



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DİYABETİK AYAK HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ
DR. YAHYA UTLU

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN-2018

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DİYABETİK AYAK HASTALARINDA
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİ
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
DR. YAHYA UTLU

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ

AYDIN-2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diyabetik Ayak	3
2.1.1. Etiyoloji	3
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Hasta Yönetimi	5
2.2. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları	7
2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji	7
2.2.2. Uyum Bozukluğu	7
2.2.3. Tanı ve Tedavi	8
2.3. Aile Hekimliği Yaklaşımı	14

3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Çalışma Tasarımı	17
3.2. İstatistiksel Analiz	18
3.3. Araştırma Etiği	18
4. BULGULAR	19
4.1. Sosyodemografik Bulgular	19
4.2. Başvuru Özellikleri ve Tıbbi Özgeçmiş Verileri	22
4.3. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Tutum ve Davranışları	25
4.4. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile ilişkili Faktörlerin Belirlenmesi	27
5. TARTIŞMA	37
5.1. Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılması	37
5.2. İstatistiki Anlamı Olmayan Sonuçların Tartışılması	40
5.3. Anlamlı Sonuçların Yorumlanması	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
ÖZET	46
ABSTRACT	48
KAYNAKLAR	50
EKLER	58

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz’a

Uzmanlık eğitimimde emeği geçen Prof. Dr. Okay Başak, Prof. Dr. Güzel Dişçigil, Prof. Dr. Serpil Demirağ ve rotasyonlarda beraber çalıştığım tüm değerli hocalarıma

Hekimlik ve hayata dair çok şeyler kazandıran Doç. Dr. M. Bülent Ertuğrul başta olmak üzere; kendimi her zaman bir parçası olarak gördüğüm, birlikte çalışmaktan keyif aldığım dinamik ve sevecen yara bakımı ekibine

Öğrenim ve meslek hayatımın en güzel yıllarını geçirmemi sağlayan asistan arkadaşlarıma

Sevgisini ve gücünü her daim yanımda hissettiğim sevgili Ailem’e

Hayattaki en büyük başarı ve mutluluğum; eşim Gökçenur ve kızım Defne’ye

teşekkür ederim...

Dr. Yahya UTLU

Aydın-2018

KISALTMALAR DİZİNİ

AH	Aile Hekimliği
BKİ	Beden-Kitle İndeksi
DA	Diyabetik Ayak
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
HADS	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (The Hospital Anxiety & Depression Scale)
HADS-A	HADS Anksiyete Puanı
HADS-D	HADS Depresyon puanı
HbA1c	Glikozile Hemoglobin
KYBÜ	Kronik Yara ve İnfeksiyonları Bakım Ünitesi
SB	Sağlık Bakanlığı
SS	Standart Sapma
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TT	Toplam Tanı
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
UB	Uyum Bozukluğu
VAS	Vizüel Ağrı Skalası

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I.	Depresyon belirtileri	9
Tablo II.	Anksiyete belirtileri	9
Tablo III.	Antidepresan ilaç grupları, etki mekanizmaları, yan etkileri ve etkin dozları ..	12
Tablo IV.	Depresyon ve anksiyete bozukluklarında sevk kriterleri	13
Tablo V.	Cinsiyete göre yaş özellikleri	19
Tablo VI.	Hastaların demografik özellikleri	20
Tablo VII.	Hastaların bazı yaşam tarzı özellikleri	21
Tablo VIII.	Hastalarda DM'nin yanı sıra bulunan kronik hastalıklar	22
Tablo IX.	Hastaların tıbbi özgeçmiş, başvuru özellikleri ve kliniğiyle ilgili bazı sayısal değerleri	23
Tablo X.	Diğer bazı başvuru ve tıbbi özgeçmiş özellikleri	24
Tablo XI.	Hastaların hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları	26
Tablo XII.	Hastaların HADS puanları	28
Tablo XIII.	Cinsiyete göre HADS-A ve HADS-D puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo XIV.	Hasta merkezli klinik görüşme sonuçları	29
Tablo XV.	Uyum bozukluğu saptanan hastaların yönetimi	29
Tablo XVI.	HADS puanı ile bazı bağımsız değişkenlerin ilişkisi	30

Tablo XVII. Toplam tanı ile anlamlı ilişki gösteren bağımsız değişkenler	31
Tablo XVIII. Toplam tanı ile anlamlı ilişki gösteren bağımsız değişkenlerin ROC analizi sonuçları	32
Tablo XIX. UB tanısı ile anlamlı ilişki gösteren değişkenler	34
Tablo XX. Bazı bağımsız değişkenlerin depresyon ve anksiyete varlığı üzerine etki derecelerini gösteren lojistik regresyon modeli tablosu	36



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Diyabetik ayak etiyolojisi	3
Şekil 2. Diyabetik ayakta ülser için riskli bölgeler	4
Şekil 3. Diyabetli hastalarda ayak sorunlarına yaklaşım	6
Şekil 4. Depresyon ve anksiyete semptomlarının ilişkisi	10
Şekil 5. Depresyonun klinik seyri	11
Şekil 6. Aile Hekimliği disiplin özellikleri ve çekirdek yeterlilikler	14
Şekil 7. Hasta merkezli klinik yöntem	15
Şekil 8. Biyopsikososyospritu�el (bütüncül) yaklaşım modeli	16
Şekil 9. HADS toplam puanı için ROC alan eğrisi	33
Şekil 10. Ağrı puanı, doktor ve kronik hastalık sayıları için ROC alan eğrileri	33

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Veri Toplama Formu 58

Ek-2. Etik Kurul Onayı 62

Ek-3. Özgeçmiş Ve Eserler 63



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tip 2 diyabetes mellitus (DM); insülinin eksikliği ya da metabolizmasındaki bozukluklar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı ve bu nedenle de kanda glisemik kontrolün sağlanamadığı sürekli bakım gerektiren kronik bir metabolizma hastalığıdır (1). Modern çağın getirdiği yeni yaşam anlayışının neden olduğu en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Diyabetin prevalansı yanı sıra akut-kronik komplikasyonlarına bağlı morbidite ve mortalitesi de gün geçtikçe artmaktadır (2). Özellikle diyabetik ayak (DA) gibi uzun dönem komplikasyonları gelişen hastalarda hipertansiyon, kalp yetmezliği, obezite gibi eşlik eden hastalıklar ve sigara, alkol, sedanter yaşam gibi alışkanlıklar nedeniyle medikal tedavi ve rehabilitasyon son derece zorlaşmaktadır. Bu yüzden hastaların multidisipliner bir anlayış içinde yakın takibi, hasta ve yakınları dahil tüm ekibin düzenli olarak eğitimi ve esasen koruyucu hekimlik yaklaşımı gereklidir (3).

Diyabet gibi, işlev kaybıyla seyreden kronik hastalıklarda depresyon ve anksiyete sıklığının arttığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (4,5). Depresyon ve anksiyetenin ise ilaç alımı ve yaşam tarzı değişikliği gibi tedavi parametrelerine uyumu azalttığı bilinmektedir (6). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının, kronik hastalıklardan bağımsız olarak da hem prevalansı hem de işlevsellikte bozulma ve ekonomik kayıplar nedeniyle toplumsal maliyeti oldukça yüksektir (7). Ayrıca bu psikiyatrik hasta grubunun tedavi arama davranışı, ilgili uzmana ulaşmadan ve çoğu zaman tanı alamadan son bulmaktadır. Bu bağlamda kronik hastaların bütüncül olarak ele alınması, yani fiziksel sağaltım sağlanırken mental, ruhsal ve psikososyal sorunların da ele alınması elzemdir (8). Aksi takdirde sadece organik hastalığa odaklanmak; postmodern yaklaşımla yeniden şekillenen tıp paradigmasının 'hasta' gerçeğini gözden kaçırmamıza sebep olacaktır (9).

Aile hekimliğinin (AH) ilk temas noktası ve kolay ulaşılabilir olması, koruyucu hekimlik ve tedavi amaçlı hizmetlerin entegrasyonu ile basamaklar arası koordinasyonu sağlaması, hasta merkezli bütüncül yaklaşım, sürekli hizmet ve toplumsal yönelim gibi özellikleri olması nedeni ile diyabet ve depresyon gibi birinci basamakta sık görülen kronik hastalıkların etkin takip ve tedavisi günlük pratiğimizde önemli yer tutmaktadır (10,11).

Bu çalışmanın amacı; diyabetik ayak hastalarında depresyon ve anksiyete riskini, tanı alma/ tedavi edilme durumlarını ve bu hastalıkların görölmesi ile ilişkili faktörleri belirlemektir. Çalışmamızın diyabetik ayak, depresyon ve anksiyete bozukluklarının komorbiditesine farkındalığı artıracağını ve bütüncül sağaltım için biyopsikososyosprituél yaklaşımın önemine dikkat çekeceğini düşünmekteyiz.

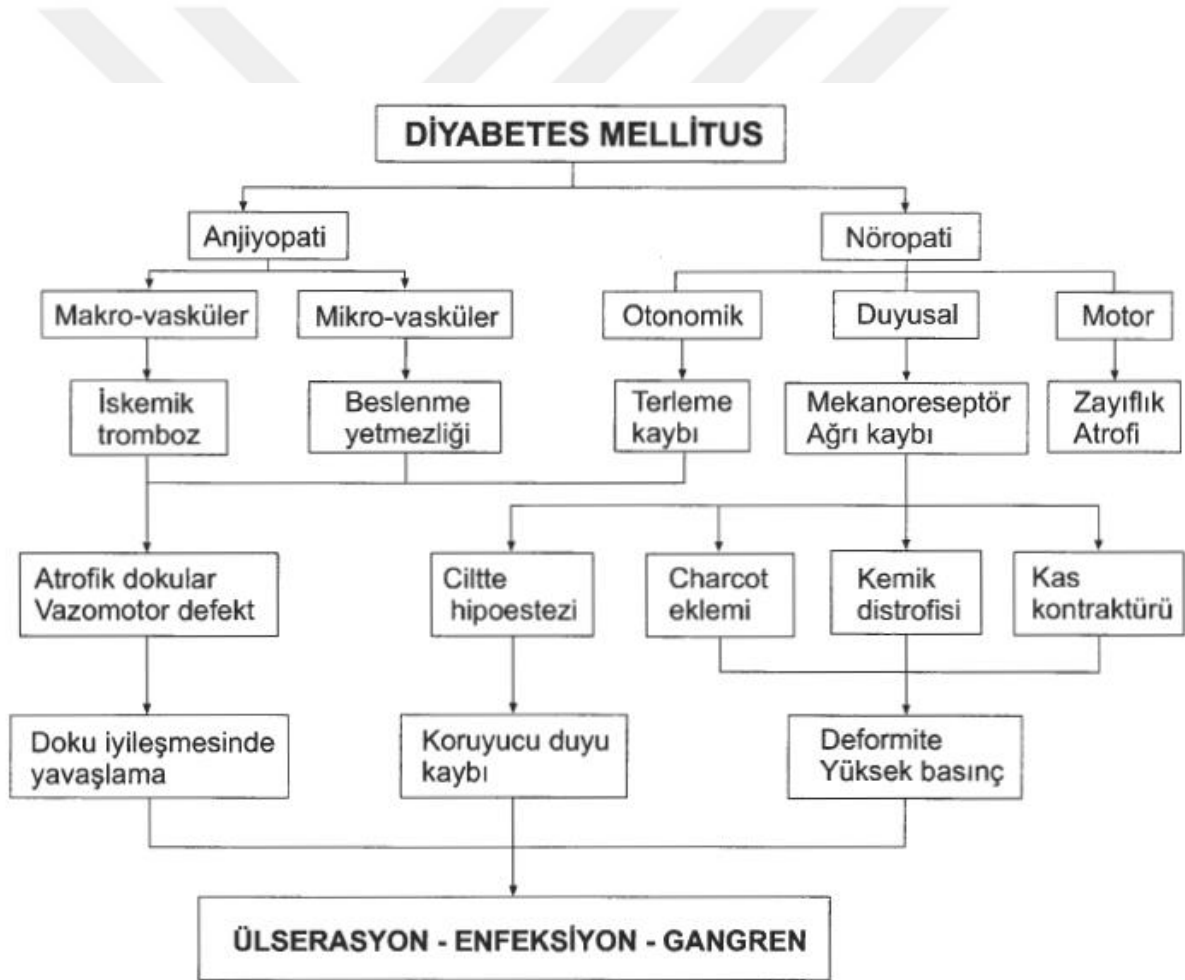


2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetik Ayak

2.1.1. Etiyoloji

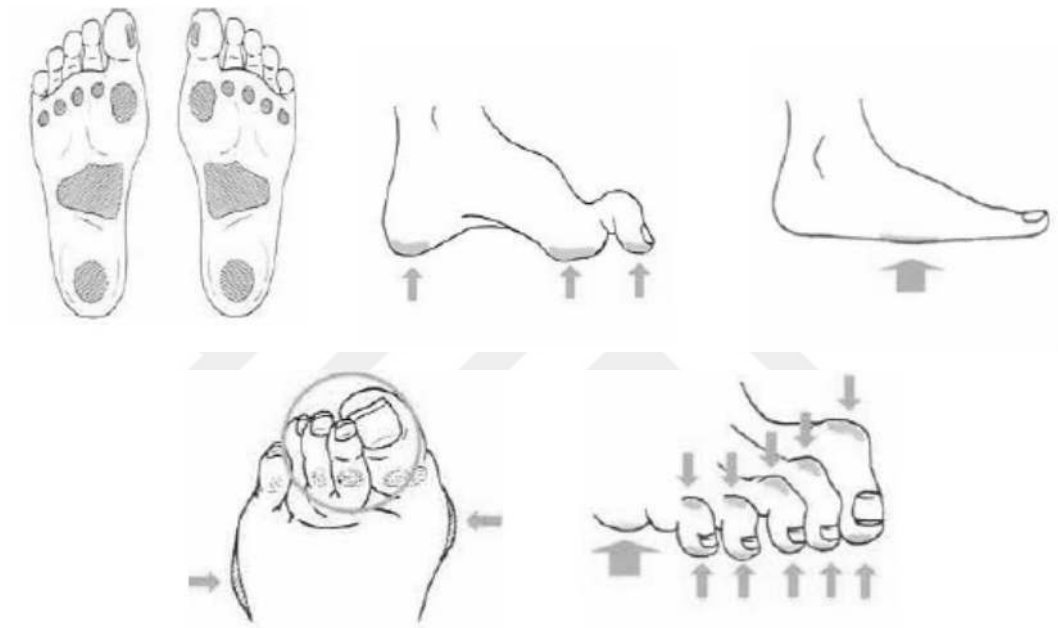
Diyabetik ayak lezyonlarının etiyolojisi multifaktöryel olup; anormal ayak biyomekaniği (charcot artropatisi), periferik arter hastalığı, polinöropati (duyusal, otonom, motor), artmış kan glukozuna bağlı bozulmuş kan akımı ve oksijen salınımı ile yetersiz lokal immun cevap ve hücre savunma mekanizmaları kaynaklı yara iyileşmesinde gecikme gibi nedenlere bağlıdır (12) (Şekil 1).



Şekil 1. Diyabetik ayak etiyolojisi (13,14)

(The International working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot, Netherlands, 1999)

His kaybı sebebiyle travmalar fark edilemeyip; motor nöropati kaynaklı bozulmuş ayak yapısı (pençeleşme, çekiç parmak, metatars başlarında belirginleşme) ve propriyoseptif duyu kaybı nedeniyle oluşan anormal basınç dağılımı kallus, ülser ve birtakım deformitelerin oluşumuna zemin hazırlayabilir (**Şekil 2**). Aynı zamanda otonom nöropati ise ayakta terleme ve kanlanma bozukluğu yaratıp ciltte kurumaya ve infeksiyon kapısı görevi gören çatlakların oluşmasına yol açar (15).



Şekil 2. Diyabetik ayakta ülser için riskli bölgeler (16)

Diyabetin yıllar içerisinde metabolizmada sebep olduğu bazı değişikliklerden dislipidemiye eğilim, hipervizkozite ve endotel hasarı periferik arterlerde kapiller perfüzyon ve kollateral oluşumunu azaltır; bu da iskemik hasara ve ülserlere neden olur. Ayrıca, yeterli glisemik kontrol sağlanamayan diyabetik organizmada hiperglisemik ortamda artan ileri glikozilasyon ürünleri ve oksidatif stres; hümmoral immünite ve inflamatuvar cevabı bozup yara iyileşmesini ve infeksiyonla savaşı zorlaştırmaktadır. Hipergliseminin nötrofillerde migrasyonu, adhezyonu, fagositozu ve opsonizasyonu bozduğu bilinmektedir. Bu nedenle ülser zemininde yeni kolonize olan bakteriler bile çok hızlı bir biçimde apse ve osteomyelite kadar

ilerleyen infeksiyon tablolarına yol açarlar (17). Böyle bir klinik durumda ise amputasyon kaçınılmaz olacaktır (18). Alt ekstremitelerde ülser veya amputasyon gelişimi açısından diğer bazı risk faktörleri ise şöyle sıralanabilir; erkek cinsiyet, sigara kullanımı, daha önceden var olan ülser veya amputasyon öyküsü, yüksek glikozile hemoglobin (HbA1c), yüksek diyastolik kan basıncı ve ciddi retinopati varlığı (15).

2.1.2. Epidemiyoloji

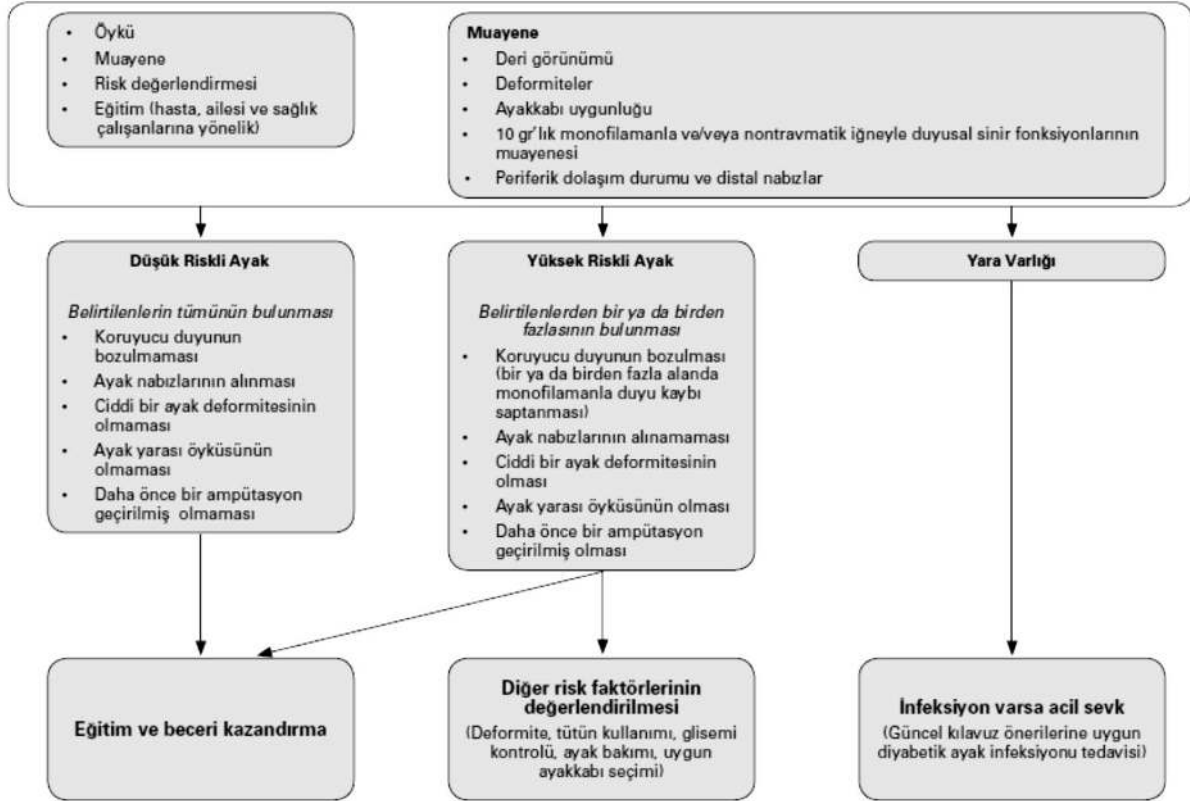
Diyabetik ayak lezyonlarının görülme sıklığı; sosyo-ekonomik farklılıklar, ayak bakımı standartları gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterir. Gelişmiş ülkelerde her diyabet hastasının yaşamı boyunca %12-15 oranında diyabetik ayak ülseri gelişme riski varken, bu oran gelişmekte olan ülkelere çok daha fazladır (19). Diyabetik ayak ülserleri ise hayat kalitesinin bozulmasına, yüksek tedavi maliyetlerine ve alt ekstremitte amputasyonları nedeniyle morbidite ve mortalite artışına neden olurlar. Son veriler tüm dünyada 20 saniyede bir diyabete bağlı alt ekstremitte amputasyonu gerçekleştiğini göstermektedir (20). Yapılan çalışmalarda ayağında yeni ülser saptanan diyabetik hastalarda relatif ölüm riskinin yaklaşık 2,5 kat arttığı gösterilmiştir. Alt ekstremitte major amputasyonu sonrası 3 yıllık yaşam beklentisi %50 ile bazı kanser türlerinden bile daha düşüktür (19). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde yılda yapılan amputasyon sayısı 12 bin civarındadır (17). Bunun yarısından fazlasını DA amputasyonları oluşturmaktadır (21).

Ülkemizdeki son verilere göre diyabeti olan hasta sayısının yedi milyondan fazla olduğu belirlenmiştir (2). Bunların 500 binden fazlasının DA hastası olduğu söylenebilir (22). Ayağında ülser veya infeksiyonu olan bir diyabetik hastanın ortalama hastanede yatış süresi, ülseri olmayan bir diyabetliden en az %50 daha uzundur. Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre DA yarası ve infeksiyonlarının tedavisi için yapılan harcama tutarı; 475 milyon TL ile oldukça yüksek bir rakamdır (17).

2.1.3. Hasta Yönetimi

Diyabetik ayak ülserine yaklaşımda nihai amaç; amputasyonların en az %50 oranında azaltılmasıdır. Bunun mümkün olabilmesi için yakın takip ve etkin tedavi; yeni ülser gelişiminin önlenmesi için hasta, hasta yakınları ve tıbbi ekibin düzenli olarak eğitimi gereklidir

(23). Tedavinin ana bileşenlerini dengeli ve uygun beslenme ile sigara ve alkolün kesilmesi gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra glisemi, kan basıncı ve lipid kontrolünün sağlanması; ayrıca yaranın sınıflandırılması, temiz tutulması, yükten korunması, enfeksiyon kontrolü, dolaşımın sağlanması ve gerekiyorsa cerrahi müdahale oluşturur (24). **Şekil 3**'te diyabeti olan bireylerde yıllık ayak muayenesi, risk değerlendirmesi ve izlem algoritması gösterilmiştir.



Şekil 3. Diyabetli hastalarda ayak sorunlarına yaklaşım (17)

İleri evre hastaların zaman kaybetmeden ilgili merkezlere sevk edilmesi son derece önemlidir. Bu hastalar endokrinoloji, enfeksiyon hastalıkları, ortopedi, plastik cerrahi, periferik damar cerrahisi, fizik tedavi uzmanlarının yanı sıra diyetisyen ve DA hemşiresinin de olduğu bir ortamda değerlendirilmeli ve tedavileri planlanmalıdır. Bu komplike hastaların hastanede yatış süresi, amputasyon oranları ve tedavi maliyetleri ancak multidisipliner yaklaşım ile azalacaktır (24). Diyabetik ayak sorunu olan ve birinci basamakta görülen hastalarda sevk endikasyonlarını; ağır enfeksiyon bulguları, damar yetmezliği düşündüren renk-ısı değişimi ve

nabızsızlık gibi muayene bulguları, acil cerrahi gerektiren durumlar, yeni ayak deformiteleri, glisemik kontrol, diyet ve/veya ayak bakım uyumunun sağlanamaması, metabolik instabilite, sistemik toksisite vs. olarak sıralayabiliriz (23).

2.2. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Depresyon çökkün duygudurum hali; anksiyete ise yaygın, hoş olmayan ve belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir. Hasta profili benzer, semptomları iç içe olan depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklıkla birbirleriyle ve diğer tıbbi hastalıklarla beraber seyreder (25). Bu beraberlik hem tanı hem de tedavi sürecindeki zorlukları beraberinde getirmektedir (26).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları en sık görülen tıbbi hastalıklardandır. Ülkemiz verileri, hastalık gruplarına göre hastalık yükü nedenlerine bakıldığında psikiyatrik hastalık grubunu yüzde 19 ile ikinci sırada göstermektedir. Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan alt bileşenlerden “Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları’na (Years Lost with Disability-YLD)” bakıldığında ise ilk sırayı psikiyatrik hastalıklar almaktadır (27).

2.2.2. Uyum Bozukluğu

Uyum bozukluğu (UB), stres yaratan zorlayıcı bir durum ya da olaya karşı verilen emosyonel yanıtla karakterize rezidüel bir tanı grubudur. Zorlayıcı olay genellikle tıbbi hastalıklar, bazen de sosyal ilişkiler ve ortam değişikliği gibi durumlardır (28). Ortaya çıkan semptomlar; depresif, anksiyöz ve/veya davranım bozukluklarıyla ilgilidir. Tanım gereği semptomlar; ilk üç ay içerisinde ortaya çıkmalı ve stres faktörü düzeldikten sonraki altı ay içerisinde kaybolmalıdır (29). Uyum bozukluğu “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM) 5” içerisinde “Travma İle İlişkili Hastalıklar” altında kategorize edilmiş ve çökkün duygudurum ile giden, kaygı ile giden, kaygılı ve çökkün duygudurum karışımı ile giden, davranım bozukluğu ile giden, duygu ve davranım bozukluğu karışımı ile giden ve tanımlanmamış alt tipleri belirlenmiştir (30).

Uyum bozukluğu sanılanın aksine klinik uygulamada oldukça sık görülen bir tablo olup, çeşitli tıbbi sorunlarla hastanede yatan hastalarda bu oran %13,7 olarak belirlenmiştir (29). UB tanısı “Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi” tarafından sıkça kullanılır; bu psikiyatri

üst disiplini beden, beyin ve ruh bütünlüğünü esas alarak bedensel hastalık ve işlev bozukluklarının yarattığı psikiyatrik bozukluk ve psikolojik reaksiyonları tedavi etmektedir. Bununla beraber ruhsal kökenli bedensel hastalık ve işlev bozukluklarıyla da ilgilenmektedir (31). Uyum Bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki major depresif bozukluk kadar yüksek seviyelerde olmasa da, normal kontrollere göre anlamlı derecede sık görülen belirtiler; uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, sosyal içe çekilme, depresif duygudurum, libido kaybı, impulsivite ve intihar düşünceleridir (28). Uyum Bozukluğu, özellikle yaşlılarda bedensel yakınmalarla kendini gösterebilmektedir, bu da somatizasyon bozuklukları ayırıcı tanısında da yer alması gerektiğini göstermektedir (32). Bu haliyle UB için şu özellikler öne çıkmaktadır:

- özellikle hastanede yatan veya ayaktan başvuran başka bir bedensel kronik hastalıktan müzdarip hastalara konulan psikiyatrik konsültasyon tanısıdır (31),
- depresyon ve anksiyete grubu ruhsal hastalıkların belirtilerini bünyesinde taşır,
- bağımsız, rezidüel bir tanı grubudur ama özgül klinik formu yoktur,
- hastalık öncesi ve sonrası işlevsellik daha iyi, semptomlar daha hafif, tedavi daha kolay, iyileşme daha hızlı ve tamdır (28).

2.2.3. Tanı ve Tedavi

Depresyon ve anksiyetenin sinsi, karmaşık ve komorbid formlarda olması tanı koymadaki en büyük güçlüktür. Depresyon ve anksiyete sıklıkla birbirleriyle ve diğer tıbbi hastalıklarla beraber seyrederek ve bu nedenle de tedavi ve prognozu olumsuz etkilerler (33). Hekimler ise bedensel hastalığa odaklanıp çoğu zaman eşlik eden ruhsal sorunlara kayıtsız kalırlar (34). Depresyon ve anksiyetenin sıklıkla eşlik ettiği hastalıklar diyabetes mellitus, miyokard infarktüsü, kanserler, inme ve diğer nörolojik hastalıklar, tiroid ve diğer endokrin hastalıklar olarak sıralanabilir (7). Eşlik eden ruhsal sorunları, kronik bedensel hastalıklardan ayıramama nedenlerinden bazıları; bedensel sorun gibi sunma, mevcut hastalık belirtileriyle karıştırma, ilaç yan etkileriyle karıştırma, hekim ve hasta tarafından semptomların normalleştirilmesi, madde kullanımı, görmezden gelme olarak sayılabilir (34,35). Depresyon ve anksiyete bozuklukları birçok ilaç ve semptomla ilişkili olup; ayırıcı tanıda bu açılardan da değerlendirilmesi gerekir. Depresyonla bağlantılı ilaçlar özellikle polifarmasinin sorun olduğu

yaşlı ve kronik hastalığı olan hasta grubunda daha da önem arz etmektedir. Özellikle antihipertansif, nöropsikiyatrik ve hormonal tedavi rejimlerinde ilaç yan etkileri bu açıdan da izlenmelidir (33).

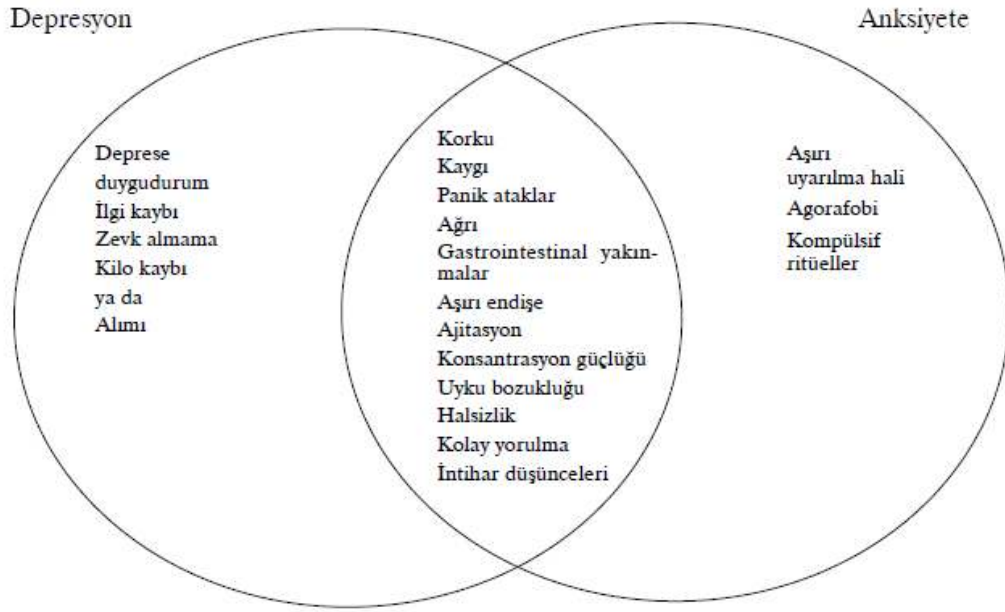
Herhangi bir nedenle takip edilen hastalarda; kendine zarar verici davranışlar, izah edilemeyen ve açıklanamayan çok sayıda fiziksel yakınma, madde kötüye kullanımı, tedavi açısından uyumsuz davranışlar, uyku ve iştah bozuklukları depresyon ve anksiyete açısından uyarıcı olmalıdır (34). Depresyon ve anksiyete bozuklukları için tanısal belirtiler **Tablo I** ve **Tablo II**'de verilmiştir. Bu belirtilerin çoğunu anksiyete ve depresyon sendromlarında birlikte görmekteyiz (**Şekil 4**). Depresif ve anksiyöz belirti ve bulguların iç içe olması nedeniyle klinik uygulamada tanı konulurken iki hastalığın beraber değerlendirilmesi gerekir (25).

Tablo I. Depresyon belirtileri (36)

1. Grup	2. Grup
Çökkün duygudurum - üzüntü hali İlgi kaybı / zevk alamama	Güçsüzlük / enerji kaybı Uyku bozukluğu – uykusuzluk / çok uyuma Dikkat toplayamama - kararsızlık İştah bozukluğu – kilo alma veya kaybı Psikomotor yavaşlama veya hızlanma Değersizlik ve yetersizlik düşünceleri İntihar düşünceleri

Tablo II. Anksiyete belirtileri (7)

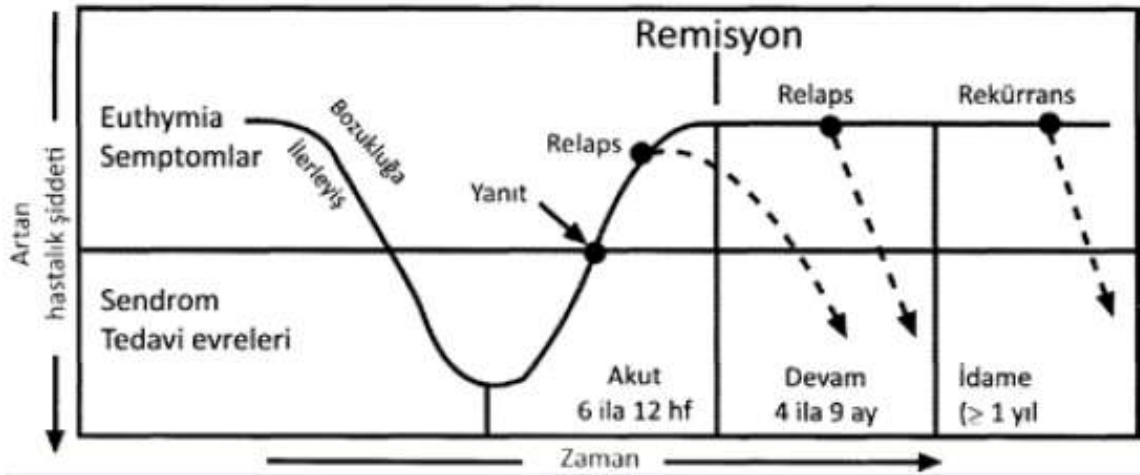
Bedensel	Ruhsal
Göğüste sıkıntı hissi, göğüs ağrısı Titreme, bulantı, karın ağrısı Çarpıntı hissi Baş dönmesi Kaslarda gerginlik Baş ağrısı Nefes darlığı Kolay yorulma Karıncalanma, uyuşukluk hissi Bayılacakmış gibi hissetme	Gerginlik hissi Endişe Kaygı hali Huzursuzluk, yerinde duramama Delirme korkusu Uyku bozukluğu Konsantrasyon güçlüğü Kontrolünü kaybetme korkusu Kendini rüyada gibi hissetme Ölüm korkusu



Şekil 4. Depresyon ve anksiyete semptomlarının ilişkisi (25)

Uyum bozukluğu açısından da aynı belirtiler tanısal değer taşır. Kesin Tanı; esasen klinisyenin yargısı ile konulur, ama tarama ve tedavi takibinde “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)”, “Hamilton Depresyon/Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon/Anksiyete Ölçeği” gibi ölçeklerin kullanılması çok faydalı olacaktır (37). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının yönetiminde temel prensipler; doğru tanının konması, kendine veya başkasına zarar verme durumunun değerlendirilmesi, tedavide bilimsel yöntemler doğrultusunda amaca yönelik müdahaleler yapılması, tedavinin bireyselleştirilmesi, eşlik eden tıbbi durumları saptamak ve tedavi etmek, hastayla uzlaşma sağlamak, uygun doz ve sürede tedaviyle klinik yanıtı sağlamak ve nüksü engellemek için ölçeklerle yeterince izlem yapmak olarak sayılabilir (33).

Güven oluşturmak, karşılıklı iletişime fırsat vermek, etkin biçimde dinlemek, konuşma ve ifade etmesini teşvik etmek, yüklü sorular sormamak, sakin ve kararlı olmak tedavi sürecinde hasta görüşmesinin önemli bileşenleridir. En uygun tedavi yaklaşımı psikoterapi, ilaç tedavisi ve destekleyici yaklaşımların kombinasyonudur (36). Tedavi sürecinde beklenen klinik seyir **Şekil 5**’te şematize edilmiştir.



Şekil 5. Depresyonun klinik seyri (33)

Farmakolojik tedavide başlangıçta tek ilaç kullanımı doğru olan yaklaşımdır, benzodiazepinler dışındaki ilaçların etki süreleri 2-4 haftada başladığından başlarda kombine tedavi verilse de; benzodiazepinler bağımlılık potansiyelleri nedeniyle diğer grup ilaç kan terapötik seviyeye ulaşınca tedricen azaltılarak kesilmelidir. İlaçların yan etkileri açısından hastalar yeterince bilgilendirilmeli ve tolerans gelişeceğinden tedaviye devam önerilmelidir. Düşük doz başlanılan ilaç haftalık doz artırımıyla tolere edilebilen en üst dozda üç hafta beklenip, altı hafta sonunda halen yanıt alınamadıysa ilaç değişikliği yapılmalıdır (7). İlaçların seçilme kriterleri etkinlik farklılığından çok yan etkilerine göre; bu açıdan en güvenilir SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) grubu ilaçlardır ve genellikle başlangıç ile tedavi dozları aynıdır. Semptomlar kaybolduktan sonra tedaviye en az altı ay daha devam edilmeli, ilaç dozu azaltılarak kesilmelidir (33). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılan antidepresan ilaç grupları, etki mekanizmaları, yan etkileri ve terapötik dozları **Tablo III**'te verilmiştir. Bunların dışında izole anksiyete bozukluklarının tedavisinde ek olarak kullanılabilen ilaç grupları (ör: beta blokerler) da mevcuttur; fakat depresyonun eş tanılılığı açısından dikkatli kullanılmalıdır. Antidepresanlar arasında diyabetik nöropatiye bağlı ağrı palyasyonunda kullanılabilenler de (duloksetin, amitriptilin) mevcuttur (38).

Tablo III. Antidepresan ilaç grupları, etki mekanizmaları, yan etkileri ve etkin dozları (33)

Sınıf	Yan etkileri	İlaç ve etkin dozları	Notlar
SSRI Serotonin geri alımının seçici inhibisyonu	bulantı, kusma, ishal tremor, baş ağrısı ağız kuruluğu sedasyon cinsel yan etkiler	Sitalopram 20-60 mg Escitalopram 10-30 mg Fluoksetin 20-80 mg Sertralin 50-200 mg Paroksetin 20-60 mg	pür serotonerjik ilaç etkileşimi az uzun yarı ömür anksiyetede etkili kilo alımı
SNRI Serotonin ve noradrenalinin geri alım inhibisyonu	SSRI benzeri	Venlafaksin 75-225 mg Duloksetin 30-60 mg	hipertansiyon nöropatik ağrı ve fibromiyaljide ilk tercih
NDRI Noradrenalin ve dopaminin geri alım inhibisyonu	antikolinerjik (tremor, ağız kuruluğu, konstipasyon) yan etkiler	Bupropion 150-300 mg	nöbet eşiğini düşürür, cinsel yan etki az sigara bırakma tedavisinde etkili
Atipikler	aşırı sedasyon ve kilo alımı	Mirtazapin 15-45 mg Trazodon 50-300 mg	priyapizm
MAO inhibitörleri Serotonin, noradrenalin ve dopamin yıkımının inhibisyonu		Moklobemid 300-600 mg	
TCA Trisiklik antidepresanlar	kardiyotoksik ağır antikolinerjik	Amitriptilin 75-300 mg Klomitramin 75-300 mg	nöropatik ağrı ve migrende de etkili
Benzodiazepinler	libido ve iştah değişiklikleri ajitasyon, bağımlılık yüksek dozlarda solunum depresyonu	Alprazolam 2-10 mg Lorazepam 1-4 mg Diazepam 5-30 mg	alkolle alınmamalı tolerans geliştirirler

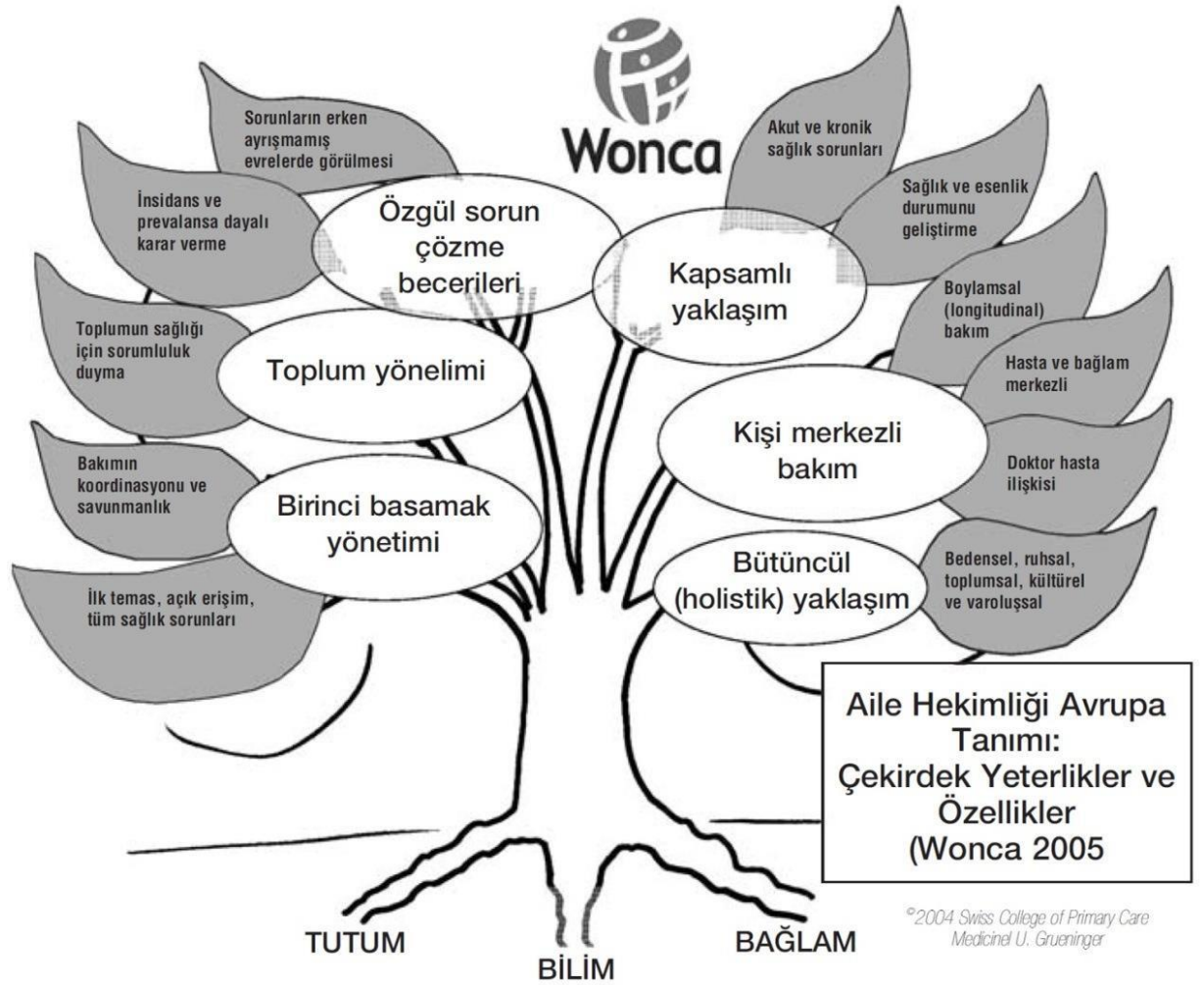
Depresyonlu hastaların en sık birinci basamağa başvurduğu ve yalnızca üçte birinin uygun tedavi alabildiği düşünülürse, bu hastalarda ilgili uzmana sevk kriterlerinin detaylı bilinmesi de son derece önemlidir (**Tablo IV**).

Tablo IV. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında sevk kriterleri (7)

Mutlak	Tanıdan kuşku duyulması Öyküde psikoz, bipolar, yineleyici depresyon gibi başka psikiyatrik hastalık İntihar riski (suicidal düşünce) varlığı Eşlik eden madde-alkol kötüye kullanım-bağımlılık varlığı Gebelik, laktasyon ve çocukluk dönemi Yeterli doz ve süreye rağmen tedaviye yanıtızlık
Rölatif	Psikososyal destek sistemlerinin yetersizliğı Eşzamanlı demans olması Psikoterapi ve diğır ilaç dışı tedavi yöntemlerine ihtiyaç Tedaviye uyum sorunları

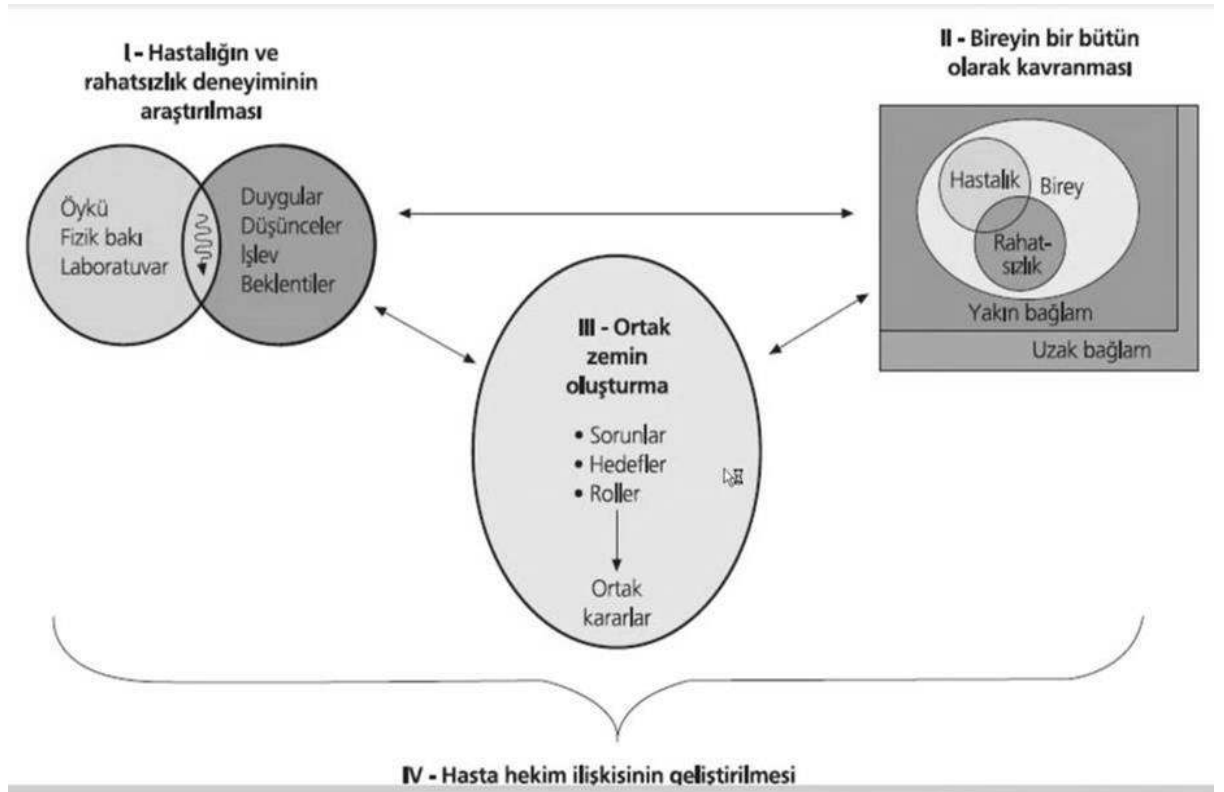
2.3. Aile Hekimliği Yaklaşımı

Aile hekimliğinin ilk temas noktası ve kolay ulaşılabilir olması, koruyucu hekimlik ve tedavi amaçlı hizmetlerin entegrasyonu ile basamaklar arası koordinasyonu sağlaması, hasta merkezli bütüncül yaklaşım, sürekli hizmet ve toplumsal yönelim gibi özellikleriyle diyabet ve depresyon gibi birinci basamakta sık görülen kronik hastalıkların etkin takip ve tedavisi birinci basamak pratiğinde önemli yer tutmaktadır (39) (Şekil 6).



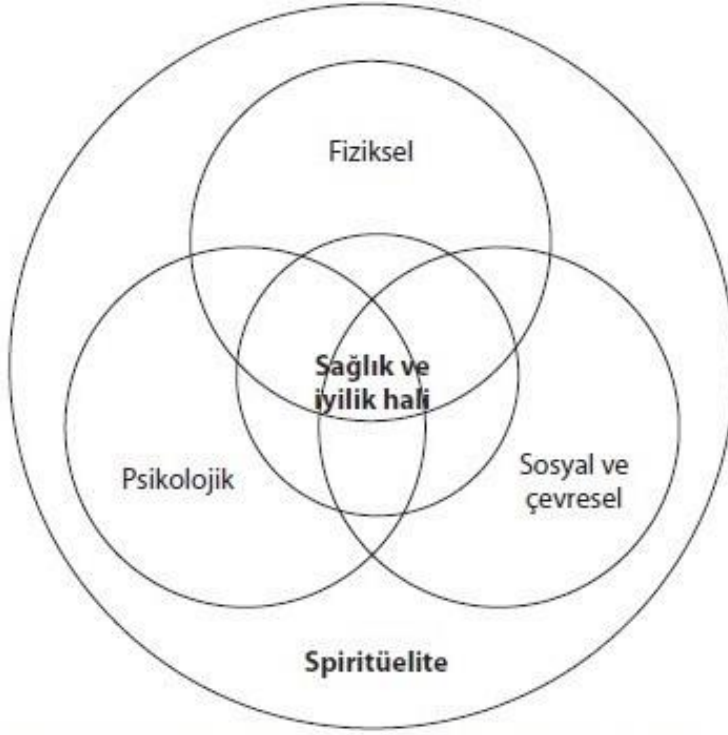
Şekil 6. Aile Hekimliği disiplin özellikleri ve çekirdek yeterlilikler (10)

Çekirdek yeterlikler ve aile hekimliği disiplin modellemesi; birinci basamakta sık görülen kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izleminde yaşanan sıkıntılar için en güzel yaklaşım stratejilerini içermektedir (9). Psikiyatrik hasta görüşmesinin bileşenleri; karşılıklı güven oluşturmak ve iletişime fırsat vermek, etkin biçimde dinlemek, konuşma ve ifade etmesini teşvik etmek, yüklü sorular sormamak, sakin ve kararlı olmak AH pratiğinde uygulanan hasta merkezli yaklaşımın (kişi merkezli bakım) özellikleridir (Şekil 7).



Şekil 7. Hasta merkezli klinik yöntem (40)

Hem diyabetik ayak hem de depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi kronik hastalıkların yönetiminde biyopsikososyospiritüel (bütüncül) yaklaşım modelinin hekimleri başarıya ulaştıracağını söyleyebiliriz. (Şekil 8).



Şekil 8. Biyopsikososyospiritüel (bütüncül) yaklaşım modeli (41)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Tek merkezli, prospektif, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan çalışmada; Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara ve Enfeksiyonları Bakım Ünitesine (KYBÜ) 1 Mart 2017–31 Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuran ve diyabetik ayak tanısıyla takip edilen, soruları anlayıp cevaplayabilen, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilip, katılım rızası alınan tüm hastalar örneklem olarak alındı ve böylece toplamda 65 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu dönemde KYBÜ’ye diyabetik ayak tanısıyla toplam 85 farklı hasta başvurusu olduğu tespit edilirken, 4 hasta genel durum bozukluğu ve iletişim problemleri, 4 hasta eksik veri nedeniyle, 3 hasta görüşmeyi kabul etmediği ve 9 hasta ulaşılamadığı için çalışma dışı kalmıştır. Tekrarlayan başvurular ve yapılan kontrol görüşmeleri çalışma verilerine dahil edilmemiştir. Çalışmanın bahar döneminde yapılması, mevsimsel (sonbahar-kış) depresyonun karıştırıcı etkisini en aza indirmiştir (42). Katılımcılara, ilgili literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş veri formuyla beraber, “Hastane Anksiyete–Depresyon Ölçeği (HADS)” yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı (Ek-1). Depresyon ve/veya anksiyete riski saptanan tüm hastalarla tanısall doğrulama ve tedavi planı oluşturma amacıyla gerçekleştirilen hasta merkezli klinik görüşme sonrası hastalara uygun yönlendirmeler yapıldı.

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği; klinik pratikte birinci basamak da dahil olmak üzere bedensel ve psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalarda anksiyete bozukluğu ve depresyon riskini ve şiddetini belirlemede kullanılmak üzere; 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş; ülkemizde ise geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve ark. (1987) tarafından yapılmıştır (43). Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Yedi soru anksiyeteyi (tek sayılar) ve diğer yedi soru (çift sayılar) ise depresyonu ölçmektedir. Ölçekteki maddelerin puanlaması farklılık göstermektedir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer sorular ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Bu sayede hastaların aynı seviyede rastgele seçim yapmalarının ve yanlış tanı almalarının önüne geçilmiş olmaktadır. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; geri kalan maddelerin toplamıyla depresyon alt ölçeği puanı elde edilir. Türkiye’de yapılan

Çalışma sonucunda anksiyete alt leği için kesme puanı 10/11, depresyon alt leği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir (44). Bu test kolay değerlendirme sağlamasıyla birinci basamak ya da hastane başvurularında kullanılabilecek iyi bir tarama testi olarak bilinmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tek bir ölçekle aynı anda değerlendirilmesi ise en önemli özelliklerindendir.

3.2. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 programında yapıldı; verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilip; dağılımı normal olanlara parametrik, normal olmayanlara non-parametrik testler uygulandı. Tanımlayıcı analizlerde yüzdel, ortalama ve standart sapma (SS); normal dağılıma uyan verilerin analizleri için t-testi, uymayanlar için Spearman korelasyon ve Mann-Whitney U testleri, nominal veriler açısından gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi, anlamlı bulunan nominal veriler için de lojistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

3.3. Araştırma Etiği

Araştırmanın etik izni Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.03.2017 tarih ve 6 nolu kararı ile alındı (**Ek-2**).

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 65 hastanın yaş ortalaması $60,3 \pm 10,6$ yıl (yaş aralığı: 25–85 yaş, ortanca 60) idi. Hastaların 47'si (%72,3) erkek, 18'i (%27,7) kadındı. Kadınların yaş ortalaması $67,2 \pm 9,6$ (yaş aralığı: 46–85), erkeklerin yaş ortalaması $57,6 \pm 10,3$; (yaş aralığı: 25–80) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p:0,001$) ve erkekler kadınlara göre daha gençti. Cinsiyete göre yaş özellikleri **Tablo V**'te gösterilmiştir.

Tablo V. Cinsiyete göre yaş özellikleri

	Sayı (%)	Yaş Ortalaması $\pm$ SS (Ortanca)
Erkek	47 (72,3)	$57,6 \pm 10,3$ (58)
Kadın	18 (27,7)	$67,2 \pm 9,6$ (69)
Toplam	65 (100)	$60,3 \pm 10,6$ (60)

$p=0,001$ $t=3,544$

Hastaların % 72,3'ü ($s=47$) evli, %38,5'ü ($s=25$) serbest meslek sahibi, %58,5'i ($s=38$) emekli, %67,7'si ($s=44$) 5 yıl (ilkokul) ve altında eğitim almıştı, %44,6'sının ($s=29$) aylık eve giren toplam geliri asgari ücretin altındaydı. Hastaların %87,7'si ($s=57$) kentsel bölgelerde oturmakta idi. Çalışmaya katılan 65 hastanın bazı demografik özellikleri **Tablo VI**'da verilmiştir.

Tablo VI. Hastaların demografik özellikleri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Sayı	%
Medeni durum	Evli	47	72,3
	Dul/Boşanmış	16	24,6
	Bekar	2	3,1
Meslek	Serbest çalışan	25	38,5
	Ev hanımı	13	20,0
	İşçi	11	16,9
	Memur	10	15,4
	Çiftçi	6	9,2
Çalışma durumu	Emekli	38	58,5
	Ev hanımı	13	20,0
	Çalışan	7	10,8
	Çalışmayan	7	10,7
Eğitim durumu	5 yıl ve altı	44	67,7
	6-12 yıl	16	24,6
	Lisans ve üstü	5	7,7
Gelir düzeyi	Kötü (asgari ücret altı)	29	44,6
	Orta (asgari ücret-4470 TL)	23	35,4
	İyi (4470 TL'nin üstü)	13	20,0
Yerleşim yeri	Kentsel	57	87,7
	Kırsal	8	12,3

Çalışmaya katılan DA hastalarının %12,3'ü (s=8) alkol, %21,5'i (s=14) ise düzenli olarak sigara kullandığını; %12,3'ü (s=8) yalnız yaşadığını belirtmişti. Hastaların bazı yaşam tarzı özellikleri **Tablo VII**'de gösterilmiştir.

Tablo VII. Hastaların bazı yaşam tarzı özellikleri

Yaşam tarzı özellikleri		Sayı	%
Alkol kullanma	Kullanmayan	43	66,2
	Sosyal içici	14	21,5
	Düzenli kullanan	8	12,3
Sigara kullanma	Bırakmış	26	40,0
	Hiç kullanmayan	25	38,5
	Düzenli kullanan	14	21,5
Yalnız yaşama	Hayır	57	87,7
	Evet	8	12,3

Hastalarda DM'nin yanı sıra en sık bulunan kronik hastalıklar hipertansiyon (%46,2; s=30) ile kardiyovasküler hastalıklar (%38,5; s=25) idi. Hastalarda var olan ek hastalıklar **Tablo VIII**'de gösterilmiştir

Tablo VIII. Hastalarda DM'nin yanı sıra bulunan kronik hastalıklar

Kronik hastalıklar*	Sayı	%
Hipertansiyon	30	46,2
Kardiyovasküler hastalıklar	25	38,5
Psikiyatrik hastalıklar	20	30,8
Endokrin hastalıklar	15	23,1
Nörolojik hastalıklar	13	20,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2. Hastaların Tıbbi Özgeçmiş ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya alınan diyabetli hastaların ortalama diyabet tanısı süresi $16,9 \pm 8,6$ yıl (ortanca 17) olarak saptandı. Diyabet süreleri en az 0 en çok 35 yıldır (dağılım aralığı 35). Çalışmaya alınan diyabetiklerin ortalama HbA1c düzeyi $7,5 \pm 1,3$ idi (en küçük 4,4 ve en büyük 11,1; ortanca 7,5). Cinsiyete göre ayrıldığında ise ortalama HbA1c erkeklerde $7,5 \pm 1,4$ (en küçük 4,4 ve en büyük 11,1; ortanca 7,5), kadınlarda $7,3 \pm 1,1$ (en küçük 4,6 ve en büyük 10; ortanca 7,5) olarak hesaplandı ($p > 0,05$). Hastaların beden-kitle indeksi (BKİ) ortalaması $26,9 \pm 4,3$ olarak hesaplandı. Sigara öyküsü olan 40 kişide toplam sigara içme süresinin ortalaması ise $44,5 \pm 29,9$ (paket/yıl) idi. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve klinik özellikleri **Tablo IX**'da verilmiştir.

Tablo IX. Hastaların tıbbi özgeçmiş ve klinik özellikleri

	Ortalama±SS	En küçük	En büyük
DM süresi (yıl)	16,9±8,6	0	35
Beden-kitle indeksi (BKİ)	26,9±4,3	18,6	36,7
Glikozile hemoglobin (HbA1c) değeri (%)	7,5±1,3	4,4	11,1
Kullanılan ilaç sayısı	5,1±2,3	0	10
	Ortanca	Yüzde 25	Yüzde 75
DA süresi (gün)	100	45	300
Tedavi süresi (gün)	20	10	50
Kronik hastalık sayısı	3	2	4,5
Değerlendiren doktor sayısı (son bir yılda)	3	2	4
Ağrı puanı (VAS)*	1	0	4
Sigara içme süresi (s=40) (paket/yıl)	40	25	60

*VAS: Vizüel Ağrı Skalası (45,46)

Hastaların bazı klinik özelliklerini kategorize ettiğimizde, hastaların 43'ünün (%66,2) kan şekeri kontrolü kötü ($HbA1c \geq \%7$) idi. Şiddetli ağrısı (VAS puanı yedi ve üzerinde) olan hasta sayısı 11 (%16,9); dört ve üzeri ilaç kullanan (polifarmasi) kişi sayısı 47 (%72,3) olarak bulundu. Hastaların %30,8'sinde (s=20) depresyon ve/veya anksiyete

bozukluğu özgeçmişî varken; halen ilaç kullananların oranı %13,8 (s=9) idi. Dikkat çeken noktalardan bir diğeri ise; çalışmaya alınan DA hastalarının %33,8'i (s=22) kendisinde nefropati, %23,1'i (s=15) ise retinopati olduğunu bilmiyordu ve son iki yılda kontrole gitmemişlerdi (**TabloX**).

Tablo X. Diğér bazı başvuru ve tıbbi özgeçmiş özellikleri

Diğér bazı başvuru ve tıbbi özgeçmiş özellikleri		Sayı	%
Nefropati durumu	Var	20	30,8
	Yok	23	35,4
	Bilmiyor	22	33,8
Retinopati durumu	Var	28	43,1
	Yok	22	33,8
	Bilmiyor	15	23,1
Glisemik kontrol	İyi	22	33,8
	Kötü	43	66,2
Amputasyon durumu	Major	12	18,5
	Minor	31	47,7
	Yok	22	33,8

Diğer bazı başvuru ve tıbbi özgeçmiş özellikleri		Sayı	%
İmmobilizasyon durumu	Var	15	23,1
	Kısmi / yeni	18	27,7
	Yok	32	49,2
Başvuru tipi	Yatan	39	60
	Ayaktan	26	40
Önceden hastane yatış öyküsü	Var	55	84,6
	Yok	10	15,4
Antidepresan kullanımı	Var	9	13,8
	Yok	56	86,2
Polifarmasi durumu (ilaç sayısı ≥ 4)	Var	47	72,3
	Yok	18	27,7
Şiddetli ağrı durumu (VAS ≥ 7)	Var	11	16,9
	Yok	54	83,1

4.3. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Tutum ve Davranışları

Hastaların kendi hastalıkları ile ilgili bazı tutum ve davranışlarına baktığımızda diyetine, ayak bakımına ve ilaçlarına her zaman ve genellikle uyduğunu belirten hastaların oranı sırasıyla %46,2 (s=30)'si; %52,3 (s=34)'ü ve %84,7 (s=55) olarak saptandı. Aile hekimine izlem için giden hastaların oranı sadece %9,2 (s=6) iken, ilaç yazdırmaya gidenlerin oranı %61,5 (s=40) idi. Hastaların sadece %16,9'u (s=11) hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünüyordu (**Tablo XI**).

Tablo XI. Hastaların hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları

Hastaların hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları		Sayı	%
Diyete uyum	Her zaman	2	3,1
	Genellikle	28	43,1
	Bazen	17	26,2
	Seyrek	15	23,1
	Hiç	3	4,5
Ayak bakımına uyum	Her zaman	2	3,1
	Genellikle	32	49,2
	Bazen	16	24,6
	Seyrek	11	16,9
	Hiç	4	6,2
İlaça uyum	Her zaman	25	38,5
	Genellikle	30	46,2
	Bazen	6	9,1
	Seyrek	2	3,1
	Hiç	2	3,1

Hastaların hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları		Sayı	%
Bilgi seviyesi (DA için kendi yargısı)	Yeterli	11	16,9
	Yetersiz	44	67,7
	Hiç	10	15,4
Aile hekimine gitme nedeni	Düzenli izlem	6	9,2
	İlaç yazdırmak	40	61,5
	Hiç gitmiyor	19	29,3

Hastaların hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışları ile cinsiyetin ilişkisi değerlendirildiğinde cinsiyetin hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışlar üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı görüldü.

4.4. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İle ilişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Çalışmamızın bağımlı değişkeni DA hastalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyi idi. Anksiyete ve depresyon düzeyi hem sıklık hem de şiddet olarak anlaşılabileceğinden; önce tüm hastalara uyguladığımız tarama testi (HADS) puanları ile depresyon ve anksiyete (uyum bozukluğu spektrumu da diyebiliriz) riskini belirledik. HADS-A ve/veya HADS-D puanlarından kesme değeri ve üzerinde puan alan hastalarla tanısal doğrulama ve tedavi planlanması açısından klinik görüşme yapıldı. Böylece depresyon ve anksiyete düzeyi hem risk hem de tanısal oran olarak belirlenebildi.

HADS puanlarına bakıldığında tüm hastaların ortalaması HADS-A için $5,0 \pm 3,7$ iken, HADS-D $5,7 \pm 3,3$ idi. Normal dağılım göstermediği için non-parametrik testlerle bakılan HADS puanlarından anksiyete ile ilişkili olan HADS-A puanı ve toplam puan; kadınlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. HADS-D puanı için ise her iki cinsiyet arasında istatistiksel fark yoktu (**Tablo XII** ve **Tablo XIII**).

Tablo XII. Hastaların HADS puanları

Puan	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama (Ortanca)	±Standart Sapma
HADS-A	65	0	14	4,98 (4)	±3,714
HADS-D	65	0	15	5,69 (5)	±3,288
Toplam	65	0	24	10,68 (10)	±6,322

Tablo XIII. Cinsiyete göre HADS-A ve HADS-D puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	S	Minimum	Maksimum	Ortalama (Ortanca)	±Standart Sapma	
Kadın	HADS-A	18	1	14	7,17 (7)	±4,190
	HADS-D	18	1	11	5,94 (6)	±2,532
	Toplam puan	18	2	24	13,11 (12,5)	±6,305
Erkek	HADS-A	47	0	12	4,15 (3)	±3,183
	HADS-D	47	0	15	5,60 (5)	±3,555
	Toplam puan	47	0	23	9,74 (7)	±6,141

HADS-A için $z=-2,687$ $p=0,007$

HADS toplam puan için $z=-2,014$ $p=0,044$

Ölçek puanları tarama ve takipte yararlı olsa da; psikiyatrik hastalıklarda esas tanı hekimin hastayı değerlendirmesiyle konulduğundan hasta görüşmesi önemlidir. Özellikle anksiyete ve depresyon semptomlarının birlikteliği düşünüldüğünde, eşik altı ve eş tanılılık durumlarında sadece ölçek kullanımıyla yorum yapmak hataya neden olabilir. Bu bağlamda DA hastalarında yaptığımız hasta merkezli klinik görüşmeler sonucunda; hastaların %40'ında (s=26) aktif depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu [uyum bozukluğu(UB)]tespit edildi. Görüşmeden önce tanı alıp ilaç kullanan ve remisyonadaki hastalarla beraber toplam tanı (TT) alan hasta oranımız %47,7'ye (s=31) yükseldi (**Tablo XIV**). Aktif UB tanısı konulan 26 hastanın 15'ine (%57,7) farmakoterapi düzenlenirken, 3 (%11,5) hasta ilaçsız olarak takibe alındı; 8 (%30,8) hasta ise psikiyatriye sevk/konsülte edildi. Uyum bozukluğu tanısı almayan 39 hastaya da düzenli kontrol önerildi (**Tablo XV**).

Tablo XIV. Hasta merkezli klinik görüşme sonuçları

Görüşme Sonuçları		Sayı	%
Uyum bozukluğu (yeni tanı)	Var	26	40
	Yok*	39	60
Depresyon ve anksiyete tanısı (toplam tanı)	Var	31	47,7
	Yok	34	52,3

*Düzenli kontrol önerildi

Tablo XV. Uyum bozukluğu saptanan hastaların yönetimi

	Sayı	%
Farmakoterapi	15	57,7
Psikiyatriye sevk/konsültasyon	8	30,8
İlaçsız takip/psikoterapi	3	11,5

Çalışmamızın bağımlı değişkeni HADS puanlarına göre diğer sürekli değişkenlerin korelasyonuna bakıldığında; HADS puanlarının BKİ, yaş, kullanılan ilaç sayısı, diyabet ve DA süresi, ve HbA1c değerleri ile herhangi bir korelasyon göstermediği görülmüştür. HADS-D, HADS-A ve HADS toplam puanları ile ayrı ayrı çok anlamlı ve iyi derecede pozitif korelasyon gösteren tek değer VAS (ağrı puanı) olmuştur. Ağrı puanı arttıkça uyum bozukluğu derecesi de artmaktaydı. Anlamlı korelasyon gösteren bağımsız değişkenler ve bazı diğer korelasyon parametreleri **Tablo XVI**'da verilmiştir.

Tablo XVI. HADS puanı ile bazı bağımsız değişkenlerin ilişkisi

Değişkenler	Korelasyon katsayısı	İstatistik*	Ortanca
<i>VAS puanı</i>	$r=0,505$	$p=0,000$	1
<i>Kronik hastalık sayısı</i>	$r=0,285$	$p=0,021$	3
<i>Gören doktor sayısı</i>	$r=0,247$	$p=0,047$	3
HbA1c	$r=-0,087$	$p=0,491$	7,5
BKİ	$r=-0,017$	$p=0,892$	26,1
Yaş	$r=0,094$	$p=0,457$	60
İlaç sayısı	$r=0,126$	$p=0,315$	5
DA süresi	$r=-0,062$	$p=0,621$	100

*Spearman (parametrik olmayan) korelasyon

Depresyon ve anksiyete düzeyinin tanısal doğrulanmış hali daha doğru bir yol gösterici olacağından; ikili analizlerde bağımlı değişken olarak “Toplam Tanı ” kullanıldı. Toplam tanı ile yaş, ilaç sayısı, BKİ ve HbA1c arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptayamadık ($p>0,05$). Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin TT ile ilişkisini değerlendirdiğimizde; UB tanısı alan grupta özellikle HADS ve VAS puanlarının anlamlı olarak çok daha yüksek olduğunu bulduk. (**Tablo XVII**). Bu bağımsız değişkenlerin ROC analizi sonuçları da **Tablo XVIII**’de verilmiştir.

Tablo XVII. Toplam tanı ile anlamlı ilişki gösteren bağımsız değişkenler

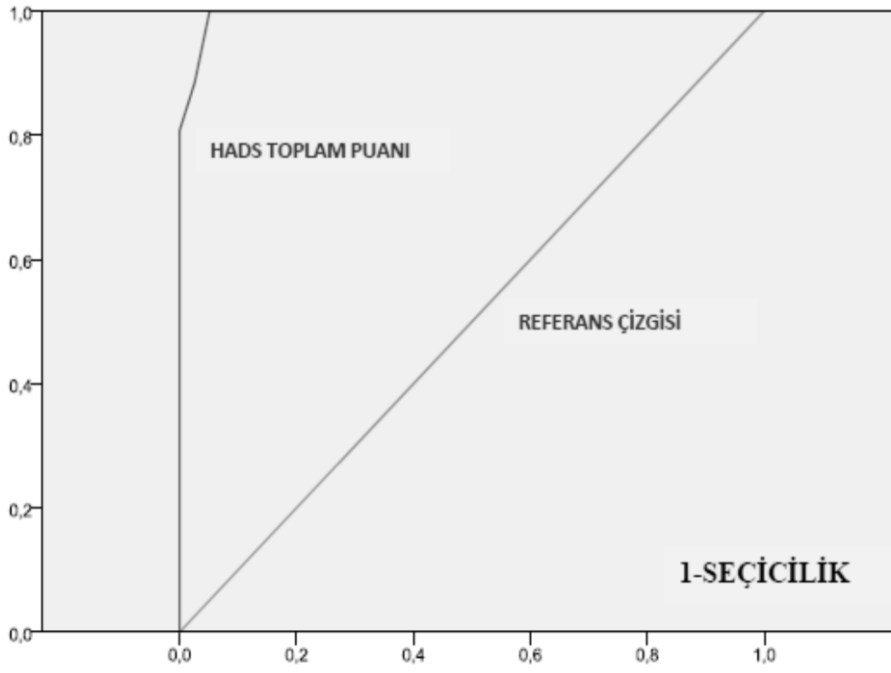
Değişkenler	Toplam tanı (TT)		İstatistik*
	Var Ort±SS (Ortanca)	Yok Ort±SS (Ortanca)	
HADS toplam	16,0±4,5 (17,0)	5,8±2,9 (5,0)	p=0,000 z=-6,521
Ağrı puanı (VAS)	4,0±3,1 (4,0)	1,2±1,7 (1,0)	p=0,000 z=-3,918
Gören doktor sayısı	3,4±0,9 (4,0)	2,9±0,9 (3,0)	p=0,004 z=-2,847
Kronik hastalık sayısı	3,9±1,3 (4,0)	3,0±1,3 (3,0)	p=0,015 z=-2,422

Tablo XVIII. Toplam tanı ile anlamlı ilişki gösteren bağımsız değişkenlerin ROC analizi sonuçları

Değişkenler				İstatistik (p)
		Kesme değeri	ROC alanı (Std. Hata)	
HADS toplam	UB	11,5	0,995 (0,005)	p=0,000
Ağrı puanı (VAS)	TT	1,5	0,777 (0,059)	p=0,000
Gören doktor sayısı	TT	3,5	0,695 (0,067)	p=0,007
Kronik hastalık sayısı	TT	3,5	0,671 (0,067)	p=0,018

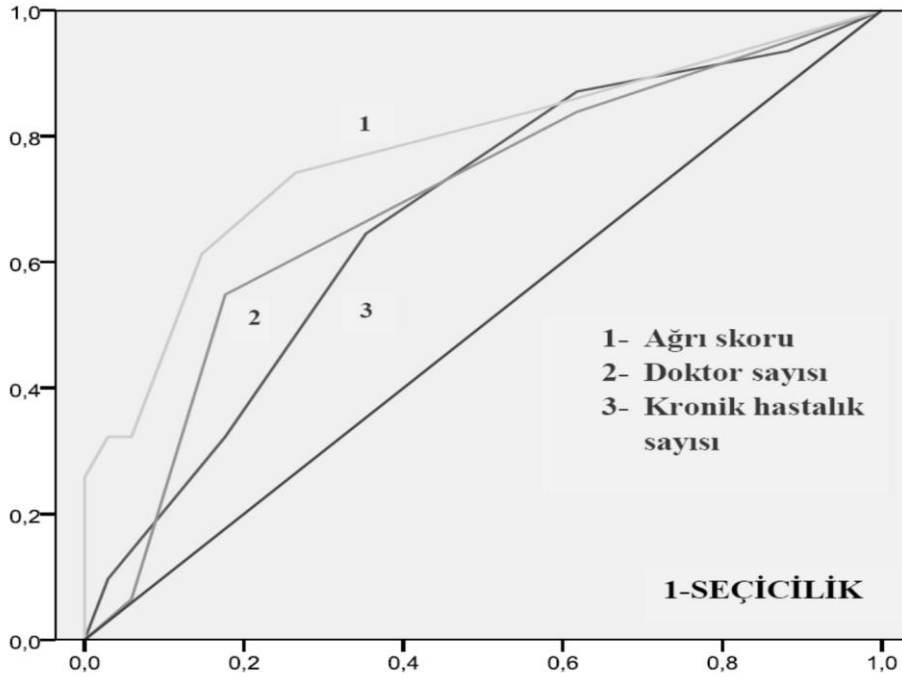
HADS toplam puanını kesme değeri hesaplanırken; halihazırda tanı konmuş ve antidepresan kullanan hastaların olası yanlış düşük sonuçları nedeniyle, bağımlı değişken olarak sadece yeni UB tanısı alanlar kabul edildi. Bu analizler sayesinde HADS toplam puanının UB açısından kesme değeri 11,5 olarak tespit edildi (**Şekil 9**). Böylece hem anksiyete hem de depresif belirtilerin hepsini kapsayan yeni bir puanlama sistemi elde edildi. HADS toplam puanının 11 üstü değerler için kategorizasyonu yapıldığında, UB tanısında %100 duyarlılık, %93 seçicilik, %95 pozitif öngörü ve %100 negatif öngörü değerlerine sahip olduğu tespit edildi. Ağrı puanı, doktor ve kronik hastalık sayıları için ROC alan eğrileri **Şekil 10**'da verilmiştir.

DUYARLILIK



Şekil 9. HADS toplam puanı için ROC alan eğrisi

DUYARLILIK



Şekil 10. Ağrı puanı, doktor ve kronik hastalık sayıları için ROC alan eğrileri

Depresyon ve anksiyete riski ile cinsiyet, yalnız yaşama, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma, ikamet yeri, hipertansiyon, kardiyovasküler veya endokrin eştanıları, polifarmasi, retinopati, önceden hastanede yatış öyküsü arasında anlamlı ilişki görülmedi ($p>0,05$). Yine glisemik kontrol, diyet uyumu, ayak bakımına uyum, ilaç uyumu, yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme gibi bağımsız değişkenler de UB üzerine etkili değildi. Kategorik verilerin ikili analizlerinde UB tanısı ile ilişki gösteren değişkenler **Tablo XIX**'da verilmiştir. İstatistiki olarak depresyon ve anksiyete riskini artıran parametreler; nefropati varlığı, şiddetli ağrı olması, immobilizasyon, major amputasyon, nörolojik komorbidite, ruhsal hastalık öyküsü ve yatarak tedavi almaktı. Nefropati için üç gruplu kategorizasyonda ki-kare testi sınırda anlamsız ($p=0,052$) çıktığı için “bilinmiyor” olanlar “yok” grubuna dahil edilerek (1=var, 2=yok) istatistiksel analiz yenilendi.

Tablo XIX. UB tanısı ile anlamlı ilişki gösteren değişkenler

		Toplam tanı		İstatistik
		Var	Yok	
Başvuru tipi	Yatan	24 (%61,5)	15 (%38,5)	$\chi^2=7,493$ $p=0,006$
	Ayaktan	7 (%26,9)	19 (%73,1)	
Ruhsal hastalık öyküsü (depresyon-anksiyete)	Var	16 (%80)	4 (%20)	$\chi^2=12,087$ $p=0,001$
	Yok	15 (%33,3)	30 (%66,7)	
Nörolojik komorbidite	Var	10 (%76,9)	3 (%23,1)	$\chi^2=5,566$ $p=0,018$
	Yok	21 (%40,4)	31 (%59,6)	
Nefropati komplikasyonu	Var	14 (%70)	6 (%30)	$\chi^2=5,763$ $p=0,016$
	Yok	17 (%37,8)	28 (%62,2)	
Major amputasyon (ayak bileği ve üstünden)	Var	9 (%75)	3 (%25)	$\chi^2=4,399$ $p=0,036$
	Yok	22 (%41,5)	31 (%58,5)	

Toplam tanı		Var	Yok	İstatistik
İmmobilizasyon	Var	24 (%72,7)	9 (%27,3)	$\chi^2=16,841$ p=0,000
	Yok	7 (%21,9)	25 (%78,1)	
Şiddetli ağrı (VAS $\geq$ 7)	Var	10 (%90,9)	1 (%9,1)	$\chi^2=9,913$ p=0,002
	Yok	21 (%38,9)	33 (%61,1)	

Bağımsız değişkenlerin depresyon ve anksiyete düzeyi (UB varlığı) üzerine etki derecelerini belirlemek üzere lojistik regresyon analizleri yapıldı. Bunun için ikili karşılaştırmalarda anlamlı ilişki bulunan bazı bağımsız değişkenler regresyon analizi için kategorize edildi. Başlangıç modelinden anlamlı şekilde farklı (Omnibus p=0,000), tahmin edilen ve gözlenen değerlerin farklı olmadığı, gerçek durum ile oldukça benzeyen (Hosmer&Lemeshow p=0,951) ve orta düzeyde açıklayıcı (Nagelkerke R²=0,589) olarak kurulan yeni modelle tahmin edebilme oranı %52,3'den %83,1'e yükseldi (47). Tüm değişkenlerin anlamlı olduğu bu açıklayıcı öngörücü modele göre, diyabetik ayak hastalarında depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu olma ihtimalini; ayaktan başvuranlar referans alındığında yatarak tedavi almak 5,5 kat artırıyor. Yine özgeçmişinde depresyon-anksiyete varlığı 8,6 kat; immobilizasyon 8,8 kat, şiddetli ağrı varlığı ise 16,9 kat artırıyor. **Tablo XX'**de bu bağımsız değişkenlerin depresyon ve anksiyete varlığı üzerine etki derecelerini gösteren iki durumlu lojistik regresyon model sonuçları verilmiştir.

Tablo XX. Bazı bağımsız değişkenlerin depresyon ve anksiyete varlığı üzerine etki derecelerini gösteren lojistik regresyon modeli tablosu

Bağımlı değişken: Depresyon ve/veya anksiyete varlığı						
Modeldeki bağımsız değişkenler		Beta	Standart hata	P	Odds oranı	%95 güven aralığı
Başvuru tipi	Yatan	1,701	0,742	0,022	5,478	1,278-23,477
	Ayaktan				Referans (1)	
Depresyon-anksiyete özgeçmişi	Var	2,147	0,852	0,012	8,555	1,610-45,468
	Yok				Referans	
İmmobilizasyon	Var	2,172	0,720	0,003	8,774	2,139-35,987
	Yok				Referans	
Şiddetli ağrı	Var	2,828	1,374	0,040	16,914	1,145-249,934
	Yok				Referans	
Sabit		-3,138	0,823	0,000	0,043	

5. TARTIŞMA

5.1. Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılması

Tanımlayıcı verileri yorumlarken öncelikle, seçilen evrenin özelliklerini ortaya koymamız gerekiyor. Çalışmamız; bir üniversite hastanesi yani üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği, genellikle hastalıkların son safhasında başvuru alan ve diğer basamaklarda tedavisi tamamlanamayan hastaların tercih ettiği bir merkezde yapılmıştır. Hasta profilimizi diyabetin uzun dönem multipl komplikasyonları gelişmiş, ileri evre diyabetik ayak enfeksiyonu bulguları olan, komorbid birçok hastalığa sahip yaşlılar oluşturmaktaydı. Fiziksel ve mental olarak fonksiyonelliği azalmış, yeti yitiminin getirdiği stresle başa çıkma mekanizmaları zayıflamış yorgun bir popülasyon düşünülebilir. Çalışmamıza katılan 65 kişinin yaş ortalamasının yurtdışında yapılan benzer DA çalışmalarındaki hastaların yaş ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür; diğer çalışmalarda hastaların yaş ortalaması 62 ile 66 arasında değişmekteydi ve o ülkenin diyabet başlangıç yaşı, DM tedavi başarısı ve komplikasyon oranlarıyla alakalı olarak değişkenlik gösterdiği düşünülebilir (48-50). Ülkemizdeki çalışmalarda ise yaş ortalaması bizim çalışmamızdaki gibi 60 yaş civarındadır (6,51).

Çalışmamızdaki hastaların %72'si erkekti. DA gelişimi açısından risk faktörleri arasında erkek cinsiyetin de olduğu bilinmektedir (6,15). Birkaç yıl önce Portekiz'de yine DA hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada; erkek cinsiyet oranı bizimkiyle tam olarak aynı bulunmuştur (49). İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada da yine erkek oranı aynıdır (50). Cinsiyete göre yaş ortalamalarına baktığımızda erkekler kadınlara göre daha gençti. Buradan hareketle erkeklerde diyabetik ayak ülseri daha genç yaşta başlamaktadır diyebiliriz. Kardiyovasküler komorbid hastalıkların erkeklerde daha erken yaşta başlamasının, sigara gibi ek risk faktörlerinin de erkeklerde daha sık görülmesinin buna neden olduğu düşünülebilir.

Hastalarımızın diğer demografik verilerini karşılaştıracak olursak; bizim çalışmamızda büyük çoğunluk evliken, bu oran İngiltere'de yapılan çok benzer bir çalışmada yarı yarıya idi (48). Emekli oranımız ise, yurtdışına göre daha düşüktü (49). Hastalarımızın üçte ikisi 5 yıl (ilkokul) ve altında eğitim almıştı ve Portekiz'deki bir çalışmada da eğitim yılı ortalaması 4,5 yıl ile bizim eğitim durumumuza benzerdi. Genel olarak hastalarımızın, ülkemizde benzer yaş ve profildeki hasta gruplarıyla yapılan çalışmalardaki sosyokültürel ve

demografik yapıyı yansıttığını söyleyebiliriz (52,53). İstanbul'da bir kamu hastanesinde diyabetlilerde yapılan bir çalışmada hastaların dörtte üçü evli, yarısına yakını ilköğretim mezunu ve dörtte biri ise yalnız yaşıyordu (54). Bizim çalışmamızla bu oranlar büyük benzerlik göstermektedir. Alkol ve sigara kullanımı gibi yaşam tarzı özellikleri ise cinsiyet dağılımına ve aktif kullanım anlayışına göre farklılık göstermektedir (53,55).

Hastalarımızın yarısının aylık eve giren toplam geliri asgari ücret veya altında idi ve neredeyse %90'ı kentsel bölgelerde oturmaktaydı. Ülkemizde üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşımın gelir miktarından ziyade coğrafi yakınlık ilişkili olduğunu düşündüren bu bulguların sağlıklı yorumlanabilmesi; toplum tabanlı ve geniş katılımlı çalışmalarla kırsal bölgeler için DA oranlarının ortaya konmasıyla mümkün görülmektedir.

Bizim hasta grubumuzda DM'ye ek olarak en sık bulunan kronik hastalıklar hipertansiyon ile kardiyovasküler hastalıklar idi. Diğer bazı çalışmalardaki farklı oranların tanı ve sınıflama farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz (49,56). 2011 yılında Brezilya'da DA gelişiminde depresif semptomların etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise kardiyak hastalık öyküsü oranı bizimkiyle çok benzer şekilde %38 idi (57).

Diyabet süresi, DA hastalarında yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde, bu uzun dönem komplikasyonun gelişebilmesi adına ortalama yaklaşık 17 yıl olarak bulunmuştur (50,56). DA süresi için ise bizim çalışmamızdaki sürenin çok üstünde değerler bildirilmiş. Bunun sebebi; çeşitli ülkelerde yapılan bu farklı çalışmalarda DA başlangıcı için nöropati ve/veya ayak deformitesi gelişimi referans alınırken, biz DA ülser ve/veya enfeksiyonu varlığını başlangıç olarak kabul etmiştik (48,49).

Çalışmaya alınan hastaların yalnızca üçte birinde American Diabetes Association (ADA) klavuzuna göre kan şekerinin regüle olduğu ($HbA1c < 7,0$) saptanmıştır. Ülkemizde 1990-2010 yılları arasında toplamda yaklaşık 28.500 tip 2 DM'li hasta üzerinde yapılan çalışmalara ait yayımlanmış 92 yayının verilerinin yeniden analiz edildiği bir sistematik derlemede %30 ve 44 merkezin katılımıyla 2.500'e yakın diyabetik hastada yapılan diğer bir çalışmada %31 ile kan şekeri kontrolü oranları, bizim çalışmamıza çok yakın bulunmuştur (53,58).

Bizim çalışmamızda retinopati ve nefropati sıklığı hastaların beyanına göre sırayla %43 ve %30 olarak bulunmuştur. Bu oranlara bilinmeyen tanılar dahil edilmemiştir. Tıbbi özgeçmiş verilerinin hasta beyanına dayandığını düşünürsek, bu sayıların net ve bilimsel

prevalans olarak görülmesi doğru değildir. Diğer çalışmalardaki farklı oranların bu nedenle tanı ve sınıflama farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz (8,49,56). Dikkat çeken asıl oranlar; çalışmaya alınan DA hastalarının üçte biri nefropati, dörtte biri ise retinopati komplikasyonlarının varlığı açısından durumlarını bilmiyorlardı ve son iki yılda kontrole gitmemişlerdi. Diyabetik ayak ülseri gelişmiş hastalarda; DM'nin diğer tüm komplikasyonlarının da çeşitli evrelerde var olduğunu düşünmek yanlış bir yaklaşım olmaz. Bu bağlamda toplumsal sağlık açısından yapılması gereken en önemli koruyucu hizmet; hastaları bilgilendirmek, farkındalık oluşturmak, eğitmek ve erken tanı-tedavi için tarama programlarına yönlendirmektir.

Çalışmamıza katılan DA hastalarının üçte ikisi geçmişte veya halen sigara kullandığını belirtmişti. Sigara öyküsü olan 40 kişide toplam sigara içme süresinin ortalaması ise yaklaşık 45 paket/yıl idi. Brezilya'da yapılan bir çalışmada genel olarak diyabetiklerde sigara kullanım oranı %32 (s=16) bulunmuş ama özgeçmiş sigara öyküsü dikkate alınmamıştı (57). Yine ülkemizde çok merkezli ve DM tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada sigara için aktif ve geçmiş kullanım oranları bizimkinin yaklaşık yarısıydı (53). DM ve DA hastaları arasındaki bu oransal farklar; sigara kullanımının vaskülopati ve DA oluşumuna etkisini göstermesi bakımından önemlidir.

Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda DA hastalarının BKİ'leri (kg/m^2) ortalama 27 ile 32 kg/m^2 arasında değişmekteydi (49,55). Hastalarımızın BKİ ortalaması yaklaşık 27 kg/m^2 ile Dünya Sağlık Örgütü'nün (2010) tanımlamasına göre (fazla) kilolu sınıfındaydı (59); cinsiyetler arası ya da depresyon-anksiyete durumu ile farklılık göstermiyordu. BKİ ortalamasının obezite sınırları içinde yer almamasını; DA hastalarının özellikle yaygın infeksiyon ve pre-postoperatif dönemlerde yaşadığı katabolik sürece bağlayabiliriz. Yani bu BKİ değerleri maalesef diyet uyumu ve glisemik kontrolün iyi olduğu anlamına gelmiyor. Kendi ifadeleriyle bile diyet uyumu hastaların yarısında, glisemik kontrol ise sadece üçte birinde mevcuttu. Çalışmaya alınan hastaların sadece yarısında diyet ve ayak bakımına uyum mevcutken; ilaca uyum oranı %85 olarak belirlendi. Uyum durumları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ülkemizde birinci basamakta yapılan bir çalışmada; diyet uyumu bizim çalışmamızla benzer olarak hastaların sadece yarısında mevcut ve BKİ ile ilişkisiz olarak bulunmuş (60).

Çalışmadaki hastaların %70'inin sağlık arama davranışı açısından aile hekimliğine herhangi bir nedenle başvurduğu belirlenmiştir. Sadece ilaç yazdırmaya gelenler hastaların yarısından fazlasını oluşturmaktaydı. Bu oranlar dikkate alındığında gerek koruyucu hekimlik, gerekse de eğitim ve danışmanlık hizmetleri açısından özellikle kronik hastalığı olanlara talep ettiğinden daha fazla zaman ve emek harcamak gerektiği, sonuçları itibariyle ortadadır.

Hastalarımızın üçte birinde depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu özgeçmişli varken; halen ilaç kullananların oranı bunun yarısı idi. Antidepresan kullanım oranı iki merkezli bir çalışmada İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sırayla %23 ve %17 olarak bulunmuştur (50). Bu veriler ülkemiz için karşılanmış psikiyatrik tanı ve tedavi oranlarımız düşük olsa da, gelişmiş ülkelerdeki seviyeyi yakalayabileceğimiz ümidini taşımaktadır.

Son olarak tanısal oranlarımızı karşılaştıracak olursak; bizim hastalarımızın yaklaşık yarısında depresyon ve/veya anksiyete tanısı mevcuttu. Diğer çalışmaların çoğunda tanısal değil sadece risk olarak ortaya konulsa da ve depresyon ile anksiyete ayrı ayrı değerlendirilse de; oranlar hepsinde de bizim çalışmamızla benzer şekilde oldukça yüksek bulunmuştur (48,61-65). Asıl ilginç olan sonuçlar ise; bizim çalışmamıza ters açıdan bakan, depresyon ile diyabetik ayak gelişimi ve mortalite arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalardır. Bu çalışmalarda depresif bozuklukların DA gelişimine ve mortaliteye yaklaşık iki-üç kat etkisi olduğu gösterilmiş (55,62,63,66).

5.2. İstatistiki Anlamı Olmayan Sonuçların Tartışılması

Çalışmamızda bağımlı değişkenimiz ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki beklediğimiz; ancak ilişki kurulamayan bazı bağımsız değişkenleri yaş, BKİ, DM ve DA süresi, yalnız yaşama, cinsiyet, gelir düzeyi, polifarmasi, glisemik kontrol, bilgi seviyesi, ilaç ve diyet uyumu olarak sıralayabiliriz. Bu faktörleri; diğer çalışma sonuçları ile gelecek araştırmaların şekillendirilmesi açısından değerlendirmemiz faydalı olacaktır.

Geçen sene içerisinde yine bizim bölgemizde yapılan bir araştırmanın sonuçları; depresyon ve/veya anksiyete riski (HADS) ile ilişkili bulunmuş bazı faktörler arasında HbA1c seviyesi, kadın cinsiyet, diyabetik retinopati varlığını bildirmiştir (6). Bizim çalışmamız HbA1c ile HADS puanı veya glisemik kontrol (HbA1c <7) ile TT arasında herhangi bir istatistiksel ilişki gösterememiştir. Bu sonuca göre hastalarda tespit edilen depresyon ve/veya anksiyete bozukluğunun, glikozile hemoglobin seviyesinde anlamlı değişiklik yapabilecek süredir

mevcut olmadığı yönünde yorum yapabiliriz. Diyet ve ilaç uyumlarında fark bulunmaması da bu şekilde açıklanabilir. Hastaların ortalama tedavi süresinin iki ayın altında olması ve UB'nin çok kısa sürede gelişebileceği bu yorumu güçlendirmektedir. Aynı zamanda DA hastalarındaki katabolik süreçler ve diğer komorbid hastalıklar nedeniyle, depresyon ve anksiyetenin metabolizmada oluşturabileceği diyet-kan şekeri bozuklukları tüm hastalarda zaten öncesinde gelişmiş olabilir. Diğer çalışmadaki anlamlı sonuç, DA gelişmemiş DM tanılı hastaların da çalışmaya katılmış olmasıyla ilişkilendirilebilir (6). Diyabetik retinopatinin bizim çalışmamızda ilişkisiz bulunması; hastaların sözel beyanına dayalı olması ve bilmiyorum diyen grubun istatistiğe dahil edilememesiyle alakalı olabilir. Öte yandan retinopati varlığı zaten DA için risk faktörüdür, yani çalışma evrenimizin ortak özelliğidir (15). Kadın cinsiyet bağımlı değişkenimizle tanısız (TT) olarak ilişkilendirilemese de, bizim çalışmamızda da HADS-A ve anksiyete puanının etkisiyle toplam HADS puanlarıyla ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca istatistiki anlamı olmasa da; kadınlardaki tanı oranı erkeklere göre yaklaşık 1,5 kat fazlaydı.

Ülkemizde yapılan ve hastanelerde çeşitli tanılarla yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini araştıran bir çalışmada; yine ölçek olarak HADS kullanılarak risk değerlendirmesi yapılmış, hastaların %38,1'i ($9,86 \pm 2,04$) depresyon, %18,6'sı ($12,45 \pm 1,44$) anksiyete açısından risk altında bulunmuş. Hastaların bazı özelliklerine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik düzey ve hastalığın süresinin anlamlı olmadığı belirlenmiş. Bu sonuçlar bizimkilerle uyumlu olması açısından değerlidir. Aynı çalışmada erkeklerin ve bekar olanların sadece anksiyete puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu, depresyon puan farklarının ise istatistiksel anlamı olmadığı belirlenmiş. Genel olarak ise tüm gruplarda HADS puan ortalamaları bizim sonuçlarımıza göre daha yüksek bulunmuş (52). Bizdeki puan ortalamalarının daha düşük çıkmasını; hastanede yatmayan hasta grubunun etkisi ve genel olarak KYBÜ'nde verilen hizmetin psikososyolojik başarısına bağlayabiliriz. Yine de bizimkiyle benzer HADS puan ortalamaları bildiren çalışmalar da mevcuttur (48,50).

Hastalarımızın hastalıklarıyla ilgili olarak ne kadar bilgi sahibi olduğu sorgulandığında ise %15'i hiç bilmediğini ifade etmişti. Yeterince bildiğini ifade eden hastalar biraz daha fazla, esasen “biliyorum ama yetersiz” diyenler çoğunlukta idi. Bilgi seviyesi; UB varlığı ve HADS puanları ile çeşitli yönlerden değerlendirildi ama anlamlı ilişki gözlenmedi. Benzer bir başka araştırmada da bizimkiyle uyumlu olarak bilgi alma durumunun HADS puanlarıyla ilişkisi olmadığı gösterilmiş (67). Yine HADS ile anksiyete ve depresyon riskinin

hesaplandığı bu çalışmada medeni durum, mesleki durum, eğitim durumu gibi parametreler anlamlı bulunmuş. Bizim çalışmamızda uygun kategorizasyonlar yapılarak değerlendirildiğinde anlamlı sonuçlar elde edilemedi. Yukarıdaki değişkenlerin anlamlı çıktığı çalışmada ise ikiden fazla grup olduğu için Kruskal Wallis kullanılarak grupların ortalamaları arasındaki istatistiksel fark belirlenmiş; ancak istatistiğin anlamlılığını sağlayan gruplar verilmemiş. Aynı çalışmada hastanın yattığı klinik, hastalığın kronik olup olmaması, daha önce hastaneye yatma durumu ile anksiyete; hastanın yattığı klinik, hastalığın kronik olup olmaması, hastanedeki yattığı gün sayısı ile depresyon arasında fark anlamlı saptanmıştır (67).

Bizim çalışmamızda bağımlı değişken olarak HADS puanları ile birlikte daha da fazla olarak sınıflanmış değişken: toplam tanı (TT) kullanıldı. İkiden fazla sayıda grup olduğu durumlarda uygun kategorizasyonlar yapılarak istatistiğe alındı. Klinik anlamı olmayan durumlarda istatistiki anlamlılık aranmadı. Genel olarak şunu söylemek yanlış olmaz; benzer birçok çalışmada farklı sonuçların çıkması, araştırılan grupların hastane ortamı, yöntem farklılıkları gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Asıl üzerinde durulması gereken durum; bireylerin tanımlayıcı özellikleri ne olursa olsun hasta olma ve hastalıklarına yükledikleri anlamların benzer, stresle başa çıkma seviye ve yöntemlerinin farklı olmasıdır (52).

5.3. Anlamlı Sonuçların Yorumlanması

Çalışmamızın en önemli sonucu; bağımsız değişkenlerden şiddetli ağrı varlığının ($VAS \geq 7$) bağımlı değişkenimiz depresyon ve/veya anksiyete düzeyine doğrudan etkisidir. DA hastalarında yapılan diğer çalışmalarda depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörler bakılırken; şiddetli ağrı (VAS) değerlendirilmemiş, nöropati veya kronik ağrı varlığı sorgulansa da ya değerlendirilmeye alınmamış ya da anlamsız çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ise hem HADS puanıyla korelasyonu, hem de TT ile anlamlı ilişkisi ortaya konuldu. Özellikle lojistik regresyonda bu ilişkinin etki derecesinin yaklaşık 17 kat ile diğer tüm parametrelerin önüne geçmesi dikkat çekicidir. Ağrı için Hipokrat “Divinum est opus sedare dolorem - Ağrı dindirmek tanrı sanatıdır” diyerek ağrı palyasyonunun önemine dikkat çekmiştir (45). Değişen tıp paradigması ise ağrının fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyokültürel komponentlerine dikkat çekerek; “toplam ağrı” kavramını ortaya koymuştur (9). Bu bağlamda etkin ağrı palyasyonu sağlanmadıkça, hastaların ruhsal açıdan da iyi olmasının mümkün olmadığı görülmektedir ve hastaların ağrısı varken, ağrıyı kontrol altına almadan depresyonu değerlendirmek yanlış sonuçlar doğurabilmektedir (34). Bazen ağrı depresyonun bir somatizasyonu iken; bazen de

depresyon ağrının toleransını azaltabilmektedir. Her halükarda depresyon ve ağrı beraber yönetilmelidir.

Çalışmamızda depresyon ve/veya anksiyete ile ilişkili çıkan diğer bağımsız değişkenler; kronik hastalık sayısı, son bir yılda gören doktor sayısı, başvuru tipi, ruhsal hastalık öyküsü, nörolojik hastalık komorbiditesi, nefropati varlığı, major amputasyon ve immobilizasyon varlığı olarak sıralayabiliriz. İstatistiksel olarak anlamlı çıkan bu parametreler; detaylıca değerlendirildiğinde aslında klinik açıdan da mantıklı ve değerlidir. İlerde yapılacak çalışmalarda bu parametrelerin depresyon ve/veya anksiyete varlığı üzerine etkilerinin tekraren gösterilmesi; çalışmamızın sonuçlarını güçlendirecektir. Bizim ve diğer bazı çalışmaların bu sonuçlarından yola çıkarak şunları söyleyebiliriz; çok sayıda fiziksel ya da ruhsal kronik hastalığı, komplikasyonu, şiddetli semptomu (özellikle ağrı) ve işlev kaybı (immobilizasyon) olan hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları beklenildiği gibi daha sık gözlenmektedir (34,67).

Genel olarak değerlendirildiğinde çalışmamızın üstün yönlerini şöyle sıralayabiliriz:

- Diğer çalışmalarda sadece depresyon veya depresyon ve anksiyete ayrı ayrı araştırılmışken, bizim çalışmamızda ikisi beraber değerlendirilmiştir. Böylece kişilerin birden fazla tanı alması ya da eşik altı durumlarda tanısız kalması önlenmiştir.
- Tüm hastalara ölçek uygulanarak aktif risk belirlenmiş, görüşme öncesi depresyon veya anksiyete tanısıyla ilaç kullananlar dışlanmamış; toplam tanıya dahil edilmişlerdir.
- Depresyon ve anksiyete için ölçek kullanarak sadece riski belirleyen diğer çalışmalardan farklı olarak, bizim çalışmamızda hem ölçek puanları hem de klinik görüşme ile kesin tanılar elde edilmiş ve analizlere alınmıştır. Yani bu çalışmada depresyon ve/veya anksiyetenin hem riski hem de düzeyi ve sıklığı belirlenebilmiştir.
- Bağımlı değişkenle ilişkili olabilecek çok sayıda faktör araştırılmıştır.
- İstatistiki analizlerde klinik anlamı olmayan ilişkiler araştırılmamış, tesadüfi sonuçlar göz ardı edilmiştir.

Araştırmamızın kısıtlılıkları da mevcuttur ve gelecek çalışmalar için bu kısıtlılıkların belirlenmesi önemlidir:

- Araştırmanın üçüncü basamak sağlık hizmetleri verilen bir merkezde yapılmış olması; sonuçların tüm DA evrenine mal edilmesine engel oluşturmaktadır. Özellikle erken evre DA hastaları için depresyon ve anksiyete oranları çalışmamızdakinden daha düşük gözlenebilir ve ilişkili faktörlerin etki dereceleri değişebilir.
- Hasta ve merkez sayısı ile çalışmanın süresi yine araştırmamızın kısıtlılıklarındandır. Daha uzun süreli veya daha çok merkezde daha fazla hasta ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Bu çalışma kesitsel tipte ve tanımlayıcı özellikte planlanıp, tamamlanmıştır. Tanı konulan hastaların tedavi sonuçları ve değiştirilebilir faktörlere yapılan müdahalelerin etkilerini ortaya koyacak çalışmalara da ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmamızdaki hastaların toplam tanı oranı %50 ye yakındı; fakat görüldü ki öncesinde birçok hekim tarafından değerlendirilen bu hastaların tedavi alma oranı çok düşüktü. Bu sonuçlar göstermektedir ki her DA hastası mevcut tedavilerinin yanı sıra mutlaka ruhsal hastalıklar açısından da tanısal olarak değerlendirilmelidir.
2. Diyabetik ayak hastalarındaki mortalite oranlarının yüksekliği, depresyon ve anksiyetenin hem DA gelişimine hem de mortalite oranlarına iki kat etki ettiği düşünüldüğünde; sağ kalımın artırılabilmesi adına depresyon ve anksiyete ile doğrudan ilişkili değiştirilebilir risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması çok önemlidir. Bizim çalışmamızda depresyon ve/veya anksiyete açısından öne çıkan etkili faktörler; şiddetli ağrı varlığı, immobilizasyon, depresyon-anksiyete özgeçmişi ve yatan hasta olmaktır. Bu açıdan hastaların etkili ağrı palyasyonunun sağlanması, erken dönemde mobilize edilmesi ve tedavinin ayaktan sağlanması, depresyon ve anksiyete açısından koruyucu olabilir. Öncelikle özgeçmişinde depresyon ve/veya anksiyete tanısı olan hastalar olmak üzere tüm DA hastalarının ruhsal açıdan da değerlendirilip, uygun tedavilerin ivedilikle düzenlenmesinin tedavi başarısını ve sağ kalımı artıracakını düşünmekteyiz.

ÖZET

DIYABETİK AYAK HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Giriş ve Amaç

Diyabetik ayak infeksiyonları; hızla artan prevalansı, major amputasyon ve mortalite oranlarının yüksekliği nedeniyle modern dünyanın önde gelen sağlık sorunlarından. Diyabetik ayak gibi işlev kaybıyla seyreden kronik hastalıklarda depresyon ve anksiyete sıklığının arttığı bilinmektedir. Bu bağlamda kronik hastalıkların izleminde hastaların mental, ruhsal ve psikososyal açıdan da değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı diyabetik ayak hastalarında depresyon ve anksiyete görülme durumunu ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem

1 Mart 2017–31 Ağustos 2017 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara ve İnfeksiyonları Bakım Ünitesine başvuran ve diyabetik ayak tanısıyla takip edilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş veri formuyla beraber, ‘Hastane Anksiyete–Depresyon Ölçeği’ yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış; tanısal doğrulama ve tedavi planı oluşturma amacıyla hasta merkezli klinik görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın etik izni Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 09.03.2017 tarih ve 6 nolu kararı ile alınmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 16.0 programında yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 47’si erkek (%72,3) 65 hasta alındı ve yaş ortalaması $\pm$ SS 60,28 $\pm$ 10,62 idi. Özgeçmişinde depresyon-anksiyete tanısı olan hasta sayısı 20 (%30,8) iken; halen antidepressan tedavi alan hasta sayısı 9 (%13,8) idi. Hasta görüşmelerinin sonucunda 26 (%40,0) hastaya uyum bozukluğu tanısı konuldu. Depresyon ve anksiyete düzeyini artıran, uyum bozukluğu varlığı ile ilişkili önde gelen faktörler; şiddetli ağrı varlığı (p:0,002), yakın dönem major amputasyon varlığı (p:0,036), immobilizasyon durumu (p:0,000), özgeçmişinde

depresyon-anksiyete öyküsü olması (p:0,001), yatarak tedavi görme (p:0,006), nefropati varlığı (p:0,016), nörolojik komorbidite (p:0,018) ve kronik hastalık sayısıydı (p:0,015). Depresyon ve/veya anksiyete varlığını yatarak tedavi almak 5,5 kat, özgeçmişinde depresyon-anksiyete varlığı ve immobilizasyon yaklaşık 9’ar kat, şiddetli ağrı varlığı ise 17 kat artırıyordu.

Sonuç

Bizim çalışmamızdaki hastaların toplam tanı oranı %50’ye yakındı; fakat görüldü ki öncesinde birçok hekim tarafından değerlendirilen bu hastaların tedavi alma oranı çok düşüktü. Çalışmamıza göre hastaların etkili ağrı palyasyonunun sağlanması, erken dönemde mobilize edilip eve taburculuğunun planlanması ve tedavinin ayaktan sağlanması, depresyon ve anksiyete açısından koruyucu olabilir. Özellikle özgeçmişinde depresyon ve/veya anksiyete tanısı olan hastalar olmak üzere tüm DA hastaların mevcut tedavilerinin yanı sıra mutlaka psikolojik açıdan da değerlendirilip, uygun tedavilerin ivedilikle düzenlenmesinin tedavi başarısını ve sağ kalımı artıracaklarını düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: *diyabetik ayak, depresyon, anksiyete, HADS*

ABSTRACT

DEPRESSION AND ANXIETY LEVEL OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT AND ASSOCIATED FACTORS

Introduction and Aims

Diabetic foot infections are leading health problems of the modern world's because of its rapidly increasing prevalence, major amputation and mortality rates. It is known that the depression and anxiety frequency increases in chronic diseases with loss of function like diabetic foot. Therefore, it is very important for chronic patients to be evaluated in terms of mental, spiritual and psychosocial aspects. The aim of this study is to determine depression and anxiety level and related factors in diabetic foot patients.

Methods

Patients were included in the study, who admitted to the Adnan Menderes University Research and Practice Hospital Chronic Wound and Infection Care Unit with a diabetic foot infection between March 1 and August 31, 2017. The 'Hospital Anxiety-Depression Scale' and the sociodemographic and medical history data form was administered by face-to-face interview method and also patient-centered clinical interviews were conducted to establish diagnostic verification and treatment plan. The ethics of the study was taken with the decision of the Adnan Menderes University Faculty of Medicine Non-Interventional Research Ethics Committee dated 09.03.2017 and numbered 6. Statistical analysis was performed in SPSS 16.0 program.

Results

Sixty-five patients with 47 males (72.3%) were included in the study and the mean age $\pm$ SD was 60.28 $\pm$ 10.62. The number of patients have already diagnosed with depression-anxiety was 20 (30.8%); the number of patients receiving treatment was 9 (13.8%). As a result of the patient interviews, 26 (40.0%) patients have depression and/or anxiety currently. The factors, increasing the level of depression and anxiety, were presence of severe pain (p:0,002),

near-term major amputation (p:0,036), immobilization (p:0,000), depression-anxiety history (p:0,001), inpatient treatment (p:0,006), presence of nephropathy (p:0,016), neurological comorbidity (p:0,018) and the number of chronic diseases (p:0,015). Depression and/or anxiety was 5,5 times more likely for inpatient treatment, about 9 times for both of depression-anxiety history and immobilization, and 17 times for severe pain.

Conclusions

The overall diagnoses of the patients in our study was close to 50%; but it is seen that the rate of receiving treatment for these patients, which are evaluated by many physicians beforehand, is very low. According to our study; effective palliation of pain, early mobilization and outpatient treatment may be protective against depression and anxiety. Especially in patients with depression and/or anxiety history, we think that, in addition to the existing treatments, all the diabetic foot patients should be evaluated psychologically and the appropriate treatments will increase the treatment success and the survival.

Keywords: *diabetic foot, depression, anxiety, HADS*

KAYNAKLAR

1. Donahue K, Weir S, Roederer M, Sigmon E. Diabetes. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Smith MA, Power D, Viera AJ (eds). Essentials of family medicine, 6th ed. China: Lippincott Publ, 2012: 149-64.
2. Satman İ. TURDEP-II Çalışma Grubu. 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya.
3. Diyabetik ayak sorunları. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. Sekizinci Baskı, Ankara: Bayt Yayıncılık, 2016: 149-56.
4. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabet Med 2009; 26: 153-61.
5. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. Diabetes Care 2008; 31(12): 2383-90.
6. Günelay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. FNG & Bilim Tıp Derg 2016; 2(1): 16-9.
7. Anksiyete bozuklukları ve depresyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri. Arısoy ES (Editör). İkinci Baskı, 2003: 235-45.
8. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Der 2001; 12: 89-98.
9. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. Güldal D (Çeviri Editörü) 3. Baskı, İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık, 2012: 55-114.

10. Wonca Europe. Aile hekimliği/genel pratisyenlik avrupa tanımı. Başak O (Çeviri Editörü). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3, 2003: 10-4.
11. Diyabet çalışma grubu bildirisi. Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi Çalıştay Raporu 2017 (TAHUD).
<http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/%C3%87ALI%C5%9ETAY%20RAPORU.pdf> 22.09.2017.
12. Diyabet ve ayak. TÜRKDİAB Diyabet Tanı Ve Tedavi Rehberi 2016: 97-102.
http://www.turkdiab.org/Diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf 03.11.2017.
13. İnternational Working Group on the Diabetic Foot.
<http://iwgdf.org/consensus/pathophysiology-of-foot-ulceration/> 15.10.2017.
14. Gülman B. Diyabetik ayak. TOTBİD Dergisi 2003; 2(1-2): 27-36.
15. Denizeri SB. Diyabetik ayak. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015; 6(1): 52-7.
16. Ertuğrul MB. Diyabetik ayak infeksiyonlarının mikrobiyolojisi ve osteomyelit.
<http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/211020111086-1--Konusma--Dr--M--Bulent-Ertugrul.pdf> 15.10.2017.
17. Diyabetik ayak yarası ve infeksiyonunun tanısı, tedavisi ve önlenmesi: ulusal uzlaş raporu. Klimik Dergisi 2015; 28(Özel Sayı 1): 2-34.
18. Ertugrul BM, Lipsky BA, Savk O. Osteomyelitis or charcot neuroosteoarthropathy? differentiating these disorders in diabetic patients with a foot problem. Diabet. Foot Ankle 2013; 4: 21855. <http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v4i0.21855> 28.10.2017.
19. Baktiroğlu S. Diyabetik ayak infeksiyonları: genel bilgiler ve cerrahi tedavi. ANKEM Derg 2012; 26(Ek 2): 204-11.

20. Şahin M. Diyabetik ayak risk faktörleri. KSU Tıp Fak Der 2015; 10(2): 82-6.
21. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic foot ulcers. The Lancet 2003; 361: 1545-51.
22. Ertuğrul MB. Diyabetik ayak enfeksiyonunda medikal tedavi. TOTBİD Derg. 2015; 14: 4-12.
23. Kanatlı U. Diyabetik ayak enfeksiyonları. TOTBİD Derg. 2011; 4: 296-305.
24. Diyabetik ayak ülserleri. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. Altıncı Baskı, Ankara: Bayt Yayıncılık, 2013: 139-48.
25. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2004; 4: 12-6.
26. Dilbaz N, Darçın AE, Çavuş SY. Depresyon tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: eşitlikli anksiyete ve yaklaşım. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011; 21(1): 10-9.
27. Ruh sağlığı sorunları-kısa anketi. T.C. S.B. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B, Ergör G (Editörler). Ankara, 2013: 235-52.
28. Özgüven HD, Tuncer ET. Uyum bozukluğu. Kriz Dergisi; 5(2): 87-94.
29. Bilgiç S. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2011: 43-54.
30. Uyum Bozuklukları. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Editörü). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 154-5.

31. Onur E, Yemez B, Polat S, Gürz NY, Cimilli C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17(4): 167-73.
32. Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23: 60-65.
33. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011; 45(2): 65-74.
34. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(3): 3-18.
35. Robert RGP, Alan C. ABC of psychological medicine: Depression in medical patients. BMJ 2002; 325(7356): 149-152.
36. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar : depresyon ve anksiyete 2012; 3(2): 1-7.
37. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Dergisi 2011; 1: 39-47.
38. Bebek N, Ertaş M. Nöropatik ağrı. Ağrı 2007; 19(3): 5-10.
39. TAHUD-TAHYK. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı 2013. <http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/dokuman/20160614092754.pdf> 18.10.2017.
40. Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. Türkiye Aile Hekim Derg. 2013; 17(2): 73-85.

41. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. AĞRI 2009; 21(2): 45-53.
42. Ekinçi M, Okanlı A, Gözüağca D. Mevsimler depresyonlar ve başatme yolları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(1): 109-112.
43. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür Ş. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk. Psikiyatri Derg 1997; 8(4): 280-7.
44. Karamustafalıoğlu O, et al. İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği 2010; 23(3): 151-7.
45. Utlu G. Kanser hastalarında palyatif bakım ve destek servisinde narkotik analjezik kullanımı, Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2015.
46. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 2013; 11(2): 56-70.
47. Kılıç S. Binary logistic regression analysis. J. Mood Disord. 2015; 5(4): 191-4.
48. Chapman Z, Shuttleworth C, Huber J. High levels of anxiety and depression in diabetic patients with Charcot foot. J. Foot Ankle Res. 2014; 7(22): 1-8.
49. Pedras S, Carvalho R, Pereira MG. Predictors of quality of life in patients with diabetic foot ulcer: The role of anxiety, depression and functionality. J. Health Psychol. 2016.
50. Vileikyte L, et al. Diabetic Peripheral Neuropathy and Depressive Symptoms. Diabetes Care 2005; 28(10): 2378-83.

- 51.** Aar G. Diabetik ayakta tedavi yaklaşımları ve wagner sınıflamasının tedaviyi yönlendirmedeki rolü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, 2006.
- 52.** Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri 2009; 12: 90-8.
- 53.** Oguz A, et al. Glycemic control of Turkish adult diabetic patients. Turk Jem 2008; 12: 50-4.
- 54.** Orhan B, Karabacak BG. Association between cognitive and social factors and metabolic control parameters in patients with type 2 diabetes. Clin. Exp. Heal. Sci. 2016; 6(1): 1-8.
- 55.** Williams LH, et al. Depression and incident diabetic foot ulcers: A prospective cohort study. Am. J. Med. 2010; 123(8): 748-54.
- 56.** Gonzalez JS, et al. Depression predicts first but not recurrent diabetic foot ulcers. Diabetologia 2010; 53(10): 2241-8.
- 57.** Salome GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. Rev Col Bras Cir 2011; 38(5): 327-33.
- 58.** The relation of changes in prescribing patterns of anti-diabetic drugs and HbA1c levels among patients with type 2 diabetes mellitus: systematic analysis of studies from the the past 20 years in Turkey. <http://www.turkjem.org/fulltext/the-relation-of-changes-in-prescribing-patterns-of-anti-diabetic-drugs-and-hba1c-levels-among-patients-with-type-2-diabetes-mellitus-systematic-analysis-of-studies-from-the-the-past-20-years-in-turkey-3371> 05.11.2017.

- 59.** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu 2014: 38-42.
http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf
- 60.** Tahmiscioğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşunda takip edilen tip 2 diabetes mellituslu hastaların glisemik kontrollerinin, lipid profillerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2008.
- 61.** Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2013; 38(1): 31-40.
- 62.** Ismail K, Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds M. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer. Diabetes Care 2007; 30(6): 1473-9.
- 63.** Winkley K, et al. Five-year follow-up of a cohort of people with their first diabetic foot ulcer: The persistent effect of depression on mortality. Diabetologia 2012; 55(2): 303-10.
- 64.** Turhan H. Tip 2 diabetes mellitus'lu hastalarda tedavi şekline ve hastalık süresine göre depresyon ve anksiyete. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, 2007.
- 65.** Ackermann RT, et al. Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. Gen. Hosp. Psychiatry 2005; 27(5): 338-43.
- 66.** Iversen MM, et al. Is depression a risk factor for diabetic foot ulcers? 11-years follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). J. Diabetes Complications 2015; 29(1): 20-5.

67. Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(2): 9-17.



EKLER

Ek-1. Veri Toplama Formu

DİYABETİK AYAK HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Yahya Utlu' nun tez çalışmasıdır. Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuza inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Bu çalışma ile Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kronik Yara Bakım Ünitesine başvuran hastaların fiziksel ve ruhsal durumları ile bunlara etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlamaktayız. Aralarında aile hekimlerinin de bulunduğu birçok farklı hekim tarafından değerlendirilme fırsatı olan diyabetik ayak hastalarındaki depresyon ve anksiyete sıklığını, ilişkili faktörleri, tanı ve tedavi durumlarını belirleyecek olan bu çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Yahya Utlu' ya uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Tel: 05547513964 e-posta: yahyautlu@gmail.com Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 20-30 dakikadır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Form (no-tarih):

Y ☐ A ☐ gündür

Hastanın

- 1- Adı soyadı:
- 2- Boy: Kilo: BKİ:
- 3- Cinsiyeti: (1) Kadın (2) Erkek
- 4- Yaşı:
- 5- Medeni durumu: (1) Evli (2) Bekar (3) Boşanmış (4) Dul

- 6- Yalnız mı yaşıyorsunuz ? (1) Evet (2) Hayır (.....)
- 7- Meslek:
- 8- Eğitim durumu: (1) ilkokul (2) Ortaokul (3) Lise (4) Lisans ve üstü (5) Diğer
.....
- 9- Çalışma durumu: (1) Çalışıyor (2) Emekli (3) İşsiz (4) Evhanımı (5) Diğer
.....
- 10- Gelir düzeyi: (1) İyi “4470 tl ve üzeri” (2) Orta “asgari ücret – 4470 tl arası”
(3) Kötü “asgari ücret ve altı”
- 11- Sosyal güvenceniz: (1) Var (2) Yok
- 12- Oturduğunuz yer: (1) Kentsel (2) Kırsal
- 13- Sigara kullanma? (1) Evet p/y (2) Bırakmış (3) Hiç içmemiş
- 14- Alkol kullanma? (1) Düzenli (2) Sosyal içici (3) Yok
- 15- Tanı almış fiziksel başka bir kronik hastalığınız var mı ?
(1) Evet (2) Hayır
- 16- Psikiyatrik tanı almış kronik bir hastalığınız var mı / ne zamandır ?
(2) Evet (2) Hayır
- 17- Son bir yılda kaç farklı hekim / bölüm tarafından değerlendirildiniz?
.....
- 18- Hangi ilaçları düzenli olarak kullanmaktasınız / polifarmasi ?
.....
- 19- Kaç yıldır diyabet hastasıınız?
- 20- Kaç gündür diyabetik ayak hastasıınız?
- 21- Retinopati durumu: (1) Var (2) Bilmiyor (3) Yok (son kontrol:)
- 22- Nefropati durumu: (1) Var (2) Bilmiyor (3) Yok (son kontrol:)
- 23- Yeni (son 1 ayda) amputasyon varlığı: (1) Major (2) Minor (3) Yok
- 24- Daha önce hastanede yattınız mı? (1) Evet..... (2) Hayır
- 25- Son bakılan HbA1c değeri:
- 26- İmmobilizasyon: (1) Var (2) Kısmi / yeni (3) Yok

27- Diyabet ile ilgili diyet önerilerine uyar mısınız?

(1) Her zaman (2) Genellikle (3) Bazen (4) Seyrek (5) Hiç uymam

28- Diyabetik ayak ile ilgili egzersiz ve ayak bakımı önerilerine uyar mısınız?

(2) Her zaman (2) Genellikle (3) Bazen (4) Seyrek (5) Hiç uymam

29- Diyabet ile ilgili ilaç önerilerine uyar mısınız?

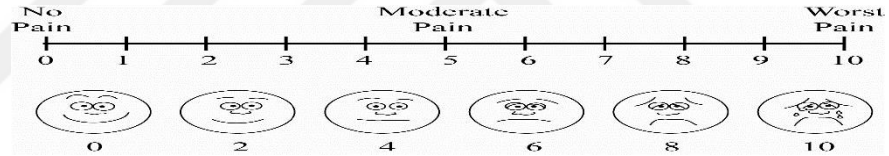
(3) Her zaman (2) Genellikle (3) Bazen (4) Seyrek (5) Hiç uymam

30- Diyabet ve komplikasyonlarıyla ilgili olarak aile hekiminize ne amaçla gidersiniz?

(1) İzlem için (2) İlaç yazdırmaya (3) Hiç gitmiyorum

31- Diyabetik ayak konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

(1) Evet, yeterince biliyorum (2) Yetersiz seviyede biliyorum (3) Hiç bilmiyorum



VAS:

HADS-A: HADS-D:

Özgeçmişte psikiyatrik tanı: ilaç:

Uyum bozukluğu tanısı :

Sonuç:

Ek 1: HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

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

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

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

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Bazen
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
☐ Gerekli kadar özen göstermiyorum
☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

11. Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

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

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

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

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
☐ Sık değil
☐ Bazen
☐ Çoğu zaman

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
☐ Genellikle
☐ Sık değil
☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
☐ Bazen
☐ Pek sık değil
☐ Çok seyrek

Ek-2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/03/2017-E.15400



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.03.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Başkan

KARAR 6

Protokol No : 2017/1106
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ'ın "Diyabetik ayak hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek-3. Özgeçmiş Ve Eserler

Adı Soyadı: Yahya UTLU

Doğum Tarihi: 25 Şubat 1986

Yabancı dil: İngilizce (2011-ÜDS İlkbahar: 67,5)

İletişim bilgileri: yahyautlu@gmail.com / 05547513964

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Tıpta Uzmanlık	Aile Hekimliği	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi	2018
Lisans	İşletme (2014-2236)	Anadolu Üniversitesi AÖF İşletme Fakültesi	2014
Lisans	Tıp (no:13172)	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2012
Ortaöğretim		Gazi Anadolu Lisesi (Ankara)	2004

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi	2015-2018
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	İzmir Tepecik EAH Acil AD	2014-2015
Pratisyen Hekim	Kemalpaşa Devlet Hastanesi	2012-2014
Pratisyen Hekim	Bingöl Devlet Hastanesi	2012-2012

Ödüller:

- Sözel sunum birincilik ödülü

Utlu Y. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi. PAÜTF II. Ulusal Öğrenci Kongresi, Denizli, Mart 2010.

- Poster sunum ikincilik ödülü

Utlü Y, Bozkurt Kozan F, Başak O, Öztürk ŞB, Ertuğrul MB. Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarında Osteomiyeliti Olan ve Olmayan Olgularda Dirençli Bakteri Oranları Nasıl (Poster). 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 14-17 Aralık 2017.

ESERLER

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

- Utlü G, **Can H**, **Utlü Y**, Kaplan YC. The use of narcotic analgesics in a comprehensive palliative care centre. Wonca 2016- Copenhagen.
<http://www.woncaeurope.org/content/ep2706the-use-narcotic-analgesics-comprehensive-palliative-care-centre>

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- Güllü D, **Utlü Y**, Özkan H, Çiftçi N, Aktaş H, Ersoy E, Özkılıç H. Tiroit Sintigrafilerinde Piramidal Lobun Görülme Sıklığı. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 47(3):159-162,2008. <http://www.egetipdergisi.com.tr/text.php3?id=365>

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

- **Utlü Y**, Bozkurt Kozan F, Başak O, Köseoğlu ÖFK, Kurtoğlu T, Ertuğrul MB. Diyabetik Ayak Hastalarında Periferik Arter Hastalığı Sıklığı ve İlişkili Faktörler (Sözlü). 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 14-17 Aralık 2017.
- **Utlü Y**, Şavk ŞÖ, Ertuğrul MB. Diyabetik Ayak Hastalarında Majör Ampütasyon Sıklığı ve Klinik Özellikler (Sözlü). 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 14-17 Aralık 2017.
- **Utlü Y**, Bozkurt Kozan F, Başak O, Öztürk ŞB, Ertuğrul MB. Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarında Osteomiyeliti Olan ve Olmayan Olgularda Dirençli Bakteri Oranları Nasıl (Poster)? 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 14-17 Aralık 2017.
- **Ündey Y**, **Utlü Y**, Demirağ S. Diyabetik Ayak Hastalarının Yakınlarındaki Bakım Yükü: Bir Hastane Örneği (Poster). 12. Ulusal Yara Kongresi, Antalya, 14-17 Aralık 2017.
- **Utlü Y**, **Gemalmaz A**. Kronik Ürtiker ve Otoimmün Hastalıklar (Poster). 16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 26-29 Ekim 2017.
http://www.aile2017.org/bildiri_02112017.pdf
- **Utlü Y**, **Gemalmaz A**. Diyabetik Ayak Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Faktörler (Poster). 10. AHAG, Kayseri, 6-9 Nisan 2017.
[http://tahad.org/panel/datas/veri/80/files/10_aile_hekimligi_arastirma_gunleri_bildiri_kitabi\(2\).pdf](http://tahad.org/panel/datas/veri/80/files/10_aile_hekimligi_arastirma_gunleri_bildiri_kitabi(2).pdf)

- **Utlu Y**, Ündey Y, Polat A, Andiç M, Akpek M, Dişçigil G. Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Ekg (Elektrokardiyografi) Değerlendirme Becerisi (Sözlü). 9. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, Aydın, 10-13 Kasım 2016. http://www.ailehekimligiakademisi.org/panel/datas/veri/69/files/9_aile_hekimligi_arastirma_gunleri_bildiri_kitabi.pdf
- Ündey Y, **Utlu Y**. Aydın İli Merkezinde Görev Yapan Uzman-Pratisyen Aile Hekimleri ile Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Mesleki Memnuniyet ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Poster). 9. AHAG, Aydın, 10-13 Kasım 2016. http://www.ailehekimligiakademisi.org/panel/datas/veri/69/files/9_aile_hekimligi_arastirma_gunleri_bildiri_kitabi.pdf
- **Utlu Y**, **Sokmen N**. Ekstrapulmoner Tüberküloz Olgu Serisi (Poster). 7. Uluslararası Katılımlı Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 16-20 Kasım 2016.
- **Utlu Y**, Utlu G. Bir garip rinit vakası (Poster). 9. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 1-5 Mayıs 2015.
- **Utlu Y**, Utlu G. Propolis ve Alerji (Poster). 9. AH Güz Okulu, Antalya, 1-5 Mayıs 2015.
- **Utlu G**, Can H, **Utlu Y**, Yılmaz S, Atsız Sezik H. Steroid Kullanımına Bağlı Diyabetes Mellitus: Olgu Sunumu. 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 25-29 Eylül 2013.

Kurs/Kongre Katılımları ve Sertifikalar

14-16.12.2017	12. Ulusal Yara Kongresi (YBD-Antalya)
28-30.09.2017	Uygulamalı Yara Bakım Kursu (DAİÇG-Eskişehir)
14-16.04.2017	2. Aydın İç Hastalıkları Günleri (ADÜ-Didim)
15.12.2016	İşyeri Hekimliği Belgesi (Sertifika no:16977)
10.11.2016	SPSS Eğitimi (9. AH Araştırma Günleri-Aydın)
04.06.2016	Akılcı Laboratuvar Kullanımı (MKÜ SEM-Aydın)
02-05.12.2015	10. Ulusal Yara Kongresi (YBD-Antalya)
03.05.2015	Uygulamalı Hipnoz Kursu (9. AH Güz Okulu-Antalya)
05-06.06.2014	Acil Yatak Başı USG Eğitim Programı (TATD-İzmir)

Dernek Üyelikleri

Ağustos 2017

TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği)

