıları mevcuttu. Grupların yaş dağılımı incelendiğinde; grupların Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). DM grubu ile DM+HT grubunun Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 8) (Şekil 1).

Tablo 8. Grupların yaş dağılımı

	DM (n= 66)	HT (n= 181)	DM + HT (n= 83)	<i>p</i>
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Yaş	51,47 ± 7,88	53,91 ± 6,76	54,99 ± 7,43	0,015 ^a 0,005 ^b

a : Kruskal Wallis testi, **b:** Mann-Whitney U testi



Şekil 1. Grupların Box-Whisker grafiği ile yaş dağılımı

Çalışma grupların bazı sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında eğitim düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Tüm gruplarda eğitim düzeyleri açısından ilkokul mezunu sayısı yüksekliği mevcut idi. Ayrıca yapılan istatistiksel analizde DM+HT grubunda ilkokul düzeyi, HT grubunda ise lise düzeyi kişi sayısının daha fazla olduğu belirlendi. Grupların egzersiz yapma durumları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark bulundu ($p<0.05$). HT grubunda düzenli egzersiz yapan hasta sayısı daha düşük sayıda görüldü. DM+HT grubunda da düzenli egzersiz yapanlar daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışma gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılması

		DM		HT		DM + HT		<i>p</i>
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	23	35	58	32	23	28	0,631
	Kadın	43	65	123	68	60	72	
Medeni hal	Bekar	-	-	-	-	3	4	0,06
	Evli	55	83	158	87	68	82	
	Dul	11	17	23	13	12	14	
Eğitim	İlkokul	37	56	112	62	61	73	0,042*
	Ortaokul	15	23	31	17	12	14	
	Lise	11	17	30	17	3	4	
	Üniversite	3	5	8	4	7	8	
Meslek	Serbest	6	9	17	9	2	2	0,122
	Ev hanımı	43	65	98	54	58	70	
	Memur	3	5	14	8	5	6	
	İşçi	3	5	5	3	-	-	
	Emekli	7	11	40	22	16	19	
	Diğer	4	6	7	4	2	2	
Egzersiz yapma durumu	Hiç	22	33	98	54	37	45	0,038*
	Düzensiz	23	35	41	23	19	23	
	Düzenli	21	32	42	23	27	33	
Ek hastalık	Hiç	33	50	95	52	31	37	0,072
	Kalp hast.	6	9	19	10	16	19	
	Böbrek hast.	3	5	12	7	2	2	
	Göz hast.	9	14	12	7	10	12	
	Kolestrol yüksek.	8	12	21	12	5	6	
	His kaybı	1	2	2	1	4	5	
	Ayak yarası	1	2	1	1	-	-	
	Cinsel sorun	-	-	2	1	1	1	
	Ruhsal hastalık	-	-	-	-	1	1	
	Birden fazla ek hastalık	4	6	8	4	10	12	
Sigara	Hiç	50	76	141	78	68	82	0,695
	0-10 adet/gün	12	18	30	17	12	14	
	11-20 adet/gün	3	5	9	5	3	4	
	21-40 adet/gün	1	2	-	-	-	-	
	>40 adet/gün	-	-	1	1	-	-	
Alkol	Evet	-	-	1	1	-	-	0,662
	Hayır	66	100	180	99	83	100	

*: $p < 0.05$, ki-kare testi

HT hasta grubunda, hastalık süresi 1-5 yıl olan 100 kişi (%37,9), 6-10 yıl olan 101 kişi (%38,3) mevcuttu ve 152 kişi (%57,6) tekli ilaç tedavisi kullanıyordu. Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
HT hastalık süresi	<1 yıl	7	2,7
	1-5 yıl	100	37,9
	6-10 yıl	101	38,3
	>10 yıl	56	21,2
HT tedavi yöntemi	İlaç kullanmıyor	8	3
	Tekli anti HT ilaç	152	57,6
	İkili anti HT ilaç	95	36
	Üçlü anti HT ilaç	8	3
	≥ Dört anti HT ilaç	1	0,4
HT tuz kısıtlama	Uyumsuz	10	3,8
	Çok az uyumlu	34	12,9
	Kısmen uyumlu	66	25
	Çoğunlukla uyumlu	71	26,9
	Her zaman uyumlu	83	31,4

DM hasta grubunda hastalık süreleri ve tedavi şekli açısından bakıldığında 10 yıl üzerinde tanı ve tedavisi olan 31 (%20,8) kişi mevcuttu ve hastaların %8,1'nin insülin tedavisiyle birlikte oral antidiyabetik bir ajan kullandığı bulundu. Hastaların %30,9'nun tedavilerine düzenli olarak uyduğu, %27,5'inde önerilen diyetine her zaman uyduğu gözlemlendi. Diyabetik hasta grubunun hastalıklarıyla ilgili değişkenleri Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 11. Diyabetik hasta grubunun hastalıklarına ilişkin değişkenlerin dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
DM hastalık süresi	<1 yıl	3	2
	1-5 yıl	58	38,9
	6-10 yıl	57	38,3
	>10 yıl	31	20,8
DM tedavi yöntemi	İlaç kullanmıyor	16	10,7
	OAD	91	61,1
	İnsulin	30	20,1
	OAD + İnsulin	12	8,1
DM tedavi düzeni	Düzensiz	7	4,7
	Çok az düzenli	22	14,8
	Kısmen düzenli	37	24,8
	Çoğunlukla düzenli	37	24,8
	Her zaman düzenli	46	30,9
DM diyet uyumu	Uyumsuz	11	7,4
	Çok az uyumlu	19	12,8
	Kısmen uyumlu	37	24,8
	Çoğunlukla uyumlu	41	27,5
	Her zaman uyumlu	41	27,5

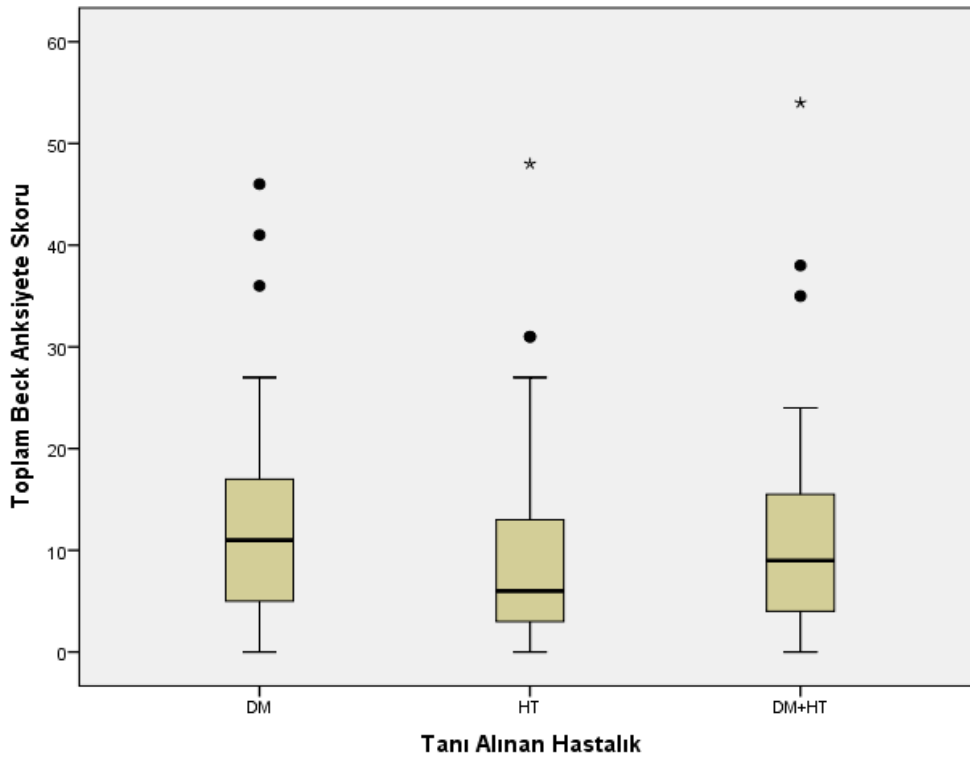
Çalışmamızda, hastaların anksiyete ve depresyon risk düzeyini belirlemek için kullanılan ölçek puanları incelendiğinde, sadece diyabeti olan hastaların anksiyete ölçeği ortalama puanı $12,24 \pm 9,63$ olarak bulunurken, depresyon ölçeği ortalama puanı $11,53 \pm 8,72$ olarak gözlemlendi. Sadece hipertansiyonu olanların anksiyete ölçeği ortalama puanı $8,35 \pm 7,65$ olarak bulunurken, depresyon ölçeği ortalama puanı $9,91 \pm 7,94$ olarak gözlemlendi. Hem hipertansiyon hem de diyabeti olan hastaların anksiyete ölçeği ortalama puanı $10,84 \pm 9,07$ ve depresyon ölçeği ortalama puanı $11,16 \pm 8,41$ olarak bulundu. Toplam Beck Anksiyete skorunda gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Gruplar arası ikili karşılaştırmada DM grubu ile HT grubu arasında anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Toplam Beck Depresyon Skorlarında anlamlı fark görülmedi (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların toplam Beck Anksiyete ve Depresyon Skorları

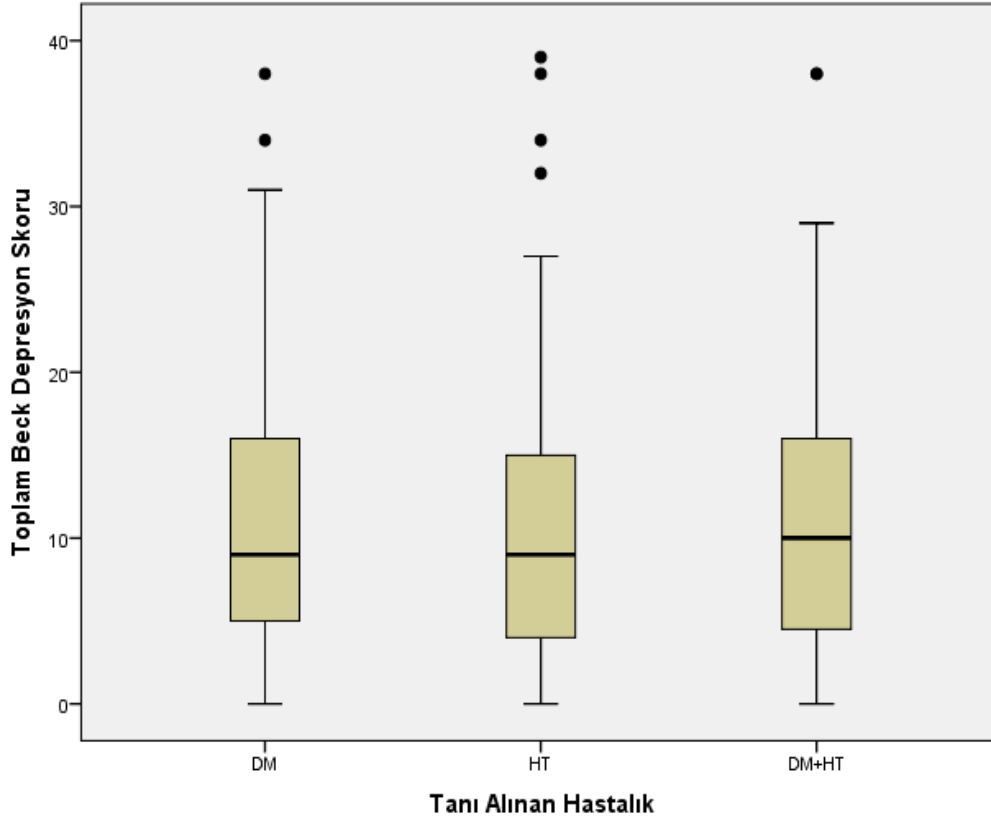
	DM (n=66)	HT (n=181)	DM + HT (n=83)	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Toplam Beck Anksiyete Skoru	12,24±9,63	8,35±7,65	10,84±9,07	0,032*
Toplam Beck Depresyon Skoru	11,53±8,72	9,91±7,94	11,16±8,41	0,383

*: $p < 0.05$ Kruskal Wallis test

Gruplarda toplam Beck Anksiyete Skoru >7 olanlar incelendiğinde; DM grubunda 28 kişi (%42,4), HT grubunda 59 kişi (%32,5), DM+HT grubunda ise 34 kişi (%40,9) olduğu gözlemlendi. Toplam Beck Depresyon Skoru >11 olanlar incelendiğinde ise; DM grubunda 21 kişi (%31,8), HT grubunda 52 kişi (%28,7), DM+HT grubunda ise 27 kişi (%32,5) olduğu gözlemlendi.



Şekil 2. Grupların Box-Whisker grafiği ile Beck Anksiyete Skor karşılaştırmaları



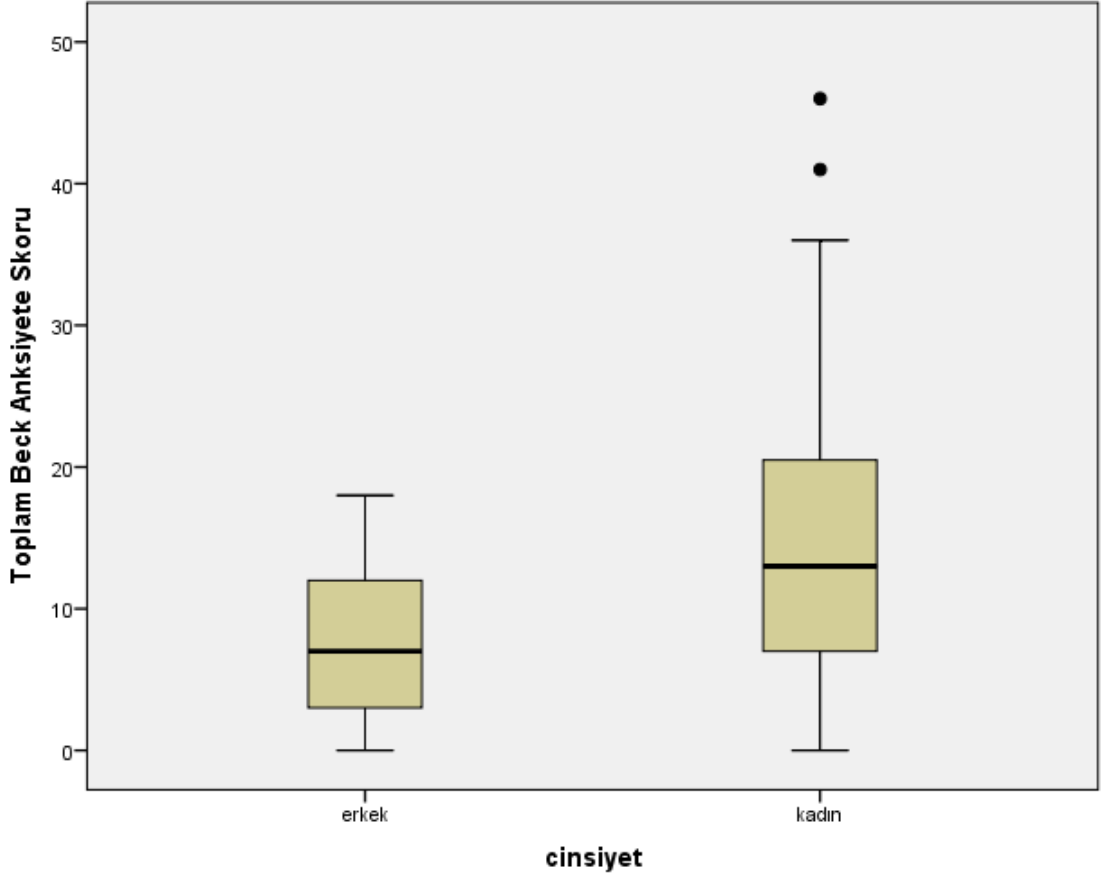
Şekil 3. Grupların Box-Whisker grafiği ile Beck Depresyon Skor karşılaştırmaları

DM hasta grubunun sosyodemografik özellikleri ve bazı bağımsız değişkenler arasındaki Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ilişkileri incelendiğinde, kadınlar ile erkekler arasından toplam Beck Anksiyete skoru istatistiksel olarak farklı bulundu ($p=0,001$). Diğer özellikler tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. DM hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı

		n	Toplam Beck		p	Toplam Beck	
			Anksiyete Skoru (Ort ± SS)			Depresyon Skoru (Ort ± SS)	p
Cinsiyet	Erkek	23	7,61 ± 5,91	0,001 *	8,83 ± 6,65	0,124	
	Kadın	43	14,72 ± 10,35		12,98 ± 9,40		
Medeni hal	Bekar	0		0,507		0,129	
	Evli	55	12,24 ± 12,27		11,98 ± 8,18		
	Dul	11	12,27 ± 13,73		9,27 ± 11,26		
Eğitim düzeyi	İlkokul	37	13,59 ± 9,77	0,282	12,59 ± 8,07	0,062	
	Ortaokul	15	12,80 ± 10,98		13,73 ± 10,77		
	Lise	11	8,45 ± 6,82		7,09 ± 6,63		
	Üniversite		6,67 ± 7,64		3,67 ± 3,21		
Egzersiz sıklığı	Asla	22	13,68 ± 11,21	0,598	10,64 ± 6,62	0,855	
	Düzensiz	23	10,43 ± 8,52		12,04 ± 11,29		
	Düzenli	21	12,71 ± 9,13		11,90 ± 7,74		
Hastalık yılı	1 yıldan az	2	12,00 ± 1,41	0,690	10,50 ± 4,95	0,589	
	1-5 yıl	28	10,64 ± 8,69		10,04 ± 8,56		
	6-10 yıl	27	12,96 ± 10,06		12,74 ± 9,46		
	10 yıl üstü	9	15,11 ± 12,22		12,78 ± 7,89		
Tedavi metodu	İlaç Kullanmıyor	8	7,13 ± 5,14	0,185	5,88 ± 5,62	0,057	
	OAD	40	13,55 ± 10,05		13,38 ± 9,33		
	İnsülin	15	12,80 ± 10,05		9,60 ± 6,77		
	OAD + İnsulin	3	5,67 ± 6,03		11,67 ± 11,06		
Tedavi düzeni	Asla	4	14,75 ± 5,32	0,716	14,25 ± 12,37	0,061	
	Çok az	10	12,10 ± 5,24		10,00 ± 7,07		
	Kısmen	17	12,18 ± 13,18		7,59 ± 5,08		
	Çoğunlukla	15	12,53 ± 8,31		17,87 ± 10,97		
	Her zaman	20	11,65 ± 10,04		10,35 ± 7,23		
Diyet	Asla	6	12,33 ± 5,57	0,888	11,00 ± 11,19	0,242	
	Çok az	11	14,36 ± 11,06		12,36 ± 9,75		
	Kısmen	14	13,00 ± 11,97		9,64 ± 9,53		
	Çoğunlukla	17	11,41 ± 7,80		15,18 ± 8,70		
	Her zaman	18	11,11 ± 10,05		9,22 ± 5,93		

* Bağımsız t-Testi ile <0,05 düzeyinde anlamlılık



Şekil 4. DM hasta grubunun Box-Whisker grafiği ile cinsiyet açısından toplam Beck Anksiyete düzeyi

HT hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon skoru ile bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı incelendiğinde; kadınların erkeklere oranla hem toplam Beck Anksiyete hem de toplam Beck Depresyon skoru istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Medeni hal durumu incelendiğinde dul hastaların evli hastalara göre hem toplam Beck Anksiyete hem de toplam Beck Depresyon skoru istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Eğitim durumları incelendiğinde eğitim seviyeleri açısından hem toplam Beck Anksiyete hem de toplam Beck Depresyon skoru istatistiksel olarak farklı bulundu ($p<0,001$). Eğitim seviyesi yükseldikçe hem Beck Anksiyete skorunun hem de Beck Depresyon skorunun giderek azaldığı gözlenmiştir. HT hastalık yılı açısından toplam Beck Anksiyete skoru incelendiğinde, yıllara göre skorlar açısından anlamlı bir fark bulunmamasıyla birlikte ($p=0.399$), bir yıldan az olan HT hastalarının toplam Beck Anksiyete skoru daha yüksek olduğu gözlemlendi. HT hastalık yılı açısından toplam Beck

Depresyon skoru incelendiğinde, yıllara göre gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p < 0,001$). İlk yıl Beck Depresyon skoru yüksek iken hastalık süresi 1-5 yıl arasında olanların grubunda skor düşmüş ve 5 yıldan fazla süredir HT tanısı olan hastalarda ise skor yükselmiştir. Diğer özellikler tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. HT hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı

		n	Toplam Beck Anksiyete Skoru (Ort ± SS)	p	Toplam Beck Depresyon Skoru (Ort ± SS)	p
Cinsiyet	Erkek	58	4,98 ± 4,71	<0,001*	6,64 ± 6,70	<0,001*
	Kadın	123	9,94 ± 8,24		11,46 ± 8,03	
Medeni hal	Bekar	0		<0,001*	9,01 ± 7,23	<0,001*
	Evlü	158	7,36 ± 6,42		16,13 ± 9,81	
	Dul	23	15,17 ± 11,35		11,38 ± 7,73	
Eğitim	İlkokul	112	10,38 ± 7,76	<0,001**	9,00 ± 8,44	<0,001**
	Ortaokul	31	6,39 ± 7,32		7,20 ± 7,51	
	Lise	30	4,10 ± 5,33		3,13 ± 3,23	
	Üniversite	8	3,63 ± 4,03			
Egzersiz sıklığı	Asla	98	8,95 ± 8,42	0,817	10,54 ± 8,50	0,208
	Düzensiz	41	7,32 ± 5,90		10,46 ± 7,46	
	Düzenli	42	7,98 ± 7,28		7,90 ± 6,77	
Hastalık yılı	1 yıldan az	6	12,67 ± 8,12	0,399	12,00 ± 5,22	<0,001**
	1-5 yıl	72	8,07 ± 7,80		7,63 ± 7,35	
	6-10 yıl	64	8,17 ± 8,08		10,28 ± 8,42	
	10 yıldan fazla	39	8,51 ± 6,55		13,21 ± 7,38	
Tedavi metodu	İlaç kullanmıyor	6	16,17 ± 5,98	0,319	10,50 ± 7,89	0,362
	Tekli ilaç	104	7,68 ± 7,99		9,56 ± 7,72	
	İkili	67	8,75 ± 6,95		10,12 ± 8,36	
	Üçlü	4	7,50 ± 7,05		14,75 ± 7,50	
	Dört ve daha fazla	0				
Tuz kısıtlama	Asla	8	8,63 ± 8,96	0,455	7,13 ± 7,14	0,086
	Çok az	23	11,39 ± 10,15		12,78 ± 10,56	
	Kısmen	45	7,93 ± 6,37		10,24 ± 7,61	
	Çoğunlukla	47	7,40 ± 5,86		11,00 ± 6,97	
	Her zaman	58	8,21 ± 8,45		8,02 ± 7,53	
Sigara	Asla	141	8,93 ± 8,04	0,243	9,63 ± 8,08	0,181
	0-10	30	6,40 ± 5,86		11,83 ± 7,72	
	11-20	9	5,56 ± 5,39		7,56 ± 5,98	
	21-40	0				
	>40	1	11		13	

* Mann-Whitney U testi ile $< 0,05$ düzeyinde anlamlılık

** Kruskal-Wallis Testi ile $< 0,05$ düzeyinde anlamlılık

DM+HT hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon skoru ile bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı incelendiğinde; kadınlar ile erkekler arasındaki toplam Beck Anksiyete skoru istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). Beck Anksiyete skorları erkeklerde $6,09 \pm 5,32$, kadınlarda $12,67 \pm 9,58$ olarak bulundu. DM+HT hasta grubunda hipertansiyon hastalık yılına göre Beck Depresyon skoru değerlendirildiğinde istatistiksel olarak fark bulundu ($p=0.029$). Diğer değişkenlerin dağılımı tablo 15 ve 16 'da gösterilmiştir.



Tablo 15. DM + HT hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı

		n	Toplam Beck Anksiyete Skoru (Ort ± SS)	p	Toplam Beck Depresyon Skoru (Ort ± SS)	p
Cinsiyet	Erkek	23	6,09 ± 5,32	0,001*	9,22 ± 9,82	0,050
	Kadın	60	12,67 ± 9,58		11,90 ± 7,77	
Medeni hal	Bekar	3	11,33 ± 9,24	0,387	17,67 ± 17,67	0,601
	Evli	68	10,04 ± 7,90		10,65 ± 8,08	
	Dul	12	15,25 ± 13,68		12,42 ± 7,67	
Eğitim düzeyi	İlkokul	61	11,75 ± 9,18	0,206	11,33 ± 7,82	0,544
	Ortaokul	12	9,67 ± 10,08		13,33 ± 12,03	
	Lise	3	9,00 ± 8,19		6,67 ± 8,33	
	Üniversite	7	5,71 ± 5,44		7,86 ± 5,93	
Egzersiz sıklığı	Asla	37	9,78 ± 9,12	0,390	11,35 ± 9,38	0,559
	Düzensiz	19	11,05 ± 6,24		12,16 ± 7,67	
	Düzenli	27	12,15 ± 10,69		10,19 ± 7,68	
DM hastalık yılı	1 yıldan az	1	20	0,904	15	0,376
	1-5 yıl	30	10,97 ± 8,50		10,60 ± 8,34	
	6-10 yıl	30	11,27 ± 11,11		10,27 ± 8,52	
	10 yıl üstü	22	9,68 ± 6,74		12,95 ± 8,63	
DM tedavi metodu	İlaç Kullanmıyor	8	12,63 ± 14,89	0,424	13,38 ± 12,86	0,190
	OAD	51	10,22 ± 9,08		9,96 ± 7,62	
	İnsülin	15	10,53 ± 7,38		14,87 ± 8,45	
	OAD+İnsülin	9	13,33 ± 5,10		9,78 ± 7,17	
DM tedavi düzeni	Asla	3	31,00 ± 9,64	0,256	21,33 ± 14,47	0,627
	Çok az	12	12,08 ± 14,83		8,75 ± 8,43	
	Kısmen	20	11,45 ± 5,90		11,30 ± 9,22	
	Çoğunlukla	22	7,86 ± 6,40		11,00 ± 8,30	
	Her zaman	26	10,00 ± 6,83		11,12 ± 6,81	
DM diyet düzeni	Asla	5	21,80 ± 14,75	0,144	14,20 ± 14,15	0,853
	Çok az	8	8,75 ± 7,07		9,25 ± 8,96	
	Kısmen	23	11,65 ± 6,26		10,22 ± 7,42	
	Çoğunlukla	24	8,42 ± 6,61		11,75 ± 9,75	
	Her zaman	23	10,91 ± 11,43		11,48 ± 6,54	

Tablo 16. DM + HT hasta grubunun toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Skoruyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımının devamı

		n	Toplam Beck Anksiyete Skoru (Ort ± SS)	p	Toplam Beck Depresyon Skoru (Ort ± SS)	P
HT hastalık yılı	1 yıldan az	1	9	0,624	2	0,029**
	1-5 yıl	28	11,68 ± 9,68		11,25 ± 8,87	
	6-10 yıl	37	9,32 ± 6,71		9,00 ± 6,62	
	10 yıldan fazla	17	12,88 ± 12,30		16,24 ± 9,38	
HT tedavi düzeni	İlaç kullanmıyorum	2	6,00 ± 4,24	0,464	15,00 ± 18,38	0,189
	Tekli ilaç	48	9,98 ± 7,75		11,83 ± 9,06	
	İkili	28	12,68 ± 11,56		9,46 ± 6,62	
	Üçlü	4	13,00 ± 3,16		15,75 ± 5,25	
	Dört ve daha fazla	1	2		3	
HT tuz kısıtlama	Asla	2	36,50 ± 2,12	0,207	25,00 ± 18,38	0,078
	Çok az	11	8,73 ± 7,52		7,00 ± 4,56	
	Kısmen	21	11,76 ± 6,02		11,76 ± 9,54	
	Çoğunlukla	24	10,38 ± 6,86		13,58 ± 8,10	
	Her zaman	25	9,40 ± 11,05		9,04 ± 6,75	
Sigara	Asla	68	10,71 ± 7,97	0,600	10,74 ± 8,02	0,811
	0-10	12	11,33 ± 14,85		13,42 ± 11,02	
	11-20	3	12,00 ± 5,57		11,67 ± 6,66	
	21-40	0				
	>40	0				

* Mann-Whitney U testi ile <0,05 düzeyinde anlamlılık

** Kruskal-Wallis Testi ile <0,05 düzeyinde anlamlılık

VKİ ile grupların toplam Beck Depresyon ve Beck Anksiyete skorları incelendiğinde; DM grubunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmezken, HT grubunda hem Beck Anksiyete skoru hem de Beck Depresyon skorundan istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. DM+HT grubunda ise Beck Anksiyete skoru istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken Beck Depresyon skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 17).

Tablo 17. VKİ ile grupların skorlar üzerine korelasyonu

	Toplam Beck Anksiyete Oranı			Toplam Beck Depresyon Oranı		
	DM	HT	DM + HT	DM	HT	DM + HT
	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>
VKİ	0,217 (0,810)	0,303 (<0,001)	0,252 (0,022)	0,137 (0,273)	0,268 (<0,001)	0,020 (0,980)

r: Spearman korelasyon katsayısı

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

Hastaların haftalık egzersiz sıklığına göre toplam Beck Anksiyete ve toplam Beck Depresyon skorları incelendiğinde; haftada üç günden az ile üç günden fazla egzersiz yapanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların haftalık egzersiz sıklığına göre Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Skorları

	Haftalık Egzersiz Sıklığı		<i>p</i>
	<3 gün (n= 16)	>3 gün (n= 76)	
Toplam Beck Anksiyete Skoru	11,30 ± 7,96	10,23 ± 7,62	0,192
Toplam Beck Depresyon Skoru	10,52 ± 7,64	9,86 ± 7,32	0,342

Hastaların ek hastalık açısından toplam Beck Anksiyete ve Beck Depresyon skorları incelendiğinde; toplam Beck Anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak fark olduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). İkili grup karşılaştırmasında kolesterol yüksekliği olan hastaların Beck Anksiyete skorları kalp hastalarına göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0.05$). Hastaların toplam Beck Depresyon skorları ise benzerdi (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların ek hastalık açısından Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Skorları

	Ek Hastalık			<i>p</i>	Çoklu
	Kalp Hastalığı (1) n= 41	Göz Hastalığı (2) n= 31	Kolesterol Yüksekliği (3) n= 34		Karşılaştırma <i>p</i>
Toplam Beck Anksiyete Skoru	9,19 ± 5,17	7,50 ± 5,10	11,00 ± 9,22	0.019*	1-2: 0,767** 1-3: 0,012** 2-3: 0,018**
Toplam Beck Depresyon Skoru	11,47 ± 6,46	12,65 ± 6,54	13,67 ± 4,84	0.310*	1-2: 0,487** 1-3: 0,122** 2-3: 0,473**

*: Kruskal Wallis testi, **: Mann-Whitney U testi

5. TARTIŞMA

DM ve HT gibi kronik hastalıklarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların, sağlıklı bireylere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarındaki bu artış hastanın tedaviye ve önerilere uyumunu, tedaviye cevabını ve sonuç olarak hastalığın prognozunun olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (73).

Çalışmamızda; aile sağlığı merkezine başvuran DM ve/veya HT hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek, aldıkları tıbbi tedavi, ilaç ve diyet uyumu ve diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini ve tüm bunların anksiyete ve depresyon riskine etkisini araştırdık.

Çalışmamıza dahil edilen hastalar; diyabet hastalığı olanlar, hipertansiyon hastalığı olanlar, diyabet ve hipertansiyon hastalığı olanlar olmak üzere üç gruba ayrıldı. Toplam Beck Anksiyete skoru >7 olan hastalar incelendiğinde; sadece DM hastalığı olan grupta %42,4, sadece HT hastalığı olan grupta %32,5, DM ve HT hastalığı olan grupta ise %40,9 oranında anksiyete bozukluğu saptandı. Toplam Beck Depresyon skoru >11 olan hastalar incelendiğinde; sadece DM hastalığı olan grupta %31,8, sadece HT hastalığı olan grupta %28,7, DM ve HT hastalığı bulunan grupta ise %32,5 oranında depresyon gözlemlendi. Dünya genelinde DSÖ'nün yaptığı bir çalışmada yüksek gelirli 10 ülkede depresyon yaygınlığı %5,5 olarak bulunurken düşük-orta gelirli 8 ülkede %5,9 olarak gözlemlenmiştir (58). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda depresyon yaygınlığı kırsal kesimde %9,2 oranında bulunurken, yarı kırsal kesimde %10,5 olarak belirtilmiştir (57). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık kuruluşunda kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon oranlarını araştırmak üzere yaptıkları çalışmada, hastaların anksiyete ölçeğinde %51,2'sinin eşik üstü, depresyon ölçeğinde ise %81,5'inin eşik üstü olduğu belirlenmiştir (6). Gülseren ve arkadaşlarının diyabetli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların %34,4'ünde depresyon skoru yüksek bulunurken, %21,1'inde anksiyete skorunun yüksek olduğu belirtilmiştir (74). Sertöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bedensel hastalıklarda depresyonun araştırıldığı bir başka çalışmada, bedensel hastalığı olanların %41'inde olmayanlara göre daha fazla depresyon riski olduğu belirtilmiştir (75). Ackermann ve arkadaşlarının

diyabet ve kalp yetmezliği olan hastalarda telefon görüşmesiyle yaptıkları çalışmada, hastaların %51'inde depresif belirtiler gözlenmiştir (76). Çalışmamızdaki bireylerde kadın cinsiyetin fazlalığı, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve kronik hastalık varlığının, depresyon ve anksiyete oranları üzerine önemli etki gösterdiği düşünüldü.

Depresyon; yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilen, fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara neden olabilen bir hastalıktır. Anhedoni, enerji azalması, suçluluk duyguları, düşük öz saygı, uyku ve konsantrasyon bozukluğu gibi yaşamı kısıtlayan şikayetlerle beraberdir. Ayrıca depresyon dünyada en fazla yeti yitimine yol açan hastalıklardandır (7, 77). Çalışmamızda DM ve HT hastalarında depresyon ve anksiyete oranları yüksek saptanmıştır. DSÖ'ye göre depresyon birinci basamakta güvenilir bir şekilde tanısı konulabilen ve tedavisi yapılabilen bir hastalıktır (77). Bu bağlamda DM ve HT hastalarında birinci basamakta da depresyonun tanınıp tedavi edilmesi; hastaların işlevselliğinin artırılmasında, yeti yitiminin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkı sağlayabilir.

Çalışmaya dahil edilen 330 hastanın 66'sında (%20) diyabet hastalığı, 181'inde (%54,8) hipertansiyon hastalığı ve 83'nde (%25,2) hem diyabet hem hipertansiyon hastalığı mevcuttu. Toplam Beck Anksiyete skoru gruplar arası karşılaştırıldığında DM hastalığı olanların grubu ile HT hastalığı olanların grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diyabet hastalarında HT hastalarına oranla anksiyete bozukluğunun daha fazla görüldüğü belirlendi. Toplam Beck Depresyon skoru gruplar arası karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Sargın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyabetik ve hipertansif hastalarda Well Being leğinden faydalanılarak hastaların depresyon ve anksiyete durumları belirlenmiştir. Sadece hipertansiyon hastalığı olanlar, sadece diyabet hastalığı olanlar ve hem hipertansiyon hem de diyabet hastalığı olan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak hem hipertansiyon hem de diyabeti olan hasta grubunun depresyon ve anksiyete oranlarını, diğer hasta gruplarına göre daha yüksek oranda bulmuşlardır (78). Sönmez ve arkadaşlarının diyabet hastalığı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, diyabet ve hipertansiyon hastalığı bulunanlarda depresyon görülme sıklığı, sadece diyabet hastalığı bulunanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (79). Aydoğan ve arkadaşlarının hipertansif hastalarda Beck Anksiyete leğini kullanarak yaptıkları çalışma sonuçlarına göre hastaların %38,5'inde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Hipertansiyona diyabet hastalığı da eklendiğinde bu oranın arttığı gösterilmiştir (80). Çalışmamızda diyabetli hasta

grubunda elde edilen anksiyete bozukluğu oranlarının yüksek olmasının nedeninin, kan şekereğini takip etmeyle ilişkili psikolojik stres ve hipoglisemi ya da hiperglisemi atakları korkusu olabileceğini düşündük.

Çalışmaya dahil edilen 330 hastanın 226'sının (%68,5) kadın, 104 (%31,5) kişinin ise erkek ve yaş ortalamasının $53,69 \pm 7,24$ yıl olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda tüm gruplar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Toplam Beck Anksiyete skoru ve toplam Beck Depresyon skoru ele alınarak yapılan analizde, HT hasta grubunda kadınların erkeklere oranla hem toplam Beck Anksiyete hem de toplam Beck Depresyon skoru istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. DM'li hasta grubu incelendiğinde kadınların erkeklere oranla toplam Beck Anksiyete skoru yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, Beck Depresyon Skoruna bakıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmedi. DM ve HT hastalığı bulunan grupta ise kadınlardaki toplam Beck Anksiyete skoru daha yüksek gözlemlendi ve kadınlar ile erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu grupta toplam Beck Depresyon skoru ile cinsiyetler arasında anlamlı fark gözlemlenmedi. Ülkemizde Keskin ve arkadaşlarının 2012 yılında Eskişehir ili merkezinde 1475 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı cinsiyetlere göre incelendiğinde; kadınların %19,6'sında, erkeklerin ise %13'ünde anksiyete bozukluğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (81). Anksiyete bozukluğu tanısının kadınlarda daha yaygın gözlemlenmesi çalışmamızdaki her üç grup içinde uyumlu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada major depresif bozukluk oranlarına bakıldığında kadınlarda %31,9'u tanı alırken, erkeklerde bu oran %17,9 olarak bulunmuştur. Çalışmada cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı gözlemlenmiştir. Sönmez ve arkadaşlarının diyabetik hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonuçlarına göre kadınlar, hem anksiyete hem de depresyon açısından daha yüksek riske sahip bulunmuştur (79). ABD'de yapılan Ulusal Eş tanı Araştırması sonuçlarına göre anksiyete bozukluklarının yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5 olarak gözlemlenirken erkeklerde %19,2 bulunmuştur. Yine Lewinsohn ve arkadaşlarının, anksiyete bozuklukları ve belirtilerinde cinsiyet farklılıklarını araştırdığı çalışmada, kadınlarda erkeklere oranla belirgin yüksek anksiyete durumu gözlemlenmiştir (82). Parker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre ise depresyon kadınlarda daha fazla oranda görülmüştür (83). Çalışmamızda anksiyete bozukluğu için elde edilen sonuçlar bu çalışmalarla uyumlu bulundu. Fakat depresyon tanısı için

baktığımızda HT hasta grubunun literatürle uyumlu olduğunu, DM'li hasta grubu ve DM+HT hasta gruplarının uyumlu olmadığı gözlemlendi.

Çalışmamızda tüm gruplar medeni durum açısından incelendiğinde, DM hastalığı olan grupta ve HT+DM hastalığı olan grupta anksiyete ve depresyon görülme durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Hipertansif hasta grubu incelendiğinde ise dul hastaların evli hastalara göre toplam Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı. Bahar ve arkadaşlarının diyabetik hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada medeni durumu dul olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının, evli ve bekar olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (84). Maral ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada medeni durumu dul olanlarda depresyon düzeyi evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (85). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının Erzincan ilinde bir aile sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada medeni durumu dul olan hastaların, evli ve bekar hastalara göre depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı gösterilmiştir (6). Zhang ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kronik hastalıkları olan bireylerdeki medeni durumun depresyon puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını belirtmişlerdir (86). Medeni durumu dul olan hastaların destek faktörlerinin azlığı, yalnızlık yaşamaları ve toplumun bakış açısı gibi faktörlerin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların eğitim durumunun depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkisi incelendiğinde DM hastalığı olan grupta anlamlı fark gözlenmedi. HT hasta grubunda hem depresyon hem de anksiyete bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş olup eğitim seviyesi arttıkça depresyon ve anksiyete skorunun giderek azaldığı belirlendi. DM+HT hastalığı olan grupta ise istatistiksel olarak fark bulunmadı. Khuwaja ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi düşük olanlarda depresyon görülme oranı yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı fakat anksiyete bozukluğu için anlamlı ilişki bulunmamıştır (87). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir başka çalışmada eğitim düzeyi arttıkça depresyon puan ortalamalarının anlamlı derecede azaldığı fakat anksiyete puan ortalamalarının önemli derecede etkilenmediğini tespit etmişlerdir (6). Ringoir ve arkadaşlarının yurtdışında birinci basamakta yaşlılarda yapmış olduğu çalışmada, düşük eğitim düzeyiyle anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır (88). Bahar ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucunda eğitim düzeyi düşüğe anksiyete ve

depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu gösterilmiştir (84). Çalışmamız sonuçları, HT hasta grubu için literatürle uyumlu bulunmuştur. HT hasta grubunda eğitim düzeyi farklı olanların sayısının diğer gruplara göre daha fazla olması gereken analizin yapılmasını sağlamış olabilir.

Araştırmamızda gruplardaki hastaların VKİ ile depresyon ve anksiyete bozukluk skorları incelendiğinde; HT hastalığı bulunan grupta depresyon ve anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. VKİ arttıkça depresyon ve anksiyete skorunda artış olduğu belirlendi. DM+HT hastalığı bulunan grupta ise anksiyete skorunda anlamlı ilişki gözlenirken, depresyon skorunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Diyabet hastalığı bulunan grupta anlamlı fark gözlenmedi. Oyekcin ve arkadaşlarının obezite hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyini araştırdığı çalışmada, anksiyete ve depresyon skoru obez hasta grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur (89). Karagöl ve arkadaşlarının yapmış olduğu vücut kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, VKİ ile depresyon arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (90). Ringoir ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise VKİ ile depresyon ve anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (88). VKİ yüksek bireylere uygulanan damgalama ve kilolu bireylerin değersizleştirilmeleri, bu kişilerde daha düşük benlik saygısı gelişmesine, toplumdaki diğer bireylerin kendilerini sevmediklerini düşünmelerine ve sonuç olarak depresyona yakınlıklarının artmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda gruplardaki bireylerin hastalık yılları ile depresyon ve anksiyete bozukluk durumu karşılaştırıldığında, anksiyete skorlarında yıllara göre anlamlı bir fark bulunmama ile birlikte bir yıldan az süredir HT tanısı olanların anksiyete skoru daha yüksek bulunmuştur. Depresyon skorları incelendiğinde bir yıldan az süredir HT tanısı olanlarda depresyon skoru yüksek, 1-5 yıl arasında depresyon skoru düşük ve 5 yıldan uzun süredir HT tanısı mevcut olanlarda depresyon skoru yüksek olarak gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DM+HT hasta grubunda hipertansiyon hastalık yılına göre depresyon skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak fark gözlemlendi. DM+HT hastalığı olan ve HT tanısı 10 yılı aşkın süredir bulunan kişilerde depresyon oranının daha fazla görüldüğü belirlendi. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, hastalık süresinin uzaması ile depresyon ve anksiyete skor ortalamasının arttığını, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir (6). Gülseren ve arkadaşlarının diyabetli hastalarda yapmış olduğu çalışmada hastalık süresi uzadıkça depresyon düzeyinin artmakta olduğunu

ancak anksiyete düzeyinin düştüğünü belirlemişlerdir (74). Hipertansiyon vücut organlarını etkileyebilen ve bununla ilişkili olarak yeti yitimine neden olabilen bir hastalıktır. HT tanısının yeni konduğu dönemlerde hastalığa ilişkin belirsizlik, kişisel fonksiyonların kaybedileceği gibi geleceğe yönelik kaygılar, kişide ilk dönemde yüksek anksiyete ve depresyon oranlarına yol açmış ve sonraki dönemde hastalığı kabullenişle beraber hastadaki anksiyete ve depresyon oranları azalmış olabilir. İlerleyen yıllarda ise görülen yeti yitimi ve oluşan komplikasyonların depresyon halinin tekrar görülmesine neden olabileceği düşünüldü.

Araştırmamızda hastalarda bulunan ek hastalıklar ile depresyon ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında toplam anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenirken depresyon skorlarında fark gözlenmedi. Yapılan ikili karşılaştırmada kolesterol yüksekliği bulunan hastaların anksiyete skorlarının kalp hastalarına oranla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Leedom ve arkadaşlarının diyabet tanısıyla izlenen hastalarda komplikasyonlar ve ek hastalıklar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi sorguladığı çalışmada, komplikasyonu olan bireylerde depresif belirtilerin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (91). Keinanen ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir başka çalışmada diyabete eşlik eden hastalık varlığında yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve depresyon puanlarında ek hastalık olmayanlara göre artış olduğunu belirtmişlerdir (92). Gülseren ve arkadaşlarının DM'li hastalarda yapmış olduğu araştırmada ise diyabete eşlik eden hastalıklar ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (74). Gürbüz ve arkadaşlarının yapmış oldukları anksiyete bozukluğu ile izlenen bireylerde serum lipid profili ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, gruplar arasında LDL kolesterol, HDL kolesterol, total kolesterol seviyeleri ile anlamlı fark bulunmazken serum trigliserid seviyeleri ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir (93). Peter ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, yaygın anksiyete bozukluğu olan bireyler ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda serum kolesterol ve trigliserid seviyelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (94). Kolesterolün sinir hücresi yapı ve işlevlerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Toplumun kolesterol yüksekliği ve sebep olabileceği hastalıklar konusundaki farkındalıkları anksiyete skorlarında yüksekliğe sebep olmuş olabilir. Çünkü bireylerin kolesterol yüksekliğinin giderilmesi için diyet ve egzersizi hayatlarına katmaları gerekliliği onlar için ayrıca bir iş yükü ve zorluk oluşturabilir.

Çalışmamızda hastaların kullanmış olduğu tedavi metodu, tedaviye uyumları ve hastalıkları için önerilen diyetle uyumları ile depresyon ve anksiyete bozukluk skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hashmi ve arkadaşlarının hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, antihipertansif tedaviye uyumsuzluk ile depresyon arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir (95). Bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar gözlenmiştir. Ancak Wagn ve arkadaşlarının HT hastalarında yapmış olduğu bir başka çalışmada antihipertansif tedaviye uyumsuzluk ile depresyon arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (96). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, ilaçlarını düzenli kullanan ve önerilen diyetle uyan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve önerilen diyetle uymayan hastalara göre daha düşük olduğu fakat puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (6). Tedaviye ve önerilen diyetle uyumsuzluk, hastalığın tedavisi ve kontrolünü olumsuz yönde etkileyen en önemli etkenlerdendir. Uyumsuzluk sonucu hastalığa ilişkin komplikasyonlar daha erken sürede görülmekte ve sonuçta depresyon kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır (97).

Araştırmamızda grupların egzersiz yapma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulundu. HT grubunda düzenli egzersiz yapan hasta sayısı daha düşük sayıda görülürken DM+HT grubunda düzenli egzersiz yapanların daha fazla olduğu gözlemlendi. Hastaların egzersiz yapma durumu, egzersiz çeşit ve süreleri ve haftalık egzersiz sıklığı ile depresyon ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Gruplarda düzenli egzersiz yapan hastaların haftalık egzersiz sıklığı ile depresyon ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında, üç gün ve üzerinde egzersiz yapan hastaların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete skorları daha düşük gözlemlendi fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Balhara ve arkadaşlarının Tip 2 DM’li hastalarda yapmış oldukları çalışmada, fiziksel egzersiz ile anksiyete arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (98). Aylaz ve arkadaşlarının kadın bireylerde yapmış olduğu aerobik ve yürüme gibi egzersizlerin depresif belirtilere etkisinin araştırıldığı çalışmada, egzersiz sonrası depresyon skorlarında düşüş saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (99). Tekin ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise fiziksel egzersizin depresyon ve atılganlık üzerine etkisi araştırılmış ve 2 ay süren egzersiz programı sonrasında depresyon skorunda anlamlı farklılık gözlenmiştir (100). Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalamasının 50’nin üzerinde olması ve VKİ ortalamasının 30 üzerinde

idi. Bunlar ise hastaların hareketlerini zorlaştırabilecek, yapılan egzersizin verimini ve kalitesini düşürebilecek sebepler olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanım oranı %21,5 olarak bulundu. Sigara kullanma durumlarıyla depresyon ve anksiyete bozukluğu skorları karşılaştırıldığında, sigara kullanan hastalarda depresyon ve anksiyete skorlarında artış olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Ringoir ve arkadaşlarının yurtdışında birinci basamakta yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımıyla depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiş ve çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (88). Yurtdışında Cheung ve arkadaşlarının tarafından yapılan farklı bir çalışmada ise sigara kullanımı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (101).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapmış olduğumuz çalışmada psikiyatrik herhangi bir tanı ve tedavi almayan hipertansiyon ve/veya diyabet hastalığı bulunan bireylerde anksiyete ve depresyon oranlarını belirlemek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğini kullandık. Diyabet hastalığı bulunan grupta anksiyete bozukluğunun, hipertansiyon hastalığı grubuna göre daha yüksek olduğunu belirledik. Depresyon ve anksiyete bozukluğu durumlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkilerini gösterdik. Kadın cinsiyetin, medeni hal olarak dul olmanın, eğitim seviyesinin düşük olmasının ve vücut kitle indeksinin yüksek olmasının anksiyete ve depresyon durumlarını arttıran faktörler olduğunu belirledik. Hastalık süreleri incelendiğinde, hipertansiyon hastalığı bulunanlarda anksiyete ve depresyon oranlarının hastalık süreleriyle ilişkili olduğu tespit edildi. Ek hastalık açısından incelendiğinde kolesterol yüksekliği bulunan hastalarda anksiyete skorunun daha yüksek olduğu gösterildi. Haftada üç gün ve üzerinde egzersiz yapanların depresyon ve anksiyete skorlarında düşüklük saptanmasına rağmen anlamlı fark bulunmadığı tespit edildi.

Bu sonuçlar ışığında psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevselliği bozması, hastalığa uyum ve iyileşme sürecine olumsuz etki göstermesi nedeniyle özellikle diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalığı bulunan bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun tanınması ve etkin tedavi edilmesi gerekmektedir.

İnsan bedeni; biyolojik, psikolojik ve sosyal parametrelerin karmaşık etkileşimleri sonucunda şekillenmektedir. Aile hekimliği; hastalarını biyolojik, psikolojik, sosyal olarak ele alan bir bilim dalıdır. Bir kronik hastalık ile en az bir akut veya kronik hastalık veya biyopsikososyal faktör ya da somatik risk faktörünün herhangi bir birleşimi şeklinde tanımlanan multimorbidite, hastaya karşı yükümlülüğümüzün belli bir hastalık veya tedavi yöntemi ile kısıtlamayacağını gösterir. Biyopsikososyal yaklaşım bünyesinde hastalık ve sağlık, sadece fizyolojik parametreler değil aynı zamanda sosyal, psikolojik ve spiritüel parametrelerden ve tüm bunların bütüncül etkisinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bireyin akut ve kronik sorunlarını aynı anda yöneterek sağlık ve iyilik halini devam ettirmeyi amaçlayan kapsamlı bakım, biyopsikososyal yaklaşım ve tüm çekirdek

yeterlilikler kapsamında; diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarına, hasta merkezli klinik yöntemle yaklaşılmalı, hasta bütüncül olarak ele alınmalı, yalnızca fiziksel rahatsızlık ve komplikasyonları ile değil, psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Satman İ, İmamoğlu Ş, Salman S, Candeğer Y, Deyneli O, Akalın S ve ark. *Diyabetes Mellitus Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 10 Baskı. Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. 2018. p:15-175*
2. Bahar A, Tanrıverdi D. *Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet: Bir Gözden Geçirme. Yeni Symposium. 2017;55(2):13-8.*
3. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M ve ark. *Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 1 Baskı: Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.; 2018. p:1-32*
4. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş ve ark. *Türk hipertansiyon uzlaşma raporu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2015;43(4):402-9.*
5. Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Sarı O. *Birinci basamakta antihipertansif ilaç tedavisine yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8:486-94.*
6. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. *Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9:209-16.*
7. Karamustafaloğlu O, Gül IG. *Depresyon. In: Karamustafaloğlu O, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri Kitabı. 29: Güneş Tıp Kitabevi 2018. p. 313-38.*
8. Erkmén H. *Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In: Karamustafaloğlu O, editor. Temel ve Klinik Psikiyatri. 30: Güneş Tıp Kitabevi 2018. p. 339-45*
9. Akman M, Ünalán PC. *Biyopsikososyal Yaklaşım. In: Bozdemir N, Kara İH, editors. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1. Adana Nobel Kitabevi 2010. p. 22-4.*

10. Görpelioğlu S. Aile Hekimliğinde Tanımlar, Kavramlar ve Türkiye'ye Özgü Durumlar. In: Bozdemir N, Kara İH, editors. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1. Adana Nobel Kitabevi 2010. p. 2-8.
11. Expert C, Punthakee Z, Goldenberg R, Katz P. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Can J Diabetes*. 2018;42 (1):p 10-15.
12. Greydanus DE, Merrik J. *Diabetes Mellitus: A Medical History Journey*: Nova Science Publishers; 2016. p: 42-53
13. Orbay E. Diyabetin Tarihçesi ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Nutrition and Diabetics - Special Topics*. 2017;3:9-52.
14. Ogurtsova K, Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;128:40-50.
15. Uluslararası Diyabet Federasyonu. Erişim adresi: <http://www.diabetesatlas.org/>. Erişim zamanı: 05.02.2019
16. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Raporu. *Journal of the Society of Endocrinology and Metabolism of Turkey* 2012;16:1-50.
17. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2019/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_Combined_FINAL.pdf. Accessed: 07.02.2019
18. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli. Sav A, Özdamar ŞO, editors. 7. Baskı. Ankara Güneş Kitapevi 2009. p:356-368
19. Önmez A, Tamer A. Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7: 143-7.

20. Tüzün D. *Diabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları. KSU Tıp Fakültesi dergisi.* 2015;10:32-6.
21. Ilbert R, Salcido-Montenegro A, Rodriguez-Gutierrez R, Katabi A, McCoy RG. *Hypoglycemia Among Patients with Type 2 Diabetes: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention Strategies. Current Diabetes Reports.* 2018;18:53.
22. Abi Khalil C, Suwaidi JA, Refaat M, Mohammedi K. *Cardiac Complications of Diabetes. BioMed Research International.* 2018;2018:8578394
23. Çayır A, Turan Mİ. *Diabetes Mellitusla İlişkili Kardiyak Bozukluklar. Ankara Medical Journal.* 2015;15(4).
24. Senthilnathan J, Bhanu K, Srinivasan A, Sweetson D. *Diabetes Mellitus and Central Nervous System. In: Srinivasan A, Doe J, Vasudevan D, editors. Practice Pearls in Neurology. 1st ed. New Delhi, India. Jaypee Brothers Medical Publishers.2018. p. 15-20.*
25. Chin JA, Sumpio BE. *Diabetes mellitus and peripheral vascular disease: diagnosis and management. Clin Podiatr Med Surg.* 2014;31(1):11-26.
26. Takagi H. *Novel strategy for screening of diabetic retinopathy. Journal Diabetes Investig.* 2018;9:726-7.
27. Karakoç A. *Diyabetik Nefropati ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Endocrinology - Special Topics.* 2018;1:1-11.
28. Boulton AJM. *Diyabetik nöropati: sınıflanması, ölçümü ve tedavisi. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes And Obesity.* 2007;2:142-8.
29. Saltoğlu N, Kılıçoğlu Ö, Baktıroğlu S, Oşar-Siva Z. *Diyabetik Ayak Yarası ve İnfeksiyonunun Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi: Ulusal Uzlaş Raporu. Klimik Dergisi.* 2015;28:2-34.
30. Özcan L, Polat EC. *Diyabet ve Cinsel Yaşam. Okmeydanı Tıp Dergisi.* 2015;31:57-62.
31. Yalçın MS, Kara B. *Diyabetin Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları. Güncel Gastroenteroloji.* 2015;19:255-60.

32. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. *Diabetes mellitus and primary healthcare. Journal of Clinical and Experimental Investigations.* 2013;4:562-7.
33. Psaltopoulou T, Ilias I, Alevizaki M. *The role of diet and lifestyle in primary, secondary, and tertiary diabetes prevention: a review of meta-analyses. Rev Diabet Stud.* 2010;7:26-35.
34. Nathan GS, Lachin J, Cleary P. *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med.* 1993;326:977-86.
35. *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet.* 1998;352:837-53.
36. Ergin E, Akin S, Kazan S, Erdem ME, Tekçe M, Aliustaoğlu M. *Diyabetik Hastalarda Lipit Profili: Farkındalık ve Tedavideki Başarı Oranlarımız. J Kartal TR.* 2013;24:157-63.
37. Başak O. *Hipertansiyon Epidemiyolojisi, Kılavuzlar ve Tanısal Süreç. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2017;8:416-24.
38. Şengül S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S et al. *Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. Journal of Hypertension.* 2016;34:1208-17.
39. *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet.* 2017;389:37-55.
40. Öztürk O. *Birinci Basamakta Sekonder Hipertansiyon Tanısal Süreci ve Tedavi Prensipleri. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2017;8:449-52.
41. Hernandez-Vila E. *A Review of the JNC 8 Blood Pressure Guideline. Texas Heart Institute Journal.* 2015;42:226-8.

42. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104.
43. Mahabala C, Kamath P, Bhaskaran U, Pai ND, Pai AU. Antihypertensive therapy: nocturnal dippers and nondippers. Do we treat them differently? *Vascular Health Risk Management*. 2013;9:125-33.
44. Ünal M, Yalçın BM. Birinci Basamakta Kan Basıncı Ölçümü ve Karşılaşılan Güçlükler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8:407-15.
45. Aksu F, Keleş N, Yılmaz Y, Demircioğlu K, Çalışkan M. Maskeli hipertansiyon. *Medeniyet Medical Journal* 2016;31:122-7.
46. Volpe M, Gallo G, Battistoni A, Tocci G. Highlights of ESC/ESH 2018 Guidelines on the Management of Hypertension: What Every Doctor Should Know. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2019;26(1):1-8.
47. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27(11):2121-58.
48. Üstü Y, Uğurlu M. A Practical Approach to Hypertension. *Ankara Med J*. 2018;18:447-53.
49. Tekin G. Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. *Archives Medical Review Journal*. 2016;25:163-80.
50. Peters R. No clear relationship between antihypertensive class and cognitive function over 12 months in a cohort study of community-dwelling adults aged 80 and over. *Ther Adv Chronic Dis*. 2019;10:2040622318820849.
51. Whitworth JA, World Health Organization ISoHWG. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*. 2003;21(11):1983-92.
52. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Medical Journal*. 2015;42:199-207.

53. Döner P, Özer C. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Egzersiz ve Obezite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8(6):482-5.
54. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 15. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri 2018. 340-450 p.
55. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(1):1-14.
56. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA*. 2011;306(11):1241-9.
57. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10:3-10.
58. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res*. 2007;41(3-4):207-13.
59. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8:1-6.
60. Mann J. Mood Disorders. In: Black DW, Andreasen NC, editors. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 5 ed. Washington DC. American Psychiatric Publishing Inc. 2011. p. 141-69.
61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2013.
62. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8:29-37.
63. Taycan SE. Depresyon Psikofarmakolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012;5:77-86.
64. Özder A, Kayali Y. Depresyon (Çökkünlük). *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics*. 2018;9:173-8.

65. Ünal A, Savaş HA. Depresyon ve Direnç. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012;5:51-7.
66. Doğan O. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2010;3:9-18.
67. Aslan S, Yüksel N. Anksiyete Bozukluklarında İlaç Tedavileri. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2006;2:68-80.
68. Çitak S. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikoterapi ve Farmakoterapi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2018;9:141-9.
69. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
70. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*. 2009. p. 93-335.
71. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12:163-72.
72. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Arıca DA. Seboreik Dermatit Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Türkderm*. 2012;46:39-43.
73. Mete HE. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:3-18.
74. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12:89-98.
75. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004:63-9.
76. Ackermann RT, Rosenman MB, Downs SM, Holmes AM, Katz BP, Li J, et al. Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(5):338-43.

77. *Depression A Global Public Health Concern. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. Accessed: 03.05.2019*
78. *Sargın M, Sargın H, Şengül AM, Hezer Ö, GülnurAydın, Yayla A. Tip2 Diyabetli ve/veya Hipertansif Vakalarda Ruhsal İyilik Halini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2001;12:72-5.*
79. *Sönmez B, Kasım İ. Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17:119-24.*
80. *Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğan Aydoğdu, Sağlam K. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. Konuralp Tıp Dergisi. 2012;4:1-5.*
81. *Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:344-51.*
82. *Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. J Abnorm Psychol. 1993;102(1):133-44.*
83. *Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Is any female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? Acta Psychiatr Scand. 2001;103(4):252-6.*
84. *Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi Anatolian Journal of Psychiatry 2006;7:18-26.*
85. *Maral I, Aslan S , İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:251-9.*
86. *Zhang J, Ye M, Huang H, Li L, Yang A. Depression of chronic medical inpatients in China. Arch Psychiatr Nurs. 2008;22(1):39-49.*
87. *Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. Diabetol Metab Syndr. 2010;2:72.*

88. Ringoir L, Pedersen SS, Widdershoven JW, Pop VJ. Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care. *Neth Heart J*. 2014;22(2):71-6.
89. Oyekcin DG, Yıldız D, Şahin EM, Gür S. Depression and Anxiety in Obese Patients. *Turk Jem*. 2011;15:121-4.
90. Karagöl A, Özçürümez G, Taşkıntuna N, Nar A. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15:207-13.
91. Leedom L, Meehan WP, Procci W, Zeidler A. Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 1991;32(3):280-6.
92. Keinanen-Kiukaanniemi S, Ohinmaa A, Pajunpaa H, Koivukangas P. Health related quality of life in diabetic patients measured by the Nottingham Health Profile. *Diabet Med*. 1996;13(4):382-8.
93. Gürbüz T, Kara S, Öngel K. Anksiyete Bozukluğu ile İzlenen Hastalarda Anksiyete Şiddeti ve Serum Lipid Profili İlişkisi. *Tepecik Eğit Hast Derg*. 2011;21:119-27.
94. Peter H, Hand I, Hohagen F, Koenig A, Mindermann O, Oeder F, et al. Serum cholesterol level comparison: control subjects, anxiety disorder patients, and obsessive-compulsive disorder patients. *Can J Psychiatry*. 2002;47(6):557-61.
95. Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, Frossard PM, et al. Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS One*. 2007;2(3):e280.
96. Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med*. 2002;17(7):504-11.
97. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8:167-72.
98. Balhara YP, Sagar R. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011;15(Suppl 1):S50-4.

99. Aylaz R, Güllü E, Güneş G. *Aerobik Yürüme Egzersizin Depresif Belirtilere Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4:172-7.

100. Tekin G, Amman MT, Tekin A. *Serbest zamanlarda yapılan fiziksel egzersizin üniversite öğrencilerinin depresyon ve atılganlık düzeylerine etkisi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.* 2009;6:149-59.

101. Cheung BM, Au T, Chan S, Lam C, Lau S, Lee R, et al. *The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. Exp Clin Cardiol.* 2005;10(1):21-4.



8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onay formu

Ek-2: Çorum İl Sağlık Müdürlüğü araştırma izin talebi

Ek-3: Anket





T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2018-148

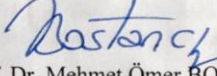
21/09/2018

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Coşkun ÖZTEKİN

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet Ömer BOSTANCI
Başkan

Başvuru Numarası	2018-121
Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Coşkun ÖZTEKİN
Araştırma Başlığı	Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kentsel Bir Çalışma
Toplantı Tarihi	20/09/2018
Karar Numarası	2018-147

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 23418205-804.01 - 88
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. Öğr.
Üyesi Coşkun ÖZTEKİN)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Coşkun ÖZTEKİN
(Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : 07/11/2018 tarihli ve 49654233-604.02-1649 sayılı yazı.

“Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma” konulu araştırma izin talebinize istinaden Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün ilgi tarih ve sayılı yazısı ekte gönderilmiş olup, çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ömer SOBACI
İl Sağlık Müdürü

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Kemal ATAK

Hizmetli
13.11.2018
J. Atak

Bahçelievler Mah. Çamlık Cad.No:3 Toplum Sağlığı Birimi
Faks No:03642195525

e-Posta:ilknur.ozsen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: e-posta: corumhsm.tsh@saglik.gov.tr

Bilgi için:İlknur ÖZŞEN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:03642195500/7213

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8ccc1526-1b58-4921-a7dd-11cf4a0c28f3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Anket No:

Anketin amacı ve Bilgilendirme

Bu çalışmada bir aile sağlığı merkezine başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bilindiği üzere diyabet ve hipertansiyon hastalığı Türkiye’de ve dünyada giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Bu anketin sonucunda elde edilecek verilerin; birinci basamak sağlık merkezlerinde kronik hastalıkların takip ve tedavilerinde literatüre katkısı olacağı kanaatindeyiz. Vereceğiniz yanıtlar gizli olarak işlenecek ve elde edilecek veriler anonim tutulacaktır.

Bu anket formu bir tez araştırmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyup en uygun seçeneği işaretleyiniz. Bu ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu çalışmada kullanılıp kesinlikle size ait hiçbir kişisel bilgi toplanmayacaktır.

Anketi cevaplayarak destek olduğunuz için teşekkür ederim.

Dr.Tuba KAYIR

1) **Cinsiyet:** Erkek Kadın

2) **Doğum tarihiniz?** (yıl olarak yazınız)

3) **Boy:**..... **Kilo:**..... **BMI:**

4) **Medeni durumunuz nedir?**

Bekar Evli Dul

5) **Eğitim durumunuz?**

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

6) **Mesleğiniz nedir?**

7) **Tanı aldığınız hastalığı işaretleyiniz . (Birden fazla işaretlenebilir)**

Tip 1 diyabet

Tip 2 diyabet

Hipertansiyon

8) Ne kadar zamandır diyabet hastalığı tanınız var?

.....

**9) Diyabet hastalığı için kullandığınız tedavi yöntemleri hangileridir?
(birden fazla işaretlenebilir)**

İlaç kullanmıyor

Oral antidiyabetik ilaç

İnsülin

10) Diyabet hastalığı için önerilen tedavinizi düzenli kullanıyor musunuz ?

Hiçbir zaman düzenli kullanmam

Çok az düzenli kullanırım

Kısmen düzenli kullanırım

Çoğunlukla düzenli kullanırım

Her zaman düzenli kullanırım

11) Diyabet hastalığı için önerilen diyetinize uyuyor musunuz?

Hiçbir zaman uymuyorum

Çok az uyuyorum

Kısmen uyuyorum

Çoğunlukla uyarım

Her zaman uyarım

12) Ne kadar zamandır hipertansiyon hastalığı tanınız var?

.....

13) Hipertansiyon hastalığı için kullandığınız tedavi yöntemleri hangileridir?

İlaç ismi.....

Tekli antihipertansif ilaç İkili antihipertansif ilaç Üçlü antihipertansif ilaç

Dört ve daha fazla antihipertansif ilaç

14) Hipertansiyon hastalığı için önerilen tuz kısıtlaması kontrolünü yapabiliyor musunuz?

Hiçbir zaman uymuyorum

Çok az uyuyorum

Kısmen uyuyorum

Çoğunlukla uyarım

Her zaman uyarım

15) Haftada kaç gün düzenli egzersiz yapıyorsunuz, egzersizin çeşidi nedir ve her bir egzersiz ne kadar sürüyor?

Hiç egzersiz yapmıyorum

Düzensiz yapıyorum

Düzenli olarak haftada gün,egzersizini yapıyorum. Her egzersizsürüyor

16) Diyabet ve/veya Hipertansiyon hastalığı dışında tanı aldığınız hastalıklar nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Başka herhangi bir rahatsızlığım yok

Kalp hastalığı

Böbrek hastalığı

Göz hastalığı

Kolesterol

yüksekliği

El ve Ayaklarda his kaybı

Ayaklarda yara

Cinsel güçsüzlük

Ruhsal hastalık

Diğer

17) Sigara kullanma durumunuz:

Hiç kullanmıyorum

0-10 adet kullanıyorum

11-20 adet kullanıyorum

20-40 adet kullanıyorum

40 adetten fazla kullanıyorum

18) Alkollü içecek kullanma durumunuz:

Hiç kullanmıyorum

Haftadagüniçeceğinden.....miktarda kullanıyorum.



BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 10**
- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
 - (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

REVİZYON KAPSAMI:

- 11**
- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
 - (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
 - (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12**
- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
 - (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13**
- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
 - (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
 - (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
 - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14**
- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
 - (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
 - (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
 - (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15**
- (0) Uykum her zamanki gibi.
 - (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
 - (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
 - (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16**
- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
 - (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
 - (2) Her şey beni yoruyor.
 - (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17**
- (0) İştahım her zamanki gibi.
 - (1) Eskisinden daha iştahsızım.
 - (2) İştahım çok azaldı.
 - (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....