

**T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ İLİNDE DİABETTE DEPRESYON PREVALANSI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Aliye DEMİROK
ELAZIĞ - 2006**

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan ve hemen hemen her konuda yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. Yasemin AÇIK'a, tez danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr.A.Tevfik OZAN'a, Anabilim Dalımız öğretim üyeleri olan Sayın Yrd.Doç.Dr. A.Ferdane OĞUZÖNCÜL ve Yrd.Doç.Dr. S.Erhan DEVECİ'ye ve değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca çalışmalarım sırasında kendilerinden büyük destek gördüğüm Endokrinoloji Anabilim Dalının değerli öğretim elemanlarına minnettarlığımı bildiririm.

Eğitim sürem boyunca benden sabrını, desteğini esirgemeyen aileme ve her zaman kendisinden çok şey öğrendiğim Dr. Aziz BULUT'a teşekkür ederim.

Aliye DEMİROK

İÇİNDEKİLER	S.NO
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ.....	3
3.1. DİABETES MELLİTUS.....	4
3.1.1. Tarihsel Gelişim.....	4
3.1.2. Tanım.....	5
3.1.3. Sınıflandırma.....	6
3.1.4. Epidemiyoloji ve Prevelans.....	10
3.1.5. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları.....	10
3.2. DEPRESYON.....	12
3.2.1. Majör Depresif Epizod.....	16
3.2.2. Depresyonun Belirti ve Bulguları.....	17
3.3 . DİABET VE DEPRESYON.....	21
4. ÇALIŞMANIN AMACI.....	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
5.1. Örneklem Seçimi.....	24
5.2. Veri Toplama Araçları.....	24
5.2.1. Hasta Bilgi Formu.....	25
5.2.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	25
5.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
6. BULGULAR.....	27
6.1. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Bazı Demografik Özellikleri.....	27
6.2. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellituslu Hastaların Diabet ve Diğer Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri.....	33
6.3. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Depresif Semptomlar Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri.....	37
7. TARTIŞMA.....	47
7.1. Demografik Özellikler.....	47
7.2. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellituslu Hastaların Diabet ve Diğer Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri.....	49
7.3.Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Depresif Semptomlar Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri.....	50
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
9. KAYNAKLAR.....	57
10. EKLER.....	61

Tablolar Listesi	S.NO
Tablo 1 : Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri.....	6
Tablo 2 : Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması.....	7
Tablo 3 : Tip 1 (İBDM) ve Tip 2 (İBODM) Diabetes Mellitus'un Genel Özellikleri...	9
Tablo 4: Depresyonların Şiddet Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	20
Tablo 5: Çalışmaya Alınan Hastaların Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 6: Çalışmaya Alınan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 7: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı...	28
Tablo 8: Çalışmaya Alınan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 9: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 10: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyo-ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı.	30
Tablo 11: Çalışmaya Alınan Hastaların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Kuruluşlarının İsimlerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 12: Çalışmaya Alınan Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilerin Dağılımı.....	31
Tablo 13: Çalışmaya Alınan Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo 14: Çalışmaya Alınan Hastaların Sorunlarını Paylaştıkları Kişilere Göre Dağılımı.....	32
Tablo 15: Çalışmaya Alınan Hastaların Sağlığını Nasıl Değerlendirdiklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 16: Çalışmaya Alınan Hastaların Kaç Yıldır Diabet Hastası Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 17: Çalışmaya Alınan Hastaların Diabet Dışında Başka Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 18: Çalışmaya Alınan Hastaların İnsülin veya Diabetle İlgili İlaçlar Dışında İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	34
Tablo 19: Çalışmaya Alınan Hastaların Kontrole Gitme Sıklığı.....	34
Tablo 20: Çalışmaya Alınan Hastalarda Diabet Dışında Kronik Hastalığı Olanların Sahip Oldukları Hastalıklara Göre Dağılımı.....	35
Tablo 21: Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının İnsülin Dışında Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı.....	36
Tablo 22: Çalışmaya Alınan Hastaların Depresif Semptom Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 23: Çalışmaya Alınan Hastaların Depresif Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 24: Çalışmaya Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	38
Tablo 25: Çalışmaya Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	38
Tablo 26: Çalışmaya Alınan Hastaların Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	39
Tablo 27: Çalışmaya Alınan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	40
Tablo 28: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	41

Tablo 29: Çalışmaya Alınan Hastaların Mesleklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	42
Tablo 30: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Dağılımı.....	42
Tablo 31: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 32: Çalışmaya Alınan Hastaların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 33: Çalışmaya Alınan Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	43
Tablo 34: Çalışmaya Alınan Hastaların Günlük Hayatta Karşılaştıkları Sorunlarını Konuştukları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	44
Tablo 35: Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının Kaç Yıldır Diabet Hastası Olma Durumuna Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı.....	45
Tablo 36: Çalışmaya Alınan Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	45
Tablo 37: Çalışmaya Alınan Hastaların Kontrole Gitme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	46

Kısaltmalar Listesi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DM : Diabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

1.ÖZET

Herhangi bir hastalığın ortaya çıkışı kişide önemli psikososyal problemlere yol açmaktadır. Böyle bir durumda görülebilecek olası duygudurum reaksiyonları depresyon ve anksiyetedir. Hastalığın ortaya çıkışı ile kişinin yaşantısında büyük değişiklikler olabilecektir. Çalışmada diyabet gibi önemli bir kronik hastalığı olan hasta grubu alınmıştır.

Elazığ ilinde yaşayan diyabet hastalarında depresif semptomlar prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada; Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi Endokrinoloji Bilim Dalı polikliniğine, 3 aylık dönemde toplam 217 hasta başvurmuş, 210 kişi (%96.7) anket doldurmayı kabul etmiştir. Araştırma kapsamına alınan kişilere; genel demografik özellikler ve Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDÖ) oluşan bir anket formu uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan Diabetes Mellitus Hastalarının yaş ortalaması 54.87 ± 12.90 'dır. %57.1'i kadın, %42.9'u erkektir. %77.6'sı evlidir. Hastaların %35.9'u okur-yazar değildir. %53.2'si ev hanımı, %13.8'i emekli, %1.5'i ise öğrencidir. Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip hasta oranı %60.8'dir. %3.3'ünün ise hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Sigara kullanan hasta oranı %17.1'dir. Hastaların %65.2'sinde diyabet dışında başka bir kronik hastalık vardır. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki yokken ($p > 0.05$), eğitim düzeyi, meslek ve sosyo-ekonomik durum ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$). DM hastalarının ortalama diyabet tanısı süresi, diyabet dışında herhangi bir hastalığa sahip olma ve kontrole düzenli gitme ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Sonuç olarak Elazığ ilinde yaşayan diyabet hastalarının önemli oranda depresif belirtiler yaşadığı ve belirtileri arttıran bazı etkenlerin olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalarına depresyondan korunma ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlıklara öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Depresyon, Etkileyen Faktörler

2.ABSTRACT

An existence of a disease may cause an important psychosocial health problem. Depression and anxiety are the most common observed finding in this emotional status. The appearance of disease causes big differentiation in person daily life. In this study patients with diabetes, which is an important chronic diseases, group evaluated.

The purpose of this study was to evaluate prevalence and factor affecting depressive symptom in diabetic patients in Elazığ city. In this study, in 3 months period, total 217 patient enrolled to Firat University Faculty of Medicine, Department of Endocrinology, and 210 patient (96.7%) accepted to complete the questionnaire form. The questionnaire form, which contains general demographic characteristics and Beck Depression Scale (BDS), applied to this study group.

The mean age of the diabetes mellitus patients was 54.87 ± 12.90 . The study group consisted of 57.1% of female and 42.9% of male and 77.6% of them are married and 35.9% uneducated. In addition, 53.2% was house wife, 13.8% was retired and 1.5% was student. The 60.8% of patients were in low socio-economic income level and 3.3% of them has no social security. 17.1% of patients were smoking. In 65.2 patients there were secondary disease in addition to diabetes. While there were no relationships between age, gender, marital status and BDS ($p > 0.05$), there were statistically significant relationships between education level, job, socio-economical status and BDS ($p < 0.05$). In diabetic patients, there were no statistically significance between mean diabetes age, secondary disease in addition to diabetes, regular control and BDS ($p > 0.05$).

As a result, we have found that patients have high level depression symptom and some factor increases this symptoms. Thus, priority should be given to teach how to protect and gain ability to overcome against to depression in patients with DM.

Key words: Diabetes, Depression, effective factors

3.GİRİŞ

Herhangi bir hastalığın ortaya çıkışı kişide önemli psikososyal etkilenimlere yol açabilir. Böyle bir durumda görülen duygudurum reaksiyonlarından biri depresyondur (62).

Klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon birinci basamağa sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların %10'unda, yataklı tedavi ünitelerinde bulunan hastaların da %22-33'ünde görülmektedir (42). Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç 'in tespit ettiği sonuçlara göre: a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolaylarındadır; b) Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8.8); c) Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (31). Yeni bir hastalıkla yüz yüze gelme gerçeğinin yanı sıra hastalığa karşı uygulanması gerekecek yoğun tedavi de hastanın yükünü arttırabilir. Gerek depresyon gerekse anksiyete ortaya çıkan yeni bir hastalığa karşı gelişen psikolojik reaksiyonlar olmakla birlikte, dikkati çeken önemli bir nokta diyabet ile depresyon arasında kuvvetli bir ilişkinin varlığıdır (18,32).

Diabetik bir hastada ruhsal durum - kan şekeri ilişkisi ve etkileşimi şu şekilde formüle edilebilir.

- Kan şekeri bozukluğu beyin işlevlerini bozarak organik beyin sendromuna neden olabilir (somatopsişik etkileşim),
- Psikososyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar, kan şekerinde oynamalar yapabilir (psikofizyolojik etkileşim),
- Diyabet, ruhsal bozukluk gelişimini ağırlaştırabilir,
- Ruhsal- davranışsal durum diyabetin seyrini, gidişini ve tedaviye cevabını etkileyebilir,
- Diyabete, komplikasyonlarına ya da tedavi yöntemlerine anksiyeteli, depresif mizaçlı uyum bozukluğu gelişebilir (51).

Diabete eşlik eden depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, diabetin seyrini mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler. Depresif hastalık, diabetin denetimini bozar. Depresyon semptomları ile diabetin semptomları birbirin arttırıcı yönde etki ederler. Diabetin komplikasyonları arttıkça, depresif tablonun şiddetlendiği belirtilmiştir (6). Ancak, depresif bozukluk-diabet ilişkisini etyolojik bazda açıklamak günümüz verileri içinde henüz zordur.

3.1. DİABETES MELLİTUS

3.1.1. Tarihsel Gelişim

Şeker hastalığı antik çağlardan beri ciddi bir sağlık problemi olarak fark edilmiştir. Şeker hastalığı ile ilgili en eski kayıtlar Milattan önce 1550'li yıllarda Mısır'da yazılmış bir papirüste bulunmuştur. Bu papirüste, şeker hastalığına benzer, çok idrara çıkma ile seyreden bir durumdan bahsedilmektedir. Günümüzde tıp literatüründe kullanılan, Diabetes ve Mellitus kelimeleri Yunanca akıp gitmek anlamına gelen dia + betes ve bal kadar tatlı anlamına gelen mellitus kelimelerinden türetilmiştir. Diabetes kelimesi ilk kez Anadolu topraklarında, Kapadokya'da M.S. 2. yüzyılda Arateus tarafından kullanılmıştır. Arateus, şeker hastalığını idrar miktarında artma, aşırı susama, ve kilo kaybının olduğu bir hastalık olarak tanımlamıştır (50).

Şeker hastalarının idrarının tatlı olduğu 17. yüzyılda bir İngiliz doktor olan Thomas Willis tarafından tekrar ifade edilmiştir (2). Yirminci yüzyılın başlangıç dönemine kadar ölümcül bir hastalık olan şeker hastalığı tedavisinde; Kanada Toronto Üniversitesi'nden Fredirick G. Banting (1891-1941), asistanı Charles H. Best (1899-1978) biokimyacı James B. Collip (1892-1965) ve fizyolog J.J.R.Macleod (1876-1935) ortak çalışmaları sonucu insülin'i 1921 yılında izole etmişlerdir.

Collip elde edilen insülini dahada saflaştırmış, ilk kez 1 Ocak 1922 tarihinde diyabetik bir hasta olan Leonard Thompson üzerinde denenmiş ve başarılı sonuç vererek ölümcül bir hastalık olan şeker hastalığı tedavi edilmiştir. Frederick Sanger isimli araştırmacı, 1955 yılında insülinin iki ayrı aminoasit zinciri taşıyan bir protein olduğunu bulmuş ve bu çalışma ile Nobel ödülünü almıştır. Dorothy Hodgkin ise 1969 yılında insülinin üç boyutlu yapısını ortaya koyarak Nobel ödülünü kazanmıştır (28,50).

Günümüzde ise, adacık hücrelerinin nakillerinin yapılabilmesi üzerine olan çalışmalar ve ayrıca çeşitli ilaçların kullanımı yönündeki araştırmalarla devam etmektedir (28).

3.1.2. Tanım

Poliüri, polidipsi, glukozüri, ketonüri ve açıklanamayan ağırlık kaybı gibi semptomlar ile birlikte herhangi bir zamanda ölçümü yapılan bir plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dL veya üzerinde yada 10-12 saatlik açlıktan sonra sabah bakılan açlık plazma glukoz düzeyinin 126 mg/dL veya üzerinde bulunması diabetes mellitus olarak tanımlanmaktadır. Bazı hastalarda diabetes mellitus semptomları görülmesine rağmen açlık kan glukozu 126 mg/dL'nin altında bulunabilir. Böyle hastalarda 75 g glukozun oral yolla verilmesi ile yapılan oral glukoz tolerans testinde (OGTT) 2.saat ve herhangi bir diğer değerin 200 mg/dL'nin üzerinde saptanması da diabetes mellitus olarak tanımlanmaktadır (50). Diabetes mellitus tanı kriterleri 1997 yılında “American Diabetes Association” (ADA) tarafından yeniden düzenlenmiştir.

Diabetes mellitus tanısında kullanılan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ADA yeni kriterleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1 : Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri (50)

WHO kriterleri	Yeni ADA kriterleri
- Diabetes semptomları* ile birlikte rastgele plazma glukoz düzeyinin >200 mg/dL olması, veya, -Açlık plazma glukozunun >140mg/dL olması, veya, - Oral glukoz tolerans testi esnasında 2.saat değeri ve bir diğer parametrenin veya üzerinde bulunması	- Diabetes semptomları* ile birlikte rastgele plazma glukoz düzeyinin >200 mg/dL olması, veya, - Açlık plazma glukozunun >126 mg/dL olması, veya, - Oral glukoz tolerans testi esnasında 2.saat değerinin 200 mg/dL veya üzerinde bulunması

* Diabetes semptomları arasında poliüri, polidipsi,glukozüri ve ketonüri ile birlikte açıklanamayan ağırlık kaybı sayılmaktadır.

3.1.3. Sınıflandırma

1979'da National Diabetes Data Group (NDDG), 1985 yılında WHO (Dünya Sağlık Örgütü), 1998 yılında American Diabetes Association (ADA) ve European Diabetes Policy Group (EDPG) tarafından tanı göstergeleri gözden geçirilerek yeni kurallar getirilmiştir. Bu nedenle 1998 yılında yeni bir sınıflandırma ileri sürülmüştür. Tedavi gereksinimleri ve patogenezi sınıflaması yerine etyolojik nedene dayanan bu sınıflandırma Tablo 2'de gösterilmiştir. Diabetes mellitus hastaları başlıca iki ana gruba ayrılır: tip 1 diabetes mellitus ve tip 2 diabetes mellitus (63).

Tablo 2 : Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması (63)

Güncel Sınıflama	Yeni Sınıflama
I. Primer diabetes mellitus :	
A) <i>Otoimmün(tip I) diabetes mellitus</i>	A) <i>Tip 1 diabetes mellitus</i> (Yaşam için insülin gerektiren diabetes mellitus)
a) İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (geçici tip I NIDDM)	a) Otoimmün
b) İnsüline bağımlı diabetes mellitus (tip I IDDM)	b) İdiyopatik
B) <i>Otoimmün olmayan (tip II) diabetes mellitus:</i>	B) <i>Tip 2 diabetes mellitus</i>
a) İnsüline bağımlı diabetes mellitus (geçici tip 2 IDDM)	a) Şişman olmayan (metabolik kontrol için insülin gerektiren diabetes mellitus)
b) İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (NIDDM)	b) Şişman (insülin gerektirmeyen diabetes mellitus)
c) Gençlerin erişkin başlangıçlı diabeti (MODY)	
II. Sekonder diabetes mellitus:	C) <i>Diğer spesifik diabetes mellitus tipleri</i>
a) Pankreas hastalığı	
b) Hormon anomalileri	
c) İlaçlar ve kimyasal maddeler	
d) İnsülin reseptör anomalileri	
e) Genetik sendromlar ve diğer nedenler	

Hipergliseminin klinik bulguları;

- **Ağız kuruluğu ve çok su içme (polidipsi):** Vücuttan idrarla çok su atıldığı için vücutta su azalır ve çok su içme ihtiyacı doğar.
- **Çok idrara çıkma (poliüri), gece çok idrara kalkma (Noktüri):** Kandaki fazla şeker böbreklerden idrara geçer, fazla şekeri atmak için şekerle beraber vücuttan suda atılacağı için idrar miktarı fazlalaşır.
- **Açlık hissinin fazlalaşması ve çok yemek yeme (polifaji):** İnsülin yetersizliğinden dolayı hücrelerin ihtiyacı kadar şeker hücrelere giremez, bunun sonucunda hücrelerden beyine sürekli açlık sinyali gönderilir. Yemek yenilsede şeker hücrelere alınamadığı için açlık hissi devam eder, vücut yenilen besinleri enerjiye dönüştüremez . Bunun sonucunda halsizlik, kilo verme yakınmaları da ortaya çıkar.
- **Halsizlik**
- **Zayıflama**
- **Bulanık görme:** Kan şekerinin yükselmesi görmemizi sağlayan göz merceği ve göz sıvısının yoğunluğunun değişmesine yol açar ve bulanık görme ortaya çıkar.
- **Ciltteki yaraların veya kesiklerin yavaş iyileşmesi:** Hücreler yeteri kadar beslenemedikleri için ve vücudun savunma sistemi bozuk olduğu için yara iyileşmesi geç olur.
- **Vajinal kaşıntı :** Kan şekerinin yüksek olması hem vücudun direncini azaltarak hem de mayaların çoğalmasını sağlayacak uygun ortamı hazırlayarak vajinal kandidiasis-vajinal mantar oluşmasını sağlar.

Hastaların bir diğer yakınması olan geçici görme bulanıklığı ise lensin ozmotik ödemeine bağlıdır.Bu durum diabetik retinopati ile karıştırmamak gerekir (50).

Plazma glukoz konsantrasyonu renal glukoz reabsorpsiyon sınırını aşarsa (yaklaşık olarak 180 mg/dl glukozu) glikozüri ve buna bağlı ozmotik diürez olur. Noktüri ve poliüri görülmesinin sebebi işte bu ozmotik diürezdir. İdrarda atılan her bir glukoz 4.5 kaloriye eşdeğerdir. İdrarında günde yaklaşık 100 gr glukoz atan kötü kontrollü bir diabetik hasta günde 450 kalori kaybeder ki kötü kontrol edilen bir diabetin ana belirtileri poliüri, polifaji, polidipsi ve kilo kaybıdır. Bu belirtiler hep idrarda artmış glukoz atılımı ile açıklanabilir (4).

Tip 1 (İBDM-İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus) ve Tip 2 (İBODM-İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus) Diabetes Mellitus'un genel özellikleri Tablo 3'te verilmiştir (9).

Tablo 3 : Tip 1 (İBDM) ve Tip 2 (İBODM) Diabetes Mellitus'un Genel Özellikleri (9)

	İBDM	İBODM
Genetik lokasyon	6. Kromozom	11. Kromozom
Başlangıç yaşı	<40	>40
Vücut yapısı	Zayıf – Normal	Obez
Plazma İnsülini	Düşük veya yok	Normal veya yüksek
Plazma Glukagonu	Yüksek, baskılanabilir	Yüksek, dirençli
Akut komplikasyon	Ketoasidoz	Hiperozmolar koma
İnsülin Tedavisi	Yanıt var	Yanıt var
Dirençli Sulfonilüre Tedavi	Yanıt yok	Yanıt var

3.1.4. Epidemiyoloji ve Prevelans

Tip 1 diabetes mellitus insidans ve prevalansı coğrafik ve etnik farklılıklar göstermektedir. Tip 1 diabetes mellitus insidans ve prevalansı kuzey ülkelerinde daha yüksektir, güneye doğru azalma gösterir. En yüksek prevalans, İskandinavya ülkeleri ve Sardinya adasında görülürken; Malta, İsrail ve Kuveyt gibi ülkeler prevalansı en düşük ülkeler arasında yer almaktadır. ABD ve İngiltere prevalans yaklaşık olarak % 0.25 civarındadır (28).

Tip 2 diabetes mellitus prevalansı açısından etnik gruplar arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. ABD’de beyazlarda açlık kan glukozu değeri tanı kriteri olarak kullanıldığı zaman prevalans % 3.1 bulunurken, siyah ırkta ve İspanyol kökenli Amerikalılar arasında daha yüksek değerler dikkati çekmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda değişik değerler bildirilmekle beraber prevalansın % 1.8-2 kadar olduğu belirtilmektedir (50).

3.1.5. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

Kronik bir hastalık olan Diabetes Mellitus’un akut ve kronik olmak üzere çeşitli komplikasyonları vardır (43).

1.Akut Komplikasyonlar

a.Diabetik ketoasidoz

b.Nonketotik hiperosmolar sendrom

2.Kronik Komplikasyonlar

a.Mikrovasküler hastalıklar

Retinopati

Nefropati

b.Makrovasküler hastalıklar

Koroner arter hastalığı

Serebrovasküler hastalık

Periferik vasküler hastalık

c.Nöropatik

Periferik simetrik polinöropati

Mononöropatiler

Otonomik nöropatiler

Diabetik amyotrofi

d.Ayak ülserleri

e.Dermopatiler

f.Enfeksiyonlar

Diabetes Mellitus'un, tüm davranış ve duygularımızın şekillendiği ortam olan beyni ve diğer organları etkilediği, psikolojik fenomenlerin tümünün, davranış, duygu ve düşünce merkezlerindeki yani beyindeki denetimin azalmasıyla oluşan bilinç dışı materyal serbestleşmesi ya da yoksunluk, defisiter belirti ve bulgular olarak tanımlanmaktadır ve diabetli bireylerde yeterli psikolojik organizasyon sağlanmadığında ruhsal tepki ve bozukluklar oluşabilmektedir (52).

Diabetli bireylerde emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresif bozukluklar en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır (45,46,52). Son yıllarda, depresif bozukluk ve Diabetes Mellitus ilişkisi klinisyenlerin ve araştırmacıların sıklıkla karşılaştığı ve üzerinde çalıştıkları konu haline gelmiştir. Bu aşamada depresyondan bahsetmek yerinde olacaktır.

3.2. DEPRESYON

Duygu-durum (mood), kişinin içsel duygusal durumudur. Duygulanım (affect) duygusal içeriğin dışavurumudur. Duygudurum normal, taşkın ya da depresif olabilir. İnsanda duygu-durum dört ana başlık altında sınıflandırılabilir:

- a- Normal duygu-durum: Belli sınırlar içinde dalgalanmalar ve değişimler gösterir.
- b- Taşkın duygu-durum: Coşma, aşırı neşe, aşırı öfkeliilik duygularını içerir.
- c- Çökkün duygu-durum: Elemlı, sıkıntılı duygu-durumunu içerir.
- d- Uygunsuz duygulanım: Küntleşme yada uyararla bağdaşmayan duygulanımlardır.

Depresif duygudurumu olan hastalar enerji ve ilgi kaybı, suçluluk duyguları, düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme, iştah kaybı, ölüm ve intihar düşünceleri gibi belirtiler gösterir. Depresyon; derin üzüntülü bir duygu-durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük,

isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Depresyon ikiye ayrılır:

- a) Birincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlüklerdir.
- b) İkincil çökkünlükler: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan çökkünlüklerdir. Kanser, kalp damar hastalıkları, kansızlıklar, süregen enfeksiyon hastalıkları, hipotiroidi, Addison, kafa travmaları, beyin ırları, beyin damar hastalıkları ve çeşitli nedenlere bağlı bunamalarda hastalığın başlangıcında veya gidişi sırasında değişik derecelerde depresyon durumları sık görülür.

Depresif duyguduruma etkinlik düzeyinde, kognitif yetilerde, konuşmada ve vejetatif işlevlerde (uyku, iştah, cinsel etkinlik ve diğer biyolojik ritimler gibi) değişiklikler gibi diğer belirti ve bulgular da sıklıkla eşlik eder. Bu bozukluklar hemen her zaman kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır (26,54).

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmaktadır. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak Hipokrat (M.Ö.5.yy) kullanmıştır. Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiştir ve bunu “kara safraya”ya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri verilmiştir (54).

1860’ta Delasiauve’nin “Hastalık etkisi altında acı çekmekte olan kişilerin ruhlarının düşkünlüğü” için depresyon terimini kullanmasının bu terimin erken teknik kullanımlarından olduğunu görürüz. Bu terim konsantrasyondaki azalmadan total paralizilere kadar uzanan genel hareketlerde bir azalmayı kapsamaktaydı. Sir William Gull hipokondriasis konusundaki

1868’de yazısında depresyon kelimesini kullanmıştır. Yüzyılın sonunda depresyon, melankolinin eş anlamlısı olarak kullanılmaya başlamıştır. Buna göre ruhların düşkünlüğü, cesaret ve insiyatif eksikliği ve karanlık düşüncelere eğilimle belirli bir durumdur. Savage (1898) çok ünlü olan Akıl Hastalığı ve Bununla İlişkili Nevrozlar adlı kitabında melankoliyi içinde akılcı olarak görülmeyen sefaletin bulunduğu mental depresyon durumu olarak tanımlamıştır. Bu tanımlarda depresyon deyimini bir semptomu göstermektedir. Kraepelin depresif durumları bir jenerik kategori olarak kullanmış, bunun içine; melankoli simpleks, stupor, melankoli gravis, fantastik melankoli ve delirli melankoliyi koymuştur. İngilizlerin “Hastalıklar Nomenklatürü”nde melankoli akut, rekürren ve kronik durumlar gösteren sinir sisteminin bir hastalığı olarak sınırlandırılmıştır. Bu hastalığın şu kategorilere göre bölünebileceği önerilmiştir: bunlar ajite, stuporlu, hipokondriak, puerperal, klimakterik, senil, akut veya kronik hastalıklar veya yaralanmalardan sonra görülen depresyonlardır (28).

Günümüz toplumlarında çok sık görülmekte olan depresyonun etyolojisi de çok merak yaratmakta ve bu konuda bir çok çalışmalar yapılmaktadır. Konuyla ilgili hipotezlerden biri de depresyonun psikoendokrinolojik temeline aittir. Depresyonda hipotalamus kaynaklı birkaç eksen etkilenmektedir. Bunlar hipotalamopitüiteradrenokortikal, hipotalamopitüitertiroid ve hipotalamopitüitergonadal eksenlerdir. Depresyonun gelişiminde etkili oldukları düşünülen diğer etkenler ise parathormon, ADH, endojen opioid peptidler, prolaktin büyüme hormonu(BH), kolesistokinin(KSK), somatostatin ve melatonindir. Normal kişilerde glukoz yükselmesi ve uyku deprivasyonu ile apomorfine karşı BH sekresyon yanıtı düşebilmektedir (10). Bazal açlık BH düzeyleri normal olduğu halde stimülasyona (uyku, D-amfetamin, L-DOPA, insülin hipoglisemisi ile) BH cevapları anormal bulunmuştur (64).

Bunların yanı sıra son yıllarda yapılan genetik çalışmalar sayesinde affektif bozukluklar ile 11.ci kromozomun kısa kolu arasında bir bağlantı kurulmaya çalışılmıştır. Burada insülin, insülin büyüme faktörü (İGF), tirozin hidroksilaz (TH) ve h-ras onkojeni için lokuslar vardır (49,58). Patofizyolojik mekanizmaları farklı olmasına rağmen İnsüline bağımlı ve bağımlı olmayan diabetes mellitus arasında depresyon insidansı açısından bir fark olmadığı ortaya konulmuştur (42).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanmış olan en son Mental Bozuklukların İstatistiksel ve Diagnostik Elkitabı'nda (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*) duygudurum bozuklukları üç kısıma ayrılmıştır. Birinci kısmın başında çeşitli Duygudurum Bozukluklarının tanısını koymada kolaylık sağlaması için duygudurum epizotları (Majör Depressif Epizod, Manik Epizod, Hipomanik Epizod) ayrıca tanımlanmaktadır. Bu epizodların kendilerinin tanısai kodu yoktur ve ayrı tanı alamazlar; ancak bozukluğın tanısının konması için bir bütünün önemli bir parçası olarak işlev görürler. İkinci kısım duygudurum bozuklukları (Depresif Bozukluklar, Bipolar Bozukluklar, Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu, Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu) için tanı ölçütleri setlerini kapsamaktadır. Çoğu duygudurum bozukluğunun tanı ölçütleri seti bu bölümün ilk kısmında tanımlanan duygudurum epizodlarının olmasını ya da olmamasını gerektirir. Üçüncü kısım, ya en son duygudurum epizodunu ya da rekürren epizodların gidişini tanımlayan belirleyici kapsamaktadır (26).

3.2.1. Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da hallüsinasyon semptomlarını katılmamalıdır.

(1) Hastanın kendisini bildirmesi (örn: kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) veya başkalarının gözlemesi (örn: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli; hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum .

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımını olması (örn: ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını olmaması.

(4) Hemen her gün insomnia ya da hipersomninin olması.

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün yorgunluk bitkinlik yada enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

- (8) Hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da karasızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkası bunu gözlemiştir).
- (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.
- B.** Bu semptomlar bir Mikst Epizod'un tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C.** Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D.** Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn: Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn: Hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E.** Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (13).

3.2.2. Depresyonun Belirti ve Bulguları

Depresyonun aşağıda sıralanmış olan belirti ve bulguları hafif, orta ve ağır derecelerde görülebilmektedir:

1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış:

Çökkünlüklerde genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük, yüz üzüntülü ve az bakımlı bir genel görünüm vardır. Hareketler ve her türlü davranış çoğu kez yavaşlamıştır. Durgunluk göze çarpar. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm olur.

2. Konuşma ve İlişki Kurma:

Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güçtür. Çok ağır çökkünlüklerde mutizm olabilir. Hafif ve orta derecelerde hasta ile ilişki ve işbirliği kurmak güç olmaz.

3. Duygulanım:

Duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma vardır. Sık ağlama görülür, kimi hastalarda üzüntü ile birlikte ağır bunalı (anksiyete) de olabilir. Bunalıtlı hastalarda tedirginlik ve yerinde duramama görülebilir. Bu duruma bunalıtlı depresyon denir. Bir çok hastada bunalı öncelikle sabah erken saatlerde çok belirgindir. Sabah bunaltsı ağır depresyonların tanısında önemli bir bulgudur. Bir çok hasta bu sabah bunaltsını dayanılmaz bir duygu, göğsünde ateş varmış gibi bir yanma biçiminde algıladıklarını belirtirler. Daha seyrek olmak üzere çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme, daha da seyrek olarak derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri görülür. Hastada genel isteksizlik, eskiden istekle ve zevkle yaptığı, ilgilendiği şeylere karşı zevk almama (anhedonia) tipiktir.

4. Bilişsel Yetiler:

Hastanın bilinci açıktır. Çok ağır stuporlu depresyonlarda bilinç bulanık gibi bir izlenim bırakabilir. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Çok seyrek olarak suçlayıcı aşağılayıcı türden işitme varsanları tanımlayan hastalar olabilir. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınırılar. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık yakınması ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Kimi hastalarda unutkanlık çok belirgin olduğundan bir yalancı bunama izlenimi verebilir. Zaman, yer ve kişilere karşı yönelim bozukluğu yoktur. Ancak hastanın zamanı algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişir. Zaman çok zor geçer ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzar. Geçmiş zaman iyi yaşanmamış, gelecek zaman iyi yaşanmayacaktır. Kimi hastalarda kendini ve çevreyi değişik algılama (depersonalizasyon) belirtileri olabilir.

5. Düşünce Akımı ve İçeriği:

Düşünce yavaşlamıştır. Hareket ve düşüncedeki bu yavaşlamaya psikomotor yavaşlama denir. Düşünce içeriği geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz anılarla doludur. Gelecek karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ve düşünceleri hastanın ruhsal yaşamına egemendir. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Hastanın öz saygısı (selfesteem) çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Değersizlik ve küçüklük düşünceleri küçüklük sanrıları derecesine varabilir. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlanma, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Artık her türlü kötülüğü, cezayı hak etmiş hisseder ve intihar düşünceleri gelişir. Çok ağır durumlarda kötülük görme beklentileri, kötülük görme sanrılarına dönüşebilir. Bunaltılı hastalarda hipokondriak uğraşlar ve bir çok bedensel yakınmalar bulunur.

6. Hareket:

Ruhsal süreçlerdeki yavaşlamaya paralel olarak hareketlerde yavaşlar (psikomotor yavaşlama). Konuşma, yürüme ve iş görme zorlukla olur. Ancak ağır bunaltılı hastalarda yerinde duramama, ellerini oğuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin hareketlilik görülebilir.

7. Fizik ve Fizyolojik Belirtiler:

Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir. Yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir. Daha seyrek olarak kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir. Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınır. Hastaların çoğunda uyku bozulur. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma olur. Öncelikle bunaltılı çökkünlüklerde sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların en çok tedirgin oldukları bir belirtidir. Depresyonda toplam uyku süresi kısalmış, uyku derinliği azalmış. REM uykusu normale göre

uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer. Kimi hastalarda uyku bozukluğu uykuya aşırı eğilim biçiminde görülebilir. Hastanın sindirim fonksiyonunda genel yavaşlama belirtileri ve kabızlık sık görülür. Cinsel isteksizlik olur, bunu impotans ile karıştırmamak gerekir. Hasta yaşamın her yönüne karşı ağır bir isteksizlik içinde olduğu gibi cinsel istek ve eylemde azalma, zevk almama da rahatsızlığın olağan bir parçasıdır (21,26,53).

Depresyonların şiddet düzeyine göre karşılaştırılması ise Tablo 4’de verilmiştir:

Tablo 4: Depresyonların Şiddet Düzeyine Göre Karşılaştırılması (68)

Hafif ve Orta Şiddette Depresyon	Ağır ve Çok Ağır Şiddette Depresyon
▪ Psikolojik etkenlerin rolü önemlidir. ▪ Olumsuz yaşam olaylarını takiben ortaya çıkabilir. ▪ Atipik depresyonda belirtiler akşamları artabilir. ▪ Bedensel belirtiler atipik özellik gösterebilir. Örneğin kilo alımı, aşırı uyku, kollarda ve bacaklarda ağırlık vb) ▪ Psikotik belirtiler gözlenmez.	▪ Daha çok biyolojik kökenlidir. ▪ Nedensiz ortaya çıkabilir. ▪ Belirtiler gün içinde değişiklik gösterir. (Sabahları daha kötü olur, gün içinde değişiklik gösterir.) ▪ Uykusuzluk, iştahsızlık, cinsel işlev bozuklukları gibi bedensel belirtiler daha baskındır. Sabahları normalden 2-3 saat erken kalkma belirgindir. ▪ Ağır hastaların % 15’i intihar sonucu hayatını kaybeder. ▪ Endojen depresyon adı da verilir. En ağır şekline melankoli denir. ▪ Bazı hastalarda psikotik belirtilerde tabloya eklenir.

3.3. DİABET VE DEPRESYON

Klinik depresyon düşkünlük yaratan bir hastalıktır. Kişinin günlük işleyişini bozduğu gibi yaşam kalitesini de dramatik bir şekilde bozar. Bunun yanı sıra depresyonun glukoz homeostazı üzerine kronik bir stres tarzında olumsuz etkisi olabilir. Diabette depresyon görülmesinin sebepleri ile ilgili birtakım hipotezler  ne sürülmüştür. Diabete eşlik eden bazı psikososyal zorlukların da depresyon oluşmasına katkısı olabileceği düşünülmektedir. Bu zorluklar diyet kısıtlamaları, günlük tedavi gereksinimi, artmış ekonomik güçlükler, kronik bir hastalıkta görülebilecek stres ve yüklenme ve daha sık hastane yatışlarıdır (42,68).

Diabetli bireylerde emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresif bozukluklar en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır (45,46,52).

İnsuline bağlımlı ya da insulin almayan diabetli hastalardaki depresyon prevalansının araştırıldığı çalışmalar, depresyonun nokta prevalansını % 8.9-28, yaşam boyu prevalansını ise, %14.4-24 olarak bildirmektedir (33,38,41,60,62,66).

Araştırıcılar, çalışmalarında, uzun süreli diabetik olanların henüz tanı konmuş diabetiklere oranla 3.7 kez daha depresif olduklarını (44), nöropatisi olan diabetik kadınlarla, nöropatisi olmayanları karşılaştırdıkları çalışmalarında nöropatisi olanların, olmayanlara oranla daha depresif olduklarını belirlemişlerdir (33).

Araştırma sonuçları; diabetiklerin depresyon riski altında olduğunu, depresyon prevalansının, diabetiklerde normal populusyona göre daha sık görüldüğünü göstermektedir (18). Ancak diabetiklerin depresyon semptomatoloji derece ve oranlarının, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırılmasını içeren standardize araştırmaların, diabetlilerin depresyon riskini daha net ortaya çıkaracağı da vurgulanmaktadır (2).

Masterton, diabetiklerin depresyon pervalansının diğer kronik hastalıklara sahip olgulara göre daha az olduğunu belirlemiş, ancak bazı diabetli subgrupların risk altında olduğunu vurgulamıştır (45). Ailede depresyon öyküsü olması, ayrı ya da bekar olma, kötü sosyo-ekonomik düzeye sahip olma, major sosyal problemin bulunması risk faktörü olarak

belirlenmiştir. Ayrıca diabeti erken yaşta başlayanlar, diabetli kalma süresi uzun olanlar, en önemlisi de komplikasyonlu diabetlilerden oluşan subgrupların depresyona yakalanma açısından daha çok risk altında oldukları saptanmıştır (8,18,36,65).

Amerika Birleşik Devletleri'nde İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus (İBDM) vakalarında ortalama depresyon başlangıç yaşı 22.1, İnsüline bağımlı olmayan Diabetes Mellitus (İBODM) vakalarında ise 28.6'dır. Toplumda depresyon başlangıç yaşı ise 27 ile 35 arasındadır. Diabette depresyon ağırlıklı olarak bayan hastalarda görülmektedir. Genel Amerikan toplumuna kıyasla diabetik hastalarda depresyon önemli ölçüde fazladır. Dahili bir hastalığı olan kişilerde depresyon semptomlarına daha sık rastlanmakla birlikte diabette bu durum en belirgin şekilde gözlenmektedir (12).

Depresif bozukluk ve Diabetes Mellitus ilişkisinde 3 temel neden üzerinde araştırmalar yoğunlaşmıştır (45):

Depresif bozukluk ve Diabetes Mellitus ilişkisinde temel mekanizma diabetin ve/veya fiziksel komplikasyonlarının depresyona neden olduğu şeklindedir (6,23,40,52).Bu durum metabolik homeostazisin bozulması ve duygu, düşünce, davranış düzenleyicisi beynin etkilenmesi sonucu ortaya çıkar. Ancak net veriler, diğer kronik hastalıklar- depresif bozukluklar ilişkisini açığa çıkaran genel bilimsel veriler dışında Diabetes Mellitus'a özgü spesifik zincir henüz belirlenmiş değildir (45).

1. Psikolojik faktörlerin doğrudan Diabetes Mellitus'u başlattığı tarzındadır. Her ne kadar stresin diabetiklerde glisemi kontrolünü zorlaştırdığı ya da bazı hastalardaki mizaç ve kişilik özelliklerinin glisemi düzeylerini olumsuz etkilediği bilinse de, psikolojik faktörlerin, doğrudan diabetin başlaması için yeterli olmadığı belirlenmiştir.

2. Potansiyel başka bir ilişki de genetik geçiştir. Maudsley tarafından 19.y.y.'da ilk kez ortaya konan bulgularla, psikiatrik bozukluğu olan ailelerde, diabetin sık izlendiği belirlenmiştir. Genetik çalışmalar, genellikle “duygudurum bozukluklu” olgular üzerinde

yoğunlaşmış olup, 11. Kromozomun kısa kolunda, insulin growth faktör-1, tirozin karboksilaz ve human-ras onkojen'i belirlemişler, ancak veriler henüz kanıtlanmamıştır (45).

3. En son varsayım olarak ise depresyonun diabete yol açtığı tarzındadır. Araştırmacılar, psikiyatrik hastalıklardaki gilkoz metabolizması üzerinde çalışmışlar, özellikle depresyonda ve psikotrop ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkan hipotalamo-hipofizer akstaki bozuklukların diabeti oluşturabileceğini varsaymışlardır. Ayrıca karbonhidrat metabolizması üzerine de etki eden psikotropların, özellikle lityumun etkiside en çok araştırılan konuyu oluşturmuş, ancak doğrudan ilişkiyi gösteren kanıtlara rastlanamamıştır.

4. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma; Elazığ il merkezinde yaşayan Diabetes Mellitus'lu hastalarda:

- Depresif semptom prevalansının saptanması,
- Depresif semptom prevalansını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 – Örneklem Seçimi :

Bu çalışma, Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi Endokrinoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran Diabetes Mellitus hastaları üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra, hastanın izni alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden Diabet hastalarıyla yüz yüze görüşülerek, anket uygulanmıştır. Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi 2004 verilerine göre diabetes mellitus tanısıyla hastaneye başvuran hasta sayısı 740'dır (16). 3 ay süresince hastaneye DM tanısı ile başvuran tüm hastalar araştırmanın kapsamına alınmıştır. Araştırma süresince toplam 217 hasta polikliniğe başvurmuş, 210 kişi (%96.7) anket doldurmayı kabul etmiştir. Araştırmanın saha uygulanması 01.01.2005 – 31.03.2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.2 – Veri Toplama Araçları :

Araştırmada, veri toplamak amacıyla daha önceden hazırlanmış ve genelde çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir anket formu yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmuştur. Bunlar; Hasta Bilgi Formu ve Beck depresyon ölçeğidir.

5.2.1 – Hasta Bilgi Formu :

Hastanın adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, eşinin eğitim düzeyi, eşinin mesleği, sosyoekonomik düzeyi, kimlerle birlikte yaşadığı, sosyal güvenceye sahip olma durumu, sigara kullanma alışkanlığının olup olmadığı, günlük hayatta karşılaştığı sorunları kiminle konuştuğu, sağlığını nasıl değerlendirdiği, diabet ve fiziksel hastalık öyküsünün yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur (Ek – A).

5.2.2 – Beck Depresyon Ölçeği :

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Beck depresyon ölçeğinin maddeleri herhangi bir kurumsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır (7).

Ölçek yirmi bir belirti kategorisinden oluşmuştur. Bunlar; duygu – durum (mood); karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, karasızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, bedensel yakınmalar, cinsel dürtü kaybı, cezalandırılma duygusu.

Her belirti kategorisi dört “kendini değerlendirme” maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0,1,2,3 olmak üzere 0 – 3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Her kategori grubu ve onu oluşturan maddeler depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanarak geliştirilmiştir.

Beck, depresyon için ölçek puanlarına göre şu sınıflandırmayı yapmıştır:

0 – 9 puan : Depresyon yok

10 – 16 puan: hafif derecede depresyon.

17 – 24 puan: orta derecede depresyon.

25 ve üzeri puan: ciddi depresyon.

Beck depresyon ölçeği çevirisi, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 1980’de Teğin tarafından yapılmıştır (Ek – B; 5).

5.3 – Verilerin Değerlendirilmesi :

Elde edilen veriler SPSS programına kaydedilerek, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik testi olarak ki-kare, t testi, varyans analizi kullanılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Bazı Demografik Özellikleri:

Tablo 5: Çalışmaya Alınan Hastaların Bazı Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
18-24 yaş	5	2.4
25-34 yaş	7	3.3
35-44 yaş	28	13.3
45-54 yaş	63	30.1
55 yaş ve üzeri	107	50.9
Cinsiyet		
Kadın	120	57.1
Erkek	90	42.9
Medeni Durumu		
Evli	163	77.6
Bekar	12	5.7
Dul	35	16.7
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan Diabetes Mellitus Hastalarının yaş ortalaması 54.87 ± 12.90 'dır. Hastaların %50.9'u 55 yaş üzerindedir. Hastalarının %57.1'i kadın, %42.9'u erkektir. %77.6'sı evlidir (Tablo 5).

Tablo 6: Çalışmaya Alınan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
Okur yazar olmayan	74	35.9

Sadece okur-yazar	22	10.7
İlkokul Mezunu	49	23.8
Ortaokul Mezunu	20	9.7
Lise Mezunu	17	8.3
Üniversite Mezunu	24	11.7
Toplam	206	100

*Eğitim düzeyi bilinmeyen 4 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya alınan hastaların %35.9'u okur-yazar değildir, %8.3'ü lise mezunu, %11.7'si ise üniversite mezunudur (Tablo 6).

Tablo 7: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı*

Eş Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
Okur yazar olmayan	43	24.6
Sadece okur-yazar	14	8.0
İlkokul Mezunu	76	43.4
Ortaokul Mezunu	8	4.6
Lise Mezunu	21	12.0
Üniversite Mezunu	13	7.4
Toplam	175	100

*Eşinin eğitim düzeyi bilinmeyen 35 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya alınan diabet hastalarının eşlerinin %24.6'sı okur-yazar değildir (Tablo 7).

Çalışmaya alınan hastaların mesleklerine göre dağılımları Tablo 8'de, eşlerinin mesleklerine göre dağılımı ise Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 8: Çalışmaya Alınan Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı*

Mesleği	Sayı	Yüzde (%)
Ev Hanımı	108	53.2
Emekli	28	13.8

Memur	27	13.3
İşçi	37	18.2
Öğrenci	3	1.5
Toplam	203	100

*Mesleği bilinmeyen 7 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 9: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı*

Eş Mesleği	Sayı	Yüzde (%)
Ev Hanımı	77	45.3
Emekli	30	17.6
Memur	23	13.6
İşçi	40	23.5
Toplam	170	100

*Dul ve yalnız yaşayan hastalar bu tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 10: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyo-ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı*

Sosyo-Ekonomik Durum**	Sayı	Yüzde (%)
Düşük Sosyo-Ekonomik Düzey	110	60.8
Orta Sosyo-Ekonomik Düzey	63	34.8
Yüksek Sosyo-Ekonomik Düzey	8	4.4
Toplam	181	100

*Sosyo-ekonomik durumu bilinmeyen 29 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

**Sosyo ekonomik düzey oluşturulurken; yüksekokul mezunu olupta, kişi başına aylık geliri 500 milyon ve üzeri olanlar Üst sosyo ekonomik düzey, kişi başına aylık geliri 499-151 milyon arası olupta, lise ve altı eğitim düzeyinde olanlar Orta sosyo ekonomik düzey, kişi başına aylık geliri 150 milyon altında olupta, eğitim düzeyi lise ve altında olanlar Alt sosyo ekonomik düzey olarak kabul edilmiştir.

Tablo 11: Çalışmaya Alınan Hastaların Sahip Oldukları Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvencesinin Adı	Sayı	Yüzde (%)
Sosyal Sigortalar Kurumu	59	28.1
Emekli Sandığı	81	38.6
Bağ-Kur	24	11.4
Yeşil Kart	39	18.6
Sosyal Güvencesi Yok	7	3.3
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan hastaların %38.6'sının sosyal güvence kuruluşu Emekli Sandığı'dır. Hastaların %3.3'ünün ise hiçbir sosyal güvencesi yoktur (Tablo 11).

Çalışmaya alınan hastaların birlikte yaşadığı kişilerin dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Çalışmaya Alınan Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilerin Dağılımı

Kimlerle Birlikte Yaşadığı	Sayı	Yüzde (%)
Eş ve Çocuklarıyla	160	76.2
Yalnız	17	8.1
Akrabalarıyla Birlikte	33	15.7

Toplam	210	100
---------------	------------	------------

Tablo 13: Çalışmaya Alınan Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde (%)
İçiyor	36	17.1
İçmiyor	174	82.9
Toplam	210	100

Hastalarının %82.9'u sigara kullanmıyor, %17.1'inin ise sigara kullanma alışkanlığı var (Tablo 13).

Tablo 14: Çalışmaya Alınan Hastaların Sorunlarını Paylaştıkları Kişilere Göre Dağılımı

Paylaşılan Kişi	Sayı	Yüzde (%)
Eş	129	61.4
Anne, Kızkardeş	8	3.8
Arkadaş	24	11.4
Çocuk	40	19.0
Hiç kimseyle paylaşmam	9	4.3
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan hastaların %61.4'ü günlük hayatta karşılaştıkları sorunları eşleri ile paylaşmaktadır (Tablo 14).

Çalışmaya alınan hastaların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerinin dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: Çalışmaya Alınan Hastaların Sağlığını Nasıl Değerlendirdiklerinin Dağılımı*

Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği	Sayı	Yüzde (%)
Çok İyi	6	2.9
Şöyle Böyle	85	40.9
İyi	40	19.2
Kötü	57	27.4
Çok Kötü	20	9.6
Toplam	208	100

*Sağlığını nasıl değerlendirdiği bilinmeyen 2 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

6.2. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellituslu Hastaların Diabet ve Diğer Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri

Tablo 16: Çalışmaya Alınan Hastaların Kaç Yıldır Diabet Hastası Olma Durumuna Göre Dağılımı

Hastanın Kaç Yıldır Diabet Hastası Olduğu	Sayı	Yüzde(%)
1-4 yıl	66	31.4
5-9 yıl	45	21.4
10-14 yıl	49	23.3
15-19 yıl	32	15.3

20 yıl ve üzeri	18	8.6
Toplam	210	100

Çalışmaya Alınan hastaların diabet hastası olarak geçirdikleri ortalama yıl 9.04 ± 6.49 yıldır. Hastaların diabet hastası olma yıllarına bakıldığında %31.4'ü 1-4 yıldır, %8.6'sı 20 yıldan daha fazla diabet hastasıdır (Tablo 16).

Çalışmaya alınan hastaların diabet dışında başka bir hastalığının olup-olmadığına dair elde edilen sonuçlar Tablo 17'da verilmiştir.

Tablo 17: Çalışmaya Alınan Hastaların Diabet Dışında Başka Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı*

	Sayı	Yüzde (%)
Diabet Dışında Başka Bir Hastalığı Var	131	65.2
Diabet Dışında Başka Bir Hastalığı Yok	70	34.8
Toplam	201	100

*Diabet dışında başka hastalığının olup-olmadığı bilinmeyen 9 kişi bu tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 18: Çalışmaya Alınan Hastaların İnsülin veya Diabetle İlgili İlaçlar Dışında İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
İnsülin Haricinde İlaç Kullanıyor	109	51.9
İnsülin Haricinde İlaç Kullanmıyor	101	48.1
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan hastaların %51.9'u insülin haricinde ilaç kullanmaktadır (Tablo 18).

Tablo 19: Çalışmaya Alınan Hastaların Kontrole Gitme Sıklığı

Kontrole Gitme Sıklığı	Sayı	Yüzde (%)
Ayda bir	43	20.5
Üç ayda bir	31	14.8
Altı ayda bir	21	10.0
Yılda bir	23	11.0
Düzensiz	92	43.8
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan hastaların %43.8'i düzensiz olarak kontrole gitmektedir (Tablo 19).

Tablo 20: Çalışmaya Alınan Hastalarda Diabet Dışında Kronik Hastalığı Olanların Sahip Oldukları Hastalıklara Göre Dağılımı

Hastalığın Adı	Sayı	Yüzde (%)
Hipertansiyon	49	37.4
Hiperlipidemi	4	3.1
Hipertansiyon + Hiperlipidemi	8	6.1
Guatr	5	3.8
Mide Hastalığı(Gastrit,Ülserv.s)	6	4.6
Osteoporoz	8	6.1
Psikiyatrik Rahatsızlık	1	0.8
Hipertansiyon + Osteoporoz	5	3.8
Böbrek Hastalığı	16	12.2
Diabetik Ayak+Böbrek Hastalığı	1	0.8
HT + Böbrek Has.+ Astım	1	0.8

Göz Hastalığı	3	2.3
HT + Hiperlipidemi + Guatr	2	1.5
Hepatit	2	1.5
Cilt Problemleri	2	1.5
HT + Böbrek Has.+ Prostat	3	2.3
HT + Mide Problemi	6	4.6
HT + Böbrek Has.+ Felçli	2	1.5
Astım	7	5.3
Toplam	131	100

Çalışmaya alınan hastaların %37'4'ü hipertansiyon, %12.2'si diabetten dolayı nefropati gelişmiş olup böbrek hastasıdır (Tablo 20).

Çalışmaya Alınan Diabet hastalarının insülin haricinde kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21: Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının İnsülin Dışında Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı

İlacın Adı	Sayı	Yüzde (%)
------------	------	-----------

Tansiyon	47	56.6
Kolesterol	3	3.6
Hipertansiyon + Kolesterol	10	12.1
Mide	4	4.8
Osteoporoz	2	2.4
Psikiyatri	3	3.6
Böbrek	2	2.4
Guatr	3	3.6
Hipertansiyon + Osteoporoz	4	4.8
Solunum Yolu Enf.	5	6.1
Toplam	83	100

6.3. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Depresif Semptomlar Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri

Çalışmaya alınan Diabetes Mellitus hastalarının depresif semptomlarla ilgili bulguları Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Çalışmaya Alınan Hastaların Depresif Semptom Olma Durumuna Göre Dağılımı

Depresif Semptomların Varlığı	Sayı	Yüzde (%)
-------------------------------	------	-----------

Depresif Semptomlar Var	180	85.7
Depresif Semptomlar Yok	30	14.3
Toplam	210	100

Tablo 23: Çalışmaya Alınan Hastaların Depresif Belirtilerinin Derecesine Göre Dağılımı

Depresif Belirtilerin Derecesi	Sayı	Yüzde(%)
Depresif belirti yok	30	14.3
Hafif düzeyde depresif belirti	34	16.2
Orta düzeyde depresif belirti	46	21.9
Şiddetli düzeyde depresif belirti	100	47.6
Toplam	210	100

Çalışmaya alınan diabet hastalarının %14.3'ünde depresif belirti yokken, % 47.6'sında şiddetli düzeyde depresif belirti vardır (Tablo 23).

Tablo 24: Çalışmaya Alınan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort.±SD
---------------------	-------------	--

18-24 yaş	5	28.40±19.06
25-34 yaş	7	25.86±18.49
35-44 yaş	28	22.93±17.15
45-54 yaş	63	23.21±13.05
55 yaş ve üzeri	107	27.53±14.94
Toplam	210	

Varyans analizi ile p değeri = 0.347

Çalışmaya alınan 18-24 yaş gruplarında olan Diabetes Mellitus’lu hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 28.40±19.06 iken, 35-44 yaşları arasında olan Diabetes Mellitus’lu hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 22.93±17.15 bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 25: Çalışmaya Alınan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Cinsiyetleri	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort.±SD
Kadın	120	27.23±14.28
Erkek	90	23.40±15.59
Toplam	210	

T testi ile p değeri= 0.066

Çalışmaya alınan bayan hastalarda BDÖ puanı: 27.23±14.28, erkek hastalarda ise BDÖ 23.40±15.59 bulunmuştur (p>0.05, Tablo 25).

Çalışmaya Alınan Hastaların medeni durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının dağılımı Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26: Çalışmaya Alınan Hastaların Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort.±SD
Evli	163	24.65±14.99
Bekar	12	24.58±16.91
Dul	35	30.29±13.45
Toplam	210	

Varyans analizi ile p değeri= 0.125

Tablo 27: Çalışmaya Alınan Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort.±SD
Okur-yazar değil	74	28.55±13.73
Okur-yazar	22	30.41±15.76
İlkokul mezunu	49	26.29±14.64
Ortaokul Mezunu	20	17.70±12.81
Lise mezunu	17	22.41±15.82
Üniversite mezunu	24	19.04±14.47
Toplam	206	

Çalışmaya alınan okur-yazar olmayan diabetes mellitus hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 28.55 ± 13.73 iken, okur-yazar olan 30.41 ± 15.76 olarak, üniversite mezunu olanların ise puan ortalaması 19.04 ± 14.47 bulunmuştur (Tablo 27; $p=0.004$).

Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28: Çalışmaya Alınan Hastaların Eşlerinin Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Eş Eğitim Düzeyleri	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort. $\pm$ SD
Okur-yazar değil	43	28.16 ± 14.09
Okur-yazar	14	23.07 ± 19.39
İlkokul mezunu	76	25.12 ± 14.39
Ortaokul Mezunu	8	24.50 ± 17.13
Lise mezunu	21	21.14 ± 14.57
Üniversite mezunu	13	18.38 ± 14.13
Toplam	175	

Varyans analizi ile $p= 0.302$

Tablo 29: Çalışmaya Alınan Hastaların Mesleklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Mesleği	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort.±SD
Ev Hanımı	108	26.80±14.00
Emekli	28	27.71±17.69
Memur	27	16.37±12.11
İşçi	37	27.89±15.45
Öğrenci	3	17.67±10.60
Toplam	203	

Varyans analizi ile $p= 0.009$

Tablo 30: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyo-ekonomik Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyo-ekonomik Düzey	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort. ± SD
Üst sosyo-ekonomik Düzey	8	12.50±14.34
Orta sosyo-ekonomik Düzey	63	22.03±14.09
Düşük sosyo-ekonomik Düzey	110	28.27±13.66
Toplam	181	

Varyans analizi ile $p= 0.001$

Üst sosyo-ekonomik düzeydeki diabetes mellitus hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12.50±14.34, düşük sosyo-ekonomik düzeydeki diabet hastalarının puanları 28.27±13.66'dır (Tablo 30; $p= 0.001$).

Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının Sosyal Güvencelerine göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort.±SD
SSK	59	27.22±14.73
Emekli Sandığı	81	24.52±14.46
Bağ-kur	24	18.67±13.53
Yeşil Kart	39	31.36±14.86
Sosyal Güvencesi yok	7	15.71±15.00
Toplam		

Varyans analizi ile $p= 0.004$

Çalışmaya alınan hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre Beck depresyon ölçeği puanı dağılımı Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32: Çalışmaya Alınan Hastaların Beraber Yaşadıkları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Beraber Yaşadığı Kişiler	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ort.±SD
Eş ve çocukları ile	160	24.92±15.36
Yalnız	17	30.88±16.45
Akraba	33	26.09±11.54
Toplam	210	

Varyans analizi ile $p= 0.289$

Diabet Hastalarının sigara içme durumlarına göre depresif belirtilerin varlığının dağılımı Tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33: Çalışmaya Alınan Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı

Sigara İçme Durumu	Depresif Belirti				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçiyor	31	86.1	5	13.9	36	100
İçmiyor	149	85.6	25	14.4	174	100
Toplam	180	85.7	30	14.3	210	100

$X^2= 0.006$ $Sd= 1$ $P= 0.590$

Tablo 34: Çalışmaya Alınan Hastaların Günlük Hayatta Karşılaştıkları Sorunlarını Konuştukları Kişilere Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sorunları Konuştukları Kişiler	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort. $\pm$ SD
Eş	129	24.80 $\pm$ 15.57
Anne-kız kardeş	8	34.25 $\pm$ 26.20
Arkadaş	24	29.17 $\pm$ 12.65
Çocuğu	40	26.00 $\pm$ 12.95
Kimseyle konuşmam	9	17.78 $\pm$ 15.87
Toplam	210	

Varyans analizi ile $p= 0.139$

Günlük hayatta karşılaştıkları sorunlarını eşleri ile konuşan diabet hastalarının BDÖ puanları 24.80 $\pm$ 15.57, anne veya kız kardeşleri ile konuşanların puanları 34.25 $\pm$ 26.20, sorunlarını hiç kimseyle paylaşmayan hastaların puanları ise 17.78 $\pm$ 15.87’dir (Tablo 34; $p= 0.139$).

Diabet hastalarının kaç yıldır diabet hastası olduklarına göre depresif belirtilerin varlığının dağılımı Tablo 35’da verilmiştir.

Tablo 35: Çalışmaya Alınan Diabet Hastalarının Kaç Yıldır Diabet Hastası Olma Durumuna Göre Depresif Belirtilerin Varlığının Dağılımı

Kaç Yıldır DM Hastası	Depresif Belirti				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-4 yıl	54	81.8	12	18.2	66	100
5-9 yıl	41	91.1	4	8.9	45	100
10-14 yıl	42	85.7	7	14.3	49	100
15-19 yıl	29	90.6	3	9.4	32	100
20 yıl ve üzeri	14	77.8	4	22.2	18	100
Toplam	180	85.7	30	14.3	210	100

$$X^2 = 3.445 \quad Sd= 4 \quad P= 0.486$$

Tablo 36: Çalışmaya Alınan Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Kronik Hastalığa Sahip Olma	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort. ± SD

Evet	131	26.46±14.48
Hayır	70	23.83±15.77
Toplam	201	

T testi ile p= 0.229

Diabetes Mellitus dışında kronik hastalığı olan diabet hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 26.46±14.48 iken, kronik hastalığa sahip olmayan diabet hastalarının 23.83±15.77 bulunmuştur (Tablo 36; p= 0.229).

Çalışmaya alınan Diabetes Mellitus hastalarının kontrole gitme durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37: Çalışmaya Alınan Hastaların Kontrole Gitme Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Kontrole Gitme Durumu	Sayı	Beck Depresyon Ölçeği Puanı
		Ort. ± SD
Ayda bir	43	27.49±13.50
Üç ayda bir	31	27.48±16.16
Altı ayda bir	21	28.24±16.98
Yılda bir	23	23.87±12.89
Düzensiz	92	23.88±15.18
Toplam	210	

Varyans analizi ile p= 0.502

7. TARTIŞMA

7.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya alınan Diabetes Mellitus hastalarının yaş ortalamaları 54.87 ± 12.90 'dır. Gülseren ve arkadaşlarının Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyetimini inceledikleri çalışmada yaş ortalamalarını 58.4 ± 10 bulmuşlardır (20). Eren ve arkadaşlarının Tip II Diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozukluklarının ilişkisini inceledikleri çalışmada yaş ortalamalarını 52.68 ± 10.44 olarak bulmuşlardır (15). Kara ve arkadaşlarının Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının sürekli anksiyete düzeylerinin incelediği çalışmada ise, araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 58.7 ± 10.7 bulunmuştur (27). Yapılan çalışmalarda diabetes mellituslu hastaların yaş ortalamalarının elli yaş üstünde olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan 210 hastanın 120'si kadın (57.1), 90'ı erkek (42.9) tir (Tablo 7). Gülseren ve arkadaşlarının Diabetes Mellituslu hastalarda yaptığı çalışmada 180 hastanın 128'i kadın (71.1), 52'si erkek (28.9) tir (20). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, 104 hastanın 57'si kadın (54.8) dır (15).

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 163'ünün (77.6) evli olduğu belirlenmiştir. Hastalardan 12 kişi bekar (5.7), 35 kişi (16.7) ise dul'dur (Tablo 7). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %77.3'ü evlidir (20). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %82.5'i evli, %15'i ise duldur (27). Yapılan her iki çalışmada da medeni durumla ilgili veriler bizim yaptığımız çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki hastaların %35.9'u okur yazar değil, %10.7'si okur-yazardır (Tablo 8). Hastaların %23.8'i ilkokul mezunu, %8.3'ü lise mezunudur. Gülseren ve arkadaşlarının major depresif bozukluğu olan Diabetes Mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin Depresyon-Anksiyete, yaşam kalitesi, yetiyitimi ve metabolik kontrol üzerine etkisini inceledikleri çalışmada hastaların %68'i ilkokul mezunu, %20'si lise mezunu iken, okur-yazar olmayan hasta bulunmamaktadır (49). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %3'ü okur-yazar değil, %47.5'u ilkokul mezunu, %22.5'u lise mezunudur (19). Çalışmamızdaki okur-yazar olmayan hastaların oranı diğer yapılan çalışmalardaki oranlara göre daha yüksektir. Yine çalışmamızdaki eğitim durumlarına ait verilerde ilkokul ve lise mezunu olan hastalara oranları da diğer çalışmalara oranla daha düşüktür. Bunun sebebi doğu illerinde yaşayan kişilerin eğitim düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma kapsamındaki hastaların %53.2'si ev hanımı, %13.8'i emeklidir (Tablo 10). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %64.0'ü ev hanımı, %24.0'ü ise emeklidir (19).

Hastaların %60.8'i alt sosyo-ekonomik düzeye sahiptir (Tablo 12). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %60'ının gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu bulmuşlardır (27). Aradaki farklılık sosyoekonomik düzeyi değerlendirme kriterlerinin değişik olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızdaki hastaların %3.3'ünün sosyal güvencesi yoktur (Tablo 13). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %15.0'inin sosyal güvencesi yoktur (27). Yaptığımız çalışmada hastaların sosyal güvence olma oranı daha yüksektir. Bunun sebebi Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki hasta sayısının daha az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya alınan hastaların %82.9'u sigara kullanmamaktadır (Tablo 15). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %72.8'i sigara kullanmamaktadır (15). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %78.4'ü sigara kullanmamaktadır (19).

Sigara kullanmayan hasta sayısının sigara kullananlara oranla daha yüksek olması sevindiricidir. Bizim çalışmamızda sigara içmeyen hasta sayısı daha fazladır.

Çalışma kapsamındaki diabetes mellitus hastalarının %61.4'ü günlük hayatta karşılaştıkları problemlerini eşleriyle, %19.0'u ise çocuklarıyla konuşmaktadır. Hastaların %4.3'ü ise problemlerini hiç kimseye paylaşmamaktadır (Tablo 16). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %70.6'sı günlük hayatta karşılaştıkları problemlerini eşleriyle, %11.8'i çocuklarıyla konuşmaktadır (27). Çalışmamızdaki veriler Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Hastalar öncelikle günlük hayatta karşılaştıkları problemlerini eşleriyle konuşmayı tercih etmektedirler.

7.2. Çalışmaya Alınan Diabetes Mellituslu Hastaların Diabet ve Diğer Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri

Çalışmamızdaki hastaların hastalık süresi 1-30 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 9.04 ± 6.49 yıldır (Tablo 18). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık süresi 1-44 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 11.9 ± 7.7 yıldır (20). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, diabet hastalarının hastalık süreleri ay olarak değerlendirmeye alınmış, hastalık süreleri ortalaması ise 91.59 ± 93.11 ay olarak bulunmuştur (15). Kara ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların ortalama hastalık süresinin 9.6 ± 8.1 yıl (1-30 yıl) olduğu saptanmıştır (27). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise, hastalık süresi 5-27 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 13.7 ± 6.2 yıldır (19). Çalışmamızdaki hastalık süresi verileri diğer yapılmış olan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki hastaların diabetin yanı sıra başka bir hastalığa sahip olma oranı %65.2'dir (Tablo 19). Bu hastalıkların büyük bir çoğunluğunun; hipertansiyon (%37.4), Üriner sistem hastalıkları (%12.2), osteoporoz (%6.1) ve hiperlipidemi (%3.1) olduğu görülmektedir (Tablo 21). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diabetin yanı sıra başka bir hastalığa sahip olma oranı %65.5'dir (20). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

başka bir hastalığa sahip olma oranı %48.1'dir (15). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, diabetin yanı sıra başka bir hastalığa sahip olma oranı %70'dir (27). Çalışmamızdaki veriler diğer yapılmış olan çalışmalarla uyum göstermektedir. Bu da Diabetin yüksek oranlarda özellikle kronik hastalıklar ile birlikte olabileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Yüzdokuz hasta (%51.9) insülin ve diabetes mellitus ile ilgili ilaçlar dışında başka bir kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanmaktadır (Tablo 19). Kullanılan ilaçların çoğunluğunu; hipertansiyon (%56.6) ve hipertansiyonla beraber hiperlipidemi (%12.1) ilaçları oluşturmaktadır (Tablo 22). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %65.5'i diabetes mellitus ile ilgili ilaçlar dışında hipertansiyon, kalp hastalığı, hiperlipidemi ve osteoporoz olmak üzere dört grup ilacı başka bir kronik hastalık nedeniyle kullanmaktadır (20). Çalışmamızdaki hastaların ilaç kullanma ile ilgili veriler Gülseren ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın verileriyle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya alınan hastaların %43.8'i kontrollerine düzensiz olarak gitmektedir (Tablo 20). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %65'inin kontrollerine düzensiz olarak gittiği saptanmıştır (27). Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki veriler çalışmamızdaki verilere göre daha yüksektir. Yinede hastaların çoğunluğunun kontrollerine düzenli olarak gitmemesi dikkat çekicidir.

7.3.Çalışmaya Alınan Diabetes Mellitus Hastalarının Depresif Semptomlar Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerle İlgili Özellikleri

Çalışmaya alınan diabet hastalarının %14.3'ünde depresif belirti yokken, % 47.6'sında şiddetli düzeyde depresif belirti vardır (Tablo 23). Hastaların %85.7'sinde depresif semptomlar görülmektedir (Tablo 22). Tomaç ve arkadaşlarının diabetik komplikasyon gelişen hastalarda depresyonu inceledikleri çalışmada hastalara Beck Depresyon Ölçeği

uygulanmış ve hastaların %33'ünde depresyon saptanmıştır (48). Çalığıuşu ve arkadaşlarının psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisinin incelendiğı karşılaştırmalı bir çalışmada; diabet, lösemi, böbrek yetmezliğı, karaciğer hastalıkları gibi kaşıntıya ve deri yolmaya neden olabilecek çeşitli hasta gruplarına yine Beck Depresyon Ölçeğı uygulanmış ve diabet hastalarının %58.1'inde depresif bozukluk saptanmıştır (11). Yücel ve arkadaşlarının irritabl barsak sendromu ve diabetes mellitusta aleksitiminin değerlendirildiğı çalışmada hastalara Beck Depresyon Ölçeğı uygulanmış ve hastaların %46.6'sında depresyon saptanmıştır (67). Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, hastalara Hastane ve Anksiyete Depresyon Ölçeğı uygulanmış ve hastaların %15'inde depresyon saptanmıştır (46). Kuloğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da, kan şekeri kontrolü kötü olan hastalarda anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin daha fazla olduğı bildirilmiştir (30). Çalışmamızdaki hastaların depresyonla ilgili veriler yapılan çalışmadaki verilere göre daha yüksektir.

Çalışmaya alınan 18-24 yaş gruplarında olan Diabetes Mellitus'lu hastaların Beck Depresyon Ölçeğı puan ortalaması 28.40 ± 19.06 iken, 35-44 yaşları arasında olan Diabetes Mellitus'lu hastaların Beck Depresyon Ölçeğı puan ortalaması 22.93 ± 17.15 bulunmuştur (Tablo 25, $p > 0.05$). Aradaki fark anlamsız çıkmasına rağmen 18-24 yaş grubunda BDÖ puanı daha yüksektir ve yaşı n ilerlemesi depresif semptomların azalmasını düşündürmektedir. Sonuçlarımız Gülseren ve arkadaşlarının sonuçlarıyla benzerdir (20). Eren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ve depresif bozukluk açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (15).

Çalışmaya alınan kadın hastalarda BDÖ puanı 27.23 ± 14.28 , erkek hastalarda ise BDÖ 23.40 ± 15.59 bulunmuştur (Tablo 26, $p > 0.05$). Literatürde genellikle diabet hastalarında; cinsiyet ve depresif bozukluk arasında ilişki saptanmamıştır (11,14,15,17,29,39,48,59,61,67).

Yapılan bazı çalışmalarda kadın hastalarda depresif bozukluk daha fazla saptanmıştır (3,20,25,27,34,56,57). Bazı çalışmalarda ise, erkek hastalarda depresif bozukluk daha fazla görülmektedir (37,47).

Çalışmaya alınan bekar hastalarda BDÖ puanı 24.58 ± 16.91 , dullarda ise 30.29 ± 13.45 bulunmuştur (Tablo 27, $p > 0.05$). Aradaki fark anlamsız çıkmasına rağmen dul hastalarda BDÖ puanı daha yüksek, evli hastalarda ise BDÖ puanı daha düşüktür. Çalışmamızdaki sonuçlar yapılan çalışmalardaki sonuçlarla benzerdir (1,24,35,55).

Çalışmaya alınan okur-yazar olmayan diabetes mellitus hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 28.55 ± 13.73 iken, okur-yazar olan diabet hastalarının puan ortalaması 30.41 ± 15.76 bulunmuştur. Üniversite mezunu diabet hastalarının ise puan ortalaması 19.04 ± 14.47 bulunmuştur (Tablo 28, $p < 0.05$). Sonuçlarımız Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla benzerdir (27).

Çalışmaya alınan diabet hastalarının meslek gruplarına göre BDÖ puan ortalamaları, memur hastalarda 16.37 ± 12.11 iken, işçilerde 27.89 ± 15.45 bulunmuştur (Tablo 30, $p < 0.05$). Özellikle işçilerde BDÖ puan ortalaması daha fazladır. Yapılan diğer çalışmalarda ise, depresif sendrom ve meslek açısından istatistiksel yönden fark bulunmamıştır (11,48,67).

Üst sosyo-ekonomik düzeydeki diabetes mellitus hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12.50 ± 14.34 , düşük sosyo-ekonomik düzeydeki diabet hastalarının puanları 28.27 ± 13.66 'dır (Tablo 31, $p < 0.05$). Özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeydeki diabet hastalarının BDÖ puan ortalamaları çok yüksektir. Çalışmamızdaki bulgular literatürdeki bulgularla uyumludur (19,34,39).

Günlük hayatta karşılaştıkları sorunlarını eşleri ile konuşan diabet hastalarının BDÖ puanları 24.80 ± 15.57 , anne veya kız kardeşleri ile konuşanların puanları 34.25 ± 26.20 , sorunlarını hiç kimseyle paylaşmayan hastaların puanları ise 17.78 ± 15.87 'dir (Tablo 35, $p > 0.05$). Sonuçlarımız Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarla benzerdir (27).

Çalışmaya alınan hastaların diabet yaş ortalamaları ile BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 36, $p > 0.05$). Diabet yaş ortalaması 5-9 yıl arasında olan hastaların %91.1'inde depresif semptom saptanırken, 20 yıl ve üzeri olan hastaların ise %77.8'inde depresif semptom saptanmıştır (Tablo 36). Yücel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki sonuçlarla çalışmamızdaki sonuçlar uyumludur (67).

Kontrollerine her ay düzenli olarak giden diabet hastalarında BDÖ puan ortalaması 27.49 ± 13.50 , kontrollerine düzenli olarak gitmeyen diabet hastalarında ise BDÖ puan ortalaması 23.88 ± 15.18 'dir (Tablo 38, $p > 0.05$). Çalışmamızdaki veriler yapılan çalışmalardaki verilerle uyumludur (11,47,48,67).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 54.87 ± 12.90 'dır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında %50.9'unun 55 yaş üzerinde olduğu görülmektedir.
- Çalışmaya alınan hastaların %57.1'i kadın, %42.9'u erkektir. Hastaların %77.6'sı ise evlidir.
- Çalışmaya alınan hastaların üçte biri (%35.9) okur-yazar değildir.
- Çalışmaya alınan hastaların %60.8'i düşük gelir düzeyine sahiptir ve %3.3'ünün herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.
- DM hastalarının %82.9'u sigara kullanmamaktadır.
- Çalışmaya alınan hastaların büyük çoğunluğu (% 61.4) günlük hayatta karşılaştıkları sorunları eşleri ile paylaşmaktadır.
- Çalışmaya alınan hastaların ortalama hastalık süresi 9.04 ± 6.49 yıldır (Yıl olarak).
- Çalışma kapsamındaki hastaların yarıdan fazlasının (% 65.2) diabet dışında başka bir hastalığı vardır.
- Hastaların %43.8'i kontrollerine düzensiz olarak gitmektedir.
- Çalışmaya alınan hastaların yarıya yakınında (% 47.6) şiddetli düzeyde depresif belirti vardır.

- Çalışmaya alınan hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasında yaş gruplarında anlamlı fark olmamasına rağmen 18-24 yaş grubunda BDÖ puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.
- Çalışmaya alınan hastaların cinsiyeti ile BDÖ arasında anlamlı ilişki yoktur.
- Medeni durumu ile BDÖ puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- Çalışmaya alınan okur-yazar olmayan hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması (28.55 ± 13.73), Üniversite mezunu diabet hastalarından (19.04 ± 14.47) yüksek çıkmıştır ($p=0.004$).
- Memur hastalarda Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması (16.37 ± 12.11), işçi hastalardan (27.89 ± 15.45) daha düşük bulunmuştur.
- Üst sosyo-ekonomik düzeydeki diabetes mellitus hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması (12.50 ± 14.34), düşük sosyo-ekonomik düzeydeki diabet hastalarının puanlarından (28.27 ± 13.66) daha düşüktür.
- Diabetes Mellitus dışında kronik hastalığı olan diabet hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ile Diabetes Mellitus dışında kronik hastalığı olmayan diabet hastalarının BDÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- Sigara kullanma durumu ile depresif belirtilerin görülmesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu çalışmaların elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler getirilebilir;

- Diabete yatkınlığı olan birey ve toplumlarda diabetin gelişmesi mümkün olduğu kadar önlenmeli, diabetli kişilere etkin hasta bakımı ve eğitimi verme yoluyla bireylerin sağlığını ve yaşam kalitelerini sürdürmesi sağlanmalı, diabet komplikasyonları önlenmeli ve tedavi edilmeli ve böylece diabetin morbidite, mortalite ve maliyeti azaltılmalı, diabetin önlenmesi ve kontrolü için yapılan araştırmalar desteklenmeli,

- Diabet hastalarının psikopatolojilerinin erken ve doğru tanınması en önemli aşama olacaktır. Somatik yakınmaların yanında duygusal durum, davranışsal ve ruhsal durum dikkate alınmalı, psikiyatriye ilişkin ön yargıdan uzak olunmalı, bu alanda çalışan elemanların eğitilmesi sağlanmalı,
- Hastalar hastalıkları, inceleme ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmeli,
- DM hastalarının bakımında rol alan sağlık ekibinin hastayla olumlu, dürüst ve tutarlı bir ilişki kurarak, hastanın psikolojik bozukluklarını dikkate alarak bakım vermelidir, hastanın depresyon düzeyinin azaltılması ve huzurunun sağlanması için, bireysel farklılıklar göz önüne alınarak açık, güvenli, paylaşımcı, destekleyici bir iletişim ortamı sağlanmalı,
- Sağlık personeli tüm sorumluluğu almamalı ya da tüm sorumluluk veya tercihleri hastaya yüklememeli,
- Diabet hastalarının yaşadıkları krizle etkin baş edebilmeleri için, yeni baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olunmalı,
- Hastaların rehabilitasyon etkinliklerini planlarken, hasta ve ailesinin değerleri ve gereksinimlerinin göz önünde bulundurulmalı,
- Hastalık hali kişide olduğu kadar, ailede de krize neden olur. Hasta ile aile arasındaki ilişkilerde güçlükler çıkar. Ailenin tutumu ilgili ancak aşırı kaygılı olmamalıdır. Aile içi roller net olmalı, aşırı koruyucu , rijit ve çatışmaları gözardı eden bir aile ortamı olmamalı,
- Sosyo-ekonomik durumun düşük olması hastanın psikolojisini ve hayata bakış açısını olumsuz etkileyecektir. Hastalara ek gelir getirecek uygun iş ortamlarının hazırlanması gerekmektedir.
- Diabette sigara kullanmanın hastanın sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak hastaya bu konuda danışmanlık yapılmalıdır.

- Hastalara ve eşlerine eğitim, destek, profesyonel yardım sağlamak amacı ile ulusal ve uluslar arası destek grupları kurulmalıdır.
- Diabette depresif belirtileri gösteren hastalara problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması ya da geliştirilmesi amacı ile psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmelidir.

9.KAYNAKLAR

1. Akker M., Schuurman A., Metsemakers J., Buntinx F. (2004). Is depression related to subsequent diabetes mellitus?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3):178-183.
2. Allen F.M, Stillman and Fritz R. (1963). Monograph of the Rockefeller Institute for Med. Res., “ A Monograph on Diabetes Mellitus”, Michigan, 11: 1-78.
3. American Diabetes Association: Diabetes 1996 Vital Statistics. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 1996, 51-59.
4. Andreoli T.E., Carpenter C.C.J., Plum F., Smith, JR. L.H. (1990). Cecil Essentials of Medicine, W.B. Saunders Company, Washington, Philadelphia, s.496-505.
5. Aytar G. (1987). Depresyondaki düşünce bozukluklarının bilişsel kuram açısından incelenmesi. Doktora tezi; İstanbul.
6. Beardsley G., Goldstein M.G. (1993). Psychological factors affecting physical condition: Endocrine disease literature review. *Psychosomatics*, 34: 12-9.
7. Beck AT ve ark. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
8. Bradley C., Lewis K.S. (1990). Measures of psychological well-being and treatment satisfaction developed from the responses of people with tablet-treated diabetes. *Diabet-Med*, 7 (5): 445-51.
9. Braunwald E., Isselbacher K.J., Petersdorf R.G., Wilson J.D., Martin J.B., Fauci A.S. (1987). Harrison’s Principles of International Medicine, 11th edition, Mc Graw Hill, New York, s. 1778-1797.
10. Ceylan M.E. (1993). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, İstanbul, s. 200-209.
11. Çalıklı C, Yücel C, Polat A, Baykal C. (2002). Psikojenik Deri Yolmanın Psikiyatrik Bozukluklarla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4):282-289.
12. Çiftçi İ. (1998). Depresyon Kavramının Gelişimi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
13. DSM-IV™ (2000) American Psychiatry Association, Washington D.C., 2000’den çeviren : Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
14. Eaton WW., Armenian H., Gallo J., Pratt L., Ford DE. (1988). Depression and risk for onset type II diabetes. *Diabetic Medicine*, 5(3):268-274.
15. Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. (2003). Tip II Diabetik Hastalarda Kan Şeker Kontrolü ile Psikiyatrik Bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):184-191.

16. Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi ve Araştırma Hastanesi 2004 verileri. (2004). Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü Arşivi. Elazığ.
17. Friis R., Nanjundappa G. (1998). Diabetes, depression and employment status. *Qual Life Res.*, 7(3):197-204.
18. Gavard J.A., Lustman P.J., Clouse R.E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes, *Diabetes Care*, 8: 1167-1178.
19. Gülseren L, Gülseren Ş, Hekimsoy Z, Bodur Z, Kültür S. (2001). Major Depresif Bozukluğu Olan Diabetes Mellituslu Hastalarda fluoksetin ve paroksetinin Depresyon-Anksiyete, Yaşam kalitesi, Yetiştirimi ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1):1-10.
20. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. (2001). Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiştirimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2):89-98.
21. Hamm H. (1980). *Allgemeinmedizin Familienmedizin*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, s.234-263.
22. İlkova H. (2000). Diabet, Obezite ve Metabolizma Hastalıkları, İstanbul, s.47-97.
23. Jacobson A.M. (1993). Depression and diabetes, *Diabetes Care*, 12: 1621-1623.
24. Jacobson AM., de Groot M., Samson JA. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Qual Life Res.*, 6:11-20.
25. Jalengues I., Tauveron I., Albuissou E., Lonjaret D., Thieblot P., Coudert AJ. (1993). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in patients with type 1 and 2 diabetes. *Rev Med Suisse Romande*, 113(8):639-646.
26. Kaplan HI, Sadock B. (1994). *Depression, Synopsis of Psychiatry*, 7th edition, Williams Wilkins, 516-572.
27. Kara B., Akbayrak N. (2002). Tip II Diabetes Mellitus Hastalarının Sürekli Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 11(5):202-211.
28. Kocabaşoğlu N. (1991). *Diabetes Mellitus Hastalığında Multifaktöryel Psikiyatrik İnceleme*, İstanbul.
29. Koenig HG., George LK., Peterson BL., Pieper CF. (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *AM J Psychiatry*, 154: 1376-1383.
30. Kuloğlu M, Karaoğlu A, Atmaca M ve ark. (2000) Tip II diabetik hastalarda psikiyatrik belirtiler ve kan şekeri kontrolü. *Düşünen Adam*, 13: 19-23.
31. Küey L, Güleç C. (1993). *Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
32. Langer N., Langer O. (1994). Emotional Adjustment to Diagnosis and Intensified Treatment of Gestational Diabetes, *Obstetrics & Gynecology*, 3: 329-334.
33. Leedom L., Meehan W.P., Procci W., Zeidler A. (1991). Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 32 (3): 280-6.
34. Leedom L., Meehan WP., Procci W., Zeidler A. Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. Department of Psychiatry, Harbor/UCLA Medical Center, Torrance, 90509.

35. Lernmark B., Persson B., Fisher L., Rydelius PA. (1999). Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 16(1):14-22.
36. Lewis K.S., Jennings A.M., Ward J.D., Bradley C. (1990). Health belief scales developed specifically for people with tablet-treated type II diabetes. *Diabet-Med*, 7 (2): 148-55.
37. Lloyd CE., Dyer PH., Barnett AH. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17(3):198-201.
38. Lloyd C.E., Matthews K.A., Wing R.R., Orchard T.J. (1992). Psychosocial factors and complications of IDDM: The Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complication Study, VIII. *Diabetes Care*, 15: 166-72.
39. Lustman PJ., Clouse RE., Griffith LS., Carney RM., Freedland KE.: Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri 63110, USA.
40. Lustman P.J., Griffith L.S., Clouse R.E., Cryer P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 736-42.
41. Lustman P.J., Griffith L.S., Clouse R.E. (1988) Depression in adults with diabetes: results of a five-year follow-up study. *Diabetes Care*, 11: 605-12.
42. Lustman P.J. et al. (1992). Depression in Adults With Diabetes, *Diabetes Care*, 11: 1631-1639.
43. Lustman P.J., Freedland K.E., Carney R.M. (1992). Similarity of depression in diabetic and psychiatric patients. *Psychosomatic Medicine*, 54: 602-11.
44. Lustman P. J., Griffith L., S. (1997). The course of major depression in diabetes, *Gen. Hos. Psychiatry*, 19(2), 138-43.
45. Masterton G. (1996). Diabetes and Depressive Disorders. *Diabetes Reviews International*, 5(3): 2-5.
46. Mayou R., Peveler R., Davies B., Mann J., Fairburn C. (1991). Psychiatric morbidity in young adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychological Medicine*, 21: 639-45.
47. Miranda J., Munoz R. (1993). Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56: 136-141.
48. Mutlu Tomaç A., Arık A.C., Çapraz M., Kahraman H. (1998). Diabetik komplikasyon Gelişen Hastalarda Depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(2):69-73.
49. Newman J.C., Holden R.J. (1993). The Cerebral Diabetes Paradigm for Unipolar Depression, *Medical Hypotheses*, 41: 391-408.
50. Orhan Y., Özbey N. (2002). *Diabetes Mellitus, Nobel Tıp Kitabevleri*.
51. Özkan S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul,:95.
52. Özkan S. (1996). *Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet, Diyabetolojiye Giriş, Bölüm V*, (Büyükdavrim S., Yılmaz M.T. Ed.) Fatih Ofset, İstanbul,:221.
53. Öztürk M.O. (1988). *Duygulanım Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, s.215-216.
54. Öztürk MO. (1990). *Duygulanım Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım-Yayım-Dağıtım*, Ankara, 205-222.

- 55.** Palinkas L.A., Barret-Connor E., Wingard D.L. (1991). Type 2 diabetes and depressive symptoms in older adults. *Diabetic Medicine*, 8(6):532-539.
- 56.** Penninx B.W., Geerlings S.W., Deeg D.J., van Eijk J.T., van Tilburg W., Beekman A.T. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry*, 56:889-895.
- 57.** Pouwer F., Snoek F.J. (2001). Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. *Diabetic Medicine*, 18(7):595-598.
- 58.** Reus V.I. (1989). Psychoneuroendocrinology, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th edition, Kaplan H.I., Sadock B.J. (Ed.), Williams Wilkins, 1989, s.105-111.
- 59.** Robinson N., Fuller J.H., Edmeades S.P. (1986). Depression and diabetes. *Soc. Sci. Medicine*, 1986, 23(5):471-475.
- 60.** Rodin G. (1990). Quality of life in adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychother Psychosom*, 54 (2-3): 132-9.
- 61.** Sargın M, Sargın H, Şengül A.M, Hezer Ö, Aydın G, Yayla A. (2001). Tip 2 Diyabetli ve/veya hipertansif vakalarda ruhsal iyilik halinin etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Kartal Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, 12 (1-2-3):72-75.
- 62.** Seigel W.M. et al. (1990). Depression, Self-Esteem, and Life Events in Adolescents with Chronic Diseases, *Journal of Adolescent Health Care*, 11: 501-504.
- 63.** Sencer E., Orhan Y. (2001). Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları – Geriatri İlavesi ile, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.246-252.
- 64.** Sofuoğlu S. (1985). Psikiyatrik Bozukluklarda Nöroendokrinolojik Değişiklikler, *Türkiye Klinikleri*, 5 : 27-32.
- 65.** Wing R.R., Marcus M.D., Blair E.H., Epstein L.H., Burton L.R. (1990). Symptomatology in obese adults with type II diabetes. *Diabetes Care*, 13 (2): 170-2.
- 66.** Winocour P.H., Main C.J., Medlicott G., Anderson D.C. (1990). A psychometric evaluation of adult patients with type I (insulin-dependent) diabetes mellitus: prevalence of psychological dysfunction and relationship to demographic variables, metabolic control and complications. *Diabetes Res.*, 14 (4):171-6.
- 67.** Yücel B, Turgay M, Gürel Y, Demir K, Yılmaz N, Özjan S. (1998). İrritabl Barsak Sendromu ve Diabetes mellitusta Aleksitiminin Değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 1-61.
- 68.** Yüksel N. (2001). Ruhsal Hastalıklar, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

10. EKLER

Ek 1:

Hasta Bilgi Formu

Hastanın Adı-Soyadı.....

1- Yaşadığı yer:

a)İl :..... b)İlçe:.....

c)Köy :..... d)Diğer:.....

2- Yaşı.....

3- Medeni Durumu:

a)Evli b)Bekar c)Dul d)Diğer (Açıklayınız.....)

4- Eğitim Durumu:

a)Okur-yazar değil b)okur-yazar c)ilkokul mezunu d)ortaokul mezunu

e)Lise mezunu e)Üniversite mezunu

5- Mesleği.....

6- Eşinin Eğitim Durumu:

- a)Okur-yazar değil b)okur-yazar c)ilkokul mezunu d)ortaokul mezunu
e)Lise mezunu e)Üniversite mezunu

7- Eşinin Mesleği.....

8- Sosyal Güvencesi:

- a)SSK b)Emekli Sandığı c)Bağ-Kur d)Yeşil Kart
e)Herhangi bir sağlık güvencesi yok.

9- Aylık geliriniz ne kadar?(kira düşülecek).....

10- Bu gelirden faydalanan kişi sayısı.....

11- Kimlerle yaşıyorsunuz?

- a)Eşimle b)Yalnız kalıyorum c)Çocuklarımdan biriyle
d)Akrabaların yanında kalıyorum e)Huzurevinde kalıyorum f)Diğer.....

12- Sigara kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır

13- Ne kadar süredir diyabet hastasıdır? (Ay olarak belirtilecek).....

14- İnsülin haricinde sürekli olarak kullandığınız başka ilaçlar var mı?

- a)Evet b)Hayır

15- Cevabınız evet ise , kullandığınız ilaç/ilaçları belirtiniz.....

16-Bu hastalığınıza ek olarak başka bir hastalığınız var mı? a)Evet b)Hayır

17-Günlük hayatta karşılaştığınız sorunları en fazla kiminle konuşursunuz?

- a)Eşimle b)Annemle c)Arkadaşımla d)Diğer.....

18-Diyabet teşhisi konduktan sonra kaç defa kontrole geldiniz?.....

19-Günlük yaşamınızı genel olarak nasıl geçiriyorsunuz?

- a)Evde, yalnız başıma
b)Dostlarımla birlikte

c)İşyerimde çalışarak

d)Zevk aldığım işlerle uğraşarak(El işi,kitap-gazete okuma v.s)

20-Sağlığınız genelde nasıldır?

a)Çok iyi

b)Şöyle böyle

c)İyi

d)Kötü

e)Çok kötü

Ek 2:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın içine (X) koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1-) (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-) (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek hakkında karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

- (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-) (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- (1) Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi geliyor.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4-) (0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5-) (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6-) (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime çok kızıyorum.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.

7-) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8-) (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9-) (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10-) (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor yada sinirleniyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11-) (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak,görüşmek istemiyorum.

- (2) Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
- (3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12-) (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 13-) (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-) (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
- (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi zorlamam gerekiyor.
- (3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15-) (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- 16-) (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- (1) Her zamankinden daha çok yoruluyorum.
- (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17-) (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Artık hiç iştahım yok.
- 18-) (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
- (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19-) (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- (1) Ağrı, sancı,mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- (2) Sağlığım beni endişelendirdiğı için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
- (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20-) (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
- (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21-) (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

ÖZGEÇMİŞ

10.01.1981 tarihinde Elazığ'da doğdum. İlk,orta ve lise öğrenimimi Elazığ'da tamamladım. 1999 yılında Fırat Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitime başladım. 2003 yılında da Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans eğitime başladım. Akçakiraz Sağlık Ocağı'nda hemşire olarak görev yapmaktayım.