



**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**ANTİHİPERTANSİFLERLE ARTERİYEL KAN BASINÇLARI
KONTROL ALTINA ALINAMAYAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL
AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SSRI'LARIN (SERTRALİN)
HİPERTANSİYON KONTROLÜNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. Celalettin GÖKTEKİN

ANKARA – 2008



**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**ANTİHİPERTANSİFLERLE ARTERİYEL KAN BASINÇLARI
KONTROL ALTINA ALINAMAYAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL
AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SSRI'LARIN (SERTRALİN)
HİPERTANSİYON KONTROLÜNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Araş. Gör. Dr. Celalettin GÖKTEKİN**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Altuğ KUT**

ANKARA – 2008

TEŞEKKÜR

Çağdaş medeniyetler düzeyine çıkabilmemiz için bir ömür boyu hiç durmadan çalışan, hatta bu uğurda canını hiçe sayan ulu önderimiz M.Kemal ATATÜRK'e, onun silah arkadaşlarına ve aziz şehitlerimize sonsuz minnetlerimi sunarım. Bizlere sağladığı çağdaş bilimsel ortam ve sunduğu imkanlarla hem mesleki hem sosyal açıdan ilerlememizde büyük katkısı olan Başkent Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a, bu çalışmanın gerçekleşmesinde hiçbir desteği esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, bu tezin hazırlanmasında benden daha fazla yorulan, her fedakarlığı gösteren, her zorlukta benim motivasyonumu artıran ve tez danışmanım olan Aile Hekimliği öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Altuğ KUT'a, bizim eğitimimiz için bizi bizden daha çok düşünen Halk Sağlığı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Cihangir ÖZCAN'a, çalışmanın oluşumunda önemli katkıları olan Aile Hekimliği Uzmanı Dr. İbrahim TOKALAK'a, Halk Sağlığı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Coşkun BAKAR'a ve Halk Sağlığı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. İrem BUDAKOĞLU'na, çalışmanın gerçekleşmesinde hiç bir yardımı esirgemeyen Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Bülent ÖZİN'e, birlikte çalışmaktan her zaman onur duyduğum Aile Hekimliği Uzmanları Dr. Yasemin ÇETİNEL, Dr. Okan OKUMUŞ ve tüm Çocuk ve Erişkin Acil Servis çalışanlarına, çalışmanın gelişiminde bana yol gösteren Psikiyatri bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ'e, eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kardiyoloji, Psikiyatri, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Genel Cerrahi Anabilim Dallarında görevli tüm meslektaşlarıma, çalışmamın oluşumunda, gelişiminde ve sonuçlandırılmasında hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan değerli dostum Aile Hekimliği Uzmanı Dr. Emin TÖRE'ye, varlıklarından her zaman güç aldığım çocuklarım Berna ve Alperen'e, maddi ve manevi her türlü zorlukta yanımdan hiç ayrılmayan sevgili eşim Gülhan'a ve beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan anne ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Celalettin GÖKTEKİN

ÖZET

Bu çalışmada, hipertansiyona eşlik eden psikiyatrik komorbid durumları saptamayı, psikiyatrik komorbiditesi olan hastalarda bu durumların tedavisiyle hipertansiyon tedavisindeki başarı oranının artırılabilceğini, böylece hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilebileceğini göstermeyi amaçladık.

Çalışmaya, 20.06.2007-29.09.2007 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve aynı zamanda hipertansiyon tedavisi almakta olan 273 hasta alınmıştır. İlk değerlendirme sırasında hastalarımıza sosyodemografik veri formu, SF-36 yaşam kalitesi soru formu ve KISA soru formu doldurtuldu ve 24 saatlik ambulatuar kan basıncı ölçümleri yapılarak kaydedildi. Bu değerlendirmeyle hastaların kan basınçlarının seyri, psikiyatrik komorbidite, sistemik hastalık varlığı ve yaşam kaliteleri değerlendirildi. KISA soru formunun değerlendirmesi doğrultusunda psikiyatrik komorbidite saptadığımız tüm hastalarımıza SSRI (1x50 mg Sertralin) tedavisi başlandı. Sekiz haftalık izlem sonrasında hastaların SF-36, KISA ve ambulatuar kan basıncı ölçümleri tekrarlanarak SSRI kullanan ve kullanmayan gruplar arasındaki farklılıklar incelendi.

Çalışmamıza katılan 273 hastanın kadın-erkek oranı 1:0,85 ve yaş ortalaması 60,43±0,62 olarak bulundu. Bu hastaların %26'sında antihipertansif tedaviye karşın kan basıncı kontrolü istenen düzeyde değildi. Ayrıca kontrolsüz hipertansiyonu olan hastaların %91,6'sında sistemik başka ek hastalık, %74,6'sında psikiyatrik bir hastalık eşlik etmekteydi ve genel olarak yaşam kaliteleri daha kötüydü. Kontrolsüz hipertansiyonun yanı sıra psikiyatrik komorbiditesi bulunan 53 hastanın %81,1'inin SSRI tedavisi ile kan basınçlarının istenen düzeylere çekilebildiği, aynı zamanda yaşam kalitelerinin de yükseldiği görüldü.

Sonuç olarak, kan basıncı yüksek seyreden hipertansif hastaların ek sistemik ya da psikiyatrik hastalık bulunma durumunun daha dikkatli araştırılmasını ve psikiyatrik hastalık saptanan olgulara antidepresan tedavi verilmesini önermekteyiz.

Anahtar sözcükler; hipertansiyon, psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, SSRI.

SUMMARY

The aim of this study was to identify psychiatric comorbidity in hypertensive patients, to investigate how the success of antihypertensive therapy will change by treating these psychiatric diseases, and to demonstrate that quality of life will get improved by these interventions.

The study was performed between 20.06.2007-29.09.2007 on 273 hypertensive patients treated at the cardiology outpatient clinics of the Baskent University Ankara Hospital. The subjects filled out a sociodemographic data form, SF-36 quality of life scale, the Brief PHQ and underwent an ambulatory blood pressure screening for 24 hours at the beginning of the study. These investigations defined the status of the blood pressure, the presence of psychiatric and systemic disorders, and the quality of life level of each subject. All patients with a psychiatric disorder were prescribed with a SSRI (Sertralin 50 mg per day). After 8 weeks of follow up the SF-36 scale, Brief PHQ and ambulatory blood pressure screening were repeated to demonstrate differences between patients using an SSRI and those not.

The female-to-male ratio was 1:0.85 with a mean age of 60.43 ± 0.62 between 273 patients participating in the study. Among the subjects 26% had insufficiently regulated blood pressure measurements despite of antihypertensive therapy. Among patients with insufficiently regulated blood pressure, 91.6% had coexisting secondary diseases, 74.6% had a comorbid psychiatric disorder, and usually a poor quality of life. The treatment of patients with insufficiently regulated blood pressure and coexisting psychiatric disorders using an SSRI was able to improve blood pressure regulation and quality of life in 81.1% of these patients.

As a conclusion, clinicians have to investigate much carefully the comorbidity of psychiatric disorders and secondary diseases in hypertensive patients and consider an antidepressant therapy to improve blood pressure control and quality of life.

Key Words: Hypertension, psychiatric comorbidity, quality of life, SSRI.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<i>Sayfa</i>
Teşekkür	<i>i</i>
Özet	<i>ii</i>
İngilizce özet	<i>iii</i>
İçindekiler dizini	<i>iv</i>
Kısaltmalar ve simgeler dizini	<i>vi</i>
Şekiller dizini	<i>viii</i>
Tablolar dizini	<i>ix</i>
1.Giriş ve amaç	1
2.Genel Bilgiler	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyonun tanımı	4
2.1.2. Hipertansiyonun insidans-prevelansı	4
2.1.3. Hipertansiyonun etyoloji ve risk faktörleri	5
2.1.4. Hipertansiyonun sınıflandırması	8
2.1.5. Hipertansiyonda belirti ve bulgular	10
2.1.6. Hipertansiyonun tanısı	11
2.1.7. Hipertansiyonun tedavisi	11
2.1.8. Hipertansiyonun komplikasyonları	16
2.2. Psikiyatrik Bozukluklar ve Birinci Basamak Hekimliği	18
2.2.1. Duygu Durum Bozukluğu	19
2.2.1.1. Tanım	20
2.2.1.2. İnsidans-prevelans	20
2.2.1.3. Sınıflandırma	20
2.2.1.4. Belirti ve Bulgular	21
2.2.1.5. Tanı	22
2.2.1.6. Tedavi	23
2.2.2. Anksiyete Bozukluğu	25
2.2.2.1. Tanım	25
2.2.2.2. Sınıflandırma	25
2.2.2.3. İnsidans-prevelans	26
2.2.2.4. Belirti ve Bulgular	26
2.2.2.5. Tanı	26
2.2.2.6. Tedavi	27
2.2.3. Somatoform Bozukluk	30
2.2.3.1. Sınıflandırma	31
2.2.3.2. Tanım	31
2.2.3.3. İnsidans-prevelans	32
2.2.3.4. Belirti ve Bulgular	32
2.2.3.5. Tanı	33
2.2.3.6. Tedavi	34
2.3. Psikiyatrik Ölçekler (Nöropsikolojik Testler)	35
2.3.1. Neden ölçme gereksinimi duyarız?	35
2.3.2. Nöropsikolojik testlerin genel özellikleri	36
2.3.3. Birinci Basamakta Kullanılan Nöropsikolojik Testler	36
2.3.3.1. K1SA	37
2.4. Sağlıkta Yaşam Kalitesi	39
2.4.1. Kısa Form-36 (Short Form 36, SF-36)	40

2.4.1.1. SF-36'nın Alt Ölçekleri	41
2.4.2. SF-36'nın tarihsel gelişimi	41
2.4.3. SF-36'nın kullanım alanları	42
3. Gereç ve Yöntem	43
3.1. Araştırma Projesi	43
3.2. Araştırma Bölgesi	43
3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	43
3.3.1. Araştırmanın Evreni	43
3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri	43
3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	44
3.4. Araştırmanın Tipi	44
3.5. Araştırmanın Örneklemi	44
3.6. Araştırmaya Katılım Oranı	44
3.7. Araştırmanın Veri Kaynakları	45
3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	45
3.9. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	45
3.9.1. Fizik inceleme	46
3.9.2. Psikometrik ölçümler	46
3.9.3. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü	47
3.10. İstatistiksel İncelemeler	48
3.11. Araştırmanın Süresi	48
4. Bulgular	50
4.1. Tanımlayıcı Analizler	50
4.2. Hipoteze Yönelik Analizler	52
4.2.1. Grup içi analizler	52
4.2.2. Gruplar arası analizler	58
5. Tartışma	74
6. Sonuç ve Öneriler	82
7. Kaynaklar	83
8. Ekler	94

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

AA	: Ağrı Algısı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE	: Anjiotensin Converting Enzime /Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
ARB	: Anjiotensin-II Reseptör Blokörü
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DH	: Dispeptik Hastalık
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ER	: Emosyonel Rol Güçlüğü
FF	: Fiziksel işlevsellik
FR	: Fiziksel Rol Güçlüğü
GS	: Genel Sağlık Algısı
HDL	: High Density Lipoprotein / Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HL	: Hiperlipidemi
HT	: Hipertansiyon
HUI	: Health Utilities Index
ISOQOL	: International Society of Quality of Life / Uluslararası Yaşam Kalitesi Derneği
IQOLA	: International Quality of Life Assessment / Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirme Projesi
JNC	: Joint of National Commitee / Birleşik Ulusal Komite
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KB	: Kan Basıncı
KıSA	: Kısa Sağlık Anketi
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokörleri
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrütif Akciğer Hastalığı
MAO	: Mono-amin Oksidaz
MI	: Miyokard İnfarktüsü
MS	: Mental Sağlık Düzeyi
NHP	: Nottingham Health Profile / Nottingham Sağlık Profili
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PHQ	: Patient Health Questionnaire / Sağlık Anketi
RAA	: Renin-anjiotensin-aldosteron
RP	: Retinopati
SF	: Sosyal İşlevsellik
SF-36	: Short Form 36 / Kısa Form 36
SIP	: Sickness Impact Profile
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors /Seğici Serotonin Gerialım İnhibitörü
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri
TH	: Tiroid Hastalığı
THPÇ	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
V	: Vitalite
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life Scale

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Araştırma Planı	46
Şekil 2:	SSRI tedavisi alan ve almayan gruplarda cinsiyete göre KB izlemi ortalama değerlerinin birinci ve ikinci değerlendirmelerde dağılımları, 2008.	56
Şekil 3:	SSRI tedavisi alan ve almayan gruplarda yaşa göre KB kontrolünün birinci ve ikinci değerlendirmelerde dağılımları, 2008.	59

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1:	JNC 7 Kan basıncı sınıflaması, 2004	8
Tablo 2:	Sekonder hipertansiyona neden olan hastalıklar, 2008.	9
Tablo 3:	Fiziksel aktiviteler ve yakılan kalori miktarları, 2008.	12
Tablo 4:	Diüretiklerin neden olabileceği metabolik değişiklikler, 2008.	13
Tablo 5:	β -Adrenöseptörler tarafından oluşturulan etkiler, 2008.	14
Tablo 6:	Depresif belirtilere yol açan tıbbi durumlar, 2008.	23
Tablo 7:	Depresif belirtilere yol açan ilaçlar, 2008.	23
Tablo 8:	Türkiye’de bulunan bazı SSRI’lar ve olağan kullanım dozları, 2008.	24
Tablo 9:	Anksiyetenin somatik belirtileri, 2008.	26
Tablo 10:	Somatik uğraş düşündürülen belirtiler, 2007.	32
Tablo 11:	Çalışma Takvimi, Mayıs 2007 – Ocak 2008.	49
Tablo 12:	Hastaların tanımlayıcı özellikleri, 2008.	50
Tablo 13:	Hastaların hipertansiyon tanısı aldıkları zaman dilimi ve kullandıkları ilaç kombinasyonları, 2008.	51
Tablo 14:	Hastaların uyguladıkları egzersiz türleri, 2008.	51
Tablo 15:	Hipertansiyona eşlik eden ve birden fazla olan hastalık kombinasyonları, 2008.	52
Tablo 16:	Çalışmaya katılan hastaların ilk ve ikinci değerlendirmelerindeki ambulatuvar KB değerlerinin dağılımı, 2008.	53
Tablo 17:	Çalışmaya katılan hastaların KıSA soru formu ile ilk değerlendirmede aldıkları psikiyatrik tanılar, 2008.	54
Tablo 18:	Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri, 2008.	55
Tablo 19:	Çalışmaya katılan hastaların çalışma başında ve sonunda SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve farklılıkları, 2008.	58
Tablo 20:	Hastaların cinsiyet durumu kontrol altına alınarak yapılan SF-36 değerlendirmesinin bulguları, 2008.	60
Tablo 21:	Cinsiyet özelliği kontrol altına alınarak çalışmaya katılan hastalardaki SF-36’nın alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları ve aralarındaki farklılıklar, 2008.	61
Tablo 22:	Hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumu kontrol altına alınarak yapılan SF-36 değerlendirmesinin bulguları, 2008.	62
Tablo 23:	Hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumları kontrol altına	64

alınarak herhangi bir ek hastalığın varlığına göre SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları ve farklılıkları, 2008.

Tablo 24:	Hastaların öğrenim durumları kontrol edilerek yapılan analizlerde SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları, 2008.	65
Tablo 25:	SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda hastaların öğrenim durumuna göre SF-36 ölçeği alt ölçeklerindeki puan ortalamalarının birinci ve ikinci değerlendirmede birbirlerine göre farkları, 2008.	67
Tablo 26:	Çalışma durumuna göre tanımlanan hastaların, SF-36 alt kategorilerinde birinci ve ikinci değerlendirmenin her birinde aldıkları puan ortalamalarının SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda birbirine göre farkları, 2008.	68
Tablo 27:	SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda çalışma durumuna göre SF-36 ölçeği alt ölçeklerindeki puan ortalamalarının birinci ve ikinci değerlendirmede birbirlerine göre farkları, 2008.	70
Tablo 28:	Hastaların KB değerlendirmeleri kontrol altına alınarak uygulanan SF-36 ölçeğinden birinci ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları, 2008.	71
Tablo 29:	Çalışmaya katılan hastaların SSRI tedavisi alma durumları ve çeşitli demografik özelliklere göre KISA ölçeğinden aldıkları tanı gruplarına göre dağılımları, 2008.	73

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği Uzmanları esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar ve bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanırlar. Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendisi tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. (1)

Aile hekimliği anlayışının doğmasındaki en önemli etmen olan, “kişilerin biyopsikososyal çevrede ele alınması gerekliliği” çerçevesinde hipertansiyon, psikolojik bozukluklar ve yaşam kalitesi kavramlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkili ve yeterli bir şekilde ele alınması gerekliliğine inanılmaktadır (2). Böylece ilk başvuruda, birinci basamak hekimi tarafından, tanısı ayrılmamış hastalıklar azaltılarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının işlevselliği artırılmış ve bu kuruluşlar gereksiz iş yükünden kurtarılmış olacaktır (1).

Günümüzde başarılı aşı uygulamaları, çevre şartlarındaki iyileşmeler, genel ve gıda hijyeni kurallarına daha iyi uyum gösterilmesi ve kişinin sağlık bilincindeki gelişmeler sonucu doğuştan yaşam süresi uzamıştır. (3-5)

Aşı ile önlenemez bulaşıcı hastalıklar azalırken, yerine kronik hastalıklar ön plana çıkmıştır. Kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izlenmesi konusunda protokoller oluşturularak yaşam kalitesine olumlu destek sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hipertansiyon, diyabet, obezite, astma ve ruhsal bozukluklara yönelik özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet yönetimi ile ilgili prosedürler tanımlamıştır.

(2)

Türkiye’de yapılan TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri) çalışmasının 2000 yılı verilerinde, 20 ile 70 yaş arası erkeklerin %40’ında ve kadınların %51,6’sında sistolik kan basıncı (SKB) 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı (DKB)

90 mmHg üzerinde bulunmuştur. Hastaların %45'inin antihipertansif tedavi aldığı saptanmış ve bu hastaların ancak %15'inde kan basıncının kontrol altına alınabildiği görülmüştür (6).

Psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve ruhsal stres, sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturur. Ruhsal stres, kan basıncında ani yükselmelere neden olabilir. Ancak, sedatif ve trankilizanlar gibi stresi önleyici tedavilerin kan basıncını azalttığını gösteren kesin kanıtlar henüz mevcut değildir.(7)

Depresyonun, anksiyetenin ve somatoform bozuklukların hipertansiyonu alevlendirdiği ya da komplikasyonları nedeniyle tedavide başarısızlığa yol açtığı bilinen bir gerçektir (8). Ayrıca depresyon ve/veya anksiyetenin çeşitli kronik hastalıklarla olan birlikteliği de yapılan birçok araştırmayla gösterilmiştir (9).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda ruhsal hastalıklarla karşılaşılma oranı diğer klinik dallara göre daha yüksektir. Ancak önemli bir nokta, birinci basamakta ruhsal hastalıklara yönelik tanı girişimlerinde hekimlerin yetersiz zaman ya da yetersiz bilgi birikimleri nedeniyle bu tanılarının çoğu kez atlanmasıdır (10). Sağlıklı bir biyopsikososyal model oturtabilmek üzere birinci basamakta çalışmakta olan klinisyenlerin özellikle ruh sağlığı sorunları başta olmak üzere ek eğitimler almaları konusunda birçok yazar aynı fikirdedir (2).

Depresyon ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki komorbiditenin şans eseri görülen bir durum olmadığı, bu iki durumun birbirisiyle direkt ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla giderek aydınlanmaktadır. Depresyonu olan kardiyovasküler sistem hastalarında semptomatik ve ölümcül iskemik kalp hastalığı gelişme riskinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu söylenmektedir. Yine majör depresyonu olan hastalarda öngörülenden daha yüksek oranda ani kardiyak ölüm görüldüğü bildirilmektedir. Bu yüzden yapılan çalışmalar depresyonu ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda her iki rahatsızlığın da birarada tedavi edilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Tedavide kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin kardiyak yan etkilerle ilişkili olmadığı görülmüş olup, bu tür hastalarda güvenle kullanılabileceği bildirilmektedir. (11)

Araştırmanın Amacı:

Genel bilgiler ışığında depresyon, anksiyete ve somatoform bozuklukların hipertansiyonu alevlendirdiği ya da komplikasyonları nedeniyle tedavide başarısızlığa yol açtığı bilinmektedir (8). Bu çalışmada, hipertansiyona eşlik eden psikiyatrik komorbid durumları saptamak, psikiyatrik komorbiditesi olan hastalarda bu durumların tedavisiyle hipertansiyon tedavisindeki başarı oranının artırılabilceğini, böylece hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilebileceğini ve bu uygulamaların birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Bu çalışmanın amacı hipertansif hastalarda,

1. Kısa dönemde:
 - a. Eşlik eden duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozuklukların görülme sıklığını saptamak,
 - b. Psikiyatrik komorbiditesi olsun ya da olmasın hipertansif hastaların yaşam kalitelerini ölçmek,
 - c. Kontrol edilemeyen hipertansiyonu olan psikiyatrik hastalara bir selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) olan sertralin vererek, hipertansiyonun kontrolündeki psikiyatrik destek gereksinimini araştırmaktır.
2. Uzun dönemde:
 - a. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon hastalarının izleminde psikiyatrik komorbidite araştırılmasının sağlanması,
 - b. Aile hekimlerini, hipertansiyon tedavisine yeterince yanıt vermeyen hastalarda kullandığımız ölçekleri uygulamaları konusunda cesaretlendirmek,
 - c. Biyopsikososyal yaklaşım gereği hipertansiyon sorunu olan hastaların ailesel ve çevresel uyarılarını dikkate alarak stres etmenlerini ortadan kaldıracak hasta-hekim ilişkisini sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

Hipertansiyon, kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni olması dolayısıyla mutlaka kontrol altına alınması gereken bir durumdur (12). Hipertansiyon, yaşla artan toplumsal bir sağlık sorunudur. Erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında ise kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar gibi morbidite ve mortalitesi yüksek komplikasyonlara yol açan ciddi bir hastalıktır (13).

2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kalbin sol ventrikülünün kasılması ile aortaya atılan kanın damar duvarına yaptığı lateral basınca kan basıncı (KB) denir. Kan basıncı sistolik ve diyastolik olarak iki değerden oluşur. Sol ventrikülün kasılmasıyla atılan kanın o anda damar duvarına yaptığı basınca sistolik, ventrikülün gevşediği zaman damardaki kan kitlesinin yaptığı daha düşük basınca ise diyastolik kan basıncı denmektedir (14). Türk Kalp Vakfı'nın (TKV) tanımında ise daha basitçe ifade edilmiş ve "hipertansiyon damarlardaki KB'nın normalin üzerinde olmasıdır" denmiştir. "Normal"den kasıt, sistolik KB'nın 140 mmHg, diyastolik KB'nın da 90 mmHg üzerinde olması olarak tanımlanmıştır (15). Birleşik Ulusal Komitenin 7. raporunun (The Seventh Report of the Joint National Committee, JNC 7) tanımına göre, birer haftalık aralıklarla tekrarlanan ölçümlerde arteriyel KB 140/90 mmHg'nın ya da tek ölçümde 210/120 mmHg'nın üzerinde olan kişilere '*hipertansif*' kişiler denir. JNC 7'de, kardiyovasküler riski tanımlayan daha yeni veriler ile hipertansiyon tanısını uyumlu hale getirebilmek için yeniden bir tanım yapılmıştır. Bu tanımda erişkindeki optimal KB değerleri, 120/80 mmHg'nın altındaki değerler olarak gösterilmiş, bunun üzerindeki değerler ise hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (16).

2.1.2. Hipertansiyonun İnsidans ve Prevalansı

Ülkeler arasında ve aynı ülkelerin değişik bölgelerinde yapılan araştırma sonuçlarında saptanan prevalans oranları farklılık göstermektedir (17). Bu farklılıklar genel anlamda kullanılan yöntemlere ve araştırmaya alınan kişilerin yaş, cins, beslenme alışkanlıkları, fizik aktivite gibi durumlarına bağlıdır (17). DSÖ'nün son yıllarda yaptığı araştırma sonuçlarına göre dünya nüfusunun yaklaşık %25'i hipertansif olarak kabul edilmektedir (12). Bu oran 65 yaş üzerindeki popülasyonda %50'nin üzerine çıkmaktadır (12).

Ülkemizde kalp hastalıkları ve hipertansiyonun risk faktörlerini ve epidemiyolojisini araştıran iki önemli çalışma mevcuttur. Bunlar TEKHARF ve Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'dır (THPÇ). Hipertansiyonun nadir olduğu düşünülen 30 yaş öncesinde, ülkemizde prevalans % 11,8'dir. Orta yaş grubunda (35–64 yaş) hipertansiyon sıklığı ise % 42,3'tür. Bu yaş grubunda erkeklerde oran % 34,8 iken, kadınlarda bu oran % 50'dir. THPÇ, ülkemizde 65 yaş üzerinde hipertansiyon sıklığının %75,1'in üzerine çıktığını bildirmektedir. Türkiye'nin değişik bölgelerinde yapılan çeşitli araştırmalarda yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı %20–33 arasında bulunmuştur (18-20). Hipertansiyonun menopoza yaşına kadar kadınlarda daha az, erkeklerde daha fazla olduğu, ancak menopoza yaşından sonra kadınlarda ve erkeklerde eşdeğer sıklıkta görüldüğü saptanmıştır (21,22).

Hipertansiyon sıklığı, ırklar arasında ve aynı ırkta farklı bölgelerde yaşayanlarda da değişiklik göstermektedir. Siyah ırkta, hipertansiyon ve komplikasyonlarının görülme sıklığı tüm popülasyona oranla %50 daha yüksektir. Aynı zamanda bu ırkta hipertansiyona bağlı ölüm oranlarında da belirgin bir yükseklik görülmektedir. Siyah ırktaki erkeklerin yaklaşık %30'u, kadınların yaklaşık %20'si hipertansiyon ve buna bağlı komplikasyonlar sonucunda ölmektedir (23-25).

Ayrıca dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar göstermiştir ki, psikososyal stres faktörleri de ateroskleroz gelişimini ve ilerleyişini hızlandırarak kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (26-28).

2.1.3. Hipertansiyonun Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Hipertansiyon görülme sıklığının yaşın ilerlemesiyle artış gösterdiği bilinmektedir (29). Yaş ilerledikçe, damar elastikiyetinin azalmasına bağlı olarak hipertansiyon daha sık görülüyor olup, toplum genelinde yaklaşık %20 dolayında olan görülme oranı ileri yaşlarda %50'lere ulaşmaktadır (30).

Ülkemizde yapılan TEKHARF, TÜRKSAHA ve dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalarda erkek cinsiyetin hipertansiyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Erkeklerde, aynı yaşta kadınlarla göre hipertansiyon görülme oranı daha yüksektir. (6)

Aile öyküsü bulunan kişilerde hipertansiyon görülme riskinin arttığı bilinmektedir. Bu artışın nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte poligenik bir geçiş olabileceği düşünülmektedir. (31)

Hipertansiyon gelişiminde yer alan beslenme ve metabolizmayla ilişkili risk faktörleri arasında en sık karşılaşılanı obezitedir (32). Yine obezite ve serum total kolesterolünün, trigliseridinin yüksekliği, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolünün (HDL) düşüklüğü, artmış insülin direnci, glukoz intoleransı ve artmış fibrinojen düzeyleriyle ilişkili olan *metabolik sendrom* da hipertansiyon için bir komorbidite nedenidir. Hipertansiyon ve diyabetin bir arada bulunması, her iki hastalığın da kontrolünü zorlaştırmakta ve makrovasküler komplikasyon riskini belirgin ölçüde arttırmaktadır (33).

Hipertansiyonun diyabetik retinopati gelişimini hızlandırdığını ve diyabetik komplikasyonların %35-70'inden hipertansiyonun sorumlu olduğunu gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (34-36).

Ayrıca çay ve kahve de, içerdikleri kafein aracılığıyla damar düz kaslarının kasılmasına ve sinir iletiminin etkilenmesine neden olarak hipertansiyon gelişimine katkıda bulunurlar (37).

Diyetteki tuz miktarı da hem hipertansiyon hem de hipertansiyonun komplikasyonlarının gelişiminde etkilidir (38). Intersalt çalışması, 32 ülkede 10.000'in üzerinde katılımcıyla yapılmış olup tuz tüketimi ile hipertansiyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (39). Bu çalışmada ayrıca, sodyum alımı 800 mmol/gün'ün üzerinde olan normotansif sağlıklı bireylerde KB'nın yükseldiği, diğer yandan 10 mmol/gün'den az sodyum tüketen hipertansif hastalarda KB'nın anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır (39).

Hastalara gram biriminde tuz miktarını tanımlamak zor olacağından ve hastaların bu miktarı ölçmeleri mümkün olmayacağından, anlaşılması daha kolay şekilde tanımlama yapılmalıdır. Bunun için hastanın günlük tuz alımının 1,5–2,5 gram (bir tatlı kaşığı tuz yaklaşık 2300 mg sodyum içermektedir) ile sınırlandırılması gerekir. Bu miktar hastanın bir günde alması gereken sodyum miktarına karşılık gelmektedir. Bunun için hastalara yemeklerini pişirirken hiç tuz koymamalarını önererek, sadece ekmekteki sodyumun günlük gereksinimlere yeterli olacağı anlatılmalıdır. Yemeklerini tuzsuz pişirip ekmeği normal tuzlu tüketenleri az tuz tüketen, hem yemeklerini hem ekmeklerini tuzsuz tüketenleri tuz tüketmeyen, her ikisini de tuzlu tüketenleri normal tuz tüketenler olarak ayırmak mümkündür. (40)

Sigara kullananlarda hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve inme, kullanmayanlara göre daha yüksek oranda görülmektedir. Sigara, HDL düzeyini düşürür, endotel işlevini bozar, fibrinojen düzeyini yükseltir, trombosit reaksiyonlarını artırır,

ikincil polisitemiyi tetikler ve böylece kan viskozitesini artırarak zararlı etkisini gösterir (41,42).

Kronik alkol tüketimi ile KB yüksekliği arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Günde iki kadehten fazla alkol alanlarda hipertansiyonun, hiç almayanlara göre 1,5-2 kat fazla görüldüğü, günde beş kadehten fazla alkol alanlarda bu oranın daha da yükseldiği belirtilmektedir (43).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi düştükçe hipertansiyon prevalansının arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kişilerde hipertansiyonun daha fazla görülmesi, sigara, şişmanlık, beslenme alışkanlığı gibi risk faktörlerinin daha fazla bulunması, tıbbi bakım hizmetlerinin ise daha az olması ile açıklanmıştır.(13)

Fiziksel olarak aktif kişilerde sedanter yaşayanlara göre hipertansiyon daha az gelişmektedir. Fiziksel aktivite; yürüyüş, koşu, bisiklete binme, yüzme gibi aktiviteleri kapsamaktadır (44). Çoğu psikiyatrik rahatsızlık da fiziksel aktivitenin azalmasına ve dolayısıyla hipertansiyon için risk artışına neden olmaktadır (7).

Ayrıca hipertansif kişilerde de izotonik egzersize başladıktan sonra KB'nın düşme eğilimine girdiği bildirilmektedir.(45)

Gebe kalmadan önce normotansif olan bir kadında, gebeliğin üçüncü trimesterinde ya da doğumdan hemen sonra ortaya çıkan hipertansiyona “gebeliğe bağlı hipertansiyon”, “gestasyonel hipertansiyon” ya da “preeklampsi” denir. Tüm gebeliklerin %5'inden fazlasında hipertansiyon oluşmaktadır (46).

Normal bir gebelikte, maternal uterin spiral arterlerin endotel ve internal elastik laminası fetal trofoblastik doku ile invaze olur. Böylece bu damarlar gebelik öncesi döneme oranla beş kata kadar genişleyebilirler ve dolaşımdaki sistemik vazokonstriktörlere karşı duyarsızlaşırlar. Preeklampsi ve hipertansiyon ile bu invazyon gerçekleşmez. Böylece plasenta kronik olarak az perfüze olur. Bu durumun, trombosit ve koagülasyon kaskadı aktivasyonu ile yaygın ikincil endotel disfonksiyonuna neden olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, preeklampsi kadınlarda normal gebelikte yükselmesi gereken kan hacmini ve düşmesi gereken sistemik damar direncini sağlayamazlar. Tüm bunların sonucunda vazoaaktif prostaglandin imbalansı ile tromboxan A₂ / prostasiklin oranında artış ve vazospazm oluşur. Sistemik vazospazm etkisiyle de hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. (47)

Oral kontraseptif ajan kullanan kadınların yaklaşık %5'inde hipertansiyon gelişmekte ve bu grubun da yarısında ilacın kesilmesine karşın hipertansiyon devam

etmektedir. Oral kontraseptif kullanan kadınların; 35 yaşından büyük olması, obez olması, 5 yıldan fazla süredir oral kontraseptif kullanıyor olması, birlikte alkol alıyor olması durumunda hipertansiyon riski daha da artmaktadır.⁽⁴⁸⁾

2.1.4. Hipertansiyonun Sınıflandırması

Hipertansiyon sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun bir profil elde etmede güvenilir ve kolay bir yöntem sunmaktır. Sınıflama ile hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilir ve risk tanımlanarak sağaltım sağlanabilir ⁽⁴⁹⁾.

Sınıflamada altta yatan farklı klinik durumlar da göz önünde bulundurularak bazı ek tanımlamalar yapılmıştır. *İzole sistolik hipertansiyon*, sistolik KB'nın 140 mmHg'nın üzerinde, buna karşın diyastolik KB'nın 90 mmHg'nın altında olduğu hipertansiyon şeklidir. *Esansiyel, primer, idiyomatik* ya da *birincil hipertansiyon*, bilinmeyen nedenlere bağlı gelişen sistemik hipertansiyondur. *Sekonder* ya da *ikincil hipertansiyon* belirli bir nedene bağlı gelişen sistemik hipertansiyondur. ⁽⁵⁰⁾

Sınıflama genel olarak üç şekilde yapılır:

1. Kan basıncı düzeyine göre: Yapılan ölçümlerde sistolik 120 ve diyastolik 80 mmHg veya daha düşük değerler elde edilirse *normal KB*; sistolik 120–139 veya diyastolik 80–89 mmHg saptanırsa *Prehipertansiyon*; sistolik 140–159 veya diyastolik 90–99 mmHg saptanırsa *Evre 1 hipertansiyon*; sistolik 160 veya diyastolik 100 mmHg'nın üzerinde değerler elde edilirse *Evre 2 hipertansiyondan* söz edilir (Tablo 1).

Tablo 1: JNC 7 kan basıncı sınıflaması, 2004.

KB Sınıflaması	SKB mmHg		DKB mmHg
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120–139	veya	80–89
Evre 1 hipertansiyon	140–159	veya	90–99
Evre 2 hipertansiyon	>160	veya	>100

Kısaltmalar: KB, kan basıncı; SKB, sistolik kan basıncı; DKB, diyastolik kan basıncı

2. Etiyolojiye göre: Burada, hipertansiyona neden olan ikincil rahatsızlık dikkate alınmaktadır. Yapılan araştırmalar ve çalışmalar hipertansiyonun ancak %5-10'unun ikincil bir nedene bağlı olduğunu göstermektedir ⁽⁵⁰⁾ (Tablo 2).

- A. Primer hipertansiyon (Esansiyel, idiyomatik, birincil hipertansiyon)
- B. Sekonder hipertansiyon (İkincil hipertansiyon)

Tablo 2: Sekonder hipertansiyona neden olan hastalıklar, 2008.

1. Böbreğin parankimal hastalıkları

- Glomerülonefrit
- Piyelonefrit
- Tümörler
- Glomerüloskleroz
- İnterstisyel nefrit
- Hereditör nefrit
- Radyasyon nefriti
- Renal tüberküloz
- Obstrüktif üropati
- Polikistik böbrek hastalığı
- Renal travma
- Renin salgılayan tümör

2. Renovasküler hastalıklar

3. Endokrin nedenler

- Feokromositoma
- Hipotiroidi
- Hipertiroidi
- Hiperparatiroidi
- Cushing hastalığı
- Akromegali
- Primer hiperaldosteronizm
- Yalancı hiperaldosteronizm
- Konjenital adrenal hiperplazi
- İnsülin direnci/hiperinsülinemi
- Karsinoid sendrom
- Şişmanlık

4. Nörojenik nedenler

- Artmış stres, psikojenik
- Artmış kafa içi basıncı
- Serebrovasküler olay
- Ensefalit, Guillain-Barre sendromu
- Omurilik lezyonları veya cerrahisi
- Posterior fossa lezyonları

5. Diğer nedenler

- Aort koarktasyonu
- Bazı ilaçlar
- Alkol bağımlılığı
- Sleep (uyku) apne sendromu
- Porfiria
- Gebelik zehirlenmesi

3. Hedef organ hasarına göre:

Evre 1 : Hedef organ hasarına ait objektif veri yoktur.

Evre 2 : Aşağıdakilerden en az birisi vardır.

- Sol ventrikül hipertrofisi
- Retinal arterlerde yaygın ve fokal daralma
- Proteinüri
- Plazma kreatinin düzeyinde hafif artma (1,2–2,0 mg/dl)

- Atherosklerotik plak varlığı (radyolojik yöntemlerle gösterilebilir)

Evre 3 : Organ hasarına bağlı belirti ve bulguların ortaya çıkması

- **Kalp:** Angina pektoris, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği
- **Beyin:** Geçici iskemik atak, inme (stroke), hipertansif ensefalopati
- **Göz dibi:** Kanama ve eksüda ve/veya papil ödemi
- **Böbrek:** Plazma kreatinin düzeyi > 2 mg/dl
- **Damarlar:** Dissekan anevrizma, semptomatik arteriyel tıkaçıcı hastalık

2.1.5. Hipertansiyonda Belirti ve Bulgular

Birincil hipertansiyonda KB yükselmesi uzunca bir sürede gelişmişse hastanın hiç yakınması olmayabilir ve hipertansiyon bulguları başka nedenlerle yapılan muayenelerde saptanabilir. Eğer hastanın hipertansiyona özgü yakınmaları varsa, hastanın bu yakınmaları hipertansiyonun en çok etkilediği ve hipertansiyonda hedef organ olarak bilinen beyin, kalp, gözler ve böbreklere ait olabilir. Hipertansiyon özellikle damar sisteminin genel bir hastalığı olduğundan, damardan zengin olan bu organlar en çok etkilenirler. Genel olarak hastaların büyük bölümü KB düzeyinin en yüksek olduğu saatlere uyan, sabah gelen oksipital baş ağrılarından yakınır. Yine bu hastalarda tinnitus, vertigo, epistaksis ve çarpıntı bulunabilir. Kan basıncının yüksekliği arttıkça ve hipertansiyonla geçen süre uzadıkça hedef organlardaki damarsal lezyonlar, buna bağlı olarak da daha ciddi yakınmalar ortaya çıkabilir. Kalbin etkilenmesiyle dispne, ortopne, akut sol kalp yetmezliğine bağlı yakınmalar ya da beynin etkilenmesine bağlı olarak geçici pareteziler, mental bozukluklar, şiddetli baş ağrıları, dalgınlık, kusma, serebrovasküler olay, koma ve hemipleji gelişebilir. Ayrıca retina lezyonları, görme bozuklukları ve körlüğe neden olabilir. Yine renal disfonksiyona bağlı yakınmalar bulunabilir.⁽⁵¹⁾

2.1.6. Hipertansiyonun Tanısı

Hipertansiyon tanısı koymak için ilk muayenede, hasta olabildiği kadar dinlendikten sonra, birkaç ölçümün ortalaması kullanılmalıdır. Ölçülen KB 210/120 mmHg'nın üzerinde değilse ilk görüşmede hipertansiyon tanısı konmamalı, tekrarlayan görüşmelerde kan basınçları da kontrol edilerek bunların ortalaması alınarak tanı konmalıdır.⁽⁵²⁾

Hastaya, birincil ve ikincil hipertansiyonu ayırt edebilmek için iyi bir hikayenin ardından tam bir fizik muayene yapılmalıdır. İlk değerlendirmede hastanın genel durumunu gösteren laboratuvar ve radyolojik parametreleri değerlendirilmelidir. Bu tetkikler tanı koymaya değil, hastada olası son-organ hasarı ve ikincil nedenleri ortaya koymaya yöneliktir. Bunlar; tam idrar tetkiki, hematokrit, plazma glukozu, potasyum, kreatinin, serum kolesterol ve trigliseridleri, kalsiyum, ürik asit, göğüs grafisi ve EKG'dir.⁽⁴⁶⁾

Ambulatuvar KB takibi, KB'nın uyku saatleri sırasında azalması ve sabah uyanma öncesi bir ya da iki saat önce artmasına yönelik KB ritmi ile ilgili bilgiler sağlamaktadır. Bu bilgiler, sabah 2 ile 6 saatleri arasında kan basınçları düşmeyen belirli bir hasta grubunun tanımlanmasına yardımcı olmuştur. Ambulatuvar KB takibinin bir araştırma aracı olduğu ve yeni ilaçların etki süresinin değerlendirilmesinde yararlı olduğu kanıtlanmasına karşın hiçbir JNC bildirisinde hipertansif hastaların ilk değerlendirilmesinde ambulatuvar KB ölçümünden söz edilmemektedir ⁽⁴⁸⁾.

2.1.7. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyonun tedavisinde izlenmesi gereken iki temel tedavi yöntemi vardır. Bunlar non-farmakolojik (ilaç dışı) tedavi yöntemleri ve farmakolojik (ilaçlı) tedavi yöntemleridir.

Tedavide önemli olan nokta, hastayı ileriki dönemlerde oluşabilecek hipertansiyonun komplikasyonlarından korumaktır. Bunun için öncelikle ilaç dışı tedaviler, yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Bu yaşam tarzı değişiklikleri başlıca stresten kaçınılması, kalori kısıtlaması ile fazla kiloların azaltılması, diyet ile alınan sodyum miktarının günlük 6 gram sodyum klorürün altına düşürülmesi, yeterli miktarda potasyum, magnezyum ve kalsiyum alınmasına devam edilmesi, alkol alımının günlük 30 gram etanolün altına indirilmesi, sigara içmekten kaçınılması, orta derecede egzersiz yapılması biçimindedir ⁽¹³⁾. Egzersiz dereceleri ve yakılan yaklaşık kalori miktarları tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 3: Egzersiz dereceleri ve yakılan kalori miktarları, 2008.

Aktivite	Yarım saatte yakılan yaklaşık kalori miktarı
Normal Aktiviteler	
Pencere silmek	130
Bahçe işleri	110
Çim biçmek	125
Oturmak / konuşmak	40
Etrafı süpürmek	130
Orta Dereceli Egzersizler	
Bisiklete binmek (8 km/saat)	165
Voleybol oynamak	175
Tekerlekli paten ile kaymak	175
Yüzmek (1/4 km/saat)	150
Yürümek (3 km/saat)	140
Ağır Egzersizler	
Bisiklete binmek (13 km/saat)	330
Dağa tırmanmak (30 m/saat)	245
Buz pateni yapmak (10 km/saat)	200
Jogging (5 km/saat)	265
Koşmak (8 km/saat)	360
Yürümek (4 km/saat)	195

İlaç tedavisinin amacı, ekstraselüler hacmi azaltmak ve periferik damar direncini düşürmektir. Bu amaç doğrultusunda geliştirilen 6 grup antihipertansif ilaç mevcuttur ve tek başlarına ya da kombine olarak kullanılabilir. Bunlar;

A. Diüretikler (tiyazid, loop, indolin türevleri ve potasyum tutucu diüretikler).

Diüretiklerin etki mekanizmaları kesin olarak bilinmemekle beraber 40 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadırlar. Tedavinin başlangıcında plazma hacminde bir azalma görülür. Böylece KB ve kardiyak debide kısa süreli bir azalma olur. Fakat zaman içinde kardiyak debi normale döner; KB düşük seyrine devam eder; plazma hacmi, tedavi öncesi düzeyin çok az altına geri döner; damar direnci azalır. Diüretikler bu etkilerle KB kontrolü sağlarlar.

İyi tolere edilen ilaçlar olmalarına karşın nadir de olsa yan etkiler görülebilmektedir. En sık görülen yan etki cinsel disfonksiyondur ve görülme sıklığı yaklaşık %5-10'dur. Erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda libido azalması şeklinde ortaya çıkar ve ilacın kesilmesi ya da doz azaltılmasıyla çoğunlukla geriye döner. Daha nadir olarak prostat hipertrofisi bulunan erkeklerde prostatizm belirtilerini artırabilir, deri

döküntüsü, fotosensitivite ve çok daha nadir olarak pankreatit görülebilir. Diüretiklerin metabolik etkileri tablo 4'te verilmiştir. (52)

Tablo 4: Diüretiklerin neden olabileceği metabolik değişiklikler, 2008.

Metabolik Değişiklik	Yorumlar
Hipokalemi	Daha düşük dozlarda daha az belirgindir; özellikle diyabetikler ve dijital kullanan hastalarda mümkün olduğunca uzak durmak gerekir
Hiperlipidemi	<i>Kısa dönem</i> – total kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinde %5-7'lik bir artış; yüksek dansiteli lipoproteinler üzerine hiçbir etkisi yoktur <i>Uzun dönem</i> – kardiyovasküler olaylar, hiperlipidemisi olan ve olmayanlarda aynı derecede azalır
Artmış insülin direnci	Kan glikoz düzeylerinde çok az bir artış görülür
Hiperürisemi	Hastaların yaklaşık %3'ünde gut gelişebilir. Bu durumda allopürinol eklenebilir
Hiperkalsemi	Osteoporoz tedavisinde ve kırıkların önlenmesinde avantaj sağlayabilir

B. Antiadrenerjik Ajanlar: (klonidin, metildopa, α blokörler, β blokörler vb)

Katekolaminler çeşitli önemli fizyolojik yanıtlarda önemli rol oynadıklarından, adrenoseptörleri bloke eden ilaçların önemli etkileri vardır. Adrenoseptörlerin alfa, beta ve dopamin alttipleri vardır. Bunlardan periferik dopamin reseptörlerinin blokajının halen tanımlanmış bir klinik önemi yoktur. Alfa ve beta reseptör bloke edici ilaçlar katekolaminlerin vazokonstriktör etkilerini etkin biçimde bloke ederler.

Arteriyoler ve venöz tonus büyük ölçüde vasküler düz kastaki alfa-reseptörler tarafından belirlendiğinden, alfa-reseptör bloke edici ilaçlar periferik damar direncinin ve KB'nın düşmesine neden olurlar. Bu etkilerinden yola çıkılarak feokromasitoma, acil hipertansif durumlar, kronik hipertansiyon, periferik damar hastalıkları, aşırı lokal vazokonstriksiyon, üriner obstrüksiyon, erkek cinsel disfonksiyonu gibi rahatsızlıklarda kullanım alanı doğmuştur. Alfa blokörler postüral hipotansiyon ve refleks taşikardiye neden olabilirler. Ayrıca kronik kullanımları kan hacminde kompensatuar bir artışla sonuçlanabilir. Miyozis, azalmış terleme, nazal dolgunluk, idrar akımına karşı azalmış direnç ve retrograd ejakülasyon diğer dokulardaki etkileridir.

Beta blokerler, katekolaminlerin beta-adrenoseptörlerdeki etkilerini antagonize ederler. Bu reseptörlerin β 1 ve β 2 olarak adlandırılan alt tipleri mevcuttur ve çeşitli

dokularda çeşitli etkilerden sorumludurlar (tablo 5). Bu etkilerinden dolayı beta blokerler hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kardiyak aritmiler, glokom, hipertiroidizm, migren, kas tremorları, anksiyete bozukluğu, alkol yoksunluğu, sirozlu hastalarda portal hipertansiyon, kanamaya eğilimli özefagus varislerinde kullanılabilirler.⁽⁵³⁾

Tablo 5: β -Adrenöseptörler tarafından oluşturulan etkiler, 2008.

Organ - sistem	β 1 etki	β 2 etki
Kalp	Kalp hızında, ileti hızında, eksitabilitede, kontraksiyon gücünde artma	
Kan damarları		Dilatasyon
Böbrek	Renin salınımı stimülasyonu	
Akciğerler	Bronkokonstrüksiyon	Bronkodilatasyon
İskelet kası		Tremor
Uterus		Relaksasyon
Göz	İntraoküler basınçta artma	
Glikojenoliz	(kalp) artar	(iskelet kası, karaciğer) artar
Lipoliz	Artar	

Beta bloke edici ilaçlar kronik olarak verildiğinde hipertansiyonlu hastalarda KB'ni düşürürler. Bu etkiyi kalp, kan damarları, renin-anjiyotensin sistemi ve santral sinir sistemi üzerindeki etkileriyle sağlarlar.

Klonidin ve metildopa ise beyin sapındaki vazopressör merkezden sempatik uyarı çıkışlarını azaltarak antihipertansif etki gösterirler.

C. Direkt Etkili Vazodilatatörler: (sodyum nitroprussid, hidralazin ve minoksidil)

Hidralazin ve minoksidil potasyum kanal açıcısı olarak direkt düz kasa etki ederler ve vazodilatasyona neden olurlar. Etkileri hızlı fakat kısa sürelidir. Ayrıca etkilerine hızlı taşiflaksi gelişmesi, taşikardi, sıvı retansiyonu, yüzde kızarıklık, tüm vücutta kıllanmada artış gibi yan etkilerinden dolayı uzun süreli monoterapide tercih edilmezler. Genellikle acil ve bazı dirençli olgularda (kronik böbrek yetmezliği olan dirençli hipertansifler gibi) kısa süreli ya da kombine tedavide kullanılmaları uygun görülmektedir ⁽⁵²⁾. Sodyum nitroprussid ise acil hipertansiyon ve ciddi kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan güçlü ve parenteral (intravenöz infüzyon şeklinde) uygulanan bir vazodilatatördür. Bu ilaç arteriyel ve venöz damarların her ikisini de genişleterek periferik damar direncini ve venöz dönüşü azaltarak antihipertansif etki gösterir. Etki süresinin kısa olması (ilaç kesildikten yaklaşık

10 dakika sonra etkisi kaybolur) ve uygulama zorluğundan dolayı kronik hipertansiyon tedavisinde yeri yoktur, ancak acil durumlarda kullanılabilir.

D. Kalsiyum Kanal Blokörleri (KKB): (amlodipin, verapamil, diltiazem vb)

Kalsiyum kanal blokerleri, kalsiyum iyonlarının düz kas hücresine girmesini engelleyerek KB'ni düşürürler. Ayrıca vasküler tonusu ve kasılmayı azaltırlar, vazodilatasyona neden olurlar ve periferel direnci azaltırlar.

KKB'lerin iki tipi mevcuttur. Dihidropiridinler (amlodipin, isradipin, nifedipin, felodipin vb.) ve non-dihidropiridinler (diltiazem, verapamil). Non-dihidropiridinler kalp kasına ve kalbin iletim sistemine de etki ettiklerinden dolayı supraventriküler aritmilerde ya da bu durumun eşlik ettiği hipertansiyon olgularında tercih edilmelerine karşın dihidropiridinler sadece periferel etkilidirler.

KKB'ler evre 1 ve evre 2 hipertansiyonda tekli tedavi seçeneği olarak kullanıldıklarında hastaların %45-50'si yanıt vermektedir. Tedaviye bir diüretik eklenmesi durumunda beklenen yanıt oranı %75-80'lere çıkmaktadır.

Genellikle iyi tolere edilen ilaçlardır, fakat olası yan etkiler konusunda hastalar uyarılmalıdır. En sık görülen yan etkiler; ayak bileği ödemi, yüzde kızarıklık, baş ağrısı, postürel baş dönmesi, palpasyon, refleks taşikardi, konstipasyondur.

E. Anjiotensin Converting Enzim (ACE) İnhibitörleri: (kaptopril, enalapril, lizinopril vb)

Bu ilaçlar inaktif bir oktapeptit olan anjiotensin I'in güçlü bir vazokonstriktör ve aldosteron stimülatörü olan anjiotensin II'ye dönüşümünü engellerler. Ayrıca, ACE inhibitörleri vazodilatör bir madde olan bradikininin inaktive eden bir enzim olan kininaz II'yi inhibe ederek bradikininin yıkılmasını önlerler. Böylece kombine bir etkiyle vazodilatasyon sağlarlar.

En sık görülen yan etki olan öksürük, bradikinin düzeyinin yükselmesinden kaynaklanmaktadır. Daha az sıklıkta postürel hipotansiyon, anjiödem, maküler döküntü, iştah azalması ve tat kaybı görülebilir. Renin-anjiotensin-aldosteron (RAA) sistemine etkili olduklarından dolayı gebelere verilmemelidir ve gebe kalınması halinde kesilmelidir. RAA sistemine etkili ilaçlar fetal ya da yenidoğan morbiditesi ya da ölümüne neden olabilmektedirler. (52, 54-56)

F. Anjiotensin-II Reseptör Blokörleri (ARB):(losartan, valsartan, telmisartan vb)

Bu ilaçlar renin-anjiotensin döngüsünü ACE inhibitörünün yaptıklarından daha periferik olarak bloke ederler ve anjiotensin II üretimini engellemezler. ARB'ler Anjiotensin-II'nin etkilerini reseptör düzeyinde bloke ederler, kalp debisini azaltmadan damar direncini düşürürler. Kalp hızı bazı hastalarda artabilir. Lipit ya da serum glikoz düzeyleri etkilenmez. Renal kan akımı korunur. Bradikinin düzeyi yükselmediğinden öksürüğe neden olmazlar. Ayrıca ACE inhibitörleri kadar antihipertansif etki, iyi tolerabilite, sol ventrikül hipertrofisi gelişimini yavaşlatma, özellikle Tip II diyabetiklerde nefropatinin ilerlemesini ve proteinüriyi azaltma gibi etkileri gösterilmiş olmasından dolayı DSÖ de birinci basamak tedavide ARB'lerin kullanılabileceğini bildirmiştir (49). Ancak ACE inhibitörleri gibi ARB'lerin de RAA sistemine etkili ilaçlar olmasından dolayı gebelerde kullanılmaları kontrendikedir. (52,55,56)

2.1.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon, böbrekler üzerindeki etkisi sonucunda böbrek yetmezliğine yol açabilmektedir. Renal bozukluğun erken evrelerinde, aferent arteriyollerdeki ağır vazokonstriksiyon glomerülokapiller basınçta oluşabilecek değişiklikleri engellemektedir. Zamanla, preglomerüler damarların geriye dönüşümsüz olarak hasar görmesi ve glomerüler iskemi nedeniyle, renal kitle gittikçe azalmaktadır. Sonuçta glomerüler hipertansiyona bağlı olarak renal fonksiyon ciddi anlamda bozulur ve son dönem böbrek yetmezliği gelişir. ACE inhibitörleri ve/veya anjiotensin-II reseptör blokörleri ile erken dönemde tedaviye başlanması etkili olmakta ve renal hastalığın ilerleyişini yavaşlatmaktadır (57,58).

Kan basıncındaki artış kardiyak hipertrofiye neden olmaktadır. Periferik direnci yenebilmek için kas lifleri kapasitelerinin maksimumuna kadar gerilmekte ve böylece ejeksiyon gücünün artırılması hedeflenmektedir. Eğer bu şartlar kalıcı hale gelirse, zaman içerisinde her ne kadar ventriküler kontraksiyon gücü artmış olsa da, kardiyak debi düzeyi korunamaz ve ventriküler yetmezlik ile sonuçlanır (59,60).

Miyokard enfarktüsü, genellikle hipertansif hastaların koroner damarlarında gelişen ateromlardan ya da plaklardan kaynaklanmaktadır. Bu plaklarda oluşan lezyonlar, trombüs oluşumunu tetiklemekte ve oluşan trombüsler koroner damarları tıkaabilmektedir. Hızlanmış ateromatosis ve miyokardın hipertrofiye uğraması sonucunda oksijen gereksinimindeki artış, genellikle anjina pektorisese yol açmaktadır.

Eğer tıkanıklık tam ise ve kollateral dolaşım mevcut değilse, miyokard nekrozu gelişmektedir. İskemi, kardiyak hücrelerin elektrik iletimi ile ilgili yeteneklerini değiştirerek aritmilere neden olmaktadır. Olguların çoğunluğunda hipertansif hastanın ölümü miyokard enfarktüsü nedeniyle olmaktadır (61).

Hipertansif ensefalopati, intraserebral basınçta otoregülasyon kapasitesini aşan bir artıştan kaynaklanmaktadır. Buna bağlı olarak, bazı alanlarda vazodilatasyon, kapiller geçirgenlikte artış ve ödem gelişmektedir. Kan akımının artmasıyla birlikte, bazı bölgelerde iskemi ve mikro-enfarktler görülebilmektedir. Subaraknoid kanama, hipertansif hastalarda sık olarak görülen tipik bir komplikasyondur. Aterom kaynaklı mural trombüsler ya da plak rüptüründen kaynaklanan kolesterol embolisi serebral tromboza neden olabilmektedir. Bu durum hem ekstraserebral hem de intraserebral damarlardan kaynaklanabilmektedir. (62,63)

Hipertansiyona ait diğer bir komplikasyon ise retinopatidir. Retinopatinin de kendi içinde alt tipleri mevcuttur. Birinci derece retinopatide göz dibinde, arterlerin venlere oranla hafifçe daralması; ikinci derece retinopatide, orta dereceli skleroz, ışık refleksinde genişleme ve arteriyovenöz çaprazlanmalarda venöz sıkışma; üçüncü derece retinopatide, ödem, eksuda ve kanama odakları, sklerotik ve belirgin daralmış arterler; dördüncü derece retinopatide, papil ödemi, yoğun kanama ve eksuda alanları görülür. Retinopati, yeterli ve zamanında tedavi edilmezse görme kaybıyla sonuçlanmaktadır. (64,65)

Ateroskleroz, orta ve küçük çaplı arterlerin hastalığıdır ve bu arterlerin duvarlarında oluşan aterom adı verilen lezyonlarla karakterizedir. Aterosklerozun risk faktörleri, arteriyel hipertansiyon, diyabet, obezite, dislipidemi, sigara içimi ve sedanter yaşam tarzı olarak sayılabilir. Sürekli hale gelmiş hipertansiyona karşı arteriyel bir defans mekanizması gelişmekte ve intimanın yeniden şekillendirilmesi desteklenmektedir. Özellikle lipidlerle yüklü makrofajlar, damar duvarını tekrar hasara uğratmakta ve ateromatöz plakların oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Bu plaklar da damar duvarının esnekliğini azaltarak periferik direnci artırmakta ve böylece hipertansiyon gelişimine ve süreğenliğine neden olmaktadır. (66)

Trombüsler, hemostaz mekanizmasının patolojik olarak aktive edilmesi sonucunda oluşmaktadır. Bir defa oluştuklarında, boyutlarına ve buldukları yere göre vasküler lümenin tamamını kaplayarak kan akımını engelleyebilecekleri gibi tek bir damar duvarına yapışarak kan akımına izin de verebilmektedirler. Arteriyel trombozda, vasküler duvar yapısındaki değişiklikler ve trombositlerin aktivasyonu en önemli rolü oynamaktadır. Endoteldeki değişiklikler ve buna bağlı olarak görülen tromboz, genelde

arteriyel hipertansiyon nedeniyle gelişmektedir (52). Kan basıncındaki yükseklik kalıcı hale gelirse, yüksek KB'nın damar endoteli üzerindeki travmatik etkileri sonucunda çeşitli derinlikte lezyonlar gelişebilmektedir. Endotel hasarına yanıt olarak anjiotensin-II üretilir ve böylece vazokonstriksiyon elde edilmiş olur. Böylece *tunika medyadaki* hücrelerde değişiklik başlar ve bu durum medyal nekroza neden olur. Endotel duvarındaki bu doğrudan etkiler, farklı organlara ulaşan aşırı kan akımının neden olduğu diğer etkilerle birleştiğinde, ağır hipertansif vaskülopati gelişir (67).

2.2. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLİĞİ

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayrımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür. Literatürde, ruh sağlığının tanımını yapmaya çalışan birçok görüş bulunmaktadır (68).

Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı, “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir. (69)

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti yitimi ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır. (70)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili 2001 Çalışması sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17,2'sinde görülmektedir. Bu oran dünya genelinde %15–40 arasında değişmektedir (71). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde psikiyatrik hastalık bulunduğu, fakat bunların ancak %15-25'ine psikiyatrik tedavi verildiği ve en sık görülen ruhsal bozuklukların ise; duygu durum bozuklukları, demans, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, epilepsi, anksiyete bozuklukları, madde ve alkol bağımlılığı olduğu bildirilmektedir (72,73).

Tıpta, psikolojik ve sosyokültürel etmenlere daha fazla önem verilmesi ve bunlara daha fazla gereksinim duyulduğu gerçeği uzun zamandır bilinmektedir. Engel, yaklaşık 30 yıl önce yayınladığı makalesinde biyomedikal modelden biyopsikososyal modele geçmenin gerekliliğine dikkat çekmiştir. Bu tür reform gereksinimlerinin ortaya

konmasına rağmen çalışmalar göstermiştir ki, biyopsikososyal model tıp eğitiminde klinisyenler tarafından hala sıkça gözden kaçırılmakta ya da unutulmaktadır. (74)

Psikiyatrik morbidite ve kardiyovasküler hastalıklar arasında biyolojik temele dayanan bir ilişki mevcuttur. Kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve depresyon, koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon hastalarında sıkça görülmektedir. Bu kanıtı karşın birinci ve ikinci basamakta kaygı bozuklukları ve depresyon yeterince dikkate alınmamaktadır. Ayrıca kardiyovasküler hastalığı olanlarda psikotrop ilaç kullanımı da bazı hekimlerde endişe uyandırmaktadır. (75)

Tüm popülasyonda, ateroskleroz gelişiminde ve ilerleyişinde psikososyal stresin rolünün olduğu bilinmektedir. Genel olarak stres azaltıcı teknikleri uygulayan miyokardiyal iskemisi olan hastalarda kardiyak olaylarda anlamlı bir düşüş olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmasına karşın bu çalışmalar bu tür hastalardaki inme riski ve prevalansı ile ilişkilendirilememiştir. (26)

Tedavide, biyomedikal yönelim nedeniyle hekimler sıklıkla psikiyatrik sorunları atlarlar. Bu durumun sonuçları, engellenmiş hastalar, sinmiş hekimler, aşırı tanısal test yapılması ve artan maliyet olarak yansır. Bakımın sürekliliği ve sağlam bir hasta-hekim ilişkisi, aile hekimlerine ruh sağlığı hekimlerine göre tedavi olanağı üstünlükleri sunar (76). Psikososyal bozukluğu olan hastalar genellikle birinci basamak hekimine, duygusal yakınmalarla değil, belirsiz fiziksel belirtilerle başvururlar. Bu tür hastalıklar, giderek yalnızca prevalansı değil maliyeti de yüksek hastalıklar olarak kabul görmektedir (77). Özellikle depresyondaki birinci basamak hastaları, diğer hastalardan %50–75 daha fazla sağlık bakımı almaktadır (76). Maliyet sorunu, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların tanılarının daha az konması nedeniyle daha da artmaktadır (76).

2.2.1. DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI

Başta depresyon olmak üzere duygu durum bozuklukları, birinci basamakta sık görülen ve en çok özürüllüğe neden olan sorunlardır. Ne yazık ki, birinci basamak hekimleri depresyonu olan hastaların %50'sinin tanısını atlamaktadır. Depresyon, birinci basamakta hipertansiyon kadar sık rastlanan ve anstabil anjina, ilerlemiş artrit ve diyabetes mellitus kadar yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Depresyondaki bir kişinin özkıyım riski toplum genelinden yaklaşık 100 kat daha yüksek olabilir. Yalnızca bu risk bile, depresyonu her ortamda dikkate alınmaya değer kılar (76).

2.2.1.1. Tanım

Duygu durum bozukluklarının önde gelen özelliklerinden birisi tanımından da anlaşılabilceği gibi, bir duygulanım bozukluğunun ön planda olduğu rahatsızlıklardır. Başlıca majör depresyon, distimik bozukluk, bipolar bozukluklar ve siklotimik bozukluk olarak alt kategorilere ayrılır. En sık görüleni majör depresyondur ve depresyon, neredeyse bütün etkinliklere karşı bir ilgi kaybının ya da artık bunlardan zevk almamanın olduğu bir durum olarak tanımlanır. Distimik bozukluğun başlıca özelliği, en az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, kronik depresif bir duygu durumunun varlığıdır. Bipolar bozukluklar da manik, hipomanik ya da mikst epizodun yanı sıra bir ya da birden çok majör depresif epizodun ortaya çıkması ile belirli bir klinik gidişin olmasıdır. Siklotimik bozukluğun başlıca özelliği ise, hipomanik ve/veya depresif belirtilerin olduğu çok sayıda dönemle giden, kronik, dalgalanan bir duygu durum bozukluğunun olmasıdır (78).

2.2.1.2. İnsidans-Prevalans

Majör depresif bozukluğun yaşam boyu gelişme olasılığı, toplum örneklemelerinde, kadınlar için %10–25, erkekler için %5–12 arasındadır. Distimik bozukluğun her iki cinsiyet için prevalansı %6 dolayında, bipolar bozukluğun prevalansı %0,4–1,6 arasında ve siklotimik bozukluğun prevalansı ise %0,4–1 arasındadır (78). Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm birinci basamak sağlık hizmeti alan hastaların yaklaşık %4,2' sinde depresif belirtiler bulunduğu saptanmıştır (79). Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyona doğru tanı konma oranının %50'lerde olduğu göz önüne alınırsa bu oranın gerçekte, saptanandan daha yüksek olduğu söylenebilir (80).

Duygu durum bozukluklarının görülme oranları 25–44 yaşlar arası gruptaki erkeklerde ve kadınlarda en yüksektir. (81)

2.2.1.3. Sınıflandırma

Günümüzde ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında, Amerikan Psikiyatri Birliği (DSM-IV) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (ICD–10) yapmış olduğu sınıflandırmalar kullanılmaktadır. Biz, bu çalışmamızda DSM-IV sınıflandırma sistemini kullandık.

DSM-IV'e göre duygu durum bozuklukları, unipolar depresif bozukluklar bipolar bozukluklar, etiyolojilerine göre iki bozukluk (genel tıbbi bir duruma bağlı duygu durum

bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı duygu durum bozukluğu), başka türlü adlandırılmayan duygu durum bozukluğu olarak ayrılır.

2.2.1.4. Belirti ve Bulgular

Depresyon tüm bedeni ilgilendiren bir rahatsızlıktır. Fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtileri vardır. Bunlar aynı bozukluğun etkileşen yanlarıdır. Hastayı hekime getiren, bozukluğun fiziksel yönüdür. Depresif hastalar genellikle uykusuzluk, iyi uyuyamama, yorgunluk, enerji azlığı ve çeşitli ağrılar yaşarlar; bunlardan yakınır ve bu belirtilerle hekime başvururlar (76).

Depresyonun genel belirtileri şöyle sıralanabilir:

- Depresif duygu durum varlığı, hastanın kendisini, üzgün, kederli, hüznü, neşesiz, morali bozuk, mutsuz, zavallı, perişan, dertli, çaresiz, çökkün vb. bir biçimde tanımlaması ile tanınır.
- Hiçbir şeyden zevk almama (anhedoni)
- Enerji kaybı, yorgunluk-bitkinlik, letarji, anerji
- Konuşmada, düşüncelerde ve davranışlarda yavaşlama
- İştahta değişme; genellikle kilo kaybı ile olur
- Uyku bozukluğu; genellikle insomnia olur
- Somatik yakınmalar
- Ajitasyon
- Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma
- İşe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı
- Değersizlik, kendini küçük görme, utanç ya da suçluluk duyguları
- Düşüncelerini belirli bir konuda yoğunlaştırma yetisinde azalma
- Kaygı
- Benlik saygısında azalma
- Çaresizlik duyguları
- Karamsarlık ve umutsuzluk
- Ölüm düşünceleri ya da intihar girişimleri (81).

Depresyondaki hastaların %63'ünde intihar düşünceleri ya da tasarıları, %15'inde intihar girişimleri olduğu bildirilmektedir. (81)

Distimik hastalarda da başlıca belirti depresif duygu durumudur ve bu da kendini üzgün hissetme, hüznü, kederli olma ile belirlidir. Üzüntüleri ve gözyaşları, uygun

çevresel koşullarda birden gülümsemeye, hatta gülmeye dönüşebilir ya da dikkatlerini dağıtan birtakım etkinliklerde buldukları zaman duydukları üzüntü ortadan kalkar. Bu hastalar alaycı, düşüncelere dalıp giden, başkalarından beklentileri fazla olan ve yakınmayı seven kişilerdir. Belirtileri arasında iştah ve uyku bozuklukları, düşük benlik saygısı, yorgunluk-bitkinlik-tükenmişlik, davranışlarda genel bir yavaşlama, cinsel istekte azalma ve sağlık konuları üzerinde düşünüp durma gibi belirtiler vardır. Distimik bozukluğu olan hastalarda düşünce yoksulluğu, suçluluk duygusu, çağrışımlarda sürekli bir yavaşlama görülmez. (81)

Bipolar (iki uçlu) bozukluklarda, manisi olan hastalar canlıdır, konuşkandır, bazen eğlendirici ve güldürücüdür. Manik dönemin temel belirtileri yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygu durumudur. Hafif manik olgular öfori, fikir uçuşmaları, fiziksel etkinlikte ve konuşmada artış, uyku gereksiniminde azalma ve grandiosite gösterirler. Hastaların konuşması araya girip kesilemez. Mani yoğunlaştıkça konuşma yüksek sesle, çok daha hızlı ve bölünmesi çok daha zor hale gelir. Hastanın etkin hali yükseldikçe, konuşma, şaka, sözcükler üzerinde oyunlar ve konu dışı yandan yanıtlarla dolmaya başlar. Etkinlik seviyesi ilerlemeye devam ederse çağrışımlar kopar, konsantrasyon azalır, fikir uçuşmalarına yol açar. Hareket ve enerji düzeyi artmıştır, hiperseksüalite gözlenir, benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenir. Bazen büyüklük düşünceleri sanrısız nitelik kazanır. Perseküsyon ve büyüklük sanrıları, varsanılar, referans fikirleri görülebilir. Sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilirler, aşırı alışveriş olasıdır. Hastanın davranışları impulsif ve aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (82-84).

2.2.1.5. Tanı

Günlük aktivitelerden uzaklaşma, suçluluk duyguları, konsantrasyon bozukluğu ve kognitif disfonksiyon, kronik yorgunluk ve somatik şikayetler, gün ilerledikçe iyiye gitme şeklinde diüurnal değişiklikler, insomnia, anoreksi ve kabızlık gibi vejetatif bulguların olması, ağır ajitasyon ve psikotik düşüncelerin varlığı saptanan hastalarda duygu durum bozukluğu olduğu söylenebilir. Kesin tanı, diğer karışabilecek durumların ekartasyonu ve bazı özel soru formu ya da psikiyatrik ölçeklerin uygulanmasıyla konur (85).

Unipolar depresif bozukluklar (majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk), bipolar bozukluklardan, daha önce geçirilmiş bir manik, mikst ya da hipomanik epizod olduğuna ilişkin bir öykünün olmaması ile ayrılır. (78)

Bipolar bozukluklarda (bipolar I-II bozuklukları, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk), manik epizodlar, mikst epizodlar ya da hipomanik epizodlar vardır. Bunların yanı sıra sıklıkla majör depresif epizodlar vardır. (78)

Etiyolojilerine göre duygu durum bozuklukları, genel tıbbi bir durumun ya da alınan bir madde ya da ilacın doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğu yargısına varılan, belirgin ve sürekli bir duygu durum bozukluğunun olması ile belirlidir. (78)

Burada, depresif belirtilere neden olan hastalıklar ve ilaçlar göz ardı edilmemelidir. Bu hastalıklar ve ilaçlar tabloda 6 ve 7'de gösterilmiştir. Ayrıca her türlü neoplastik hastalığın da bu belirtilere neden olabileceği unutulmamalıdır (76).

Tablo 6: Depresif belirtilere yol açan tıbbi durumlar, 2008.

Kardiyovasküler	Süreğen ağrı	Dejeneratif hastalıklar
Koroner arter hastalığı	Fibromiyalji	Alzheimer hastalığı
Konjestif kalp yetm.	Bel ağrısı	Parkinson hastalığı
Anemi	Refleks sempatik distrofi	Huntington hastalığı
İnme		
Bağışıklık sistemi hastalıkları	Metabolik/endokrin durumlar	Enfeksiyon hastalıkları
Multiple Skleroz	Malnütrisyon	Sistemik enfl. yanıt
Sist.Lupus Eritematozis	Hipo/hipertiroidi	Menenjit
Sarkoidoz	Diyabetes mellitus	Lyme hastalığı
	Elektrolit bozuklukları	
	KOAH veya astım	

Tablo 7: Depresif belirtilere yol açan ilaçlar, 2008.

Kardiyovasküler ilaçlar	Hormonlar	Psikotropolar
ACE inhibitörleri	Anabolik steroidler	Benzodiazepinler
Alfa metil dopa	GNRH agonistleri	Nöroleptikler
Klonidin	Oral kontraseptifler	
Dijitaller		
Propranolol		
Tiyazid diüretikler		
Anti-kanser ilaçlar	Antienflamatuar ve Antienfektifler	Diğerleri
Sikloserin	Nonsteroid antienflamatuarlar	Antihiperlipidemikler
	Metoklopramid	Simetidin, ranitidin
	Sülfonamid	Levodopa
	İnterferon	Metildopa

2.2.1.6. Tedavi

Depresyon, tüm düzeylerde dikkate alınması ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Aksi halde; tekrarlayıcı olabilir, var olan tıbbi hastalığın belirtilerini

karmaşıklıştırabilir ve tedaviye uyumu bozabilir, yaşam kalitesini ve iş verimini düşürebilir, kronikleşebilir ve en önemlisi özkıyımına neden olabilir.⁽⁸⁶⁾

Depresyonun araştırılması, tanı ve tedavisi birinci basamakta görev yapan pratisyen hekimler tarafından zor bulunmaktadır. Hekim açısından saptanabilen sorunlar; yetersiz görüşme ve tanı becerileri, yetersiz mezuniyet öncesi eğitim, yetersiz zaman, yeni bilgi kazanma güçlükleridir. Oysa depresyon, prognozu en iyi hastalıklardan olup, tanınıp tedavi edildiğinde ortalama 3–6 hafta içinde, hastaların çoğunda belirgin düzelmeye gözlenebilmektedir.⁽⁷⁰⁾

Depresyon tedavisinde kullanılan başlıca 5 grup ilaç vardır. Bunlar; trisiklikler, heterosiklikler, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), monoamino oksidaz inhibitörleri (MAO-I) ve semptomimetik stimulanlardır.

Bunların içinde en yaygın ve en güvenli olarak kullanılanları SSRI'lardır. Bu grupta ilk bulunan etken madde fluoksetindir. Bu ilaçlar sinaptik aralıktaki serotoninin presinaptik uçtan geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. Baş ağrısı, bulantı ve huzursuzluk gibi yan etkilere sahip olmalarına karşın, hastalar tarafından kabul edilebilirlikleri yüksektir. Fluoksetinden daha yeni bir SSRI olan sertralinin günlük olağan dozu 50–200 mg'dır. Depresif hastaların özkıyımına eğilimli oldukları göz önüne alındığında, aşırı ilaç (sertralin) alımı suretiyle özkıyımına teşebbüs etseler bile bu tür doz aşımı durumlarında ölüm çok ender görülmektedir. Sertralinin bir defada 2,6 gram alınması halinde bile yaşamla bağdaşmakta olduğu gösterilmiştir. Bu ilaçların etkisi genelde 2–6 haftada ortaya çıkar. Sekiz hafta sonunda hala ilaç etkisi gözlenmiyorsa hasta, bir uzman psikiyatriste yönlendirilmelidir.^(75,87)

Ülkemizde SSRI grubuna ait çok çeşitli ilaçlar mevcuttur. Piyasada bulunan bazı ilaçların etken maddeleri, piyasa isimleri ve dozları tablo 8'de görülmektedir⁽¹²²⁾.

Tablo 8: Türkiye'de Bulunan Bazı SSRI'lar ve Olağan Kullanım Dozları, 2008.

Etken madde	Piyasa ismi	Başlangıç Dozu	Önerilen doz aralığı
Sertraline	(Lustral)	25mg	50-200mg/gün
Sitalopram	(Cipram)	10 mg	20-60mg/gün
Fluoksetine	(Prozac)	5-10mg	20-80 mg/gün
Fluvoxamin	(Faverin)	20-50mg	50-300mg/gün
Paroxetin	(Seroxate)	10 mg	40-60mg/gün

Çalışmamızda sadece SSRI grubundan bir ilaç kullanıldığı için diğer ilaçların ayrıntısına değinilmemiştir.

2.2.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen “angh” kökünden türetilmiştir. (88)

Ansiyete, uyum sağlayıcı ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici, ketleyici işlev de görebilir. Örneğin, sınavlar kişilerde anksiyete yaratır. Sınavı başarmak, bir engeli aşmak olumlu bir işlevdir. Ancak sınavda donakalmak, bildiğini unutmak gibi durumlar yine anksiyetenin ketleyici işlevi sonucu ortaya çıkar. (81)

Anksiyete, otonom sinir sistemi etkinliğini gösteren nesnel belirtilerin eşlik ettiği yaygın, hoş olmayan ve genellikle belirsiz, öznel bir kaygı duygusudur. Korkulmayacak durumlarda ortaya çıkan kaygı patolojiktir. Anksiyete bozukluğu olan hastalar, diğer tıbbi komorbiditeler, hastanede daha uzun süre kalışlar, fazla girişim yapılması, yüksek sağlık harcamaları konularında artmış riske sahiptirler (89,90).

2.2.2.1. Tanım

Anksiyete bozukluğunun başlıca özelliği, somatik ya da kognitif 13 belirtiden en az 4'ünün eşlik ettiği, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olmasıdır. Atak birden başlar ve hızla doruk düzeyine ulaşır. Çoğu zaman buna, yakın zamanda bir tehlikenin doğacağı ya da ölüm korkusu ve kaçma dürtüsü eşlik eder. (78)

Genel olarak, süregenleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişilerarası kopukluklara neden olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumları patolojik olarak değerlendirilmektedir. (81)

2.2.2.2. Sınıflandırma

DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları başlıca 13 alt grupta incelenir. Bunlar; panik bozukluk, agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluk, panik bozukluk olmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğudur.

Toplumda en sık görülen anksiyete bozuklukları ise panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB ve fobik bozukluklar olduğundan bu çalışmamızda sadece bu alt başlıklara yer verilmiştir.

2.2.2.3. İnsidans-Prevalans

Tüm anksiyete bozukluklarının toplumdaki yaşam boyu prevalansı yaklaşık % 2–3 olduğu bildirilmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunun %5, panik bozukluğun %1,5–3,5, obsesif-kompulsif bozukluğun %2,5 ve tüm fobik bozuklukların %10–11,3 yaşam boyu prevalansları mevcuttur. (78)

Ülkemizin verilerinde ise; yaygın anksiyete bozukluğu %4,1–6,6, panik bozukluk %2–4, obsesif kompulsif bozukluk %1,9–3,3, fobik bozukluklar %10–25 oranlarında olduğunu göstermektedir. (88,91)

2.2.2.4. Belirti ve Bulgular

Fizik inceleme, anksiyete bozukluğunun tanısını koymaya yardımcı çok az ipucu verir. Anksiyete bozukluklarına ait belirtiler, tanıya gözlemlenilecek kadar özgüldür. Bu belirtiler tablo 9’da verilmiştir (89).

Tablo 9: Anksiyetenin somatik belirtileri, 2008.

Sistem	Belirtiler
Kas – iskelet	Kas gerginliği, spazm, bel ağrısı, baş ağrısı, güçsüzlük, titreme, yorgunluk, dinlenememe, abartılı irkilme yanıtı, korku
Kalp – damar	Çarpıntı, hızlı kalp atımı, sıcak – soğuk nöbetleri, kızarıklık, solukluk
Gastrointestinal	Ağız kuruluğu, mide bozulması, boğazda şişlik, bulantı, kusma
Üriner	Sık idrara çıkma
Merkezi sinir	Baş dönmesi, parestezi, sersemleme
Solunum	Hiperventilasyon, nefes daralması, göğüs sıkışması
Diğer	Terleme, nemli el, uykuya dalmada güçlük, uyuyamama, kabuslar

2.2.2.5. Tanı

Anksiyetenin somatik ya da kognitif 13 belirtisi şunlardan oluşmaktadır: çarpıntı, terleme, titreme-sarsılma, nefes darlığı-boğuluyor gibi olma duyuları, soluğun

kesilmesi, göğüs ağrısı-göğüste sıkıntı hissi, bulantı-karın ağrısı, baş dönmesi-sersemlik hissi, derealizasyon-depersonalizasyon, kontrolünü kaybedeceği-çıldıracağı korkusu, ölüm korkusu, pareteziler, üşüme-ürperme-ateş basmalarıdır. (78)

Yaygın anksiyete bozukluğunun başlıca özelliği, en az altı ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygı ve üzüntü duymadır. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur. Kaygı ve üzüntüye, huzursuzluk, kolay yorulma, düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçü eşlik eder.

Panik bozukluğunun başlıca özelliği, yineleyen, beklenmedik panik ataklarından sonra en az bir ay süreyle başka bir panik atağı olacağına ilişkin sürekli bir kaygı duyma, panik ataklarının yol açabileceği ya da olası sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma ya da belirgin bir davranış değişikliği göstermedir.

Obsesif – kompulsif bozukluğun başlıca özelliği, zamanın boşa harcanmasına yol açacak derecede ağır olan ya da belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya neden olan tekrarlayıcı obsesyon ya da kompulsiyonlardır. Obsesyonlar genelde el sıkma ya da hastalık bulaşacağı, kapıyı kilitleyip kilitlemediği, eşyaların düzenli ve simetrik durması gerekliliği gibi dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise bu durumları ortadan kaldırmaya yönelik; el yıkama, sıraya koyma, kontrol etme, dua etme, sayma gibi davranış ya da zihinsel eylemlerdir.

Agorafobi, bir panik atağının çıkması durumunda yardım sağlanamayacağı ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duymadır.

Özgül fobi, korkulan özgül bir nesne ya da durumla karşı karşıya kalmanın doğurduğu, klinik açıdan belirgin bir anksiyete ile belirlidir.

Sosyal fobi, belirli toplumsal durumlarla ya da bir eylemin yerine getireceği durumlarla karşı karşıya kalmanın doğurduğu, klinik açıdan belirgin bir anksiyete ile belirlidir. (78)

2.2.2.6. Tedavi

Genelde anksiyete bozuklukları uzun süreli tedaviyi gerektirir. Yeterli bir tedavi sürecinden sonra bile hastalık belirtileri ısrarla sürebilmektedir. Hastalara öncelikle bu durumun tedavi edilebilir bir rahatsızlık olduğu, ataklar sırasında ölmesinin ya da delirmesinin olası olmadığı anlatılmalıdır. Tedavide öncelikle davranışsal ve bilisel tedaviler denenmelidir. İlaç tedavisi, diğer tedavi yöntemleriyle kombine edilebilir ya da tek başına verilebilir. (81)

Davranışçı-bilişsel psikoterapide (DBP) hedef hastanın davranışı, duyguları ve düşünceleri arasında bağlantı kurmasını sağlayarak, düşünme özelliklerini ve bunların hastalandırıcı-işlev bozucu doğalarını hastaya göstermektir. Bu amaçla terapide gevşeme, solunum eğitimi, yeniden yapılandırma, psiko-eğitim, yaşayarak üzerine gitme, derecelendirilmiş ev ödevleri gibi teknikler kullanılır. DBP ile ilaç tedavisini karşılaştıran yeterli çalışma mevcut değildir. Fakat her iki yöntemde de kontrol grubuna oranla daha yüksek bir iyilik hali saptanmıştır. (92)

Yaygın anksiyete bozukluğunda benzodiazepinler (özellikle diazepam), buspiron, venlafaksin, beta-blokörler ya da SSRI'lar kullanılmaktadır. Benzodiazepinler akut ve şiddetli anksiyete yaşayan, stres etkenlerinin olduğu, sosyal ilişki sorunu olmayan, hiç tedavi görmemiş, iyileşme beklentisi yüksek ve ilaç talebi olan hastalarda tercih edilmelidir. Fakat uzun sürede bağımlılık yapıcı etkileri göz ardı edilmemelidir. En az benzodiazepinler kadar etkin olduğu kanıtlanmış olan buspironun etkisi benzodiazepinlerden daha geç başlar. Fakat bağımlılık yapıcı etkisinin olmaması, kesilme-yoksunluk belirtilerine ve sedasyona neden olmaması nedeniyle tercih edilebilir. En önemli dezavantajı yarı ömrünün kısa olmasından dolayı günde 2-3 bölünmüş dozda kullanılması gerekliliğidir. Bu yüzden uzun süreli kullanımlarda hastanın tedaviyi terk etmesi sıkça görülmektedir. Beta-blokörler, anksiyetenin somatik belirtilerini azaltmaktadırlar. Bu yüzden somatik belirtileri ön planda olan hastalarda denenebilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda kullanılabilen tüm ilaçların etki ve yan etkileri göz önüne alındığında; etkili, daha düşük ve tolere edilebilir yan etki profili, bağımlılık yapma potansiyelinin olmayışı ve günde tek doz uygulanabilirliği nedeniyle SSRI'lar en çok tercih edilen ilaç grubudur. (81)

Panik bozukluk tedavisinde iki temel yaklaşım vardır; oluşmuş bir panik atağı önlemek ve panik atakların yinelemesini önlemektir. Her iki yaklaşımda da hem psikoterapötik hem de psikofarmakolojik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu amaçla trisiklik antidepressanlar, MAO inhibitörleri, SSRI ve benzodiazepinler kullanılabilir. Trisiklikler arasında etki ve yan etki profili açısından en iyi bilinen ilaç imipramindir. İmipramin, günlük 10 mg'lık dozlarla başlanıp 3-4 günde bir doz artırılarak günlük 300-400 mg'a kadar çıkılabilir ve bu şekilde 8-12 hafta kullanılır. Klomipramin ve amitriptilinin de en az imipramin kadar etkin olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Panik bozuklukta kullanılan diğer bir grup ilaç ise SSRI'lardır. SSRI'lar, panik ataklarını etkin bir şekilde ortadan kaldırmaktadır. Günde tek doz uygulanabilmesi; ortostatik hipotansiyon, kardiyak ileti bozukluğu ve antikolinergik yan etkilerinin

bulunmaması, trisikliklerden üstünlükleridir. Ancak bunların da bulantı ve iştahsızlık gibi gastrointestinal, baş ağrısı, uykusuzluk ve cinsel işlev bozukluğu gibi yan etkileri mevcuttur.

Akut panik atak tedavisinde dilaltı lorazepam, alprazolam ya da klonazepam gibi hızlı etkili benzodiazepinler tercih edilmelidir ve uygulama, tedavi başlangıcından itibaren 1–3 hafta sürdürülmelidir. Benzodiazepinlerin en önemli dezavantajları ise, günlük dozun bölünmüş dozlar halinde iki ya da üç kerede verilmesi gerekliliği, ilaç kesildiğinde rebound ya da yoksunluk belirtilerinin görülmesidir. Beta blokörler ise anksiyetenin bedensel belirtileri üzerinde etkin olmalarına karşın, emosyonel belirtiler üzerine olan etkinlikleri yeterince aydınlatılmamıştır. (93)

OKB tedavisinde, hasta yakınları ile işbirliği yapılması tedaviyi kolaylaştıracaktır. Hasta yakınlarının, hastaya karşı ödünsüz ama sevecen ve sempatik bir tutum sergilemeleri önerilmelidir. Bu bozukluk genellikle dalgalanmalarla seyrettiğinden, tam kürden çok semptomların kontrol altına alınması söz konusudur. Tedavide kullanılan ilaçların başında, SSRI'lar ve trisiklikler gelmektedir. Diğer ilaçlara oranla yan etkisinin daha fazla olmasına karşın, tedaviyi bırakma oranları klomipraminle daha düşüktür. Hangi ilaç kullanılırsa kullanılsın, tedaviye en düşük dozla başlanıp hastanın tolere edebildiği en yüksek doza kademeli bir şekilde çıkılmalıdır. İlacın etkisi ortaya çıktıktan sonra, kontrollü olarak etkili olan en düşük doza inilmelidir. İlacın kesilmesinden sonra çoğu hastada semptomlar yinelediğinden, tedavi uzun sürdürülmelidir. Tek ilaç ile etkinlik sağlanamıyorsa, kombine tedaviler denenebilir. Bu amaçla trisiklik ve/veya SSRI grubuna lityum, buspiron, klonazepam (diğer benzodiazepinlerin antiobsesyonel etkinlikleri gösterilememiştir) ya da bir antipsikotik ilaç eklenebilir. (94)

Agorafobi tedavisi panik bozukluk tedavisiyle aynıdır. Özgül fobi tedavisinde ise en etkin yöntem davranış tedavisidir. Bu tedavide hasta sistematik ve kontrollü bir şekilde fobi duyduğu nesne ya da duruma karşı desensitize edilir. Ancak hastanın anksiyete düzeyi düşünceye kadar imajinatif ve/veya in vivo yöntemlerle devam edilmelidir. İlaç tedavisi sadece davranış tedavisine destek amacıyla kullanılmalıdır. Bu amaçla trisiklikler, SSRI'lar, MAO inhibitörleri, gabapentin ve beta blokörler kullanılmaktadır. Fobik bozuklukların alprazolama, anksiyetenin diğer şekilleri kadar iyi yanıt vermediği bilinmektedir. (95)

Sosyal fobik hastaların tedavisinde de ilk seçenek yöntem davranışçı-bilişsel tedavidir. Bu yöntemde hastalara, etkili sosyal davranışı öğretmek için modelleme, davranış provaları, düzeltici geribildirim, sosyal cesaretlendirme ve ev ödevleri uygulanır

(96). Sosyal fobiye ikincil olarak gelişen kaçınma davranışına bağlı olarak kişinin mesleki işlevleri, olağan sosyal uğraşları ve diğer kişilerle olan ilişkisi kesintiye uğruyor ve korkacağı konusunda sıkıntı yaşıyorsa bu kişiye ilaç tedavisi başlanmalıdır. Bu amaçla bu hastalara MAO inhibitörleri, SSRI, benzodiazepinler, buspiron ve beta blokörler verilebilir. Trisikliklerle yapılan çalışmalarda sosyal fobide belirgin bir iyileşme oranı saptanmamıştır. Sosyal fobide üzerinde en çok çalışma yapılan ilaç, bir MAO inhibitörü olan fenelzindir. Fenelzinle hipertansif kriz nadir gelişse de hastalar yan etkiler ve diyet kısıtlaması konusunda uyarılmalıdır. Ayrıca mani, uyku hali, ortostatik hipotansiyon, ağız kuruluğu, kabızlık gibi yan etkileri de mevcuttur. Son yıllarda SSRI'lar da sosyal fobi tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, bu ilaçların etkinliğini gösteren kontrollü çalışma sayısı oldukça azdır (97).

2.2.3. SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Yapılmış olan birçok araştırmanın sonuçları, çeşitli bedensel yakınmalarla hekimlere başvuran hastaların muayene ve tetkikleri sonucunda %38–60 arasında değişen oranlarda bu yakınmaları açıklayacak herhangi bir organik etken bulunmadığını ortaya koymaktadır. Biyolojik tıp (biomedikal) hastalığın fiziksel bulguları ve laboratuvar bulgularını içeren nesnel (objektif) yönü ile hasta tarafından ifade edilen öznel (sübjektif) yönünü birbirinden ayırmaktadır. Oysa organik ya da objektif (nesnel) bir bulgu saptanmasa da bu kişilerin hekime başvurmalarına yol açan, öznel de olsa, “belirtileri” vardır ve bu belirtilerin içerdiği anlamı, bu belirtilerle verilen mesajı hekimin anlamaya çalışması gerekir. Çünkü artıp tıp sadece beden sistemlerindeki düzensizliklerin oluşturduğu belirti kümeleri ya da sendromları değil, sosyal ve ekolojik sistemlerin de göz önüne alındığı, bütüncül (holistik) görüşle hastayı ele alan bu sistemler içindeki karşılıklı etkileşimler çerçevesi içinde onu anlamaya çalışan bir yaklaşım içinde olma eğilimi içindedir. (98)

Somatoform bozukluklar, yineleyici fiziksel belirtileri nedeniyle sık sık hekimlere başvurarak muayene ve tetkiklerden geçen, organik bir durum saptanmadığı kendilerine açıklandığı halde belirtilerle ilgili uğraşlarını sürdüren, fiziksel bir bulgu saptansa bile, bunun yakınmaların şiddetini açıklayacak düzeyde olmadığı, belirtilerin başlaması ve sürmesinde bazı yaşam olaylarının, güçlüklerin ve iç çatışma ya da sorun yaratabilecek nitelikte etkenlerin bulunmasına karşın bu ilintilerin hasta tarafından kabul edilmediği, yadsındığı bir grup bozukluk olarak açıklanmaktadır. Belirtilerin nedeninin fiziksel ya da

ruhsal olabileceği bu grup içinde ele alınan hastalarda sıklıkla ilgi çekme isteğinin (histrionik davranış) bulunduğu da vurgulanmaktadır. (98)

Birinci basamakta sık karşılaşılan ve en zor sorunlardan biridir. Ülkemizde birinci basamak hastalarının %17-26'sı “somatik uğraş” ölçütlerini karşılamaktadır. Somatoform bozuklukları bulunan hastaların ayaktan tedavi giderleri, bulunmayanlara göre 9–14 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Uygun tanı ve tedavi ile bakım giderleri %50'ye kadar düşürülebileceği öngörülmektedir. Hastaların %82'si, geçirdikleri tanısız, tıbbi ve cerrahi işlemlere bağlı olarak çalışmayı bırakmaktadır. Bu da ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir. (99,100)

2.2.3.1. Sınıflandırma

DSM-IV'te somatoform bozukluklar başlıca 7 alt grupta incelenir; somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk. (78)

2.2.3.2. Tanım

Somatoform bozuklukların ortak özelliği, genel tıbbi bir durumu düşündüren ve genel bir tıbbi durumla, bir maddenin doğrudan etkileriyle ya da başka bir zihinsel bozuklukla tam olarak açıklanamayan fizik belirtilerin varlığıdır. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olmalıdır. Yapay bozuklukların ve simülasyonun tersine, fizik semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkartılmazlar. (78)

Somatizasyon bozukluğunda, somatik yakınmalar tek bir organ sistemine sınırlı değildir ve bilinen tıbbi bir bozuklukla ortaya çıkmaz (95). Genellikle 30 yaşından önce başlayan, yıllarca süren ve ağrı semptomlarının, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik semptomların bir bileşkesi ile belirgin polisemptomatik bir bozukluktur (78).

Farklılaşmamış somatoform bozukluk, somatoform bozukluğun kısmi görünümünü tanımlamak için kullanılan rezidüel gruptur (95). Hastada başka bir mental bozukluk ve organik bir nedenle açıklanamayan, en az 6 ay süren ve belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya neden olan bir ya da daha fazla somatik belirti vardır (81).

Konversiyon bozukluğu, psikolojik çatışma ya da gereksinime eşlik eden bir ya da daha fazla nörolojik semptomla belirlidir. Fiziksel, nörolojik ya da maddeyle ilişkili bir bozukluk değildir. (95)

Ağrı bozukluğunda, ağrı yapacak yoğunlukta fiziksel hastalık olmadığı halde ağrı ile zihinsel meşguliyettir. Nöroanatomik dağılımı izlemez. Ağrının başlangıcı ya da alevlenmesinde stres ve çatışma sıkı sıkıya ilişkilidir. (95)

Hipokondriyaziste, kişinin gerçekte olmadığı halde ciddi bir hastalığı olduğuna dair hastalık korkusu ya da inanişidir. (95)

Beden dismorfik bozukluğunda, bedenin tüm ya da bir bölümünün görünümünde kusur olduğuna hayali inaniş ya da var olan bir kusuru abartmayla uğraşıp durmadır. Bu bozuklukta inanişler sanrısız ölçütlerde değildir. (95)

Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozuklukta ise özgül somatoform bozukluklardan herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamayan, somatoform semptomlar gösteren bozukluklardır. (78)

2.2.3.3. İnsidans-Prevelans

Yapılan çalışmalar somatoform bozuklukların yaşam boyu prevelanslarının büyük ölçüde değişken olduğunu ve bu oranların kadınlar arasında %0,2–2 arasında, erkeklerde ise %0,2'den daha az olduğunu göstermektedir (78). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oranın evhanımlarında, 21–40 yaş arasında ve kırsal kesimde yaşayanlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (100).

2.2.3.4. Belirti ve Bulgular

Somatoform belirtiler çok sayıda genel tıbbi durumu düşündürebilir. Bu yüzden genel tıbbi durumları dışlayarak tanı konabileceği gibi, tablo 5'te verilen ölçütler dikkate alınarak da kişide somatik uğraş olabileceği düşünülebilir (Tablo 10) (99,101).

Tablo 10: Somatik uğraş düşündüren belirtiler, 2008.

Değişken belirtiler	Kronik ya da sürekli değişen açıklanamayan belirtiler
Belirti sayısı	Erkeklerde 4, kadınlarda 6 belirtinin bir arada oluşu
Bilinmeyen yakınmalar	Belirsiz ya da oldukça kişiselleşmiş, bilinmeyen yakınmalar
Doktor sayısı	Üçten fazla doktorun tanı koyamaması
Zihinsel bozukluk	Depresyon, anksiyete ya da madde kötüye kullanımı bulunması
Güven	Doktora karşı güvensizlik ve doktorun yılgınlık yaşamaması
Seyir	Tedavi ile belirtilerin kötüleşmesi
Rol	Uygunsuz sakatlık ve hasta rolü yapma

Somatizasyon bozukluğu olan kişiler, en sıklıkla ağrıdan yakınırlar; halsizlik, baş dönmesi, nefes darlığı ve çarpıntı diğer sık görülen belirtilerdir. Yakınmalar genellikle anlaşılması güç, renkli ve abartılı bir dille ifade edilmektedir. Bu bozuklukta kronik seyir gösteren yakınmalar ve sık eşlik eden ruhsal bozukluklar, hastanın evlilik, iş ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. (81)

Konversiyon bozukluğunda temel olarak motor (paralizi, ataksi, disfaji, kusma, afoni), bilinç (yalancı nöbetler, bilinç kaybı) ve duyuşsal bozukluklar ya da değişiklikler (körlük, sağırılık, anozmi, anestezi, analjezi, diplopi) görülür. Bu bozukluklar ya da değişiklikler bilinen duyuşsal ve motor yolları izlemez. (95)

Ağrı bozukluğunda, ağrı günlük yaşamın çeşitli yönlerini ileri derecede bozar. Kronik biçimlerinde ağrı bozukluğu olan kişilerde işsizlik, yeti yitimi ve aile sorunlarıyla sık karşılaşılır. Ağır depresyona eşlik eden ağrı bozukluğu olan kişilerde intihar olasılığı yüksektir. Ağrı bozukluğu, özellikle duygu durum ve anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer mental bozukluklara eşlik edebilir. Kronik ağrı daha çok depresif bozukluklara eşlik ederken, akut ağrı daha çok anksiyete bozukluklarına eşlik etmektedir. Ağrı bozukluğuna sıklıkla uyku bozuklukları eşlik eder. (78)

Hipokondriyaziste, semptomların çok sık görüldüğü yerler karın, göğüs, baş ve boyun ise de bu semptomlar vücudun herhangi bir yeri ile de ilişkili olabilir ya da hastalar genel bir yorgunluk-bitkinlikten yakınabilirler. Semptomlar çoğu zaman bedensel duyuların (hafif bir sızı, ağrı ya da rahatsızlık), olağan vücut işlevlerinin (kalp atımları, barsak hareketleri, peristaltik aktivite gibi) ya da çok küçük somatik anormalliklerin (arada bir dışkıda mukus görülmesi, nazal akıntı, hafifçe büyümüş bir lenf nodu) üzerinde aşırı durulması ile belirgindir. (81)

Bedensel dismorfik bozukluğunda, yakınmalar genellikle yüz veya baş bölgesi ile ilgili hayali ya da önemsiz kusurları içerir. Çoğunlukla burun, kulak, yüz ya da cinsel organlar hakkında endişeler söz konusudur. Bununla birlikte her türlü organla ilgili endişe görülebilir. Ülkemiz verilerine göre, yakınmalar en sık cilt, saç, genital bölgeler ve vücut hacmi ile ilişkili bulunmuştur. (81)

2.2.3.5. Tanı

Somatizasyon bozukluğunda çok sayıda, klinik açıdan önemli somatik yakınma örüntüsü bulunur. Somatik yakınmalar 30 yaşından önce başlar ve uzun yıllar devam eder. En az dört değişik yer (örn: baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs) ya da işlevle (örn: menstrüasyon, cinsel ilişki, idrar yapma) ilgili ağrı öyküsü bulunur. Ağrının dışında

en az iki gastrointestinal belirti ve/veya bir cinsel organlarıyla ilgili belirti öyküsü bulunmalıdır. Bunların dışında; yutma güçlüğü, bulantı, şişkinlik, menstrüasyon düzensizliği, erektil işlev bozukluğu, denge bozukluğu, paralizi, parestezi, çift görme, körlük ve amnezi görülebilir. (78)

Konversiyon bozukluğunda, istemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren belirti ya da defisitler vardır. Söz konusu belirti ya da defisitlerin başlaması ya da alevlenmesi öncesinde çatışmaların ya da diğer stres etkenlerinin olduğu gözlemlenir. Bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu belirtiler varmış gibi davranılmamaktadır. (78)

Ağrı bozukluğunda, klinik görünümün önde gelen özelliği olan ve klinik açıdan değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağır olan ağrıdır. Bu ağrı, toplumsal ve mesleki alanlarda ya da işlevsellikte bozulmaya neden olur. Ağrının başlangıcı, şiddeti, alevlenmesi ya da sürmesinde psikolojik etkenler önemli rol oynar. Ağrı, amaçlı olarak ortaya çıkartılmaz ve kişi ağrı çekiyormuş gibi davranmaz. (78)

Hipokondriyazis, bir ya da birden fazla vücut belirtisini ya da bulgusunu yanlış yorumlamaya bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olduğu korkusu ya da düşüncesiyle uğraşp durmadır. Bu durum, toplumsal ve mesleki alanlarda ya da işlevsellikte bozulmaya neden olur ve en az 6 ay sürer. Hipokondriyaziste uğraşp durulan düşünceler kalp atımı, terleme, mide-barsak hareketleri, ufak bir sızı ya da arada bir öksürme şeklinde görülür. (78)

2.2.3.6. Tedavi

Somatoform bozukluklar, etiyolojisi bilinmeyen kronik hastalıklar olmaları nedeniyle çoğu kez bütünüyle iyileştirilememektedir ve tedavilerinde genel kabul gören belli bir tedavi yaklaşımı yoktur. Etkinlikleri kesin kanıtlanmamış olmasına karşın tedavide başlıca iki yöntem izlenir. Bunlar psikolojik ve farmakolojik yöntemlerdir. Somatoform bozukluğu olan hastalarda uyulması gereken başlıca tedavi ilkeleri şunlardır:

1. Hastanın tedavisi belli bir hekim tarafından üstlenilmelidir,
2. Hastanın yakınmalarının gerçek olduğu kabul edilmeli ve hastada önemsendiği ve yakınmalarına inanıldığı duygusu yaratılmalıdır,
3. Tedavi hedefleri konusunda hasta ile hekim uzlaşmalıdır,
4. Hastada tam iyileşme değil, işlevselliğin artırılması hedeflenmelidir,
5. Hastaya yersiz ve uygun olmayan güvenceler verilmemeli ve hastalığın klinik bir seyir gösterdiği belirtilmelidir,

6. Hasta hazır olmadan yakınmalarının psikolojik bir durum olduğu konusunda bir içgörü kazandırma girişiminde bulunulmamalıdır,
7. Hasta düzenlenmiş kontrol günleri ile izlenmelidir,
8. Her görüşmede hastanın var olan yakınmalarının bulunduğu seçilmiş organ sistemleri ile ilgili kısa fiziksel muayene yapılmalıdır,
9. Ancak bedensel bir hastalık bulunduğunu düşündüren nesnel bir bulgu varsa laboratuvar testleri yapılmalı ya da konsültasyon istenmelidir,
10. Konsültasyon istendiğinde bu konuda deneyimi olan hekim tercih edilmeli ve konsültasyon istenen hekimle hastanın durumuyla ilgili iletişim kurulmalıdır,
11. Bağımlılık gelişebilme riski nedeniyle anksiyolitik ilaçların ya da opiyatların kullanımından kaçınılmalıdır,
12. İstirahat ya da maluliyet raporu düzenlemekten kaçınılmalıdır,
13. Hasta psikiyatrik izlem için teşvik edilmelidir,
14. Somatoform bozukluğu olan kişilerde eşlik eden panik bozukluğu ya da majör depresif bozukluk bulunduğunda antidepresan ile tedavi edilmelidir. (81)

2.3. PSİKİYATRİK ÖLÇEKLER (NÖROPSİKOLOJİK TESTLER)

Beyinde oluşan bozukluk ve hastalıklarla zihinsel ve davranışsal olayların ilişkilerinin ortaya konmasını içeren faaliyetler bütününe “nöropsikolojik değerlendirme” denir.

Tüm pozitif bilim dallarında olduğu gibi, nöropsikoloji bilimi açısından da ölçme vazgeçilmez bir özelliktir. Bu doğrultuda nöropsikolojik değerlendirme, öncelikle, beyinsel hasarın zihinsel değişikliklerle olan ilişkisine duyarlı psikometrik araçların kullanımı yoluyla yapılır. “Nöropsikolojik Test” olarak adlandırılan bu ölçme araçları yoluyla, beyindeki işlev bozukluğuna bağlı biçimde oluşan zihinsel bozukluklar, nesnel puanlarla betimlenir. (102)

2.3.1. Neden Ölçme Gereksinimi Duyarız?

Ruhsal bozukluklarda tanı koymaya yarayacak özgün bir laboratuvar testi yoktur. Yapılandırılmış görüşmeler, tanısal yaklaşımı geçerli kılan en önemli yollardan biridir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimlerin iş yükü nedeniyle zamanlarının sınırlı olması, psikiyatrik bozuklukları doğru değerlendirebilmek için sorulması gereken uygun soruları tam olarak bilmemeleri, yapılandırılmış görüşmelerin özellikle bu alanda kullanıma girmesi gerektiğini göstermektedir.

Bilimin temel özelliklerinden biri ölçme olduğuna göre, nöropsikolojik testlerin bilimsel araştırma açısından vazgeçilmez işlevi vardır. Uygulama alanlarında ise nöropsikolojik testlerden tanı koyma, hastanın izlenmesi, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve rehabilitasyonda yararlanılmaktadır. (102) Tanı koyma, öncelikle, nöropsikolojik testler yoluyla zihinsel ve davranışsal bozuklukların belirlenmesini içerir. Çağdaş sağlık merkezlerinde tanı; nöropsikolojik testlerden elde edilen bulgularla genel klinik muayene, nörolojik muayene ve özellikle de nöroradyolojik tetkiklerden elde edilen bulguların bütünleştirilmesiyle konmaktadır. (102)

Nöropsikolojik değerlendirmenin bir diğer kullanım alanı da, hastayı izleme ve tedavinin etkinliğini değerlendirmedir. Klinik değerlendirme açısından, hastalığın seyri içinde bir şeylerin değişmekte olduğunu kabaca bilmek yeterli değildir. Hangi özel işlevlerin değiştiğini, değişikliğin artma mı, azalma mı yönünde olduğunu ortaya koymak gerekir. Bu ise nöropsikolojik testler aracılığıyla mümkündür. (102)

Aynı şekilde, yapılan tedavinin yarattığı değişikliklerin de, yine ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Bozulan ve korunan süreçler konusunda nöropsikolojik testler yoluyla elde edilen ayrıntılı bilgiler, hastaya uygulanacak rehabilitasyon programının belirlenmesi ve gelecekteki yaşamının planlanmasında büyük önem taşır. (102)

2.3.2. Nöropsikolojik Testlerin Genel Özellikleri

Psikometrik araçların standardizasyonu için bazı özelliklerin bulunması gerekmektedir. Bunlar; kullanılacağı kültüre uyarlanmış olmalı, uygulama ve puanlamaların standart olması, güvenilir olması (aynı birey için elde edilen ölçümler uygulamadan uygulamaya tutarlılık göstermelidir), geçerli olması (ölçülmesi amaçlanan özelliği temsil etmelidir), norm değerleri belirlenmiş olmalıdır.

Nöropsikolojik testler, psikolojik süreçler kapsamına giren bilişsel ve güdüsel süreçlerle kişilik özelliklerinin ölçülmesini sağlar ve bunların temelinde yatan beyin yapı ve süreçlerinin işlevde bulunuş biçimi konusunda bilgi verir. Bu testler nöroloji, nöroşirürji, psikiyatri, nöropsikoloji, klinik psikoloji gibi bilim alanlarında ve bu alanlarda yürütülen klinik uygulamalarda; tanı koyma, hastalığın seyri ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede ve rehabilitasyon programlarının hazırlanmasında kullanılır. (102)

2.3.3. Birinci Basamakta Kullanılan Nöropsikolojik Testler

Ruhsal bozukluklar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de genel sağlık hizmetleri içinde en başta gelen sorunlardan biridir. Bu durum, bu sorunlara sahip olan

hasta sayısının çok olması, bu hastalıkların yeterince tanınmaması ve dolayısıyla yeterince tedavi edilememesinden kaynaklanmaktadır. (70,103,104)

Son 15 yılda yapılan bazı toplumsal çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan insanların 25–30 yılda 10 kat arttığı öne sürülmektedir. Gelişmiş ülkeler söz konusu olduğu zaman bile, bu geniş hasta kitlesine ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi yetersiz kalmaktadır. Ayakta ya da yatakta tedavi olanağı sağlayan psikiyatrik hizmetler toplumun gereksinimine yanıt verecek sayı ve yeterlilikte değildir. (105)

Psikiyatrik bozukluklar genel nüfusta %15, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar arasında %20–30 arasında görülürken, ruhsal hastalığı olanların ancak dörtte biri ruh sağlığı hizmetine ulaşabilmektedir (106).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin ruhsal sorunu olan hastalarla karşılaşma olasılığı çok fazladır. Ruhsal bozukluğu olan hastaların birçoğu yakınmalarını somatik belirtilerle gösterir ve bu nedenle tanı koymak için yapılan tetkikler ve tedaviler hasta ve hekim için masraflı, zor ve karşılıklı hayal kırıklıkları ile dolu bir sürecin başlamasına neden olur.

Bu duruma uygun şekilde son verebilmek ve bizim soramadığımız, hastanın tanımlayamadığı ruhsal sıkıntıları ortaya çıkarmak için yapılması gereken ise, bu konu ile çalışan hekimler tarafından geliştirilmiş ve ülkemiz insanları üzerinde de uyarılma çalışmaları yapılmış tanı koyma ve hastayı izleme ölçeklerini kullanmaktır.

Birinci basamakta en sık rastlanan mental hastalıklara tanı koymak amacı ile geliştirilmiş çeşitli ölçekler vardır (107,108). Bunlar arasında ilk geliştirilen ise, tanı koydurucu bir ölçek olan Prime-MD ölçeğidir (106).

Daha önce geliştirilmiş olan ve pratisyen hekimler tarafından kullanılan tarama ölçeklerinde yalnız psikiyatrik bozukluğun olabilirliğinden bahsedilir ama tanının ne şekilde kesinleştirileceğinden bahsedilmezdi. Prime-MD ise klinisyen tarafından değerlendirilen ve ilgili alanlarda kesin tanıya götüren bir ölçektir. (109-111)

2.3.3.1. Kısa Sağlık Anketi (KıSA)

KıSA, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların ruhsal sorunlarını saptamak amacı ile geliştirilmiş ilk self-report tanı koyma ölçeğidir.

KıSA'nın orijinali olan Patient Health Questionnaire (PHQ), birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ilk tanı koyma ölçeği olan Prime-MD'yi de geliştirmiş olan Spitzer ve arkadaşları (1999) tarafından hazırlanmıştır.

Ülkemiz için uyarılama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2001 yılında Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılarak Kısa Sağlık Anketi (KıSA) olarak adlandırılmıştır (112).

KıSA'yı hastanın kendisinin yanıtlaması, yalnızca okumak ya da anlamakla ilgili güçlük çektiğinde yardım alması amaçlanmıştır. Klinisyen, hasta tarafından doldurulan formu gözden geçirir, pozitif yanıtları belirler ve sayfanın altında yer alan tanı algoritmasını uygulayarak hastanın tanısını koyar. Sadece somatoform bozukluklar ile ilişkili modülde, yalnızca ölçekte yer alan sorulara verilen yanıtlara bakılarak tanı konması uygun değildir; hekimin, fiziksel semptomlara bir organik hastalığın neden olup olmadığına, klinik yargısını kullanarak karar vermesi gerekir.

Prime-MD'den farklı olarak KıSA hem tanı koymaya, hem de somatizasyon ve depresyon tanıları alan hastalarda hastalığın gidişini izlemeye yarayan bir ölçektir.

KıSA ölçeğinde depresyon ve somatizasyon ile ilgili bölümlerde Prime-MD'de olduğu gibi evet-hayır şeklindeki dikotomik yanıtlar değil, daha genişletilmiş yanıt kategorileri kullanılmıştır. Bu değişiklik sayesinde KıSA, birinci basamak için geliştirilmiş bir diğer ölçek olan Prime-MD'den farklı olarak yalnızca depresyon tanısı koymak amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve süreç içinde yapılan tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir.

KıSA'nın orijinali olan Patient Health Questionnaire (PHQ), birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ilk tanı koyma ölçeği olan Prime-MD'yi de geliştirmiş olan Spitzer ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Bu formun kısa formu olan Brief PHQ (KıSA) ise hasta tarafından verilen yanıtların hekim tarafından değerlendirilerek majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk ve panik sendromu tanılarının konabildiği bir soru formudur.

KıSA ölçeği, Brief PHQ model alınarak geliştirilmiştir. Orijinali 4 sayfadan oluşan Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire: PHQ), depresyon, panik bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı tanısı koymak ve genel ruhsal sağlıkla ilgili fikir vermek üzere hekime yardımcı olacak hasta yanıtlarının toplandığı bir araçtır. Ancak, ülkemizde ruhsal kaynaklı genel bedensel belirtilerin yaygınlığı dikkate alınarak, somatoform bozukluk ile ilgili sorular ve bedensel belirtilerin organik bir hastalığa bağlı olup olmadığını sorgulamak amacı ile Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından belirlenen 4 soru da KıSA'ya ilave edilmiştir.

Ruhsal bozukluklarda olan belirtiler, farklı sıklık ve şiddette günlük yaşamda sağlıklı insanlarda da görülebileceğinden, bir ruhsal bozukluk tanısı konabilmesi için belirgin rahatsızlık ve işlev kaybının olması gerekir. Psikiyatrik ortamlarda, hastalar zaten

rahatsızlıkları yüzünden tedavi altında oldukları için, bu kararı vermek sorun olmaz. Bu ölçüt hastaların “psikiyatrik hasta” olarak tanımlanmadıkları, birinci basamak sağlık hizmetleri ortamlarında daha önemlidir ve değerlendirilmeleri daha güçtür. KISA değerlendirmesinin en sonuna eklenen bir soruda da hastaya kendisinde var olan belirtilerin klinik anlamlılığı sorulur ve bu sorunun yanıtı dikkate alınarak tedavi ihtiyacı belirlenmeye çalışılmıştır.

2.4. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

Herkesin yaşam kalitesi kavramına verdiği anlam farklı olabilir, ancak bu kavram, toplumsal düzeyde ele alınıp birçok uygarlık ve binlerce insan üzerinde araştırma yapıldığında görüşlerin bazı ortak noktalarda birleştiği gözlenmiştir. Böylece bireysellikten çıkıp sosyolojik bir kavrama dönüşen yaşam kalitesini belirleyen etmenler hakkında birçok tıp doktoru, sosyolog ve ekonomist teoriler geliştirmişlerdir.

Sağlıkta yaşam kalitesi, yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanması ya da hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (113). Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkta yaşam kalitesini şu şekilde tanımlamaktadır: Yaşam kalitesi, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Buna göre yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram nesnel olarak tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, öznel olarak algılanan bir niteliktir (114).

“Yaşamınıza seneler katacağınıza, senelerinize yaşam katın...” ve *“Hastalarınızın ömrüne günler, aylar, seneler katamıyorsanız; günler, aylar ve senelerine kaliteli yaşam katın...”* gibi özlü sözler söyleyen C. Borgia, yaşamın süresinden daha çok kalitesinin iyileştirilmesi gerekliliğine dikkat çekmiştir.

Sağlık hizmetlerini sunanlar, uygulamalarının gerçekten işe yarayıp yaramadığını merak ederler. Bunun için de anlamak istedikleri çeşitli nicelikler vardır. Bir grup nicelik hastaya aittir, hastanın durumunu anlamak için nabzına bakar, dakikada kaç kez attığını sayarız, ateşinin kaç derece olduğunu ölçeriz. Daha önemlisi, tedaviden sonra bu sayma ve ölçmeleri yineler, aradaki farktan hastanın düzeliyor düzelenmediğini anlamaya çalışırız. Farklı tedavilerin etkilerini karşılaştırmak için de hastalık bulgularının düzelmesine bakarız ya da “hastaliksız yaşam süresini” ölçeriz. (113)

Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısında, sağlık hizmetleri alanında, nesnel olarak ölçülen değerlerin yetersiz kaldığı durumlar ortaya çıktı. Bir hastanın yakındığı durumdan öteki rahatsız olmuyor, bazen da hekimin iyileştğini düşündüğü bir hastanın yakınmalarının devam ettiği gözleniyordu. Yani artık hekim veya sağlıkçının nesnel saptamalarının durumu yeterince ifade edemediği anlaşılıyordu. Kronik hastalıklar tıbbın gündeminde daha çok yer tutmaya başlamış, bu nedenle hastalığın tam düzelmemiş olduğu durumların da tanımının yapılması gerekir olmuştur. (113)

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda varılan sonuçlar ise şunlardır; bu kavram, yalnızca nicelikleri değil, nitelikleri de ölçmeyi hedeflemelidir. Kişilerin sağlığından toplumların sağlık düzeyine kadar çok farklı alanlarda bize durumu ya da yaptığımız müdahalelerin sonuçlarını ölçebilmek için çeşitli olanaklar sağlayabilmektedir. Uluslararası literatürde yer bulabilmeleri için, yaşam kalitesi alanında yürütülen çalışmaların hem sağlam bir kavramsal temele oturması, hem de yöntemsel problemlere çözüm bulmuş olması gerekmektedir. Bu bilgiler ışığında yirmi birinci yüzyılda yaşam kalitesi üzerinde çok daha fazla durulacağı rahatlıkla öngörülebilir. (113)

Ülkemizde henüz istenilen düzeyde sağlıkta yaşam kalitesi duyarlılığı oluşmuş değildir. Fakat bu konuda hem halkı hem de sağlık çalışanlarını bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar devam etmektedir. Bununla ilintili olarak, “sağlıkta yaşam kalitesi” kavramının toplum içinde gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlamak; sağlık alanında kullanılmakta olan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon teknolojilerini yaşam kalitesi açısından değerlendirmek ve toplumun yaşam kalitesi düzeyini belirlemeye ve geliştirmeye yönelik bilimsel etkinlikler yürütmek amacıyla Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği (SAYKAD) 2002 yılında İzmir’de kurulmuş ve bu dernek hem yurt içi hem de yurt dışı çalışmalarına halen devam etmektedir. SAYKAD aynı zamanda Dünya Yaşam Kalitesi Topluluğu’nun derneği sayılabilecek “International Society of Quality of Life (ISOQOL)”ın da üyesidir.

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan birçok ölçek vardır. Bunlardan başlıcaları; Short Form 36 (Kısa Form 36, SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL), Quality of Well Being Scale (QWB), Health Utilities Index (HUI), European Quality of Life Instruments (EQ-5D). Bu ölçekler içinde en sık ve en yaygın kullanılanı ise SF-36’dır. Bu yüzden biz bu çalışmamızda SF-36 ölçeğini kullandık ve dolayısıyla diğer ölçeklerin ayrıntısına yer verilmemiştir.

2.4.1. Kısa Form 36 (SF-36)

Yaşam kalitesi ölçekleri genel olarak kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini değerlendirmektedir. Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçek SF-36'dır. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir, ancak psikiyatrik hastalığı olanlarda da kullanılabilen bir kendini değerlendirme ölçegidir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı algısı, genel sağlık algısı, vitalite (enerji düzeyi), sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt ölçekleridir. Her alt ölçek için ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (115)

2.4.1.1. SF-36'nın Alt Ölçekleri

Bu ölçeğin bir toplam puanı olmadığından, her alt ölçeği ayrıca değerlendirmek gerekmektedir. Böylece bir hastanın hangi kategoride iyi, hangisinde kötü olduğunu anlamak olasıdır. SF-36'nın alt ölçekleri ve ölçtükları nicelikler şunlardır:

1. Fiziksel işlevsellik, hastanın, yıkanma, giyinme dahil tüm fiziksel etkinliklerini yerine getirebilmesinde kısıtlılık olup olmadığını;
2. Fiziksel rol kısıtlılığı, fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar yaşayıp yaşamadığını;
3. Sosyal işlevsellik, fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olup olmadığını;
4. Ağrı algısı, aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı olup olmadığını;
5. Mental sağlık, sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları taşıyıp taşımadığını;
6. Emosyonel rol kısıtlılığı, emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar yaşayıp yaşamadığını;
7. Vitalite (enerji), sürekli yorgun ve bitkin hissetme olup olmadığını;
8. Genel Sağlık algısı, sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma duygusu taşıyıp taşımadığını ölçmektedir.

2.4.2. SF-36'nın Tarihsel Gelişimi

SF-36, Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilip kullanıma sunulduktan sonra, Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Projesi (International Quality of Life Assessment; IQOLA) adı altında uluslararası kullanımının yaygınlaşması amaçlı bir

çalışma başlatılmıştır. Bu proje kapsamında 15 dolayında ülkenin katılımıyla SF-36'nın uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır.

Ülkemizde bu süreç, Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Projesi'ne Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamıştır. SF-36'nın Türkçe için bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır. Ülkemizde SF-36 ile gerek Türkiye standardizasyonu çalışması gerekse çeşitli klinik çalışmalar sürdürülmektedir.

(116)

2.4.3. SF-36'nın Kullanım Alanları

SF-36'nın en belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilgili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmek üzere soru barındırmamasıdır. Bu çerçevede SF-36'nın en yaygın olarak kullanıldığı ve yarar sağladığı düşünülen alan romatizmal hastalıklardır (117).

SF-36'nın diğer kullanım alanları ise şunlardır: kalp nakli ameliyatlarından sonra hastaların izlenmesi, kanser hastalarında özellikle ilerlemiş olgularda, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda, hemodiyaliz hastalarında, migren hastalarında, kortikosteroid tedavisi alan astımlı hastalarda ve antihipertansiflerin etkinliğinin izlenmesinde özellikle önerilmektedir. (116)

Bunun yanında, kullanımının kısıtlı olduğu durumlar ise şunlardır; koroner kalp hastalıkları, diyabet, AIDS, erken dönem kanser hastalıkları, dispeptik hastalıklardır. (116)

SF-36 gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta grubunda kullanışlı ve yararlı olmasıyla bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden özellikle önerilmektedir. (116)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu araştırma projesi Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 06.06.2007 tarihinde onaylanmıştır. Çalışmanın proje numarası KA07/106 olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırma Bölgesi:

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Ankara Merkez Hastanesi bünyesinde bulunan kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi bünyesinde yer alan 2 ayrı merkezde Kardiyoloji Anabilim Dalı'na bağlı olarak çalışan kardiyoloji poliklinikleri işlev görmektedir. Bu merkezler Ankara Bahçelievler ve Emek'te bulunmaktadır. Haziran ve Temmuz 2007 verilerine göre çalışmamızın yapıldığı Ankara Merkez (Bahçelievler) Hastanesi kardiyoloji polikliniğine aylık başvuran hipertansif hasta sayısı 920'dir.

3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmaya 20.06.2007–29.09.2007 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, hipertansiyon tanısı ile tedavi alan hastalar alınmıştır.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Çalışma grubuna, en az bir ay süreyle hipertansiyon tanısı olup bu tanıya yönelik tedavi almakta olan, ölçeklerimiz aracılığıyla psikiyatrik bozukluk saptadığımız, halen antidepresif ya da anksiyolitik tedavi almayan, ek sistemik hastalığı olanlarda bu hastalıkları kontrol altında olan, diyet ve egzersiz programlarına yeterli uyum gösteren 18 yaş üstü kadın ve erkek hastalar alınmıştır.

Bu çalışma kapsamında, çalışmaya alınan tüm hastalara kendi içlerinde öncesi ve sonrası karşılaştırması yapıp diğer bir grup ile karşılaştırma yapılmadığından, ayrıca kontrol grubu oluşturulmamıştır.

3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Hastanın çalışmaya katılmak istememesi, verilen ilacı kullanmayı reddetmesi, gebe olması, klinik görüşme ve iletişimi engelleyecek derecede zihinsel ya da fiziksel işlev bozukluğunun bulunması, mevcut olan diğer sistemik hastalıklarının kontrol altına alınamamış olması, diyet-egzersiz ve ilaç programlarına yeterli uyum göstermemesi ve halen antidepresif ya da anksiyolitik tedavi alıyor olması durumlarında hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Bu alışma müdahale tipi bir epidemiyolojik araştırma olup, önce-sonra tipi bir müdahale uygulanmıştır. Bu yöntem kontrol grubu seçilmesinin uygun olmadığı müdahale araştırmalarında kullanılmaktadır. Araştırma evrenini oluşturan grubun mevcut durumu herhangi bir müdahale uygulamadan belirlenmiş, daha sonra planlanan müdahale uygulanmış ve belirli bir süre sonra da aynı grupta müdahalenin etkinliği değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırmanın rneklemi

Örnekleme büyüklüğünün belirlenmesinde, Dünya Sağlık rgt'nün yaptığı çalışmalarda belirlediği hipertansiyon prevalansı olan %25 kullanılmış olup (4), %95 güvenilirlik sınırlarında ve 0,05'lik sapma değerlerinde NCSS and PASS programı kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda minimum örnekleme sayısı 284 olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmaya Katılım Oranı

Araştırmaya katılım kriterlerimize uyan 307 hastaya çalışma hakkında bilgi verilip çalışmaya katılmaları önerilmiştir. Bu hastaların 293 (%95,4) tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmesine karşın 273 (%93,1) tanesi çalışmayı tamamlayabilmiştir. Çalışmayı tamamlayamayan 16 hastadan 5'i başka sağlık sorunlarının ortaya çıkması ve 11'i zaman kısıtlılığı nedeniyle kontrollere gelmemiştir. Kalan 4 hastanın biri tedaviye uyum göstermediğinden, i ise son bir ay içinde antihipertansif ilaç değişimi yapıldığından çalışma dışı bırakılmıştır.

3.7. Araştırmanın Veri Kaynakları

Çalışmaya katılmayı kabul eden hipertansiyon tedavisi almakta olan hastaların veri kaynağı olarak, oluşturulan veri formu kullanılmıştır. Bu formun birinci bölümünde 18 soru bulunmaktaydı ve hastaların sosyodemografik bilgilerini sorgulamaktaydı (bkz. Ek-I). İkinci bölümde 11 soru barındıran SF-36 bulunmakta ve bu bölümde hastaların yaşam kaliteleri sorgulanmaktaydı (bkz. Ek-II). Üçüncü bölümde hastaları psikiyatrik hastalıklar açısından sorgulayan ve 4 sorudan oluşan KISA bulunmaktaydı (bkz. Ek-III). Dördüncü bölümde hastaların anamnez, muayene bulguları ve ambulatuvar kan basıncı ölçümü değerlendirmelerinin de kaydedildiği genel tıbbi muayene formu mevcuttu (bkz. Ek-IV). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara çalışma hakkında bilgi veren yazılı bir metni de içeren gönüllü katılımcı bilgilendirme formu okumaları için verildi ve bir tanık eşliğinde bu form imzalatıldı. Bu formda hastanın adres ve telefon gibi posta bilgileri de yer almaktaydı (bkz. Ek-V).

3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

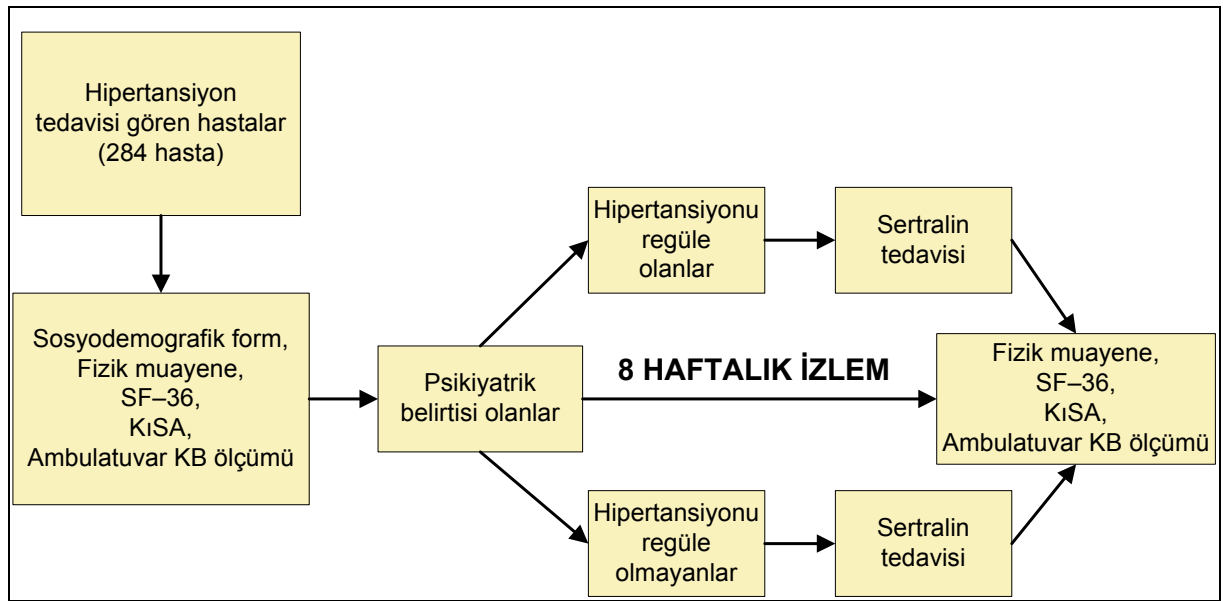
Çalışmamızda bağımsız değişken olarak; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tuz tüketimi, sigara-alkol kullanma durumu ve SSRI tedavisi alma durumu kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak; hipertansiyonun kontrol altında olma durumu, KISA'ya göre psikiyatrik hastalık bulunma durumu ve yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları kullanılmıştır.

3.9. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırmanın uygulama aşaması Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan bir öğretim görevlisi gözetiminde bir araştırma görevlisi doktor ve ambulatuvar kan basıncı ölçümü sırasında cihazı hastalara uygulayan ve bu ölçümün sonucunu bilgisayar çıktısı olarak alan bir hemşireden oluşan üç kişilik ekip tarafından yürütülmüştür. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi konusunda Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile işbirliği yapılmıştır. Hasta popülasyonunun toplanması ve kan basınçlarının değerlendirilmesi aşamasında Kardiyoloji Anabilim Dalı ile yine hastaların psikiyatrik incelemeleri, uygulanan psikometrik ölçümler ve tedavinin düzenlenmesi konularında Psikiyatri Anabilim Dalı ile işbirliği yapılmıştır.

Araştırmanın uygulama planı Şekil 1'de sunulmuştur. Örneklemle belirlenen hastalar, öncelikle psikiyatrik bozukluğu olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış,

daha sonra psikiyatrik bozukluğu olanlar hipertansiyonu regüle olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış ve bu son iki gruba da SSRI grubu bir ilaç (1x50 mg sertralin) tedavisi başlanmıştır. SSRI tedavisi verilmeyen grup, grup 1; SSRI tedavisi verilen grup, grup 2 olarak adlandırılmıştır. Sekiz hafta sonra çalışmamıza katılan tüm hastaların ambulatuvar kan basıncı ölçümleri, psikiyatrik ve yaşam kalitesi ölçümleri (KıSA ve SF-36 soru formları) tekrarlanmış ve sertralinin, psikiyatrik bozukluğu tedavi edip etmediğinin yanı sıra hipertansiyonun kontrolüne ve yaşam kalitesine olan etkisi araştırılmıştır. Çalışmaya katılan hiçbir hastanın almakta olduğu antihipertansif tedavide herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.



Şekil 1. Araştırma Planı

3.9.1. Fizik İnceleme

Çalışmaya katılan tüm hastalara genel tıbbi muayene yapılarak EK-4'te verilen "Genel Tıbbi Muayene Formu" doldurulmuştur. Bu aşamada iletişim sorunu yaşanan ya da fiziksel engel nedeniyle ambulatuvar kan basıncı ölçümü yapılamayacak olan hastalar saptanarak çalışma dışı bırakılmıştır. Daha önce incelenerek tanısı konmuş ve tedavi altında olmayan, herhangi ek sistemik hastalığı olanlar ise ilgili bölümlere yönlendirilmiştir.

3.9.2. Psikometrik ve Yaşam Kalitesi Ölçümleri

Fizik inceleme sonucunda, çalışmamıza alınmasında herhangi bir engel saptanmayan hastalara sırasıyla sosyodemografik özelliklerini, yaşam kalitelerini ve

psikiyatrik rahatsızlıkları olup olmadığını saptamak amacıyla EK-I (Sosyodemografik İnceleme Formu), EK-II (SF-36) ve EK-III'te (KıSA) verilen formlar doldurulmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından (115), KıSA'nın ülkemiz için uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise 2001'de Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112).

Sekiz haftalık izlem sonrasında kontrole geldiklerinde ise EK-II ve EK-III formları tekrarlanmıştır. Uygulanan KıSA'nın değerlendirilmesi sonrasında anksiyete ya da duygu durum bozukluğu saptadığımız bütün hastalara SSRI grubu bir ilaç (1x50 mg sertralin) başlanmıştır. Somatizasyon bozukluğu düşünülen hastalar ise, yakınmalarının fiziksel bir hastalığa bağlı olmadığını kesin belirlenmesi amacıyla, ileri araştırma yapılmak üzere ilgili bölümlere de yönlendirilmiştir.

Sertralin tedavisi başladığımız hastalara, ilacın etki ve olası yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca bu hastalara ilacı ilk bir hafta boyunca sabah tok karna yarım tablet, bir haftadan sonra yine sabah tok karna bir tablet almaları önerilmiştir. Gün içinde uyku hali, sersemlik, ağız kuruluğu ya da bulantı gibi yan etkiler görülmesi halinde akşam tok karna alabilecekleri anlatılmış ve bizimle temasa geçmeleri önerilmiştir.

SF-36 formunda, alt ölçekler olan fiziksel işlevsellik (FF), fiziksel rol güçlüğü (FR), ağrı algısı (AA), genel sağlık algısı (GS), vitalite (V), sosyal işlevsellik (SF), emosyonel rol güçlüğü (ER) ve mental sağlık düzeyi (MS) ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların birinci ve ikinci ölçümlerinden elde edilen alt ölçeklerin puanları dikkate alınarak [2.ölçümden elde edilen puan-1.ölçümden elde edilen puan] şeklinde formülize edilip negatif ya da pozitif değişimleri hesaplanmıştır. Bu hesaplamalarda negatif değerler birinci ölçüme göre daha kötü, pozitif değerler ise daha iyi bir sonuç elde edildiğini belirtmektedir.

3.9.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

En son olarak bütün hastalara, sol kola bir manşon ile bağlanan Tracker NIBP 2 (Reynolds Medical Ltd. Hertford, England, UK) marka cihaz ile 24 saatlik kan basıncı ölçümleri uygulanmıştır. Her ne kadar JNC bildirilerinde ambulatuvar kan basıncı ölçümünden söz edilmiyor olsa da, bu çalışmada, olası kişisel yanlış ölçümleri en aza indirmek ve hastaların almakta oldukları antihipertansif tedavileri daha ayrıntılı değerlendirebilmek amacıyla ambulatuvar kan basıncı ölçümü yöntemi kullanılmıştır (32). Bu yöntemde, gündüz ölçülen kan basıncı değerlerinin %25'inden fazlasının 140/90 mmHg'nın üzerinde olması ve/veya gece ölçülen kan basıncı değerlerinin %25'inden

fazlasının 130/80 mmHg'nin üzerinde olması durumunda kontrolsüz hipertansiyondan söz edilmektedir (118).

3.10. İstatistiksel İncelemeler

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 11.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) istatistik programına aktarılarak veri kontrolü ve analizler bu programda yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları ortalama \pm standart hata olarak gösterilmiş, hipoteze yönelik analizlerinde iki grup karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi), bağımlı gruplarda iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (paired t-testi) yapılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin tanımlayıcı bulguları frekans dağılımı ve yüzdeler olarak gösterilmiş, hipoteze yönelik analizlerde bağımsız gruplarda Pearson Ki-kare testi, bağımlı gruplarda ise bağımlı gruplarda ki kare testi (McNemar) yapılmıştır. $P < 0,05$ düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın aşamalarına göre geçen süreler ve çalışma takvimimiz tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 11: Çalışma takvimi, Mayıs 2007 – Ocak 2008.

	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	OCAK
PLANLAMA AŞAMASI									
Literatür Tarama									
Araştırma Önerisinin Hazırlanması									
Araştırma Projesinin Verilmesi									
UYGULAMA AŞAMASI									
Verilerin Toplanması									
Verilerin Bilgisayara Aktarılması									
ANALİZ AŞAMASI									
Verilerin Analizi (Tablo ve Grafiklerin Oluşturulması)									
Verilerin Yorumu									
RAPOR AŞAMASI									
Tez raporunun hazırlanması									
Tez raporunun sunulması									

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Analizler

Çalışmamıza 273 hasta katılmış olup hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri tablo12’de gösterilmiştir. Çalışmaya kabul edilen hastalar için 18 yaş ve üzeri tanımlaması yapılmasına karşın tüm hastalarımız 38-86 yaş aralığında toplanmaktaydı ve yaş ortalaması $60,43 \pm 0,62$ olarak bulundu (ortanca:61). Grubunun kadın:erkek oranı 1:0,85 olup cinsiyetler arasındaki dağılımın homojen olduğu kabul edildi. Grup, medeni halleri açısından incelendiğinde, çalışmaya katılan hastalar arasında bekar hastalar olmayıp, %72,9’u (n=199) evliydi. Grubun eğitim düzeyleri incelendiğinde hastaların %68,9 oranında (n=188) ortaöğretim ve üzerinde eğitim aldıkları ve bunun %32,5’inin (n=61) de bir üniversiteden mezun oldukları görüldü (Tablo 12).

Tablo 12: Hastaların tanımlayıcı özellikleri, 2008.

Özellik	Sayı	%
Yaş		
34–49	49	17,9
50–65	153	56,0
65 üzeri	71	26,1
Cinsiyet		
Kadın	147	53,8
Erkek	126	46,2
Medeni hal		
Evli	199	72,9
Dul	74	27,1
Eğitim		
İlköğretim ve altı	85	31,1
Ortaöğretim ve üzeri	188	68,9
Meslek		
İşçi	21	7,7
Memur	92	33,7
Serbest çalışan	41	15,0
Ev hanımı	119	43,6
Toplam katılımcı	273	100

Çalışmaya katılan kadınların %81’i (n=119) ev hanımıydı ve herhangi bir işte çalışmıyordu. Erkeklerin ise %54,8’i (n=69) geçimini memur olarak sağlıyordu. Hastaların % 39,6’sı (n=108) emekliydi ve bunlar arasından %7,7’si (n=21) halen aktif olarak çalışmaya devam etmekteydi. Bunun yanı sıra grubun %46,2’si (n=126) herhangi bir işte çalışmamaktaydı.

Çalışmaya katılabilmek için en az 1 ay süredir hipertansiyon tanısı almış ve tedavi kullanıyor olması koşulu aranmıştır. Hastaların hipertansiyon tanısını almış oldukları zaman ve kullandıkları ilaç kombinasyonları tablo 13'te görülmektedir.

Tablo 13: Hastaların hipertansiyon tanısı aldıkları zaman dilimi ve kullandıkları ilaç kombinasyonları, 2008.

	SAYI	%
HT süresi		
1-12 ay	41	15,0
1-10 yıl	138	50,5
10 yıldan fazla	94	34,5
İlaç kombinasyonları *		
Tek ilaç	206	75,5
İki ilaç	49	17,9
Üç ilaç	18	6,6
Üçten fazla ilaç	0	0
Toplam katılımcı	273	100

* kombine preparatların içerikleri dikkate alınarak ilaç miktarı belirlenmiştir.

Hastalar arasında, en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla; ACE inhibitörleri (%35,5), ARB (%23,4), diüretikler (%10,6) ve KKB'lerdir (%5,1). En sık kullanılan kombinasyonlar ise; diüretik+ACE inhibitörleri (%7,0), ve diüretik+ARB (%4,8). Bunun dışında toplam %12,5 oranında diğer ilaç kombinasyonları (adrenerjik inhibitörler, diüretikler, KKB, ACE inhibitörleri, ARB ve direkt vazodilatatörler) kullanmaktaydılar.

Hasta grubunun tamamına ilgili kliniklerde tuzsuz diyet önerilmiş olmakla birlikte tuz kullanma alışkanlıklarına bakıldığında, %15,4'ü (n=42) normal tuzlu, %76,9'u (n=210) az tuzlu ve %7,7'si (n=21) ise tuzsuz bir diyet uygulamaktaydılar. Bununla birlikte çalışmaya katılan erkeklerde normal tuzlu tüketim anlamlı olarak daha fazlaydı (P<0,05).

Çalışmaya katılan hastaların %43,2'si (n=118) hiç egzersiz yapmıyor, %26'sı (n=71) düzensiz aralıklarla egzersiz yapıyor ve %30,9'u (n=84) düzenli aralıklarla egzersiz yapıyordu. Düzenli aralıklarla egzersiz yapanların %3,7'si (n=10) her gün, %5,9'u (n=16) haftada 4-6 gün, %8,8'i (n=24) haftada 2-3 gün ve %12,5'i (n=34) haftada bir gün egzersiz yapıyordu. Hastaların uyguladıkları egzersiz türleri tablo 14'te özetlenmiştir.

Tablo 14: Hastaların uyguladıkları egzersiz türleri, 2008.

Egzersiz türü	Sayı	%
Hafif yürüyüş	57	20,9
Tempolu yürüyüş	47	17,2
Koşu	34	12,5
Pasif hareketler	17	6,2
Toplam	155	56,8

Hastalarımıza sorduğumuz sorular ve yaptığımız genel muayene doğrultusunda hipertansiyona eşlik eden hastalıklarının olup olmadığı sorgulandı. Buna göre hipertansiyon yanısıra en sık görülen ek hastalıklar tablo 15’te verilmiştir. Hastalarımızın %17,6’sında (n=48) eşlik eden bir ek hastalık yoktu. Ayrıca, hastaların %10,6’sında (n=29) sadece dispeptik şikayetler, %7,0’sinde (n=19) sadece hiperlipidemi, %6,2’sinde (n=17) sadece koroner arter hastalığı, %2,6’sında (n=7) sadece diyabetes mellitus, %1,5’unda (n=4) sadece tiroid hastalığı ve %1,5’unda da (n=4) sadece serebrovasküler hastalık vardı. Buna göre hastaların toplam %47’sinde (n=99) hipertansiyona eşlik eden tek bir hastalık bulunmaktaydı. Hastaların %46,2’sinde ise (n=126) birden fazla komorbid durum görülmekteydi (Tablo 15).

Tablo 15: Hipertansiyona eşlik eden ve birden fazla olan hastalık kombinasyonları, 2008.

Hastalık adı	Sayı	%
HL+KAH	23	8,4
HL+DH	22	8,1
HL+TH+DH	22	8,1
HL+ TH	15	5,5
TH+DH	10	3,7
KKY+RP	4	1,5
HL+RP+KOA	4	1,5
DM+HL+KAH+MI	4	1,5
TH+KAH	3	1,1
HL+TH+KAH	3	1,1
HL+SVH	2	0,7
HL+TH+SVH	2	0,7
DM+KAH+MI+KOA+Malignite	2	0,7

HL, Hiperlipidemi; KAH, Koroner Arter Hastalığı; DH, Dispeptik Hastalık; TH, Tiroid Hastalığı; KKY, Konjestif Kalp Yetmezliği; RP, Retinopati; KOA, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; DM, Diyabetes Mellitus; MI, Miyokard infarktüsü; SVH, Serebrovasküler Hastalık.

4.2. Hipoteze Yönelik Analizler

4.2.1. Grup İçi Analizler

Çalışmaya katılan hastaları çalışma ve kontrol gruplarına ayırmadan önce tüm katılımcılara 24 saat süreyle ambulatuvar KB ölçümleri uygulanmış ve değerleri kaydedilmiştir. Buna göre, hastaların tamamı antihipertansif kullanmasına ve bu bakımdan izlem altında olmasına karşın, grubun %26’sında (n=71) sistolik ve diyastolik kan basınçlarının kontrol altında olmadığı ve evre I ya da evre II hipertansiyon tanımına uygun olduğu görülmüştür. Hastaların saptanan ambulatuvar KB değerleri ortalamalarının

çalışma öncesi ve sonrası dağılımları tablo 16’da gösterilmiştir. Ayrıca KB kontrol altında olmayan hastaların (n=71) %91,6’sında (n=65) herhangi bir ek hastalık da bulunmaktaydı (P<0,0001).

Tablo 16: Çalışmaya katılan hastaların ilk ve ikinci değerlendirmelerindeki ambulatuvar KB değerlerinin dağılımı, 2008.

	AKB	Normal	Pre-HT	Evre 1 HT	Evre 2 HT
	Ortalama değerleri	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
İlk Değerlendirme	SKB Gündüz	62,3 (170)	22,7 (62)	11,0 (30)	4,0 (11)
	DKB Gündüz	81,3 (222)	14,7 (40)	4,0 (11)	0 (0)
	SKB Gece	56,4 (154)	33,4 (91)	5,9 (16)	4,3 (12)
	DKB Gece	91,7 (250)	6,7 (19)	1,6 (4)	0 (0)
İkinci Değerlendirme	SKB Gündüz	64,5 (176)	27,5 (75)	5,9 (16)	2,1 (6)
	DKB Gündüz	83,2 (227)	16,8 (46)	0 (0)	0 (0)
	SKB Gece	66,3 (181)	27,8 (76)	5,9 (16)	0 (0)
	DKB Gece	90,1 (246)	9,2 (25)	0,7 (2)	0 (0)

*AKB, Ambulatuvar kan basıncı; SKB, Sistolik Kan Basıncı; DKB, Diyastolik Kan Basıncı; HT, Hipertansiyon.

Çalışmaya katılan tüm gruba, KB değerlerinin kontrol altında olmasından bağımsız olarak KISA uygulanmıştır. Buna göre hastaların %46,2’si (n=126) normal sınırlarda olarak değerlendirilirken, %53,8’inde (n=147) KISA’ya göre konan bir psikiyatrik tanı bulunmaktaydı. Depresif bozuklukların tek başına görülme sıklığı %33 (n=90) ve herhangi diğer psikiyatrik bozukluk ile birlikte görülme sıklığı da %9,9 (n=27) olarak belirlenmiştir. KISA değerlendirmesinden elde edilen psikiyatrik tanıların dağılımları tablo 17’de verilmektedir. Psikiyatrik tanı alan hastaların %51,7’si (n=76) kadın, %48,3’ü (n=71) erkekti.

Antihipertansif tedavi almalarına karşın kan basınçları kontrol altında olmayan 71 hastanın %74,6’sında (n=53) psikiyatrik komorbidite saptanmıştır. Buna karşılık KB kontrol altında olan hastaların %46,5’inde (n=94) psikiyatrik komorbidite bulunmaktaydı. Buna göre KB kontrol altında olmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha

fazla psikiyatrik komorbidite bulunduğu saptanmıştır ($P<0,0001$). Herhangi bir ek hastalığı bulunan ve KB kontrol altında olan hastaların %40,3'ünde ($n=64$) psikiyatrik bir komorbidite saptanırken, KB kontrol altında olmayan ve herhangi bir ek hastalığı bulunan hastaların %73,8'inde ($n=48$) psikiyatrik komorbidite bulunmaktaydı ($P<0,0001$).

Tablo 17: Çalışmaya katılan hastaların KıSA soru formu ile ilk değerlendirmede aldıkları psikiyatrik tanılar, 2008.

Psikiyatrik hastalıklar	Sayı	%
Normal	126	46,2
Somatoform bozukluk	7	2,5
Majör depresyon	29	10,7
Minör depresyon	61	22,3
Anksiyete bozukluğu	12	4,4
Somatoform bozukluk + Majör depresyon	4	1,4
Somatoform bozukluk + Anksiyete bozukluğu	11	4,0
Majör depresyon + Anksiyete bozukluğu	13	4,8
Minör depresyon + Anksiyete bozukluğu	10	3,7
Toplam	273	100

Elde edilen bu verilere göre psikiyatrik komorbiditesi olmayan hastalar ($n=126$) grup 1 olarak kabul edildiler ve herhangi müdahalede bulunulmadan yalnızca izlendiler. Herhangi psikiyatrik tanı almış olan hastalara ($n=147$) 1x50mg/gün SSRI (Sertralin) başlanarak müdahale grubu oluşturuldu ve grup 2 denilerek sekiz hafta ilaç eşliğinde izlendi. Çalışma için oluşan iki grubun yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu, eğitim düzeyleri ve hipertansiyon tanısını ilk aldıklarından beri geçen süreler açısından değerlendirdiğimizde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülüyordu ($P>0,05$). Bu nedenle grup 1 ve grup 2 bu özellikler bakımından homojen olarak değerlendirildi (Tablo 18).

Çalışma başında, psikiyatrik komorbidite saptamadığımız hastaların %14,3'ünde ($n=18$), psikiyatrik komorbidite saptadığımız hastaların %36,1'inde ($n=53$) kontrolsüz hipertansiyon saptandı. İzlem sonrasında yapılan ikinci değerlendirmede bu oranların sırasıyla %14,3 ($n=18$) ve %10,9 ($n=16$) olduğu saptandı. Buna göre psikiyatrik komorbiditesi olmayanların birinci ve ikinci değerlendirmelerinde fark bulunmazken ($p>0,05$) psikiyatrik komorbiditesi bulunan hastalarda SSRI tedavisi ile istatistiksel olarak anlamlı bir KB kontrolü sağlandığı saptandı ($p<0,05$). SSRI tedavisi verilen grupta tedavi öncesi kontrolsüz hipertansiyonu olan 53 hastanın %81,1'i ($n=43$) tedavi sonrası

normotansif olmuştur ($p<0,0001$). Tedavi verilmeyen grupta ilk değerlendirmede 18 olgu kontrolsüz hipertansiyona sahipken bunların %61,1'inin ($n=11$) ikinci değerlendirmede normotansif olduğu görüldü ($p>0,05$). Bu analiz, bağımlı gruplarda ki-kare (Mc Nemar) testiyle yapılmıştır.

Tablo 18: Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri, 2008.

Özellik		Grup 1 % (n)	Grup 2 % (n)	P
Cinsiyet	Kadın	%48,3 (71)	%51,7 (76)	0,467*
	Erkek	%43,7 (55)	%56,3 (71)	
Yaş	(ort.±SEM)	59,7±0,78	61,05±0,93	0,275**
Medeni hal	Evli	%48,7	%51,3	0,174*
	Dul	%39,2	%60,8	
Çalışma	Çalışan	%45,0 (27)	%55,0 (32)	0,954*
	Çalışmayan	%45,2 (57)	%54,8 (69)	
	Emekli	%47,1 (42)	%52,9 (46)	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve öncesi	%48,2 (41)	%51,8 (44)	0,602*
	Ortaöğretim ve sonrası	%44,7 (85)	%55,3 (103)	
HT Süresi	1–12 ay	%38,1 (17)	%61,9 (24)	0,342*
	1–10 yıl	%44,5 (61)	%55,5 (77)	
	>10 yıl	%51,1 (48)	%48,9 (46)	

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; SEM, ortalamanın standart hatası.

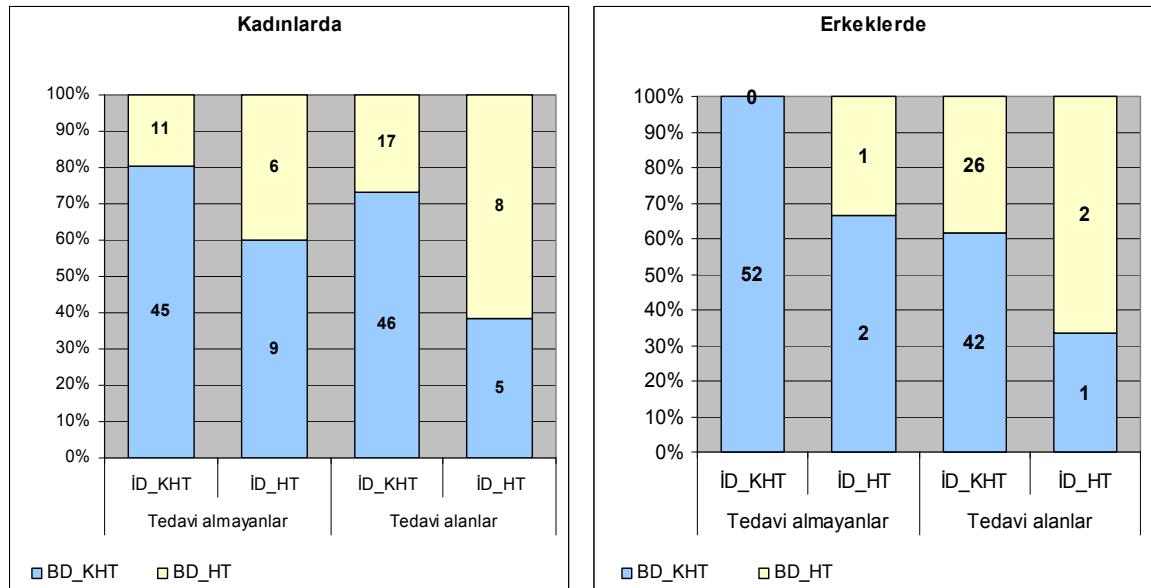
* ki-kare testi

** t-testi

Çalışmaya katılan toplam 147 kadın arasından birinci değerlendirme sırasında ortaya çıkan toplam 42 (%28,6) kontrolsüz hipertansiyon olgusunun %40,5'i ($n=17$) SSRI tedavisi almayan grupta, %59,5'i ($n=25$) ise SSRI tedavisi verilen grupta bulunmaktaydı. İkinci değerlendirmede SSRI tedavisi altında olmayan grupta KB kontrol altında olan hastalara birinci değerlendirmede hipertansif olarak bulunan 11 yeni hasta eklenirken, yine SSRI almayan grupta daha önce normotansif olan 9 hasta da hipertansif gruba eklenmiştir. Kan basıncı kontrol altında olan hasta sayısı SSRI kullanmayan grupta bu şekilde ikinci değerlendirmede toplamda 2 hasta artmıştır ($P>0,05$, McNemar Testi). Buna karşılık yine kadın hastalar arasında SSRI tedavisi altına alınan grupta toplamda KB

kontrol altında olan grubun sayısı ikinci değerlendirmede 12 hasta artış göstermiştir (P<0,05, McNemar Testi) (Şekil 2).

Çalışmaya katılan erkek hastalar arasında (N=126) birinci değerlendirmede toplam 29 hastanın (%23,02) kan basıncının hipertansiyon tedavisine karşın kontrol altında olmadığı saptanmıştır. Bu hastaların %3,5'i (n=1) SSRI tedavisi almayan grupta, %96,5'i (n=28) de SSRI tedavisi alan grupta bulunuyordu. Yapılan ikinci değerlendirmede SSRI tedavisi almayan grupta KB kontrol altında olan hastalara hiçbir yeni hasta eklenmezken, birinci değerlendirmede kan basıncının kontrol altında olduğu görülen 2 hasta ikinci değerlendirmede hipertansif olarak izlenmiştir. SSRI tedavisi alan grupta ise birinci değerlendirmede KB kontrol altında olmayan toplam 28 hastanın 26'sının (%92,9) KB ortalamaları ikinci değerlendirmede normal sınırlarda bulunmuştur. Buna karşılık sadece 1 hasta birinci değerlendirmede KB kontrol altında iken ikinci değerlendirmede hipertansif olarak bulunmuştur. Totalde, SSRI tedavisi alan erkek hastalardan ikinci değerlendirmede 25 hastanın KB kontrol altına alınabilmiştir (P<0,0001, McNemar Testi) (Şekil 2).



Şekil 2: SSRI tedavisi alan ve almayan gruplarda cinsiyete göre KB izlemi ortalama değerlerinin birinci ve ikinci değerlendirmelerde dağılımları, 2008.

Not: Sütunların içerisindeki rakamlar ilgili hasta sayısını göstermektedir.

(BD_KHT, birinci değerlendirmede KB kontrol altına alınabilmiş hipertansif hastalar; BD_HT, birinci değerlendirmede KB kontrolsüz hipertansif hastalar; ID_KHT, ikinci değerlendirmede KB kontrol altına alınabilmiş hipertansif hastalar; ID_HT, ikinci değerlendirmede KB kontrolsüz hipertansif hastalar)

Kan basıncı değerleri antihipertansif tedaviye karşın kontrol altına alınamayan %26 (n=71) hastanın %91,5'inde (n=65) herhangi bir ek hastalık bulunurken, herhangi bir ek hastalığı olan hastalardan (n=224) %29'unun (n=65) tansiyonu kontrol altına

alınmamaktadır. Oysa ek hastalığı olmayan hasta grubunda kan basıncı kontrol altına alınamayan hastaların oranı yalnızca %12,2 (n=6) olarak bulundu. Buna göre ek hastalığın bulunması halinde kan basıncının kontrol altına alınamaması olasılığı yaklaşık 2-2,5 kat artmaktadır. ($p<0,05$)

Çalışmaya katılanların tamamına çalışma başında ve sekiz haftalık izlem sonrasındaki yaşam kalitesi parametrelerini değerlendirmek üzere SF-36 soru formu uygulanmıştır. Burada toplam yaşam kalitesindeki değişimden çok yaşam kalitesinin hangi alanlarda farklılaştığını belirlemek hedeflendiği için SF-36 soru formunun 8 alt ölçeğinin her biri ayrı ayrı ele alınarak tedavinin bu alanlarda yaptığı etki saptanmaya çalışılmıştır. Bu anlamda tüm hastalar fiziksel işlevsellik (fiziksel fonksiyon, FF), fiziksel rol güçlüğü (FR), bedensel ağrı algısı (AA), genel sağlık algısı (GS), vitalite düzeyi (V), sosyal işlevsellik (sosyal fonksiyon, SF), emosyonel rol güçlüğü (ER) ve mental sağlık düzeyi (MS) bakımından aldıkları puanlar ve bu puanlar arası farklar karşılaştırılmıştır. Tüm alt ölçeklerde alınan puanın artışı o alt ölçekteki yaşam kalitesinin artışı göstermektedir. Tablo 19, SSRI verilmeden izlenen grup (grup 1) ve SSRI tedavisi verilen gruplarda (grup 2) SF-36 alt ölçeklerinde çalışma başında ve sonunda alınan puanları ve aralarındaki ilişkileri göstermektedir. Buna göre, grup 1'in GS, V ve SF alt ölçekleri dışındaki diğer tüm alt ölçeklerde ilk ve ikinci değerlendirmelerdeki puanların ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir artış olduğu saptandı. Grup 2'de ise, tüm SF-36 alt ölçeklerinde ilk ve ikinci değerlendirmeler arasındaki puan ortalamalarında anlamlı bir artış bulunduğu saptanmıştır ($P<0,0001$).

Tablo 19: Çalışmaya katılan hastaların çalışma başında ve sonunda SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve farklılıkları,2008.

	Grup 1 (n=126)	Grup 2 (n=147)
	Ort. Puan ±SEM	Ort. Puan ±SEM
FF BD	70,44±1,61	73,06±2,40
FF İD	80,83±1,44	78,57±1,89
p	<0,0001	<0,0001
FR BD	72,82±1,91	65,99±3,40
FR İD	79,96±1,87	82,14±1,81
p	<0,0001	<0,0001
AA BD	66,08±1,95	46,97±1,80
AA İD	74,84±1,61	60,82±1,67
p	<0,0001	<0,0001
GS BD	57,72±1,61	46,50±2,81
GS İD	58,48±1,84	51,98±2,74
p	0,325	<0,0001
V BD	78,85±1,44	53,86±2,95
V İD	77,14±1,78	61,41±2,76
p	0,151	<0,0001
SF BD	87,33±0,91	71,61±2,30
SF İD	85,63±1,63	78,65±1,73
p	0,141	<0,0001
ER BD	80,85±1,55	57,91±3,54
ER İD	77,33±1,43	80,86±2,90
p	<0,05	<0,0001
MS BD	80,35±1,68	49,55±2,57
MS İD	88,63±1,11	69,71±2,22
p	<0,0001	<0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; SEM, ortalamanın standart hatası; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol gücü; AA, ağrı algısı; GS, Gruplar Arası Analizler; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol gücü; MS, Mental sağlık algısı.

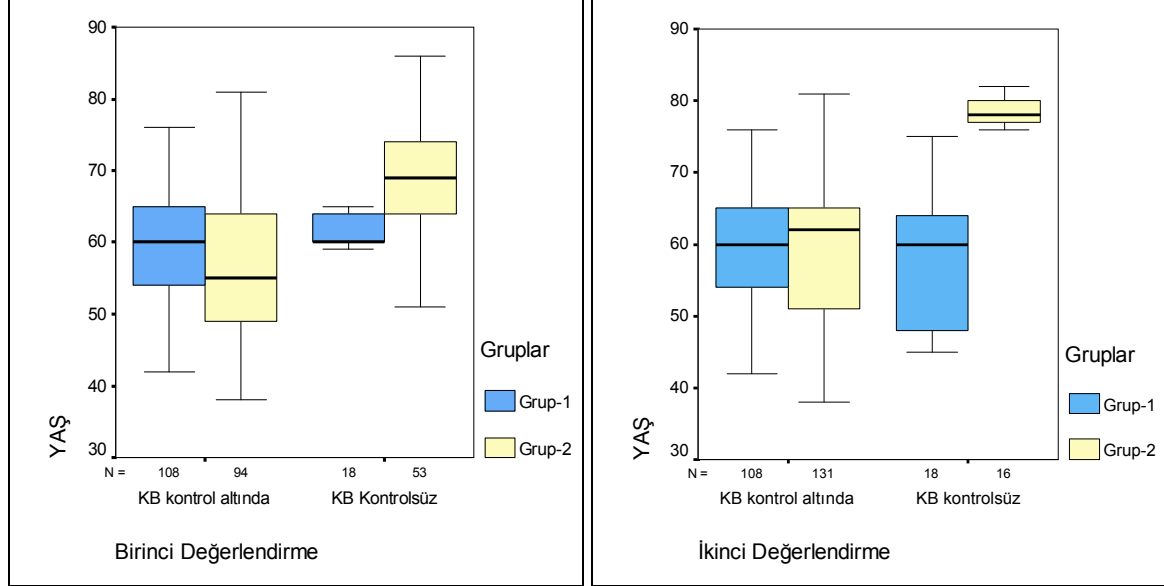
p= paired t-testi

4.2.2. Gruplar Arası Analizler

Yaşa göre SF-36 skorları incelendiğinde; SSRI tedavisi verilmeyen grupta AA'nın birinci değerlendirmesi ile GS'nin birinci ve ikinci değerlendirmesi dışında kalan diğer SF-36 soru formu alt ölçekleri ile yine SSRI tedavisi alan grubun tüm SF-36 alt ölçeklerinin birinci ve ikinci değerlendirmelerinde yaş ile bağlantılı anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Burada tedavi verilsin ya da verilmesin genel anlamda yaş arttıkça tüm SF-36 skorlarının azaldığı ve yaş ile SF-36 skorları arasında negatif bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır (P<0,0001).

SSRI tedavisi almayan grubun (grup 1) birinci değerlendirme sırasındaki KB ortalama değerlerine bakıldığında, KB kontrol altında olan grup ile olmayan grup yaş ortalamaları arasında (sırasıyla; 59,44±0,88, 61,22±1,22) istatistiksel açıdan anlamlı bir

ilişki bulunmazken ($P>0,05$, t-test), SSRI tedavisi alan grup 2'deki hastaların KB ortalama değerlerine baktığımızda KB kontrol altında olanlara göre, olmayan hastaların yaş ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu (sırasıyla; $56,67\pm 1,09$, $68,91\pm 1,05$) saptanmıştır ($P<0,0001$, t-test).



Şekil 3: SSRI tedavisi alan ve almayan gruplarda yaşa göre KB kontrolünün birinci ve ikinci değerlendirmelerde dağılımları, 2008.

Aynı şekilde ikinci değerlendirmede de grup 1'deki hastaların kan basınçlarının kontrolü ile yaş ortalamaları ($59,73\pm 0,82$, $59,17\pm 2,4$) arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmazken ($P>0,05$), grup 2'de KB kontrolsüz olan hastaların yaş ortalamaları ($59,02\pm 0,88$, $77,88\pm 1,07$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($P<0,0001$) (Şekil 3).

Çalışma grupları cinsiyet açısından kontrol altına alınarak kadın ve erkeklerde grup 1 ve grup 2 arasında SF-36 alt ölçeklerinin durumu incelendiğinde elde edilen bulgular tablo 20'de özetlenmiştir. Buna göre;

Kadınlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FF'de grup 1 ve 2 yakın puanlar alırken 2. değerlendirmede her iki grubun da aldıkları puanlar yükselmesine karşın gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark oluşmamıştır. Ayrıca, kadınlarda SF-36'nın yine ilk değerlendirmesinde FR, GS, SF ve ER alt ölçeklerinde grup 2 istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük puan alırken 2. değerlendirmede puanların olumlu olarak grup 2'de de yükseldiği böylece aradaki istatistiksel farkın ortadan kalktığı görülmektedir.

Tablo 20: Hastaların cinsiyet durumu kontrol altına alınarak yapılan SF-36 değerlendirmesinin bulguları, 2008.

	Kadın			Erkek		
	Grup 1 (n=71)	Grup 2 (n=76)	P	Grup 1 (n=55)	Grup 2 (n=71)	P
FF BD	66,83±2,25	69,93±3,64	0,477	76,09±2,15	75,41±3,04	0,739
FF İD	75,42±1,97	74,67±2,94	0,834	87,82±1,69	82,75±2,25	0,088
FR BD	72,54±2,41	60,53±5,28	<0,05	73,18±3,10	71,83±4,13	0,804
FR İD	75,35±2,38	79,93±2,73	0,211	85,91±2,81	84,51±2,32	0,699
AA BD	55,15±1,64	44,80±2,23	<0,05	80,18±3,01	49,28±2,86	<0,05
AA İD	66,90±1,55	57,34±2,42	<0,05	85,09±2,48	64,54±2,21	<0,05
GS BD	56,06±1,76	45,43±3,72	<0,05	59,87±2,90	47,63±4,27	<0,05
GS İD	54,96±2,09	48,36±3,81	0,138	63,04±3,15	55,86±3,92	0,174
V BD	74,93±1,83	54,99±4,04	<0,05	83,81±2,14	52,66±4,35	<0,05
V İD	71,97±2,13	62,07±3,82	<0,05	83,92±2,77	60,70±4,01	<0,05
SF BD	81,83±0,91	75,34±2,83	<0,05	94,44±1,17	67,62±3,64	<0,05
SF İD	80,70±2,26	78,49±2,57	0,521	91,98±2,06	78,82±2,29	<0,05
ER BD	74,63±1,89	54,71±5,28	<0,05	88,87±2,17	61,34±4,67	<0,05
ER İD	73,66±1,70	72,68±4,58	0,846	82,07±2,31	89,61±3,19	0,072
MS BD	76,85±2,17	49,16±3,39	<0,05	84,87±2,52	49,97±3,92	<0,05
MS İD	84,96±1,56	69,63±2,92	<0,05	93,38±1,31	69,80±3,40	<0,05

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.
P= *t-testi*

Kadınlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde AA, V ve MS alt ölçeklerinde grup 2 istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük puanlar alırken 2. değerlendirmede tanımlanan bu alt ölçeklerde 2. grubun puanlarında belirgin bir artış olmasına karşın 1. grubun puan düzeylerine ulaşamamış ve aradaki puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlılığını korumuştur.

Erkeklerde SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FF ve FR alt ölçeklerinde grup 1 ve grup 2 istatistiksel olarak anlamlı olmayan yakın puanlar alırken 2. değerlendirmede her iki grubun da aldıkları puanlar yükselmesine karşın aralarında istatistiksel anlamlı fark gelişmemiştir. Erkeklerde SF-36'nın ilk değerlendirmesinde AA, V, SF ve MS alt ölçeklerinde grup 2'de istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük puan alınırken 2. değerlendirmede bu alt ölçeklerde alınan puanların ortalaması anlamlı olarak yükselmesine karşın ortalamalar grup 1'in değerlerine yaklaşmış ama yakalayamamıştır ve gruplar arasındaki istatistiksel anlamlı fark devam etmektedir. Yine erkeklerde SF-36'nın ilk değerlendirmesinde GS ve ER alt ölçeklerinde 2. grubun puan ortalamaları

anlamli olarak grup 1'den düşükken 2. değerlendirmede tanımlanan her iki alt ölçekte de 2. grubun elde ettiği puan ortalamaları 1. grubun puanlarını yakalayacak düzeyde yükselmiş ve gruplar arası istatistiksel anlamli fark ortadan kalkmıştır.

Tablo 21: Cinsiyet özelliği kontrol altına alınarak çalışmaya katılan hastalardaki SF-36'nın alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları ve aralarındaki farklılıklar, 2008.

	Grup 1		Grup 2	
	Kadın (n=71)	Erkek (n=55)	Kadın (n=76)	Erkek (n=71)
FF BD	66,83±2,25	76,09±2,15	69,93±3,64	75,41±3,04
FF İD	75,42±1,97	87,82±1,69	74,67±2,94	82,75±2,25
p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
FR BD	72,54±2,41	73,18±3,10	60,53±5,28	71,83±4,13
FR İD	75,35±2,38	85,91±2,81	79,93±2,73	84,51±2,32
p	0,208	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
AA BD	55,15±1,64	80,18±3,01	44,80±2,23	49,28±2,86
AA İD	66,90±1,55	85,09±2,48	57,34±2,42	64,54±2,21
p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
GS BD	56,06±1,76	59,87±2,90	45,43±3,72	47,63±4,27
GS İD	54,96±2,09	63,04±3,15	48,36±3,81	55,86±3,92
p	0,248	0,012	0,003	< 0,0001
V BD	74,93±1,83	83,91±2,14	54,99±4,04	52,66±4,35
V İD	71,97±2,13	83,82±2,77	62,07±3,82	60,70±4,01
p	0,062	0,960	< 0,0001	< 0,0001
SF BD	81,83±0,91	94,44±1,17	75,34±2,83	67,62±3,64
SF İD	80,70±2,26	91,98±2,06	78,49±2,57	78,82±2,29
p	0,518	0,086	0,102	< 0,0001
ER BD	74,63±1,89	88,87±2,17	54,71±5,28	61,34±4,67
ER İD	73,66±1,70	82,07±2,31	72,68±4,58	89,61±3,19
p	0,474	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
MS BD	76,85±2,17	84,87±2,52	49,16±3,39	49,97±3,92
MS İD	84,96±1,56	93,38±1,31	69,63±2,92	69,80±3,40
p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

P= *paired t-testi*

Yine cinsiyet özelliği kontrol altına alınarak grup 1 ve grup 2'deki hastaların SF-36'nın alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları arasındaki farklar tablo 21'de gösterilmektedir.

Grup 1'deki kadınların SF-36 formunun FF, AA ve MS alt ölçeklerinde ikinci değerlendirmede istatistiksel olarak anlamli puan artışlarının dışında diğer SF-36 alt

ölçeklerindeki puan ortalamalarının değişimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Grup 1'deki erkeklerde ise SF-36 formunun V ve SF alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Grup 2'de, kadınlarda SF alt ölçeğinin puan ortalamasının değişimi dışında ($p>0,05$), her iki cinsiyette de tüm alt ölçeklerde puan ortalamalarının değişimleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Gruplara dağıtılan hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumu kontrol altına alınarak yapılan SF-36 değerlendirmesinin bulguları tablo 22'de gösterilmektedir.

Tablo 22: Hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumu kontrol altına alınarak yapılan SF-36 değerlendirmesinin bulguları, 2008.

	Ek hastalığı olmayan			Ek hastalığı olan		
	Grup 1 (n=13)	Grup 2 (n=35)	P	Grup 1 (n=113)	Grup 2 (n=112)	P
FF BD	67,69±3,13	92,00±3,39	<0,05	70,75±1,76	67,14±2,74	0,268
FF İD	72,31±4,48	94,00±2,32	<0,05	81,81±1,50	73,75±2,18	<0,05
FR BD	63,46±4,58	92,14±4,20	<0,05	73,89±2,05	57,81±3,97	<0,05
FR İD	76,92±6,62	95,00±2,25	<0,05	80,31±1,95	78,13±2,13	0,450
AA BD	69,31±7,13	62,03±2,96	0,267	65,71±2,02	42,26±1,98	<0,05
AA İD	76,15±5,56	73,11±2,35	0,555	74,69±1,68	56,97±1,93	<0,05
GS BD	37,77±1,18	83,77±4,59	<0,05	60,02±1,66	34,85±2,55	<0,05
GS İD	37,46±1,56	85,86±4,15	<0,05	60,90±1,92	41,39±2,66	<0,05
V BD	74,23±4,90	84,71±3,98	0,152	79,38±1,51	44,22±3,17	<0,05
V İD	73,85±6,13	89,14±3,53	<0,05	77,52±1,86	52,74±3,02	<0,05
SF BD	85,54±3,42	97,11±1,94	<0,05	87,54±0,93	63,64±2,53	<0,05
SF İD	71,15±6,84	93,89±2,48	<0,05	87,29±1,58	73,88±1,92	<0,05
ER BD	81,69±4,89	91,43±4,80	0,255	80,75±1,65	47,44±3,91	<0,05
ER İD	68,62±2,62	97,09±1,63	<0,05	78,34±1,55	75,79±3,65	0,519
MS BD	74,46±4,81	74,40±3,67	0,993	81,03±1,78	41,79±2,80	<0,05
MS İD	83,69±3,72	82,86±2,97	0,878	89,20±1,16	65,61±2,6	<0,05

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.
P= *t-testi*

Ek hastalığı olmayanlarda SF-36 formunun ilk değerlendirmesinde AA ve MS alt ölçeklerinde grup 1 ve grup 2 yakın puanlar alırken 2. değerlendirmede her iki grubun da aldıkları puanlar yükselmesine karşın aralarında istatistiksel anlamlı bir fark oluşmamıştır. Ayrıca, ek hastalığı olmayanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde V ve ER'de, gruplar

ilk değerlendirmede birbirine yakın ortalamalarda puanlar alırken 2. değerlendirmede grup 2'nin puan ortalamalarının olumlu yönde daha artış göstermesiyle gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark geliştiği görölmektedir. Yine, ek hastalığı olmayanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FF, FR, GS ve SF'de grup 1 istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük puan alırken 2. değerlendirmede tanımlanan bu alt ölçeklerde grup 1 ve grup 2'nin puanlarında artış olmasına karşın gruplar arasındaki istatistiksel anlamlı fark devam etmektedir.

Ek hastalığı olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FF'de grup 1 ve grup 2 birbirlerine oldukça yakın puan ortalamalarına sahipken, 2. değerlendirmede bu alt ölçeklerde her iki grubun da aldıkları puan ortalamalarının belirgin yükselmesine karşın, grup 1'deki yükselişin grup 2'ye göre daha fazla olduğu ve böylece aralarında istatistiksel anlamlı bir fark geliştiği görölmektedir. Ek hastalığı olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FR ve ER'de grup 2'nin puan ortalamaları istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha düşük bulunurken, 2. değerlendirmede puan ortalamalarının grup 2'de daha fazla yükseldiği böylece aradaki istatistiksel farkın ortadan kalktığı görölmektedir. Yine herhangi bir ek hastalığı olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde AA, GS, V, SF ve MS alt ölçeklerinde grup 2 istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha düşük puanlar alırken 2. değerlendirmede bu alt ölçeklerde alınan puanların ortalaması belirgin olarak yükselmesine karşın ortalamalar grup 1'in değerlerine yaklaştırmış fakat yakalayamamıştır. Böylece gruplar arasındaki istatistiksel anlamlı fark devam etmektedir.

Yine gruplara dağıtılan hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumları kontrol altına alınarak yapılan analizlerde, gruplardaki hastaların herhangi bir ek hastalığın varlığına göre SF-36 formunun alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaların farkları tablo 23'de gösterilmektedir.

Grup 1'de incelenen hastalardan ek hastalığı olmayanların FF, AA ve MS'de ikinci değerlendirmede puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artarken, SF ve ER'de puan ortalamaları anlamlı olarak azalmıştır. Yine grup 1'de olan ancak herhangi bir ek hastalığı da olan hastaların FF, FR, AA ve MS'de puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artarken ER'de anlamlı olarak düştüğü gözlenmektedir.

Grup 2'de ek hastalığı olmayanların AA, GS, V ve MS'de puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artarken SF'de anlamlı olarak düştüğü görölmektedir. Grup 2'de ek hastalığı olanların ise tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının ikinci değerlendirmede anlamlı olarak arttığı gözlenmektedir.

Tablo 23: Hastaların herhangi bir ek hastalığa sahip olma durumları kontrol altına alınarak herhangi bir ek hastalığın varlığına göre SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden ilk ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları ve farklılıkları, 2008.

	Grup 1		Grup 2	
	Ek hastalığı olmayan (n=13)	Ek hastalığı olan (n=113)	Ek hastalığı olmayan (n=35)	Ek hastalığı olan (n=112)
FF BD	67,69±3,13	70,75±1,76	92,00±3,39	67,14±2,74
FF İD	72,31±4,48	81,81±1,50	94,00±2,32	73,75±2,18
p	0,008	<0,0001	0,095	<0,0001
FR BD	63,46±4,58	73,89±2,05	92,14±4,20	57,81±3,97
FR İD	76,92±6,62	80,31±1,95	95,00±2,25	78,13±2,13
p	0,151	<0,0001	0,211	<0,0001
AA BD	69,31±7,13	65,71±2,02	62,03±2,96	42,26±1,98
AA İD	76,15±5,56	74,69±1,68	73,11±2,35	56,97±1,93
p	0,024	<0,0001	<0,0001	<0,0001
GS BD	37,77±1,18	60,02±1,66	83,77±4,59	34,85±2,55
GS İD	37,46±1,56	60,90±1,92	85,86±4,15	41,39±2,66
p	0,865	0,292	0,048	<0,0001
V BD	74,23±4,90	79,38±1,51	84,71±3,98	44,22±3,17
V İD	73,85±6,13	77,52±1,86	89,14±3,53	52,74±3,02
p	0,915	0,142	0,010	<0,0001
SF BD	85,54±3,42	87,54±0,94	97,11±1,94	63,64±2,53
SF İD	71,15±6,84	87,29±1,58	93,89±2,48	73,88±1,92
p	0,004	0,826	0,047	<0,0001
ER BD	81,69±4,89	80,75±1,65	91,43±4,80	47,44±3,91
ER İD	68,62±2,62	78,34±1,55	97,09±1,63	75,79±3,65
p	0,018	0,031	0,083	<0,0001
MS BD	74,46±4,81	81,03±1,78	74,40±3,69	41,79±2,80
MS İD	83,69±3,72	89,20±1,16	82,86±2,97	65,61±2,65
p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

P= *paired t-testi*

Gruplara dağıtılan hastaların öğrenim durumları kontrol edilerek yapılan analizlerde SF-36 formunun alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları tablo 24’de gösterilmektedir.

Tablo 24: Hastaların öğrenim durumları kontrol edilerek yapılan analizlerde SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları, 2008.

	İÖ ve altı			OÖ ve üstü		
	Grup 1 (n=42)	Grup 2 (n=44)	P	Grup 1 (n=84)	Grup 2 (n=103)	P
FF BD	62,14±2,60	60,45±4,15	0,734	74,58±1,89	78,45±2,77	0,272
FF İD	73,33±2,01	65,57±3,66	0,070	84,58±1,78	84,13±1,97	0,866
FR BD	60,71±2,71	43,18±6,77	<0,05	78,87±2,26	75,73±3,51	0,475
FR İD	75,00±3,19	67,61±3,41	0,118	82,44±2,27	88,35±1,82	<0,05
AA BD	65,17±2,94	38,45±3,40	<0,05	66,54±2,53	50,60±2,03	<0,05
AA İD	69,05±2,84	50,25±3,15	<0,05	77,74±1,88	65,33±1,80	<0,05
GS BD	53,62±2,63	39,02±4,68	<0,05	59,77±2,00	49,69±3,45	<0,05
GS İD	55,81±2,99	43,52±4,96	<0,05	59,82±2,32	55,59±3,24	0,310
V BD	73,81±2,46	48,43±5,48	<0,05	81,37±1,72	56,18±3,50	<0,05
V İD	74,05±3,16	55,73±5,14	<0,05	78,69±2,13	63,83±3,25	<0,05
SF BD	85,57±1,62	67,82±4,24	<0,05	88,21±1,10	73,23±2,74	<0,05
SF İD	81,43±2,92	70,93±3,54	<0,05	87,73±1,94	81,94±1,86	<0,05
ER BD	74,10±2,62	41,64±7,20	<0,05	84,23±1,94	64,86±3,83	<0,05
ER İD	66,81±0,81	58,23±6,95	0,234	82,60±1,87	90,52±2,33	<0,05
MS BD	75,33±2,83	42,73±4,40	<0,05	82,86±2,04	52,47±3,12	<0,05
MS İD	87,24±2,12	62,55±3,75	<0,05	89,33±1,29	72,78±2,69	<0,05

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; İÖ, ilköğretim; OÖ, ortaöğretim; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

P= *t-testi*

İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastaların SF-36 formu ile yapılan ilk değerlendirmelerinde grup 1 ve grup 2'deki hastaların ortalama puanları FF'de birbirine yakın düzeylerde ve bu nedenle de istatistiksel olarak anlamlı değilken, 2. değerlendirmede her iki grubun da aldıkları puan ortalamalarının yükselmesine bağlı olarak gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark gelişmemiştir. Ayrıca, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FR ve ER'de grup 2'deki hastalar istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bir puan ortalaması alırken, 2. değerlendirmede tanımlanan her iki alt ölçekte de grup 2'nin elde ettiği puan ortalamaları grup 1'in puanlarını yakalayacak düzeyde yükseldiği, böylece aradaki istatistiksel farkın ortadan kalktığı görülmektedir. Yine, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine

sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde AA, GS, V, SF ve MS'de grup 2'deki hastaların ortalama puanları grup 1'e göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenirken, 2. değerlendirmede tanımlanan bu alt ölçeklerde alınan puanların ortalamaları anlamlı olarak artmasına karşın ortalamalar grup 1'in puan ortalamalarına yaklaşmış fakat yakalayamamıştır. Böylece gruplar arasındaki istatistiksel anlamlı farkın devam ettiği grlmektedir.

Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FF'de grup 1 ve grup 2 birbirine yakın puanlar almışlar, 2. değerlendirmede her iki grubun aldıkları puanın ortalaması yükselmiş olmakla birlikte yine iki grup arasında fark oluşmamıştır. Ayrıca, ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde AA, V, SF, ER ve MS'de grup 2 istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük puan alırken 2. değerlendirmede, tanımlanan alt ölçeklerden ER dışında kalan AA, V, SF ve MS'de grup 2'nin puan ortalamalarında belirgin bir artış olmasına karşın grup 1'in puan düzeylerine ulaşılamamış ve gruplar arasındaki puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlılığını korumuştur. ER'nin puan ortalaması ikinci değerlendirmede grup 1'i farklı olarak aşması nedeniyle gruplar arasında anlamlı bir fark görünmektedir. Ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde GS'de grup 2'nin puan ortalaması anlamlı olarak daha düşükken, 2. değerlendirmede olumlu olarak yükseldiği ve böylece aradaki istatistiksel farkın ortadan kalktığı grlmektedir. Yine, ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda SF-36'nın ilk değerlendirmesinde FR'de gruplar yakın puanlar alırken, 2. değerlendirmede her iki grubun da aldıkları puanların yükselmesine karşın, grup 2'deki yükselişin grup 1'e göre daha fazla olduğu ve böylece gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark geliştiği grlmektedir.

Yine gruplara dağıtılan hastaların öğrenim durumu özellikleri kontrol altına alınarak ilk ve ikinci değerlendirmelerde SF-36 leğinden aldıkları puan ortalamaları analiz edildiğinde elde edilen bulgular tablo 25'de sunulmaktadır.

Grup 1'de ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda V ve SF dışındaki tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artarken, ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda FF, AA ve MS'de puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Tablo 25: SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda hastaların öğrenim durumuna göre SF-36 ölçeği alt ölçeklerindeki puan ortalamalarının birinci ve ikinci değerlendirilmede birbirlerine göre farkları, 2008.

	Grup 1		Grup 2	
	İÖ ve altı (n=42)	OÖ ve üstü (n=84)	İÖ ve altı (n=44)	OÖ ve üstü (n=103)
FF BD	62,14±2,61	74,58±1,89	60,45±4,15	78,45±2,77
FF İD	73,33±2,01	84,58±1,78	65,57±3,66	84,13±1,97
p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
FR BD	60,71±2,71	78,87±2,26	43,18±6,77	75,73±3,51
FR İD	75,00±3,19	82,44±2,72	67,61±3,41	88,35±1,82
p	<0,0001	0,083	<0,0001	<0,0001
AA BD	65,17±2,94	66,54±2,53	38,45±3,40	50,60±2,03
AA İD	69,05±2,84	77,74±1,88	50,25±3,15	65,33±1,80
p	0,004	<0,0001	<0,0001	<0,0001
GS BD	53,62±2,63	59,77±2,00	39,02±4,68	49,69±3,45
GS İD	55,81±2,99	59,82±2,32	43,52±4,96	55,59±3,24
p	0,023	0,964	0,006	<0,0001
V BD	73,81±2,46	81,37±1,72	48,43±5,48	56,18±3,50
V İD	74,05±3,18	78,69±2,13	55,73±5,14	63,83±3,25
p	0,905	0,071	<0,0001	<0,0001
SF BD	85,57±1,62	88,21±1,10	67,82±4,24	73,23±2,74
SF İD	81,43±2,92	87,73±1,94	70,93±3,54	81,94±1,86
p	0,062	0,716	0,240	<0,0001
ER BD	74,10±2,62	84,23±1,94	41,64±7,20	64,86±3,83
ER İD	66,81±0,81	82,60±1,87	58,23±6,95	90,52±2,33
p	0,002	0,202	<0,0001	<0,0001
MS BD	75,33±2,83	82,86±2,04	42,73±4,40	52,47±3,12
MS İD	87,24±2,12	89,33±1,29	62,55±3,75	72,78±2,69
p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; İÖ, ilköğretim; OÖ, ortaöğretim; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.
p= paired t-testi

Grup 2’de ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda SF dışındaki diğer alt ölçeklerdeki puan ortalamaları, orta öğretim ve üzerinde olanlarda ise tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır.

Gruplara dağıtılan hastaların çalışma durumları kontrol edilerek yapılan analizlerde SF-36 ölçeğinin alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları tablo 26’da gösterilmektedir.

Tablo 26: Çalışma durumuna göre tanımlanan hastaların, SF-36 alt kategorilerinde birinci ve ikinci değerlendirilmenin her birinde aldıkları puan ortalamalarının SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda birbirine göre farkları, 2008.

	Çalışan			Çalışmayan			Emekli		
	Grup 1 (n=27)	Grup 2 (n=32)	p	Grup 1 (n=57)	Grup 2 (n=69)	p	Grup 1 (n=42)	Grup 2 (n=46)	p
FF BD	83,70±2,10	92,19±3,69	0,062	61,75±2,31	69,93±3,85	0,087	73,69±2,56	64,46±3,43	<0,05
FF İD	95,56±1,42	94,38±2,49	0,696	70,70±1,82	74,42±3,16	0,336	85,12±2,17	73,80±2,54	<0,05
FR BD	84,26±4,46	89,84±5,25	0,430	67,11±2,44	60,14±5,59	0,289	73,21±3,34	58,15±4,98	<0,05
FR İD	96,30±2,19	93,75±2,75	0,483	70,61±2,51	79,35±2,87	<0,05	82,14±3,33	78,26±2,97	0,385
AA BD	61,26±5,08	66,44±3,22	0,378	58,65±2,03	43,06±2,23	<0,05	79,26±3,18	39,28±3,13	<0,05
AA İD	80,33±2,75	76,19±2,62	0,281	66,14±1,99	56,74±2,58	<0,05	83,12±2,91	56,24±2,41	<0,05
GS BD	51,18±2,66	69,81±6,32	<0,05	56,32±2,15	43,72±3,80	<0,05	63,45±3,30	34,43±4,28	<0,05
GS İD	51,79±2,99	74,22±5,83	<0,05	55,61±2,53	46,74±3,90	0,071	67,07±3,54	44,37±4,15	<0,05
V BD	88,15±1,71	72,97±5,04	<0,05	70,84±2,03	52,45±4,16	<0,05	82,18±2,63	42,70±5,53	<0,05
V İD	84,44±2,88	78,91±4,71	0,342	71,00±2,51	60,25±3,93	<0,05	82,34±3,27	50,98±5,10	<0,05
SF BD	91,33±1,20	86,59±3,83	0,277	81,42±1,12	72,84±2,98	<0,05	92,79±1,61	59,35±4,58	<0,05
SF İD	98,11±1,11	89,69±2,66	<0,05	76,63±2,50	77,94±2,70	0,727	89,81±2,60	72,02±2,84	<0,05
ER BD	97,48±1,75	83,19±5,41	<0,05	69,60±1,63	52,52±5,48	<0,05	85,43±2,63	48,41±5,93	<0,05
ER İD	91,19±2,92	96,81±1,78	0,094	68,39±1,16	70,90±4,96	0,652	80,57±2,63	84,70±4,72	0,459
MS BD	91,26±2,11	70,50±4,73	<0,05	73,40±2,42	46,96±3,42	<0,05	82,76±3,07	38,87±4,66	<0,05
MS İD	88,74±1,70	86,25±3,61	0,558	84,98±1,90	68,64±3,02	<0,05	93,52±1,55	59,83±4,22	<0,05

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

P= *t-testi*

Oluşturulan gruplar çalışma durumuna göre irdelendiğinde, grup 2’de emekli olan hastaların SF-36 formunun ilk değerlendirmesinde tüm alt ölçeklerden daha düşük puan aldıkları görülmektedir. Bu düşüklük, oransal olarak 2. değerlendirmede puanlar yükselmiş olsa bile, sürmektedir. Yine emekli hastalardan daha iyi puan ortalaması alsalar da çalışmayan hastaların çalışanlardan daha düşük puan ortalaması aldıkları gözlenmektedir. Buradaki düşüklük 2. değerlendirmede de sürmektedir. Grup 1’de ise puan ortalamalarına bakarak, çalışan, çalışmayan ve emekli hastalar arasında bu türden bir sınıflama yapabilmek olanaklı değildir.

Çalışan hastalarda gruplar arasında SF-36 formunun 1. ve 2. değerlendirmesi arasında FF, FR ve AA’da istatistiksel anlamlı fark görülmemektedir. Buna karşın, V, ER ve MS’de ilk değerlendirmede puan ortalamaları grup 2’de daha düşük iken 2. değerlendirmede grup 2’nin puan ortalaması grup 1’i yakalamış ve istatistiksel anlamlılığı ortadan kaldırmıştır. GS’de, 2. değerlendirmede grup 1’de puan ortalamasında bir değişiklik olmazken grup 2’nin puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır. SF’de ise grupların aldıkları puan ortalamaları arasında 2. değerlendirmede grup 1 lehine anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Çalışmayan hastalarda gruplar arasında SF-36 formunun FF açısından ilk değerlendirmede olduğu gibi 2. değerlendirmede de anlamlı bir farklılık görülmemektedir. FR’de ilk değerlendirmede gruplar arası anlamsız olan puan farkı ortalamaları 2. değerlendirmede grup 2 lehine anlamlı olarak artmıştır. AA, V ve MS’de gruplar arasında 1. ve 2. değerlendirmede puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık görülmemektedir. GS, SF ve ER’de ilk değerlendirmede gruplar arasındaki grup 1 lehine olan anlamlı puan ortalaması farkı 2. değerlendirmede ortadan kalkmakta ve ER’de grup 2 lehine dahi dönmektedir.

Emekli hastalarda gruplar arasındaki SF-36 formunun alt ölçeklerinin puan ortalamaları farkı FF, AA, GS, V, SF ve MS’de hem ilk hem de ikinci değerlendirmede grup 1 lehine anlamlı olarak daha yüksekti. FR ve ER’de ise ilk değerlendirmede grup 1 lehine olan anlamlı puan ortalaması farkı 2. değerlendirmede grup 2 lehine düzelmiş ve anlamlılık ortadan kalkmıştır.

İki gruba bölünen hastalar çalışma durumları kontrol edilerek SF-36 formunun 1. ve 2. değerlendirmesinde alt ölçekler temelinde aldıkları puan ortalamalarının farkları tablo 27’de görülmektedir. Buna göre;

Tablo 27: SSRI verilen ve verilmeyen gruplarda çalışma durumuna göre SF-36 ölçeği alt ölçeklerindeki puan ortalamalarının birinci ve ikinci değerlendirilmede birbirlerine göre farkları, 2008.

	Grup 1			Grup 2		
	Çalışan (n=27)	Çalışmayan (n=57)	Emekli (n=42)	Çalışan (n=32)	Çalışmayan (n=69)	Emekli (n=46)
FF BD	83,70±2,10	61,75±2,31	73,69±2,56	92,19±3,69	69,93±3,85	64,46±3,43
FF İD	95,56±1,42	70,70±1,82	85,12±2,17	94,38±2,49	74,42±3,16	73,80±2,54
P	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,095	<0,0001	<0,0001
FR BD	84,26±4,46	67,11±2,44	73,21±3,34	89,84±5,25	60,14±5,59	58,15±4,80
FR İD	96,30±2,19	70,61±2,51	82,14±3,33	93,75±2,75	79,35±2,87	78,26±2,97
P	0,007	0,209	0,014	0,169	<0,0001	<0,0001
AA BD	61,26±5,08	58,65±2,03	79,26±3,17	66,44±3,22	43,06±2,23	39,28±3,13
AA İD	80,33±2,75	66,14±1,99	83,12±2,91	76,19±2,62	56,74±2,58	56,24±2,41
P	<0,0001	<0,0001	0,001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
GS BD	51,78±2,66	56,32±2,15	63,45±3,30	69,81±6,32	43,72±3,80	34,43±4,28
GS İD	51,19±2,99	55,61±2,53	67,07±3,54	74,22±5,83	46,74±3,90	44,37±4,15
P	0,747	0,525	0,006	0,019	0,005	<0,0001
V BD	88,15±1,71	71,84±2,03	82,38±2,63	72,97±5,04	52,45±4,16	42,70±5,53
V İD	84,44±2,88	70,00±2,51	82,14±3,27	78,91±4,71	60,25±3,93	50,98±5,10
P	0,182	0,315	0,900	0,003	<0,0001	<0,0001
SF BD	91,33±1,20	81,42±1,12	92,79±1,61	86,59±3,83	72,84±2,98	59,35±4,58
SF İD	98,11±1,11	76,63±2,50	89,81±2,60	89,69±2,66	77,94±2,70	72,02±2,84
P	0,001	0,012	0,086	0,261	0,011	<0,0001
ER BD	97,48±1,75	69,63±1,63	85,43±2,63	83,19±5,41	52,52±5,48	48,41±5,93
ER İD	91,19±2,92	68,39±1,16	80,57±2,63	96,81±1,78	70,90±4,96	84,70±4,72
P	0,022	0,475	0,012	0,002	<0,0001	<0,0001
MS BD	91,26±2,11	73,40±2,42	82,76±3,07	70,50±4,73	46,96±3,42	38,87±4,66
MS İD	88,74±1,70	84,98±1,90	93,52±1,55	86,25±3,61	68,64±3,02	59,83±4,22
P	0,363	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

p= paired t-testi

Grup 1’de çalışanlarda GS, V ve MS dışındaki tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Çalışmayanlarda ise FF, AA, SF ve MS’de puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Emeklilerde V ve SF dışındaki tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Grup 2’de çalışanlarda FF, FR ve SF dışındaki diğer tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Çalışmayanlarda ve emeklilerde tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Tablo 28: Hastaların KB değerlendirmeleri kontrol altına alınarak uygulanan SF-36 ölçeğinden birinci ve ikinci değerlendirmelerde aldıkları puan ortalamaları, 2008.

	Grup 1		Grup 2	
	Normotansif (n=108)	Hipertansif (n=18)	Normotansif (n=131)	Hipertansif (n=16)
FF BD	69,35±1,81	76,94±2,72	76,95±2,48	41,25±1,25
FF İD	80,79±1,53	81,11±4,21	83,13±1,73	41,25±1,25
p	<0,0001	0,127	<0,0001	*
FR BD	71,53±2,09	80,56±4,31	72,90±3,30	9,38±5,04
FR İD	80,32±2,03	77,78±4,91	85,69±1,78	52,13±2,14
p	<0,0001	0,331	<0,0001	<0,0001
AA BD	68,30±2,18	52,78±1,94	49,90±1,77	22,94±4,95
AA İD	75,89±1,84	68,56±1,65	63,15±1,65	41,69±5,29
p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
GS BD	57,82±1,79	57,11±3,64	49,49±3,06	22,00±0,26
GS İD	58,81±2,03	56,50±4,30	56,19±2,87	17,50±0,13
p	0,259	0,641	<0,0001	<0,0001
V BD	78,43±1,63	81,39±2,52	57,65±3,14	22,88±2,88
V İD	77,08±2,04	77,50±2,19	65,08±2,91	31,38±3,33
p	0,315	0,090	<0,0001	0,081
SF BD	88,72±0,98	79,00±1,37	74,25±2,49	50,00±0,00
SF İD	86,70±1,73	79,17±4,63	81,11±1,77	58,44±3,71
p	0,095	0,964	<0,0001	0,038
ER BD	81,44±1,69	77,33±3,89	64,98±3,50	52,78±2,19
ER İD	77,33±1,55	77,33±3,89	90,73±1,92	52,78±2,19
p	0,002	*	<0,0001	*
MS BD	79,41±1,86	86,00±3,52	52,76±2,74	23,25±2,51
MS İD	88,67±1,23	88,44±2,48	72,40±2,36	47,75±3,32
p	<0,0001	0,335	<0,0001	<0,0001

Grup 1, SSRI verilmeden izlenen grup; Grup 2, SSRI tedavisi verilen grup; BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme; Normotansif, kontrol altına alınmış hipertansiyonu olanlar; Hipertansif, kontrol altına alınmamış hipertansiyonu olanlar; FF, fiziksel fonksiyon; FR, fiziksel rol güçlüğü; AA, ağrı algısı; GS, genel sağlık algısı; V, Vitalite; SF, sosyal fonksiyon; ER, Emosyonel rol güçlüğü; MS, Mental sağlık algısı.

p= *paired t-testi*

* Farkların standart hatası sıfır olduğu için hesaplama yapılamadı.

İki gruba bölünen hastalar hipertansiyon kontrolüne yönelik özellikleri kontrol edilerek SF-36 formunun 1. ve 2. değerlendirmesinde alt ölçekler temelinde aldıkları puan ortalamalarının farkları tablo 28’de görülmektedir. Buna göre;

Grup 1’de, normotansiflerde (çalışmanın başında KB kontrol altında olan) GS, V ve SF dışındaki diğer tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Hipertansiflerde ise (çalışmanın başında KB kontrol

altında olmayan) yalnızca AA'daki puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Grup 2'de normotansiflerde tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır. Hipertansiflerde FF, V ve ER dışındaki diğer tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmıştır.

Grup 1 ve 2'de hipertansiflerdeki ER'de ve grup 2'de hipertansiflerdeki FF'de farkların standart hatası sıfır olduğu için anlamlılık değerlendirmesi yapılamamıştır.

Hasta grubunun psikiyatrik açıdan evaluasyonu çalışmanın başlangıcında KISA soru formu ile yapılmış ve SSRI kullanılacak olan ve kullanılmadan izlenecek olan gruplar bu verilere göre belirlenmiştir. Bu aşamada KISA soru formuna göre patolojik bir tanı almayan hastalar grup 1'e alınıp SSRI verilmeden izlenmiş, patolojik tanısı olan hastalar ise grup 2 olarak anılmış ve SSRI ile izlenmiştir. Ancak grup 1'de patolojik tanısı olan hasta olmadığından ve grup 2'de de normal olarak sınıflanan hasta olmadığından çalışma öncesi KISA verileri üzerinde istatistiksel anlamlılık çalışmaları yapılamamıştır. Bu nedenle burada gösterilen KISA sonuçlarının tamamı çalışma sonu KISA çıktılarıyla ilgilidir.

KISA ölçeği 8 haftalık izlem sürecinden sonra SSRI tedavisi almayan grup 1'e ve SSRI tedavisi alan grup 2'ye yeniden uygulandığında, belirli demografik özellikler bakımından KISA'dan alınan normal ve patolojik tanı dağılımları tablo 29'da gösterilmektedir. Buna göre, SSRI ile tedavi alan grupta erkek cinsiyette iyileşme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca ek hastalık bulunma durumuna göre incelendiğinde SSRI tedavisi verdiğimiz grupta herhangi bir ek hastalığı olmayanlara göre, olan hastalarda psikiyatrik semptomlarda anlamlı olarak daha fazla iyileşme görülmektedir ($p<0,0001$). Bu iki özellik dışında çalışma grubu yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, HT süresi gibi özellikler bakımından KISA ölçeğinden normal ya da patolojik tanı alması bağlamında anlamlı farklar göstermemektedir. (Tablo 29)

Tablo 29: Çalışmaya katılan hastaların SSRI tedavisi alma durumları ve çeşitli demografik özelliklere göre KıSA ölçeğinden aldıkları tanı gruplarına göre dağılımları, 2008.

		KıSA BD				KıSA İD				
		Normal n / %		Patolojik n / %		Normal n / %		Patolojik n / %		
Cinsiyet	Gr-1	Kadın	71	56,3	0	0	63	55,8	8	61,5
		Erkek	55	43,7	0	0	50	44,2	5	38,5
			p *				0,463			
	Gr-2	Kadın	0	0	76	51,7	14	35,9	62	57,4
Erkek		0	0	71	48,3	25	64,1	46	42,6	
		p *				0,017				
Yaş	Gr-1	34-49	22	17,5	0	0	18	15,9	4	30,8
		50-65	80	63,5	0	0	74	65,5	6	46,2
		>65	24	19,0	0	0	21	18,6	3	23,1
			p *				0,320			
	Gr-2	34-49	0	0	27	18,4	3	7,7	24	22,2
		50-65	0	0	73	49,7	22	56,4	51	47,2
>65		0	0	47	32,0	14	35,9	33	30,6	
		p *				0,133				
Eğitim	Gr-1	İÖ ve altı	41	32,5	0	0	37	32,7	4	30,8
		OÖ ve Üstü	85	67,5	0	0	76	67,3	9	69,2
			p *				0,578			
	Gr-2	İÖ ve altı	0	0	44	29,9	12	30,8	32	29,6
OÖ ve Üstü		0	0	103	70,1	27	69,2	76	70,4	
		p *				0,523				
Çalışma Durumu	Gr-1	Çalışan	27	21,6	0	0	23	21,2	4	30,8
		Çalışmayan	57	45,6	0	0	52	46,0	5	38,5
		Emekli	42	32,8	0	0	38	32,7	4	30,8
			p *				0,727			
	Gr-2	Çalışan	0	0	32	22,3	12	30,8	20	18,5
Çalışmayan		0	0	69	46,6	13	33,3	56	51,9	
Emekli		0	0	46	31,1	14	35,9	32	29,6	
		p *				0,109				
HT Süresi	Gr-1	1-12 ay	17	13,5	0	0	14	12,4	3	23,1
		1-10 yıl	61	48,5	0	0	54	47,8	7	53,8
		>10 yıl	48	38,0	0	0	45	39,8	3	23,1
			p *				0,543			
	Gr-2	1-12 ay	0	0	25	17,0	9	23,1	16	14,8
		1-10 yıl	0	0	76	51,7	23	59,0	53	49,1
>10 yıl		0	0	46	31,3	7	17,9	39	36,1	
		p *				0,109				
Ek Hastalık	Gr-1	Var	14	11,1	0	0	13	11,5	1	7,7
		Yok	112	88,9	0	0	100	88,5	12	92,3
			p *				0,561			
	Gr-2	Var	0	0	35	23,8	17	43,6	18	16,7
Yok		0	0	112	76,2	22	56,4	90	83,3	
		p *				0,001				
Toplam		126		147		152		121		

BD, birinci değerlendirme; İD, ikinci değerlendirme

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon dünya üzerinde en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biridir. Yalnızca Türkiye’de yaklaşık 15 milyon kişinin hipertansif olduğu tahmin edilmektedir. (119). Hipertansiyon tanısı alan ve bu doğrultuda tedavileri düzenlenen hastaların kan basınçlarının istenilen düzeyde tutulabilme oranları ise oldukça düşüktür (120).

Hipertansiyon sıklığının depresif belirtiler gösteren hastalarda daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (121). Aynı zamanda psikiyatrik hastalıkların, özellikle depresyonun da kardiyovasküler hastalıklarının gelişimi için bir risk artışı oluşturduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Özellikle bu iki hastalığın bir arada olduğu durumlarda yaşam kalitesi daha da kötüleşmektedir (122).

Ülkemizde, hipertansif ve psikiyatrik hastaların yaklaşık %80’i birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu hastaların burada tanınıp tedavilerinin düzenlenmesi hem ülke ekonomisi hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının iş yükünü olumlu yönde etkileyecektir (70).

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalardaki komorbid psikiyatrik hastalıkları, bu psikiyatrik hastalıkların tedavi edilmesinin KB kontrolü ile yaşam kalitesine yapacağı olumlu etkileri ve bunların birinci basamak sağlık kuruluşlarında da gerçekleştirilebileceğini ortaya koymayı amaçladık.

Hipertansiyon tanısı koymak için oluşturulan uluslar arası kılavuzların hiç birinde söz edilmemesine karşın, biz bu çalışmada, hem hastalarımızın KB değerlerini daha ayrıntılı irdeleyebilmek hem de olası kişisel yanlış ölçümleri olabildiğince azaltmak amacıyla 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı takibi yöntemini kullandık. Bu yöntemi kullanmak birinci basamakta her zaman olanaklı değildir. Bu nedenle birinci basamaktaki hastaların KB’larını değerlendirebilmek için farklı zamanlarda, en az 5 dakika dinlendirilerek ve ölçümler arasında da en az 5 dakikalık süre bırakılarak ölçülen değerlerin ortalamasını almak yöntemi kullanılabilir. (16)

Hipertansiyon hastalarının epidemiyolojik incelemesini gerçekleştiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen verilere bakıldığında hipertansiyon hastalığının kadın:erkek oranının 2:1-3:4 aralığında olduğu ve yaş ortalamasının $57,3\pm 8,2$ ile $62,5\pm 11,5$ aralığında olduğu görülmektedir (119,120). Bizim çalışmamızda oluşturduğumuz hasta grubunun yaş ve cinsiyet ortalamalarıyla karşılaştırıldığında verilerimizin literatür bilgileriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Hipertansiyona etki ettiği çeşitli çalışmalarda dile getirilen medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, fizik aktivitede bulunma durumu, tuz tüketimi, sigara tüketimi, ek sistemik hastalık varlığı gibi değişkenleri biz de çalışmamızda inceledik.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, hastalarımızın %31,1'inin lise düzeyinin altında, %68,9'unun lise ya da yüksek okul mezunu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada bu oranlarda farklılıklar görülmektedir. Bursa'da yapılan bir çalışmada, hastaların %93,2'sinin lise altı, %6,8'inin lise veya yüksekokul mezunu olduğu bildirilmiştir. (38,123). Bu farklılıklar, bizim hasta popülasyonumuzun eğitim düzeyinin daha yüksek olduğunu ve toplum geneline yansıtmadığını göstermektedir (tablo 11).

Medeni durum incelendiğinde hastalarımızın %72,9'unun evli, %27,1'inin dul olduğunu görmekteyiz. Bu oranlar ülkemizde yapılan birçok çalışmayla uyumluluk göstermektedir (124).

Çalışmamıza katılan hastaların %14,2'si aktif çalışıyor, %85,8'i herhangi bir işte çalışmıyordu. Emekliler ve ev hanımları da çalışmayanlar içinde değerlendirildiğinde bu oranların yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (19,125). Bu çalışmalarda, hipertansiyon sıklığının çalışanlarda çalışmayanlara göre daha düşük olduğu gösterilmiş olup bizim bulgularımızla uyumluluk göstermektedir.

Bizim çalışmamızda sigara içen hastaların oranı %16,1 olarak bulunmuş olup ülkemizde yapılan diğer çalışmalara oranla daha düşük bulunmuştur. Bunun da yine bizim hastalarımızın toplum geneline göre daha az sigara içtiğini göstermektedir (19,125). Yapılan bazı çalışmalarda sigara içmeyenlerde ve sigarayı bırakmış olanlarda hipertansiyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Sigara içmeyenlerin daha çok kadın ve yaşlı nüfustan oluştuğu, sigarayı bırakanların ise hastalık nedeniyle doktor önerisiyle bırakmış olabilecekleri düşünülmektedir (20,126).

Hastalarımızın, %43,1'inin hiç egzersiz yapmadığını, %30,9'unun düzenli, %26'sının düzensiz aralıklarla egzersiz yaptığını belirledik. Toplum geneli göz önüne alındığında bu bulgularımızın da literatür ile uyum göstermediğini, egzersiz yapma oranlarının yapılan çeşitli çalışmalarda daha düşük bulunduğunu saptadık (123). Ayrıca ek hastalığı olanların ve psikiyatrik hastalığı bulunanların daha az egzersiz yaptığını saptamamıza karşın, bu ilişkinin iki yönlü olabileceği, egzersiz yapmayanlarda bu hastalıkların görülme oranlarının artış gösterebileceği düşünülmektedir (20).

Literatürde, katılımcıların yaş grubuna, cinsiyetine, eğitim düzeyine, gelir düzeyine, yalnız yaşama durumuna, alkol kullanma alışkanlığına, fiziksel aktivite

durumuna, vücut kitle indeksine ve etnik kökenine dayalı birçok çalışma mevcuttur. Brezilya’da yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %31,5 olarak bulunmuş, sıklık kadınlarda %29,9, erkeklerde %33,9 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansının, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, yalnız yaşama, aile öyküsü varlığı, günde 30 ml’den fazla alkol kullanma alışkanlığı, fizik aktivitede bulunmama, vücut kitle indeksinin yüksek olması ve diyabeti olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. (127). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da buna yakın sonuçlar elde edilmiş olup, özellikle diyabetik hastaların hipertansiyon açısından yüksek riskli hasta grubunu oluşturduğu bildirilmektedir (19,125). Bizim çalışmamızda da düşük eğitim düzeyi, fizik aktivitede bulunmama, ek sistemik hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık varlığında KB kontrolünün istenen düzeylerde tutulamadığını saptadık ve bu durumlar literatür bilgileriyle uyumluydu.

Geniş randomize çalışmalar KB kontrolü için çoğu hastanın iki ya da daha fazla antihipertansif ilaç kullandığını göstermektedir (128). Örneğin İtalya’da yapılan bir çalışmada tek ilaç kullanma oranının %33,7, Fransa’da yapılan bir çalışmada ise %58 olduğu bildirilmiştir (120,129,130). TÜRKSAHA çalışmasında ülkemiz için tek ilaç kullanma oranı %75,7 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da hastalarımızın %75,5’i tek ilaç kullanmaktaydı ve bu oran da TÜRKSAHA çalışmasıyla uyumlu idi.

Avrupa Hipertansiyon Derneği’nin, herhangi bir antihipertansif ilaç grubunun, kontrendikasyon olmadığı sürece, ilk seçenek ilaç olarak kullanılabileceğini bildirmesine karşın, yapılan bir meta-analiz çalışmasında ve JNC-VII’nin kılavuzunda ilk seçenek olarak diüretiklerin kullanılması gerekliliği vurgulanmaktadır (16,131,132). Bizim çalışmamızda, antihipertansif tedavide en sık kullanılan ilaçların ACE inhibitörleri (%35,5) ve ARB’ler (%23,4) olduğu görülmektedir. Bu iki antihipertansif grup ilacı birlikte değerlendirdiğimizde hastaların %58,9’unun RAA sistemine etkili ilaçlar kullandığı saptanmış olup bu oranın TÜRKSAHA ve diğer birçok ülkenin verileriyle uyumluluk gösterdiği gözlenmiştir. (120,133).

Çalışmaya hipertansiyon tanısı olup bu tanıya yönelik olarak tedavi altında olan hastalar kabul edilmiş olduğundan, hipertansiyonun toplum geneline yönelik insidans ve prevalansı konusunda yorum yapmak amaçlarımız arasında değildir. Bununla birlikte bu çalışmadaki hastalarının %26’sının kan basınçlarının, ilaç tedavisine karşın kontrol altında olmadığı bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %28,6 ve erkeklerde %23,02 olarak saptanmıştır. TÜRKSAHA çalışmasında toplum geneli dikkate alındığında hipertansiyona yönelik tedavi almakta olan hastaların %26,2’sinin, Türkiye Hipertansiyon Prevalans

Çalışmasında (THPÇ) %79,3'ünün (erkeklerde %68,9, kadınlarda %82,6) kontrolsüz hipertansiyona sahip oldukları bulunmuştur (120,134). Buna göre ülkemizde yaklaşık 15 milyon hipertansif hasta olduğu göz önüne alınırsa, yaklaşık 3-12 milyon kişinin kontrol altına alınamayan kan basıncı değerlerine bağlı inme, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara karşı yüksek risk taşıdığı söylenebilmektedir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ise hipertansif hastaların sadece %57'sinin kan basıncının istenen düzeylerde olduğu, %43'ünün istenen düzeylerde olmadığı bildirilmektedir (135).

Çalışmaya katılan hastaların %53,8'inde (n=147) KıSA soru formuna göre en az bir psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan toplum çalışmalarında ruhsal bozukluk görülme oranının %15-20, depresif bozukluk görülme oranı %4-12 civarında olduğu bilindiğine göre hipertansif hastaların psikiyatrik komorbiditeye sahip olma yönünden toplum geneline göre 3-4 kat, depresif bozukluğa sahip olma yönünden 5-12 kat daha yüksek risk taşıdığı söylenebilir (79,135,136). Örneğin 2005 yılında ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada yetişkin yaş grubunda depresif bozuklukların görülme sıklığı %4,2-8,4 arasında verilirken, bizim çalışmamıza katılan hasta grubunda depresif bozuklukların görülme sıklığı %33 dolayında, yani yaklaşık 4-8 kat daha sıklıktadır (79). Bu bulgu kan basıncı yükseklikleriyle depresif bozuklukların sıklığı arasında bir ilişki olduğunu kuvvetle işaret etmektedir. Buna yönelik olarak Davidson ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada depresif semptomları olan hastaların hipertansiyon gelişimi açısından yüksek risk taşıdıklarını ortaya koymuştur (121).

Hasta popülasyonumuzdan elde ettiğimiz psikiyatrik tanıların incelenmesinde ikinci sıklıkta %16,9 ile anksiyete bozuklukları görülmekteydi ve bu da genel topluma oranla yaklaşık 5-8 kat daha sıklıktadır. Ülkemizdeki bir araştırmada, anksiyete bozukluklarının hipertansiyon sıklığını artırdığı gibi hipertansif hastalarda da anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (137).

Çalışmamızda, psikiyatrik hastalık saptadığımız hastaların tamamına 1x50 mg Sertralin tedavisi başlanmıştır. Bu hastalar incelendiğinde; birinci değerlendirmede psikiyatrik komorbidite saptanıp tedavi başlanan 53 kontrolsüz KB değeri olan hastanın 43'ünün ikinci değerlendirmede KB'nın kontrol altına alındığı görülmüştür. Bu da psikiyatrik tedavi ile hastaların %81,1'inde (kadınlarda %68, erkeklerde 92,9) KB kontrolü sağlandığını göstermektedir. Aynı zamanda bu hastaların yaşam kalitelerinin de yükseldiği göz önüne alınırsa psikiyatrik tedavinin hem KB kontrolü sağladığını hem de yaşam kalitesini yükselttiğini söylemek olanaklıdır. Bu tür bir araştırmaya literatürde

rastlanmamış olup, bizim bulgularımızın doğruluğunu kanıtlamak için daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Yapılan çalışmaların neredeyse tamamına yakını psikiyatrik hastalıkların kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görüldüğünü bildirmesine karşın (79,136) çalışmamızda psikiyatrik hastalık görülme sıklığı açısından erkeklerin kadınlarla yaklaşık eşit oranlara sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bu bulgunun nedenini açıklamaya yönelik çok fazla bilgi içermiyor olsa da, Türk toplumunda erkeklerde kardiyovasküler morbiditenin görece yüksek ve bunu etkileyen etmenlerin daha fazla olması etkiliyor olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmaların büyük bir çoğunluğunda bazı ikincil hastalıkların hipertansiyonla birlikteliği incelenmiş ve bu ikincil ya da ek hastalıkların hipertansiyona etkileri irdelenmiştir (19,138). Türkiye Kardiyoloji Derneği'nin bir araştırmasında hipertansiyona en sık eşlik eden hastalıklar olarak serebrovasküler hastalıklar, koroner kalp hastalıkları, kalp yetmezlikleri, böbrek yetmezlikleri, periferik damar hastalıkları ve retinal hastalıklar olduğu, bu hastalıkların hipertansiyonla birlikteliği durumunda hipertansiyon kontrolünün çok daha zorlaştığı bildirilmektedir (139). Bu araştırmanın ışığında, çalışmaya katılan toplam hastaların %82,4'ünde (n=225) ve KB kontrol altında olmayan hastalarda %91,6'sında herhangi ek sistemik hastalık varlığı söz konusuydu ve bu ek hastalıkların varlığının KB kontrollerini anlamlı olarak güçleştirdiği sonucuna varıldı.

Tamamen sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında herhangi bir veya birden çok hastalığı bulunan bir kişinin yaşam kalitesinin daha düşük olacağı öngörülebilir (140). Bizim çalışmamızda da kan basıncı kontrolü sağlanamayan hastaların yaşam kalitelerinin, kan basıncı kontrol altına alınmış olanlara göre ilgili ölçeğin tüm alanlarında belirgin bir düşüklük görülmüştür. Çalışmanın bu bulgusu da uluslar arası literatürle uyum içerisinde olup, öne sürülen savı desteklemektedir.

Ayrıca psikiyatrik komorbiditenin yaşam kalitesi algısını tüm alt ölçekler bazında düşürdüğü bilinmektedir (122,141). Glassman ve ark. yaptıkları bir çalışmada kardiyovasküler hastalıklarla depresyonun ilişkisini araştırmışlar ve depresyonun bu hastalarda yaşam kalitesini belirgin olarak bozduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da fiziksel fonksiyon dışındaki tüm yaşam kalitesi alanlarında psikiyatrik hastalığı bulunanların daha düşük puan ortalamaları aldıkları görülmüştür. Bu bulgu da genel anlamda psikiyatrik komorbiditenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görüşünü desteklemektedir.

Çalışmaya alınan katılımcıların psikiyatrik hastalığa sahip olmaları göz ardı edildiğinde, genel anlamda yaş arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca psikiyatrik hastalığı bulunup, KB kontrolsüz olanların yaş ortalamaları belirgin olarak daha yüksekti. Bu farkın tedavi sonrasında (ikinci değerlendirilmede) daha da artmış olması, ileri yaşlardaki psikiyatrik hastalığı olanların tedaviye daha az yanıt verdiğini düşündürmektedir. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, geriatric hastalarda psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü, bu hastaların %60-80 arasında tedaviye yanıt verdiği, sertralin ve sitalopramın etkinliklerinin kabul görmesi nedeniyle ilk tercih edilmesi gereken ilaçlar olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada, mevcut tüm antidepresanların geriatric depresyonu tedavi etmede eşit etkiye sahip olduğu, ilaç seçiminde ilacın tolerabilitesi ve güvenliğinin göz önüne alınması gerekliliği bildirilmektedir (142). Amerika'da yapılan benzer araştırmalarda da yaşlılarda ruhsal hastalıkların daha sık görüldüğü ve belirtilerinin silikliği nedeniyle tanı aşamasında güçlüklerle karşılaşıldığı bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmalarda, yaşlılarda görülen ruhsal bozuklukların gençlerde kullanılan antidepresanlarla tedavi edilebileceği, yalnızca ilaç için kontrendikasyon bulunup bulunmadığına dikkat edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (143,144). Bizim bulgularımızda da bu çalışmalarla uyumlu şekilde psikiyatrik komorbidite saptanan hastaların yaş ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda psikiyatrik komorbiditesi olan kadınların, erkeklere oranla yaşam kalitelerinin genel anlamda daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca hem kadınlarda hem de erkeklerde psikiyatrik komorbidite varlığında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Hipertansiyon olsun ya da olmasın psikiyatrik hastalık varlığında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (145).

Bu çalışmamızda ek sistemik hastalığı olanlarda da yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar arasında ek sistemik hastalığı bulunanların yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük bulunması, ek hastalığın, hastaları psikiyatrik komorbidite kadar etkilediği düşüncesini oluşturmaktadır. (139). Hipertansiyona en sık eşlik eden hastalıklar dislipidemi (n=89), tiroid hastalıkları (n=56), dispeptik hastalıklar n=54), koroner arter hastalıkları (n=42) ve diyabetes mellitus (n=16) olarak saptandı. Bu hastalıklardan biri ya da daha fazlasının hipertansiyona eşlik etmesi durumunda psikiyatrik hastalık görülme oranları da yükselmekteydi. Ancak,

sistemik ek hastalık ve psikiyatrik hastalık birlikteliğinin organik beyin sendromları ile ilişkili olabileceği yönünde araştırma yapılması gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde ise, psikiyatrik hastalık bulunması durumunda, ilköğretim ve daha altı eğitim düzeyine sahip hastaların, ortaöğretim ve daha üstü eğitim düzeyine sahip hastalardan daha düşük yaşam kalitesi puanları almış oldukları görülmüştür. Alınmış olan eğitimin düzeyi ile doğru orantılı olarak, psikiyatrik hastalık varlığında yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu da bize eğitim düzeyinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin de yükseldiğini göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da bulgularımızı destekleyen veriler elde edilmiştir (125).

Çalışmamıza katılan hastaların çalışma durumları incelendiğinde ise, psikiyatrik hastalık varlığından bağımsız olarak, çalışanların yaşam kalitesinin hem çalışmayanlardan hem de emeklilerden daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Ülkemizde yapılan bir çalışmada çalışanların psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (125).

Bu çalışmamızda, hipertansiyonun kontrol altında olma durumuna göre inceleme yapıldığında psikiyatrik tanı alan hastaların, hem kontrollü hem de kontrolsüz hipertansiyonu olan gruplarda daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Yine bu da, psikiyatrik hastalığın hipertansiyondan daha fazla oranda hastaların yaşam kalitelerini bozduğunu düşündürmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada bizim bulgularımızı destekler şekilde kontrolsüz hipertansiyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (122).

ACE inhibitörleri, β blokörler, diüretikler gibi bazı antihipertansif ajanların depresif belirtilere yol açtığı bilinmektedir. Bu ajanlar bizim çalışmamızda da hastalar tarafından kullanılmaktaydı. Ancak çalışmamızda bu ajanlar, KISA ölçeğine göre psikiyatrik semptomları olan grupta olduğu kadar olmayan grupta da kullanıldığından etiyolojik kökende bu ilaç kullanımı araştırılmamıştır. Ancak buna karşın depresif eğilim gösteren ya da geçmişte geçirilmiş depresif atakları bulunan hasta grubunda bu ajanların dikkatli kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışma sırasında yapılan 8 haftalık izlemin sonucunda yinelenen KISA soru formu uygulaması kullandığımız antidepresan tedavinin erkeklerde anlamlı olarak daha başarılı sonuçlar verdiğini ve ayrıca ek hastalığı olan hastalarda psikiyatrik semptomları iyileştirmek konusunda daha başarılı olduğunu göstermektedir. Bu konuda literatürde

somut bir kaynak olmamakla birlikte konu daha derinlemesine ve yinelenen çalışmalarda incelenmelidir.

Bu çalışmanın önemli bir kısıtlılığı, uygulanan antidepresan tedavisiyle hipertansiyonun ilişkisini yalnızca 8 hafta gibi kısıtlı bir sürede izlemek zorunda oluşumuzdu. Özellikle SSRI'ların etkisinin başlaması 3-6 hafta arasında değişebildiğinden optimal etkinliğin gözlenememiş olabileceğimizi düşünmemize karşın, antidepresan tedavilerinin uzun soluklu oluşu ve etkilerinin geç manifestasyonu gibi durumlar bu tarz tedavi etkinliklerinin daha uzun süre gözlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte gerçekleştirilen çalışmada KB'ları kontrol altında olmayan hasta grubunda psikiyatrik komorbiditenin yüksek olduğu ve bu hastaların antihipertansif tedavilerine bir antidepresan eklendiğinde kan basıncı yksekliliğini kontrol etmekteki başarımızın artacağını gösteren bulgular bulunmaktadır. Kan basıncı kontrol altında olmayan hasta grubunda SSRI tedavisi uygulanan hastaların ortalama %81,1'i uyguladığımız antidepresan tedaviden yararlanmış ve kan basıncı ortalamalarının ikinci değerlendirmesinde değerlerinin kontrol altında olduğu görülmüştür. Ancak bu alanda hem çalışma süresinin daha uzun tutulduğu, hem de farklı antidepresan ajanlarla karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilen çalışmalara gereksinim vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde ettiğimiz bulgulara ve bu bulguların yorumuna dayanarak çalışmamızdan şu sonuçları çıkarmak olasıdır;

1. Kan basıncı kontrol altına alınamamış olan hastalarda yüksek oranda psikiyatrik hastalık eşlik etmekte, buna karşın psikiyatrik hastalık varlığında da kan basıncı kontrolünü sağlamak güçleşmektedir.
2. Kan basıncı kontrol altında olmayan ve psikiyatrik komorbiditesi olan hastaların antidepresan tedavi ile büyük oranda kan basınçları kontrol altına alınabilmektedir.
3. Kontrolsüz hipertansiyonu olanlarda yüksek oranda psikiyatrik komorbidite rastlanması nedeniyle psikiyatrik tedavi verilerek hastaların kan basınçları kontrol altına alınabilir, psikiyatrik yönden iyileşmeleri sağlanabilir ve yaşam kaliteleri yükseltilebilir.
4. Ek hastalığı bulunan hastalarda yüksek oranda psikiyatrik hastalık da bulunduğu göz önüne alınmalı ve antidepresan tedavi başlanmasının yararları dikkate alınarak hasta bilgilendirilmelidir.
5. Psikiyatrik hastalığı bulunan 65 yaş üzerindeki hastalara antidepresan tedavi verilmesinin ek hastalıklarının yönetimini kolaylaştırabileceği dikkate alınarak bu hastalar bilgilendirilmelidir.
6. Erkekler ve ek hastalığı bulunanlar, psikiyatrik komorbidite varlığında tedaviye daha iyi yanıt vermektedir.
7. Birinci basmakta görev yapan Aile Hekimleri hem hipertansiyon ve psikiyatrik komorbidite hakkında bilgilendirilmeli, hem de hastalarını yaşam kalitesi ve psikiyatrik sağlık ölçekleriyle izlemeleri özendirilmelidir. Konuyla ilgili eğitimler yapılmalıdır. Özellikle KISA Soru formu gibi ölçeklerin kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans. World family doctors. Caring for people. (WONCA) Europe– 2002.
2. Astin JA, Soeken K, Sierpina VS, Clarridge BR. Barriers to the integration of psychosocial factors in medicine: results of a national survey of physicians. *J Am Board Fam Med.* 19(6):557–65, 2006.
3. Dünya Sağlık Raporu 1998. 21.Yüzyılda yaşam herkese ortak bakış özet rapor Çeviri: Güngör İ, Saçlı F. Çeviri Editörü: Metin B. Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Ankara, 1998.
4. Todd J, Armon C, Griggs A, Poole S, Berman S. Increased rates of morbidity, mortality, and charges for hospitalized children with public or no health insurance as compared with children with private insurance in Colorado and the United States. *Pediatrics.* 118(2):577–85, 2006.
5. Nowalk MP, Zimmerman RK, Tabbarah M, Raymund M, Jewell IK. Determinants of adult vaccination at inner-city health centers: A descriptive study. *BMC Family Practice.* 7:2. 2006.
6. Sudan İ. TEKHARF çalışmasında hipertansiyon yönünden elde edilen veriler ve bunların yorumu. In. Onat A (ed). TEKHARF. İstanbul. 2000; 46–56.
7. Edirne S. Türkiye hipertansiyon haritası. Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği. Pfizer. İstanbul. 1993.
8. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:99–106.
9. Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A Descriptive and Comparative Study of the Prevalence of Depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care* 26:2311–2317, 2003.
10. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Family Medicine.* 38(9):653-60. 2006.
11. Roose SP. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry.* 8:19-22. 2001.
12. World Health Organization (WHO), International Society of Hypertension (ISH) Writing Group. 2003 World Health Organization / International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003, 21: 1983–1992.

13. Arık N, Korkmaz M. Hipertansiyon. 1996 (2. Baskı), İstanbul. 7–52.
14. Bilir N, Çöl M, Kumbasar D ve ark. Birinci basamakta kronik hastalıklar kontrol programı. I-Hipertansiyon. Ankara. 2003; 21–36.
15. Candan İ. Medikal Tedavi (Cilt 1). Antıp Yayınları. Ankara. 2003; 361–365.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. National high blood pressure education program coordinating committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289: 2560–2572.
17. Burak K, Demircioğlu C, Ersanlı O. Kalp ve damar hastalıkları. Onat A. (ed) İstanbul. 1997; 423–432.
18. Hadse M. Etimesgut ve Mamak'ta görev yapan askeri personelde hipertansiyon sıklığının ve bazı risk faktörlerinin saptanması. Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Dergisi. 1995;12(1–3):3–27.
19. Mollaoğlu M, Özkan TF, Kars FT. Sivas ili Çayboyu mahallesinde yaşayan bireylerde hipertansiyon risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2005. 15(2):45–50.
20. Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G, Genç M, Kurçer MA. Malatya ili Güzelyurt Kasabası 30 yaş ve üzerindeki kişilerde hipertansiyon prevalansı ve hipertansiyonu etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum. 2002, 2(1):46–49.
21. Önal E, Tümerdem Y. Yaşlılıkta hipertansiyon. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Türk Geriatri Dergisi. İstanbul. 2001; (4):4.
22. Carr AA, Prisant LM, Batini PB. Hipertansiyon sadece bir kan basıncı sorunu değildir. Sendrom. 1994; 6(11):79–83.
23. Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious coping, ethnicity and ambulatory blood pressure. Psychosomatic Medicine 63: 523–530,2001.
24. Mainous AG, King DE, Garr DR, Pearson WS. Race, rural residence, and control of diabetes and hypertension. Ann Fam Med.;2(6): 563–8. 2004.
25. Otten MW, Teutsch SM, Williamson DF, Marks JS. The effect of known risk factors on the excess mortality of black adults in the United States. JAMA. 1990;263:845–850.
26. Amparo Castillo-Richmond, MD; Robert H. Schneider, MD; Charles N. Alexander, PhD; Robert Cook, MD; Hector Myers, PhD; Sanford Nidich, PhD; Chinelo Haney, MBA; Maxwell Rainforth, PhD; John Salerno, PhD. Effects of

- stress reduction on carotid atherosclerosis hypertensive African Americans. *Stroke* 2000;31;568–573.
27. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99: 2192–2217.
 28. Blumenthal J, Jiang W, Babyak M, Krantz D, Frid D, Coleman R, Waugh R, Hanson M, Appelbaum M, O'Connor C, Morris J. Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. *Arch Intern Med*. 1997;157:2213–2223.
 29. Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. Yüzyıl dönümünde Türk erişkinlerinde koroner risk haritası ve koroner kalp hastalığı. *Argos İletişim*. İstanbul. 2001; 51–60.
 30. Özcan N, Tüzün A, Baykal Y. Yaşlılık ve Hipertansiyon. *T. Klinik Tıp Bilimleri*. 1995(15): 207–209.
 31. World Health Organization. Prevention in childhood and youth of adult cardiovascular diseases: time for action. 1990. Technical Report Series No: 792, WHO, Geneva, page 74–80,1990.
 32. Braunwald R, Fauci A, Kasper D, Houser S, Longo D, Jameson L. Principles of internal medicine. Harrison's 15th edition. Mc Graw-Hill Companies. New York. Volume 1, page: 1414–1430–2001.
 33. Soucek M, Widimsky J, Lanska V. Control of Hypertension in patients with hypertension, diabetes and impaired fasting glucose by Czech primary care physicians. *Kidney & Blood Press Res*. 29:366–372. 2006.
 34. Kaplan NM. The deadly quartet: upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension. *Arch Intern Med*, 149: 1514–1520, 1989.
 35. Modan M, Halkin H, Almay S, Lusky A. et al. Hyperinsulinemia. A link between hypertension, obesity and glucose intolerance. *J Clin Invest* 75: 809–817, 1997.
 36. Golino P, Trimarco B. Arteriyel hipertansiyona yaklaşım. Edirne S. (ed). 2003;12–52.
 37. Çöl M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. Somgür Yayıncılık. Ankara. 1994; 2–46.
 38. Emsal T. Kalecik Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2000.

39. Süleymanlar G. Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşım. Modern Tıp Seminerleri:6. 2000; 1–53.
40. Diyet el kitabı, Baysal A. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999.
41. Jonas MA, Oates JA, Ockene JK, Hennekens CH. Statement on smoking and cardiovascular disease for health care professionals. American Heart Association. Circulation, 86(5):1664–9, 1999.
42. Gropelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. J Hypertension, 10(5): 495–9, 1999.
43. Michael K, Magill MD. et al. Hipertansiyon Tedavisinde Son Gelişmeler. Güncel Tıp. Kasım 2003; 11(11):10–14.
44. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson CE. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. The Björknas study. Scandinavian Journal of Public Health. 34: 453–461. 2006.
45. Kokkinos PF, Narayan P, Collieran JA, Pittaras A, Notargiacomo A, Reda D, Papademetriou V. Effects of regular exercise on blood pressure and left ventricular hypertrophy in African-American men with severe hypertension. N Engl J Med. 333(22): 1462–7, 1999.
46. Kaplan NM. Hypertensive and atherosclerotic cardiovascular disease. Systemic hypertension. Heart Disease. 2001; 941–968.
47. Eliot DL. Cecil textbook of medicine. Pregnancy: hypertension and other common medical problems. (Goldman L, Bennet JC, ed) twenty first edition. Philadelphia, USA. W. B. Saunders Co. 1351–1352. 2000
48. Chuna EK, Tighe DA. Kardiyovasküler El Kitabı (1). Bayer.
49. World Health Organization- International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Journal of Hypertension. 17: 151–183. 1999.
50. Oparil S. Cecil textbook of medicine. Arterial hypertension (Goldman L, Bennet JC, ed) twenty first edition. Philadelphia, USA. W. B. Saunders Co. 258–259. 2000.
51. Pınar T. Hipertansiyon tedavi el kitabı. (Pınar T, ed). 26. Baskı. Ankara. Türdav. Cilt 1. 75. 1992.
52. Yüksel A. Tanı. Klinik Hipertansiyon Tedavisi. (Dursun AN, ed). 1. Baskı. İstanbul. AND. 27,28. 2005.

53. Waeber B, Brunner HR. Antihipertansif Ajanlar: ilaç etki mekanizmaları. Atlas of hypertension. (Hollenberg NK, ed) Fifth edition. Philadelphia, Current Medicine LLC. 165, 2005.
54. Mello G, Parretti E, Gensini F. Maternal-fetal flow, negative events, and preeclampsia: role of ACE I/D polymorphism. *Hypertension*. 41(4):932–7. 2003.
55. Muller PR, James A. Pregnancy with prolonged fetal exposure to an angiotensin-converting enzyme inhibitor. *J Perinatol*. 22(7):582–4. 2002.
56. Rosenthal T, Oparil S. The effect of antihypertensive drugs on the fetus. *J Hum Hypertens*. 16(5):293–8. 2002 Review.
57. Karla PA. Renal specific secondary hypertension. *ERCA J*. 33(1):4–10. 2007.
58. Keane WF. Metabolic pathogenesis of cardiorenal disease. *Am J Kidney Dis*. 38(6):1372–5. 2001.
59. de Simone G, Greco R, Mureddu G, Romano C, Guida R, Celentano A, Contaldo F. Relation of left ventricular diastolic properties to systolic function in arterial hypertension. *Circulation*. 101(2):152–7. 2000.
60. Zanchetti A, Cuspidi C, Comarella L, Rosei EA. Left ventricular diastolic dysfunction in elderly hypertensives: results of the APROS-diadys study. *J Hypertens*. 25(10):2158–67. 2007.
61. Sesso HD, Chen RS, L'Italien GJ, Lapuerta P. Blood pressure lowering and life expectancy based on a Markov model of cardiovascular events. *Hypertension*. 42(5):885–90. 2003.
62. Redon J, Cea-Calvo L, Lozano JV. Blood pressure and estimated risk of stroke in the elderly population of Spain: the PREV-ICTUS study. *Stroke*. 38(4):1167–73. 2007.
63. Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke* 34(11):2741–8. 2003.
64. Garner A, Ashton N. Pathogenesis of hypertensive retinopathy: a review. *J R Soc Med*. 72(5):362–5. 1979.
65. Wong TY, McIntosh R. Hypertensive retinopathy signs as risk indicators of cardiovascular morbidity and mortality. *Br Med Bull*. 7;73–74: 57–70. 2005.
66. Fimognari FL, Picirillo G, Lama J, Paganca P. Associated daily biosynthesis of cortisol and thromboxane A2: a preliminary report. *J Lab Clin Med*. 128(1):115–21. 1996.

67. Chrapko WE, Jurasz P, Radomski MW, Lara N. Decreased platelet nitric oxide synthase activity and plasma nitric oxide metabolites in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 15;56(2):129–34. 2004.
68. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Altıncı baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995, s.101–113.
69. Köknel Ö. Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989.
70. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz dergisi*. 12 (2): 63–73. Ankara, 2004.
71. Öniz A. Temel Sağlık Hizmetleri ve Ruh Sağlığı Seminer Notları. İzmir, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 2001.
72. Regier D, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK (1993) The De Facto US Mental and Addictive Disorders Service System Epidemiological Catchment Area Prospective I-Year Prevalence Rates of Disorders and Services, *Arch Gen. Psych*, 50; 85–94.
73. Ormel J, Koeter WJ, Brink W, Willige G. Genel Tıpta Anksiyete ve Depresyonun Tedavisi ve Gidişi, *JAMA*, Şubat, Cilt 5, Sayı 2, Depresyon Eki, S: 1–8, 2002.
74. John A. Astin, PhD, Karen Soeken, PhD, Victor S. Sierpina, MD, and Brian R. Clarridge, PhD. Barriers to the Integration of Psychosocial Factors in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *J Am Brd Fam Med*. 2006; 19 (6).
75. SU Shah, Z Iqbal, A White, S White, Heart and mind: (2) psychotropic and cardiovascular therapeutics. *Postgrad Med J* 2005;81: 33–40.
76. Dişçigil G. Psikososyal Bozukluklar. Depresyon. *Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi*. (Kut A, Tokalak İ, Eminsoy G, ed) birinci baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 559–600, 2007.
77. Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H. Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*. 21(10):1125–7. 2006.
78. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
79. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 43–48.

80. Akalın ES, Cimili C, Kuzhan E (2002) Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(2): 58-62.
81. Güleç C. Psikiyatri temel kitabı. Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
82. Işık E. Duygu Durum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. (Işık E, ed) Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası; 2003.
83. Öztürk MO. Duygulanım bozuklukları. (Öztürk MO, ed) Ruh sağlığı ve bozuklukları. 8. basım. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
84. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik psikiyatri. 2. baskı. Güneş Kitabevi; 2005.
85. Kulaksızoğlu IB. Tanı ve Tedavi Dahiliye. Depresyon (Erbil Y, ed). 2'nci baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 258–259, 2006.
86. Valenti PF, Roman C. Medicina Interna. 13th edition. Madrid: Harcourt Brace, 1997.
87. Süzer Ö, Şenses V. Temel ve Klinik Farmakoloji. Antidepresif Ajanlar (Katzung BG, ed). Altıncı baskı. İstanbul, Barış Kitabevi, Cilt I, 596–609, 1995.
88. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. Sted. 12:8; 286–8. 2003.
89. Aydın S. Psikososyal Bozukluklar. Anksiyete Bozuklukları. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. (Kut A, Tokalak İ, Eminsoy G, ed) birinci baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 610–621, 2007.
90. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. Am J Psychiatry. 157(5):669–82. 2000.
91. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:142–147.
92. Alkın T, Alptekin K. Yaygın anksiyete bozukluğu. (Köroğlu E, ed) Anksiyete monografı serisi, 4. Monograf, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
93. Atalay ND, Bayraktar E. Panik bozukluk. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları. Bornova, İzmir, 1992.
94. Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. (Köroğlu E, ed), Anksiyete Monografı Serisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
95. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 8. Baskı, Oxford University Pres, Oxford, 1997.
96. Turner SM, Beidel DC, Cooley MR. A multicomponent behavioral treatment for social fobia. Social effectiveness therapy. Behav. Res. Therapy. 32: 381–390, 1994.

97. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR. Social fobia. Diagnosis, assesment and treatment. NY, Guilford pres, 1995.
98. Tunçer Ö. Acil Psikiyatride Somatoform Bozukluklar. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2–3 Aralık 1999, İstanbul, s. 135–138.
99. Yaman H, Akdeniz M. Somatoform Semptomlar ve Bozuklukları. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. (Kut A, Tokalak İ, Eminsoy G, ed) birinci baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 631–639, 2007.
100. Özmen E, Demet MM, İçelli İ, Yolasığmaz G, Kültür S. Eğitim veren bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri. Kriz Dergisi 2(1): 235–240)
101. Blackwell B, De Moran NP. The primary care of patients who have bodily concerns. Arch Fam Med. 5: 457. 1996.
102. Karakaş S, BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik testler için araştırma ve geliştirme çalışmaları, 1. Baskı, Ankara, Dizayn Ofset, 2004.
103. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience, J Psychiatr Res. 24 Suppl 2:3–14, 1990.
104. Manderscheid RW, Rae DS, Narrow WE, Locke BZ. Congruence of service utilization estimates from the Epidemiologic Catchment Area Project and other sources. Arch Gen Psychiatry. 50(2):108–14, 1993)
105. Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanrıverdi N. Acta Psychiatr Scand. 91(6):410–3, 1995.
106. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA. 14;272(22):1749–56, 1994.
107. Mulrow CD, Willams JW, Gerety MB, Ramirez G. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med. 15;122(12):913–21, 1995.
108. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 12(7):439–45, 1997.
109. Parker T, May PA, Maviglia MA, Petrakis S. PRIME-MD: its utility in detecting mental disorders in American Indians. Int J Psychiatry Med. 27(2):107–28, 1997.

110. Kroenke K, Spitzer RL, de Guy FV, Hahn SR. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 54(4):352–8, 1997.
111. Tural U, Coşkun B, Önder E, Çorapçıoğlu A. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress*. 17(6):451–9, 2004.
112. Çorapçıoğlu A. KıSA Sağlık Anketi Genel Bilgileri. İstanbul, Omega Yayıncılık, 2002.
113. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi, Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8 Nisan 2004, İzmir.
114. World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93,9)
115. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999.
116. Aydemir Ö. Konsülasyon-Liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form–36 (SF–36); *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*; 7:14–22, 1999.
117. Stucki G, Liang MH, Phillips C, Katz JN. The Short-Form is preferable to the SIP as a generic health status measure in patients undergoing elective total hip arthroplasty. *Arthritis Care*. 8:174–81,1995.
118. Kim KI, Lee JH, Chang HJ. Association Between Blood Pressure Variability and Inflammatory Marker in Hypertensive Patients. *Circ J* 2008; 72: 293-298.
119. Onat A, Doğan Y, Uyarel H et al (2002) Blood pressure levels in Turkish adults: initial trend to improved blood pressure control. *Arch Turk Soc Cardiol* 30:749–757.
120. Abacı A, Kozan Ö, Oğuz A. Prescribing pattern of antihypertensive drugs in primary care units in Turkey: results from the TURKSAHA study. *Eur J Clin Pharmacol* (2007) 63:397–402.
121. Davidson K, Jonas BS, Dixon KE. Do depressive symptoms predict earlyhypertension incidence in young adults in the CARDIA study. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 1495-1500.
122. Glassman A, Shapiro PA, Ford DE. Cardiovascular Health and Depression. *J Psychiatric Practice*. 2003 Nov;9(6):409-21.

123. Vatanserver K. Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1998.
124. Erefe İ, Bahar Z. Koroner Kalp Hastalığının Oluşumunda Hipertansiyonun Etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı. 1992;30(4):2-5.
125. Sarısözen D. Nilüfer Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Etki Eden Etmenler, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 2006.
126. Hacıalioglu N, Günaksın A, İnandı T. Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi 30 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve İlgili Etmenler. T. Klin. Tıp Bilimleri. 1999; 19:200-208.
127. Freias O, Carvalho F, Neves JM, Veludo PK. Prevalence of Hypertension in the Urban Population of Catanduva, in the State of Sao-Paulo, Brazil, Arch Bras Cardiol, 77(1):9-21, 2001.
128. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA Et Al, ALLHAT Collaborative Research Group (2002) Success And Predictors Of Blood Pressure Control In Diverse North American Settings: The Antihypertensive And Lipid-Lowering Treatment To Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) J Clin Hypertens 4:393–405.
129. Sturani A, Esposti ED, Serra M et al (2002) Assessment of antihypertensive drug use in primary care in Ravenna, Italy, based on data collected in the PANDORA project. Clin Ther 24:249–259.
130. Chamontin B, Poggi L, Lang T et al (1998) Prevalence, treatment and control of hypertension in the French population data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. Am J Hypertens 11:759–762.
131. Guidelines Committee (2003) European society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 21:1011–1053.
132. Bruce M, Lumley T, Furberg CD. Health Outcomes Associated with Various Antihypertensive Therapies Used as First-Line Agents. JAMA, May 21, 2003, 289(19), 2534-44.
133. Siegel D, Lopez J, Meier J, Cunningham F (2001) Changes in the pharmacologic treatment of hypertension in the Department of Veterans Affairs 1997–1999: decreased use of calcium antagonists and increased use of -blockers and thiazide diuretics. Am J Hypertension 14:957–962.

134. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Erbay B. Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey in 2003. *J Hypertension* 23(10):1817-23, 2005.
135. Sharma AM, Wittchen HU, Kirch W et al (2004) High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *J Hypertens* 22:479-486.
136. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Dergisi* 12(1): 41-45.
137. Vural M, Başar E. Anksiyete bozukluğu ve ani ölüm. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2007; 7: 179-83.
138. Ekmekçi Ö, Donma O, Aydemir A, Özdemir S, Bağrıaçık N. Hipertansif Diyabetik Bireylerin Plazma Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim Aktivitesi ile Plazma ve Eritrosit Çinko Düzeyleri. *T Klin Tıp Bilimleri* 2002, 22.
139. Büyüköztürk K, İlerigelen B, Kabakçı G, Koylan N, Kozan Ö. Türkiye'deki Hipertansiyon Hastalarının Risk Profillerinin Belirlenmesine Yönelik Geniş Ölçekli Bir Çalışma: I.C.E.B.E.R.G. Çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2004; 32: 344-349.
140. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı Nüfus Ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7 (3): 162-165.
141. Cheng Y, Coakley E, Schwartz J. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ* 2000;320;1432-1436.
142. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri / Cilt 8, Sayı 1, 2006.*
143. Padala PR, Roccaforte WH, Burke WJ (2004) Antidepressants in the treatment of depression in older adults. *Primary Psychiatry*, 11(8): 35-39.
144. Mathews M, Mathews J (2004) Recognition and treatment of depression in the elderly. *Primary Psychiatry*, 11(2): 33-7.
145. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(1):72-80.

8. EKLER

EK-I : SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adınız, Soyadınız:		
2. Yaşınız:		
3. Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek
4. Kilonuz ve boyunuz: kgcm
5. Medeni haliniz:	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul
6. Eğitim düzeyiniz:	<input type="checkbox"/> Okuma-yazma bilmiyorum <input type="checkbox"/> İlkokul mezunuyum <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunuyum	<input type="checkbox"/> Lise mezunuyum <input type="checkbox"/> Üniversite mezunuyum <input type="checkbox"/> Lisans üstü mezunuyum
7. Çalışma durumunuz: (birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Emekliyim <input type="checkbox"/> Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışmıyorum	
8. Mesleğinizi lütfen ayrıntılı belirtiniz: (emekli iseniz lütfen emekli olmadan önceki mesleğinizi belirtiniz)	<input type="checkbox"/> İşçi, <input type="checkbox"/> Memur, <input type="checkbox"/> Serbest meslek (esnaf/çiftçi vs.): <input type="checkbox"/> Diğer	
9. Tuzsuz yemeye özen gösterir misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır, bütün yemeklerime tuz koyarım <input type="checkbox"/> Hayır, ara sıra öğünümde tuzlu yerim <input type="checkbox"/> Evet, tamamen tuzsuz yerim	
10. Sigara kullanıyor musunuz / kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Evetyıldır, gündeadet kullanıyorum/kullandım	
11. Alkol kullanıyor musunuz / kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Evetyıldır, haftada ...kadeh kullanıyorum/kullandım	
12. Egzersiz yapıyor musunuz? yapıyorsanız ne aralıkla yaptığınızı belirtiniz:	<input type="checkbox"/> Hiç egzersiz yapmıyorum (17. soruya geçiniz) <input type="checkbox"/> Düzensiz aralıklarla yapıyorum <input type="checkbox"/> Düzenli egzersiz yapıyorum: <input type="checkbox"/> Her gün <input type="checkbox"/> Haftada üç günden fazla <input type="checkbox"/> Haftada iki ya da üç gün <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz):	
13. Yaptığınız egzersizin türünü lütfen belirtiniz:	<input type="checkbox"/> Yürüyüş <input type="checkbox"/> Tempolu yürüyüş <input type="checkbox"/> Koşu <input type="checkbox"/> Pasif hareketler (aerobik, fitness, step vs.) <input type="checkbox"/> Yüzme <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz):	

14. Hipertansiyon tanınız nasıl kondu?	<input type="checkbox"/> Şikayetim olmadan sağlık kontrolüne gittiğimde <input type="checkbox"/> Şikayetlerim için başvurduğum doktor tarafından																										
15. Ne kadar zamandır hipertansiyon tedavisi alıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1–12 ay <input type="checkbox"/> 1–10 yıl <input type="checkbox"/> 10 yıldan fazla																										
16. Halen kullanmakta olduğunuz ilaç/ilaçları ne dozda ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="587 423 932 521">İLAÇ İSMİ</th> <th data-bbox="932 423 1195 521">GÜNLÜK TOPLAM DOZU</th> <th data-bbox="1195 423 1414 521">SÜRESİ (Yıl/Ay)</th> <th data-bbox="1414 423 1465 521"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="587 521 932 560"></td> <td data-bbox="932 521 1195 560"></td> <td data-bbox="1195 521 1414 560"></td> <td data-bbox="1414 521 1465 560"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 560 932 598"></td> <td data-bbox="932 560 1195 598"></td> <td data-bbox="1195 560 1414 598"></td> <td data-bbox="1414 560 1465 598"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 598 932 636"></td> <td data-bbox="932 598 1195 636"></td> <td data-bbox="1195 598 1414 636"></td> <td data-bbox="1414 598 1465 636"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 636 932 674"></td> <td data-bbox="932 636 1195 674"></td> <td data-bbox="1195 636 1414 674"></td> <td data-bbox="1414 636 1465 674"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 674 932 712"></td> <td data-bbox="932 674 1195 712"></td> <td data-bbox="1195 674 1414 712"></td> <td data-bbox="1414 674 1465 712"></td> </tr> </tbody> </table>			İLAÇ İSMİ	GÜNLÜK TOPLAM DOZU	SÜRESİ (Yıl/Ay)																					
İLAÇ İSMİ	GÜNLÜK TOPLAM DOZU	SÜRESİ (Yıl/Ay)																									
17. Son bir ay içinde hipertansiyon ilaçlarınızda ya da bu ilaçların dozlarında değişiklik yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (hangi ilacınızda değişiklik yapıldı belirtiniz!)																										

18. Aşağıda isimleri verilen hastalıklardan sizde var olanları, bu hastalıklarla ilgili aldığınız tedavileri ve bu tedavilere gösterdiğiniz uyumu işaretleyiniz.

(Uygulanan tedavi bölümünde hastalığınıza uygun satıra size uygulanan tedavilerle ilgili bir ya da daha fazla bölmeye işaret koyunuz. Uyum bölümlerine ise size önerilen tedavi rejimlerine göstermiş olduğunuz uyuma göre işaret koyunuz.)

Hastalık	Uygulanan Tedavi						Uyum		
	ilaçsız takip	ilaç	ameliyatsız girişim	ameliyat	organ nakli	diğer	iyi	orta	kötü
Şeker hastalığı									
Kolesterol yüksekliği									
Şişmanlık (obezite)									
Guatr									
Kalp damar tıkanıklığı									
Geçirilmiş kalp krizi									
Kalp yetmezliği									
Kalp ritim bozukluğu									
Geçirilmiş beyin kanaması ya da inme									
Epilepsi (sara hastalığı)									
Böbrek yetmezliği									
Yüksek tansiyona bağlı göz dibi hastalığı									
Astım ya da başka akciğer hastalığı									
Karaciğer hastalığı									
Geçirilmiş mide kanaması									
Ülser ya da gastrit									
Romatizmal hastalık									
Kanser, tümör ya da kitle									
Depresyon									
Panik Atak									
Diğer: (belirtiniz!)									

EK-II : SF-36 Soru Formu

Hasta adı, soyadı:

Tarih:

Protokol No:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyile karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyile hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırını etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- Hiç
- Çok hafif
- Hafif
- Orta
- şiddetli
- Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırını etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

EK-III: KıSA Soru Formu



KISA SAĞLIK ANKETİ

Bu anketteki sorulara vereceğiniz yanıtlar sağlığınız ile ilgili sorunları daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve kendinize en uygun yanıtı veriniz.

KISA

Ad soyad _____ Yaş _____
Cinsiyet Kadın Erkek _____ Tarih _____

1 SON 1 AY SÜRESİNCE aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile ilgili ne kadar sıkıntı yaşadınız?

	Hiç sorun yaşamadım	Bir miktar sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım
a. Mide ağrısı			
b. Sirt ağrısı			
c. Kol, bacak ve eklemlerde (dizler, kalça vs.) ağrı			
d. Adet ağrısı ya da aybaşı sorunları			
e. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da sorunlar			
f. Baş ağrısı			
g. Göğüs ağrısı			
h. Baş dönmesi			
i. Bayılma nöbetleri			
j. Kalp çarpıntısı			
k. Nefes darlığı			
l. Kabızlık ya da ishal			
m. Bulantı, gaz ya da hazımsızlık			

HAYIR EVET

Bu şikayetlerinizin ruhsal sıkıntılarınızdan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?

Bu sorunlar nedeniyle bir doktora başvurduunuz mu?

Başvurduğunuz doktor, şikayetlerinizin sinirsel olabileceğini söyledi mi?

Bilinen, teşhis konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

YOK

VAR (aşağıya yazınız)

LÜTFEN SAYFAYI ÇEVİRİNİZ >

KISA'nın Türkiye için geliştirilmesi Doç. Dr. Aytaç Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır.

2 SON İKİ HAFTA SÜRESİNCE ne sıklıkta aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile ilgili sorun yaşadınız?

	Hiç	Birkaç gün	Bir haftadan daha fazla	Hemen hemen hergün
a. Yaptığınız şeylere ilginizin azaldığı ya da zevk alamadığınız oldu mu?				
b. Kendinizi çökkün, kederli ya da umutsuz hissettiniz mi?				
c. Uykuya dalma, uykuyu sürdürme güçlüğü ya da çok fazla uyuduğunuz oldu mu?				
d. Yorgunluk ya da bitkinlik hissettiniz mi?				
e. İstahsızlığınız ya da aşırı yemek yediğiniz oldu mu?				
f. Kendinizi yetersiz ve ailesini hayal kırıklığına uğratmış biri gibi hissettiniz mi?				
g. Gazete okumak ya da televizyon seyretmek gibi konularda dikkatinizi toplamakta güçlük çektiniz mi?				
h. Baskaları farkına varacak derecede yavaş hareket ettiğiniz ve yavaş konuştuğunuz ya da tersine huzursuzluk nedeniyle yerinizde duramadığınız oldu mu?				
i. "Ölsem daha iyi" diye düşündüğünüz ya da kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz oldu mu?				

3 İç sıkıntısı ile ilgili sorular

HAYIR EVET

- a. SON 1 AY İÇİNDE bir iç sıkıntısı nöbetiniz oldu mu?
(birdenbire ortaya çıkan korku ya da panik)

Eğer yanıtınız HAYIR ise 4. soruya geçiniz

- b. Böyle bir durum daha önce de olmuş muydu?
- c. Bu nöbetler bazen aslında sıkıntılı ve gergin olmadığınız bir zamanda da **birdenbire** ortaya çıkar mı?
- d. Bu nöbetler size aşırı sıkıntı verir mi ya da nöbetlerin tekrarlayacağından endişe eder misiniz?
- e. En son sıkıntı nöbetiniz sırasında nefes darlığı, ter basması, kalp çarpıntısı, baş dönmesi ya da baygınlık hissi, karıncalanma ya da uyuşma, bulantı ya da mide rahatsızlığı hissettiniz mi?

4 Şu ana kadar cevaplamış olduğunuz sorulardaki herhangi bir problem diğer insanlarla olan ilişkilerinizi, evde ve işte gereken sorumluluklarınızı yerine getirmenizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi Bir miktar etkiledi Oldukça fazla etkiledi Aşırı derecede etkiledi

Doktorun adı soyadı

Tarih

EK-IV : GENEL TIBBİ MUAYENE FORMU

Tarih: / /

Adı, soyadı:

Protokol No:

Hastanın şikayeti:

Hastanın hikayesi:

Öz geçmişi: (ameliyatlara ve girişimler)

Soy geçmişi: (aile hikayesi)

Muayene bulguları:

TA:

Nb:

SS:

VI:

Genel durum:

Oryantasyon:

Kooperasyon:

BKİ:

Baş- boyun:

Solunum sistemi:

Dolaşım sistemi:

Karın muayenesi:

Ekstremiteler muayenesi:

Nörolojik muayene:

Ön tanı/Tanı: Ortalama Kan Basıncı:

Yeni başlanan ilaç ve dozu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

EK V: GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DOKÜMAN NO: BÜ-E/Ö-TP-F-FRM-013
SAYFA SAYISI: 1/1
REVİZYON NO: 00
UYGULAMA TARİHİ: 15.07.2001

GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Araştırmanın konusu	: Antihipertansiflerle Arteriyel Kan Basınçları Kontrol Altına Alınamayan Hastaların Psikososyal Açından Değerlendirilmesi ve SSRI'ların Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi
Araştırmanın amacı	: Hipertansif hastalarda duygu durum, anksiyete ve somatoform bozuklukların görülme sıklığını, bu hastaların yaşam kalitelerini saptamak ve kontrol edilemeyen hipertansiyonu olan psikiyatrik hastalara SSRI vererek, hipertansiyonun kontrolündeki psikiyatrik destek gereksinimini araştırmaktır.
Araştırmaya katılma süresi	: 8 hafta
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı	: 284

Bu araştırmada, klasik antihipertansif ilaçlardan herhangi birini veya birkaçını kullandığı halde kan basıncı istenen düzeylerde seyretmeyen hastalardaki olası depresyon ya da kaygı bozukluğu rahatsızlığının ortaya konması amaçlanmaktadır. Böylece hastaların altta yatan ve tanı konmamış depresyon ve kaygı bozuklukları tedavi edilerek kan basınçları kontrol altına alınmaya çalışılacaktır. Dolayısıyla hastaların almakta oldukları hipertansiyon tedavisindeki başarısızlığın asıl nedeni ortadan kaldırılmış olacaktır.

Araştırmaya katılırken almakta olduğunuz tedavilere aynen devam etmeniz gerekmektedir. Uygulanacak olan soru formlarının değerlendirilmesi doğrultusunda size depresyon tanısı konması durumunda halen günümüzde yaygın olarak bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmakta olan "Sertralin" etken maddeli ilaçtan her gün bir tablet almanız önerilecektir. Bu ilacı kullanmaya başladıktan sekiz hafta sonra kontrole çağrılarak ilk görüşmede uygulanan soru formları tekrarlanacaktır. Böylece, depresyon ya da kaygı bozukluğu tedavisiyle yaşam kalitenizde herhangi bir değişiklik olup olmadığı karşılaştırılacaktır.

Yukarıda adı geçen "Sertralin" içerikli ilaç, bazı kişilerde ilk 7-10 gün içinde halsizlik, sersemlik, ağız kuruluğu, bulantı, ishal, terleme gibi yan etkilere neden olabilmektedir. Fakat bu yan etkilerin çok az hastada görüldüğü, geçici olduğu ve ilacın büyük oranda güvenilir olduğu bilinmektedir. İlaç akşamları yatmadan önce bol suyla alınmalı, alkolle birlikte kesinlikle alınmamalıdır. Warfarin, fenitoin, propranolol, lityum, triptofan, fenfluramin, moclobemid ve pargylin içerikli ilaçları kullananlar "Sertralin" kullanmamalıdır. Bu yüzden kullanmakta olduğunuz ilaçları eksiksiz olarak bildirmeniz gerekmektedir.

Anlatılan yan etkilerin dayanılamayacak boyuta ulaşması, bahsedilenden daha uzun sürmesi veya farklı bir yan etki görülmesi durumunda hemen ilacı bırakarak aşağıda "Araştırmacı" bölümünde adı ve telefonu verilen doktor ile temasa geçmeniz ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurmanız gerekmektedir.

Söz konusu araştırmaya katılımınızın size maddi olarak hiçbir yansıması olmayacaktır. Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ KATILIMCI	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Bilgi verebilecek kişi:	İmza
VELİ , VASİ VEYA VEKİL	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Dr. Celalettin Göktekin Adresi: Gazi Mh. Saatçi Sk. No: 15/1 Yenimahalle/ ANKARA	Telefon : (0 312) 2229490 Cep Tel : (0 505) 3495589
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BİLGİ İÇİN BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
TANIK	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

Not. Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.