

Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet: Bir Gözden Geçirme

Aynur Bahar¹, Derya Tanrıverdi²

¹Öğr. Gör., Gaziantep Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

²Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep

Yazışma adresi: Aynur BAHAR, Gaziantep
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Gaziantep/Türkiye.

Tel: +90 0 533 6307058

Email: abahar@gantep.edu.tr

Geliş tarihi: 10 Temmuz 2017

Kabul tarihi: 07 Aralık 2017

ÖZET

Diyabet ve ruhsal sorunlar arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Kronik hastalık algısı, yaşam alanlarına etkisi ve hastalık sürecinde gelişen komplikasyonlar nedeniyle ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Kan şekeri düzeyi ruhsal değişimlere neden olabildiği gibi ruhsal sorunlar ve stres de diyabetin gelişimi ve sürecinde risk etkeni olabilmektedir. Diyabet hastaları sıklıkla diyabet ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından iyi bir şekilde izlenmekte ancak ruhsal durum açısından yeterince değerlendirilmemektedir. Bu makale ile diyabet ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve diyabet yönetiminde psikososyal müdahalelerin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar sözcükler: Diyabetes mellitus, psikiyatrik bozukluk, psikososyal yaklaşım

ABSTRACT

Diabetes' Psychiatric and Psychosocial Aspects: A review

An interaction takes place between diabetes and psychological problems. Psychological problems can occur due to the perception of chronic diseases, effects on residential areas and complications during the disease period. Blood sugar levels can alter moods, and psychological problems and stress can be a risk factor in the development and process of diabetes. Diabetes patients are frequently monitored for diabetes and possible complications, but their psychological states are not monitored adequately. This article aimed to emphasize the relationship between diabetes and psychological problems, and the significance of psychological actions in diabetes management.

Keywords: Diabetes mellitus, psychiatric disorder, psychosocial approach

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), birçok sistemi etkileyebilen, hasta açısından ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel sorun ve çatışmalara yol açabilen, süregelen bir endokrin sistem hastalığıdır.¹ Diyabetin ortaya çıkışında genetik faktörler ve çevresel faktörlerin yanı sıra psikolojik zorlanmalar ve emosyonel gerginliklerde etkili olmaktadır. Hastalar kronik bir hastalığa sahip olduklarını ve yaşam biçimlerine yönelik değişimler yapmaları gerektiğini kabullenmekte zorlanabilmekte; bu durum tedavi ve tedavi uyumunu güçleştirebilmektedir.² Diyabet organik bulgularla seyreden bir hastalık olmasının yanında psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Bu nedenle hastaların içgörülerinde de olmak üzere hastaları hem psikolojik, hem sosyal, hem de biyolojik olarak çok yönlü etkileyen bir sorundur.³

Hastalık belirtilerinin yanı sıra, komplikasyon ve uygulanan tedavilerin oluşturduğu sıkıntı, gelecek kaygısı, hastanın kendi başına yaşama becerisini kaybedeceği, başkalarına bağımlı hale geleceği endişesi, beden imajıyla ilgili korkuları; fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamında olumsuzluklara neden olmaktadır.^{4,5} Kan şekeri düzeyi doğrudan beyin ve ruhsal işlevleri etkilediği gibi duygusal ve ruhsal değişimler de kan şekeri düzeyini etkilemektedir.³

Anksiyete durumunda epinefrin salgısının uyarıldığı ve bunun insülin etkisini azalttığı bilinmektedir. Stres altındaki organizmada serbest yağ asitleri, kortizol ve kan şekeri artmakta, tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri regülasyonu sağlanamayan hastalarda stres ve kaygı önemli bir etken olmaktadır.² Stres-glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c) birlikteliğinin mekanizmaları fizyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel bağları içermektedir. Şekil 1, stresin farklı boyutlarını glisemik sonuçlarla, birbiriyle ilişkili mekanizmalar ve tamponlar yoluyla birbirine bağlayan kavramsal bir ilişki modelini göstermektedir. Diyabetli bireylerde stres oluşturan durumlar arasında, kan glukozuyla ilgili olaylar (örneğin ciddi hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz atağı), tedavi değişiklikleri (örneğin, insüline başlama) ve yeni bir diyabet yönetim cihazı/teknolojisi (örneğin, insülin pompası) sayılabilir. Diyabetle yaşayan bireyler, durumun patofizyolojisi veya tedavisi ile ilgili akut stres yaratırlar. Akut stres, endojen glikoz üretimini artırabilir ve glikoz kullanımını etkileyebilir. Tip 2 diyabetli yetişkinler için, diyabetle ilişkili stresin en yaygın alanları, tedavi rejimini ve diyabetin duygusal yükünü içermektedir.⁶ Tip 1 diyabetli bireyler ise güçsüzlük, hipoglisemi, kendi kendine yönetim ve aşırı strese bağlı yemek yeme duyguları tanımlamaktadırlar. Çalışmalar, HbA1c ve

diyabet yönetimi ile ilgili stres arasındaki ilişkilerin diğer alanlarla karşılaştırıldığında daha güçlü olduğunu bildirmektedir.⁷

Diyabeti olan hastalarda psikiyatrik hastalıkların sık görüldüğü bilinmektedir. Metabolik kontroldeki dalgalanmaların diyabet hastalarının ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğine ilişkin veriler mevcuttur. Diyabet hastalarında başta depresyon ve anksiyete olmak üzere; yeme bozuklukları, bozulmuş yeme davranışları, travma sonrası stres semptomları gibi pek çok bozukluğun diyabeti olmayan bireylere oranla daha yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir.² Sık hipoglisemi atakları yaşayan bireylerde uzun dönemde kişilik değişiklikleri, depresyon, bilişsel işlevlerde bozulma ve nadiren psikotik belirtiler tanımlanmıştır.⁸ Bir çalışmada, diyabetin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tip 2 diyabetli hastalarda çok sayıda ruhsal belirtinin klinik tabloya eşlik ettiği bildirilmektedir.¹ Bu gözden geçirmenin amacı, diyabet ve ruhsal hastalıklar arasındaki bağlantıları özetlemek ve diyabet yönetiminde psikososyal müdahalelerin önemini vurgulamaktır.

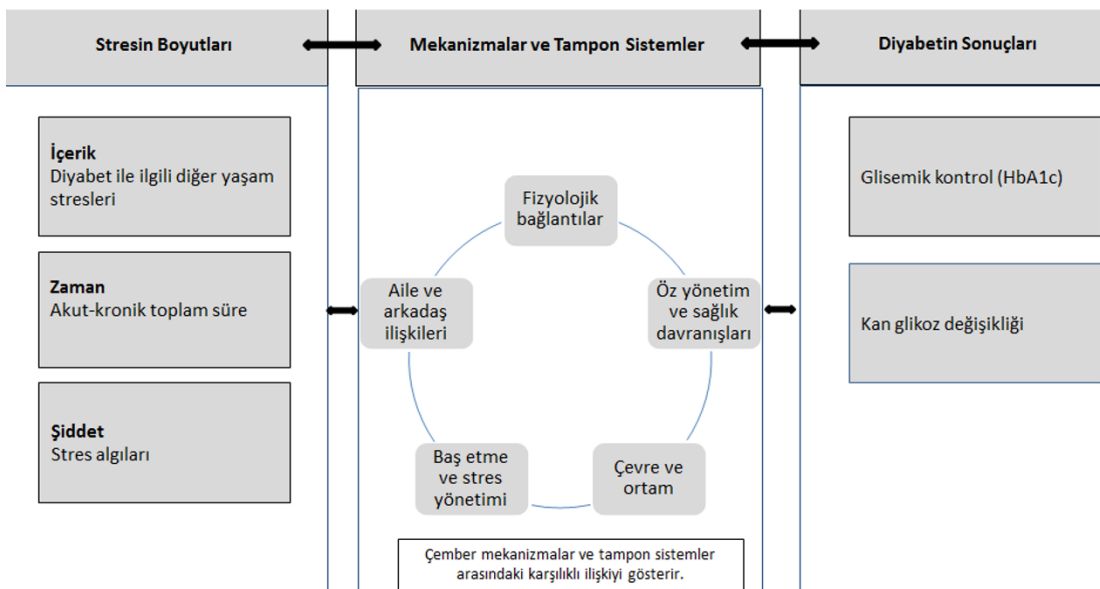
Diyabet ve depresyon

Diyabet, hastaların hayatının tehlikeye girmesi ve komplikasyonların gelişmesinden kaçınmak için gerekli olan yaşam biçimindeki değişiklikler nedeniyle depresyon riskini artırabilir.⁹ Depresyon bozukluk ve diyabet arasında nedensel iki yönlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Depresyonun, diyabetin ortaya çıkmasında nedensel bir rol oynayacağı, benzer şekilde, diyabetin "depresojenik" bir durum olarak kabul edildiği belirtilmektedir. Diyabet veya tedavisi ile bağlantılı biyokimyasal değişiklikler (hiperkolesterolemi, limbik sistemde leptin aktivitesi, değişmiş glukoz taşınımı, proinflamatuvar sitokinler gibi nöroendokrin değişiklikler dahil), psikolojik faktörler (diyabetle yaşama ile ilişkili stres, kötü tedavi uyumu) ve davranışsal faktörler (yerleşik yaşam tarzları, sigara içimi, aşırı yeme gibi) bu nedensellik ilişkileridir.¹⁰

Depresif belirtiler ve depresyon bozuklukları, tip 1 veya tip 2 diyabetli dört hastadan birini etkilemektedir. Bu nedenle, prediyabet (özellikle fazla kilolu olanlar), tip 1 veya tip 2 diyabet, gestasyonel diyabet ve doğum sonrası diyabet de dahil olmak üzere, yüksek riskli popülasyonda depresif belirtiler için rutin taramaların uygun olacağı belirtilmektedir.¹¹ Diyabetik bir hastada depresyonun ayrıntı tanısında hastalığa bağlı doğal beklenen tepki ile uygunsuz patolojik durumun ve hastalığa bağlı somatik bulgularla depresyona bağlı psikofizyolojik bozuklukların ayırt edilmesi önemlidir. Hasta kendini iyi hissetmiyorsa, işlevsellikte düşme gösteriyorsa, ilgi alanlarında azalma varsa

depresyon yönünden değerlendirilmelidir.¹² Birçok yayın diyabetik hastalarda majör depresyon prevalansının yüksek olduğunu göstermiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, metabolik kontrolü iyi olmayan olgularda majör depresyonun, metabolik kontrolü iyi olan olgulara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada diyabetli hastaların yaşam boyu depresyon yaygınlığının %14,4-32,5 olduğu; bu hastaların %40'ında ise anksiyete bulgularının görüldüğü belirtilmektedir.¹³

Şekil 1. Stres ve Glisemik Kontrol ilişkisi⁶



Depresyonun seyri, genellikle süregündür. Etkili bir tedavi sonrasında bile, tip 2 diyabet hastalarının %80'inde depresme gözlenir. Buna rağmen, depresyon diyabetli olguların sadece üçte birinde tanınır ve tedavi edilir.¹⁴

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, diyabet merkezine başvuran hastaların %30.8'inde anksiyete, %51.1'inde depresyon saptanmış olup; yaş ilerledikçe ortalama depresyon puanlarının arttığı, eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu, ekonomik durumunun kötü olduğunu belirten hastaların anksiyete ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.¹⁵ Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %87'sinde farklı düzeylerde depresif belirtilerin olduğu belirlenmiştir.¹⁶ Anderson ve arkadaşlarının yürüttüğü bir meta-analiz çalışmasında, uygun çalışmaların tamamına dayanan toplam tahminler, diyabetli bireylerin %11'inde majör depresyon ve %31'inde artmış depresyon belirtilerinin bulunduğunu ortaya koymaktadır. İncelemenin en önemli sonucu diyabetin depresyon oranını ikiye katlaması olarak bildirilmiştir. Ayrıca depresyon oranlarının diyabetli kadınlarda diyabetli erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu, bu sonucun genel popülasyonlardaki epidemiyolojik araştırmalarda gözlenen kadınlarda depresyon üstünlüğünü yansıtan bir durum olduğu belirtilmiştir.¹⁷ Sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, tip 1 diyabetli kişilerde depresyon oranlarının genel popülasyondan üç kat, tip 2 diyabetli kişilerde iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Başka bir çalışmada ise tip 2 diyabetli hastalarda depresif belirtilerin prevalansı %43,6 olarak bildirilmiştir.¹⁹ Tip 1 diyabetli gençlerde depresyon prevalansının değerlendirildiği sistematik bir gözden geçirme çalışmasında depresif belirtilerle HbA1c düzeyi arasında ilişki saptanmış; daha depresif olanların daha yüksek HbA1c seviyesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ek olarak daha önceki davranış problemleri ve depresif dönemlerin daha ileri depresif belirtileri öngördüğü ve çocuklukta ya da genç yetişkinlikte herhangi bir zamanda depresyonun görülme sıklığının devam eden ya da tekrarlayan depresyon için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.²⁰

Diyabet hastalığının komplikasyonları depresyon ile ilişkilidir. Cinsel işlev bozukluğu, nöropati, retinopati ve nefropati gibi diyabet komplikasyonları depresyona yatkınlığı artırabilir.¹⁹ Tip 1 ve tip 2 diyabetli yetişkinlerde depresyon ile diyabet komplikasyonları arasındaki ilişkinin gücü ve tutarlılığını inceleyen bir meta analiz çalışmasında, depresyon, çeşitli diyabet komplikasyonlarıyla (diyabetik retinopati, nefropati, nöropati, makrovasküler komplikasyonlar ve cinsel işlev bozukluğu) önemli derecede ilişkili bulunmuştur.²¹ Mikrovasküler komplikasyonların olmaması, diyabetik hastalarda depresyon gelişimini azaltmaktadır.²² Diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalarda depresyon yaygınlığı daha yüksek olarak bildirilmiştir.^{21,19} Bir çalışmada diyabet ve depresyon teşhisinin önemi, tedaviye uyumsuzluk, kötü glikemik kontrol ve artmış komplikasyon sayıları (diyabetik retinopati, nefropati, nöropati, makrovasküler problemler ve cinsel işlev bozukluğu) ile ilişkili olarak gösterilmiştir.²³ Diyabetli hastalardaki depresyonun en uygun tedavisi, metabolik kontrolün yanı sıra, psikiyatrik belirtilerin eş zamanlı ve ciddi bir şekilde ele alınması ile mümkün olabilir.

Tip 2 DM metabolik sorunlarının (hipoglisemi ve hiperglisemi) hastalarda depresif belirtilerin gelişimine yol açabileceği gösterilmiştir.¹ Diyabete eşlik eden depresyon; tedaviye bağlılığın azalması, metabolik kontrol yetersizliği, komplikasyon oranlarının yüksek olması, yaşam kalitesinin azalması, sağlık hizmetlerinin kullanımı-maliyetinin artması, engelliliğin artması-üretkenlik kaybı ve ölüm riski artışı ile ilişkilidir. Klinik sonuçları iyileştirmek ve hastalığın yükünü azaltmak için klinik bakımda koordine stratejiler gereklidir.^{7,24}

Diyabet hastalığında depresyon tedavisinde sıklıkla antidepressan tedavi gerekir. Bazı antidepressanlar, özellikle de duloksetin, amitriptin

lin ve nortriptilin, diyabetik nöropatiden kaynaklanan ağrı tedavisinde uygundur; depresyon ve nöropatik ağrı eştanısı olan hastalar için yararlı seçeneklerdir. Benzer şekilde, pregabalin nöropatik ağrının tedavisi, komorbid nöropati ve anksiyete için düşünülebilir.²⁵

Diyabet ve Anksiyete

Anksiyete, tipik olarak, kötü metabolik sonuçlarla ve tip 2 diyabetliler arasında tıbbi komplikasyonların artması ile ilişkilendirilmektedir. Çeşitli teoriler anksiyete ve diyabet arasındaki ilişkiyi tanımlamaya çalışmaktadır; bazıları günlük diyabet yönetiminin yükü ile şekillendirilen bir diyabet tanısının duygusal etkisinin kaygıya yol açabileceğini, bazıları ise kaygının fizyolojik mekanizmalar yoluyla tip 2 diyabete yol açtığını veya şiddetlendirdiğini belirtmektedir.²⁶

Yaygın anksiyete, enjeksiyonla ilişkili kaygı ve hipoglisemi korkusu ile ilişkili görülmektedir. Tip 1 veya tip 2 diyabetlilerde yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %19,5 olarak bildirilmektedir.¹¹ Ayrıca tanı amaçlı görüşme ile teşhis edilen anksiyete bozukluklarının, kötü glikemik kontrol ile anlamlı derecede ilişkili olduğu da gösterilmiştir.²⁷ Diyabet yaşı küçük olanlarda bu riskin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁸ Bir çalışmada tip 2 diyabetli hastalarda anksiyete prevalansı %56,1 olarak bildirilmiş, diyabetin süresi ile anksiyete skorları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadın olma ve kötü uyku kalitesinin anksiyete belirtilerinin görülme olasılığını artırdığı belirtilmiştir.¹⁹ Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada da DM tanılı kadın hastalarda anksiyete gelişme riskinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu; hipoglisemik/hiperglisemik akut olay yaşama öyküsünün hastalarda anksiyete gelişme riskini artırdığı saptanmıştır.²⁹

Diyabet ve Şizofreni

Şizofreni, bozuk glukoz toleransı ve insülin direnci ile ilişkilidir. Şizofrenili kişiler tip 2 diyabet riski genel nüfusa göre 2-5 kat daha yüksektir. Şizofreni hastalarının sosyoekonomik düzeyleri ve gelirleri düşüktür ve sağlıklı bir yaşam tarzı seçimi yapma imkânlarını etkiler. Antipsikotik ilaçlar, doğrudan insülin duyarlılığını ve dolaylı olarak kilo artışına neden olarak tip 2 diyabet riskini arttırmaktadır.³⁰

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu tanımlı bireylerde yapılan çalışmalar, tip 2 diyabet oranlarının belirgin şekilde arttığını göstermektedir.¹¹ Şizofreni hastalarında bozulmuş glukoz tolerans prevalansı, yaşa bağlı olarak %30 gibi yüksek bir oranda olabilir. Şizofrenide diyabet riskinde artışa neden olan durumlar hem genetik hem de çevresel faktörleri içerir. Fiziksel hareketsizlik, yetersiz beslenme, kötü sağlık bakımı ve antipsikotik ilaçlarla tedavi bu faktörlerden bazılarıdır.¹⁰ Antipsikotikler, iştah ve yiyecek alımını artırır ve doyma sinyalinin geciktirir. Antipsikotik ilaç tedavisine başlandıktan sonra kilo artışı, bel çevresindeki artış ve hiperlipidemi sık görülür.³⁰ Olanzapin ve klozapin gibi antipsikotiklerle yapılan kronik tedavi ile insülin direnci, insülin duyarlılığında azalma ve glikoz disregülasyonu ilişkilidir.³¹ Haloperidol, risperidon, olanzapin ve klozapin karşılaştırıldığı prospektif bir çalışmada, kan şekeri değerlerindeki yükselmenin olanzapin kullanan hastalarda en yüksek düzeyde olduğu bulgulanmıştır. Klozapin ve risperidon kullananlarda da kan şekeri artışları saptanmış, haloperidol kullananlarda ise kan şekeri düzeyinin klinik sınırlarda olduğu saptanmıştır.³² İlaçların tip 2 DM oluşturma düzeneklerinin insülin üretimi ve salınımını engelleme, insülin etkinliğini azaltma, pankreatik B hücre işlevlerinin etkileme ve bu hücreleri hasara uğratma olabileceği bildirilmiştir.³³

Diyabet riskini azaltmaya yönelik müdahaleler diyabetin değiştirilebilir risk faktörlerini azaltmayı amaçlamaktadır. Bunların önemlileri obezite, diyet ve fiziksel hareketsizliktir. Yerleşik yaşam tarzı şizofreni hastaları arasında sık görülür. Hastalar genel nüfusa kıyasla daha az egzersiz yapar ve gündelik faaliyetlerde daha pasif olma eğilimindedir. Şizofreni olumsuz belirtileri ve antipsikotiklerin yatıştırıcı etkileri daha düşük aktivite düzeyine katkıda bulunabilir.³⁰

Obezite, şizofreni hastalarında genel popülasyondan 2 kat daha fazladır.³⁴ Şizofreni hastalarının metabolik süreçler açısından risk taşıması nedeniyle hastaların takibinde metabolik durumun belli aralıklarla değerlendirilmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerine ağırlık verilmesi uygun bir yaklaşımdır.

Diyabet ve Demans

Bilişsel bozukluk ve bunamanın önlenmesi önemli bir halk sağlığı hedefidir. Diyabetli hastalarda bilişsel işlevlerde de değişimler olmakta, diyabet demans riskini arttırmaktadır.³⁵ Epidemiyolojik kanıtlar, bilişsel bozukluk ile tip 2 diyabet arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Demans riski hastalığın süresi ile birlikte artış gösterir. Bir meta-analiz çalışmasında, diyabet ve bilişsel performans değişiklikleriyle ilişkili olarak değerlendirilen çalışmalarda bilişsel bozukluğun gelişiminde diyabetin nedensel bir rol oynadığını öne sürülmüştür. Ayrıca diyabet süresi ile birlikte bilişsel düşüş riskinde artış olduğu bildirilmiş, insülin kullanımı ve bilişsel gerileme riskini araştıran çalışmalarda pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya konmuş, diyabet bilişsel, özellikle de yürütme işlevindeki düşüş ile ilişkilendirilmiştir.³⁶ Başka bir meta-analizde diyabetin, demansın tüm türlerini ortalama 1.7 kat arttırdığı gösterilmiştir.³⁷ Demansın alt tiplerine bakıldığında ise diyabetin hem Alzheimer hastalığı hem de vasküler demans açısından belirgin bir risk faktörü olduğu görülmektedir.³⁸ Tip 2 diyabetlilerde metabolik kontrol seviyesi ve tedavi türünün bilişsel işlevlere etkisinin araştırıldığı sistematik bir incelemede, Tip 2 diyabet için herhangi bir spesifik tedavi veya tedavi stratejisinin bilişsel bozukluğu önleyebileceğini veya erteleyebileceğini gösteren iyi bir kanıt bulunamadığı bildirilmiştir.³⁹

Diyabet ve Diğer Ruhsal Sorunlar

Diyabet cinsel işlevlerde bozulmanın en önemli nedenlerinden biri olarak bildirilmektedir. Diyabet, bir yandan cinsel işlevler üzerinde organik açıdan olumsuz etkilerde bulunurken, diğer yandan bağımlılık, çekiciliğin yitilmesi gibi kaygılar nedeniyle cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır. Diyabetli kadınlarda orgazmik disfonksiyon ve vajinal lubrikasyon azalması, erkeklerde ise erektil disfonksiyon, ejakülasyon olmaması ya da gecikmesi gibi sorunlar izlenmektedir.⁴⁰

Diyabetli ve tanısız yeme bozukluğu olan bireylerde psikiyatrik rahatsızlık oranları yüksektir. Diyabetli kişilerde bozulmuş yeme davranışları ve tanısız yeme bozukluklarının tahmini yaygınlığı değişmektedir. Tip 1 diyabetlilerde kilo verme, tip 2 diyabetlilerde tıknırıcısına yeme en sık bildirilen düzensiz beslenme davranışlarıdır.¹¹

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan hastalar tip 2 diyabet gelişme riski altındadırlar. Bir meta-analiz çalışmasında, TSSB'li kişilerin % 10'unun halen tip 2 diyabetten etkilendiğini göstermektedir.⁴¹ Bir kadın örneğinde TSSB ve tip 2 diyabet sıklığını belirlemek için 22 yıl süren uzunlamasına bir çalışmada, TSSB semptomu olan kadınlar için tip 2 diyabet riskinin yaklaşık 2 kat arttığı rapor edilmiştir. Ayrıca daha yüksek beden kitle indeksinin bu artmış riske büyük oranda arabuluculuk ettiği düşünüldüğünden, TSSB'li kadınlarda olası kilo artışına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.⁴²

Diyabet ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilgili sınırlı sayıda veri bulunmaktadır. Bir çalışmada OKB semptomatolojisi ve hastaların metabolik profili arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışma tip 2 diyabetin OKB semptomatolojisi ile ilişkili olduğuna ilişkin önemli bir kanıt niteliğindedir.⁴³

Komorbidite

Diyabetik hastalarda komorbid hastalık ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptandığına ilişkin kanıtlar da bulunmaktadır.⁴ Brown ve arkadaşları büyük bir popülasyonu kapsayan kohort çalışmasında; kişilerde başlangıç aşamasında depresyona yatkınlık ve eşlik eden somatik bozukluk olmadığı sürece sadece diyabetin depresyon riskini

Tablo 1. Diyabette Psikiyatrik Değerlendirme Endikasyonları¹²

- Depresif duygudurum göstergeleri
- Düşük vücut kitle indeksi (yeme bozukluğunun göstergesi olabilir)
- İnsülin tedavisine başlama konusunda istek-sizlik (iğne fobisi veya insülin korkusu)
- Sürekli suboptimal glisemik kontrol
- Tekrarlayan kanıtlar (Diyabetik ketoasidoz veya tekrarlayan şiddetli hipoglisemi gibi)
- Tedavi için hastaneye yatmak istememe

artırmadığını; artrit, şok ve periferik arteriyel hastalıkların eşlik ettiği grupta depresyon insidansında artış olduğunu gözlemlemişlerdir.⁴⁴ Benzer bir diğer çalışmada ise bu verilerle uyumlu olarak kronik somatik hastalıkların eşlik ettiği diyabetli bir grupta depresyon insidansında artış gözlemlendiği belirtilmiştir.⁴⁵

Diğer bir durum ise ruhsal bozukluğu olan bireylerde komorbid olarak görülen diyabet tablosudur. Literatürde, bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığının, genel toplumdan üç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir.⁴⁶ Toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk tanılı olgular arasında mevcut diyabet tanısı, sağlıklı bireylerde olduğundan daha yüksek belirlenmiştir.⁴⁷ Başka bir çalışmada bipolar olgularda hiperglisemi %43,5 oranında saptanmıştır.⁴⁸ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akut dönem mani tanılı hastalarda %18 oranında diyabet bulunmuştur.⁴⁹

Diyabetin Yönetimi

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi sık görülen, tedavisi süreklilik gerektiren diyabete, bireyin uyumu önem taşımaktadır. Diyabete uyumda hastalığa, tedaviye ve bireye özgü birçok faktör etkili olmaktadır. Ayrıca diyabete bağlı ortaya çıkan fizyopatolojik değişikliklere bağlı bireyin ruhsal durumu ve sosyal hayatı da olumsuz etkilenmektedir. Tüm bunların yanı sıra cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi, kan şekerinin kontrol altına alınmaması, komplikasyonların hastalıkla birlikte ortaya çıkması, iş yaşamındaki stresin hastalığın kontrolünü zorlaştırması gibi nedenlere bağlı olarak diyabetli bireyin depresyon ve anksiyete düzeyi artmaktadır. Kronik hastalıklarda aile ve çevreden destek görmek hastalıkla baş etmede ve hastalığa uyumda önemli bir kaynaktır. Özellikle, tanı aşamasında ve komplikasyonların ortaya çıkması durumunda sosyal destek ihtiyacı artmaktadır.⁵⁰ Psikolojik girişimlerin ve psikiyatrik desteğin bu hasta grubunda prognozu iyileştirdiği, diyabete bağlı semptomları azalttığı gözlenmiştir.⁴ Bu nedenle diyabetli hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir (Tablo 1).

Diyabetin kontrolünde temel amaç, hastalığın uzun süreli komplikasyonlarını önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amacın gerçekleştirilmesinde diyabetik hastalarda tedavi sürecinde psikolojik öğelerin de değerlendirilmesi pek çok sorunun daha kolay aşılmasını sağlayacaktır.³ Ruhsal durum diyabetin ortaya çıkış seyrinde etkili olduğu gibi, bir fiziksel hastalık olarak diyabet ve komplikasyonları da ruhsal durum üzerine etki ederler. Bu nedenle diyabetli hastanın bütüncül tedavisinde, fiziksel tedaviler ile beraber, hastalığa eşlik eden organik mental, psikofizyolojik, psikopatolojik, davranışsal ve psikososyal tabloların tanı ve tedavisini etkili bir biçimde yönetmek esastır.^{5,12}

Diyabetli bireylerin çoğu diyabetlerini daha iyi yönetmek için nelere ihtiyaç duyduklarını bilmesine rağmen, günlük yaşamın zorlukları nedeniyle uyumsuzluk yaşarlar. Bir "motivasyonel görüşme" yaklaşımı, hastaların iyi öz-bakım davranışlarının önündeki engellerin üstesinden gelmelerine ve sağlıklarına uygun şekilde öncelik vermelerine yardımcı olabilir.¹² Diyabetik psikolojik sorunların yönetimi için motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik müdahaleleri destekleyen güçlü kanıtlar vardır. Psikolojik iyilik halinin geliştirilmesine ilaveten uygulanan psikolojik müdahalelerin, hastalarda glisemik kontrolünü daha iyi bir şekilde geliştirdiği gösterilmiştir;

12 seansta yüz yüze uygulanan motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi ile HbA1c oranında % 0,5'lik bir azalma olduğu bildirilmiştir.⁵¹ Bu doğrultuda motivasyonel görüşme tekniğinin diyabetik hastalarda kullanılması önerilebilir.

Sonuç olarak diyabetli hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi kaçınılmazdır. Kendi kendine yönetim diyabet kontrolünün vazgeçilmezidir ancak eşlik eden psikiyatrik sorunlar hastaların kendi kendine kontrolünü zorlaştırabilir. Tıbbi tedavi uygulanmasına rağmen metabolik kontrol sağlanamayan diyabetli bireylere psikososyal değerlendirme sonrasında tedavilerinin planlanması önemlidir. Psikososyal yaklaşımlar hastaların tedavi uyumu ve terapötik iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Diyabetli bireylerin hastalıklarını yönetebilmelerini sağlamak amacıyla diyabet tedavi sürecinde stresle başa çıkma konusunda yardım almalarının sağlanması, güçlü yönlerinin desteklenmesi ve diyabet tanısı almış hastalara yönelik düzenli olarak yürütülecek psikoeğitim destek grupları oluşturulması psikososyal uyumda önemli hemşirelik yaklaşımlarıdır. Ayrıca hastayla destekleyici, açıklayıcı ve yol gösterici bir iletişim kurulması, hastalık üzerinde kontrol duygusunun geliştirilmesi için hastalığın tedavisine yönelik bilgi alışverişinin sağlanması ve tedavi işbirliği ve uyumunun sağlanması diğer hemşirelik uygulamaları arasında sayılabilir.

Hastaların kan şekeri regülasyonu ve komplikasyonlar açısından izlenmesi sırasında ruhsal bozukluklar açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle kliniklerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmetlerinin yürütülmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- Özdemir İ, Hocoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 diyabet mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:128-138.
- Küçük L. Diyabetin ruhsal boyutu. *Okmeydanı Tıp Derg* 2015; 31(suppl.):52-56.
- Güçlü YA, Yıldız ED, Ünsal F, Öngel K. Diyabetli hastalarda uygulanan hızlı depresif belirti envanteri öz bildirim formu ve beck depresyon ölçeklerinin değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2013; 23(3):113-119.
- Tav AŞ, Özenli Y, Ünsal A, Özşahin AK. Tip 2 DM ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2010; 14(1):22-25.
- Pearce MJ, Pereira K, Davis E. The psychological impact of diabetes: a practical guide for the nurse practitioner. *JAANP* 2013; 25:578-583.
- Hilliard ME, Yi-Frazier JP, Hessler D, Butler AM, Anderson BJ, Jaser S. Stress and A1c among people with diabetes across the lifespan. *Curr Diab Rep* 2016; 16:67.
- Fisher L, Polonsky WH, Hessler DM, Masharani U, Blumer I, Peters AL ve ark. Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. *J Diabetes Complications* 2015; 29:572-577.
- Nefs G, Speight J, Pouwer F, Pop V, Bot M, Denollet J. Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: results from Diabetes MILES—The Netherlands. *Diabetes Res Clin Pract* 2015; 108:94-105.
- Réus GZ, dos Santos MAB, Strassi AP, Abelaira HM, Ceretta LB, Quevedo J. Pathophysiological mechanisms involved in the relationship between diabetes and major depressive disorder. *Life Sciences* 2017; 183:78-82.
- Balhara YPS. Diabetes and psychiatric disorders. *Indian J Endocrinol Metab* 2011; 15(4):274-283.
- American Diabetes Association. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities. Sec. 3. In *Standards of Medical Care in Diabetes*. *Diabetes Care* 2017; 40(Suppl. 1):25-32.
- Garret C, Doherty A. Diabetes and mental health. *Clin Med* 2014; 14:669-672.
- Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R. Tip 2 diyabetik hastalarda kan şekeri ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:184-91.
- Egede EL, Grubaugh LA, Ellis C. The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *Gen Hosp*

Psychiatry 2010; 32:563-569.

- Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabet mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006; 7:18-26.
- Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve öz bakım gücü. *Cumhuriyet Hem Der* 2012; 1:18-23.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6):1069-1078.
- Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord* 2012; 142 (Suppl):8-21.
- Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, Shi C. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016; 6(8): e012540.
- Johnson B, Eiser C, Young V, Brierley S, Heller, S. Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review. *Diabet Med* 2013; 30: 199-208.
- de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 3(4):619-630.
- Naskar S, Victor R, Nath K. Depression in diabetes mellitus—a comprehensive systematic review of literature from an Indian perspective. *Asian J Psychiatry* 2017; 27:85-100.
- Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ ve ark. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008; 31:2398-2403.
- Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(3):302-312.
- Pyykkonen AJ, Raikonen K, Tuomi T, Eriksson JG, Groop L, Isomaa B. Depressive symptoms, antidepressant medication use, and insulin resistance: the PPP-Botnia Study. *Diabetes Care* 2011; 34:2545-2547.
- Bickett A, Tapp H. Anxiety and diabetes: innovative approaches to management in primary care. *Exp Biol Med (Maywood)* 2016; 241(15): 1724-1731.
- Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE ve ark. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32:235-47.
- Abacı A, Böber E, Büyükgöbeç A. Tip 1 diyabetin uzun dönem izlemi. *J Curr Pediatr* 2008; 6: 111-118.
- Günalay S, Taşkıran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 DM hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2016; 2(1):16-19.
- Suvisaari J, Keinänen J, Eskelinen S, Mantere O. Diabetes and schizophrenia. *Curr Diab Rep* 2016; 16:16.
- Deng C. Effects of antipsychotic medications on appetite, weight, and insulin resistance. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2013; 42:545-563.
- Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP ve ark. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2003; 160:290-296.
- Altınbaş K, Kurt E, Oral ET. İkinci kuşak antipsikotiklerin endokrin yan etkileri: İstisna mı, kural mı? *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:259-266.
- Saarni SE, Saarni SI, Fogelholm M, Heliövaara M, Perälä J, Suvisaari J ve ark. Body composition in psychotic disorders: a general population survey. *Psychol Med* 2009; 39:801-810.
- Orhan FÖ. Diyabet mellitusta psikiyatrik problemler. *KSU Tıp Fak Der* 2015; 10(2):73-76.
- Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2009; 4(1):e4144.
- Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurol* 2006; 5:64-74.
- Ünal E, Akan O, Üçler S. Diyabet ve nörolojik hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2015; 31(suppl):45-51.

39. Sastre AA, Vernooij RWM, González-Colaço Harmand M, Martínez G. Effect of the treatment of Type 2 diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 6.
40. Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Gelişim* 2009; 22(4):75-79.
41. Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward PB, Steel Z, Lederman O, Lamwaka AV ve ark. Type 2 diabetes among people with posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016; 78(4): 465-73.
42. Roberts AL, Agnew-Blais JC, Spiegelman D, Kubzansky LD, Mason SM, Galea S ve ark. Posttraumatic stress disorder and incidence of Type 2 diabetes mellitus in a sample of women a 22-year longitudinal study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(3): 203-210.
43. Kontoangelos K, Raptis AE, Papageorgiou CC, Papadimitriou GN, Rabavilas AD, Dimitriadis G ve ark. The association of the metabolic profile in diabetes mellitus type 2 patients with obsessive-compulsive symptomatology and depressive symptomatology: new insights. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013; 17(1):48-55.
44. Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 2006; 175:42-46.
45. Engum A, Mykletun K, Midthjell K, Holen A, Dahl AA. Depression and diabetes; a large population based study of sociodemographic, life style and clinical factors associated with depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28:1904-1909.
46. McIntyre RS, Nguyen HT, Soczynska JK, Lourenco MT, Woldeyohannes HO, Konarski JZ. Medical and substance-related comorbidity in bipolar disorder: translational research and treatment opportunities. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10:203-213.
47. Chien IC, Chang KC, Lin CH, Chou YJ, Chou P. Prevalence of diabetes in patients with bipolar disorder in Taiwan: a populationbased national health insurance study. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:577-582.
48. Kim B, Kim S, McIntyre RS, Park HJ, Kim SY, Joo YH. Correlates of metabolic syndrome in bipolar disorder at initiation of acute phase treatment. *Psychiatry Investig* 2009; 6:78-84.
49. Gençer AG, Kesebir S, Yılmaz ED. İlk manik dönemde diyabet. *JMO-OD* 2013; 3:17-22.
50. Türten Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli bireylerde hastalığa psiko-sosyal uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016; 7(2):61-67.
51. Ismail K, Maissi E, Thomas S, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J ve ark. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: a diabetes and psychological therapies (ADaPT) study. *Health Technol Assess* 2010; 14:1-101.