Journal of Neurological Sciences [Turkish] **29:(2)**# 31; 316-328, 2012
http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=555

Araştırma Yazısı

Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Kronik Bedensel Hastalığı Olan Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Belirlenmesi

Uğur BİLGE[1], İlhami ÜNLÜOĞLU[2], Çınar YENİLMEZ[3]
[1]*Aile Hekimliği ABD Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Türkiye*
[2]*Aile Hekimliği ABD Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Türkiye*
[3]*Psikiyatri ABD Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, Türkiye*

Özet

Amaç: Kronik bedensel hastalıklar ve ruhsal bozukluklar toplumda sık karşılaşılan sağlık problemlerinden biridir. Yapılan çalışmalarda diabetes mellitus, romatoid artrit, kronik renal yetmezlik vb. kronik hastalığa sahip olanlarda ruhsal bozuklukların normal popülasyona göre daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Ruhsal bozukluklar sık ve yaygın görülmelerine rağmen, genellikle fark edilemedikleri gibi var olan kronik hastalığa ait semptomlar ve yakınmalar bu tür hastalıkların tanınmasını zorlaştırabilir.
Metod: Bu çalışmada hipertansiyon, romatoid artrit, hemodiyaliz tedavisi alan kronik renal yetmezlik, diyabetes mellitus ve kanser hastalarının değerlendirilmesi ve bu hastalardaki ruhsal bozuklukların profilinin çıkartılması amacıyla rastlantısal olarak seçilen 424 hastaye PRIME MD ölçeği uygulanmıştır.
Bulgular: PRIME MD sonuçlarına göre; kronik hastalığa sahip olan 424 hastanın 175'inde (%41.3) duygudurum bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu olarak herhangi bir PRIME MD tanısı bulunmuştur. Ki kare analizinde, kronik bedensel hastalıklar ile duygudurum bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve somatizasyon bozukluğu açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kadınlarda, ruhsal bozuklukların erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir.
Sonuç: Bu sonuçlar, kronik hastalığı olan hastaların mevcut fiziksel durumlarının değerlendirilirken ruhsal durum değerlendirmelerinin de yapılması gerektiği sonucu nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik bedensel hastalıklar, ruhsal bozukluklar, sosyodemografik faktörler, PRIME MD ölçeği

Determination of Psychiatric Disorders Among Outpatients Who Admitted to Internal Medicine Clinic in a University Hospital

Abstract

Objective: Chronic diseases and psychiatric disorders are common health problems. Association of these two chronic processes is an important issue that should be considered in view of general practice. Despite prevalence of psychiatric disorders, they usually unrecognized and the symptoms and complaints of chronic disorders can be masked in these patients.
Method: In this study for the purpose of evaluating the cases with hypertension, rheumatoid arthritis, chronic renal failure with hemodialysis treatment, diabetes mellitus and cancer and profiling the psychiatric disorders and evaluating psychiatric disorders in view of PRIME MD scale applied to randomly selected 424 persons.

Results: Psychiatric disorders found to be more common in women with chronic diseases. According to PRIME MD results, of the 424 persons who have physical disease 175 (%41.3) was diagnosed with a PRIME MD diagnose. In ki square test, a significant association was found between chronic diseases and emotional disorder, alcohol abuse and somatization disorder diagnoses.
Conclusion: Psychiatric examinations should also be done in cases with chronic diseases when their physical examination was performed.

Keywords: Chronic diseases, psychiatric disorders, sociodemographic factors, PRIME MD scale

GİRİŞ

Kronik tıbbi hastalıklara sahip hastalarda, ruhsal bozuklukların mevcut hastalığa eşlik etme olasılığı vardır. Kronik tıbbi hastalığa bağlı stresler yanında sosyodemografik etmenler kişilerde özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara neden olabilirler.[8,24,46,55].

Yapılan bir çalışmada; depresyonu olan hastaların % 69.5'inde en az bir kronik hastalık bulunurken, olmayanlarda bu oran %52.9 bulunmuştur. Bu çalışmada; kronik bedensel hastalığı olanların % 22.9'unda, olmayanların % 12.1'inde bir ruhsal bozukluğa rastlanmıştır[36].

Yapılan çalışmalarda, cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin, ruhsal bozuklukların prediktörlerinden olduğu belirtilmektedir. Bunların bir kısmı "cinsiyet" gibi değiştirilemez nitelikte iken; bazı değişkenler uygun önlemlerle ortadan kaldırılabilir niteliktedir[6,22]

Belçika'da PRIME MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçeği kullanılarak, 2316 hastayla yapılan bir çalışmada; erkeklerin yüzde 40.8'inde, kadınların ise yüzde 43.8'inde ruhsal bozukluk saptanmıştır. En sık konulan tanıların ise; depresyon (%13.9), distimi (%12.6), multisomatoform bozukluk (%12.7), yaygın anksiyete bozukluğu (%10.3) ve alkol sorunları olduğu bildirilmiştir (%10.1)[22].

Yapılan çalışmalarda diyabet ve depresyon komorbiditesine dikkat çekilmiş, mevcut komorbiditenin diyabetli hastalarda artmış mortalite ile güçlü bir ilişkide olduğu belirtilmiştir[6,25,26,30].

Benzer şekilde Romatoid Artrit (RA) ve osteoartrit tanısı almış hastalarda yapılan bir çalışmada, romatoid artrit hastalarında depresif belirtilerin daha sık olduğu ve romatoid artritli hastalarda depresyon düzeyinin yeti yitimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada romatoid artrit hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve bozuklukların erken dönemde saptanmasının tedaviye uyumu ve prognozu olumlu yönde etkileyeceği de vurgulanmıştır[5].

Hemodiyaliz (HD) tedavisi alan kronik renal yetmezlikli (KRY) hastalarda yapılan bir çalışmada; son dönem renal yetmezliği olan hastalarda depresyonun yaygın ve artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada; en sık konan tanıların da %35 ile majör depresif nöbet ve %20 ile yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, diğer yandan da ruhsal morbidite ile ilişkili tek değişkenin eğitim düzeyi olduğu ve eğitim düzeyindeki düşmeyle ruhsal bozuklukların arttığı belirlenmiştir[48].

Kanser hastalarında; depresyon ve anksiyete en önemli psikopatolojik komorbiditedir[14,19,45]. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %47'sinde herhangi bir DSM-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- III, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı III) kriterlerine göre ruhsal bozukluk tanısının olduğu bildirilmiştir[19]. Yapılan çalışmalarda

anksiyete bozukluğu %17,7-27, depresyon 8,7-9,9 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (14,45). Kanser hastaların da psikolojik açıdan taranmasının önemi vurgulanmaktadır[19].

Hipertansiyon hastaları ile yapılan bir çalışmalarda hipertansiyon hastaları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmaz iken, anksiyete ve hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur[28,32]. Bazı çalışmalarda ise bu ilişki net olarak ortaya konamamış ve çelişkili sonuçlar elde edilmiştir[18].

Toplumda yaygın olarak görülen ve yıkıma yol açabilen ruhsal bozuklukların ortaya çıkarılması, gerekli sağlık hizmetlerinin planlanmasının, ruhsal bozukluklarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi; bu konuda koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının önünü açabilecektir.

Çalışmamızın amacı, PRIME MD ölçeği kullanarak, diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit, hemodiyaliz tedavisi alan renal yetmezlik ve kanser tanısı olan hastalarda ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik verilerle ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı polikliniklerinde gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya 15 Eylül 2006 ve 15 Eylül 2007 tarihleri arasında; Dahiliye ana bilim dalı tarafından takip edilen 18-65 yaş arası hastalar dahil edildi. Polikliniğe başvuran hastalar rasgele olarak yaz mevsiminde temmuz, sonbahar mevsiminde eylül, kış mevsiminde şubat, bahar mevsiminde ise nisan ayları seçilerek belirlendi ve böylece mevsimsel etkiler standardize edilmeye çalışıldı. Seçilen aylarda 1. hafta pazartesi, çarşamba, cuma, ikinci hafta ise salı, perşembe günlerinde ilgili polikliniğe başvuran hastlardan sistematik örnekleme ile rasgele olarak seçildi. Hasta grupları; tanısı kesinleşmiş hastalardan belirlendi. Genel Dahiliye polikliniği tarafından takip edilen hipertansiyonu olan 115 hasta, Nefrolji Bilim Dalı tarafından takip edilen ve hemodiyalize giren 76 kronik renal yetmezlik hastası, Medikal Onkoloji Bilim Dalı tarafından takip edilen kemoterapi alan 96 kanser hastası, Romatoloji Bilim Dalı takibinde olan 82 Romatoid Artrit hastası ve Endokrinoloji Bilim Dalı tarafından takip edilen toplam 55 tip 1 ve tip 2 Diyabetes Mellitus hastasından oluşan toplam 424 hasta çalışmaya dahil edildi. Ek şiddetli bir tıbbi hastalığı olanlar, ruhsal durum bozukluğu tanısı olanlar, son bir aydır psikotrop ilaç kullananlar ve çalışmayı kabul etmeyen 78 hasta, çalışma dışı bırakıldı. Daha önce tanısı konmuş çeşitli nedenlere bağlı ruhsal bozukluğa ve ek kronik fiziksel hastalığa sahip hastaların dışlanması ile kronik hastalığa bağlı ruhsal bozuklukların sıklığının ortaya konması ve aralarında ilişkinin ortaya çıkarılması amaçlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara, aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra sosyodemografik veri formu ve PRIME MD ölçeği uygulandı. Uygulama sonunda psikiyatrik tedavi gereksinimi olduğu düşünülen ve PRIME MD tanısı olanlar Psikiyatri Ana bilim dalı ile görüşülerek yeniden değerlendirme için polikliniğe yönlendirildi.

Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyodemografik verilerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş soru formudur. Çalışmaya katılan 424 hastaya uygulanmıştır.

Prime MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu)

PRIME MD, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve olası alkol kötüye kullanımı gibi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında (BBSK) en yaygın görülen ruhsal bozuklukların kısa sürede ve doğru olarak teşhisi için tasarlanmış bir görüşme

ölçeğidir. Ölçek Spitzer ve arkadaşları[7,41] tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik-güvenirlik çalışması Abay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmalarda yararlı görülmüş ve yaygın olarak kullanılmıştır[1].

Kolay ve çabuk uygulanabilmesi olumlu yanı olmakla birlikte, eşik altı belirtilerin de hastalık olarak tanınabilmesi ve bu nedenle ruhsal bozukluk sıklığının bir miktar yüksek çıkmasına yol açması ölçeğin sınırlamalarıdır[1,7,23].

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, SPSS 11.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilmesinde ilk olarak tanımlayıcı analiz kullanılmıştır. Tanımlayıcı analiz; istatistiksel analizlere başlamadan önce, değişkenlerin genel yapısı ve özellikleri hakkında bilgi edinmeye yaramaktadır. Ayrıca, toplanan bilgilerin sağlığı konusunda da bilgi verebilmektedir. Bu aşamalarda özetle; nitel verilerde n, yüzdelik değerler olarak tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Kategorik yapıdaki veri setlerinede, Chi-sqare testleri uygulanmıştır. $P<0.05$ olasılık değerleri önemli olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 424 hastanın 254'ü kadın, 170'i erkekti. Çalışmaya katılan hastaların 115'i HT, 96'sı kanser, 82'si RA, 76'sı hemodiyaliz (HD), 55'i DM hastasıydı. Hastaların 341'i evli iken, 30'u bekar, 53'ü de dul olarak tespit edildi. Çalışmaya katılanların 23'ü okuma yazma bilmez iken, en sık olarak 274 hastanın ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerin 206'sının ev hanımlarından oluştuğu gözlenmiştir.

Polikliniklere başvuran ve çalışmaya dahil olan 424 hastanın 175'inde en az bir PRIME MD tanısı konulmuştur. Çalışmaya katılan 174 erkek hastanın 54'ü, 254 kadın hastanın 121'i herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Çalışmamızda en yaygın olarak saptanan ruhsal hastalıklar, duygudurum bozuklukları olmuştur ve katılımcıların % 33.3'ünde saptanmıştır. Majör depresyon, en yaygın görülen ruhsal bozukluk olmuş ve % 20.5 oranında saptanmıştır. Anksiyete bozuklukları, katılanların %24.3'ünde, somatoform bozukluklar %17.2'sinde ve olası alkol kötüye kullanımı da %3.1'inde saptanmıştır.

Cinsiyet ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu tanıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Anksiyete modülü tanıları kadın cinsiyette ($\chi h^2=15.301$, sd. = 4, $p<0.001$), alkol modülü tanıları ise erkeklerde daha sık görülmüştür ($\chi h^2 =1107$, sd. = 1, $p <0.01$). PRIME MD tanılarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Tanıların yaşa göre dağılımlarına bakıldığında; ruhsal bozukluk tanılarının %42'si 50 yaş ve üstünde gözlenmiştir. Tanıların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Eğitim durumlarına göre PRIME MD tanılarına bakıldığında en sık PRIME MD duygudurum modül tanısı lise eğitimi alan grupta (% 46.4) konmuştur. Yapılan ki kare analizinde anksiyete tanıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır $\left(\chi_h^2 = 27.720,\ sd. = 12,\ p < 0.01\right)$. PRIME MD tanılarının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Medeni duruma göre PRIME MD tanılarına bakıldığında duygurum bozukluğu tanıları, OAKK tanısı, anksiyete modulü tanıları en sık bekar hasta grubunda görülürken (sırasıyla %43.3, %6.7, %26.7) somatoform modülü tanıları ise en sık dul hasta grubunda (%20.8) görülmüştür. Medeni durum ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk tanıları ile medeni

durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kronik bedensel hastalıklar ve PRIME MD tanıları arasındaki istatistiksel değerlendirmede; Yapılan ki kare analizinde duygudurum bozukluğu(χh^2 =39.577, sd.= 24, $p < 0.05$), alkol kullanım bozukluğu ($\chi h^2 = 9.883$, sd. = 4, $p < 0.05$) ve somatizasyon bozukluğu ($\chi h^2 = 42.685$, sd. = 20, $p < 0.01$ tanıları ile kronik bedensel hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

PRIME MD tanıları hastalık gruplarına göre değerlendirildiğinde; Duygudurum modülü tanılarına göre kanser hastalarının %82.3'ünde herhangi bir duygudurum tanısı gözlenmezken, RA'lı hastaların %54.9'unda herhangi bir duygudurum tanısına rastlanmamıştır. Major depresif bozukluk, duygudurum tanıları içinde en sık konulan tanıdır. Toplam 87 hastaların (%20.5) bu tanıyı almıştır. Major depresif bozukluk %30.5 ile en sık RA'lı hastalarda görülürken, en düşük olarak %12.5 ile kanser hastalarında görülmüştür. Bu sonuçlara göre en sık konulan ikinci duygudurum tanısı olan minor depresif bozukluk tanısı (%7.8) ise %11.5 ile en sık HT hastalarında görülmüştür.

PRIME MD'deki anksiyete modülüne göre tanılar değerlendirildiğinde ise hastaların % 75.7'sinde herhangi bir tanı konmazken, BTA anksiyete bozukluğu % 11.8 ile en sık konulan tanı olmuştur. Bu modülde herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı en fazla % 36.6 ile RA hastalarında konulmuştur. RA hastalarında gözlenen en sık tanı, BTA anksiyete bozukluğu (% 18.3) olmuştur. BTA anksiyete bozukluğuna DM hastalarında % 10.9, HT hastalarında % 12.2, kanser hastalarında % 7.3 ve HD hastalarında % 10.5 olarak rastlanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı %14.6 ile en sık RA hastalarında konulurken, bu tanıya en az % 2.1 ile kanser hastalarında rastlanmıştır. Panik bozukluk tanısına DM, RA, kanser hastası hastalarında rastlanmazken, HT ve HD hastalarında sırasıyla % 1.7, % 2.6 olarak panik bozukluk tanısı konmuştur.

Alkol kötüye kullanımı açısından hastalar değerlendirildiğinde RA'lı hastalarda bu tanı hiç konmazken, HT hastalarında % 7.0, DM hastalarında % 3.6, HD hastalarında % 2.6 olası alkol kötüye kullanımı tanısı konmuştur.

424 hastanın 351'inde herhangi bir somatoform tanısı konmamıştır. Somatoform bozukluk tanısı en sık olarak RA hasta grubunda konmuştur. Konulan tanılar içinde en sık karşılaşılan tanı, % 6.1 ile BTA somatoform bozukluk olup, bu tanıya en sık %10.9 ile DM hastalarında ve sonrasında % 10.5 ile HD hastalarında rastlanmıştır. Kronik ağrı bozukluğu tanılarına en sık olarak sırasıyla % 11.3 ve % 6.1 ile HT ve RA hastalarında rastlanmıştır. PRIME MD tanılarının kronik bedensel hastalık gruplarına göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 1. PRIME MD Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Modül	*PRMD Tanıları*		*Erkek*	*Kadın*	Toplam
Duygudurum	*Tanı Yok*	n	128	155	283
		%[1]	*75.3*	*61.0*	*66.7*
	Major Depresif Bozukluk	n	22	65	87
		%	*12.9*	*25.6*	*20.5*
	Minor Depresif Bozukluk	n	19	49	68
		%	*1.9*	*4.9*	*6.7*
	Distimik bozukluk	n	3	10	13
		%	*1.8*	*3.9*	*3.1*
	Majör Depresif Bozukluk- Kısmi Remisyonu –Rekürrensi (MDP KR)	n	1	4	5
		%	*.6*	*1.6*	*1.2*
	Bipolar bozukluk	n	0	2	2
		%	*0*	*.8*	*.5*
	Organik Hastalığa, Tedavi İçin Kullanılan ya da Diğer İlaçlara Bağlı Depresif Bozukluk (OHTKBDB)	n	1	0	1
		%	*.6*	*0*	*.2*
	Toplam	n	170	254	424
Olası Alkol Kötüye Kullanımı**	*Tanı Yok*	n	159	252	411
		%	*93.5*	*99.2*	*96.9*
	Olası Alkol Kötüye Kullanımı	n	11	2	13
		%	*6.5*	*.8*	*3.1*
	Toplam	n	170	254	424
Anksiyete ***	*Tanı Yok*	n	145	176	321
		%	*85.3*	*69.3*	*75.7*
	Başka Türlü Adlandırılamayan (BTA) Anksiyete Bozukluğu	n	13	37	50
		%	*7.6*	*14.6*	*11.8*
	Yaygın Anksiyete Boz	n	9	26	35
		%	*5.3*	*10.2*	*8.3*
	Panik Bozukluk (PB)	n	0	4	4
		%	*0*	*1.6*	*.9*
	Panik Bozukluk(PB)& Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	n	3	11	14
		%	*1.8*	*4.3*	*3.3*
	Toplam	n	170	254	424
Somatoform	*Tanı Yok*	n	153	198	351
		%	*90.0*	*78.0*	*82.8*
	BTA Somatoform	n	3	23	26
		%	*1.8*	*9.1*	*6.1*
	Kronik Ağrı Bozukluğu	n	9	14	23
		%	*5.3*	*5.5*	*5.4*
	Multisomatoform Bozukluk	n	2	10	12
		%	*1.2*	*3.9*	*2.8*
	Hipokondriazis	n	1	1	2
		%	*.6*	*.4*	*.5*
	Diğer	n	2	8	10
		%	*1.2*	*3.1*	*2.4*
	Toplam	n	170	254	424

[1] *Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.*
** p<0.01
*** p<0.001

Tablo 2. PRIME MD Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

PRIME- MD		Yaş Aralığı						Toplam
		18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 ve üstü	
Tanı Var	n	5	15	36	45	42	32	175
	%[1]	*71.40*	*46.90*	*58.10*	*45.00*	*34.40*	*31.70*	*41.30*
Tanı Yok	n	2	17	26	55	80	69	249
	%	*28.60*	*53.10*	*41.90*	*55.00*	*65.60*	*68.30*	*58.70*
Toplam	n	7	32	62	100	122	101	424
	%	*100.00*	*100.00*	*100.00*	*100.00*	*100.00*	*100.00*	*100.00*

[1] *Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.*

Tablo 3. PRIME MD Tanılarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Modül	*PRMD Tanıları*		*Okur Yazar Değil*	*İlköğretim*	*Lise*	*Y.Okul-Üniversite*	Toplam
Duygudurum	***Tanı Yok***	**n**	16	185	37	45	283
		%[1]	*69.6*	*67.5*	*53.6*	*77.6*	*66.7*
	Major Depresif Bozukluk	**n**	5	54	22	6	87
		%	*21.7*	*19.7*	*31.9*	*10.3*	*20.5*
	Minor Depresif Bozukluk	**n**	0	22	5	6	33
		%	*0*	*8.0*	*7.2*	*10.3*	*7.8*
	Distimik bozukluk	**n**	2	9	2	0	13
		%	*8.7*	*3.3*	*2.9*	*0*	*3.1*
	MDP KR	**n**	0	2	3	0	5
		%	*0*	*.7*	*4.3*	*0*	*1.2*
	Bipolar bozukluk	**n**	0	1	0	1	2
		%	*0*	*.4*	*0*	*1.7*	*.5*
	OHTKBDB	**n**	0	1	0	0	1
		%	*0*	*.4*	*0*	*0*	*.2*
	Toplam	**n**	23	274	69	58	424
Alkol	***Tanı Yok***	**n**	22	269	64	56	411
		%	*95.7*	*98.2*	*92.8*	*96.6*	*96.9*
	OAKK	**n**	1	5	5	2	13
		%	*4.3*	*1.8*	*7.2*	*3.4*	*3.1*
	Toplam	**n**	23	274	69	58	424
Anksiyete**	***Tanı Yok***	**n**	16	216	38	51	321
		%	*69.6*	*78.8*	*55.1*	*87.9*	*75.7*
	BTA Anksiyete	**n**	4	29	14	3	50
		%	*17.4*	*10.6*	*20.3*	*5.2*	*11.8*
	Yaygın Anksiyete	**n**	1	21	10	3	35
		%	*4.3*	*7.7*	*14.5*	*5.2*	*8.3*
	Panik Bozukluk	**n**	0	2	2	0	4

		%	*0*	*.7*	*2.9*	*0*	*.9*
	PB&YAB	**n**	2	6	5	1	14
		%	*8.7*	*2.2*	*7.2*	*1.7*	*3.3*
	Toplam	**n**	23	274	69	58	424
Somatoform	***Tanı Yok***	**n**	18	227	53	53	351
		%	*78.3*	*82.8*	*76.8*	*91.4*	*82.8*
	BTA Somatoform	**n**	2	17	5	2	26
		%	*8.7*	*6.2*	*7.2*	*3.4*	*6.1*
	Kronik Ağrı Bozukluğu	**n**	1	16	5	1	23
		%	*4.3*	*5.8*	*7.2*	*1.7*	*5.4*
	Multisomatoform boz	**n**	1	4	5	2	12
		%	*4.3*	*1.5*	*7.2*	*3.4*	*2.8*
	Hipokondriazis	**n**	0	2	0	0	2
		%	*0*	*.7*	*0*	*0*	*.5*
	Diğer	**n**	1	8	1	0	10
		%	*4.3*	*2.9*	*1.4*	*0*	*2.4*
	Toplam	**n**	23	274	69	58	424

[1] *Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.*

Tablo 4. PRIME MD Tanılarının Hastalıklara Göre Dağılımı

Modül	***PRMD Tanıları***		***DM***	***HT***	***RA***	***Kanser***	***HD***
Duygudurum *	***Tanı Yok***	**n**	39	74	45	79	46
		%[1]	*70.9*	*64.3*	*54.9*	*82.3*	*60.5*
	Major Depresif Bozukluk	**n**	12	21	25	12	17
		%	*21.8*	*18.3*	*30.5*	*12.5*	*22.4*
	Minor Depresif Bozukluk	**n**	2	13	7	3	8
		%	*3.6*	*11.3*	*8.5*	*3.1*	*10.5*
	Distimik Bozukluk	**n**	1	6	3	1	2
		%	*1.8*	*5.2*	*3.7*	*1.0*	*2.6*
	MDP KR	**n**	0	0	2	0	3
		%	*0*	*0*	*2.4*	*0*	*3.9*
	Bipolar Boz.	**n**	1	1	0	0	0
		%	*1.8*	*.9*	*0*	*0*	*0*
	OHTKBDB	**n**	0	0	0	1	0
		%	*0*	*0*	*0*	*1.0*	*0*
	Toplam	**n**	55	115	82	96	76
Olası Alkol Kötüye Kullanımı*	***Tanı Yok***	**n**	53	107	82	95	74
		%	*96.4*	*93.0*	*100.0*	*99.0*	*97.4*
	Olası Alkol Kötüye Kullanımı	**n**	2	8	0	1	2
		%	*3.6*	*7.0*	*0*	*1.0*	*2.6*
	Toplam	**n**	55	115	82	96	76
Anksiyete	***Tanı Yok***	**n**	45	84	52	84	56
		%	*81.8*	*73.0*	*63.4*	*87.5*	*73.7*
	BTA Anksiyete Boz	**n**	6	14	15	7	8

		%	*10.9*	*12.2*	*18.3*	*7.3*	*10.5*
	Yaygın Anksiyete Boz	**n**	2	11	12	2	8
		%	*3.6*	*9.6*	*14.6*	*2.1*	*10.5*
	Panik Bozukluk	**n**	0	2	0	0	2
		%	*0*	*1.7*	*0*	*0*	*2.6*
	PB&YAB	**n**	2	4	3	3	2
		%	*3.6*	*3.5*	*3.7*	*3.1*	*2.6*
	Toplam	**n**	55	115	82	96	76
Somatoform **	***Tanı Yok***	**n**	44	88	62	95	62
		%	*80.0*	*76.5*	*75.6*	*99.0*	*81.6*
	BTA Somatoform	**n**	6	7	5	0	8
		%	*10.9*	*6.1*	*6.1*	*0*	*10.5*
	Kronik Ağrı Bozukluğu	**n**	1	13	5	0	4
		%	*1.8*	*11.3*	*6.1*	*0*	*5.3*
	Multisomatoform	**n**	3	3	4	1	1
	Bozukluk	*%*	*5.5*	*2.6*	*4.9*	*1.0*	*1.3*
	Hipokondriazis	**n**	0	1	1	0	0
		%	*0*	*.9*	*1.2*	*0*	*0*
	Diğer	**n**	1	3	5	0	1
		%	*1.8*	*2.6*	*6.1*	*0*	*1.3*
	Toplam	**n**	55	115	82	96	76

[1] *Yüzdeler, sütün yüzdelerini göstermektedir.*
** p< 0.01; * p< 0.05

TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınlarda daha fazla PRIME MD tanısı konmuştur. Çalışmaya katılan 174 erkeğin 54'ünde en az bir ruhsal bozukluk tanısına rastlanmış iken; çalışmaya dahil olan 254 kadın hastanın 121'inde tanı konulmuştur. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları kadınlarda daha sık görülürken, alkol sorunlarına erkeklerde daha sık rastlanmıştır. Çalışmamızda ortaya çıkan bu bulgular; hem kronik hastalığa sahip bireylerde hemde genel populasyonla yapılan çalışmalarla da uyumludur[7,11,37].

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; ruhsal bozukluk tanıları lise ve altı eğitim grubunda toplanmış görünmekte olup bu durum literatürle uyumlu görünmektedir[5,44]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak; evli olanlarda ruhsal bozukluk yaygınlığı daha düşük bulunurken tanıların çoğunluğu 50 yaş ve üzerinde belirlenmiştir[9,44].

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının %28,7 ile %46 arasında olduğu gösterilmiştir[10,20]. Yayınlanan bir metaanalizin verilerine göre kanser hastalarının %15-40'ı klinik anksiyete ve/veya depresyon geliştirebilirler[51]. Çalışmalara göre kanser hastalarında depresyon sıklığı %10-14 arasındadır[13,15]. Bizim çalışmamızda kanser hastalarında duygudurum modülü tanılarının varlığı %17.7 ve major depresyon tanısı %12.5 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ile hastalarımızda ki duygudurum bozukluğu yaygınlığının literatür ile uyumlu olduğu düşünülebilir.

Kanser tanısı ve tedavileri, anksiyete düzeyini ve psikolojik durumu etkileyerek, yaşam kalitesinde ve tedaviye uyumda bozulmalara yol açabilir[49,53]. Bizim çalışmamızda kanser hastalarının %12,5 inde herhangi bir anksiyete modülü tanısı saptanmıştır ve bu da literatür ile uyumlu görünmektedir[45,51]. Kanser hastalarında ruhsal bozukluklar ile ilgili nedenler olarak; yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri gibi hastayla ilgili özellikler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, kariyer, evlilik gibi yaşam hedeflerine ne oranda engel olduğu, geçmişte ki psikiyatrik hastalık varlığı, yetersiz destek, tedavi nedenli toksisite ve komplikasyonlar, fiziksel belirtilerin şiddeti ve vücut algısı ile ilgili problemler gibi değişkenler ve tedavileri ekonomik olarak karşılayabilme gücü gibi çevresel özellikler ile ilişkili olabilir[33].

RA hastalarında diğer hastalık gruplarına göre yüksek oranda herhangi bir duygudurum bozukluk tanısı (%45.1) ve herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı (%36.6) bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda RA hastalarında ağrı ile anksiyete ve depresyonun her ikisi ile hem ölçülen ağrı hem de hastaların ağrı algısı arasında yüksek pozitif korelasyon saptanmıştır[2,34,43,52]. Bizim çalışmamızda da ağrı ve beraberinde gelen ağrı algı bozukluğunun yüksek yaygınlıkta etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda depresyon yaygınlığı %25-50 olarak, anksiyete bozuklukları ise %11.8-27 oranında[13,51] bulunmuştur(16,40,48). Bizde ki hastalık oranları ile karşılaştırıldığında duygudurum bozukluğu (%39.5) tanıları ve anksiyete bozukluğu (%26.3) tanıları literatür ile uyumludur.

HT hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığın yaygınlığından çok ruhsal bozuklukların hastalık üzerine olan etkilerine ve ruhsal hastalığa sahip bireylerde tansiyon hastalığının kontrol zorluğuna değinilmiştir. Öfke, anksiyete ve depresyonun, hipertansiyon üzerinde belirgin fakat orta derecede etkileri olduğu bulunmuştur[18,28,47,50]. HT hastalarımızda çıkan ruhsal durum bozukluklarında hastalığın etkilerinin de olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmalarda; DM'li hastalara en sık eşlik eden ruhsal bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğunu belirtmiştir[6,25,42]. Bizim yaptığımız çalışmada DM'u olan hasta grubunda görülen ruhsal bozukluklarda; komplikasyon varlığı ve hastalığa bağlı stresin etkili olduğunu düşünmekteyiz[6,25,42].

Ruhsal bozukluklar ve fiziksel hastalık komorbiditesi, araştırması süren bir konudur. Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı ruhsal durum bozukluğu riskinde artış ile ilişkilendirilmektedir. Hipertansiyon depresyon için bir risk faktörü iken romatoid artrit ve diabetes mellitusu olan hastalarda artmış duygudurum ve anksiyete bozuklukları görülmektedir. Kronik fiziksel hastalık ve depresyon veya anksiyete komorbiditesi hastalığın tedavi sürecinde medikal semptomlarda belirgin artış ile ilişkilidir[54]. Genel fiziksel hastalıklar incelendiğinde fizyolojik ölçümler hastalık şiddeti hakkında daha objektif fikir verebilirken somatik yakınmalar özellikle ağrı anksiyete ve depresyonla ilişkili olabilir. Tüm hastalık tiplerinde komorbid anksiyete ve depresyona sahip hastalar somatik semptomlar ve herhangi bir vücut hastalığına spesifik olmayan semptomlarla başvurabilirler. Fiziksel hastalığa komorbid olan anksiyete ve depresyon tüm medikal semptomlarda artış ile ilişkilendirilirken bu hastalarda tedaviye uyumda azalmıştır[38].

Kronik fiziksel hastalığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada hastalarda %56.8 oranında mevcut hastalığa ek olarak herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı bulunmuştur. Hastalık gruplarına göre somatoform bozukluk sıklığına da bakılmış ve hastalık gruplarına göre %6.6-28.5 oranında somatoform bozukluk bulunmuştur. Bu çalışmada yine bizim

sonuçlarımızla benzer şekilde en az somatoform bozukluk tanısı; kanser tanısı olan hasta grubunda konmuştur. Bu durum hastaların yakınmalarını psikolojik faktörlerden çok bedensel faktörlere bağlamalarıyla ilişkilendirilmiştir[29]. Somatizasyon, aynı zamanda hastaların tıbbi yardımı çeşitli semptomlar yoluyla aramasından kaynaklanan bir davranış biçimi olarak da düşünülmektedir[39].

Kronik hastalığa sahip olan hastalar, hastane ve toplum bakımına gerek duyarlar. Bu hastalar, fizik, sosyal ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu hastalarda hastalığın getirdiği stresin yanında eşlik eden ruhsal bozukluklarda hastalığın seyrini ve kontrolünü güçleştirir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da kronik bedensel hastalıklar ile ruhsal bozukluk komorbiditesine dikkat çekilmiş ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur[17,18,19,20,30,44].

Kronik bedensel hastalıklar toplumda önemli bir sorundur. Tedavi gören hastaların psikiyatrik sorunlarının hastaların hastanede yatış sürelerini, tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkilediği bilindiği halde, psikiyatrik konsültasyon isteme oranları yeterli düzeyde değildir[35].

Kronik bedensel hastalık tanısı konulan hastalar, hastalıklarına ve tedavi programlarına göre yaşamlarını tekrar düzenlemek zorunda kaldıklarından hastalıkları, bağımsızlıklarını, yaşam biçimlerini, kendilerini ve diğer insanları algılayışlarını etkileyebilmektedir. Kronik bedensel hastalıklar bazı hastalarda depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Duygudurum, anksiyete ve somatoform bozukluklarının, kronik hastalıklarla birlikte olması bu hastalıkların tanısının konmasında gecikmeye neden olabilir[29].

Kronik bedensel hastalıklarla bağlantılı olan fiziksel değişimler ruhsal bozuklukları tetikleyebileceği gibi, hastalıkların beraberinde getirdiği zorluklara karşı psikolojik olarak tepki de veriyor olabilirler[8,24,46,55].

Çeşitli ruhsal bozuklukları tanıyabilecek, sevk ve tedavi edebilecek eğitimli pratisyen hekimler ve aile hekimleri ruhsal bozuklukların yaygınlığına karşı daha bilinçli olmalıdır. Kronik hastalığa sahip olduğu için polikliniklerde takip edilen bu hastaların psikiyatrik destek almaya daha çok ihtiyaçları olduğu açıktır. Bu yüzden, hekim, zaten kronik bedensel hastalık yüzünden çeşitli streslere maruz kalan bu hastaları ruhsal durum açısından da değerlendirmeyi unutmamalıdır. Hastaların en azından rutin kontrolleri sırasında ruhsal durum muayenelerinin yapılması, bu hastaların erken tanınması ve uygun tedaviyi almaları yönünden önemlidir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları ise: gruplara alınan vaka sayısının kısmen az oluşu ve ek şiddetli bir tıbbi hastalığı olanların, ruhsal durum bozukluğu tanısı olanların, son bir aydır psikotrop ilaç kullananların çalışmaya kabul edilmemesidir. Benzer yöntemle yapılmış ve kabul görmüş çalışmalar olmasına rağmen[3,4,21,27,31] bu şekilde bazı ruhsal bozuklukların görülme oranı değişmiş ve/veya relatif olarak hafif derecede olan hastalıklar da saptanmış olabilir. Kronik hastalıklar ile ruhsal bozuklukların ilişkisini araştıran geniş çaplı, başka hasta gruplarının da dahil edildiği randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

İletişim:
Uğur Bilge
E-mail: dr_ubilge@windowslive.com

Gönderilme Tarihi: 26 Mart 2012
Revizyon Tarihi: 20 Nisan 2012
Kabul Tarihi: 25 Nisan 2012

The Online Journal of Neurological Sciences (Turkish) 1984-2012
This e-journal is run by Ege University Faculty of Medicine,
Dept. of Neurological Surgery, Bornova, Izmir-35100TR
as part of the Ege Neurological Surgery World Wide Web service.
Comments and feedback:
E-mail: editor@jns.dergisi.org
URL: http://www.jns.dergisi.org
Journal of Neurological Sciences (Turkish)
Abbr: J. Neurol. Sci.[Turk]
ISSNe 1302-1664

KAYNAKLAR

1. *Abay E, Aklın T, Aydın H. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri uygulamasında Anksiyete Bozuklukları. Anksiyetenin ABC'si.1995;2: s-2.*
2. *Affleck G, Tennen H, Urrows S ve ark. Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: a prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. Health Psychol 1991; 10: 419-26.*
3. *Aksu G, Hocaoğlu Ç. Mastalji yakınmasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması. Klinik Psikiyatri 2004;7:95-102*
4. *Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z ve ark. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. Romatizma, Cilt: 19, Sayı: 1, 2004*
5. *Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N ve ark. Romatoid artrit ve osteoartrit hastalarında yetiyitimi ve depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007;17: 24-29*
6. *Anderson RJ, Clouse RE, Freedland KE ve ark. The prevalance of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care 2001; 24: 1069-1078.*
7. *Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F ve ark. High prevalance of mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders 2004; 78(1):49-55.*
8. *Arıkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. Klinik Gelişim 2004; 17:77-86.*
9. *Ateşci FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı. Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):148-156)*
10. *Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B ve ark. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2):145-52.*
11. *Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(2):115-124.*
12. *Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10:163-172.*
13. *Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management. Psycho-oncology. 1998;7:112-120.*
14. *Carroll BT, Kathol RG, Noyes R ve ark. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. General Hospital Psychiatry Volume 15, Issue 2, 1993 March, Pages 69-74*
15. *Costantini M, Musso M, Viterbori P ve ark.Detecting psychological distress in cancerpatients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Support Care Cancer (1999) 7:121–127*
16. *Craven JL, Rodin GM, Littlefield C.The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. Int J Psychiatry Med. 1988;18(4):365-74.*
17. *Cukor D, Coplan J, Brown C ve ark. "Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients" Clin J Am Soc Nephrol 2: 484-490, 2007*
18. *Delaney JAC, Oddson BE, Kramer H ve ark. "Baseline Depressive Symptoms Are Not Associated With Clinically Important Levels of Incident Hypertension During Two Years of Follow-Up" The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis Hypertension. 2010;55:408-414*
19. *Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J ve ark. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983 Feb 11;249(6):751-7.*
20. *Derogatis LR. Psychology in cancer medicine: A perspective and overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986;54:632–638.*
21. *Di Marco F, Verga M, Reggente M ve ark. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. Respir Med. 2006 Oct;100(10):1767-74.*
22. *Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi.2000;11:198-203.*
23. *Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi.2000;11:198-203.*
24. *Drozd W, Wojnar M, Araszkiewicz A ve ark. The prevalance of depressive disorders in primary care in Poland. Wiad Lek. 2007;60(3-4):109-13.*
25. *Engum A, Holen A, Mykletun A ve ark. Depression and diabetes. Diabetes Care 2005; 28: 1904-1909.*
26. *Eren İ, Erdi Ö, Özcankaya R. Tip II diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(3): 184-191.*
27. *Fava M, Rankin MA, Wright EC et al. Anxiety disorders in major depression. Compr Psychiatry. 2000 Mar-Apr;41(2):97-102.*
28. *Friedman MJ, Bennet PL. Depression and Hypertension Psychosomatic Medicine Vol. 39, No. 2 (March-April 1977)*
29. *Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. Gen Hosp Psychiatry. 2010 May-Jun;32(3):240-5.*
30. *Gülseren L, Gülseren Ş, Hekimsoy Z ve ark. Major depresif bozukluğu olan diabetes mellituslu hastalarda fluoksetin ve paroksetinin depresyon-anksiyete, yaşam kalitesi, yeti yitimi ve metabolik*

kontrol üzerine etkisi: Tek-kör karşılaştırılmalı bir çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001; 11(1): 1-10.

31. *Gültekin Z, Pınar G, Pınar T ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası hematoloji – onkoloji dergisi Sayı:2, cilt:18, 2008 s:99-106*
32. *Hamer M, Batty DG, Stamatakis E ve ark. Hypertension Awareness and Psychological Distress Hypertension. 2010;56:547-550.)*
33. *Harrison J, Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in canser patients. The British Journal of Psychiatry. 1994;165:593–598.*
34. *Hawley DJ, Wolfe F. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. J Rheumatol 1988; 15:932-41.*
35. *Hocaoğlu Ç, Kaya A, Aksu G ve ark. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi. Psikiyatri, 2005 ;17(4): 101-104.*
36. *Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Ayrancı Ü. Temel sağlık hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler 5US Yayınları; 2002.*
37. *Karaer Ş, Kuğu N, Doğan O ve ark. Sivas il merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının epidemiyolojisi, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve eksen I tanıları..2003;41(3):131-142.*
38. *Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Mar-Apr;29(2):147-55.*
39. *Kesebir S.Depresyon ve somatizasyon. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 1:14-19*
40. *Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients J Psychosom Res. 1985;29(1):23-31.*
41. *Linzer M, Spitzer R, Kroenke K ve ark. Gender, "Quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study". Am J Med.1996;101(5):526-33.*
42. *Lloyd CE, Brown FJ. Depression and diabetes. Curr Women's Health Rep 2002; 2:188-193.*
43. *Mattusek S, Raspe HH. Arthritic pain and psychological distress in patients with chronic polyarthritis. Z Rheumatol 1989; 229-35.*
44. *McGrady A,Lynch DJ,Nagel RW ve ark. Coherence Between Physician Diagnosis and Patient Self Reports of Anxiety and Depression in Primary Care. The Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 198, Number 6, June 2010 (420-424)*
45. *Moorey S, Greer S, Watson M ve ark. The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Cancer. British Journal of Psychiatry(1991),158,255-259*
46. *Özmen E, Ögel K, Sağduyu A ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(1):23-32.*
47. *Sadock B,Sadock V. Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins 2007: s.2113-20.*
48. *Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S ve ark. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(1): 22-31.*
49. *Scheier AM, Williams SA. Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. Oncology Nursing Forum 31. 2004 (1):127–130.*
50. *Schmitz N, Thefeld W, Kruse J. Mental disorders and hypertension: factors associated with awareness and treatment of hypertension in the general population of Germany. Pschosom Med. 2006;68(2):246-52.*
51. *Sheard T, Maguire P.The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British Journal of Cancer (1999) 80(11), 1770–1780*
52. *Smedstad LM, Vaglum P, Kvien TK ve ark. The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid Arthritis. J Rheumatol 1995; 22: 514-520.*
53. *Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assesssing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. Palliative Medicine. 2003;17:509–513.*
54. *Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses.Diabetes Care. 2003 Aug;26(8):2311-7.*
55. *Yazıcı O. Depresif Bozukluklarda Eştanı (Komorbidite). Psikiyatri Dünyası 2001;5:89-96.*