T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

30-65 YAŞ ARASINDA KRONİK HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE ANKSİYETE - DEPRESYON GÖRÜLME İLİŞKiSİ

Dr. Emel OCAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut GÖK BALCI

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

30-65 YAŞ ARASINDA KRONİK HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE ANKSİYETE - DEPRESYON GÖRÜLME İLİŞKİSİ

Dr. Emel OCAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut GÖK BALCI

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2021

TEŞEKKÜR

Saygıdeğer tez danışmanım **Doç. Dr. Umut GÖK BALCI**'ya,

Eğitimim süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim, bilgi, destek ve katkılarını esirgemeyen saygıdeğer **Hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma**,

Tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan **aileme**, sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emel OCAK

İZMİR 2020

ÖZET

30-65 Yaş Arasında Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Kişilerde Anksiyete - Depresyon Görülme İlişkisine Bakmak, Dr. Emel Ocak, İzmir, 2020

Amaç: Bu çalışmada 30-65 yaş arası yetişkinlerde kronik hastalık varlığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışma olup, İzmir Bornova 10 nolu Evka-3 Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 30-65 yaş arası hastaların prospektif olarak değerlendirilmesiyle 1 Ağustos 2020 - 30 Eylül 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Olguların kronik hastalıkları, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenleri kaydedilmiştir. Depresyon ve anksiyete Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların %37,2'si 30-39 yaş arasında, %57,8'i kadın, %78,3'ü evli, %58,9'u yüksekokul ve üzeri bir öğrenime sahipti. Kişilerin %48,9'unun herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olanların %62,5'i çalışan, %25'i emeklilerden oluşuyorken, kronik hastalığı olmayanların %76,1'i çalışan, %8,7'si emeklilerden oluşmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta emeklilerden, daha az sıklıkta çalışan kişilerden oluşmaktadır (p=0,025). Kronik hastalığı olan olguların %12,5'inin, kronik hastalığı olmayaların %1,1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır (p=0,002). HADÖ puanına göre kronik hastalığı olanların %19,3'ü anksiyeteye, %30,7'si depresyona yatkındır. Kronik hastalığı olmayanların ise %16,3'ü anksiyeteye, %27,2'si depresyona yatkındır. Gruplar arasında anksiyeteye yatkınlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Sonuç: Kronik hastalığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyon ve anksiyeteye yatkınlığın biraz daha fazla olduğu saptandı. Ayrıca, emekli olmanın kronik hastalık gelişimi açısından önemli bir parametre olduğu ve kronik hastalığı olmayanlar ile karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda eşlik eden psikiyatrik hastalık sıklığının daha fazla olduğu belirlendi

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Anksiyete, Depresyon

ABSTRACT

Investigation of the Relationship between Chronic Disease and Anxiety / Depression in 30-65 Years of Age, Emel Ocak, MD., Dissertation, İzmir, 2020.

Aim. In this study, it was aimed to evaluate the relationship between the presence of chronic disease and anxiety and depression in adults aged 30-65 years.

Method. This descriptive epidemiological study was conducted between August 1, 2020 - September 30, 2020 with a prospective evaluation of patients aged 30-65 who applied to Izmir Bornova No. 10 Evka-3 Family Health Center. The variables thought to be related to the chronic diseases, depression and anxiety of the cases were recorded. Depression and anxiety were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results. 37.2% of the cases were between the ages of 30-39, 57.8% were female, 78.3% were married, and 58.9% had a college or higher education. 48.9% of the participants did not have any chronic disease. While 62.5% of those with chronic diseases were working in a job, 25% were retirees, 62.1% of those who do not have a chronic disease were working in a job and 8.7% were retirees. Those with chronic diseases were statistically significantly more frequently retired and less frequently working ($p = 0.025$). 12.5% of the patients with chronic disease and 1.1% of those without chronic disease had any psychiatric disease. It was found that psychiatric diseases were significantly higher in patients with chronic diseases compared to those without chronic diseases ($p = 0.002$). According to the HADS score, 19.3% of those with chronic diseases were susceptible to anxiety and 30.7% to depression. 16.3% of those who did not have a chronic disease were susceptible to anxiety and 27.2% to depression. There was no statistically significant difference between the groups in terms of susceptibility to anxiety ($p > 0.05$).

Conclusion. Although it was not statistically significant in individuals with chronic diseases, it was found that the susceptibility to depression and anxiety was slightly higher. In addition, it was determined that retirement is an important parameter in terms of chronic disease development and the prevalence of comorbid psychiatric diseases is higher in patients with chronic disease compared to those without chronic disease

Keywords. Chronic Diseases, Anxiety, Depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

ÖZET ..... **ii**

ABSTRACT ..... **iii**

İÇİNDEKİLER ..... **iv**

TABLOLAR ..... **vi**

ŞEKiLLER ..... **viii**

KISALTMALAR ve SiMGELER ..... **ix**

1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1 KRONİK HASTALIK **3**

2.1.1 Tanım 3

2.1.2 Epidemiyoloji 4

2.2 DEPRESYON **5**

2.2.1 Tanım 5

2.2.2 Etyolojisi 5

2.2.3 Klinik Özellikleri 6

2.2.4 Major Depresyon Tanı Kriterleri 6

2.2.5 Depresyon Epidemiyolojisi 6

2.3 ANKSIYETE BOZUKLUKLARI **7**

2.3.1 Tanım 7

2.3.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu 7

2.3.3 Etyoloji 7

2.3.4 Tanı 8

2.3.5 Epidemiyoloji 8

2.4 KRONIK HASTALIKLAR, ANKSIYETE ve DEPRESYON **9**

3. GEREÇ VE YÖNTEM **12**

3.1 Araştırma Tipi, Yeri, Zamanı 12

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 12

3.3 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı 12

3.4 Etik Kurul ve Kurum İzinleri 13

3.5 İstatistiksel Analiz 13

4. BULGULAR 15

5. TARTIŞMA 39

6. SONUÇLAR 47

7. KAYNAKLAR 49

TABLOLAR

Tablo 1. Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumunun dağılımı 15

Tablo 2. Çalışma grubunun ekonomik durumuna ait özelliklerin dağılımı..... 16

Tablo 3. Çalışma grubunun kardeş sayısının dağılımı 17

Tablo 4. Çalışma grubunun egzersiz yapma sıklığının dağılımı 18

Tablo 5. Çalışma grubunun kronik ve psikiyatrik hastalıklarına ait özelliklerin dağılımı 19

Tablo 6. Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı..... 20

Tablo 7. Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı..... 21

Tablo 8. Çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı 22

Tablo 9. Çalışma grubunun anskiyete ve depresyon yatkınlığının dağılımı 23

Tablo 10. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumunun dağılımı 24

Tablo 11. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun ekonomik durumuna ait özelliklerin dağılımı 25

Tablo 12. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun kardeş sayısının dağılımı 27

Tablo 13. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun egzersiz yapma sıklığının dağılımı 28

Tablo 14. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun psikiyatrik hastalıklarına ait özelliklerin dağılımı 29

Tablo 15. Kronik hastalık varlığına göre Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı..... 31

Tablo 16. Kronik hastalık varlığına göre Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı..... 32

Tablo 17. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı..... 33

Tablo 18. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun anskiyete ve depresyon yatkınlığının dağılımı..... 36

ŞEKiLLER

Şekil 1. Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların çalışma durumunun dağılımı. 26

Şekil 2. Kronik hastalık varlığına psikiyatrik hastalığa sahip olma durumunun dağılımı 30

Şekil 3. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı..... 34

Şekil 4. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı..... 35

Şekil 5. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun anskiyete yatkınlığının dağılımı 37

Şekil 6. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun depresyon yatkınlığının dağılımı 38

KISALTMALAR ve SiMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CDC	: Örneğin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CMS	: The Centers for Medicare and Medicaid Services
DSM-IV TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HADÖ	: Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği
ICD	: International Classifacation of Diseases
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Hastalıklar Komisyonu kronik hastalıkları tam olarak iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli devam eden, yavaş yavaş ilerleyen, çoğunlukla kalıcı olarak özürlülüğe neden olan, oluşumunda sosyoekonomik ve genetik faktörlerin yer aldığı, genellikle enfeksiyöz olmayan tipte hastalıklar şeklinde tanımlamaktadır (1). Kalp hastalıkları, Diyabetes Mellitus, kanserler, hipertansiyon önde gelen kronik hastalıklardandır. Kronik hastalıklar fiziksel fonksiyonun bozulmasına, yeti yitimine, bağımlılığın artmasına, yüksek bakım maliyetlerine ve erken ölüme sebep olmaktadırlar (2).

Depresyon düşünce, konuşma, haraketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir (3). Depresyonun etyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, tam olarak nedeni henüz belirlenememiştir (4). Depresyon tüm dünyada %21,4'lük yaşam boyu görülme oranı ile kronik yeti yitimine neden olan, sosyal ailesel ve bireysel olarak yüksek maliyetlere yol açan temel halk sağlığı sorunudur (5). Anksiyete terimi ise psikanalitik, öğrenme temelli ve nörobiyolojik literatürde farklı fenomenler olarak ele alınmakla birlikte, klinik psikopatolojiye göre yaşananlarla uyumlu olmayan kaygı ve korku hali olarak tanımlanmıştır (6). Amerika Birleşik Devleri (ABD)'de yapılan çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)'ın prevalansı %1,6, insidansı %3,1 yaşam boyu yaygınlığı ise %5,1 olarak bulunmuştur (7,8). YAB, birinci basamakta en sık tanımlanan anksiyete bozukluğudur (9). Kronik hastalıklar ile anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelendiği çeşitli çalışmalarda kronik hastalığın depresyon ve anksiyeteye neden olabileceği (10–18), depresyon ve anksiyetenin kronik hastalığa neden olabileceği (11,15,19), her üç hastalığın birbirinin kliniğine katkı sağlayarak kümülatif etki gösterdiği (10,11,19) ve her üç hastalığında birbirinden bağımsız olarak oluşabileceği gösterilmiştir (15,17,20).

Birinci basamakta Aile hekimliğinin temel hedeflerinden birisi hastaların fiziksel ve psikolojik olarak birlikte değerlendirip, hastanın tanı ve tedavisinin daha hızlı ve doğru bir şekilde yapmak, hastanın günlük olağan yaşantısına dönmesini ve sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlamaktır. Kronik hastalıklar insanların

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sorunlar yaratmakta iken, bu duruma anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların eklenmesi hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bu gerekçelerle bu çalışmada 30-65 yaş arası yetişkinlerde kronik hastalık varlığının anksiyete ve depresyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KRONİK HASTALIK

2.1.1 Tanım

Kronik hastalık kavramı bir kişide yerleştikten sonra günümüz tıp bilimleri olanakları ile kesin iyileştirilmesi mümkün olmayan veya sınırlı olan, bunun yanında tanı, tedavi ve sürekli izlem ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılabildiği hastalıklar olarak tanımlanmıştır (21,22). Kronik hastalıklar çoğunlukla non-enfeksiyöz nedenlere bağlı, özellikleri bakımından yavaş gelişen ve sürekli hastalıklardır. Oluşmalarında sosyoekonomik, kişiye ait yapısal ve genetik etkenler rol oynar. Risk faktörleri ile karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen latent süre çok uzun olabilir. Kalıcı patolojik değişikliklere neden olurlar. Kronik hastalıklar genellikle orta yaşta başlayıp ömür boyu sürebilmeleri nedeni ile yaşlılıkla ilişkilendirilse de geriatrik sorunlar ile kronik hastalıklar farklı kavramlardır. Ayrıca çocuklarda da kronik hastalıklar görülmektedir (21).

Kronik hastalıklar tanımının farklı bağlamlarda farklı isimler altında kullanılması nedeniyle bu konuda aslında bir terminoloji karmaşası bulunmaktadır. Tıp, halk sağlığı, akademi ve politika alanlarına mensup profesyonel topluluklarda kronik hastalık terimi büyük çeşitlilikler göstermektedir. Örneğin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) kalp hastalığı, inme, kanser, tip 2 diyabet, obezite ve artriti kronik hastalıklar olarak sınıflandırırken, Amerikan sağlık sigorta hizmetleri kuruluşu olan The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) HIV, Alzheimer hastalığı, depresyon ve bu gibi 19 kronik durumu daha içeren geniş bir hastalık listesini tanımlamaktadır (23). Kronik hastalıkları tanımlamada sıklıkla kullanılan ‘bulaşıcı olmayan hastalıklar’ terimi de bulaşıcı hastalıklardan ayrımı sağlamaktadır fakat nedenleri arasında enfeksiyöz komponenti olan karaciğer kanseri, serviks kanseri gibi birkaç kronik hastalık bulunmaktadır (24).

Kronik hastalıklar biyomedikal hastalık sınıflandırması temelinde tanımlanır ve diyabet, astım, depresyon gibi hastalıkları içerir. Kronik hastalıkların tanımlamada çeşitlilik yaratan özellikleri vardır. Bunlar; mutltifaktöryel etiyolojilere bağlı olmaları, genellikle uzun süreli latent periyod sonrası uzamış klinik seyirli olmaları, kesin kür

sağlayan tedavinin olmayışı, zaman içinde kademeli evrensel değişiklikler göstermeleri, popülasyon duyarlılığına göre asenkron bir evrim ve heterojenite göstermeleridir. Bu özellikler doğrultusunda 'kronik hastalık' tanımına dahil edilen hastalıklar ve sayıları bazı kaynaklara göre farklılık göstermektedir (25).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda 'kronik hastalıklar' (chronic diseases) terimini tercih etmiş ve önemli ortak özelliklerini erken yaşta başlayıp epidemilerinin ortaya çıkmasının yıllar alması, uzun hastalık süreleri göz önüne alındığında hastalıktan primer korunmada önemli fırsatlar olması, tedaviye uzun süreli ve sistemik yaklaşım gerektirmeleri olarak tanımlamış, sağlık sunucularının kronik hastalıklara karşı önlem ve tutumlarının akut ve bulaşıcı hastalıklara karşı taşıdıkları sorumlulukları ile entegre edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu bağlamda DSÖ dört ana hastalığı kronik hastalıklar olarak tanımlamıştır: kardiyovasküler hastalıklar (miyokard enfarktüsü ve inme), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım), diyabet. Bu dört ana kronik hastalığı önleme ve risk faktörlerinden korunmada acil eylem planı geliştirilmesi gereken hastalıklar olarak belirlemiştir (26).

2.1.2 Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2016 yılında dünyada 57 milyon ölüm meydana gelmiş ve bu ölümlerin 41 milyonu (%71) bulaşıcı olmayan hastalıklar, özellikle kalp ve damar hastalıkları (%31), kanser (%16), kronik hava yolu hastalıkları (%7) nedeniyle olduğu ve bunların 15 milyonunun 30-70 yaş arası gerçekleşen erken ölümler olduğu bildirilmiştir (27). Kronik hastalık nedenli toplam ölüm sayısı HIV/AIDS, tüberküloz, malaria dahil tüm enfeksiyöz hastalıklar, maternal, perinatal durumlar ve nutrisyonel yetersizlikler nedeniyle olan toplam ölüm sayısının iki katı kadar olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalık nedenli ölümlerin %20'si yüksek gelirli ülkelerde olurken dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturan düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %80 oranında olmuştur (28).

DSÖ 2018 verilerine göre Türkiye'de 2016 yılında toplam 455 bin ölüm meydana gelmiş bunların yaklaşık %89'u bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedenli ölümlerin çoğunluğu kardiyovasküler hastalıklar (%34) nedeniyle olurken bunu kanser (%23), kronik hava yolu hastalıkları

(%7), diyabet (%5) takip etmiştir. Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin %21'i iken, enfeksiyöz hastalıklar, maternal, perinatal durumlar ve nutrisyonel yetersizlikler %4, yaralanmalar ve kazalar ise %6 oranındadır (27).

Kanıta dayalı rehberlere uymama, etkisiz ve verimsiz tedavi, koordinasyon eksikliği, hasta bakımında sürekliliğin sağlanamaması, parçalı hizmet sunumu, erişim güçlükleri, hasta eğitiminin/sağlık okur yazarlığının yetersiz olması gibi etmenler de kronik hastalıkların yönetiminde engeller teşkil etmektedir (29). DSÖ'nün eylem planına göre ülkelerin durumlarını içeren 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de tüm önerilere tam uyulması halinde 2025 yılında 8.800 ölümün engellenebileceği öngörülmüştür (27).

2.2 DEPRESYON

2.2.1 Tanım

Depresyon düşünce, konuşma, haraketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir (3).

2.2.2 Etyolojisi

Depresyonun etyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, tam olarak nedeni henüz belirlenememiştir. İleri sürülen etyolojik modeller; psikoanalitik, bilişsel, davranışçı, biyolojik ve bütünleştirici modeller başlıkları altında toplanabilir (4).

Etyolojide sorumlu tutulan genetik geçişle ilişkili yapılan çalışmalarda birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluklarının görülme oranının belirgin olarak yüksek olduğu gösterilmiştir (30).

Biyolojik aminler ise etyolojide sorumlu tutulan diğer bir etkendir. Noradrenalin ve serotonin hastalığın patofizyolojisiyle en çok ilişkili olduğu bilinen iki nörotransmitterdir (7,31).

Depresyon etyolojisinde psikososyal etkenler de rol oynamaktadır. Freud'un klasik psikanalitik kuramına göre yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan hayal kırıklıkları depresyona yatkınlık yaratır, erişkin yaşamda ise gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleri depresyonu tetikler (31).

2.2.3 Klinik Özellikleri

Depresyon stresli bir olayın sonrasında veya ortada görünür bir neden yokken aniden ya da aylar içerisinde gelişebilir. Depresyonun belirti ve bulguları kişinin yaşına, cinsiyetine, sosyokültürel seviyesine, akıl yürütme, nesnel belirti ve bulguları anlama, kavrama ve yargılama düzeyine göre değişiklik gösterebilir. En sık karşılaşılan belirti ve bulgular ise eskiden beri yapageldiği etkinlikleri yapmakta artık zorluk çekme, geleceğe ilişkin umutsuzluk duyuları besleme, karar vermekte zorluk çekme, kendini değersiz olarak hissetme ve artık kendisine ihtiyaç olunmadığını düşünme, geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamamadır. Süreğen huzursuzluk, üzüntü, isteksizlik ve kaygı hali vardır. Uyku ve yeme alışkanlıklarında değişiklikler görülür. Çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları duygudurumа hakim olur. Tedaviye yanıt vermeyen bedensel belirtiler, alkol madde ve ilaç kullanımında artış, ölüm ya da intihar düşünceleri de sık karşılaşılan belirtilerdendir (7).

2.2.4 Major Depresyon Tanı Kriterleri

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sınıflandırmasında International Classifacation of Diseases (ICD)-10 ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV TR) tanı kriterleri kullanılmaktadır (8). DSM-IV TR'ye göre major depresif bozukluk tanısı için, en az 2 hafta süre ile hemen her gün ve günün büyük bir kısmında depresif duygudurum ve normal etkinliklere karsı belirgin derecede ilgi kaybı veya anhedoni (zevk alamama) semptomlarından en az birinin varlığı; bunların yanında iştah değişikliği, uyku düzeninde değişme, bitkinlik ve enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk duygularının varlığı, düşünceleri belli bir konunun üzerine yoğunlaştıramama veya kararsızlık, tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları ya da girişimi semptomlarından en az dördünün olması gereklidir (8).

2.2.5 Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dünyada %21,4'lük yaşam boyu görülme oranı ile kronik yeti yitimine neden olan, sosyal ailesel ve bireysel olarak yüksek maliyetlere yol açan temel halk sağlığı sorunudur (5). Depresyonlu bireyler tüm yaşamların %12'sini iş

göremez halde geçirmektedir (32). Birçok Avrupa ülkesinde erken emekliliğin en sık nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (33).

2.3 ANKSIYETE BOZUKLUKLARI

2.3.1 Tanım

Anksiyete terimi psikanalitik, öğrenme temelli ve nörobiyolojik literatürde farklı fenomenler olarak ele alınmakla birlikte, klinik psikopatolojiye göre yaşananlarla uyumlu olmayan kaygı ve korku hali olarak tanımlanmıştır. Gelişimsel olarak uyumsuz olan veya kişinin hayat koşullarına uygunsuz aşırı korku ve kaygı klinik anksiyete olarak adlandırılabilir (6).

DSM-IV TR'ye göre anksiyete bozuklukları agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu başlıkları altında toplanabilir (6).

2.3.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) birçok fiziksel hastalıkla yaygın olarak birlikte bulunabilen kronik, inatçı ve yeti yitimine neden olan, fakat tedaviye nispeten iyi yanıt veren bir anksiyete bozukluğudur. YAB ilk olarak 1980 yılında DSM-III'te bağımsız bir kategori olarak yer almıştır. Daha sonraki tanı sitemlerinde tanı ölçütlerinin sürekli değiştirilmesi ve diğer eksen I psikiyatrik bozukluklara ile sık birliktelik göstermesi bağımsız bir bozukluk olarak tanı sistemlerinde yer almasına tartışılır kılmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda hastalığın seyri, sosyodemogarik faktörlerle ilişkisi, tedaviye olan cevap ve izlem YAB'ın ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılması gerektiğini doğrulamıştır (34). Kronik endişe ve huzursuzluk, yorgunluk, yoğunlaşma zorluğu, sinirlilik, kas gerilimi, uyku bozukluğu gibi gerilimin etkileri YAB'ın temel özellikleridir (34).

2.3.3 Etyoloji

YAB'nin etyolojisi biyolojik teori, genetik teori ve psikoanalitik ve kognitifdavranışçı teori olmak üzere üç başlıkta ele alınabilir. YAB'ın ailesel ve genetik bir temelinin olabileceği ileri sürülmüştür. Yapılan çalışmalarda YAB görülme oranı hastaların birinci derece akrabalarında yüksek bulunmuştur. Noradrenerjik ve

serotonerjik sistemler başta olmak üzere birçok nörotransmitter sistemlerinin etyolojide rol aldığı öne düşünülmektedir (35).

Genel olarak serotonerjik sistemin azalmış aktivasyonu, noradrenerjik sistemin ise fazla aktivasyonu üzerinde durulmuştur. Bir diğer nörotransmitter olan GABA üzerinde yapılmış çalışmalarda bu bozukluğun başlamasında ve sürmesinde benzodiazepin reseptörleri/GABA sistemindeki işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Kolesistokinin, Nöropeptid Y, Glutamat hastalığın patogenezinde rol aldığı düşünülen nöropeptidlerdir. Psikoanalitik teoriye göre anksiyete semptomlarının içgüdüsel dürtü ile baskılama arasındaki ikilemden doğduğu öne sürülürken, kognitif davranışçı teoriye göre anksiyetenin korkunun algılanmasına bir cevap olarak geliştiği öne sürülmüştür (34).

2.3.4 Tanı

DSM-IV-TR'ye göre YAB, en az altı boyunca hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş ya da okul başarısı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentilerin olması, kişinin endişe ve üzüntüsünü kontrol etmede güçlük çekmesi, huzursuzluk, aşırı heyecan duyma) ile endişe kolay yorulma, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi altı belirtiden en az üçünün bulunması olarak tanımlanmıştır (8).

2.3.5 Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devleri'nde yapılan Ulusal Eştanı Çalışması'nda YAB'nin nokta yaygınlığı %1,6, bir yıllık yaygınlığı %3,1 yaşam boyu yaygınlığı ise %5,1 olarak bulunmuştur (7,8). YAB'nin kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğünü, ayrıca işsizler, boşanmışlar, ayrı yaşayanlar, dullar ve genç bireylerde de daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda ise YAB'nin bir yıllık yaygınlığı %3, yaşam boyu yaygınlığı %4-6 olarak belirlenmiştir. Avrupa'da 6 farklı ülkede yürütülmüş bir diğer çalışmada ise YAB'nin 12 aylık yaygınlığı %1, yaşam boyu yaygınlığı ise %2,8 olarak bulunmuştur (36). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise YAB'nin, 12 aylık yaygınlığı %0,7 saptanmıştır (8).

YAB, birinci basamakta en sık tanımlanan anksiyete bozukluğudur. Wittchen ve ark. (9) birinci basamak sağlık kuruluşlarına anksiyete şikayeti ile başvuran

hastaların %22'sinde YAB'nin olduğunu saptamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 ülkede BBSK'da yürüttüğü çalışmada YAB'nin yaygınlığını %7,9 olarak saptanmışlardır (37). YAB olan bireylerin büyük çoğunluğu birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurdukları ve çoğunlukla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulundukları için ruh sağlığı merkezlerinde yaygınlığı diğer anksiyete bozukluklarından daha az görülmesine neden olmaktadır (38).

2.4 KRONIK HASTALIKLAR, ANKSIYETE ve DEPRESYON

Yapılan çeşitli çalışmalar kronik hastalıklar, anksiyete ve depresyon ilişkisini 4 farklı açıdan ele almıştır.

1) Kronik Hastalık Depresyon veya Anksiyeteye Yol Açar

Kronik hastalıklar ile anksiyete ve depresyon ilişkisi öncelikle kronik hastalıkların depresyon ya da anksiyeteye neden olması ile açıklanmaktadır. Yapılan birçok çalışma kronik hastalık tanısı alan olguların anksiyete ve depresyon ile karşılaşma sıklıklarının fazla olduğunu göstermektedir (10–18). Kronik hastalığın neden olduğu birçok etken ile depresyon ve anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Kronik hastaların öz bakımlarının azalması, belirsiz gelecek hakkında anksiyetenin artması, sosyal izolasyon ile birlikte ilişkilerinin azalması ve kendilerini suçlu hissetlemeri bu etkenlerden bazılarıdır (39).

Özbakımdaki azalma kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Çoğu hasta kronik hastalığın bir sonucu olarak mutsuz ve stresli hissettiklerini ifade etmektedir. Genellikle hastalığın yorgunluk ve enerjiyi azaltması gibi hayatlarını sınırlandırıcı etkileri nedeniyle, normal aktivitelerini gerçekleştiremediklerini ve "farklı bir hayatı yaşamaya zorunlu hissettiklerini" belirtmektedirler (13,40–42). Bu durumun aksine hastalar günlük hayata katılabildikleri ve belirli işlevlerini yerine getirebildiği oranda depresyon semptomları da azalmaktadır (13).

Kronik hastalıklar kişilerin sosyal izolasyonuna neden olmaktadır. Kronik hastalığa sahip kişiler sıklıkla yakın arkadaşları ve ailesiyle iletişimlerini azaltmakta ve bazen ilişkilerini bitirebilmektedir (12–14,18). Arkadaşlarla ilişkileri arkadaşlarının durumdan endişe duymaları (14) ya da hastaların enerjisi düştüğü için (14,15) sınırlanabilmektedir. Bazı hastalar kronik hastalıkları nedeniyle sosyalleşmekten

kaçınmaktadır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan hastalar etkinliklerin nefessiz kalmalarına ve panik ataklarını tetiklemeye neden olabileceğinden tedirgin olmaktadır (10). Strok geçiren olgular sosyal ortamlarda gürültü hassasiyetleri ve konfüzyon hissetmeleri nedeniyle belirsizlik hissettiklerini bildirmektedir (13). Willgoss ve ark. KOAH hastalarında terleme ve inkontinans gibi anksiyete semptomlarının sosyal izolasyona neden olduğunu ve bazı hastaların "tamamen eve bağlı olduğunu" rapor etmiştir (10).

Anksiyete ve gelecek belirsizliği genellikle kronik hastalıklara eşlik etmektedir. Hastalar genellikle hastalıklarının prognozu ve geleceklerinin belirsizliği konusunda endişe duymaktadır ve bu nedenle anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar (10,11,15,17). Bazı hastalar, kronik hastalıkları hakkında endişelendikleri için geceleri uyanma ve uyuyamama gibi nispeten ani panik atakları bildirirken, diğerleri sürekli bir belirsizlik duygusu tanımlamaktadır (15,17). Hastalar belirsizliklerini kronik hastalıklarının tedavi edilemez olmasına (11), hastalığın seyrinin tahmin edilemez olmasına (17) ve ölümle ilgili korkularının olmasına bağlamaktadır (15)

Kronik hastalıkla ilgili suçluluk duygusu, depresyon duygularını artırabilir. Bazı hastalar kronik hastalıklarının gelişmesinden kendilerinin sorumlu olduğunu düşündüklerini bildirmektedir (12). Strok hastaları, içki içmeleri ve yaşadıkları stres gibi çeşitli faktörler için "bedel ödediğini" belirtmişlerdir (12). Hastalar ayrıca hayatta oldukları için minnettar hissetmedikleri için suçluluk duyduklarını bildirmiştir (40).

2) Depresyon veya Anksiyete Kronik Hastalığa Yol Açar

Niteliksel çalışmaların çoğunda, hastalar kronik durumlarının depresyon veya anksiyetelerine katkıda bulunduğunu belirtiyorken (10–18), daha az sayıda ki çalışmada, hastalar anksiyete veya depresyonun kronik hastalıklarına yol açtığını düşündüklerini ifade etmektedir (11,15,19). Örneğin hastalar yaşadıkları depresyon hastalığının kalp hastalığına neden olduğunu (11), aşırı duygusal oldukları için kalp hastalığı ya da hipertansiyon yaşadıklarını (11), ya da diyabet ya da yüksek kan şekeri nedeniyle sürekli endişe duyduklarını düşünebilmektedirler (15).

3) Kronik Hastalık, Depresyon veya Anksiyete Her Biri Diğerini Kötüleştirmektedir

Bazen depresyon veya anksiyete ile kronik hastalık arasındaki ilişki döngüsel olarak tanımlanabilir. En belirli olarak, KOAH'lı hastalar nefes darlığını yaklaşan bir panik atak belirtisi olarak algıladıklarını ve buna karşılık paniğin nefes darlığı hissini şiddetlendirdiği bir nefes darlığı / anksiyete / nefessizlik döngüsü tanımlamaktador (10,19). Bogner ve arkadaşları (11), kalp hastalarının kalp problemleriyle baş etmenin tek yolunun depresyon tedavisi olduğunu düşündüklerini öne sürerek, depresyon ve kalp yetmezliğinin birbirine bağlı olduğunu vurgulamışlardır (11).

Sonuç olarak, kronik hastalığı olan hastalarda anksiyete veya depresyona değinen makalelerin çoğu, kronik hastalıktan anksiyete veya depresyona giden nedensel yola odaklanmıştır (12–18). Bazıları tam tersini belirtirken, diğerleri ikisi arasında ki döngüye dikkat çekmektedir (10,11,19).

4) Kronik Hastalık ve Depresyon veya Anksiyete Birbirinden Bağımsızdır

Bazı araştırmalar, hastaların kronik hastalığı ve anksiyeteyi veya depresyonu rastlantısal olarak deneyimlediklerini belirtmektedir (15,17,20). Depresyon önceden var olabilir ve kronik hastalık sadece hastalığa eklenebilir (17). Anksiyete ve depresyon bazen maddi zorluklar (20), aile sorunları (17), kronik hastalıkla ilgisi olmayan sağlık sorunları (17) veya sevilen birinin kaybından dolayı keder gibi kronik hastalıkla ilgisiz konular nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (15,17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Tipi, Yeri, Zamanı

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışma olup, İzmir Bornova 10 nolu Evka-3 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne başvuran 30-65 yaş arası hastaların prospektif olarak değerlendirilmesiyle 1 Ağustos 2020 - 30 Eylül 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde İzmir ilinde Bornova 10 nolu Evka-3 ASM'ye başvuran, gönüllü olan, iletişim kurabilen, 30 -65 yaş arası kişiler oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında 0,1'lik etki genişliği ve %5'lik α yanılma payında (%95 güven aralığı) 120 kişilik örneklem büyüklüğü gerektiği hesaplanmıştır.

Dahil etme ve dışlama kriterleri: İlgili tarihlerde ilgili ASM'ye gelen 30-65 yaş arası, çalışmaya katılmaya kabul eden ve iletişim kurulabilen kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kriterleri karşılalamayan olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan veri toplama formunun 13 sorudan oluşan ilk kısmı, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur.

Veri toplama formunda şu parametreler sorgulanmıştır (ilk 13 soru);

- ✓ Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik durum, kaldığı eve ait özellikler, çalışma durumu, sosyal güvence, kardeş sayısı)
- ✓ Kronik hastalıkların varlığı
- ✓ Psikiyatrik hastalık varlığı
- ✓ Egzersiz yapma sıklığı
- ✓ Psikolojik sorun varlığında ilk başvuru yeri

Veri toplama formunun ikinci kısmında (14 soru) "Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği" (HADÖ) kullanılmıştır.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Ölçek Zigmond ve Snaith tarafından anksiyete ve depresyon yönünden riski ortaya koyarak bunların düzeyi ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir (43). Türkçe güvenlik ve geçerlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (44). Ölçekte yer alan 14 sorudan tek sayılı numarası olan sorular anksiyeteyi, çift sayılı numarası olan sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her maddenin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13. maddelerin şıklarında yer alan ifadelerin puanlamaları giderek azalan şiddet göstermektedirler ve puanlamaları 3-2-1-0 biçimindedir. Diğer 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddelerde yer alan şıkların puanlaması ise artan şiddet göstermektedir, puanlamaları 0-1-2-3 şeklindedir. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Ölçeğin Türkçe formunun kesme puanları anksiyete yatkınlık açısından anksiyete alt ölçeği için 10, depresyona yatkınlık açısından depresyon alt ölçeği için 7 olarak belirlenmiştir (45).

Katılımıclara sorular ASM şartlarında yöneltilmiştir. Çalışmanın yapılış amacı anlatıldıktan sonra, çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair onam formu imzalatılmıştır. Anket formlarına veriler yüzyüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Kişilerin herhangi birinin yardımı olmadan kendi başlarına soruları cevaplamaları sağlanmıştır.

3.4 Etik Kurul ve Kurum İzinleri

Çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır.

3.5 İstatistiksel Analiz

Analizler için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson's Ki-kare testi

kullanılmuştır. Sürekli sayısal değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için, normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak, parametrik veya non-parametrik testlerden hangisinin kullanılacağına karar verilmiştir. Normal dağılıma uygunluğun kontrolünde Kolmogorov Smirnov testi ve histogram grafiği kullanılmıştır. İncelenen değişkenlerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu nedenle ikili gruplar arasında (kronik hastalık var/yok) karşılaştırma yapılırken Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin grafiksel gösteriminde çubuk ve kutu-çizgi grafiğinden yararlanılmıştır. Bütün analizler için $p<0.05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

İzmir Bornova Evka-3 10 nolu ASM'ye başvuran 30-65 yaş arası 180 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmada olguların %37,2'si 30-39 yaş arasında, %57,8'i kadın, %78,3'ü evli, %58,9'u yüksekokul ve üzeri bir öğrenime sahipti.

Tablo 1. Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumunun dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Yaş		
30-39	67	37,22
40-49	60	33,33
50-59	37	20,56
60-65	16	8,89
Cinsiyet		
Kadın	104	57,78
Erkek	76	42,22
Medeni durum		
Bekar	21	11,67
Evli/birlikte yaşıyor	141	78,33
Eşi ölmüş	4	2,22
Eşinden ayrı	14	7,78
Öğrenim durumu		
İlkokulu bitirmemiş	6	3,33
İlkokul	11	6,11
Ortaokul	11	6,11
Lise	46	25,56
Yüksekokul ve üstü	106	58,89

Tablo 2. Çalışma grubunun ekonomik durumuna ait özelliklerin dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Kendi görüşüne göre ekonomik durumu		
Düşük	19	10,56
Orta	115	63,89
İyi	46	25,56
Kaldığı evin durumu		
Ev sahibi	98	54,44
Kiracı	53	29,44
Aieye ait	29	16,11
Çalışma durumu		
Hiç çalışmayan	9	5,00
Çalışıyor	125	69,44
Emekli	30	16,67
Dönem dönem çalışıyor	16	8,89
Sosyal güvence		
SGK	158	87,78
Özel sigorta	7	3,89
Yeşil kart	4	2,22
Yok	11	6,11

Kişilerin %63,9'u orta gelir düzeyine sahip, %54,4'ü oturduğu evin sahibi, %69,4'ü çalışan, %87,8'i SGK sosyal güvencesine sahipti.

Tablo 3. Çalışma grubunun kardeş sayısının dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Kız kardeş sayısı		
Yok	64	35,56
1	64	35,56
2	27	15
3	14	7,78
4	9	5,00
5	2	1,11
Erkek kardeş sayısı		
Yok	62	34,44
1	74	41,11
2	33	18,33
3	6	3,33
4	4	2,22
5	1	0,56

Katılımcıların kız kardeş sayısı ortalama 1,14±1,20, erkek kardeş sayısı 0,99±0,98, toplam kardeş sayısı 2,14±1,64'tür.

Tablo 4. Çalışma grubunun egzersiz yapma sıklığının dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Egzersiz yapma sıklığı		
Hiç yapmıyor	67	37,22
Haftada 1	46	25,56
Haftada 2-3	37	20,56
Hergün	30	16,67

Olguların %37,2'si hiç egzersiz yapmadığını, %25,6'sı haftada 1, %16,7'si haftanın her günü egzersiz yaptığını belirtmiştir.

Tablo 5. Çalışma grubunun kronik ve psikiyatrik hastalıklarına ait özelliklerin dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Kronik hastalık		
Var	88	48,89
Yok	92	51,11
Saptanan kronik hastalık*		
HT/ hiperlipidemi/ kalp hastalığı	28	15,56
Tiroid	22	12,22
Diyabet	15	8,33
Osteoartrit	2	1,11
Diğer hastalık	33	18,33
Psikiyatrik hastalık		
Var	12	6,67
Yok	168	93,33
Psikolojik sorun olduğunda ilk başvuru yeri		
Aile hekim	40	22,22
Psikiyatri uzmanı	42	23,33
Psikolog	61	33,89
Diğer	37	20,56

*Bir kişinin birden fazla hastalığı olabilir, yüzdeler toplam katılımcı sayısı üzerinden verilmiştir

Kişilerin %48,9'unun herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalıklar incelendiğinde, katılımcıların %15,6'sında HT/ hiperlipidemi/ kalp hastalığı, %12,2'sinde tiroid hastalığı, %8,3'ünde diyabet, %1,1'inde osteoartrit, %6,7'sinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Psikolojik sorunu olduğunda olguların %22,2'si aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı

Anksiyete soruları	**Sayı**	**Yüzde**
1.Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.		
Çoğu zaman	15	8,3
Birçok zaman	18	10
Zaman zaman, bazen	117	65
Hiçbir zaman	30	16,7
3.Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.		
Kesinlikle öyle	11	6,1
Evet ama çok şiddetli değil	39	21,7
Biraz	56	31,1
Hayır	74	41,1
5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.		
Çoğu zaman	15	8,3
Birçok zaman	20	11,1
Zaman zaman	70	38,9
Yalnızca bazen	75	41,7
7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.		
Kesinlikle	30	16,7
Genellikle	79	43,9
Sık değil	60	33,3
Hiçbir zaman	11	6,1
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılyorum		
Hiçbir zaman	44	24,4
Bazen	114	63,3
Oldukça sık	15	8,3
Çok sık	7	3,9
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.		
Gerçekten de çok fazla	14	7,8
Oldukça fazla	35	19,4
Çok fazla değil	95	52,8
Hiç değil	36	20
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.		
Gerçekten de çok sık	4	2,2
Oldukça sık	26	14,4
Çok sık değil	101	56,1
Hiçbir zaman	49	27,2

Katılımcıların anksiyete ölçeği sorularına verdikleri cevaplar ve yüzdeleri yukarıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı

Depresyon soruları	**Sayı**	**Yüzde**
2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.		
Aynı eskisi kadar	66	36,7
Pek eskisi kadar değil	74	41,1
Yalnızca biraz eskisi kadar	24	13,3
Neredeyse hiç	16	8,9
4.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.		
Her zaman olduğu kadar	120	66,7
Şimdi pek o kadar değil	43	23,9
Şimdi kesinlikle o kadar değil	13	7,2
Artık hiç değil	4	2,2
6.Kendimi neşeli hissediyorum.		
Hiçbir zaman	5	2,8
Sık değil	18	10
Bazen	79	43,9
Çoğu zaman	78	43,3
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.		
Hemen hemen her zman	6	3,3
Çok sık	17	9,4
Bazen	121	67,2
Hiçbir zaman	36	20
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.		
Kesinlikle	8	4,4
Gerektiği kadar özen gösteriyor	30	16,7
Pek o kadar özen göstermiyor	52	28,9
Her zaman ki kadar özen gösteriyor	90	50
12. Olacakları zevkle bekliyorum.		
Her zaman olduğu kadar	82	45,6
Her zamankinden biraz daha az	51	28,3
Her zamankinden kesinlikle daha az	29	16,1
Hemen hemen hiç	18	10
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.		
Sıklıkla	107	59,4
Bazen	42	23,3
Pek sık değil	18	10
Çok seyrek	13	7,2

Katılımcıların depresyon ölçeği sorularına verdikleri cevaplar ve yüzdeleri yukarıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 8. Çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı

Ölçek	**Ort±SS**	**Ortanca**	**En küçük**	**En büyük**
Anksiyete puanı	7,16±3,73	7,0	0	17
Depresyon puanı	5,39±3,49	5,0	0	15

Olguların anksiyete alt ölçeği puan ortalaması 7,16±3,73, depresyon alt ölçeği puan ortalaması 5,39±3,49'dur.

Tablo 9. Çalışma grubunun anskiyete ve depresyon yatkınlığının dağılımı

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Anksiyeteye yatkınlık		
Yok (10 ve altı puan)	148	82,22
Var (11 puan ve üzeri)	32	17,78
Depresyona yatkınlık		
Yok (0-7 puan)	128	71,11
Var (8 puan ve üzeri)	52	28,89

HADÖ ölçeğine verilen cevaplara göre kişilerin %17,8'inde anksiyeteye yatkınlık, %28,9'unda depresyona yatkınlık olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumunun dağılımı

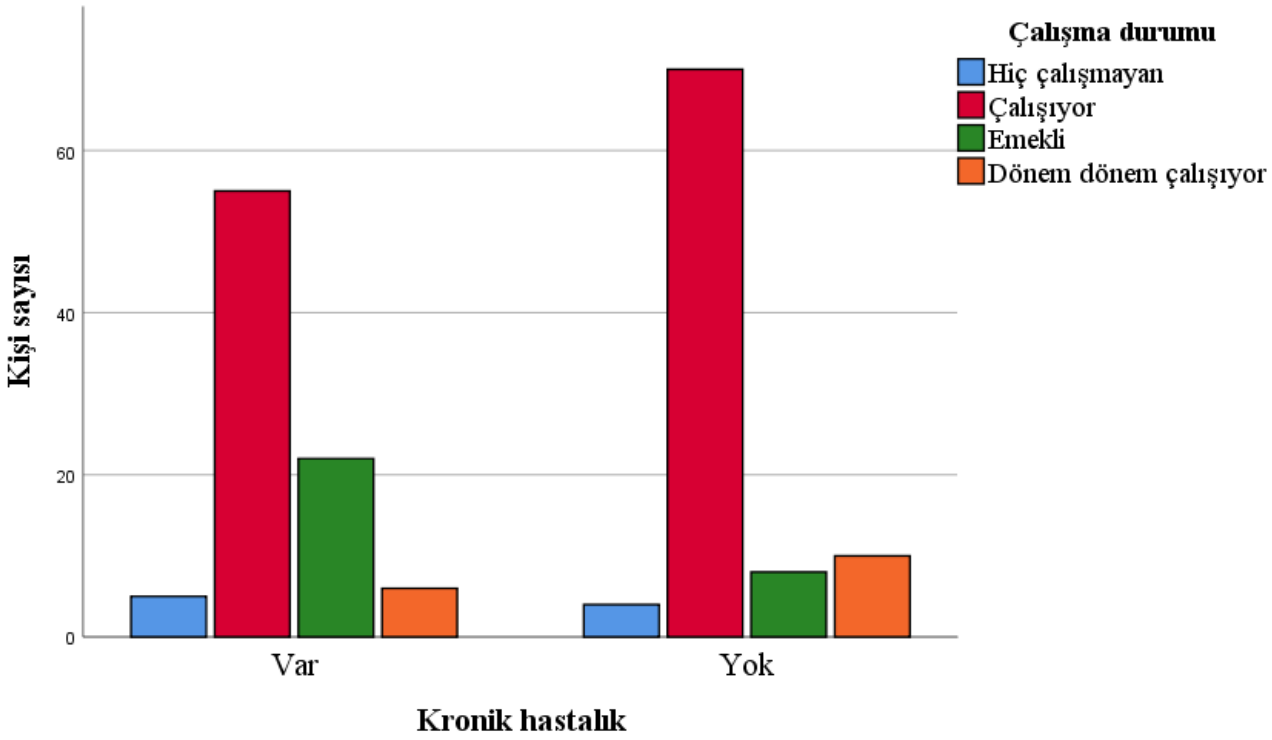
	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Yaş					
30-39	28	31,8	39	42,4	0,072
40-49	27	30,7	33	35,9	
50-59	21	23,9	16	17,4	
60-65	12	13,6	4	4,3	
Cinsiyet					
Kadın	49	55,7	55	59,8	0,310
Erkek	39	44,3	37	40,2	
Medeni durum					
Bekar	11	12,5	10	10,9	0,098
Evli/birlikte yaşıyor	64	72,7	77	83,7	
Eşi ölmüş	4	4,5	0	0	
Eşinden ayrı	9	10,2	5	5,4	
Öğrenim durumu					
İlkokulu bitirmemiş	3	3,4	3	3,3	0,689
İlkokul	6	6,8	5	5,4	
Ortaokul	7	8	4	4,3	
Lise	22	25	24	26,1	
Yüksekokul ve üstü	50	56,8	56	60,9	

Kronik hastalığa sahip olma durumu ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 11. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun ekonomik durumuna ait özelliklerin dağılımı

	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
Ekonomik durum					0,708
Düşük	11	12,5	8	8,7	
Orta	55	62,5	60	65,2	
İyi	22	25	24	26,1	
Kaldığı evin durumu					
Ev sahibi	49	55,7	49	53,3	0,887
Kiracı	26	29,5	27	29,3	
Aieye ait	13	14,8	16	17,4	
Çalışma durumu					
Hiç çalışmayan	5	5,7	4	4,3	**0,025**
Çalışıyor	55	62,5	70	76,1	
Emekli	22	25,0	8	8,7	
Dönem dönem çalışıyor	6	6,8	10	10,9	
Sosyal güvence					
SGK	73	83	85	92,4	0,237
Özel sigorta	4	4,5	3	3,3	
Yeşil kart	3	3,4	1	1,1	
Yok	8	9,1	3	3,3	

Kronik hastalık varlığı ekonomik durum, kaldığı evin durumu ve sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,025$).



Şekil 1. Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların çalışma durumunun dağılımı

Kronik hastalığı olanların %62,5'i çalışan, %25'i emeklilerden oluşuyorken, kronik hastalığı olmayanların %76,1'i çalışan, %8,7'si emeklilerden oluşmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta emeklilerden, daha az sıklıkta çalışan kişilerden oluşmaktadır (p=0,025).

Tablo 12. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun kardeş sayısının dağılımı

	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
Kız kardeş sayısı					
Yok	34	38,6	30	32,6	0,973
1	30	34,1	34	37	
2	12	13,6	15	16,3	
3	7	8	7	7,6	
4	4	4,5	5	5,4	
5	1	1,1	1	1,1	
Erkek kardeş sayısı					
Yok	31	35,2	31	33,7	0,676
1	34	38,6	40	43,5	
2	19	21,6	14	15,2	
3	3	3,4	3	3,3	
4	1	1,1	3	3,3	
5	0	0	1	1,1	

Kronik hastalığı olanların kardeş sayısı ortalama 2,06±1,55, kronik hastalığı olmayanların 2,22±1,73'tür. Kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında kardeş sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 13. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun egzersiz yapma sıklığının dağılımı

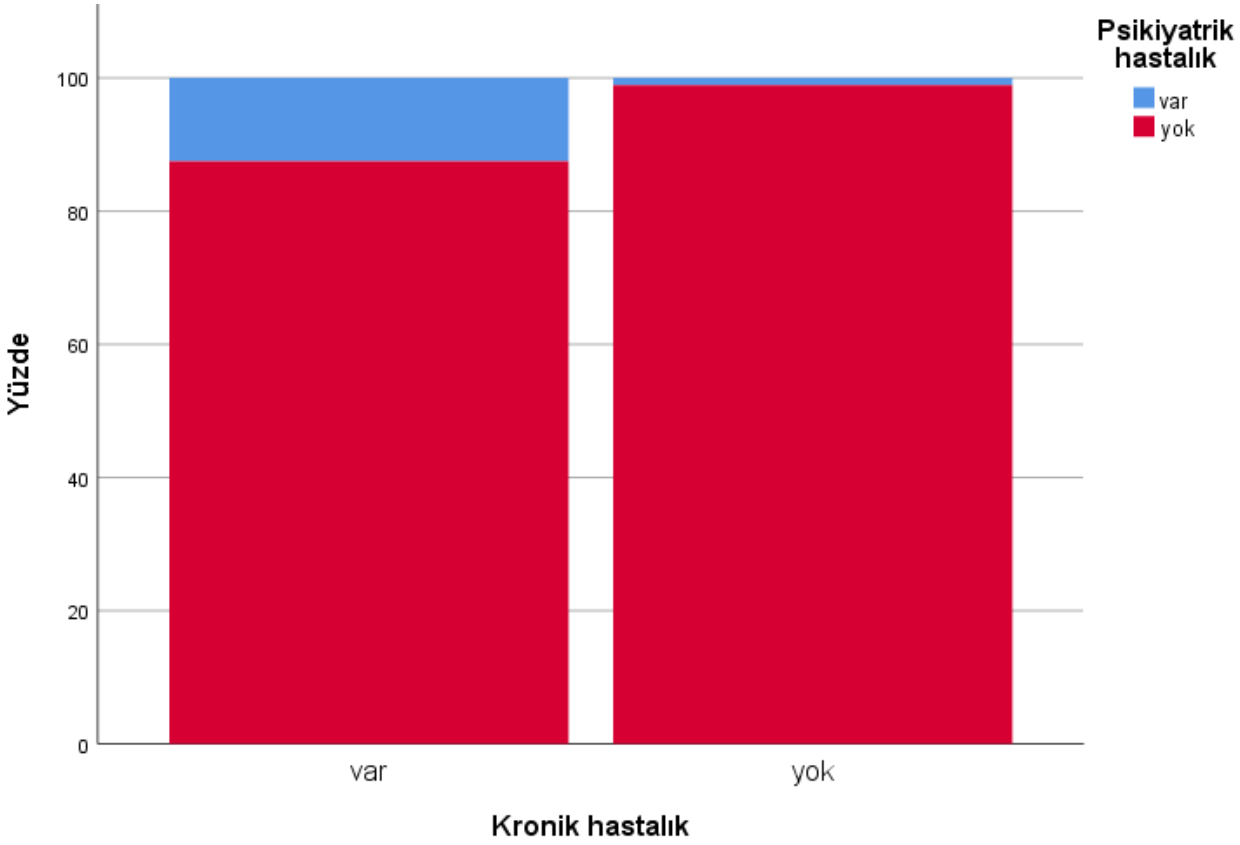
	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**P**
Egzersiz yapma sıklığı					
Hiç yapmıyor	33	37,5	34	37,0	0,468
Haftada 1	22	25,0	24	26,1	
Haftada 2-3	15	17,0	22	23,9	
Hergün	18	20,5	12	13,0	

Kronik hastalığı olan katılımcıların %37,5'i, kronik hastalığı olmayanların ise %37'si hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların egzersiz yapma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemektedir (p=0,468).

Tablo 14. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun psikiyatrik hastalıklarına ait özelliklerin dağılımı

	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
Psikiyatrik hastalık					
Var	11	12,5	1	1,1	**0,002**
Yok	77	87,5	91	98,9	
Psikolojik sorun olduğunda ilk başvuru yeri					
Aile hekim	22	25	18	19,6	0,261
Psikiyatri uzmanı	19	21,6	23	25	
Psikolog	25	28,4	36	39,1	
Diğer	22	25	15	16,3	

Kronik hastalığı olmayanlar ile karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanların psikiyatrik hastalığa sahip olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlayken (p=0,002), gruplar arasında psikolojik sorunu olduğunda ilk başvuru yeri bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,261).



Şekil 2. Kronik hastalık varlığına psikiyatrik hastalığa sahip olma durumunun dağılımı

Kronik hastalığı olan olguların %12,5'inin psikiyatrik hastalığı varken, kronik hastalığı olmayaların %1,1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta psikiyatrik hastalık bulunmaktadır (p=0,002).

Tablo 15. Kronik hastalık varlığına göre Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı

	KH var		KH yok		
Anksiyete soruları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
1.Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.					
Çoğu zaman	10	11,4	5	5,4	0,542
Birçok zaman	8	9,1	10	10,9	
Zaman zaman, bazen	56	63,6	61	66,3	
Hiçbir zaman	14	15,9	16	17,4	
3.Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.					
Kesinlikle öyle	5	5,7	6	6,5	0,714
Evet ama çok şiddetli değil	18	20,5	21	22,8	
Biraz	31	35,2	25	27,2	
Hayır	34	38,6	40	43,5	
5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.					
Çoğu zaman	8	9,1	7	7,6	0,582
Birçok zaman	7	8	13	14,1	
Zaman zaman	34	38,6	36	39,1	
Yalnızca bazen	39	44,3	36	39,1	
7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.					
Kesinlikle	20	22,7	10	10,9	0,162
Genellikle	34	38,6	45	48,9	
Sık değil	28	31,8	32	34,8	
Hiçbir zaman	6	6,8	5	5,4	
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılyorum					
Hiçbir zaman	17	19,3	27	29,3	0,094
Bazen	56	63,6	58	63	
Oldukça sık	9	10,2	6	6,5	
Çok sık	6	6,8	1	1,1	
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum					
Gerçekten de çok fazla	4	4,5	10	10,9	0,258
Oldukça fazla	18	20,5	17	18,5	
Çok fazla değil	51	58	44	47,8	
Hiç değil	15	17	21	22,8	
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.					
Gerçekten de çok sık	2	2,3	2	2,2	0,747
Oldukça sık	13	14,8	13	14,1	
Çok sık değil	46	52,3	55	59,8	
Hiçbir zaman	27	30,7	22	23,9	

Kronik hastalığı olmayan ve olanların anksiyete alt ölçeğine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 16. Kronik hastalık varlığına göre Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı

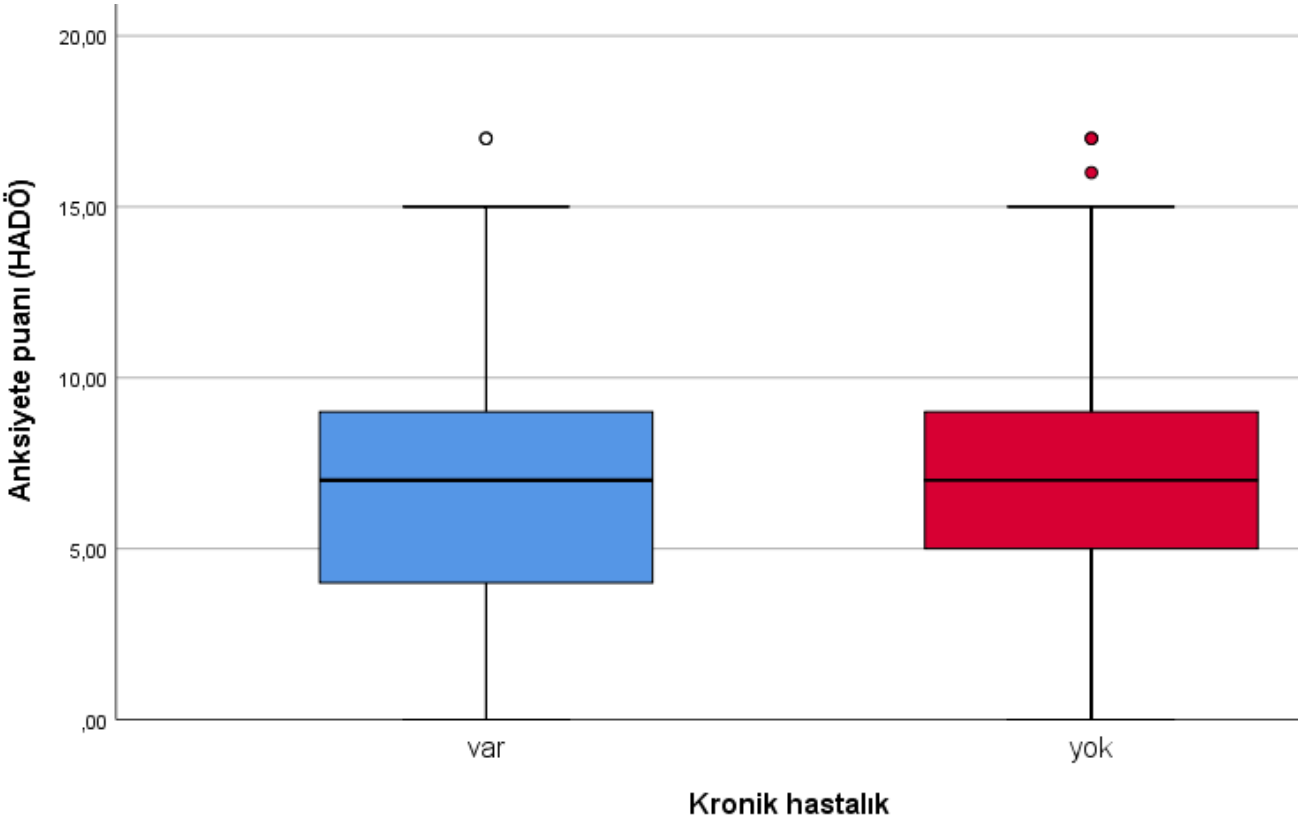
	KH var		KH yok		
Depresyon soruları	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.					
Aynı eskisi kadar	25	28,4	41	44,6	0,130
Pek eskisi kadar değil	41	46,6	33	35,9	
Yalnızca biraz eskisi kadar	12	13,6	12	13	
Neredeyse hiç	10	11,4	6	6,5	
4.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.					
Her zaman olduğu kadar	54	61,4	66	71,7	0,428
Şimdi pek o kadar değil	24	27,3	19	20,7	
Şimdi kesinlikle o kadar değil	7	8	6	6,5	
Artık hiç değil	3	3,4	1	1,1	
6.Kendimi neşeli hissediyorum.					
Hiçbir zaman	4	4,5	1	1,1	0,213
Sık değil	6	6,8	12	13	
Bazen	42	47,7	37	40,2	
Çoğu zaman	36	40,9	42	45,7	
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.					
Hemen hemen her zman	3	3,4	3	3,3	0,284
Çok sık	12	13,6	5	5,4	
Bazen	55	62,5	66	71,7	
Hiçbir zaman	18	20,5	18	19,6	
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.					
Kesinlikle	7	8	1	1,1	0,065
Gerektiği kadar özen gösteriyor	15	17	15	16,3	
Pek o kadar özen göstermiyor	20	22,7	32	34,8	
Her zaman ki kadar özen gösteriyor	46	52,3	44	47,8	
12. Olacakları zevkle bekliyorum.					
Her zaman olduğu kadar	36	40,9	46	50	0,525
Her zamankinden biraz daha az	25	28,4	26	28,3	
Her zamankinden kesinlikle daha az	17	19,3	12	13	
Hemen hemen hiç	10	11,4	8	8,7	
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.					
Sıklıkla	53	60,2	54	58,7	0,945
Bazen	19	21,6	23	25	
Pek sık değil	9	10,2	9	9,8	
Çok seyrek	7	8	6	6,5	

Kronik hastalığı olmayan ve olanların depresyon alt ölçeğine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 17. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı

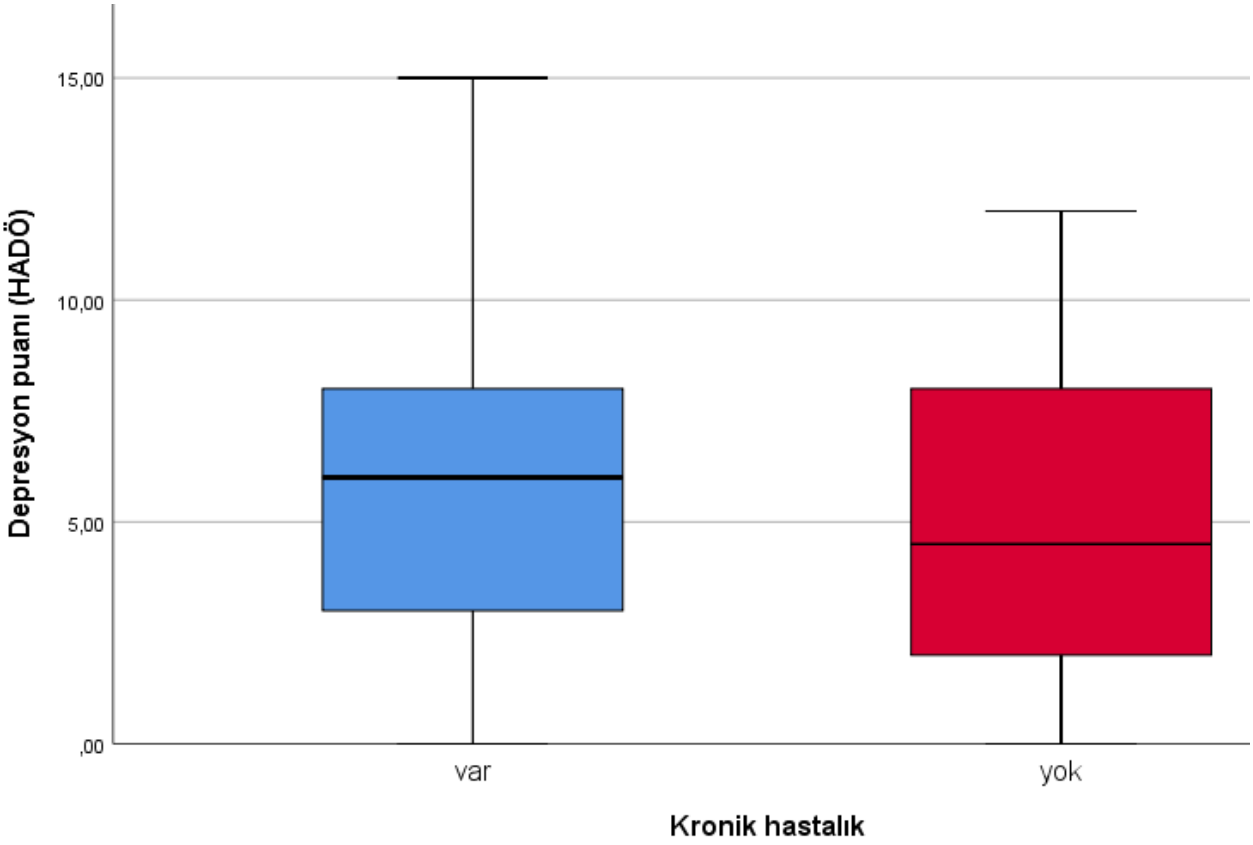
	Kronik hastalık		
HAD alt ölçeği	**Var**	**Yok**	**p**
Anksiyete puanı	7,19±3,74	7,13±3,75	0,638
Depresyon puanı	5,84±3,67	4,96±3,27	0,137

Kronik hastalığı olmayan ve olanların depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).



Şekil 3. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Anksiyete Alt Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı

Kronik hastalığı olanların anksiyete puanı 7,19±3,74, kronik hastalığı olmayanların anksiyete puanı 7,13±3,75 olup birbirine oldukça yakındır (p=0,638).



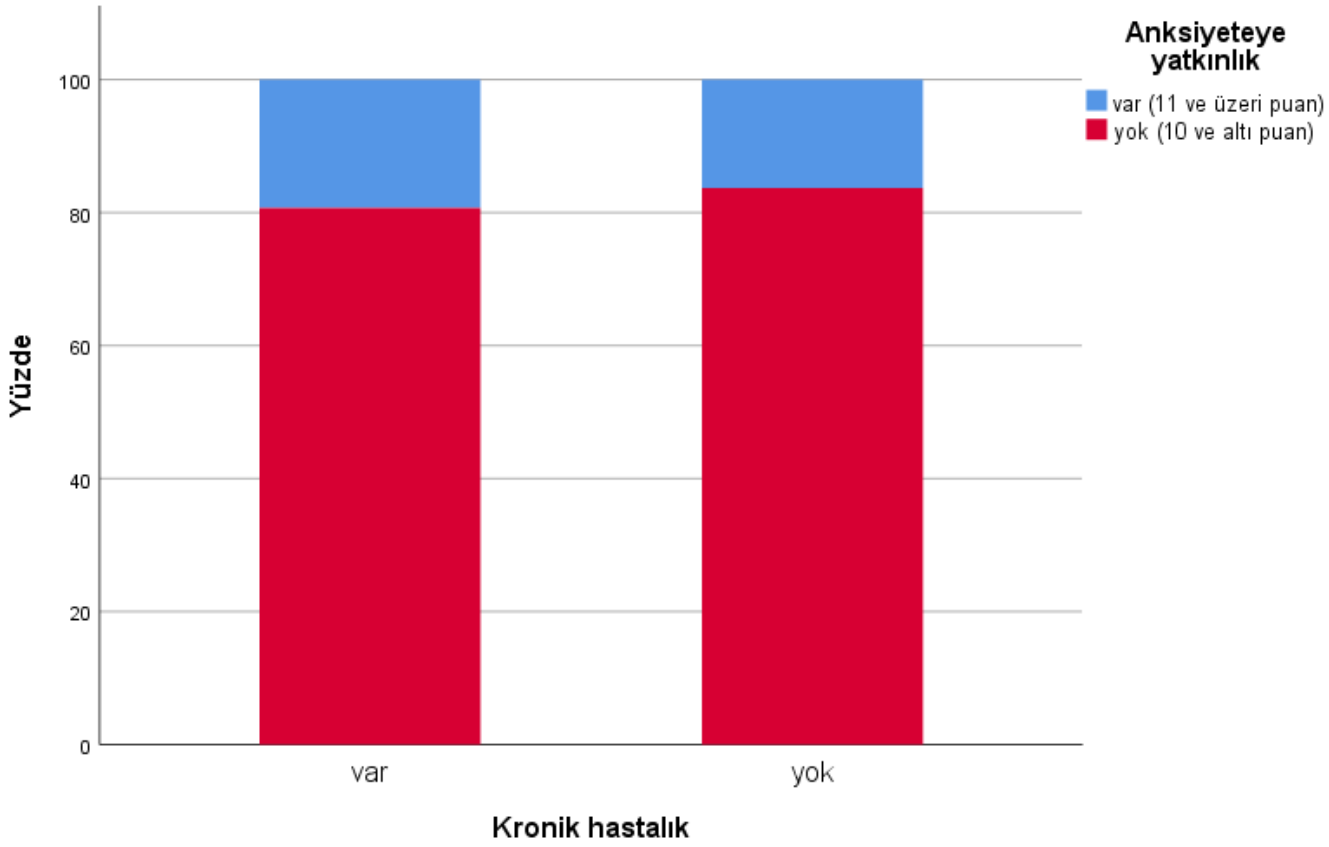
Şekil 4. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği / Depresyon Alt Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı

Kronik hastalığı olanların depresyon puanı 5,84±3,67, kronik hastalığı olmayanların depresyon puanı 4,96±3,27'dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da (p=0,137), kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon puanı daha yüksektir.

Tablo 18. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun anskiyete ve depresyon yatkınlığının dağılımı

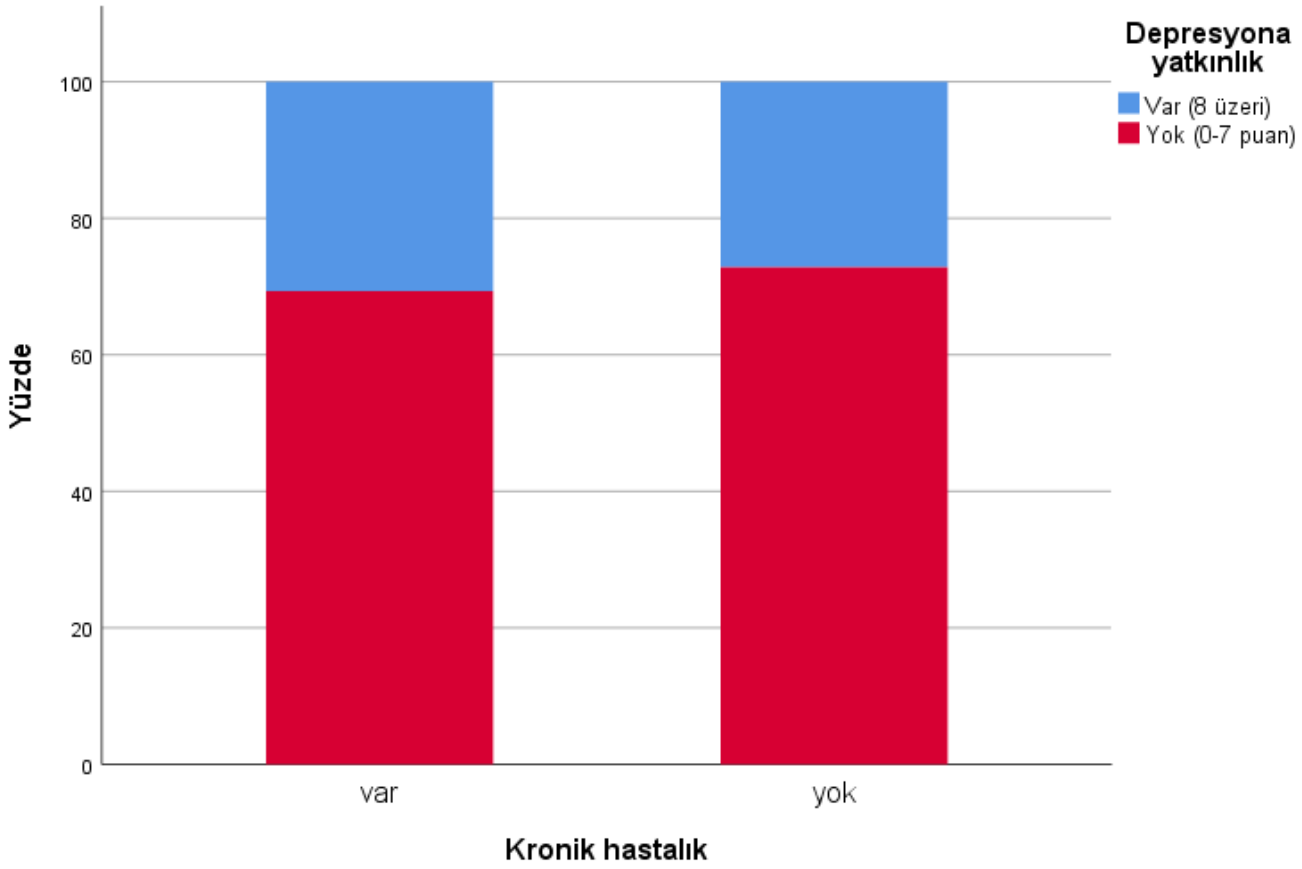
	Kronik Hastalık				
	Var		**Yok**		
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
Anksiyeteye yatkınlık					
Yok (≤10 puan)	71	80,7	77	83,7	0,597
Var (≥11 puan)	17	19,3	15	16,3	
Depresyona yatkınlık					
Yok (≤7 puan)	61	69,3	67	72,8	0,604
Var (≥8 puan)	27	30,7	25	27,2	

Kronik hastalığı olan ve olmayanların HADÖ'ye göre anksiyete ve depresyon yatkınlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 5. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun anskiyete yatkınlığının dağılımı

Kronik hastalığı olanların %19,3'ü, kronik hastalığı olmayanların ise %16,3'ü anksiyeteye yatkındır. Gruplar arasında anksiyeteye yatkınlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.



Şekil 6. Kronik hastalık varlığına göre çalışma grubunun depresyon yatkınlığının dağılımı

Kronik hastalığı olanların %30,7'si, kronik hastalığı olmayanların ise %27,2'si depresyonda yatkındır. Gruplar arasında depresyona yatkınlık açısından anlamlı istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

5. TARTIŞMA

Ulusal Araştırma Konseyi ve Tıp Enstitüsüne göre, sağlığı belirleyen en önemli sosyal faktörler; gelir, maddi birikim, eğitim, mesleki özellikler, ırk ve etnik köken kaynaklı sosyal eşitsizliklerdir (46). Bu değişkenler hem sağlıklı hem de sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Olumsuz yaşam koşulları, stres ve zorluklarla mücadele, fiziksel aktivitede kısıtlanma, güvenli gıda ve suya ulaşımda sorunlar, sosyal olumsuzluklar, biyolojik sonuçları olan çevresel faktörler ve diğer birçok neden bu kişilerde kronik hastalığa yatkınlığı arttırmaktadır (47). Çalışmamızda incelenen çeşitli parametrelere göre kronik hastalığa sahip olma durumunun dağılımı yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum ve öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi. Adamsen ve ark. 2011-2014 yılları arasında Amerika'daki 14.632 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada gelir, istihdam durumu ve eğitim düzeyinin kronik hastalık görülme sıklığı üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, kadınlarda erkeklere göre; 75 yaş ve üstü yaşlılarda, 55-64 yaş arasındaki yaşlılara göre; düşük ve orta gelirli yaşlılarda yüksek gelirli yaşlılara göre, işsiz yaşlılarda ise çalışan yaşlı bireylere göre kronik hastalık görülme sıklığının daha fazla sıklıkta olduğu bulunmuştur. Ama eğitim seviyesi ile kronik hastalık görülme sıklığı arasında bir ilişki bulunmamıştır (48). Zhao ve ark. yaptıkları çalışmada ise artan yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının da arttığını, VKİ'nin de kronik hastalık gelişmesinde bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (49).

Çalışmamızda incelenen diğer bir parametre olguların çalışma durumudur. Buna göre kronik hastalığı olanların %62,5'i çalışan, %25'i emeklilerden oluşuyorken, kronik hastalığı olmayanların %76,1'i çalışan, %8,7'si emeklilerden oluşmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta emeklilerden, daha az sıklıkta çalışan kişilerden oluşmaktadır. Emeklilik ile birlikte bireyler aktif iş hayatlarını sonlandırmaktadırlar. Jones ve ark. yaptıkları çalışmada emekliliğe geçiş yapan bireylerin orta ve şiddetli fiziksel aktivitelerinin azaldığını, boş zaman aktivitelerinin ise arttığını bulmuştur. Fiziksel aktivite azlığı ve sedanter davranışların ise kronik hastalık gelişimi için temel risk faktörleri arasında olduğunu ve emekli bireylerde kronik hastalık gelişim sıklığındaki artışın altında yatan

nedenlerden birinin fiziksel aktivitenin azalması olduğunu ileri sürmüşlerdir (50). Ancak Hugo ve ark. 2010 yılında emekliler üzerine yaptıkları çalışmada yaşla birlikte kronik hastalıkların arttığını ama emeklilik dönemi ile birlikte bir kırılma yaşanmadığını bildirmiştir. Çalışmalarında yaptıkları ileri analizlerde emeklilik ile birlikte bildirilen artmış kronik hastalık sıklığının yaş kaynaklı olduğunu ileri sürmüşlerdir (51). Çalışmamızda her ne kadar yaş grupları ile kronik hastalıklar arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptansa da, emekli olan bireylerde kronik hastalık sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak emekliliğinde gerek fiziksel aktivitedeki azalma gerekse sosyal izolasyon gibi kronik hastalığa neden olabilecek çeşitli risk faktörleri kaynaklı kronik hastalık sıklığında artışa neden olabileceği düşünülmüştür.

En sık görülen kronik hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, kanser, tip 2 diyabet, solunum yolu hastalıkları ve osteoartrittir (52). Bu hastalıklara sahip kişilerin hayat kalitesi düşmekte, beklenen yaşam süresi kısaltmakta ve bütün bunlara ek olarak bu hastalıklar sağlık bakım harcamalarına düşen yükü arttırmaktadır (53). Geçmişte yapılan çalışmalarda her ne kadar bu hastalıklar ilerleyen yaş ile direk ilişkili bulunsa da, güncel çalışmalarda bu hastalıkların yaştan ziyade çeşitli yaşam biçimi davranışları ile yakından ilişkili olduğunun altı çizilmektedir (54). Kronik hastalık gelişiminde etkili olduğu bilinen en önemli yaşam biçimi davranışlarından biri fiziksel aktivite ve egzersizdir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan katılımcıların %37,5'i, kronik hastalığı olanların ise %37'si hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların egzersiz yapma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemiştir. En önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında yer alan fiziksel aktivite ve egzersiz, kronik hastalıkların hem primer hem de sekonder korunmasında başvurulan önemli müdahaleler arasındadır (55). Günümüzde teknolojinin de getirisi olarak kişiler hareketsiz yaşama yönlenmektedir. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların %77'sinin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve sadece %15'inin CDC tarafından önerilen günlük 60 dakikalık fiziksel aktivite önerisine uyduğu bildirilmiştir (56). Yapılan birçok çalışmada kronik hastalıklar ile fiziksel aktivite arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğunu göstermiştir (57). Kronik hastalıklar ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda bu ilişkinin iki yönlü olduğu vurgulanmaktadır. Yani fiziksel inaktivite kronik hastalığa neden

olduğu gibi, kronik hastalığı olan olgularda meydana gelen fonksiyonel kapasitenin azalması da inaktiviteye yol açmaktadır (58). Weiler ve ark. çalışmalarında fiziksel aktivitenin kronik hastalıkların hem primer hem de sekonder korumasında etkili olduğunu ve sağlık yükünü önemli ölçüde azalttığını bildirmiştir (59). Turner ve ark. ise fiziksel aktivite ve egzersizin yaşlanma ve kronik hastalık açısından diğer bütün değişkenlerden bağımsız olarak olumlu etkilerinin olduğunu ve değiştirilebilir en önemli risk faktörleri arasında olduğunu rapor etmiştir (60). Çalışmamızda kronik hastalığı olan ve olmayan olgular arasında fiziksel aktivite yapma sıklığının benzer olduğu saptanmış olup, kronik hastalığı olmayan bireylerin primer koruma açısından fiziksel aktivite sıklıklarını arttırmaları, kronik hastalığı olan bireylerin ise hastalıklarının daha rahat kontrol altına alınması, progresyonun yavaşlatılması gibi etkileri açısından fiziksel aktiviteye yönlendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Kronik hastalık varlığı ve beraberinde yaşanan olumsuzluklar kişilerin mental sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bununla uyumlu olarak çalışmamızda da kronik hastalığı olan olguların %12,5'inin, kronik hastalığı olmayaların %1,1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalığının olduğu saptanmış olup, kronik hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta psikiyatrik hastalık bulunmaktadır Literatürde de çalışmamızla uyumlu birçok çalışma vardır. Piane ve Smith ABD'de 39.954 olgunun kronik hastalık ve ilişkili psikiyatrik hastalık özelliklerini inceledikleri geniş kapsamlı bir çalışmada kronik hastalık ile psikiyatrik hastalıklar arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Buna göre, 1 tane kronik hastalığı olan olguların psikiyatrik hastalık riski 1,5 kat, 4 tane kronik hastalığı olan olguların psikiyatrik hastalığının olma riski 4,68 kat artmaktadır. Yaptıkları ileri analizlerde ise bu ilişkinin cinsiyet, yaş, ırk, sigara-alkol içme, düşük fiziksel aktivite ve BKİ yüksekliği gibi diğer ilişkili değişkenlerden tamamen bağımsız olarak ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir (61). Verhaak ve ark. kronik hastalığı olan bireylerde sağlıklı popülasyona göre mental durumu karşılaştırdıkları çalışmalarında, kronik hastalığı olan bireylerin daha fazla psikiyatrik sorunlarla karşılaştığını bildirmişlerdir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin kişisel ilişkilerinin bozulduğu, fiziksel kondüsyonlarının azaldığı, işle ilgili ve maddi sorunlarının arttığı ve bu durumların psikiyatrik sorunlara zemin hazırladığını rapor etmişlerdir (62). Çalışmamızda saptanan bu ilişkinin de kronik

hastalık tanısının getirdiği psikolojik yüke ek olarak, tanı, tedavi sürecinde yaşanan olumsuz kişisel ve çevresel durumların kümülatif bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür.

Bununla birlikte çalışmamızın yapıldığı dönemin COVID-19 salgınının aktif olduğu bir dönem olduğu unutulmamalıdır. Nitekim çeşitli çalışmalarda pandemi dönemlerinde mental sağlığın kronik hastalık olup olmamasına göre farklı düzeylerde etkilenebileceği ileri sürülmüştür. Louvardi ve ark. yaptıkları güncel bir çalışmada COVID-19 döneminde kronik hastalığı olan olgularda mental durumu incelemiştir Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 pandemi döneminde stres seviyesinin ve somatizasyon bozukluklarının daha fazla olduğu fakat anksiyete ve depresyon seviyesinin her iki grupta da benzer olduğu bildirilmiştir (63). Hu ve ark. ise pandemi döneminde süre geçtikçe kişilerin anksiyete düzeylerinin arttığını göstermiştir (64) Çeşitli kriz dönemlerinde yapılan bazı çalışmalarda ise anksiyete ve depresyon düzeylerinin kronik hastalığı olan olgularda daha fazla olduğu ileri sürmüştür (65,66). Çalışmamız da salgın döneminde yapılmıtır ve kronik hastalığı olan olguların psikiyatrik hastalık sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır; sonuçlarımız bu açıdan değerlendirilmelidir.

Kronik hastalıklar fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini en az 3 aylık bir dönem boyunca etkileyen durumlar olarak tanımlanabilmektedir (23). Bu tanımlamaya bakıldığında mental sağlığında kronik hastalık kapsamında değerlendirildiği görülmektedir. Bu tanımlama ile uyumlu olarak, çalışmamızda kronik hastalığı olanların %30,7'sinin, kronik hastalığı olmayanların %27,2'sinin depresyona yatkın olduğu saptanmıştır. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kronik hastalığı olan olgular arasında depresyon sıklığı daha fazladır. Kronik hastalıklar ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiş olup, hemen her kronik hastalık açısından ayrı ayrı incelemenin yapıldığı çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda hastalığın şiddetine göre %80 sıklığına kadar depresyon görüldüğü gösterilmiştir (67). Koroner arter hastası olan olgularda %17-%57 sıklığında depresyon saptandığı çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (68). Bununla birlikte psikolojik terapi ve ilaç tedavilerinin hayat kalitesi ve depresif semptomları azalttığı ve sağkalımı arttırdığı da ileri sürülmüştür (69). Koroner arter hastalığı ve depresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalarda depresyonun

kardiyovasküler hastalıklar açısından bir risk faktörü olduğu, tanı ve tedavi sürecinin de depresyona neden olduğu gösterilmiş olsa da, altta yatan mekanizma tam olarak ortaya konamamıştır (70–72). Uzun süredir diyabet hastası olan olgularda depresyon sıklığının 2 kat arttığı bildirilmiştir (73). Depresyon ve diyabet ilişkisi iki yönlüdür. Depresyon glisemik kontrolü bozmakta, bu durumun yol açtığı sağlık sorunları da depresyon oluşumunu tetiklemektedir. Bununla birlikte sigara, genetik yatkınlık, sedanter yaşam tarzı, obezite ve sağlıklı diyete uyumun azalması da bu iki sağlık sorunu ile ilişkili olan diğer durumlardır (73). Diyabet olgularında depresyon oluşması açısından özellikle kadın cinsiyetin ve sosyoekonomik kötü koşulların en önemli risk faktörleri arasında olduğu gösterilmiştir (74).

Kronik hastalık tanısı hastaların hem ileriye yönelik planlarını, hem de mevcut yaşantılarını sınırlandırmaktadır. Ramamurthy ve ark. karaciğeri etkileyerek siroza neden olabilen kronik karaciğer hastalığı olan olgularda depresyon sıklığının sağlıklı olgulardan daha yüksek olduğunu göstermiştir (69). Buna ek olarak kronik karaciğer hastalarında depresyonun erken dönemde tedavi edilmesinin tedaviye olan uyumu anlamlı düzeyde arttırdığı ve çıktıları olumlu olarak etkilediği gösterilmiştir (75). Shirazian ve ark. kronik böbrek hastalığı olan olgularda depresyon sıklığının sağlıklı kontrollere göre 3 kat daha fazla olduğunu bulmuştur (76). Kanser olgularında tanı anında %50 olarak bildirilen depresyon sıklığının, hastalığın prognozu ve sağkalımına göre ileri dönemlerde arttığı ya da azalabildiği gösterilmiştir (77). Kanser olgularında depresyon gelişimi açısından genç yaş, ileri evre hastalık, rekürrens, ağrı, ilaç yan etkisi, saç dökülmesi başta olmak üzere vücut değişiklikleri, önceki mental sağlık, kemoterapi, radyoterapi, metastaz, sekonder kanserler gibi birçok faktörün depresyon gelişimini kolaylaştırdığı gösterilmiştir (78,79). Hipotiroidizm olgularında %31, hipertiroidizm olgularında %56 sıklığında depresyon bildirilmiştir (80). Bununla birlikte özellikle hipertiroidi hastalarında trisiklik antidepresan tedavisinin kontraendike olduğu unutulmamalı ve öncelikle hipertiroidi tedavi edilmelidir (80). Çoklu organ tutulumu ile seyreden romatoid artrit olgularında aktivite sınırlanması, eklem ve fonksiyonel değişiklikler kaynaklı depresyon sıklığının arttığı gösterilmiş, depresyonun tedavisi ile hem depresif bozukluğun hem de osteoartrit semptomlarının gerilediği bildirilmiştir (73). Depresyonla karşılıklı ilişkisi olan bir diğer hastalık hipertansiyondur. Genetik yatkınlık, sedanter yaşam tarzı, yüksek yağ içerikli diyet,

sigara ve inaktivite bu iki hastalık için de önemli risk faktörleri arasında olup, hipertansiyon hastalarının %22,2'sinin depresyondan müzdarip olduğu bildirilmiştir (81). Depresyon tedavisinin antihipertansif tedavi uyumunu arttırdığı, kan basıncı kontrolünün devamlılığını sağladığı ve hastalığın prognozunu olumlu olarak etkilediği gösterilmiştir (82). Demir eksikliği direk olarak depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (83). Yine, demir eksikliği tedavisinin depresyon bulgularını önemli ölçüde düzelttiği gösterilmiştir (84). Literatürde yapılan çalışmalarda burada belirtemediğimiz hemen bütün kronik hastalıkların depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve hastalığın tedavisi ile eş zamanlı olarak depresyonun tedavi edilmesinin prognozu olumlu olarak etkilediği ileri sürülmüştür (85–87).

Depresyon ile kronik hastalık ilişkisinde olduğu gibi yapılan birçok çalışmada çeşitli kronik hastalıklar özelinde artmış anksiyete sıklığı bildirilmiştir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan olguların %19,3'ünde, kronik hastalığı olmayanların %16,3'ünde anksiyeteye yatkınlık olduğu saptanmıştır. Her ne kadar bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kronik hastalığı olanlarda anksiyeteye yatkınlık bir miktar daha fazladır. Literatürde bu konuya odaklanan çalışmalar incelendiğinde kardiyovasküler hastalık olgularında %10-%54 (88), diyabet olgularında %14 (tip 2 diyabetlilerde daha yüksek) (89), kanser olgularında genel olarak %15-23, progrese olan kanser olgularında %69, artrit, osteoporoz (90,91) ve serebrovasküler hastalık (89) olgularında artmış anksiyete riski gösterilmiştir. Kronik hastalıkların zemininde anksiyete gelişmesi açısından çeşitli risk faktörleri bildirilmiştir. Özellikle hastalığın tanısının konulması ve tedavi süreci hastalar üzerinde anksiyete oluşturmaktadır. Hastalığa bağlı kontrol edilemeyen ağrı, tanı ve tedavi aşamasında düzenli enjeksiyon, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntülemeleri, endoskopi, kolonoskopi, biyopsi ve hastalığın sekonder etkilerinin olgularda var olan anksiyete semptomlarını ortaya çıkardığı ya da yeni tanı alan anksiyeteye yol açtığı bildirilmiştir (92,93).

Kronik hastalıklar ile anksiyete ve depresyon ilişkisi öncelikle kronik hastalıkların depresyon ya da anksiyeteye neden olması ile açıklanmaktadır. Yapılan birçok çalışma kronik hastalık tanısı alan olguların anksiyete ve depresyon ile karşılaşma sıklıklarının fazla olduğunu göstermektedir (10–18). Kronik hastalığın neden olduğu birçok etken ile depresyon ve anksiyete ortaya çıkabilmektedir. Kronik

hastaların öz bakımlarının azalması, belirsiz gelecek hakkında anksiyetenin artması, sosyal izolasyon ile birlikte ilişkilerinin azalması ve kendilerini suçlu hissetlemeri bu etkenlerden bazılarıdır (39). Diğer bir mekanizma depresyon ve anksiyetenin kronik hastalığa neden olduğudur (11,15,19). Yapılan farklı çalışmalarda depresyon hastalığının kalp hastalığına neden olduğunu (11), depresif olguların aşırı duygusal oldukları için kalp hastalığı ya da hipertansiyon yaşadıklarını (11,15) göstermektedir. Üçüncü bir mekanizma kronik hastalik, depresyon, anksiyete durumlarının karşılıklı olarak etkileşim içerisinde olduğudur. En belirli olarak, KOAH'lı hastalar nefes darlığını yaklaşan bir panik atak belirtisi olarak algıladıklarını ve buna karşılık paniğin nefes darlığı hissini şiddetlendirdiği bir nefes darlığı / anksiyete / nefessizlik döngüsü tanımlamaktador (10,19). Bogner ve arkadaşları (11), kalp hastalarının kalp problemleriyle baş etmenin tek yolunun depresyon tedavisi olduğunu düşündüklerini öne sürerek, depresyon ve kalp yetmezliğinin birbirine bağlı olduğunu vurgulamışlardır (11). Son olarak ise bu durumların tamamen birbirinden bağımsız olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Bu ilişkiye göre olgular bu durumları rastlantısal olarak deneyimlemektedir (15,17,20).

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. Çalışmada prospektif olarak olgular takip etmediği için kronik hastalık, depresyon, anksiyete ve diğer değişkenler arasında sebep sonuç ilişkisi incelenememiştir. Bu durumların hangisinin daha önce ortaya çıktığı gösterilememiştir. Farklı kronik hastalıkların psikiyatrik sonuçları farklı düzeyde olabilir. Çalışmamızda ise anksiyete ve depresyon durumu genel olarak kronik hastalık varlığına göre incelenmiş olup, belirli hastalığa sahip olgu sayısının sınırlı olması nedeniyle hastalıklara özel analizler yapılamamıştır. Çalışmamızda HADÖ kullanılmış olup, farklı çalışmalarda bu amaçla farklı ölçekler tercih edilmiştir. Sonuçlarımız ve yapılan yorumlar bu açıdan değerlendirilmelidir. Çalışmamızın yapıldığı dönemde olguların birbiriyle iletişimi sınırlandırılamamıştır. Bu durum olguların daha önce çalışma hakkında bilgi sahibi olmasına ve kontaminasyona neden olmuş olabilir. Son olarak çalışmamız COVID-19 pandemi döneminde gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde kronik hastalık, anksiyete, depresyon ilişkisini inceleyen çalışma sayısının az olması çalışmamızın değerini arttırıyorken, dönemin getirdiği farklı olumsuzluklar depresyon ve anksiyete sıklığını değiştirerek, sonuçlarımızın diğer çalışmalardan farklı olmasına neden olmuş olabilir.

6. SONUÇLAR

İzmir Bornova'da bir ASM'ye başvuran 30-65 yaş arası 180 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- ✓ Olguların %37,2'si 30-39 yaş arasında, %57,8'i kadın, %78,3'ü evli, %58,9'u yüksekokul ve üzeri bir öğrenime sahipti. Kronik hastalığa sahip olma durumunun dağılımı yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).
- ✓ Kronik hastalığı olanların %62,5'i çalışan, %25'i emeklilerden oluşuyorken, kronik hastalığı olmayanların %76,1'i çalışan, %8,7'si emeklilerden oluşmaktadır. Kronik hastalığa sahip olan kişiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta emeklilerden, daha az sıklıkta çalışan kişilerden oluşmaktadır (p=0,025).
- ✓ Olguların %37,2'si hiç egzersiz yapmadığını, %25,6'sı haftada 1, %16,7'si haftanın her günü egzersiz yaptığını belirtmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların %37,5'i, kronik hastalığı olanların ise %37'si hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık varlığına göre katılımcıların egzersiz yapma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmemektedir (p=0,468).
- ✓ Kişilerin %48,9'unun herhangi bir kronik hastalığı; %15,6'sında HT/ hiperlipidemi/ kalp hastalığı, %12,2'sinde tiroid, %8,3'ünde diyabet, %1,1'inde osteoartrit, %6,7'sinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır
- ✓ Kronik hastalığı olan olguların %12,5'inin, kronik hastalığı olmayaların %1,1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır (p=0,002).
- ✓ HADÖ ölçeği puanına göre göre kişilerin %17,8'inde anksiyeteye yatkınlık, %28,9'unda depresyona yatkınlık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların %19,3'ü anksiyeteye, %30,7'si depresyona yatkındır. Kronik hastalığı olmayanların ise %16,3'ü anksiyeteye, %27,2'si depresyona yatkındır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kronik hastalığı olanların depresyon ve anksiyeteye yatkınlığı bir miktar daha fazladır (p>0,05).

Sonuç olarak, kronik hastalıkların HADÖ ile belirlenen depresyon ve anksiyeteye yatkınlık ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyon ve anksiyeteye yatkınlığın biraz daha fazla olduğu saptandı. Ayrıca, emekli olmanın beraberinde getirdiği çeşitli risk faktörleri ile birlikte kronik hastalık gelişimi açısından önemli bir parametre olduğu ve kronik hastalığı olmayanlar ile karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olanlarda eşlik eden psikiyatrik hastalık sıklığının daha fazla olduğu belirlendi. Kronik hastalık tipine göre yapılacak ileri çalışmalar, bu olgularda depresyon ve anksiyete durumunu daha detaylı ortaya koyabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Hançerlioğlu S. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014:175-83.
2. Botes R, Vermeulen KM, Correia J, Buskens E, Janssen F. Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. BMC health services research. 2018;18(1):24.
3. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 9.basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2002.
4. Algül A, Ateş MA, Semiz ÜB. Depresyon etyolojisinde çağdaş modeller. Türkiye Klinikleri. JIntMedSci. 2007;3: 6-11.
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I et all. Life time prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World mental health surveys. World Psychiatry. 2007; 6:168–76.
6. Charney DS. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Sekizinci Baskı. 2.Cilt. Güneş Kitabevi. 2007;1718-20.
7. Rihmer Z, Angst J. Duygu durum bozuklukları: epidemiyoloji. In: Sadock BJ, Sadock VA.Comprehensive Text Book of Psychiatry. Sekizinci Baskı. 2.Cilt. Güneş Kitabevi.2007;1575-1582.
8. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4. baskı. Washington DC. 1994.
9. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC et al. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994;51:355-64.
10. Willgoss T, Yohannes A, Goldbart J, Fatoye F. COPD and anxiety: its impact on patients' lives. Nurs Times. 2011;107:16–9.
11. Bogner H, Dahlberg B, Vries H. Older patients' views on the relationship between depression and heart disease. Fam Med. 2008;(40):652–7.
12. White JH, Magin P, Attia J, Pollack MR, Sturm J, Levi CR. Exploring poststroke mood changes in community-dwelling stroke survivors: a qualitative study. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89:1701–7.
13. Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Biong S, Kim HS, et al. The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. Int J Qual Stud Health Well-being. 2011;(6):1–13.
14. Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. J Clin Nurs. 2007;(16):76–83.
15. Manderson L, Kokanovic R. "Worried all the time'': distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 diabetes. Chronic Illn. 2009;(5):21–32.
16. Cabassa L, Hansen M, Palinkas L, Ell K. Azucar y Nervios: Explanatory models and treatment experiences of Hispanics with depression and diabetes. Soc Sci Med. 2009;66:2413–24.
17. Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive symptoms: patients with heart failure. Am J Crit Care. 2009;(18):310–8.
18. Pier C, Shandley Ka, Fisher JL, Burstein F, Nelson MR, Piterman L, et al. Identifying

the health and mental health information needs of people with coronary heart disease, with and without depression. Med J Aust. 2008;188:S142–4.

19. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle-COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe" Qual Health Res. 2004;(14):760–78.

20. Cherrington A, Ayala GX, Sleath B, Corbie-Smith G, et al. Examining knowledge, attitudes, and beliefs about depression among Latino adults with type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2006;(32):603–13.

21. Arat Ö. Kronik Hastalıklar. Toplum ve Hekim Dergisi.1978.

22. Bilir N, Paksoy NS. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler.Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006 s1019-1044.

23. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? Front. Public Health 2006;4:159. doi: 10.3389/fpubh.2016.00159.

24. Martin CM. Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. Canadian family physician Medecin de famille canadien vol. 53,12 (2007): 2086-91.

25. Remington PL, Ross CB, Mark VW. Chronic disease epidemiology and control. No. Ed. 3. American public health association, 2010.

26. Preventing chronic diseases : a vital investment: WHO global report. 2005. World Health Organization. Geneva: 2005.

27. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

28. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

29. Boult KG, Improving chronic care, The Permanente Journal, Winter 2008,12 (1):50-54.

30. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik psikiyatri. İkinci baskı. Ankara: Günes Kitapevi. 2005:174-354.

31. Köroğlu E. Major depresyon. In: Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. baskı.Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;240-65.

32. Üstün TB, Chatterji S. Global burden of depressive disorders and future projections. In:Dawson A, Tylee A. Depression: social and economic time bomb. London: BMJ Books. 2001.

33. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K. Mental healt hand employment: an overview of pattern sand policies across the 17 MHEEN countries. J. Ment. Health2007; 16:195–210.

34. Tükel R. Yaygın anksiyete bozukluğunun patogenezi. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006; 481-509.

35. Taylor KBW, Castriotta N, Lenze EJ. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depression and anxiety, 2010;27(2), 190-211.

36. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 420:21–27.

37. Üstün TB, Sartorius N (eds): Mental Illness in General Health Care: An International

Study. Chicester, United Kingdom, Wiley, 1995.

38. Bayraktar E. Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. In: Tükel R, Aklın T.Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 469-81.

39. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient Experiences of Depression and Anxiety with Chronic Disease, A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013; 13(16): 1–33.

40. Hedlund M, Zetterling M, Ronne-Engstrom E, Ekselius L, Carlsson M. Perceived recovery after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in individuals with or without depression. J Clin Nurs. 2010;(19):1578–87.

41. Brink E, Karlson BW, Hallberg LR-M. Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. J Adv Nurs. 2006;53:403–11.

42. Robinson-Smith G. Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. Perspect Psychiatr Care. 2004;(40):61–9.

43. Zigmond AS. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983:67(6), 361-370.

44. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997:(8), 280-287.

45. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoit Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Romatizma Dergisi. 2004: 19(1);7-13.

46. Adler BE, Cutler DM, Fielding JE, Galea S. Addressing social determinants of health and health disparities: A vital direction for health and health care. NAM Perspectives, 2016.

47. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. Am. J. Prev. Med. 52 (1S1) (2017), pp. S5-S12.

48. Adamsen C, Schroeder S, LeMire S, Carter P. Education, Income, and Employment and Prevalence of Chronic Disease Among American Indian/Alaska Native Elders. Preventing Chronic Disease. 2018;15:37.

49. Zhao C, Wong L, Zhu Q, Yang H. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. PloS one. 2018;13(6):e0199006.

50. Jones SA, Li Q, Aiello AE, Angela M, Evenson KR. Physical activity, sedentary behavior, and retirement: The multi-ethnic study of atherosclerosis. Am J Preventive Med. 2018;54(6):786-94.

51. Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Pentti J, Melchior M, et al. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. Bmj. 2010;341:6149.

52. Durstine JL, Gordon B, Wang Z, Luo X. Chronic disease and the link to physical activity. Journal of Sport and Health Science. 2(1):2013;3-11.

53. The World Economic Forum. The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases. [Internet] http://www.weforum.org/reports/global-economic-burden-non-communicable-diseases. Erişim:7.12.2020.

54. Flynn MA, Mcneil DA, Maloff B Mutasingwa D, Wu M, Ford C, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence

with “best practice” recommendations. Obes Rev, 7 (Suppl. 1) (2006), pp. 7-66.

55. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ, 174 (2006), pp. 801-809.

56. Centers for Disease Control and Prevention Physical inactivity estimates, by county (2010) [Internet] http://www.cdc.gov/Features/dsPhysicalInactivity/. Erişim:7.12.2020.

57. Artinian NT, Fletcher D, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults. Circulation, 122 (2010), pp. 406-441.

58. Saltin B, Blomqvist G, Mitchell JH, Johnson RL, Wildenthal K, Chapman CB. Response to exercise after bed rest and after training. Circulation, 38 (Suppl. 5) (1968), pp. 11-17.

59. Weiler R, Feldschreiber P, Stamatakis E. Medicolegal neglect? The case for physical activity promotion and exercise medicine. Br J Sports Med, 46 (2012), pp. 228-232.

60. Turner JE, Lira VA, Brum PC. New Insights into the Benefits of Physical Activity and Exercise for Aging and Chronic Disease. Oxidative Medicine and Cellular Longevity. 2017;1:250.

61. Piane GM, Smith TC. Building an Evidence Base for the Co-Occurrence of Chronic Disease and Psychiatric Distress and Impairment. Prev Chronic Dis. 2014; 11: E188.

62. Verhaak PFM, Heijmans MJWM, Peters L, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. Social science & medicine, 2005, 60.4: 789-797.

63. Louvardi M, Pelekasis P, Chrousos GP, Darviri C. Mental health in chronic disease patients during the COVID-19 quarantine in Greece. Palliative and Supportive Care, 2020:18(4), 394-399.

64. Hu W, Su L, Qiao J. Countrywide quarantine only mildly increased anxiety level during COVID-19 outbreak in China. medRxiv. 2020.

65. Gerontoukou, EI, Michaelidoy, S, Rekleiti, M, et al. (2015) Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. Health Psychology Research 3(2), 36–40.

66. Pelekasis, P, Kampoli, K, Ntavatzikos, A. (2017) Depressive symptoms during adverse economic and political circumstances. European Journal of Cancer Care 26(6), e12687.

67. Pollok J, van Agteren JE, Esterman AJ, Carson-Chahhoud KV. Psychological therapies for the treatment of depression in chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019 3:0.

68. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. Psychiatry (Edgmont) 2009 6:38–51.

69. Ramamurthy G, Trejo E, Faraone SV. Depression treatment in patients with coronary artery disease: a systematic review. 2013 15:0.

70. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a metaanalysis. Psychosom Med 2004; 66: 802-813.

71. Wulsin LR. Is depression a major risk factor for coronary disease? A systematic review of the epidemiologic evidence. Harv Rev Psychiatry 2004; 12: 79-93.

72. Van der Kooy K, van Hout H, Marwijk H, et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 613-626.

73. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Prev Chronic Dis. 2005 2:0.

74. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry 2005; 58: 175-189.

75. Huang X, Liu X, Yu Y. Depression and Chronic Liver Diseases: Are There Shared Underlying Mechanisms?. Front Mol Neurosci. 2017; 10(1):134.

76. Shirazian S, Grant CD, Aina O, Mattana J, Khorassani F, Ricardo AC. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. Kidney Int Rep. 2017 Jan; 2(1):94-107.

77. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. The Medical journal of Australia 2009;190(7 Suppl):S54-60.

78. Rodin G, Lloyd N, Katz M, et al. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer 2007; 15: 123-136.

79. Barsevick AM, Sweeney C, Haney E, Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. Oncol Nurs Forum 2002; 29: 73-84.

80. Fukao A, Takamatsu J, Arishima T, Tanaka M, Kawai T, Okamoto Y, Miyauchi A, Imagawa A. Graves' disease and mental disorders. J Clin Transl Endocrinol. 2020 Mar; 19(1):100207.

81. Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of depression in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2015 94:0.

82. Krousel-Wood MA, Frohlich ED. Hypertension and depression: coexisting barriers to medication adherence. J Clin Hypertens (Greenwich). 2010 Jul 1; 12(7):481-6.

83. Shafi M, Taufiq F, Mehmood H, Afsar S, Badar A. Relation between Depressive Disorder and Iron Deficiency Anemia among Adults Reporting to a Secondary Healthcare Facility: Hospital-Based Case Control Study. A J Coll Physicians Surg Pak. 2018 Jun; 28(6):456.

84. Pamuk GE, Uyanik MS, Top MS, Tapan U, Ak R, Uyanik V. Gastrointestinal symptoms are closely associated with depression in iron deficiency anemia: a comparative study. Ann Saudi Med. 2015 Jan-Feb; 35(1):31-5.

85. Rana AH, Babar O. Depression in Chronically ill Patients of Railway General Hospital, Pakistan. Cureus. 2020 Oct; 12(10): e11030.

86. Lin SC, Tyus N, Maloney M, Ohri B. The associations between depression and physical health. A cross-sectional study. PLoS One. 2020; 15(4): e0231243.

87. Brown HK, Willon AS, Ray JG. Dennis CL. Chronic physical conditions and risk for perinatal mental illness: A population-based retrospective cohort study. PLoS Med. 2019 Aug; 16(8): e1002864.

88. Fleet R, Lavoie K, Beitman BD. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. J Psychosom Res 2000; 48: 347-356.

89. Whyte AM, Mulsant BH. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology and biological treatment. Biol Psychiatry 2002; 52: 253- 264.

90. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. J Occup Environ Med 2003; 45: 1257-1266.

91. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. Pain 2004; 111: 77-83.

92. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. [Internet] http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp90syn.htm. Erişim:8.12.2020.

93. McWayne J, Heiney SP. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema: a review. Cancer 2005; 104: 457-466.

Ek 1: Veri Toplama Formu

……./……./……

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu soru formu, yaptığımız çalışmaya destek vermek amacıyla hazırlanmıştır. Soru formunun birinci bölümünde kişisel özelliklerinize yönelik toplam 13 soru, ikinci bölümde de 14 maddelik 'HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ' yer almaktadır.

Yapacağımız anketi ve ölçeği, araştırmaya yardımcı olmak üzere kullanabilmemiz için müsaadenizi istiyoruz. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelinde olmalıdır. Gönüllü bu çalışmaya katılmayı ret etme hakkına sahiptir. Araştırmacılar da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilirler. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve elde edilecek veriler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Sağladığınız katkılar, ilginiz ve samimi yanıtlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Ass.Dr. Emel OCAK

1) Yaşınız: A) 30-39 B) 40-49 C) 50-59 D) 60-65

2) Cinsiyetiniz: A) Kadın B) Erkek

3) Medeni durumunuz: A) Bekar B) Evli/Birlikte yaşıyor C) Eşi ölmüş D) Eşinden ayrılmış

4) En son hangi okuldan mezun oldunuz?

A) İlkokulu bitirmemiş B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise E) Yüksekokul ve üstü

5) Ekonomik durumunuz: A) Düşük B) Orta C) İyi

6) Kaldığınız evin durumu: A) Ev sahibi B) Kiracı C) Aileye ait

7) Çalışma durumunuz: A) Hiç çalışmadım B) Çalışıyorum C) Emekliyim D) Dönem dönem çalışıyorum

8) Sosyal güvenceniz nedir? A) SGK B) Özel sigorta C) Yeşil kart E) Yok

9) Uzun süreden beri bilinen bir hastalığınız var mı?

A) Hipertansiyon-Hiperlipidemi-Kalp hastalığı B) Tiroid C)Diyabet D) Osteoartrit E)Diğer

10) Tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı? A) Evet B) Hayır

11) Kaç kardeşiniz var(siz hariç). Kız:…….. Erkek:……

12) Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?

A) Hiç yapmıyorum B) Haftada bir C) Haftada 2-3 kez D) Hergün

13) Psikolojik sorununuz olduğunda ilk olarak nereye gidersiniz?

A) Aile hekimi B) Psikiyatri uzmanı C) Psikoloğa D) Diğer……

Aşağıda görülen diğer anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki seçeneği işaretleyiniz. Yanıtınız için lütfen çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

Lütfen aşağıdaki maddelerin son günlerde sizi en iyi tanımlayan seçeneğini yani A, B, C, D seçeneklerinden birisini işaretleyiniz.

Sorular	A	B	C	D
1. Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.	A)Çoğu zaman	B)Birçok zaman	C)Zaman zaman, Bazen	D)Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.	A)Aynı eskisi kadar	B)Pek eskisi kadar değil	C)Yalnızca biraz eskisi kadar	D)Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.	A)Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli	B)Evet, ama çok da şiddetli değil	C)Biraz, ama beni endişelendiriyor	D)Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	A)Her zaman olduğu kadar	B)Şimdi pek o kadar değil	C)Şimdi kesinlikle o kadar değil	D)Artık hiç değil
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.	A)Çoğu zaman	B)Birçok zaman	C)Zaman zaman, ama çok sık değil	D)Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum.	A)Hiçbir zaman	B) Sık değil	C)Bazen	D)Çoğu zaman
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	A)Kesinlikle	B) Genellikle	C)Sık değil	D)Hiçbir zaman
8. Kendimi sanki durgunlaşmış	A)Hemen hemen her zaman	B)Çok sık	C)Bazen	D)Hiçbir zaman

gibi hissediyorum.				
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılyorum.	A)Hiçbir zaman	B)Bazen	C)Oldukça sık	D)Çok sık
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.	A)Kesinlikle	B)Gerektiği kadar özen göstermiyorum	C)Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum	D)Her zaman ki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	A)Gerçekten de çok fazla	B)Oldukça fazla	C)Çok fazla değil	D)Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum.	A)Her zaman olduğu kadar	B)Her zamankinden biraz daha az	C)Her zamankinden kesinlikle daha az	D)Hemen hemen hiç
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	A)Gerçekten de çok sık	B)Oldukça sık	C)Çok sık değil	D)Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	A)Sıklıkla	B)Bazen	C)Pek sık değil	D)Çok seyrek