

ARAŞTIRMA

Ümit Aydoğan¹
Serkan Mutlu¹
Halil Akbulut²
Gül Taş³
Aydoğan Aydoğdu⁴
Kenan Sağlam¹

¹GATA Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Etlik-Ankara
²4. Ana Jet Üs Komutanlığı
Aile Hekimliği Servisi,
Kazan-Ankara
³Ağrı Asker Hastanesi İç
Hastalıkları Servisi, Merkez-
Ağrı
⁴GATA Endokrin ve
Metabolizma Hastalıkları
BD, Etlik-Ankara

Yazışma adresi:
Dr. Ümit Aydoğan
GATA Aile Hekimliği AD,
Etlik-Ankara
Tel: (0 312) 304 31 43-47
E-mail: uaydogan06@gmail.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu

ÖZET

Amaç: Hipertansif bireylerde anksiyete bozukluklarının bulunması, hastanın tedaviye yanıtını ciddi olarak etkilemekte ve kullanılan ilaç sayısının artmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda hipertansif bireylerdeki anksiyete bozukluğu sıklığı incelenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) İç Hastalıkları polikliniğinde primer hipertansiyon tanısıyla takip edilen 52 hasta dahil edilmiştir. Çalışmada hastalara Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) hekim gözetiminde doldurtulmuş ve kan basınçları hem poliklinik şartlarında (oturma pozisyonunda sorumlu hekim tarafından ölçülerek) ölçülmüş, hem de ev ölçümleri kayıt edilmiştir. Hastaların eşlik eden hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar sorgulanmış, tüm veriler veritabanına aktarılmıştır. İstatistiksel veriler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler için yüzde değerleri verilmiştir.

Bulgular: Hastaların %63.46'sı (n=33) kadın, %36.54'si (n=19) ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 57.33 \pm 15.88 (20-91) yılıdır. Hastaların poliklinik şartlarında ölçülen sistolik kan basıncı ortalaması 137.50 \pm 18.79 (110-180) mmHg iken, diyastolik kan basıncı ortalaması 79.38 \pm 7.71 (60-90) mmHg olarak tespit edildi. Beck anksiyete ölçeğinden alınan puanlar hesaplandığında ortalama değer 14.61 \pm 8.80 (3-36) olarak bulundu. Hastaların BAÖ puanları incelendiğinde; %25'inde (n=13) minimal düzeyde anksiyete, %36.5'inde (n=19) hafif düzeyde anksiyete, %25'inde (n=13) orta düzeyde anksiyete ve %13.5'inde (n=7) ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerinin bulunduğu görüldü. Hastaların kan basıncı değerlerinin hedefte olup olmaması ile BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı (p>0.05).

Sonuç: Hem hipertansiyon hem de anksiyete bozukluğu, günümüzde yaygın olarak görülen rahatsızlıklardır. Ancak hipertansif bireylerde sıklıkla bu birliktelik kabul edilebilir düzeylerde olmamaktadır. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda hipertansiyon tedavisi normal bireylere göre daha zordur. Hipertansif bireylerde anksiyete bozukluğu gelişimi ile tedavi yanıtı azalmaktadır. Aile hekimliği merkezlerinde hipertansif hastaların anksiyete bozukluğu açısından değerlendirilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Anksiyete Bozukluğu, Beck Anksiyete Ölçeği

Anxiety Disorder in Hypertensive Patients

ABSTRACT

Objective: Presence of anxiety disorders in hypertensive individuals, treatment affects the response seriously and causes increase in the number of drugs used. In study frequency of anxiety disorders was examined.

Methods: 52 primary hypertensive patients followed by Gulhane Military Medical Academy (GATA) Internal Medicine Polyclinic were included. In study, Beck Anxiety Inventory (BAI) was applied and blood pressures were measured in polyclinic (measured by physician in sitting position) and house measures were recorded. Comorbid diseases and drugs used by patients were asked, all data were transferred to database. Statistical data as mean \pm standard deviation for continuous variables, percentages are given for categorical data.

Results: 63.46% (n=33) of patients were female and 36.54% (n=19) male. Mean age was 57.33 \pm 15.88 (20-91). The mean systolic blood pressure was detected 137.50 \pm 18.79 (110-180) mmHg, while diastolic blood pressure was 79.38 \pm 7.71 (60-90) mmHg in polyclinics. When BAI scores were examined, the average score was found as 14.61 \pm 8.80 (3-36) and 25% (n=13) of patients had minimal anxiety, 36.5% (n=19) mild, 25% (n=13) moderate and 13.5% (n=7) severe anxiety. There wasn't a statistically significant difference between BAI scores and blood pressure values at target (p>0.05).

Conclusion: Both hypertension and anxiety disorder, are worldwide. However, it's associated with hypertensive subjects is not the acceptable level. Therefore, the treatment of hypertension with anxiety disorders is more difficult than normal subjects. Development of hypertensive subjects with anxiety disorder response to treatment decreases. It's essential to evaluate anxiety disorders in hypertensive patients in family medicine centers.

Key Words: Hypertension, Anxiety Disorder, Beck Anxiety Inventory

GİRİŞ

Günümüzde hipertansiyon özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan ve tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlar meydana getiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre ideal şartlarda yapılan ölçümlerde 140/90 mmHg ve üzerinde saptanan kan basıncı değerlerine hipertansiyon denilmektedir (1). Yine DSÖ'ye göre bir hastaya hipertansiyon tanısı koyabilmek için bir hafta boyunca yapılan düzenli ve uygun ölçümlerde en az iki ölçümün 140/90 mm/Hg (Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyabet hastalarında 130/80 mm/Hg) ve üzerinde olması gerekmektedir. Hipertansiyon, günümüzde sıklığı giderek artan ve hastalarının büyük bir kısmının tanı konulmadığı önemli bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde yılda yaklaşık 7,1 milyon bireyde hipertansiyona bağlı olarak erken ölüm gelişmektedir. Tüm hastalıklara bağlı ölümlerin ise %4,5'ini hipertansiyona bağlı ölümler oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda, toplumdan topluma hipertansiyon sıklığı değişmekle beraber gelişmiş ülkelerde %25-%55 aralığında değişen sonuçlar bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada ve 6 Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı Avrupa ülkelerinde ortalama %44,2 iken Kuzey Amerika'da %27,6 bulunmuştur (5). Türkiye'de yapılan toplum bazlı geniş bir çalışma olan TEKHARF çalışmasına göre ise hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak saptanmıştır (2,3).

Hipertansiyon, özellikle serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, kalp ve böbrek yetmezliğinin gelişmesinde önemli bir etyolojik faktördür (4). Özellikle diyabet hastaları, hipertansiyon açısından yüksek risk altındadır. Pick Up'a göre diyabet hastalarında hipertansiyon sıklığı; diyabetli olmayan gruptan 1,5-2 kat daha yüksektir. Batı toplumunda tip-1 diyabet hastalarında %10-30 oranında hipertansiyon eşlik ettiği görülürken; bu oran tip-2 diyabet hastalarında ise %30-50 aralığında bulunmaktadır (1,6).

Hipertansiyon, günümüzde primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer hipertansiyon; esansiyel hipertansiyon olarak ta adlandırılmakta olup, tüm hipertansiyonların %95'ini oluşturmaktadır (7). Primer hipertansiyonda altta yatan bir hastalık bulunmamakta, ancak sekonder hipertansiyonda sıklıkla altta yatan organik bir patoloji bulunmaktadır. Primer hipertansiyonda risk faktörleri; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tuz tüketimi, beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve alkol kullanım durumu, fiziksel inaktivite, psikososyal ve kültürel faktörler, genetik yatkınlık, dislipidemi, hiperinsülinemi, hiperürisemi, glukoz tolerans bozukluğu ile aile öyküsü gösterilmektedir (8).

Anksiyete; endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, sıkıntı hali olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle anksiyete; bilinçdışı olan ve nesnesi kişiye tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan ruhsal

tepkidir (9). Anksiyete bozuklukları bireyin hayat kalitesini olduğu kadar, toplumun sağlığını da ciddi boyutlarda tehdit eden bir ruhsal bozukluktur. DSM-IV'e göre anksiyete bozukluğu ruhsal bir problem olarak tanımlanmaktadır (10). Toplumun yaklaşık %10'luk bir kısmında anksiyete bozukluğu bulunmaktadır (11).

Yapılan çalışmalarda, yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerde salınan adrenaline bağlı olarak sıklıkla sekonder hastalıklar gelişebildiği gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda; otonom sinir sistemi aktivasyonuna bağlı olarak salgılanan adrenalini artışı sonucunda taşikardi ve hipertansiyon sıklıkla izlenmektedir. Çalışmamızda hipertansiyon hastalarındaki eşlik eden hastalıklar araştırılmıştır. Ayrıca bu hasta grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri araştırılarak, anksiyete şiddetinin alınan tedavi üzerine etkisi incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, GATA İç Hastalıkları polikliniğinde primer hipertansiyon nedeniyle takip edilen toplam 52 hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışma kapsamında hipertansiyon hastalarına sorumlu hekimler tarafından çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra yazılı onamları alınmıştır. Sonrasında hastalara Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) hekim gözetiminde doldurtulmuş ve hastaların kan basınçları poliklinik şartlarında oturur pozisyonda sorumlu hekim tarafından ölçülmüştür. Ayrıca hastaların kendileri tarafından ev şartlarında ölçülmüş son üç günlük tansiyon takip değerleri de kaydedilmiştir. Hastaların öykülerinde kronik hastalıkları (diyabet mellitus, dislipidemi, anemi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tiroid bozuklukları, kalp yetmezliği) ile bu hastalıklar için aldıkları medikal tedaviler araştırılmıştır. Hastaların hipertansiyon için kullandıkları ilaçlar (diüretik, ADE inh., B Bloker, ARB, Ca kanal blokerleri, alfa blokerler) ayrıca kayıt altına alınmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirleyen bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-7 puan aralığında ise minimal düzeyde anksiyete / normal, 8-15 puan aralığında ise hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığında ise orta düzeyde anksiyete ve 26-63 puan aralığında ise şiddetli anksiyete olarak kabul edilmektedir. Kesin olmamak ile beraber 16 puan üzerinde bireylere genellikle medikal tedavi başlanması önerilmektedir. Tedavi ölçekten alınan puan kadar hastanın klinik durumuna da bakarak verilmelidir. Ülkemizde BAÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12-14).

Takip formuna kaydedilen veriler kategorik hale getirilmiş ve istatistik programı için veritabanına aktarılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler değerlendirilirken SPSS-15.0 for Windows (Chicago-USA) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metodlar kategorik değişkenler için yüzdeler şeklinde, sürekli değişkenler için ise ortalama \pm standart sapma ve % şeklinde verilmiştir. Hipertansiyon değerlerinin hedef düzeyde olup olmaması ile BAÖ'den alınan puanların arasındaki istatistiksel ilişkinin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Ayrıca kronik hastalıklar ile anksiyete düzeyleri arasındaki istatistiksel ilişki ki-kare testi kullanılarak araştırılmıştır. Çalışmamızda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hipertansiyon hastalarının %63.46 (n=33) kadın, %36.54 (n=19) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 57.33 \pm 15.88 (20-91) yılıdır. Hastaların Beck anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde ortalama 14.61 \pm 8.80 (3-36) olarak saptandı. Hastaların BAÖ puanları incelendiğinde; %25'inde (n=13) minimal düzeyde anksiyete, %36.5'inde (n=19) hafif düzeyde anksiyete, %25'inde (n=13) orta düzeyde anksiyete ve %13.5'inde (n=7) ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerinin bulunduğu görüldü.

Çalışmaya katılan hipertansiyon hastalarındaki eşlik eden hastalıklar değerlendirildiğinde, hastaların %34.6'sında (n=18) diabetes mellitus (DM), %3.8'inde (n=2) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), %25'inde (n=13) tiroid hastalıkları, %23.1'inde (n=12) vitamin B-12 eksikliği, %48.1'inde (n=25) dislipidemi tespit edildi. Poliklinik şartlarında yapılan kan basıncı ölçümü sonucunda hastaların %26.92'sinde (n=14) tedaviye rağmen hedef kan basıncı düzeylerine (DM için 130/80 mmHg, diğer hastalar için 140/90 mmHg) ulaşamamıştı. Sistolik kan basıncı açısından hastaların %26.92 (n=14) hedefte değil iken, bu oran diyastolik kan basıncı için %11.53 (n=6) olarak saptandı. Bu sonuçlar ışığında tedavi ile diyastolik kan basıncının, sistolik kan basıncına göre daha fazla kontrol altına alındığı gözlemlendi.

Hastaların poliklinik şartlarında ölçülen sistolik kan basıncı ortalaması 137.50 \pm 18.79 (110-180) iken, diyastolik kan basıncı ortalaması 79.38 \pm 7.71 (60-90) olarak tespit edildi. Hastaların evde ölçtükleri kan basıncı değerlerinin ortalaması ise Tablo-1'de verilmiştir. Hastaların evde yaptıkları ölçümler ile poliklinik şartlarında yapılan ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi ($p > 0.05$). Hastaların %9.6'sı (n=5) sadece yaşam tarzı değişikliği ve diyet tedavisi almaktayken diğer tüm hastalara (%90.4) medikal tedavi başlanmıştı. Hipertansiyon hastalarının tedavileri detaylı olarak incelendiğinde en sık kullanılan tedavi metodunun ADE inhibitörü + diüretik veya ARB + diüretik kombinasyonlarının olduğu görüldü. Tekli tedavi

alan hastalar %32.5 (n=17) iken, geri kalan hastalar ikili veya üçlü antihipertansif tedavi almaktaydı (Tablo 2).

Hastaların kan basıncı değerlerinin hedefte olup olmaması ile BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı ($p > 0.05$).

Tablo 1. Hastaların tansiyon takip sonuçları

		Ortalama \pm SD	Min.	Maks.
Hastane Ölçümü	S	137.50 \pm 18.79	110	180
	D	79.38 \pm 7.71	60	90
1. Ölçüm	S	134.12 \pm 23.73	90	180
	D	77.29 \pm 9.32	60	90
2. Ölçüm	S	128.24 \pm 18.10	100	170
	D	76.59 \pm 7.77	60	90
3. Ölçüm	S	131.36 \pm 14.45	120	160
	D	75.00 \pm 8.55	60	90

S: Sistolik kan basıncı değeri (mm/Hg), D: Diyastolik kan basıncı değeri (mm/Hg)

Tablo 2. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan tedavi rejimlerinin dağılımı

Verilen ilaç tedavileri	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Yok (Tedavi almayan)	5	9.6
İkili tedavi*	12	23.1
ADE	5	9.6
ARB	6	11.5
B-bloker	2	3.8
Ca kanal blokeri	2	3.8
Alfa bloker	2	3.8
İkili tedavi**	12	23.1
Üçlü tedavi***	6	11.5

*Diüretik ile kombine edilen herhangi bir antihipertansif ilaç tedavisi, **Diüretik haricinde kombine edilen antihipertansif ikili ilaç tedavisi, ***Diüretik haricinde kombine edilen antihipertansif üçlü ilaç tedavisi

TARTIŞMA

Hipertansiyon, dünya genelinde sık görülen ve tedavisi yapılmadığı takdirde uzun dönemde başta kardiyovasküler sistem olmak üzere ciddi komplikasyonlar meydana getiren kronik bir hastalıktır. JNC-VII tanı-tedavi kılavuzuna göre tedavide yaşam tarzı değişikliği ilk tedavi protokolü olarak önerilmektedir. Ancak çalışmamızda hastaların sadece %9,6'sının yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet tedavisi ile tansiyon değerlerini kontrol altına alabildiği, diğer hastaların medikal ilaç tedavisine ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Yine çalışmamız sonucunda, çoklu antihipertansif ilaç alan hastaların oranı %57,7 olarak tespit edilmiştir. Kılavuzlara göre ARB'lerin ilk aşamada başlanması önerilmemek ile beraber bizim çalışmamızda tekli medikal ilaç olarak ARB başlanılan hasta oranının %11,5 olduğu

görülmüştür. Bu durum hekimlerimizin kılavuzlara tam olarak uymadığını göstermektedir.

Anksiyete bozukluğu, günümüzde yaygın olarak görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Yapılan toplum bazlı çalışmalarda anksiyete görülme oranını Chibanda ve arkadaşları (15) Zimbabve'de %20,7 olarak saptamıştır. Özmen ve arkadaşları (16) yaptıkları çalışma sonucunda, esansiyel hipertansiyon hastalarında anksiyete oranını %24, kontrol grubunda ise %9 olarak saptamışlar ve sonuçta hipertansiyon ile anksiyete arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir. Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının, %38,5'inde BAÖ sonuçlarına göre orta-şiddetli anksiyete saptanmıştır. Bu sonuç hipertansiyon hastalarındaki anksiyetenin eşlik etmesini göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar, hipertansif ve diyabetli hastalarda anksiyete belirtilerinin %40'a kadar varan oranlarda görüldüğünü belirtmektedirler. Pırıldar'a göre yaygın anksiyete bozukluğu genel populasyonda %3-5 oranında bulunurken diyabetli hastalarda bu oranın %14 gibi yüksek bir seviyeye çıkmaktadır. Pırıldar bunun nedenini hastaların kan şekerlerini takip etmeyle ilişkili psikolojik stres ve hipoglisemi ya da hiperglisemi atakları korkusu olabileceğini belirtmiş, anksiyete bozukluklarının tanınması ve tedavi edilmesinin hastanın uyumunu ve yaşam kalitesini artırıp diyabetin düzenlenmesini kolaylaştıracağını belirtmiştir (17). Mazze ve arkadaşları, sekiz aylık izlem boyunca metabolik olarak iyileşme saptanan diyabetli ve hipertansif hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin düzeldiğini ve yaşam kalitesinin iyileştiğini bildirmişlerdir (18). Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışma, yaygın anksiyete bozukluğunun ortalama yaygınlığının %5,8 olduğunu ve birinci basamak hekimlerinin hastalarının yaygın anksiyete bozukluğu sıklığının %8 oranında olduğunu bildirmiştir (20,21). Bu sonuç, birinci basamakta görev yapan hekimlerin anksiyete bozuklukları hakkındaki bilgilerini artırmaları gerektiğini göstermektedir. Tiroid işlev bozuklukları ve anksiyete belirtileri arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinse de, çeşitli çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluklarında tiroid anormallikleri olduğuna dair bir bulgu elde edilememiştir. Munjack ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu hastaları ile kontroller arasında hormon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22).

Yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamakta en sık tanımlanan anksiyete bozukluğudur. Toplumun yaklaşık %10'unun ise anksiyete bozukluğu teşhisi aldığı düşünülmektedir. Anksiyete bozuklukları

kronik hastalıkların tedavisini zorlaştırmaları nedeniyle, sağlık hizmetleri ihtiyacını önemli ölçüde artıran önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde anksiyete bozuklukları, kişinin hayat kalitesinin yanı sıra toplum sağlığını da ciddi boyutlarda tehdit eden psikiyatrik hastalıklar olarak görülmektedirler. Psikiyatri kliniklerinde mevcut konsültasyonların ve tetkiklerin önemli bir bölümü anksiyete bozukluklarına bağlı olarak yapılmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının tedavisi için harcanan miktar, toplam sağlık giderlerinin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Anksiyete veya stres durumunun uzun sürmesi veya sıklaşması durumunda, hastalarda hiperkolesterolemi, hipertansiyon ve taşikardi vb. davranışa ait biyokimyasal ve kardiyovasküler komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle özellikle hipertansiyon hastalarında tanı anında altta bir anksiyete bozukluğu olup olmadığı araştırılmalıdır. Yine hastalarda tedaviye dirençli hipertansiyon durumlarında organik patoloji (renal arter stenozu gibi) saptanamadığı durumlarda, hastaların ruhsal belirtileri değerlendirilmelidir.

TEKHARF çalışmasına göre, ülkemizde hipertansiyon sıklığı %41,2 iken bu oran HinT çalışmasında %38 olarak saptanmıştır. Ancak HinT çalışmasına göre, tüm hipertansiyon hastalarının yalnız %13,6'sı hedeflenen kan basıncı düzeylerine ulaşmaktadır. Bu veriler hipertansiyon hastalığının önemini vurgulaması bakımından önemlidir. Aile hekimleri, hipertansiyon ile mücadelede en önemli basamaklardan biridir. Aile hekimleri hastalarını düzenli olarak takip edebildikleri ve onların diğer medikal sorunlarını bildikleri için hipertansiyon hastalarının tedavisinde önemli bir yerde bulunmaktadır. Bu nedenle, tüm aile hekimleri hipertansiyon hakkında düzenli olarak hizmet içi eğitimlere alınmalı ve güncel tedavi kılavuzları kendilerine aktarılmalıdır. Çalışmamızda kliniğimizdeki hekimlerin JNS-VII tedavi kılavuzuna tam olarak uymadıkları görülmektedir.

Hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sahip kişilerde bir takım ruhsal problemler görülebilmektedir. Bu ruhsal problemlerden en sık rastlanana ise anksiyete bozukluklarıdır. Birçok kronik hastalığın temelinde veya eş zamanlı olarak anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda; birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunda görevli olan aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerinde en azından şüphelendikleri hastalarda, ruhsal tarama ölçeklerini kullanmaları ve ruhsal belirtileri ortaya koymaları, hastalıkların erken tanı ve tedavileri açısından oldukça önemli bir durumdur.

KAYNAKLAR

1. Tuğrul A. Diabetes Mellitus and Hypertension. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;19(1):44-54.
2. Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 2005;18(2):4-7.
3. Onat A. Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF). Soydan İ. Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. İstanbul: Argos İletişim, 2003.
4. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2003;21(11):1983-92.
5. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, et al. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada and United States. *JAMA* 2003;289(18):2363-69.
6. Pick Up J, Williams G. Hypertension and Diabetes Mellitus. *Textbook of diabetes*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science, 1997:1-19.
7. Öksüz E. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Başkent Üniversitesi* 2004;13(3):99.
8. Önal AE. The Prevalence of Risk Factors for Hypertension in Adults Living in İstanbul. *Blood Pressure* 2004;13(1):31-6.
9. Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel tıpta anksiyete. *PsychoMed* 1996; 2(3):102-112.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den Türkçe'ye çeviren Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001
11. Balcıoğlu İ. Anksiyete Bozukluklarının Psikoendokrinolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(1):45-51.
12. Sayar K. Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi. *T Klin Psikiyatri* 2001;2(1):36-42.
13. Ulusoy M. Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
14. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q* 1998; 12 (2):163-172.
15. Chibanda D, Sebit MB, Acuda SW. Prevalence of Major Depression in Deliberate Self-Harm Individuals in Harare, Zimbabwe. *East African Medical Journal* 2002;79(5):263-266.
16. Ataoğlu S. Effects of Depression and Anxiety on Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis, Knee Osteoarthritis and Fibromyalgia Syndrome. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;3(3):20-28.
17. Akbay Pırıldar Ş. Diyabette Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Dahiliye ve Psikiyatri V birinci baskı*, İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2003;(5):7-44.
18. Mazze RS. Psychological and Social Correlates of Glycemic Control. *Diabetes Care*. 1984;7(4):360-366.
19. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002; 32 (4):649-659.
20. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary Care Perspectives on Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(13):20-26.
21. Wittchen HU. Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, Burden, and Cost to Society. *Depress Anxiety* 2002;16(4):162-171.
22. Munjack DJ, Palmer R. Thyroid Hormones in Panic Disorders, Panic Disorder with Agoraphobia, and Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 1988;49(6):229-231.