

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HİPERTANSİF
VE DİYABETİK HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON
RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI VE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR.NİLÜFER EMRE

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. KENAN TOPAL**

DENİZLİ - 2013

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HİPERTANSİF
VE DİYABETİK HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON
RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI VE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR.NİLÜFER EMRE

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. KENAN TOPAL**

DENİZLİ - 2013

Yrd.Doç.Dr. KENAN TOPAL danışmanlığında Dr. NİLÜFER EMRE tarafından yapılan “Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hipertansif ve Diyabetik Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Riskinin Araştırılması ve Düzeyinin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışması 14/01/2014 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.


BAŞKAN Doç. Dr. Tamer EDİRNE


ÜYE Yrd.Doç. Dr Kenan TOPAL


ÜYE Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
14/01/2014


Prof. Dr. Hasan HERKEN
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimime bilgi ve tecrübeleriyle emekleri geçen tezimin oluşmasında ve her aşamasında katkılarını esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlığı Anabilim Dalı başkanı Doç. Dr. Tamer Edirne'ye tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Kenan Topal'a ve çok saygıdeğer hocam manevi desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Aysun Özşahin'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım. Asistanlığım süresince büyük yardımlarını gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği kliniğinden Doç. Dr. Kurtuluş Öngel'e, Uzman Dr. Tanju Yılmaz'ın, Uzman Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye ve Uzman Dr. Nurdan Tekgül'e teşekkürlerimi sunarım. Gerek Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve gerekse Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapmış olduğum rotasyonlarım sırasında eğitimlerime ve çalışmalarına katkılarını esirgemeyen başta Doç. Dr. Aysun Karabulut'a ve diğer tüm bölüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Tez projemi destekleyerek yardımlarda bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan tüm hekim ve sağlık çalışanlarına yardımlarında dolayı teşekkür ederim. Ayrıca bugünlere gelmemde büyük emekleri olan sevgili annem ve babama ve her zaman yanımda ve bana destek olan ikiz kardeşim ve eşine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
ÖZET.....	IX
İNGİLİZCE ÖZET.....	X
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
DIYABETES MELLİTUS	3
Tanım ve Tarihçe.....	3
Epidemiyolojisi.....	3
Sınıflama ve Patogenez.....	4
Klinik Belirti ve Bulguları.....	5
Tanı ve Tarama Kriterleri.....	5
Akut ve Kronik Komplikasyonları.....	6
<i>Diyabetik Ayak</i>	7
<i>Retinopati</i>	8
<i>Nefropati</i>	8
<i>Nöropati</i>	9
Tedavi.....	9
<i>Tıbbi Beslenme Tedavisi</i>	9
<i>Egzersiz</i>	10
<i>Farmakolojik Tedaviler</i>	10
Tedavide Hedefler.....	11
Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon.....	12

HİPERTANSİYON	12
Tanım	12
Epidemiyolojisi	13
Sınıflama	14
<i>Etyolojik Sınıflandırma</i>	14
<i>Kan Basıncı Sınıflandırması</i>	15
Semptom ve bulgular	16
Kan Basıncı Ölçüm	17
Tedavi	18
Tedavi Uyumu	19
DEPRESYON	19
ANKSİYETE	21
KRONİK BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
BULGULAR	27
TARTIŞMA	37
SONUÇLAR	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ADA: Amerikan Diyabet Birliği

AKŞ: Açlık kan şekeri

BAG (IFG): Bozulmuş açlık glukozu

BGT (IGT): Bozulmuş glukoz toleransı

DCCT: Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complication Trial)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DM: Diabetes mellitus

ESH: Avrupa Hipertansiyon Derneği

ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği

IDF: Uluslararası diyabet federasyonu

JNC-VII: Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Ulusal Komitesi

OGTT: Oral glukoz tolerans testi

TEKHARF: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TURDEP: Türkiye diyabet hipertansiyon obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması

TEMĐ: Diyabetes mellitus da Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği

UKPDS: Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospective Diabetes Study)

USRDS: Amerika Birleşik Devletleri Renal Data Sistem (The United States Renal Data System)

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri.....	6
Tablo 2 JNC 7 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü).....	15
Tablo 3 ESH/ ESC 2007 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü).....	16
Tablo 4 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve diğer değişkenlerin dağılımı.....	29, 30
Tablo 5 Çalışma gruplarının sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 6 Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı.....	32
Tablo 7 Diyabetik hasta grubunun hastalıklarına ilişkin değişkenlerin dağılımı.....	33
Tablo8 Hastaların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon durumları.....	32
Tablo 9 Hastaların gruplar arasında HAD ölçeği ortalama puanları.....	32
Tablo 10 Hasta gruplarının HAD-A durumuyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı.....	33
Tablo 11 Hasta gruplarının HAD-D durumuyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı.....	34
Tablo 12 Hastaların diyabet regülasyonu ve ilaç uyumu ile anksiyete depresyon ilişkisi.....	35
Tablo 13 Hastaların Pacic ölçeği ve alt grup puanları.....	36

ÖZET

Aile sağlığı merkezlerine başvuran hipertansif ve diyabetik hastalarda anksiyete ve depresyon riskinin araştırılması ve düzeyinin belirlenmesi

Dr. Nilüfer Emre

Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar günümüzde yaygın prevalansı ve komplikasyonları nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Kardiyovasküler hastalıklar açısından da önemli risk faktörleridir. Ayrıca bu hastalıklar hasta açısından ruhsal, duygusal, fiziksel ve sosyal boyutları olan durumlardır. Sağlık; bireyin içinde yaşadığı çevreden, üstlendiği rol modellerden, cinsiyet, yaşı, meslek, medeni durum gibi pek çok sosyodemografik özellikten, yaşam biçiminden ve kişinin alışkanlıklarından etkilenen bir durumdur. Hastalık tanısıyla birlikte yaşanan gerilim, kabullenme süreci, aile içi dinamiklerin değişimleri, kaygılar, korkular gibi pek çok durum ve düşünceyi de beraberinde getirmektedir. Ayrıca Kronik hastalıklar depresyon ve anksiyeteye neden olabileceği gibi ruhsal durumlar da kronik hastalıkların gidişini kötüleştirip prognozunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada amacımız, aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve hipertansiyon hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek aldıkları kronik hastalık bakımını değerlendirmek. Ayrıca diyabetik hastalarda kan şekeri regülasyonunun ve hipertansif hastalarda ilaç uyumunun anksiyete ve depresyon riskine etkisini araştırmaktır.

Aile Hekimleri temel yaklaşımları olan biyopsikososyal modele dayalı olarak, kendilerine başvuran diyabet ve hipertansiyon hastalarına Hasta Merkezli Klinik Yöntemle yaklaşmalı; hastayı bütüncül olarak ele almalı, hastayı yalnızca fiziksel rahatsızlık ve komplikasyonları ile değil psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirmelidir. Birinci basamakta verilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin temelinde kronik hastalıklara sahip olanlar başta olmak üzere; hastaların sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde bulunmasına yardımcı olma bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: diyabet, hipertansiyon, ilaç uyumu, tıbbi bakım, ruhsal durum

SUMMARY

This study investigates the possibility of depression and anxiety and their levels for patients who are diagnosed with hypertension and diabetic diseases in primary-care centers.

Dr. Nilüfer Emre

In today's era, chronic disease such as diabet and hipertension are very important health problems because of their prevalance and complications. Not only diabet and hipertension do increase the risk of cardiovascular disease but also they do have impact on physocological, emotional, phyical and social life of the patients. Patient's health can be effected by socio-demographic factors, life style and habits such as environmental factors, role models, sex, age, occupation, marrital status. Tension caused by diagnosis, acceptance period, change in family dynamics increase the patient's anxiety and fear. Moreover, chronic disease may increase the possibility of depression and anxiety, and at the same time, mental problems may adversely affect the cronic diasese.

In this study, our goal is to investigate the possibility of depression and anxiety and their levels and evaluating of chronic illness care for patients who are diagnosed with hipertension and diabetic diseases in primary-care, in addition to correlation between anxiety and risk of depression. Furthermore, blood glukoz level regulations for diabetic patients and the affects of medical adherence on anxiety and depression for hipertension patients are also examined.

Based on the biophyscosocial model that is fundemental threatment of family practioners, family practioners should use diabet and hipertension patients with patient oriented clinical methodologies, should consider the patient as whole, not only his/her pyhsical conditions and complications but also physcological and social aspects. Fundamentals of the primary care phase of the basic preventive medicine services, especially for patients with cronic diases, should consider not only physical conditions of the patients but also mental consition and social status and should keep all of them in harmony.

Keywords: diabet, hipertension, medical adherence, medical care, mental/pyscological conditions

GİRİŞ

Diyabetes mellitus (DM) kronik hiperglisemi ile karakterize insulin salınım ve etkisindeki sorunlardan kaynaklanan bir metabolizma hastalığıdır (1). DM organik bir hastalık olmanın yanında psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Diyabetli hastalar fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır (2,3). Kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilemektedir. Tersine kan şekeri de ruhsal ve duygusal değişimlerden etkilenmektedir (2,4). Yapılan çalışmalarda, kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetik hastalardaki anksiyete ve depresyon sıklığı, kan şekeri kontrolü iyi olan hastalardan daha yüksek olarak bulunmuştur. O nedenle diyabetik hastanın muayenesinde bedensel yakınmaların yanı sıra ruhsal, duygusal ve davranışsal durumun da dikkate alınması önemlidir (4,5).

Diyabet hastaları hipertansiyon açısından da risk altındadır. Pickup ve Williams'a göre diyabetik popülasyonda hipertansiyon sıklığının, diyabetik olmayanlara göre 1,5-2 misli fazla olduğu görülmüştür (6). Diyabetiklerde görülen hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır (7). Hipertansiyon, özellikle serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, kalp ve böbrek yetmezliği için önemli bir etiyolojik faktördür (8). Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar uzun süreli ve çeşitli organ fonksiyon kayıplarına neden olmaları beraberinde psikolojik hastalıkların da görülmesine yol açmaktadır (9). İlaveten kronik bedensel hastalığa eşlik eden depresyonun, hastalığın seyrini etkileyebileceğinden, tanınması ve tedavisi önemlidir (10). Yapılan çalışmalarda, hipertansif ve diyabetli hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin %40'a kadar varan oranlarda arttığı belirtilmekle birlikte, depresif olguların da en az 3/4'üne anksiyetenin eşlik ettiği görülmektedir (4).

Aile hekimliği temel yaklaşımı olan biyopsikososyal modele dayalı olarak; diyabet ve 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. Bu çalışmada amacımız; bir aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve hipertansiyon hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek, aldıkları tıbbi bakım ve diğer bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini araştırmak ve ayrıca diyabetik hastalarda kan

şekeri regülasyonunun ve hipertansif hastalarda ilaç uyumunun anksiyete ve depresyon riskine etkisini araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

DIYABETES MELLİTUS

Tanım ve Tarihçesi

Diyabetes mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat yağ ve proteinden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (1).

Eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olan diyabetes mellitusun ilk tarifine, milattan 1500 yıl öncelerine ait Mısır Ebers Papirüslerinde rastlanmaktadır. Burada bol su içme ve bol idrardan bahsedilmektedir. M.Ö.150 yıllarında Kapadokyalı Aretaeus tarafından hastalığa 'Diabetes' adı verilmiştir. Aretaeus çok su içme ve çok idrara çıkma özellikleri üzerinde durarak, bu hastalığı erime hastalığı olarak ifade etmiştir. Ayrıca büyük Türk İslam alimi İbn-i Sina'nın 'İbn el-İsehezzar' adlı kitabında, diyabetin tanısı ve tedavisi hakkında bilgiler bulunmaktadır. 16. yüzyılda da Thomas Willis idrarda şeker tayinini yapmış ve Claude Bernard kan şekeri ölçümünü gerçekleştirmiştir. 1800'lü yıllarda Fehling idrarda glukozu kantitatif olarak tayin metodunu geliştirmiş ve aseton tayini yapılmaya başlanmıştır. 1900'lü yıllarda ise hastalığın etyopatogenezi ile ilgili pek çok bilgi elde edilmiştir (11,12). Banting ve Best tarafından 1920'lerde insülinin keşfi, tedavide kullanılmaya başlanması ve diyabetin insüline bağımlı, insülininden bağımsız ve diğer diye üç gruba ayrılmasına neden olmuştur (13).

Epidemiyoloji

Diyabetes mellitus, yaygın olarak görülen bir hastalık olup, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeleri ilgilendiren önemli bir sağlık problemidir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (The International Diabetes Federation IDF) 2012 Diyabet Atlası tahminlerine göre, 371 milyondan fazla insanın diyabet hastası olduğu ve diyabet hastalarının yarısına diyabet tanısı konmadığı belirtilmiştir. Ayrıca 4.8 milyon insanın da diyabete bağlı öldüğü belirtilmiştir (14). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre ise 2007 yılı itibariyle dünyada 220 milyon diyabeti olan hasta yaşadığı ve önlem alınmazsa 2030 yılına gelindiğinde, bu sayının iki katına çıkacağı bildirilmiştir (15). IDF Diyabet Atlası'na göre, 2010 yılı itibariyle Türkiye erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %8'dir. 2030 yılında ise %9,4 olması

tahmin edilmektedir. Dünya nüfus dağılımına göre erişkinlerde (20-79 yaş) 2010 yılındaki 285 milyon erişkini etkileyen %6,4 oranındaki dünya diyabet prevalansının, 2030 yılında 439 milyon erişkini etkileyerek, %7,7 olacağı belirtilmektedir. Buna göre 2010-2030 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde diyabetli erişkinlerin sayısında %69, gelişmiş ülkelerde %20 oranında bir artış olacağı belirtilmiştir (16).

Türkiye'de ise İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından 2010 yılı ocak ile haziran ayları arasında, 20 yaş üzeri 26.499 kişi ile (16.696 kadın, 9327 erkek) 15.783 kent ve 10441 kırsalda yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans çalışması II (TURDEP II çalışmasında) sonuçlarına göre Türk erişkin toplumunda diyabet prevalansı %13,7, izole bozulmuş açlık glukozu (BAG) prevalansı %14,5, izole bozulmuş glukoz toleransı (BGT) %7,1 olarak saptanmıştır. Denizli ili, TURDEP-II çalışması sonucuna göre diyabet prevalansında , %15'in üzerindeki iller arasında yer almıştır (sırasıyla; Diyarbakır, İstanbul, Antalya, Adana, Gaziantep, İzmir, Denizli, Eskisehir, Ankara ve Konya) (17).

Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması 2009'a göre ülkemizde diyabetin artış hızı %6,7 olup, bu diyabetli popülasyonun 10-11 yılda ikiye katlanması anlamına gelmektedir. Bu da yılda 350 bin yeni diyabetli olarak hesaplanmaktadır (18).

Sınıflama ve Patogenez

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü (Tip 1 DM, Tip 2 DM ve Gestasyonel DM) primer, diğer spesifik diyabet tipleri ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir. Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association, ADA) 2013 kılavuzu etyolojik sınıflamasına göre ise; β -hücre yıkımı ve genellikle mutlak insülin eksikliği ile idiyopatik veya immunolojik aracılı olan tipi Tip1 DM, göreceli insülin eksikliği ile insülin direnci ve insulin sekresyon kusuru olan tipi Tip 2 DM, GDM ve diğer tiplerden oluşmaktadır (19).

Toplumda en sık olarak görülen, yaklaşık %80-90 oranında olan diyabet tipi Tip 2 DM'dir. Son yıllarda Tip 2 DM patogenezini ile ilgili olarak yapılan çalışmaların çoğu, insülin direnci ve buna neden olan dokuların (karaciğer, kas, yağ) rolleri, bozulmuş insülin sekresyonu ve genetik faktörler üzerine yoğunlaşmıştır. Genetik

faktörler Tip 2 DM oluşumunda kuvvetle etkilidir. Tip 2 DM hastalarının 1. derece akrabalarında hastalık riski, akrabalarında DM olmayanlara göre 5-10 kat daha yüksektir. Ancak mekanizması komplekstir ve tam aydınlatılamamıştır. Tip 1 DM'de ise beta hücrelerin immunolojik olaylar nedeniyle yıkımı ve insülinin tümüyle yokluğu söz konusudur (20). Birinci basamağa organik sorunlarla başvuran hastalar sadece bu sorun açısından değerlendirilmeyip, bulunduğu aile ve o ailenin getirdiği genetik temelli hastalıklar açısından da değerlendirilir. Tip 2 DM, yüksek ihtimalle genetik temelleri olan bir hastalık olması nedeniyle, periyodik sağlık muayenelerinde erken tanı amaçlı taranan hastalıklar arasında yer almaktadır. Ayrıca hekimlerin diyabetik hastalarının psikolojik durumlarını düzenli olarak değerlendirmeleri önemlidir. Çünkü normal popülasyona göre depresyon iki kat daha fazla görülmektedir ve bu durum glisemik kontrolün zayıflığı ile ilişkilendirilmiştir (13).

Klinik Belirti ve Bulgular

Diyabetes mellitusun klasik semptomları; poliüri, polidipsi, polifaji, iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu ve noktüriden oluşurken; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntı daha nadir görülen semptomlardır (1).

Tanı ve Tarama Kriterleri

Diyabet tanısı için; HbA1c \geq %6,5 veya açlık plazma glukozu (AKŞ) 126 mg/dl ve üzerinde veya 2. Saat plazma glukozu \geq 200 mg/dl veya klasik hiperglisemi semptomları veya rastgele bakılan plazma glukoz düzeyi \geq 200 mg/dl olmalıdır (21).

Diyabetes mellitusun Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği'nin (TEMED) 2013 yılı baskısında yer alan tanı kriterleri Tablo 1'de görülmektedir. Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile mg/dl şeklinde ölçülür. 'Aşikar DM' tanısı demek için dört tanı kriterinden herhangi birisinin olması gerekmektedir (1). AKŞ değerinin 125 mg/dl'den küçük, ancak 100 mg/dl üzerinde olması diyabet hastası olmadığı, ancak diyabet açısından yüksek riskli grupta yer aldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu ölçüm değeri, bozulmuş açlık glukozu (BAG) olarak isimlendirilir. Oral glukoz tolerans testinde (OGTT) 2. saat plazma glukozunun, 140

mg/dl'nin üzerindeki ve 199 mg/dl'den düşük değerlerin olması bozulmuş glukoz toleransı (BGT) olarak tanımlanır. BAG ve/veya BGT olan bireyler, prediyabet olarak kabul edilir. Çünkü ilerleyen yıllarda diyabet gelişme riski artmıştır (19).

Tablo 1. Diyabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri

	Aşkar DM	BAG	BGT	BAG+BGT
AKŞ (≥8 saat açlık)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl
OGTT 2.stPG (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			

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

Diyabet tanısı koymada 2009 yılında ADA, IDF ve Avrupa diyabet çalışma birliği, HbA1c testinin kullanılmasını önerdi ve sınır değerini %6,5 olarak belirledi. Tanı testi olarak Ulusal Glikohemoglobin Standardizasyon Programı (The National Glycohemoglobin Standardization Program, NGSP) metodu kullanılması önerildi. Epidemiyolojik çalışmalar da HbA1c ölçümünün, erişkinlerde DM tanısı koymada kullanılmasını önermektedir. Ayrıca HbA1c değeri, stres ve hastalık durumlarında AKŞ ve 2. saat plazma glukozunun ölçüm değerlerindeki değişiklikler gibi, değişimler oluşturmaz. Ancak HbA1c ölçüm değeri hemoglopatilerden ve anemiden etkilenmektedir. Bu nedenle gebelik, kan kaybı, transfüzyon ve bazı anemi tiplerinde tek başına HbA1c ölçümü yeterli görülmemekte ve diyabetin diğer tanı kriterlerinin de ölçümlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (21).

Akut ve Kronik Komplikasyonları

Birinci basamakta aile hekimliğinin temel prensiplerine uygun olarak, bireyi tüm hayatı boyunca izleyen, koruyucu hekimlik yanında tedavi edici, hatta rehabilite edici uygulamaları da içeren bir yöntem uygulanmalıdır. Diyabetes mellitus gibi hastalıklarda tanı konulduktan sonra da oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilen, ortaya çıkan komplikasyonlarda rehabilitasyon sunulan, gerekli

durumlarda diğler branşlar ile temas halinde olup bireyin sağık bakımını koordine eden, ekip hizmeti de sunulmalıdır (22).

Diyabetes mellitusun komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olarak sınıflandırılmıştır (23). Akut (metabolik) komplikasyonlar; diyabetik ketoasidoz, hiperosmolor non-ketotik koma, laktik asidoz koması ve hipoglisemi komasıdır. Kronik komplikasyonlar ise mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar olarak iki alt gruba ayrılır. Makrovasküler komplikasyonlar; kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalığıdır. Mikrovasküler komplikasyonlar ise diyabetik nefropati, retinopati, nöropatidir.

DM'deki kronik hiperglisemi, uzun dönemde farklı organlarda hasar, fonksiyon bozukluğu ve yetmezliklere neden olur. Bu etkiler özellikle gözlerde, böbreklerde, sinir sisteminde, kalpte ve dolaşım sisteminde görülür (19). Makrovasküler komplikasyonlar, büyük damarlarda oluşan değışiklikler neticesinde ortaya çıkar. Kalpte koroner arter hastalığı (KAH), iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü; periferik damarlarda periferik arter hastalığı; serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalıklar olarak görülür (24). Diyabetli hastalarda kardiyovasküler hastalıklar en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Tip 2 diyabetlilerde özellikle KAH riski non-diyabetiklere göre 2-4 kat daha yüksektir. Bu hastaların %60-75'i makrovasküler olaylar nedeni ile kaybedilir (1).

Diyabetik Ayak

Her diyabet hastasının yaşamı boyunca %12-15 oranında diyabetik ayak ülseri gelişme riski vardır (1). Ekstremitelerdeki şekil bozuklukları ve ayaklarda meydana gelen ortopedik bozukluklar ayak ülserlerine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca diyabetik hastalarda hem periferik nöropati, hem de iskemi sebebiyle ayak ülserleri ve nihayetinde amputasyonlar sık görülür. Çalışmalar, travmatik nedenler dışında, ayak amputasyonuna yol açan sebeplerin %50'sinin diyabetten kaynaklandığını göstermektedir (25).

Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, gözün retina bölümündeki küçük damarların hastalığıdır. Toplumdaki görme bozukluklarının önemli bir nedenidir ve hatta 16-65 yaş arasında görülen körlüklerin %20'sinden sorumludur. Diyabetli hastalar sağlıklı popülasyona göre 10-20 kat daha fazla körlük riski taşırlar (26). Yeni tanı konmuş Tip 2 DM'lerin %21'inde retinopati saptanırken 5 yıl üzerindeki Tip 1 DM hastalarının %23'ünde retinopati bulguları vardır. Bu oranlar, 15 yıl sonrasında %80'lere ulaşabilmektedir. Hastalığın süresi uzadıkça retinopati şiddeti ve görülme sıklığı artmaktadır (27). Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospective Diabetes Study UKPDS) sonucuna göre Tip 1 DM tanılılarda diyabetik retinopati prevalansı %54,2, Tip 2 DM tanılılarda %34,1 olarak bildirilmiştir (28).

Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati, erişkin yaştaki diyabetli hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir (1). Son dönem böbrek yetmezliğinin en sık nedeni diyabetik nefropatidir. Hatta diyaliz programına yeni alınan hastaların %30-40'ını diyabetik nefropatisi olan bireyler oluşturmaktadır. Bu hastaların 5 yıllık sağ kalımları da çok düşüktür. Diyabetik nefropatisi olan bireylerde mortalite oranları da nefropatisi olmayanlara göre artmıştır. Diyabet tanısı 20 yıl üzerindeki Tip 1 DM'lerde nefropati gelişme oranı %40 iken, Tip 2 DM'lerde %5-10 gibi daha az oranda görülmektedir (27). Amerika Birleşik Devletleri Renal Data Sistem (The United States Renal Data System, USRDS) 2004 raporuna bakıldığında, Amerika'da son dönem böbrek yetmezliğinin oranlarının arttığı ve major risk faktörlerinden birinci sırada diyabete bağlı olduğu belirtilmektedir (29). Erişkinlerde erken dönem nefropatiyi araştırmak için mikroalbuminüri ölçümü ile birlikte tahmini glomerüler filtrasyon hızının (estimated glomerular filtration rate, eGFR) hesaplanması gerekmektedir. Diyabetik nefropati taraması; Tip 1 diyabetli erişkinlerde diyabetin başlangıcından 5 yıl sonra başlanmak üzere yılda bir kez, Tip 2 diyabetlilerde ise tanıdan itibaren başlanarak yılda bir kez yapılmalıdır (1).

Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, sık rastlanan ve hastaya rahatsızlık veren bir komplikasyondur. Diyabetin diğer komplikasyonlarına göre hastaneye daha sık yatış gerektiren bir durumdur. Metabolik ve iskemik mekanizmalar, oluşumuna neden olmaktadır. Diyabetik nöropati, proksimal ve distal sinirleri veya otonomik sinir sistemini tutar. Gelişmemiş ülkelerde en sık rastlanan tipi, periferik nöropatidir (23). Semptomlar; ayaklarda uyuşma, ağrı duyusunda kayıp, parestezi, ağrı ve temasa bağlı sensitivite vardır. Erektile disfonksiyon, postural hipotansiyon, istirahat taşikardisi, yemeklerden sonra terleme, disfaji, gecikmiş mide boşalması, konstipasyon, diare, üriner retansiyon, alt ekstremitelerde terleme azlığı ve anormal pupil refleksinin varlığı ise otonom nöropatinin oluşturduğu bozuklukların bir kısmıdır (26).

Tedavi

Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complication Trial, DCCT) ve UKPDS çalışmalarının sonuçlarına göre sıkı glisemik kontrol, diyabetes mellitusta uzun dönem mikrovasküler komplikasyonların oluşmasını ya da var olan komplikasyonların ilerlemesini geciktirir. Devam eden izlemlerde komplikasyonlardan korunmak ve geciktirmek için uygun glisemik kontroller ise; HbA1c <6,5, açlık glukoz düzeyi <110 mg/dl ve 2. saatte postprandial glukoz seviyesi <180 mg/dl olmalıdır (30). Böylelikle kan şekeri regüle edilmiş olup mikrovasküler ve kardiyovasküler komplikasyonlardan korunup, normale yakın bir yaşam kalitesi sağlanmış olur (30).

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabetli hastalara beslenme programları kişiye özel uygulanmalıdır. Tıbbi beslenme tedavisi, HbA1c düzeylerinde, tedavide kullanılan çoğu ajanlarla benzer olarak, Tip 1 diyabetlilerde yaklaşık %1 ve Tip 2 diyabetlilerde %1-2 civarında (%0,5-2,6 aralığında) azalma sağlayabilir. Tıbbi beslenme tedavisi ile ayrıca, diyabetli olmayan bireylerde LDL kolesterol düzeylerinde 15-25 mg/dl azalma sağlanabileceği gösterilmiştir (1).

Beslenmede temel prensipler; hastanın günlük enerjisinin %50-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalı ve bunun 2/3'ü kompleks karbonhidrat olmalıdır. Günlük diyet yetişkinler için 25 g/gün posa içermelidir. Glisemik indeksi düşük besinler önerilmelidir. Alınacak protein miktarı ise yetişkinler için 0.8 g/kg/gün olarak önerilmeli, günlük enerjinin % 10-20'sini geçmemelidir. Nefropatisi olan hastalarda, glomerül filtrasyon hızına göre, alınacak protein miktarı 0.6 g/kg/gün'e kadar düşürülebilir. Enerjinin en fazla % 30'u yağdan karşılanmalıdır. Kolesterol alımı 300 mg/gün olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır. Sodyum alımı 3 gr/gün ya da her 1000 kal/gün için 1 gr olarak hesaplanmalıdır. Nefropati ve hipertansiyon mevcutsa miktar azaltılmalıdır. Alkol alımı kısıtlanmalıdır. Vitamin ve mineral yönünden dengeli bir diyet olmalıdır ve öğün sayısı günde 5-8 kez olacak şekilde, hastanın yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarına göre ayarlanmalıdır (12).

Egzersiz

Tüm diyabetli hastalara mevcut komplikasyonlara da adapte edilerek planlanmış, düzenli fizik aktivite önerilir. Egzersiz genel sağlık yararları ve kilo kaybını kolaylaştırması bakımından önemlidir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite insülin direncini azaltır ve yüksek riskli kişilerde Tip 2 diyabeti önler (1).

Diyabetlilerde daha ziyade aerobik egzersizler (tempolu yürüme, koşma, yüzme) tercih edilmelidir. Egzersizin çok aç karna veya yemekten hemen sonra yapılması sakıncalıdır. Günün hangi saatinde yapılacak egzersizin daha uygun olacağı konusunda bir görüş birliği yoktur. Bu konuda hastanın koşulları belirleyici olmakla beraber, akşam yemeğinden 1 saat sonra yapılacak egzersiz, hem PPG hem de ertesi sabahki AKŞ düzeylerini düşürmede etkili olacağı için özellikle Tip 2 diyabetli hastalarda yararlı olabilir (1). Egzersiz programı haftada en az 3 gün olmalı ve egzersizler arasında 2 günden fazla boşluk olmamalıdır. Diyabetli bireylerin ayrıca bir kontrendikasyon durumu yoksa haftada 3 gün hafif rezistans egzersizleri de yapmaları önerilmelidir (1).

Farmakolojik Tedaviler

Diyabetin farmakolojik tedavisi oral antidiyabetik ajanlar ve insulin olarak başlıca 2 gruptan oluşur. Tip 2 DM'nin başlangıç tedavisinde genellikle insulin yoktur. Diyet,

egzersiz, kilo verme ve oral antidiyabetik ajanlar başlangıçta glisemik kontrol için yeterlidir. Kombinasyon tedavisine rağmen eğer glisemik kontrol sağlanamazsa insülin tedavisine geçilir. Ülkemizde başlıca insülin salgılatıcı (sekretogog), insülin duyarlılaştırıcı (sensitizer), insülinomimetik (inkretin-bazlı) ilaçlar ve alfa glukozidaz inhibitörleri olarak dört grup antihiperlisemik ilaç vardır (1). İnsülin salgılatıcı grup, sülfonilüreler ve meglitinidlerden oluşur. İnsüline duyarlılaştırıcı grup ise biguanidler ve glitazonlar olarak 2 alt grup ilaçtan oluşur.

Tedavide Hedefler

DM tedavisinde asıl amaç hipoglisemi yapmaksızın, normale yakın değerlerde plazma glukozunu sağlamaktır. Tedavideki hedef değerleri; AKŞ 70-130 mg /dl, TKŞ (2. saat) < 180 mg/dl, HbA1c <%7, LDL-K < 100 mg/dl, HDL \square 50 mg/dl, TG < 150 mg/dl, kan basıncı <130/80 mmHg (Nefropati varsa <120/80), vücut kitle indeksi < 25 kg/m² düzeyinde tutmaya çalışılmalıdır (21). Retinopati gelişimini engellemek ya da riski azaltmak için optimum glisemik ve kan basıncı kontrolü sağlanmalıdır. Seçilmiş hastalarda belirgin hipoglisemi ve yan etki yaratmayacak şekilde daha sıkı (HbA1c %6 ve düşük) hedefler belirlenebilir. Bu hastalar kısa süreli hastalığı olan, yaşam beklentisi uzun, belirgin kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalardır (21). Kılavuzlar HbA1c hedeflerini genel olarak <%7 veya <%6,5 belirlemişlerdir. Fakat bu hedefler belirlenirken kişiye özel psikolojik, sosyal, ekonomik koşullar ve kişinin kendine olan öz bakım kapasitesi yeteri kadar dikkate alınmamıştır. Ancak tedavi hedefleri her hasta için kişiselleştirilmelidir (31).

Birinci basamakta diyabet gibi hastalıklarda hedef değerlere ulaşmada önemli bir konu da hasta ve hekim iş birliğidir. Kişiye hastalık merkezli değil, birey merkezli yaklaşarak, aile ve sosyal çevresiyle birlikte ele alınarak, belirlenen hedefleri kabul ettirmek için baskı uygulamaktansa uygun bir iletişim, motivasyon ve destekle bu düzeylere ulaşılması sağlanabilir. Ayrıca multidisipliner bir yaklaşımla gerekli durumlarda diğer branşlarla temasa geçip, hastanın iyi bir hizmet alıp bu hizmetin sürekliliğinin de sağlanması çalışılmaktadır (22).

Diyabet ve Hipertansiyon

Diyabet hastaları hipertansiyon açısından da risk altındadır. Pickup ve Williams'a göre diyabetik popülasyonda hipertansiyon sıklığının, diyabetik olmayanlara göre 1.5-2 misli fazla olduğu görülmüştür (6). Hipertansiyon yaşa, obezitenin varlığına, etnisiteye bağlı olarak diyabetik bireylerin %40-60'ını etkilemektedir (27). Tip 1 diyabetlilerde hipertansiyon prevalansı %10-30 arasında değişmekte iken, Tip 2 diyabetlilerde ise tanı sırasında bu oran %40-50'dir (1). Diyabetiklerde görülen hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortalitesini arttırmaktadır (7). Hipertansiyonun etkin tedavisi, gelişebilecek diyabeti ve komplikasyonlarını önleyebilir (1).

UKPDS'e göre diyabetteki sıkı kan basıncı kontrolleri ile diyabete bağlı tüm sorunlarda %24, mikrovasküler komplikasyon riskinde %37 ve inme riskinde ise %44 oranında azalma elde edildiği belirtilmektedir. Hatta kalp yetmezliği riskinde de azalmalar gösterilmiştir (32). Amerika Birleşik Devletleri Birleşik Ulusal Komitesi (The Joint National Committee JNC-VII) raporuna göre diyabetliler için hipertansiyon üst sınırı 130/80 mmHg olarak kararlaştırılmıştır ve diyabetik hastalarda çok sıkı kan basıncı kontrolü yapılması ile mortalitenin belirgin olarak azaltılabildiği gösterilmiştir. Bunun için yapılan agresif antihipertansif tedavinin diyabetik nefropatinin ilerlemesini yavaşlattığı yapılan çalışmalarla net olarak gösterilmiştir. Ayrıca sıkı kan basıncı kontrollerinin, diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyonlar üzerine olumlu etkilerinin yanında, makrovasküler komplikasyonlar üzerine de olumlu etkileri belirgindir (33).

HİPERTANSİYON

Tanım

Arteriyel kan basıncının normal sayılan sınır değerlerinin üzerinde olmasına hipertansiyon denir. Arteriyel kan basıncının yüksek olarak değerlendirilmesi için belirlenen sınırlar her ne kadar tartışmalı da olsa genel olarak sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde olması ya da kişinin kan basıncını kontrol altına almak için antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır (8,33).

Bir başka ifade ile hipertansiyon, kan basıncının beyin, kalp, retina ve böbrek damarlarında hedef organ hasarı oluşturma riskini artıran düzeylere yükselmesidir. Kan basıncı düzeyi yükseldikçe aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, ve böbrek yetmezliği gibi hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite riski de artar. Riski artıran düzey her bireyde farklı olabilir. Ancak genel toplum ele alındığında, sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (34).

Epidemiyoloji

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. Dünyada 2000 yılı itibarıyla erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Diğer bir deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve 25 yıl sonra bu rakam 1.5 milyarı aşacaktır. Ayrıca hipertansiyonu olan bireylerin çoğunun, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bilinmektedir (35).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve pek çok Avrupa ülkesinde erişkin nüfusun yaklaşık %25-30'unda hipertansiyon bulunmaktadır. Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF-1990) çalışmasıdır. Bu çalışmada, hipertansiyon prevalansının %33,7 olduğu, yaş ilerledikçe prevalansın arttığı saptanmıştır (36).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey, PatenT), ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kontrol oranları konusunda yapılan önemli çalışmalardan biridir. Anılan çalışmada, 2003 yılı için ülkemizde hipertansiyon sıklığı %31,8, farkındalık %40, tedavi alma %31, kontrol oranı %8 ve antihipertansif tedavi almakta olanlarda kontrol oranı %20 bulunmuştur (35).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarına hipertansiyon tanısı ile başvuran 16270 hastanın incelendiği TÜRKSAHA çalışmasında, birinci basamak sağlık kuruluşlarında takip edilen ve antihipertansif ilaç almakta olan hastalarda kan basıncını kontrol altına alma oranı %24,2 bulunmuştur (37).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde, bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerde günlük pratikte kardiyovasküler risk önleme ve yönetimini içeren (The European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Usual Daily Practice, EURIKA) çalışma çok merkezli, çok uluslu, kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye'den katılan hastalardaki en sık kardiyovasküler risk faktörünün %66,5 ile hipertansiyon olduğu ve çalışmaya alınan diğer Avrupa ülkelerinin çoğunluğunda da en sık kardiyovasküler risk faktörünün yine hipertansiyon olduğu ve Avrupa ortalamasının %71,9 bulunduğu belirtilmektedir. Çalışmaya göre tedavi almakta olan hipertansiflerdeki kan basıncı kontrol oranı ülkemizde %40,3 iken, birçok Avrupa ülkesinde de %40'larda bulunmuştur (38).

Etyolojik Sınıflandırma

Toplumda yaygın görülen bir hastalık olan hipertansiyon, oluşum mekanizmasına göre primer ve sekonder HT olarak sınıflandırılmaktadır.

1. Esansiyel Hipertansiyon (Primer Hipertansiyon): En yaygın görülen hipertansiyon tipidir. Hipertansiyonun yaklaşık %95'i esansiyel hipertansiyondur. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte kardiyak debiyi, periferik direnci ve her ikisini de etkileyen genetik ve çevresel faktörlerin sonucunda ortaya çıktığı şu an için kabul edilen görüştür. Yani esansiyel hipertansiyon, kompleks ve multifaktöryel bir hastalıktır. Nadir vakalarda tek gen mutasyonları olsa da kan basıncını etkileyen birkaç gendeki mutasyon veya polimorfizm ile çeşitli çevresel faktörlerin etkileşimiyle oluştuğu düşünülmektedir. Çevresel faktörler arasında stres, obezite, sigara içimi, fiziksel inaktivite ve belirgin tuz tüketimi yer almaktadır (20).

Esansiyel hipertansiyon; toplumda yaygın görülmesi, önlenebilir ve kontrol edilebilir çevresel etkenlerinin olması nedeniyle, koruyucu hekimlik açısından önemli bir konudur. Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım belli farklılıklar içerir. Bu farklılıklar, birinci basamak ortamının özelliklerine bağlı olarak geliştiği gibi doğrudan hipertansiyonun bir hastalıktan çok risk faktörü olmasından ve önlenmesi ya da tedavisinin temel olarak yaşam tarzı değişikliklerine dayanmasından kaynaklanır. Aile hekimlerinin hastaları ile buluşma sıklıkları ve çeşitlilikleri, bu tanının konması için uygun bir ortam sağlamaktadır. Bu görüşmeler hastanın

alışkanlıkları, inanışları, sağlık geçmişi hakkında bilgi edinme fırsatı oluşturur. Ayrıca hipertansiyon tanısı, büyük ölçüde spesifik belirti ya da yakınmalardan bağımsız olarak, farklı yakınmalara bağlı başvurular ya da periyodik kontroller sırasında yapılan fizik muayeneler sırasında konulabilmektedir. Tanı ve tedavide ise her hasta kendi psikososyal ilişkileri içerisinde değerlendirilmeli, çözüm önerileri bir gruba yönelik olmaktan çok o hasta için bireyselleştirilmiş olmalıdır. Yani hastanın beslenme, egzersiz vb konulardaki alışkanlıkları, sahip olduğu kültür gibi birçok konuda hastayı tanımak ve bu verileri tıbbi bilgiler ile birleştirerek hastanın izleyeceği yolu hasta ile birlikte belirlemek gerekir (39).

2. Sekonder Hipertansiyon: Hipertansiyon hastalarının %5'i bu gruptadır. Tansiyon yüksekliği başka bir tıbbi duruma bağlıdır. Bu durumlar renal sistem, endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, nörolojik veya diğer tanımlanabilen bir nedene bağlı olarak gelişir (28). Sekonder hipertansiyonda altta yatan nedene yönelik tedavi olduğundan genellikle kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, inme gibi ciddi komplikasyon riskleri de azaltılmış olur (40).

Kan Basıncı Sınıflandırması

Hipertansiyon, tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Genel olarak hipertansiyon, sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (41).

JNC- VII raporunda, 18 yaş ve üstündeki erişkinlerin kan basınçları normal, prehipertansiyon, evre I, evre II olarak dört dereceye ayrılmıştır (Tablo 2) (42). 2007 yılında Avrupa Hipertansiyon Derneği /Avrupa Kardiyoloji Derneği (The European Society of Hypertension (ESH) and The European Society of Cardiology (ESC) kılavuzuna göre farklı bir sınıflandırma daha yapılmıştır (Tablo 3) (42).

Tablo 2. JNC 7 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü)

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

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

Tablo 3. ESH/ ESC 2007 Hipertansiyon Sınıflaması (18 yaş ve üstü)

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

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

Semptom ve Bulgular

Esansiyel hipertansiyon, başlangıç yıllarında genellikle herhangi bir semptomla yol açmadığı gibi kan basıncındaki yükselme dışında patolojik fizik muayene bulgusu yoktur. Ancak ilerleyen süreçte hedef organlarda (kalp, arter ve venler, retina, böbrek, beyin) oluşturduğu değişiklikler ve hasarlar çeşitli semptomların ve bulguların ortaya çıkmasına yol açar. Hastaların bir kısmı hipertansiyon komplikasyonları ve sekonder hipertansiyona ait semptomlar ile doktora gelmektedir. Hipertansiyon, genellikle bir başka nedenle yapılan muayene sırasında saptanmaktadır (43).

Diğer bir yandan, hipertansiyon yüksek prevalanslı ve belirti oluşturmeyen bir hastalık olmasıyla birlikte, aile hekimliği uygulamalarında yer alan periyodik sağlık muayenelerinde tanı ve tarama kapsamında yer almakta olup, genel erişkin popülasyonda kanıt düzeyi 'A' olan kan basıncı ölçümleri ile kontrolleri yapılmaktadır (44). Kan basıncı ölçümleri erişkin yaş grubundalarında periyodik muayene şemasında yılda bir ölçüm şeklinde önerilmekte olup, birincil koruma içinde yer almaktadır. İkincil koruyucu önlemlerden olan tarama testleri ile erken tanı konmakta, hastalığın doğal seyri içinde yani tedavi olmaksızın geçen süre içindeki değişimler gözlemlenmekte, hastalığın neden olacağı sıkıntıların en aza indirilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca, tanı konulduktan sonra da üçüncül koruma ile hastalığın oluşturacağı komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak

hedeflenmektedir (45). Tarama yöntemleri rastgele bir toplulukta, belli bir hastalığı olan veya hastalığa yakalanma riski olan bireyleri belirlemek için kullanılır. Olgu bulmada ise o kişinin sağlığından sorumlu hekim tarafından hasta veya riskli grupta tanımlama yapılması söz konusudur. Örneğin; bir hasta cilt taraması nedeniyle başvurduğunda, kişinin hipertansiyonu tespit edilebilir. Aile hekimlerinin anormallikleri saptama, bunları araştırma ve izlemine yapma sorumlulukları vardır (46). Geleneksel ayaktan bakım, hastalık üzerine yoğunlaşır ve iyileşen hasta kliniği terk eder. Oysa hasta merkezli birinci basamakta koruyucu bakımda, hastalarıyla uzun süren, güçlü ilişkisi nedeniyle aile hekimi tarafından yaşam boyu izlemin devam ettiği süreklilik esastır (44,45,46).

Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı gün içinde olduğu gibi, günden güne ve aydan aya da spontan değişimler gösterir (47,48). Bu nedenle, hipertansiyon tanısı, belirli bir dönemin içindeki, farklı zamanlarda birden çok ölçülen kan basıncı ölçümlerine dayanmalıdır. Kan basıncındaki hafif yükselmelerde, ölçümlerin birkaç ay boyunca tekrarlanması gerekir. Ancak hastada kan basıncı yükselmesi belirginse, hipertansiyonla bağlantılı organ hasarı kanıtı varsa veya kardiyovasküler risk profili yüksek ya da çok yüksekse ölçümler daha kısa aralıklarla (haftalar veya günler) tekrarlanmalıdır. Hipertansiyon tanısı genellikle her muayene ziyaretinde en az iki kan basıncı ölçümüne ve en az 2-3 muayene ziyaretine dayanmalıdır. Ancak, özellikle şiddetli vakalarda tanı tek bir ziyarette elde edilen ölçüm sonuçları esas alınarak konabilir (49).

Kan basıncı ölçümlerine başlamadan önce hastanın sessiz bir odada birkaç dakika oturması gerekmektedir. Standart bir manşon (35 cm uzunluğunda ve 12-13 cm genişliğinde) kullanılmalı, ancak şişman ve zayıf kollar için de, sırasıyla daha büyük ve daha küçük manşonlar bulunmalıdır. Çocuklarda daha küçük manşon kullanılmalıdır. Hastanın pozisyonu ne olursa olsun manşon kalp düzeyinde olmalıdır. 1-2 dakika arayla en az iki ölçüm yapılmalı ve ilk iki ölçüm birbirinden büyük ölçüde farklıysa, ek ölçümler yapılmalıdır. Sırasıyla, sistolik ve diyastolik kan basıncını belirlemek için, faz I ve V korotkoff sesleri kullanılmalıdır. İlk muayene ziyaretinde, periferik damar hastalığına bağlı olası farklılıkları saptamak için kan

basıncı iki koldan ölçülmelidir. Bu durumda, referans olarak en yüksek değer alınmalıdır (33).

Tedavi

2007 ESH/ESC kılavuzu ve JNC-VII raporunda sistolik kan basıncı 140 mmHg'nın ve/veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nın üzerindeki değerlerde tedavi önerilmektedir. 2007 ESH/ESC kılavuzunda; antihipertansif ilaç tedavisinin faydasının, kullanılan ilaç grubundan ziyade, düşen kan basıncının kendisine ait olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, tekli veya kombinasyon tedavisi olarak, tiazid tipi diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta blokerlerin hepsi tedaviye başlarken, uygulama sırası fark etmeden kullanılabilir. Kılavuza göre bu beş grup ilaç da ilk tedavi olarak kullanıldıklarında kan basıncında yeterli düşüş sağlayıp kardiyovasküler riski azaltabilmektedir (50,51). Bazı özel durumlar için ilaç gruplarındaki ilk tercihler değişebilir.

Tedavinin temel amacı ise kardiyovasküler ve renal morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Kan basıncının yükselmesi ile birlikte kalp krizi, kalp yetersizliği, inme ve böbrek hastalığı riski artmakta ve 40-70 yaşlarındaki bireylerde 115/75 mmHg ve 185/115 mmHg sınırları içinde, sistolik kan basıncındaki (SKB) her 20 mmHg veya diyastolik kan basıncındaki (DKB) her 10 mmHg'lik artış kardiyovasküler hastalık riskini iki kat arttırmaktadır. SKB ve DKB'nin <140/90 mmHg hedefinin altına düşürülmesi kardiyovasküler komplikasyonları azaltır. Hipertansiyonu ve diyabeti veya böbrek hastalığı olan hastalarda ulaşılmak istenen kan basıncı hedefi <130/80 mmHg olmalıdır (33,51).

Hipertansiyon tedavisinde, ilaç tedavisinin yanında yaşam tarzı değişiklikleri de önemlidir. Kan basıncı düzeyi yüksek normal olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dahil olmak üzere tüm hastalarda, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmalıdır. Bunun amacı; kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek antihipertansif ilaç sayısını ve dozunu azaltmaktır. Önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ise sigarayı bırakmak, fazla kilolu bireylerde kilo vermek, alkol tüketimini makul ölçülere indirmek, fiziksel aktiviteyi arttırmak, tuz alımını azaltmak, meyve ve sebze

tüketimini artırmak ve doymuş ve toplam yağ alımını azaltmaktır (52). Koruyucu hekimlik açısından önemli konulardan olan, hastalara ilaç dışı tedavi yaklaşımları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişiklikleri her zaman anlatılmalı ve teşvik edilmelidir.

Tedavi Uyumu

Hipertansiyon hastalarında, kan basıncının kontrol altında olmasının faydaları bilinmesine karşın, birinci basamak dahil tüm sağlık kuruluşlarında hipertansiyonun kontrolü hala istenilen seviyelerde değildir (53). Hipertansiyon hastalarında kan basıncının istenilen sınırlarda olmamasının en önemli nedeni, antihipertansif ilaç tedavisine uymamaktır. Kan basıncının etkili bir şekilde azaltılmasında ilaç ve ilaç dışı tedaviye uyum şarttır (33). Antihipertansif tedaviye uyum prevalansı ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte; ABD’de %51, Çin’de %43, Gambia gibi Afrika ülkelerinde %27 olduğu gösterilmektedir. İlaç tedavisine uyumun son derece önemli olmasının yanında kronik hastalıklarda tedaviye uyumu yüksek oranlarda elde etmek güçtür. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklara sahip bireylerin tedaviye uyum oranlarının %50 olduğunu belirtmiştir (8). Maier ve arkadaşları, tedavi altındaki hipertansiflerin, ilaç tedavilerine devam etmedeki yetersizliklerinin sonucu olarak, bu bireylerin ancak %25’inden azında kan basıncının istenilen değerlere ulaştığını belirtmektedir (54). Türk populasyonunda antihipertansif ilaç tedavisine uyuma ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Domaç ve arkadaşlarının kişilerin kendi ifadelerine dayanılarak yaptıkları çalışmalarında, hipertansif hastaların %17’sinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı, %12,4’ünün ise ilacını önerilen dozda kullanmadığı belirtilmektedir (55). Yapılan birçok çalışma hastaların ilaç uyumunun düşük olduğunu, bunun kan basıncı kontrolünün yetersiz olmasına yol açtığını göstermiştir (55,56,57,58,59,60).

DEPRESYON

Depresyon, üzüntülü ve bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, güçsüzlük, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (61). Toplumda sık görülür. Kesitsel (hastanın

görüldüğü sırada saptanan bulgular) ve boylamsal (hastanın geçmiş ve izlem öyküsü) belirtiler birlikte değerlendirilerek tanı konur. Kesitsel görülme sıklığı %2,5-5'dir ve 3500 kişilik bir aile hekimliği bölgesinde 87-175 hastanın olması beklenirken, boylamsal görülme olasılığı yaklaşık %15'dir ve her 100 kişiden 15'inde bu hastalığın ortaya çıkması beklenir (62). Cinsiyet açısından, majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur (63).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre ise depresif bozukluğun yaygınlığı kadın cinsiyet için %7,9, erkek cinsiyet için ise %5,8 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, birinci basamağa başvuran hastalarda depresif bozukluk oranı %20 olarak belirlenmiştir (64). Dünyada major depresif bozukluk görülme sıklığı ise %5 ile %11 arasındadır (65).

Depresyonun tanınması her zaman kolay değildir. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, isteksizlik duygusunu tanımlayamayabilirler. Depresyonun belirtileri soyut olduğu için, bazı hastalar, yakınları tarafından buna inanılmayacağını ve önemsenmeyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedensel semptomlar ile ifade ederler (66). Yani psikiatrik rahatsızlık kendini fiziksel ve organik sebeplerle gösterdiğinden, hastayı bir bütün olarak değerlendiren aile hekimliği uygulamasında, öykü ve fizik muayene ile birlikte ruhsal muayenenin de yapılması önemlidir (67). Sonuç olarak, koruyucu hekimlik hizmetlerinin temelinde de kronik hastalıklara sahip olanlar başta olmak üzere, hastaların sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde bulunmasına yardımcı olma bulunmaktadır (68).

Ayrıca depresyon var olan hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve diyabetes mellitus gibi kronik bedensel hastalıkların kontrolünü güçleştirir (65). Depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirilebileceği ve kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır (66). Depresyon kişilerde kötü özbakım, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık harcamalarında artış gibi sıkıntılara neden olmaktadır (69).

Tip 2 diyabete sıklıkla komorbid duygudurum bozukluğu eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalara göre Tip 2 DM'e %10-30 arasında hafiften orta ve ağır derecelere kadar değişen depresif bozukluklar eşlik etmektedir (69). Ayrıca hastaların %14'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %40 kadarında ise anksiyete düzeylerinde artış görülmüştür (70). Tip 2 DM'de depresyon ve anksiyete görülmesi,

beraberinde hastanın uyumunu, tedaviye cevabını, hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca öz bakım ve yaşam kalitesinde bozulmaya, komplikasyon gelişme riski, morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (71). Ayrıca hekimler diyabetes mellituslu hastaların tüm sorunlarını fiziksel sorunlara bağlamadan önce sürecin ruhsal komponentinide düşünmelidir. Bu nedenle diyabetli hastanın bütüncül olarak ele alınması, fiziksel sağaltım yanında hastalığa eşlik eden organik, mental, ruhsal, psikofizyolojik ve psikososyal tabloların da tanı ve tedavisini gerektirir (3,72).

Hipertansiyon açısından bakıldığında, esansiyel hipertansiyonun etyolojisinde psikolojik faktörlerin rol oynadığı bilinmekle birlikte, depresyonla olan ilişki anksiyetede olduğu kadar net değildir. 2005 yılında yayınlanan bir gözden geçirmede, hipertansif hastalarda depresyon sıklığının arttığı ve depresif hastalarda kan basıncı sirkadien ritminin bozulduğu bildirilmiştir. Akut stres ve anksiyetenin, kardiyak çıkış ve vasküler direnci artırarak kan basıncında geçici bir artışa, kronik stresin ise uzamış hipertansiyona yol açtığı bilinmektedir (73).

ANKSİYETE

Anksiyete (bunaltı), korkuya benzeyen bir duygudur. Kişi anksiyeteyi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar (61). Toplumun yaklaşık %10'luk bir kısmında anksiyete bozukluğu bulunmaktadır (74). Kesitsel ve boylamsal belirtiler birlikte değerlendirilerek tanı konur. Kesitsel görülme sıklığı %3,4'dür ve 3500 kişilik bir aile hekimliği bölgesinde 119 hastanın olması beklenirken, boylamsal görülme olasılığı yaklaşık %6'dır ve her 100 kişiden 6'sında bu hastalığın ortaya çıkması beklenir (62). Ülkemizde yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında, anksiyete bozuklukları yaygınlığı kadınlar için %7,1, erkekler için ise %3,1 olarak saptanmıştır. Ruhsal sorun nedeniyle başvuru oranlarına bakıldığında da anksiyete bozuklukları %17,7'lik oranla depresif bozukluklardan sonra ikinci sırada yer almıştır (64).

Anksiyeteye sıklıkla ruhsal, tıbbi ve nörolojik bozukluklar eşlik eder. Ruhsal hastalıklar arasında en sık depresyonla birlikte görülür. Tıbbi hastalığı olanlarda anksiyete oranının %10-30 olduğu ve kronik tıbbi hastalığı olanlarda, yaşam boyu

anksiyete sıklığının normal popülasyondan daha yüksek olduğu (%12'ye karşılık %18) bildirilmiştir (75). Diyabeti olan hastaların %40'ında anksiyete semptomlarında artış görülmüş, ancak Tip 1 ve Tip 2 DM tanılı hastaların prevalansları arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir (70). Hipertansiyon açısından değerlendirildiğinde, psikolojik stres ve hipertansiyon oluşumu arasındaki ilişkiyi inceleyen 15 çalışmanın (1997-2000 yılları) gözden geçirilmesi sonucunda, hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde diğerlerine göre sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, anksiyete ve depresyon ile hipertansiyon riski arasındaki ilişkinin, obezite ve fiziksel aktivite gibi hipertansiyonun diğer daha iyi tanımlanmış riskleri ile kıyaslanabilir düzeyde olduğu da ileri sürülmüştür (76). Bunlara ilaveten, anksiyeteye bağlı gelişen; endişe, gerilim, huzursuzluk hissi, karar verme güçlüğü, sigara içme durumu, düzensiz beslenme ve sedanter yaşam gibi belirtilerin koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü, ani kardiyak ölüm, anjina pectoris, aritmiler ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler olayların sıklığında artışa neden olduğu gösterilmiştir (77).

KRONİK BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, kalıcı ve ilerleyen dönemlerde geri dönüşü olmayan hasara neden olan, uzun dönem izlem, koruma ve bakıma ihtiyaç duyulan durumlardır (78). Yirminci yüzyılın getirdiği değişimlerden kaynaklanan eğitim ve gelir düzeyindeki yükselmeler, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların etkin kontrolü gibi faktörler beklenen yaşam sürelerinde artışa neden olmuştur (68). Yaşlanan nüfusla birlikte beklenen yaşam süresinin uzamasıyla hastalık yükü de artmaktadır. Bu hastalık yükünün büyük bir kısmını da kronik hastalıklar oluşturmaktadır (79). Dünyadaki tüm ölümlerin %60'ının kronik hastalıklara bağlı olduğu ve 2020 yılında ise bu rakamın %75'e yükselmesinin beklendiği bildirilmektedir (80). Ülkemiz açısından da kronik hastalıklar büyük önem taşımaktadır. Tüm Türkiye'de 2000 yılında saptanan 430.459 ölümün %71'i kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir (68). Kronik hastalıklardan ölüm oranlarının yüksek olması ve ilerleyen yıllarda giderek artacak olması, kronik hastalıkların kontrolüne ve yönetimine daha fazla önem verilmesini gerektirmektedir(81).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız, Denizli Merkez Müşerref Osman Nuri Yılmaz Aile Sağlığı Merkezi ve Yeşilköy Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hipertansif ve/veya diyabetik hastalara anket ve ölçek uygulanmasını içeren tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. 30.04.2013-30.08.2013 tarihleri arasında yaklaşık 4 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 30.04.2013 tarih 06 sayılı kurul kararıyla onay alınmıştır. Çalışma bu iki Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran tüm hipertansif ve/veya diyabetik hastalara gönüllü katılmak isteyip istemedikleri sorularak, yazılı ve sözlü onamları alınarak gerçekleştirildi. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmayı yaptığımız merkezlerde toplam dokuz tane Aile Hekimi yaklaşık 31.500 kişilik bir nüfusa hizmet vermekteydi. 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 güvenirlik ve 0.05 anlamlılık düzeyinde 380 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya Tip 2 diyabetes mellitus ve/veya hipertansiyon tanısı almış ancak herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış olan ve gönüllü olur formunu imzalayan hastalar dahil edildi.

Araştırmada dışlama kriterlerimize göre; Tip 1 DM veya Gestasyonel DM tanısı olması, psikiyatrik hastalık tanısı ve tedavisi alan hastalar ve yakın dönemde herhangi bir aile bireyinde kayıp nedeniyle yas döneminde olan, malignite tedavisi gören, mental açıdan yeterli olmayan ve katılmaya gönüllü olur vermeyen hastalar çalışmaya alınmadı.

Bu çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve gruplar arasında anksiyete ve depresyon durumları açısından farklılık var mı ?
- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların cinsiyet, eğitim, gelir durumları gibi sosyodemografik veriler ile anksiyete ve/veya depresyon riskleri arasında bir ilişki var mı?

- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların sigara kullanımları ile anksiyete ve/veya depresyon riskleri arasında bir ilişki var mı?
- Hipertansif ve/veya diyabetik hastaların düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu ile anksiyete ve/veya depresyon riskleri arasında bir ilişki var mı?
- Diyabetik hastalarda kan şekeri regule olanlarla olmayanlar arasında anksiyete ve/veya depresyon riski açısından fark var mı?
- Hipertansif hastalarda antihipertansif ilaç uyumu iyi olanlarla olmayanlar arasında anksiyete ve depresyon riski açısından fark var mı?
- Hipertansif ve/veya diyabetik hasta gruplarının hastalıklarıyla ilgili aldıkları bakımın değerlendirilmesi ile arasında fark var mı?

Belirlenen aile sağlığı merkezlerine başvuran hipertansiyon ve/veya diyabet hastalığı olan kişilere yaş, eğitim durumları vs. nin yanında hastalıklarının yılı, tedavileri, diyet, egzersiz, sigara ve alkol kullanımını da kapsayan sosyodemografik veri anketi uygulandı. Hipertansif hastalara, tedavi uyumunu sorgulayan 9 soruluk antihipertansif uyum ölçeği uygulandı. Çalışmaya katılan tüm hastalara, sağlık görevlileri tarafından sunulan bakım hizmetlerini değerlendirmek amacıyla, kronik bakım ölçeği ile ruhsal hastalıkları değerlendirmek için birinci basamakta da uygulama kolaylığı olan 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni (HAD) içeren anket formları bire bir yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Hastalara uygulanan anket formlarının ilaveten boy, vücut ağırlığı, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri yapıldı.

Araştırmada Uygulanan Ölçekler

1. Antihipertansif uyum ölçeği: 2003 yılında Morisky ve arkadaşları tarafından geliştirilen dokuz sorudan oluşan antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeği, çalışmamıza dahil olan hipertansif hastalara aldıkları tedavilere uyumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Ölçekteki ilk 8 soru 'Evet' ve 'Hayır' olarak cevaplanmakta, Evet 1, Hayır 0 olarak puanlanmaktadır. Dokuzuncu soru için her bir madde 1. hiç/nadiren, 2. ara-sıra, 3. bazen, 4. genellikle, 5. her zaman şeklinde ki cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 1-13

puan arasında skorlanmaktadır. Antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu ve uyumsuz tanımlamaları, Morisky'nin önerisi doğrultusunda grubun frekans dağılımındaki %80'lik kesim noktasına göre belirlenmiştir. Buna göre; toplam ölçek puanına göre 1-7 puan alanlar tedaviye uyumlu, 8 ve üzerinde puan alanlar uyumsuz olarak tanımlanmaktadır. Ölçek Demirezen tarafından 2006'da Türk toplumuna uyarlanmış ve ölçeğin Cronbach $\alpha = 0,82$ olarak bulunmuştur (82). Hatice Mert ve arkadaşlarının antihipertansif uyum ölçeğinin 50 kişilik pilot uygulama sonuçlarında ölçeğin güvenilirlik değeri $\alpha = 0,78$ olarak belirlenmiştir (83).

2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği: Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında kronik bakım modeline dayalı olarak geliştirilen ve kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, 20 maddelik bir araçtır (84). Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (PACIC), 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; hasta katılımı (1–3. maddeler), karar verme desteği (4–6. maddeler), amaç belirleme, rehberlik (7–11. maddeler), problem çözme (12–15. maddeler), izlem ve koordinasyondur (16-20. maddeler) (84). Ölçeğin pek çok ülkede, çeşitli kronik hatalıklarda; hipertansiyon, artrit, astım, diyabet kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi; bakımın kalitesini değerlendirmede kullanılabilecek bir araç olduğu saptanmıştır (84,85). Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre; Cronbach $\alpha = 0,93$, alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0,84'dür. Test tekrar-test korelasyon kat sayısı 0,58'dir (84). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İncirkuş tarafından 2010 tarihinde yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre Cronbach değeri 0,91 olup, alt boyutlarda α 0,71 ile 0,79 arasında değişmiştir. Her bir alt boyutun puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının 0,72 ile 0,90 arasında olduğu ve tüm maddeler için ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (86). Ölçeğin skorlanmasında; 20 madde ve 5 alt boyut, her bir alt boyut içinde yer alan maddelerin basit ortalaması ile skorlanır, ölçeğin toplam ı ise maddelerin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Araç toplam puanı ve her bir alt boyut puanı 1'den 5'e (1=Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3=Bazen,

4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) kadar sıralanan 5'li likert ile puanlanarak hesaplanır (84). Ölçek puanlarındaki artışın, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (85).

3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, kendini değerlendirme ölçeğidir (87). Tıbbi bir hastalığı olan popülasyonda, duygudurum bozukluğunu taramak amacıyla tasarlanmıştır. Toplum ve hastane örnekleminde kolaylıkla kullanılabilir. Toplam 14 soru içeren ve tek sayılarla anksiyeteyi, çift sayılarla depresyonu ölçen dörtlü likert tipi bir ölçektir. Formun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddeti gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Yedi maddelik depresyon alt ölçeği 0-21 arasında skorlanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. Kesme noktası olarak 0-7= Normal, 8-10= Hafif, 11-14= Orta, 15-21= Ciddi bir duygudurum bozukluğuna işaret etmektedir (87,88,89).

Verilerin istatistiksel analizleri

Veriler SPSS paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama, ± standart sapma ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelendi. Bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Ki-kare analizi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırmamıza, Denizli Müşerref Osman Nuri Yılmaz Aile Sağlığı Merkezi ve Yeşilköy Aile Sağlığı Merkezi'ne Nisan-Temmuz 2013 tarihleri arasında başvuran diyabet ve/veya hipertansiyon tanılı toplam 380 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan 380 hastanın yüzde dağılımlarına bakıldığında ve sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların 206'sının (%54,2) kadın olduğu saptandı. Yaş ortalaması 61,47±9,75 (en küçük:36, en büyük:89) yaş olarak tespit edildi. Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde, 11(%2,9) kişinin okuma yazması yoktu, 199 (%52,4) kişi ilkökul mezunu, 56 (%14,7) kişi üniversite mezunuydu. Gelir durumu açısından sorgulandığında, 14 (%3,7) kişinin aylık hane geliri 800 TL ve altında saptandı. Sigara kullanımı sorgulandığında, 28 (%7,4) kişi sigara kullanıyor ve bunların 14.3 ise yüksek bağımlıydı. İlaç tedavisi yanında, yaşam tarzı değişikliklerinden olan düzenli egzersiz açısından tüm hastalar sorgulandığında, 124 (%32,6) kişi hiç egzersiz yapmadığını ve 155 (%40,8) kişi ise düzenli yapmadığını belirtti. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve diğer değişkenlerin dağılımı Tablo 4'te bulunmaktadır.

Tablo 4. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve diğer değişkenlerin dağılımı

	Sayı	%	
Yaş	61,47±9,75		
Cinsiyet			
	Kadın	206	54,2
	Erkek	174	45,8
Medeni durum			
	Bekar	2	0,5
	Evli	336	88,4
	Dul	42	11,1
Eğitim			
	Okur-yazar değil	11	2,9
	Okur-yazar	12	3,2
	İlkokul	199	52,4
	Ortaokul	37	9,7
	Lise	58	15,3
	Üniversite	56	14,7
	Y.lisans	7	1,8

Tablo 4. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve diğer değişkenlerin dağılımı devamı

	<800 TL	14	3,7
Gelir	800-1500	217	57,1
	1500-3000	127	33,4
	>3000	22	5,8
Boy (cm)		163,55±7,9	
Vücut ağırlığı (kg)		78,99±13,8	
	≤24.9	62	16,3
*BKI	25-29.9	166	43,7
	≥30	152	40,0
Bel çevresi (cm)		101,61±13,2	
	< 120/80	119	31,3
Kan basıncı (mmhg)	120-139/80-89	161	42,4
	140-159/90-99	82	21,6
	≥160/100	18	4,7
	**HT	170	44,7
Hastalık türü	***DM	83	21,8
	HT+DM	127	33,5
	1 yıldan az	29	7,6
Hastalık yılı	1-5 yıl	117	30,8
	6-10 yıl	116	30,5
	11 yıl üstü	118	31,1
	Hiç yapmıyor	124	32,6
Egzersiz	Düzenli yapmıyor	155	40,8
	Haftada 1 den az	10	2,6
	Haftada 2-3	37	9,7
	Haftada 4 den fazla	54	14,3
Sigara kullanımı		28	7,4
****HAD-Aeşik üstü		71	18,7
*****HAD-Deşik üstü		93	24,5
HAD-A+HAD-D eşik üstü		48	12,6

*BKI: beden kitle indeksi, **HT: hipertansiyon, ***DM: diyabet, ****HAD-A: hastane anksiyete depresyon ölçeği-anksiyete, *****HAD-D: hastane anksiyete depresyon ölçeği-depresyon,

Çalışmamıza katılan hastalar sadece hipertansiyonu olanlar, sadece diyabeti olanlar ve hem hipertansiyon hem de diyabeti birlikte bulunanlar olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların 170'inde (%44,7) hipertansiyon tanısı, 83'ünde (%21,8) Tip 2 DM tanısı ve 127'sinde (%33,4) hem hipertansiyon hem de diyabet tanıları mevcuttu. Cinsiyet açısından gruplara bakıldığında sadece hipertansiyonu olanların %59,4'ü kadın, sadece diyabeti olanların %42,2'si kadın ve hem hipertansiyon hem de diyabeti olanların %55,1'i kadındı. Grupların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır. Hastaların %7,4'ü aktif sigara kullanıyordu. Gruplar arasında sigara kullanım oranları benzerdi. Haftada en az 3 gün önerilen egzersiz açısından hastalar değerlendirildiğinde, %23,9'nun düzenli egzersiz yaptığı bulundu.

Tablo 5. Çalışma gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılması

		*HT		*DM		HT+DM		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş		63,4±9,9		57,3±9,5		61,5±8,9		0.00001
Cinsiyet	Kadın	101	59,4	35	42,2	70	55,1	0.034
	Erkek	69	40,6	48	57,8	57	44,9	
Medeni durum	Bekar	–	–	1	1,2	1	0,8	0.140
	Evli	146	85,9	78	94,0	112	88,2	
	Dul	24	14,1	4	4,8	14	11,0	
Eğitim	Okur-yazar değil	8	4,7	–	–	3	2,4	0.118
	Okur-yazar	4	2,4	1	12,0	7	5,5	
	İlkokul	100	58,8	38	45,8	61	48,0	
	Ortaokul	13	7,6	10	12,0	14	11,0	
	Lise	21	12,4	18	21,7	19	15,0	
	Üniversite	22	12,9	15	18,1	19	15,0	
	Y.lisans	2	1,2	1	1,2	4	3,1	
Egzersiz durumu	E. Yapmayan	155	91,2	46	55,4	88	69,3	0.0001
	E. Yapan	15	8,8	37	44,6	39	30,7	

Tablo 5. Hasta gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılması

	<800 TL	10	5,9	2	2,4	2	1,6	
Gelir	800-1500	108	63,5	41	49,4	68	53,5	0.045
	1500-3000	45	26,5	33	39,8	49	38,6	
	>3000	7	4,1	7	8,4	8	6,3	
		35	20,6	10	12,0	35	27,6	
Kalp hastalığı								0.026
Sistolik KB			130,7±11,5		126,2±8,5		133,5±12,6	0.0001
Diastolik KB			82,1±6,6		79,6±5,5		82,6±6,2	0.001

HT: hipertansiyon, DM: diyabet, KB: kan basıncı

Hipertansiyon hasta grubunda, 11 yıl üzerinde tedavisi olan 113 kişi (%38) mevcuttu ve 144 kişi (%48,5) tekli ilaç tedavisi kullanıyordu. Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Hipertansif hasta grubunun hastalık süre ve tedavi dağılımı

	Hipertansiyon	
	Sayı	%
Hastalık süresi	1 yıldan az	14 4,7
	1-5 yıl	81 27,3
	6-10 yıl	89 30,0
	11 yıl üstü	113 38,0
HT tedavi	Tekli antihipertansif	144 48,5
	İkili antihipertansif	136 45,8
	Üçlü antihipertansif	17 5,7
Antihipertansif tedavi	Uyumlu	244 82,2
	Uyumsuz	53 17,8

Diyabet hastalarının tedavi süreleri açısından bakıldığında 11 yıl üzerinde tanı ve tedavisi olan 66 (%31,4) kişi mevcuttu ve hastaların %15,2’sinin insülin tedavisiyle birlikte oral antidiyabetik bir ajan kullandığı bulundu. Diyabetin metabolik kontrolü açısından kılavuzlar HbA1c hedeflerini genel olarak <%7 olarak

belirlemişlerdir (21). Çalışmamızda HbA1c <%7 metabolik açıdan uyumlu olarak değerlendirildiğinde, hastaların %65'si uyumlu olarak bulundu. Diyabetik hasta grubunun hastalıklarıyla ilgili değişkenleri Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Diyabetik hasta grubunun hastalıklarına ilişkin değişkenlerin dağılımı

		Diyabetes mellitus	
		Sayı	%
Hastalık süresi	1 yıldan az	18	8,6
	1-5 yıl	57	27,1
	6-10 yıl	69	32,9
	11 yıl üstü	66	31,4
Tedavi	İlaç kullanmıyor	1	5,0
	*OAD	165	78,6
	İnsulin	12	5,7
	İnsulin+OAD	32	15,2
Diyabet regülasyonu	Uyumlu	137	65,2
	Uyumsuz	73	34,8

*OAD:oral antidiyabetik

Çalışmamızda, hastaların anksiyete ve depresyon risk düzeyini belirlemek için kullanılan HAD ölçeği alt ölçek puanları incelendiğinde, sadece hipertansiyonu olanların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $5,91\pm 4,56$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $4,32\pm 4,02$ olarak bulundu ve %23,5’inde anksiyete, %27,1’inde depresyon eşik üstü değerdedi. Sadece diyabeti olanların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $5,20\pm 3,92$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $4,02\pm 3,33$ olarak bulundu ve %13,3’ünde anksiyete, %22,9’unda depresyon eşik üstü değerdedi. Hem hipertansiyon hem de diyabeti olan hastaların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $5,15\pm 3,81$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $3,98\pm 3,1$ olarak bulundu ve %15,7’sinde anksiyete, %22’sinde depresyon eşik üstü değerde olarak bulundu. Hastaların anksiyete ve depresyon birlikteliğine bakıldığında; sadece hipertansiyonu olanların %15,9’unda, sadece diyabeti olanların %9,6’sında ve hem hipertansiyon

hem de diyabeti olan hastaların %10,2'sinde birlikte görülme riski artmıştır (bkz. Tablo 8,9)

Tablo 8. Hastaların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon durumları

	Hasta sayısı	Anksiyete		Depresyon		Anksiyete+depresyon	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hipertansiyon	170	40	23,5	46	27,1	27	15,9
Diyabet	83	11	13,3	19	22,9	8	9,6
Hipertansiyon + Diyabet	127	20	15,7	28	22,0	13	10,2

Tablo 9. Hastaların gruplar arasında HAD ölçeği ortalama puanları

	HT	DM	HT+DM	p
HAD-A (puan, SD)	5,91±4,56	5,20±3,92	5,15±3,81	0.538
HAD-D (puan, SD)	4,32±4,02	4,02±3,33	3,98±3,1	0.996

HAD-A: hastane anksiyete depresyon ölçeği-anksiyete, HAD-D: hastane anksiyete depresyon ölçeği-depresyon

Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu,gelir) ve fiziksel özelliklerle (BKI, egzersiz durumu) anksiyete ve depresyon durumları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 10,11); sadece HT olan grupta cinsiyet, eğitim ve gelir durumu ile anksiyete durumları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.008$, $p=0.034$, $p=0.031$). Yine bu grupta depresyon durumlarına bakıldığında ise cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir durumu, egzersiz yapma durumu ile arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.046$, $p=0.025$, $p=0.049$, $p=0.015$, $p=0.002$).

Sadece diyabeti bulunan grupta eğitim durumu,egzersiz yapma durumu ile anksiyete arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.027$, $p=0.042$).

Hem HT hem de DM birlikte olan grupta, anksiyete ve depresyon durumlarıyla sosyodemografik özellikler ve fiziksel özellikler açısından anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda, hastaların sigara kullanımının gruplar arasındaki oranları benzerdi ve anksiyete ve depresyon durumlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 10. Hasta gruplarının HAD-A durumuyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı

		HAD*A								
		HT			DM			HT_DM		
		Sayı	%	p	Sayı	%	P	Sayı	%	p
Cinsiyet	Kadın	31	30,9	0.008	7	20,0	0.124	14	20,0	0.145
	Erkek	9	13,0		4	8,3		6	10,5	
Eğitim	İlkokul ve altı	29	25,9	0.034	7	17,9	0.027	14	19,7	0.28
	Ortaokul	5	38,5		-	-		3	21,4	
	Lise	5	23,8		4	22,2		2	10,5	
	Üniversite	1	4,2		-	-		1	4,3	
Medeni durum	Bekar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Evli	36	24,7	0.39	10	12,8	0.7	16	14,3	0.36
	Dul	4	16,7		1	25,0		4	28,6	
Gelir	<800 TL	2	20,0	0.031	1	50,0	0.3			0.9
	800-1500	32	29,6		5	12,2		11	16,2	
	1500-3000	6	13,3		5	15,2		8	16,3	
	>3000	-	-		-	-		1	12,5	
BKI	≤24.9	6	20,4	0.9	1	7,7	0.5	4	25,0	0.7
	25-29.9	16	25,0		4	13,8		7	16,3	
	≥30	18	24,0		6	15,4		9	13,2	
Egzersiz durumu	E. Yapmayan	39	25,2	0.7	3	6,5	0.042	16	18,2	0.25
	E. Yapan	1	6,7		8	21,6		4	10,3	

HAD-A: hastane anksiyete depresyon ölçeği-anksiyete, HAD-D: hastane anksiyete depresyon ölçeği-depresyon

Tablo 11. Hasta gruplarının HAD-D durumuyla bazı sosyodemografik özellikler ve diğer bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dağılımı

		HAD*D								
		HT			DM			HT_DM		
		Sayı	%	P	Sayı	%	P	Sayı	%	p
Cinsiyet	Kadın	33	32,7	0.046	9	25,7	0.60	16	22,9	0.8
	Erkek	13	18,8		10	20,3		12	21,1	
Eğitim	İlkokul ve altı	34	30,4	0.049	10	26,6	0.64	19	26,8	0.36
	Ortaokul	5	38,5		1	10,0		2	14,3	
	Lise	6	28,6		5	27,8		2	10,5	
	Üniversite	1	4,2		3	18,8		5	21,7	
Medeni durum	Bekar	-	-	0.025	1	100,0	0.10	-	-	0.56
	Evli	35	25,0		16	20,5		26	23,2	
	Dul	11	45,8		2	50,0		2	14,3	
Gelir	<800 tl	6	60,0	0.015	1	50,0	0.07			0.35
	800-1500	31	28,7		7	17,1		17	25,0	
	1500-3000	9	20,0		11	33,3		8	16,3	
	>3000	-	-		-	-		3	37,5	
BKI	≤24.9	10	34,5	0.63	4	30,8	0.15	2	12,5	0.4
	25-29.9	17	26,6		3	10,3		12	27,9	
	≥30	19	25,3		11	28,2		14	20,6	
Egzersiz durumu	E. Yapmayan	46	29,7	0.002	10	21,7	0.78	20	22,7	0.78
	E. Yapan	-	-		9	24,3		8	20,5	

HAD-A: hastane anksiyete depresyon ölçeği-anksiyete, HAD-D: hastane anksiyete depresyon ölçeği-depresyon

Diyabet hastalarında kan şekeri regülasyonu açısından 8-10 haftalık glukoz kontrolünü yansıtan HbA1c değeri incelendiğinde sadece DM’de %7,05±1,3 (en küçük:5, en büyük:12) ve hem HT hem de DM olan hastalarda %6,9±1,0 (en küçük:5, en büyük:11) olarak bulundu. HbA1c düzeyiyle anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 12) diyabetin regülasyonu ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p=0.021); anksiyete düzeyiyle istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p=0.364).

Çalışmamızda hipertansiyon tanılı hastalara uygulanan antihipertansif uyum ölçeğinde, her iki grubun antihipertansif ilaç kullanımları benzer oranlarda olup aralarında anlamlı fark bulunmadı (p=0.839). Antihipertansif ilaç kullanım açısından uyumlu olan hastaların %16,0’sında anksiyete riski mevcutken, %22,1’inde depresyon riski mevcuttu. Antihipertansif ilaç kullanımında uyumsuz olan hastaların %39,6’sında anksiyete riski, %37,7’sinde depresyon riski bulunmuştur. Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12. Hastaların diyabet regülasyonu ve ilaç uyumu ile anksiyete depresyon ilişkisi

		Anksiyete		P	Depresyon		P
		Eşik altı	Eşik üstü		Eşik altı	Eşik üstü	
Diyabet regülasyonu	Uyumlu	119 (86,9)	18 (13,1)	0.364	113 (82,5)	24 (17,5)	0.021
	Uyumsuz	60 (82,2)	13 (17,8)		50 (68,5)	23 (31,5)	
Antihipertansif ilaç kullanımı	Uyumlu	205 (84,0)	39 (16,0)	0.0001	190 (77,9)	54 (22,1)	0.017
	Uyumsuz	32 (60,4)	21 (39,6)		33 (62,3)	20 (37,7)	

Çalışmamızda araştırmaya katılan tüm hipertansif ve/veya diyabetik hastaların son 6 ay içerisinde gittikleri tüm sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarından aldıkları bakımı değerlendirmesini inceledik. Bunun için 20 maddelik PACİC ölçeği kullanıldı. Ölçek beş alt ölçekten oluşmaktadır. Hasta grupları bu alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde aldıkları puanlar Tablo 13’te gösterilmektedir. Gruplar arası alt grup analizleri incelendiğinde; hasta katılım puanı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordinasyon değişkenleri ve ölçek toplam puanı

için sadece hipertansiyon ve sadece diyabet grupları arasında ve sadece hipertansiyon ve hem HT hem DM birlikte olan gruplar arasında anlamlı farklılık vardı (P=0.0001)

Tablo 13. Hastaların Pacic ölçeği ve alt grup puanları

	HT	DM	DM_HT	P
Hasta katılımı	1,79± 0,7	2,38± 1,1	2,2 ± 1,0	0.0001
Karar verme	2,14± 0,7	2,7 ± 0,7	2,5 ± 0,8	0.0001
Amaç belirleme	1,5 ± 0,7	2,2 ± 0,9	2,1 ±0,9	0.0001
Problem çözme	1,3 ± 0,6	1,8 ± 0,9	1,6 ± 0,7	0.0001
İzlem koordinasyon	1,3 ±0,6	2,02 ±0,8	2,07 ± 0,7	0.0001
Ölçek toplamı	1,5 ± 0,6	2,2 ± 0,7	2,08± 0,7	0.0001

TARTIŞMA

Çalışmamızda, sadece hipertansiyonu olan hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanlarını eşik altında ancak diğer gruplardan yüksek saptadık. Kullandığımız kronik hastalıklarda bakım değerlendirme ölçek puan sonuçlarıyla, sadece HT olan hastaların hem toplam hem de alt grup puanlarının daha düşük olduğunu ortaya koyduk.

Çalışmamızda, HT hastalarında saptadığımız anksiyete ve depresyon oranları diğer hasta gruplarına göre daha yüksekti. Hipertansif grubun anksiyete depresyon puanlarını sırasıyla $5,91\pm 4,56$ ve $4,32\pm 4,02$ olarak bulduk. Sargın ve arkadaşları da diyabetik ve hipertansif hastalarda WHO Well Being Ölçeği kullanarak depresyon ve anksiyete durumlarını ölçmüşler ve hipertansif, normatansif diyabetik ve hipertansif diyabetik hasta grupları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak hipertansif diyabetik hasta grubunun depresyon ve anksiyete oranlarını, diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olarak tespit etmişlerdir (90). GATA iç hastalıkları polikliniğinde, hipertansif hastalara Beck Ölçeği kullanılarak %38,5’inde orta şiddette anksiyete saptanmıştır (91). Hong Kong’da bir üniversite hastanesinde hipertansiflerde yapılan çalışmada ise HAD anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanlar anksiyete için $5,51\pm 0,41$, depresyon için $5,56\pm 0,39$ olup, çalışmamızla benzer sonuçlardaydı (92). Hollanda’da birinci basamakta hipertansif yaşlılarla hasta sağlık anketi (Patient Health Questionnaire) PHQ-9, yaygın anksiyete bozukluğu (Generalized Anxiety Disorders-7) GAD-7 skalası kullanılarak yapılan bir çalışmada, anksiyete ve depresyon düzeyleri %5,0 olarak bulunmuştur (93). Erzincan’da bir aile sağlığı merkezinde kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların %51,2’sinin anksiyete alt ölçek puanı eşik üstü, %81,5’inin depresyon alt ölçek puanı eşik üstü olarak bulunmuştur (9). Bizim çalışmamızda ise hastaların %18,7’sinin anksiyete, %24,5’inin depresyon alt ölçek puanı eşik üstü olarak bulundu. Çalışmamızda HT grubunda anksiyete ve depresyon durumlarında elde edilen sonuçların daha yüksek olma nedenini, hipertansif grupta yaş ortalamasının daha yüksek, kadınların daha fazla, eğitim ve gelir düzeylerinin daha düşük, medeni durum açısından dul olanların daha fazla olmasına bağladık. Cheung ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır (92).

Tip 2 diyabete sıklıkla komorbid duygudurum bozukluğu eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalara göre Tip 2 DM'a %10-30 arasında, hafiften orta ve ağır derecelere kadar değişen depresif bozukluklar eşlik etmektedir (69). Çalışmamızda diyabetik grupta anksiyete oranını %13,3, depresyon oranını %22,9 olarak bulduk. Diyabetik hastalarda HAD ölçeği kullanılarak yapılan diğer çalışmalardan Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında, %30,8'inde anksiyete ve %51,1'inde depresyon eşik üstü olarak belirtilmiştir (5). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında %27,0'sinde anksiyete ve %47,0'sinde depresyon eşik üstü olarak belirtilmiştir (94). Khuwaja ve arkadaşlarının çalışmasında %58,0'inde anksiyete ve %43,5'inde depresyon eşik üstü olarak belirtilmiştir (95). Yapılan bir diğer çalışmada da %21,1'i anksiyete, %34,4'ü depresyon durumunda eşik üstü olarak tespit edilmiştir (96). Çalışmamızda diyabetik hasta grubunda HAD-A puanını $5,20\pm 3,92$, HAD-D puanını $4,02\pm 3,33$ olarak bulduk. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında HAD-A puanı $8,57\pm 0,36$, HAD-D puanı $7,69\pm 0,37$ olarak bulunmuş (5). Özdemir ve arkadaşları HAD-A puanını $7,09\pm 4,82$, HAD-D puanını $7,33\pm 4,85$ olarak tespit etmişler (94). Gülseren ve arkadaşlarının çalışmasında HAD-A puanı $6,8\pm 4,6$, HAD-D puanı $6,1\pm 4,4$ olarak tespit edilmiş (96). Çalışmamızda anksiyete ve depresyon oranları ve puanlarının diğer çalışmalardan daha düşük oranlarda bulunmasını, diyabetik grubun eğitim ve gelir düzeyinin daha iyi olmasına ve çalışmanın aile sağlığı merkezinde yapılmasına bağladık.

Çalışmamızda, antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçek sonucuna göre tedaviye uyumsuz olanların da hem anksiyete hem depresyon bulunma oranları daha yüksekti. Wagn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, antihipertansif tedaviye uyumsuzluk ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Buna ilaveten yapılan başka bir çalışma da depresyonu, antihipertansif tedavi uyumsuzluğuyla ilişkili faktörler listesine eklemektedir (97). Pakistan'da yapılan bir çalışmada ise antihipertansif tedaviye uyumsuzluk ile depresyon arasında ilişki gösterilememiştir (98). Çalışmamızda antihipertansif ilaç uyum oranları %82,2 olarak bulunmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi Nefroloji bölümünde yapılan bir çalışmada ise uyum oranları %86,8 olarak bulunmuştur (83) Yapılan diğer çalışmalarda antihipertansif tedavilere uyum oranlarının %26,9-88,1 arasında olduğu belirtilmektedir (83).

Çalışmamızda, diyabette hastalık kontrolü açısından uyumsuz hastalarda depresyon daha yüksekti, anksiyete açısından ise fark yoktu. Kuloğlu ve arkadaşları Tip 2 DM tanılı hastalarda yaptıkları çalışmada ise HbA1c düzeyine göre kan şekeri kontrol altında olmayanlarda, anksiyete ve depresif belirtilerin düzeylerinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır (99). Gülseren ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise HbA1c ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (96). Balhara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, HbA1c ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (100). Eren ve arkadaşları, HbA1c düzeyi ile hamilton ölçeğini kullanarak anksiyete ve depresyon skorlarında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (101). Bulgularımız literatürle uyumluydu. Diyabet hastalarında HbA1c değerlerine göre metabolik kontrol durumu incelendiğinde, %65,2'sinin iyi olduğunu saptadık. Kayseri'de birinci basamakta yapılan bir çalışmada ise %24,8'ini iyi olarak saptamışlar; bu değerlerin düşük olmasını kadın cinsiyete, ileri yaşa ve düşük eğitim düzeyine bağlamışlardır (102). Bizim çalışmamızda hastalık regülasyonunun daha yüksek olmasını, diyabetik grubun eğitim ve gelir düzeylerinin daha iyi olmasına bağladık.

Yaşlılık depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (9). Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasına bakıldığında $61,47 \pm 9,75$ olup, hipertansif grubun yaş ortalaması ($63,4 \pm 9,9$) daha yüksek olarak bulundu. Hipertansif grubun anksiyete ve depresyon oranlarını (sırasıyla %23,5, %27,1) diğer gruplardan yüksek saptadık. Cheung ve arkadaşları hipertansiflerde yaptıkları çalışmada da yaş ile anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuşlardır (92). Yaş ortalamalarını; Bahar ve arkadaşları (5) $55,39 \pm 0,89$, Özdemir ve arkadaşları (94) $53,9 \pm 7,44$, Gülseren ve arkadaşları (96) $58,4 \pm 10$ olarak saptamıştır. Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça depresyon durumlarının arttığı görülmektedir (5).

Cinsiyet açısından majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur (63). Çalışmamızda cinsiyetler arasında farklılığa bakıldığında, kadınlarda erkeklere göre anksiyete ve depresyon görülme durumları daha yüksektir. Hipertansif grupta cinsiyet açısından anlamlılık saptanmış olup, diyabetik grupta anlamlılık bulunmamıştır. Cheung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hipertansiflerde anksiyete skorları kadınlarda erkeklerden yüksek saptanmıştır. Ancak depresyonda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır

(92). Bahar ve arkadaşlarının diyabetik hasta grubunda yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon puanları kadınlarda daha yüksek bulunmuş ve anksiyetede anlamlı ilişki tespit edilmiştir (5). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların anksiyete ve depresyon puanları, erkeklerden ve diyabetik olmayan kadınlardan yüksek bulunmuştur (94). Kadın cinsiyetinde olmanın, psikiyatrik belirtiler açısından risk oluşturduğu çalışmalarda da gösterilmiştir (96,94). Bu sonuçlar bulgularımızla uyum göstermektedir.

Çalışmamızda tüm grubun medeni durumu açısından bakıldığında, anksiyete ve depresyon görülme durumuyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Cheung ve arkadaşlarının (92) yaptığı çalışmada ve Hollanda'da birinci basamakta yaşlılarla yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (93). Erzincan'da bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada da dul olan hastaların, evli ve bekar hastalara oranla depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmektedir (9). Çalışmamızda çoğunluğu evli bireyler oluşturuyordu ve verilerimiz diğer çalışmalar ile uyumluydu.

Araştırmamızda, eğitim düzeyi azaldıkça anksiyete ve depresyon durumları artmaktadır. Hipertansifler için anksiyete ve depresyon düzeyi, diyabetikler için anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur (5). Khuwaja ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olanlarda depresyon görülmesi yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlılık bulmuşlardır, ancak anksiyete ile anlamlı ilişki bulunmamıştır (95). Hollanda'da birinci basamakta yaşlılarda yapılan çalışmada, düşük eğitim düzeyiyle anksiyete ve depresyon skorları açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır (93). Yapılan başka bir çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça depresyon puan ortalaması üzerinde önemli bir etki oluşturduğu, ancak anksiyete puan ortalamasını önemli derecede etkilemediği belirtilmiştir (9).

Çalışmamızda gelir durumu açısından hipertansif grupta anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlılık bulundu ancak diyabetik grupta istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında geliri giderinden az olanların diğerlerine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak, istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmadığı belirlenmiştir (9). Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında, gelir durumunun anksiyete puan ortalamasını etkilediği ancak depresyon puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir (5).

Çalışmamızda sigara kullanımı %7,4 olup depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hollanda da birinci basamakta yapılan bir çalışmada da %13 sigara kullanımıyla benzer sonuçlar bulunmuştur (93). Ancak Cheung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (92). Araştırmada yer alan hastalardan sigara içenlerin oranları düşük olduğundan, depresyon ve anksiyete ile istatistiksel açıdan ilişki bulunmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hipertansif grupta egzersiz yapmayanlarda depresyon durumları daha yüksek saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Benzer sonuçlara göre; Cheung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da egzersiz yapmama durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki gösterilmiş ancak anksiyete durumuyla ilişki bulunamamıştır (92). Ancak çalışmamızda diyabetik grupta egzersiz yapma durumunun anksiyeteyi azaltmadığı yönünde anlamlı ilişki bulundu. Khuwaja ve arkadaşları fiziksel aktivite yapmayanlarda anksiyete ve depresyonun görülme oranlarını daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (95). Balhara ve arkadaşları ise fiziksel egzersizle anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermişlerdir (100).

Çalışmamızda tüm grubun BKİ $29,5 \pm 5,08$ olup, gruplar arasında anksiyete ve depresyon açısından anlamlılık gösteremedik. Hollanda'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada BKİ $28 \pm 4,4$ olup anksiyete ve depresyon açısından çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmaktadır (93). Cheung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, abdominal obezite hipertansiyon için belirleyici faktör olmasına rağmen anksiyete ve depresyonla ilişkili gösterilememiştir (92). Kayseri'de birinci basamakta diyabetik hastalarda BKİ $29,8 \pm 4,6$ olup, bizim çalışmamızla benzer değerlerde bulunmuştur. BKİ'ne göre zayıf ve şişman olanların metabolik kontrollerinin, normal olanlara göre daha kötü olduğunu ancak anlamlı fark bulunmadığını belirtmişlerdir (102).

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin kendilerine sunulan kronik bakım hizmetlerini değerlendirmede aldıkları ölçek toplam puanı $1,88 \pm 0,7$ düzeyinde bulundu. İncirkuş'un (85) çalışmasında ölçek toplam puanı $2,54 \pm 0,9$,

Schmittiel ve arkadaşlarının (103) yaptıkları çalışmada $2,7\pm1,1$, Rosemann ve arkadaşlarının (104) yaptıkları çalışmada $2,44\pm1,1$ ve Hollanda'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada (105) ölçek toplam puanı $2,9\pm1,0$ olup, bizim çalışmamızdan yüksek değerler bulunmuştur. Çalışmamızda pacic puanlarının diğer çalışmalardan düşük saptanmasını, hipertansif grupta yaş ortalamasının daha yüksek, kadınların daha fazla, eğitim ve gelir düzeylerinin daha düşük, medeni durum açısından dul olanların daha fazla olmasına bağladık.

SONUÇLAR

Yaptığımız çalışmada, psikiyatrik herhangi bir tanı ve tedavi almayan hipertansif ve diyabetik grupta anksiyete ve depresyon oranlarını belirlemek amacıyla HAD ölçeği kullandık, alt ölçek sonuçlarını sırasıyla %18,7 ve %24,5 olarak bulduk. Hipertansif grupta diğer gruplardan daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon riskini belirledik. Anksiyete ve depresyon durumlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkilerini gösterdik. Kadın olmanın, medeni durum açısından dul olmanın, eğitim düzeyi ve gelir durumu düşük olmasının anksiyete ve depresyon durumlarını arttıran faktörler olduğunu tespit ettik. Ayrıca hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklara anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği hastalarda, ilaç uyumu ve hastalığın metabolik açıdan düzenlenmesi olumsuz etkilenmektedir. Bulgularımız literatürle de uyumluydu. Hipertansif grupta egzersiz yapma durumuyla depresyon arasında anlamlı pozitif ilişki gösterdik ancak diyabet grubunda egzersiz yapmayanlarda anksiyeteyi düşük saptamadık. BKİ'ne göre gruplarımız arasında anksiyete ve depresyon açısından ilişki bulunamadı. Kronik Hastalıklarda Bakımı Değerlendirme Ölçeği puanlarını yapılan diğer çalışmalardan düşük saptadık.

Birinci basamakta, verilen sağlık hizmetlerine başvuran bireyleri, tıbbi bilimlerle beşeri bilimleri de birleştirerek toplumsal ve sosyal örüntülerle birlikte bir bütün olarak değerlendirmek önemlidir. Aile hekimlerinin uyguladığı koruyucu hekimlik hizmetlerinin temelinde, kronik hastalıklara sahip olanlar başta olmak üzere, hastaların sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde bulunmasına yardımcı olmak bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 6. Baskı. Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti 2013:
2. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche yayınları 1993:94-9.
3. Buzlu S. Diyabetin psikososyal yönü. Erdoğan S. ed. Diyabet hemşireliği temel bilgiler. İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım 2002:195-203.
4. Akbay Pırıldar Ş. Dahiliye ve psikiyatri V. Diyabette depresyon ve anksiyete bozuklukları, birinci baskı. İstanbul: Okuyan Us Yayınları 2003:
5. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:18-26.
6. Pick Up J, Williams G. Hypertension and Diabetes Mellitus. Textbook of diabetes. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science 1997:1-19.
7. Arauz Pacheco C, Parrott MA, Raskin P. American Diabetes Association: Treatment of hypertension in adults with diabetes. Diabetes Care 2002;25(1):199-201.
8. Whitworth JA; World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003;21(11):1983-92.

9.Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. Turk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul 2010;9(3)209-16.

10.Oğuzhanoğlu KN. Tıbbi durumlar ve depresyon. Duygudurum Dizisi. 2001;3:116-25.

11.Başkal N. Diabetes Mellitus Tanım, Klasifikasyon, Tanı, Klinik, Laboratuvar ve Patogenez. Erdogan G. ed. Klinik Endokrinoloji. 3. baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Yayınları 2003:207-32.

12.Yenigün M, Ener E. Diabetes mellitusun tarihçesi. Yenigün M(ed) Her yönüyle diabetes mellitus. 2.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2001:3-6.

13.Mcwhinney RI, Freeman T. Aile hekimliği. Güldal D, Çev. Ed, 3. Baskı, İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık 2012:335-360

14.Uluslararası Diyabet Federasyonu. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
Erişim tarihi: 11.10.2013.

15.World Health Organization, International Diabetes Federation. Diabetes Action Now.An initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. WHO, Switzerland, 2004.

16.Diabetes Atlas, Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. [http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(09\)00432-X/abstract](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(09)00432-X/abstract) Erişim tarihi: 11.10.2013.

17.TURDEP-2sonuçlarıhttp://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf
Erişim tarihi: 10.09.2013.

- 18.Onat A. Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet:Patogeneze önemli katkı TEKHARF Çalışması. <http://tekharf.org/2009.html> Erişim tarihi: 20.11.2013.
- 19.American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2013;36(11):67-74.
- 20.Kumar V, Abbas AK., Faustor N. Robbins ve Cotran Hastalığın Patolojik Temeli. Sav A, Özdamar ŞO. Çev. Ed, 7. Baskı, Ankara: Güneş kitapevi 2009:1189-1205.
- 21.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes Care. 2012;35(11):11-63.
- 22.Ünal P. Aile hekimliğinin tanımı ve ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları. Birinci Aşama'da. Baskı, Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı 2004:11-16.
- 23.İliçin G, Biberoglu K, Süleymanler G, Ünal S. İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitapevi 2003:2311-31.
- 24.Özcan Ş. Kronik komplikasyonlar. Diyabet hemşireliği temel bilgiler. 5.Basım, İstanbul: Yüce Yayın A.Ş. 2002:141-54.
- 25.T.C. Sağlık Bakanlığı (TR). Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı 2011:Yayın No:816.
- 26.Bozdemir N, Kara Hİ. Birinci basamakta tanı ve tedavi, Tuzcu A. ed. Diabetes Mellitus. Adana: Nobel Kitapevi 2010:387-99.
- 27.Büyükoztürk K., Atamer T. İç hastalıkları kitabı. Cilt 1, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi 2007:501-90.

- 28.Kohner EM, Aldington SJ, Stratton IM. United Kingdom prospective diabetes study; diabetic retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. Arch Ophthalmol 1998;116(3): 297-303.
29. Foley RN, Collins AJ. End-Stage Renal Disease in the United States: An Update from the United States Renal Data System . Journal of the American Society of Nephrology 2007;18(10):2644-8
- 30.Cooppan R. General approach to the treatment of diabetes mellitus. In: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ, eds. Joslin's diabetes mellitus. 14th ed. Boston: Lippincott Williams&Wilkins 2005:587- 96.
- 31.Ismail-Beigi F. Pathogenesis and glycemc management of type 2 diabetes mellitus: a physiological approach. Arch Iran Med 2012;15(4):239-46.
- 32.UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998;317:703-13.
- 33.The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the Management of ArterialHypertension. J Hypertens 2007;25(6):1105-87.
- 34.Candan İ. Medikal Tedavi. Cilt 1, Ankara: Antıp Yayınları 2003:361-65.
- 35.Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens 2005;23(10):1817-23.

36. Onat A, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk yetişkinlerde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2004;32:533-41.
37. Abacı A, Oğuz A, Kozan Ö, Toprak N, Şenocak H, Değer N, et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). J Hum Hypertens 2006;20:355-61.
38. Banegas JR, López-García E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox JP, Borghi C, et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. EurHeart J 2011;32:2143-52.
39. Güldal D. Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 2010;1(özel sayı 1):1-6.
40. Secondary Hypertension, definition <http://www.mayoclinic.com/health/secondary-hypertension> Erişim tarihi: 20.11.2013.
41. Tengiz İ, Tuncer E. Aile hekimleri için hipertansiyon. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2013;5(5):1-9.
42. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). <http://www.nhlbi.nih.gov/guedilines/hypertension/jnc7full.htm>. Erişim tarihi: 11.10.2012.
43. Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine başvuran esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyon arasındaki ilişkinin saptanması (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1995.

- 44.İğde F AA, Gürz AA. Periyodik Muayenede Taramalar. *Turkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi* 2013;4(özel sayı 5):43-8.
- 45.Sucaklı MH, Çelik M. Erişkin Sağlık İzlemi (Erkek). *Turkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi* 2013;4(özel sayı 5):88-95.
- 46.Dikici MF, Şahin MK. Periyodik sağlık muayenesinde risk değerlendirmesi. *Turkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi* 2013;4(özel sayı 5):29-36.
- 47.Mancia G, Ferrari A, Gregorini L, Parati G, Pomidossi G, Bertinieri G, et al. Blood pressure and heart rate variabilities in normotensive and hypertensive human beings. *Circ Res* 1983;53:96-104.
- 48.Modesti PA, Morabito M, Bertolozzi I, Massetti L, Panci G, Lumachi C, et al. Weather-related changes in 24-hour blood pressure profile: effects of age and implications for hypertension management. *Hypertension* 2006;47:155-61.
- 49.O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, et al. European Society of Hypertension Recommendations for Conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003;21:821-48.
- 50.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.
- 51.Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42(6):1206-52.
- 52.Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24(2):215-33.

- 53.Banegas JR. Control of high blood pressure in primary health care. Am J Hypertens 2006;19(2):146.
- 54.Maier KW, Cooper RS, Kramer H, Baneges JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States, Hypertension 2004;43(1):10-7.
- 55.Domaç M, Hayran O, Dülger GA, Balta E, Özkan Ö. Türkiye’de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi, Ankara, 2000;3
- 56.Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 1999;6:11-4.
- 57.Koruk İ, Şahin TK, Demir LS. Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:51-8.
- 58.Ergun UG, Yıldırım MY, Alparslan N. Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu. Türk Aile Hek Derg 2002;6:165-71.
- 59.Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları.Yeni Tıp Dergisi 2008;25:97-101.
- 60.Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H, Miller DR. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensivemedications. J Clin Pharm Ther 2002;27:47-56.
- 61.Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi 2011:340-460

62.Köroğlu E. Aile hekimliği uygulamasında psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2012:43-100

63.Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;62:25-30.

64.Kılıç C, Türkiye ruh sağlığı profili. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkilili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı 1998.

65.Akdeniz F. Depresif bozuklukların tedavisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2007;3(29):24-9.

66.Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18.

67.Aydın S. Birinci basamakta psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinin kullanımı. Turk Aile Hek Derg 2005; 9(1): 26-31.

68.Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Sarı O, Koruyucu bakımın temel ilkeleri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 2013;4(özel sayı 5):5-12.

69.Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalance of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med 2006;23:1165-73.

70.Grigsby AB, Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systamatic review. J Psychosom Res 2002;53(6):1053-60.

71.Hutter N, Schnurr A, Baumeister H. Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders-a systematic review. Diabetologia 2010;53(12):2470-9.

72.Yarış F, Ayanoglu S, Dikici M.F, Aksoy H, Özgür R, Ekizoğlu İ.Diyabetes mellitus tip 2’de depresyon. Türk Aile Hek Derg 2000;4(1-4):24-26.

73.Türkçapar H. Hipertansiyonda bilişsel davranışçı tedavi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 2010;1(özel sayı 1):26-9.

74.Balcıoğlu İ. Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(1):45-51.

75.Özmen M, Önen B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında psikiyatrik bozukluklar. Umut S, Erdiñç E, eds. Tanımdan tedaviye kronik obstrütif akciğer hastalığı. Galenos Yayıncılık 2008:333-45.

76.Ruthledge T, Hogan BE: A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosom Med 2002;64:758-66.

77.Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, et al. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. Circulation 2005;111(4):480-7.

78.World Health Organization [WHO] (2005) Chronic Disease. http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/ Erişim 07.09.2013.

79.Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N ve ark, eds. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık 2007:

80.World Health Organization [WHO] (2008). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>. Erişim: 13.09.2013.

81.Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 2002;288(15), 1909-14.

82.Demirezen E. Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan antihipertansif ilaç kullanan Türklerde ilaç tedavisine uyum (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi; 2006.

83.Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg 2011;15(1):7-12.

84.Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical Care 2005;43(5):436–44.

85.İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu’nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. Dokuz Eylül üniversitesi hemşirelik yüksek okulu elektronik dergisi .2011;4 (1):102-9.

86.İncirkuş K. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı’nın Geçerlilik Güvenirliği (Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2010.

87.Zigmond AS, Snaith PR: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.

88.Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği 2012:206-10.

89.Aydemir Ö, Güvenir T ve ark. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg 1977;8:280-7.

- 90.Sargın M, Sargın H, Şengül AM, Hezer Ö, Aydın G, Yayla A. Tip 2 diyabetli ve/veya hipertansif vakalarda ruhsal iyilik halini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2001;12(2):72-5.
- 91.Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(2):1-5.
- 92.Cheung BMY, Au THY, Chan SY, et al. The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. Exp Clin Cardiol 2005;10(1):21-4.
- 93.Ringoir L, Pedersen SS, Widdershoven JW, Pop VJ. Prevalence of psychological distress in elderlyhypertension patients in primary care Neth Heart J 2013;[Epub ahead of print].
- 94.Özdemir İ, Hocaoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. Düşünen Adam: Psikiatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:128-38.
- 95.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.
- 96.Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. Turk Psikiyatri Derg 2001;12(2):89-98.
- 97.Wang PS, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, et al. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. J Gen Intern Med 2002;17(7):504-11.
- 98.Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, Sajwani RA, Saleheen D, et al. Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. PLoS One 2007;2(3):e280.

99.Kuloğlu M, Karaoğlu A, Atmaca M ve ark. Tip 2 diyabetik hastalarda psikiatrik belirtiler ve kan şekeri kontrolü. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2000;13(1):19-23.

100.Balhara Y, Sagar R. Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. Indian J Endocr Metab 2011;15(1):50-4.

101.Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. Tip 2 diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiatrik bozuklukların ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2003;14(3):184-91.

102.Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2010;32(2):111-22.

103.Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patient-centered Outcomes for Chronic Conditions. J Gen Intern Med. 2008;23(1):77-80.

104.Rosemann, T, Laux MD, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. J Eval Clin Pract 2007;13(5):806-13.

105.Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. BMC Health Serv Res 2008;8:182.

Aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve hipertansif hastaların anksiyete depresyon durumunun değerlendirilmesi

Bu anketin amacı aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon riskini ve dőzeylerini araştırmaktır. Anket kapsamında elde edilecek verilerin birinci basamakta kronik hastalıkların takip ve tedavilerinin daha iyi yapılmasına yardımcı olmasını űmit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler anonim tutulacaktır. Lűtfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seğeneği sőyleyiniz. Katılımınız ięin teřekkűr ederiz.

1. Doğum tarihiniz nedir? ____ / ____ / ____ Form no:

2. Cinsiyet: Erkek Kadın Protokol no:

3.Hastanın Őlęűm ve Laboratuvar Deđerleri

Boy (cm)		HbA1C (%)		Sedim mm/1saat	
Kilo (kg)		AKş (mg/dL)		CRP mg/dL	
BMI		TKş (mg/dL)		AST(IU/L)	
Bel ęevresi (cm)		İdrar Proteini(mg/dL)		ALT (IU/L)	
Kan Basıncı(mmHg)		Kreatinin(mg/dl)		LDH(U/L)	

4. Medeni durumunuz nedir?

Bekar Evli Bořanmıř Eři űlműř

5. Birlikte yaşadığınız kişi ya da kişiler?

Yalnız Anne-Baba Eř ve ęocuklar Diğer

6. Eğitim durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
Lise űniversite Y.lisans

7. Herhangi bir işte ęalıřıyor musunuz?

Evet Hayır

8. Eğer ęalıyorsanız mesleğiniz nedir?

9. Hanenin ortalama aylık gelir dőzeyi nedir?

≤ 800tl 800-1500tl 1500-3000tl ≥ 3000

10. Diyabet ve/veya Hipertansiyon hastalıklarından hangi tanılarınız var?

Hipertansiyon Tip2 Diyabet Hipertansiyon+Tip2 Diyabet

11. Kaç yıldır T2 Diyabet tanısı aldınız?

1 yıldan az 1-5 yıl 6yıl-10yıl 11 yıl ve űzeri

12. Diyabet hastalığı için kullandığınız tedavi veya tedaviler neler?

İlaç kullanmıyor Oral antidiyabetik ilaç İnsulin Oral antidiyabetik +insulin

13. Diyabet hastalığınızla ilgili ilaçlarınızı dőzenli kullanıyor musunuz?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen ęođu zaman Her zaman

14. Diyabet hastalığınızla ilgili diyetinize uyuyor musunuz?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Çoğu zaman Her zaman

15. Düzenli fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

Hiç yapmıyorum Düzenli yapmıyorum Haftada ≤ 1 Haftada 2-3 Haftada ≥ 4

16. Kaç yıldır Hipertansiyon tanısı aldınız?

1 yıldan az 1-5 yıl 6yıl-10yıl 11 yıl ve üzeri

17. Hipertansiyon hastalığı için kullandığınız tedavi veya tedaviler neler?

İlaç ismi.....

Tekli antihipertansif ikili hipertansif üçlü hipertansif

18. Kullandığınız tansiyon ilaçlarıyla ilgili durumunuza uygun olanı cevaplar mısınız?

	EVET	HAYIR			
Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi bazen unuttuğunuz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Son iki hafta içinde unutmadığınız halde tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ihmal ettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kullandığınız tansiyon ilaçlarının size verdiği rahatsızlıktan dolayı doktorunuza söylemeden ilacı azalttığınız ya da bıraktığınız hiç oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Seyahate çıktığınızda ya da evden ayrıldığınızda tansiyon ilaçlarınızı yanınıza almayı unuttuğunuz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dün tansiyon ilacınızı içtiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tansiyon ilaçlarınızı hep aynı şekilde mi kullanıyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tansiyonunuzun iyi olduğunu hissettiğinizde bazen ilaç içmeyi bırakır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Her gün ilaç içmek büyük sıkıntıdır siz tansiyon tedavinize uymada hiç zorluk yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tansiyon ilaçlarınızı içmeyi ne sıklıkta unutuyorsunuz?	Hiç/nadiren <input type="checkbox"/>	Ara sıra <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Genellikle <input type="checkbox"/>	Her zaman <input type="checkbox"/>

19. Son dönemlerde ölçülen kan basıncınız 130/80 mmHg ve altında mı?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Çoğu zaman Her zaman

20. Diyabet ve/veya hipertansiyon hastalığınıza ek olarak başka hastalığınız veya rahatsızlıklarınız var mı?

Hayır Evet

Hiperlipidemi Kalp hastalığı Böbrek Hastalığı Göz hastalığı

Ayaklarda his kaybı Ayaklarda yara Cinsel rahatsızlık/yetmezlik

Diğer

21. Tanı almış olduğunuz herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?

Yok Var Hastalığın tanısı..... Kullandığı ilaç

22. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

10 yada daha az 11-20 adet 21-30 adet 31 veya daha fazlası

23. İlk sigarayı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

ilk 5 dakika 6-30 dakika 31-60 dakika Bir saatten fazla

24. Alkol içeren içki (bira şarap votka vb) kullanır mısınız?

Hayır Evet

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice dinleyerek, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği belirtiniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.					
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.					
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.					
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.					
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.					
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı					
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.					
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.					
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.					
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.					
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.					
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.					
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi					
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi					
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.					
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı					
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.					
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim					
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı					
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu					

HAD ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her ifadeyi dikkatlice dinliyerek ve son birkaç gününüzü gözönünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek