

**T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ**

**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**ANABİLİM DALI BAŞKANI  
Prof. Dr. RAHİM KUCUR**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA  
DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ YAYGINLIĞI**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. FATİH KAYHAN**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. RAHİM KUCUR**

**KONYA  
2011**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>I</b>
<b>KISALTMALAR</b>	<b>IV</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>V</b>
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ .....	2
2.2. DEPRESYON .....	4
2.2.1. Tanım .....	4
2.2.2. Etyolojisi .....	4
2.2.3. Klinik Özellikleri .....	4
2.2.4. Major Depresyon Tanı Kriterleri .....	5
2.2.5. Depresyon epidemiyolojisi .....	5
2.2.6. Depresyonun Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaygınlığı .....	5
2.2.7. Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Depresyonun Görülmesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler .....	7
2.2.7.1. Cinsiyet .....	7
2.2.7.2. Eğitim Düzeyi .....	7
2.2.7.3. Medeni Durum .....	8
2.2.7.4. Yaş .....	8
2.2.7.5. Sosyoekonomik Düzey .....	8
2.3. DEPRESYON VE TIBBİ HASTALIKLAR .....	10
2.3.1. Depresyon ve Kardiyovasküler Hastalıkları .....	10
2.3.2. Depresyon ve Onkolojik Hastalıklar .....	12
2.3.3. Depresyon ve Endokrinolojik Hastalıklar .....	12
2.3.4. Depresyon ve Cerrahi .....	14
2.3.5. Depresyon ve Solunum Sistemi Hastalıkları .....	15
2.3.6. Depresyon ve İskelet Kas Sistemi Hastalıkları .....	16
2.3.7. Depresyon ve Gastrointestinal Sistem Hastalıkları .....	17
2.3.8. Depresyon ve Nörolojik Hastalıklar .....	17
2.3.9. Depresyon ve Nefrolojik Hastalıklar .....	19

2. 4.	ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	20
2. 4. 1.	Tanım	20
2. 5.	PANİK BOZUKLUK VE AGORAFOBİ	20
2. 5. 1.	Panik Bozukluk Etiyoloji	20
2. 5. 2.	Panik Bozukluk ve Agorafobi Klinik Özellikleri	21
2. 5. 3.	Panik Bozukluk Epidemiyolojisi	22
2. 6.	YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	23
2. 6. 1.	Etiyoloji	23
2. 6. 2.	Tanı	23
2. 6. 3.	Epidemiyoloji	24
2. 7.	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	25
2. 7. 1.	Tanım	25
2. 7. 2.	Klinik Özellikler	26
2. 7. 3.	Tanı Ölçütleri	26
2. 7. 4.	Etiyoloji	26
2. 7. 5.	Epidemiyoloji	27
2. 8.	TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ve AKUT STRES BOZUKLUĞU	28
2. 8. 1.	Etiyoloji	28
2. 8. 2.	Klinik Özellikleri	29
2. 8. 3.	Epidemiyoloji	29
2. 9.	SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU	30
2. 9. 1.	Tanım	30
2. 9. 2.	Etiyoloji	30
2. 9. 3.	Klinik Özellikleri	31
2. 9. 4.	Epidemiyoloji	31
2. 10.	ÖZGÜL FOBİ	32
2. 10. 1.	Tanım	32
2. 10. 2.	Klinik Özellikleri ve Alt Tipleri	32
2. 10. 3.	Etiyoloji	32
2. 10. 4.	Epidemiyoloji	33
2. 11.	ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TIBBİ HASTALIKLAR	34
2. 11. 1.	Anksiyete Bozuklukları ve Kardiyovasküler Hastalıklar	34
2. 11. 2.	Anksiyete Bozuklukları ve Onkolojik Hastalıklar	35
2. 11. 3.	Anksiyete Bozuklukları ve Endokrinolojik Hastalıklar	36
2. 11. 4.	Anksiyete Bozuklukları ve Cerrahi	36
2. 11. 5.	Anksiyete Bozuklukları ve Solunum Sistemi Hastalıkları	37
2. 11. 6.	Anksiyete Bozuklukları ve İskelet Kas Sistemi Hastalıkları	37

2. 11. 7.	Anksiyete Bozuklukları ve Nörolojik Hastalıklar .....	38
2. 11. 8.	Anksiyete Bozuklukları ve Dermatolojik Hastalıklar .....	39
2. 11. 9.	Anksiyete Bozuklukları ve Nefrolojik Hastalıklar .....	40
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	41
3. 1.	ÖRNEKLERİN SEÇİMİ .....	41
3. 2.	ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ .....	41
3. 3.	ÇALIŞMANIN DIŞLAMA KRİTERLERİ .....	41
3. 4.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	41
3. 5.	HASTA BİLGİ FORMU .....	41
3. 6.	SCID-I / CV .....	42
3. 7.	HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D) ..	42
3. 8.	HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A) ...	42
3. 9.	BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....	42
3. 10.	ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN HESAPLANMASI .....	43
3. 11.	VERİLERİN TOPLANMASI VE İŞLEM .....	43
3. 12.	VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ .....	44
4.	BULGULAR .....	45
4. 1.	SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER .....	45
4. 2.	KLİNİKLERE GÖRE YATAN HASTALARIN DAĞILIMI .....	46
4. 3.	HASTALIKLAR VE TEDAVİLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER .....	47
4. 4.	BİREYSEL VE AİLESEL PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN DAĞILIMI .....	49
4. 5.	PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN KLİNİKLERE GÖRE DAĞILIMI .....	49
4. 6.	PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN TANINMA ORANLARI VE YATIŞ SÜRESİ İLE İLİŞKİSİ .....	54
4. 7.	PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİLİ ETKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI .....	55
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ .....	60
6.	ÖZET ( SUMMARY ) .....	75
7.	TEŞEKKÜR .....	77
8.	KAYNAKLAR .....	78
9.	EKLER .....	93

## KISALTMALAR:

<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases
<b>DSM-IV TR</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision
<b>DIS</b>	: Tanısal Görüşme Programı
<b>ECA</b>	: Epidemiyolojik Alan Çalışması
<b>CIDI</b>	: Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı
<b>MINI</b>	: Mini Uluslararası Tanı Görüşmesi
<b>MD</b>	: Major Depresyon
<b>NCS</b>	: Ulusal Eş Tanı Çalışması
<b>NCS-R</b>	: Ulusal Eş Tanı Çalışması Gözden Geçirme
<b>NEMESIS</b>	: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
<b>GHS-MHS</b>	: German Health Survey- Mental Supplement
<b>ESEMeD</b>	: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalıklar
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>AMİ</b>	: Akut Miyokard İnfarktüsü
<b>HPA</b>	: Hipotalamik Hipofizer Adrenal Eksen
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>SLE</b>	: Sistemik Lupus Eritematozus
<b>HBV</b>	: Hepatit B
<b>HCV</b>	: Hepatit C
<b>İBS</b>	: İrritabl Barsak Sendromu
<b>MS</b>	: Multipl Skleroz
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>PB</b>	: Panik Bozukluk
<b>BBSK</b>	: Birinci Basamak Sağlık Kurumu
<b>YAB</b>	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>SAB</b>	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
<b>SSRI</b>	: Selective Serotonin Reuptake İnhibitor
<b>MVP</b>	: Mitral Valv Prolapsusu
<b>RA</b>	: Romatoid Artrit
<b>SVO</b>	: Serebrovasküler Olay
<b>S.Ü.M.T.F</b>	: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
<b>SCID-I / CV</b>	: Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version
<b>HAM-D</b>	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
<b>HAM-A</b>	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package For The Social Sciences
<b>BTA</b>	: Başka Türü Adlandırılmayan

## TABLolar:

- Tablo 1** : Çalışma dışı bırakılan hastaların kliniklere göre dağılımı
- Tablo 2** : Çalışmaya alınan örneklemin (s=603) sosyodemografik özellikleri
- Tablo 3** : Hastaların dâhili ve cerrahi kliniklere göre dağılımı
- Tablo 4** : Hastaların servislere göre dağılımı
- Tablo 5** : Hastaların tıbbi özgeçmişleri
- Tablo 6** : Çalışmaya alınan hastalarda ilaç kullanım yaygınlığı
- Tablo 7** : Çalışmaya alınan hastalarda kronik hastalık yaygınlığı dâhil edilen hastalardan kronik hastalığa sahip olanların hastalıklara göre dağılımı
- Tablo 8** : Bireysel ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü
- Tablo 9** : Psikiyatrik bozuklukların genel, dâhili ve cerrahi kliniklere göre dağılımı
- Tablo 10** : Psikiyatrik bozuklukların hastane popülasyonundaki anlık yaygınlığı
- Tablo 11** : Psikiyatrik bozuklukların kronik hastalıklara göre dağılımı
- Tablo 12** : Psikiyatrik bozuklukların servislere göre dağılımı
- Tablo 13** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grupta Hamilton skorları ve psikotrop kullanımı
- Tablo 14** : Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda doktor başvurusu ve konsültasyon istenme oranları
- Tablo 15** : Hastaların hastaneye yatış sayıları ve süreleri
- Tablo 16** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırılması
- Tablo 17** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun hastane yatış sayı ve nedeni, tıbbi tanı yönünden karşılaştırılması
- Tablo 18** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun tıbbi hastalıklar yönünden Karşılaştırılması
- Tablo 19** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun kullandığı ilaçlar yönünden karşılaştırılması
- Tablo 20** : Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grupta bireysel ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü
- Tablo 21** : Lojistik regresyon analizi sonuçları

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Depresyon tüm dünyada %21,4'lük yaşam boyu görülme oranı ile kronik yeti yıkımına neden olan, sosyal, ailesel ve bireysel olarak yüksek maliyetlere yol açan temel halk sağlığı sorunudur (1). Depresyonlu bireyler tüm yaşamların %12'sini iş göremez halde geçirmektedir (2). Birçok Avrupa ülkesinde erken emekliliğin en sık nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (3).

Anksiyete bozuklukları toplumda sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) yaptığı araştırmada anksiyete bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %14,6 olarak bildirilmiştir (4).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı genel toplum ile kıyaslandığında tıbbi hastalığı olan bireylerde daha yüksektir. Tıbbi bir hastalığın varlığının herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığı bilinmektedir (5). Tıbbi hastalıklar ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliği hastalıkların morbidite, mortalite ve sağlık giderlerinin artmasına, hastalığa ve tedaviye olan uyumun güçleşmesine, yeti yıkımına, hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır

Anksiyete bozuklukları ile tıbbi hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (6). Anksiyete bozuklukları, tıbbi hastalıklarla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar arasında ilk sırada yer almaktadır (7). Hastalarda görülen anksiyete doğrudan bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olabileceği gibi hastalığın tetiklemesi veya uygulanmakta olan tedavilerin sonucunda ortaya çıkabilir (8).

Tıbbi hastalıklara eşlik eden psikopatolojinin psikiyatri dışı birimlerce erken doğru ve yeterince tanınmaması hatta yanlış tanınması, genel hastane psikiyatrisinin en önemli sorunlarından biridir. Hastalığın kişinin ruhsal durumunu etkileyebileceği düşüncesinin yeterince benimsenmemesi, psikiyatriye ve psikiyatrik rahatsızlıklara karşı olan ön yargılar, psikiyatriyi alternatif olarak görme bu sorunlara neden olan faktörlerdendir.

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının erken tanı ve tedavisi morbidite ve mortalitenin azalmasına yardımcı olacaktır. Araştırmamızda psikiyatrik bozuklukların yatan hastalarda tahmin edilenden daha sık görüldüğünü, erken teşhis ve tedavi edilemediğini, bunların sonucunda hastanede yatış sürelerinin uzadığını ve işlevselliklerinin bozulduğunu göstermeyi amaçladık.

## **2. GENBEL BİLGİLER:**

### **2. 1. KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ:**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı “sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak açıklar. Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Bedensel ve ruhsal değişiklikler birbirini etkiler. Bu nedenle hekimlik uygulaması davranış ve biyolojik bilimleri bir bütün olarak kavramayı, klinik açıdan insan varlığını, sağlığı ve hastalıkları bir bütün içinde ele almayı gerekli kılmaktadır (9).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi genel hastanede yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalara yönelik tıbbi tedavi ile eş zamanlı olarak psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu disiplin, hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği yönündeki bilimsel yaklaşım doğrultusunda insanın bedensel, ruhsal ve toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi bir anlamda tıbbın ve tıbbi hastalıkların psikiyatrisidir (10).

Konsültasyon liyezon psikiyatri uygulaması birçok yönden genel psikiyatri uygulamalarından farklılıklar içermektedir. Hasta popülasyonu fiziksel hastalığı olan bireylerdir. Psikiyatri dışı servislerde yatarak ve ayaktan tedavi görmektedir. Tıbbi hastalardaki akut ve kronik psikiyatrik durumların tanı, ayırıcı tanı, tedavisi ve tedaviye olan uyum güçlükleri ile uğraşır (11).

Konsültasyon, genel hastanede yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların hastalığının tanısı, hastanın ruhsal uyumu, davranış biçimi, tedavi ile ilgili yaşadığı güçlüklerde hastanın değerlendirilmesi ve yatan hastaların yatağı başında psikiyatrik yardım sunulmasıdır. Liyezon psikiyatrisi hizmetleri diğer kliniklerle sürekli ve düzenli bir işbirliği gerektirir. Sıradan konsültasyon ve görüş bildiriminin ötesinde hastaların fiziksel ve psişik şikayetlerinin ortak takip edilmesi ve psikopatolojinin erken tanınmasında, tedavi edilmesinde büyük rol oynamaktadır. Fiziksel ve ruhsal tedavinin eş zamanlı sunulmasını sağlar. Bu işbirliği sayesinde takip eden ekibin iş yükünü azaltarak hasta ile olan iletişim sorunlarının çözülmesine katkıda bulunduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.(11-17)

Tıbbi hastalıklara eşlik eden psikopatolojinin psikiyatri dışı birimlerce erken doğru ve yeterince tanınmaması hatta yanlış tanınması, genel hastane psikiyatrisinin en önemli sorunlarından biridir. Hastalığın kişinin ruhsal durumunu etkileyebileceği düşüncesinin yeterince benimsenmemesi, psikiyatrisiye ve psikiyatrik rahatsızlıklara karşı olan ön yargılar,

psikiyatriyi alternatif olarak görme bu sorunlara neden olan faktörlerdendir. Her hastada ruhsal bir bozukluğun gelişeceği düşüncesinin yanlış olduğu gibi hastalıklarda ruhsal bozuklukların gelişmesinin doğal olduğu düşüncesi de yanlıştır. Hastalığa verilen normal bir uyum tepkisini ruhsal bozukluklardan ayırt etmek gerekir (10,18).

Diğer kliniklerin psikiyatri ile sadece majör psikiyatrik bozukluklar değil, akut organik durumlar, her türden emosyonel bozukluklar, uyum bozuklukları, hastalıkla izah edilemeyen veya orantısız yakınmalar, hastanın tedaviye uyumu etkileyen durumlarda işbirliği içinde olmaları gerekmektedir (10,16,19,20,21).

Yapılmış çalışmalarda psikiyatri dışı servislerde yatarak tedavi gören hastaların %30-50'sinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (20-22). Bir çalışmada ise toplumun %15'inde ruhsal bozukluk olduğu gösterilmişken, hastanedeki yatan hastalar bu oranının %30-60'lara ulaştığı ve bu bozuklukların tıbbi hastalığa ikincil ortaya çıktığı saptanmıştır (23).

Tıbbi hastalığa ikincil olarak gelişen sorunlar hastanın uyumunu bozmakta, yaşam kalitesini kötüleştirmekte, tedaviye olan yanıtın bozulmasına, komplikasyonların ortaya çıkmasına yol açmakta, tedavi ve bakım süresini uzatmaktadır. Psikiyatrik sorunları devam eden hastaların fiziksel yakınmaları devam etmekte bu nedenle psikiyatri kliniklerde tedavi arayışlarını devam ettirmektedir (10,18).

Genel hastanede yatarak tedavi görenler arasında en sık görülen ruhsal sorunlar emosyonel tepkiler ve uyum güçlükleridir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda uyum bozuklukları ve depresyon en sık görülen psikiyatrik bozukluklar iken batı toplumunda alkol ve madde kullanım bozukluğu daha sık görülmektedir (23,24).

## **2. 2. DEPRESYON**

### **2. 2. 1. Tanım:**

Depresyon düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama ile güçsüzlük ve isteksizliğin eşlik ettiği derin bir ruhsal çökkünlük halidir ( 25).

### **2. 2. 2. Etiyolojisi:**

Depresyonun etiyolojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, tam olarak nedeni henüz belirlenememiştir. İleri sürülen etiyolojik modeller; psikoanalitik, bilişsel, davranışçı, biyolojik ve bütünleştirici modeller başlıkları altında toplanabilir (26).

Etiyolojide sorumlu tutulan genetik geçişle ilişkili yapılan çalışmalarda birinci derece akrabalarda duygudurum bozukluklarının görülme oranının belirgin olarak yüksek olduğu gösterilmiştir (27).

Biyolojik aminler ise etiyolojide sorumlu tutulan diğer bir etkidir. Noradrenalin ve serotonin hastalığın patofizyolojisiyle en çok ilişkili olduğu bilinen iki nörotransmitterdir (28,29).

Depresyon etiyolojisinde psikososyal etkenler de rol oynamaktadır. Freud'un klasik psikanalitik kuramına göre yaşamın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan hayal kırıklıkları depresyona yatkınlık yaratır, erişkin yaşamda ise gerçek kayıplar ya da kayıp tehditleri depresyonu tetikler (28).

### **2. 2. 3. Klinik Özellikleri:**

Depresyon stresli bir olayın sonrasında veya ortada görünür bir neden yokken aniden ya da aylar içerisinde gelişebilir. Depresyonun belirti ve bulguları kişinin yaşına, cinsiyetine, sosyokültürel seviyesine, akıl yürütme, nesnel belirti ve bulguları anlama, kavrama ve yargılama düzeyine göre değişiklik gösterebilir. En sık karşılaşılan belirti ve bulgular ise eskiden beri yapageldiği etkinlikleri yapmakta artık zorluk çekme, geleceğe ilişkin umutsuzluk duyuları besleme, karar vermekte zorluk çekme, kendini değersiz olarak hissetme ve artık kendisine ihtiyaç olunmadığını düşünme, geçmişte zevk aldığı etkinliklerden artık zevk alamamadır. Süreğen huzursuzluk, üzüntü, isteksizlik ve kaygı hali vardır. Uyku ve yeme alışkanlıklarında değişiklikler görülür. Çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk

duyguları duyguduruma hâkim olur. Tedaviye yanıt vermeyen bedensel belirtiler, alkol madde ve ilaç kullanımında artış, ölüm ya da intihar düşünceleri de sık karşılaşılan belirtilerendir (29).

#### **2. 2. 4. Major Depresyon Tanı Kriterleri:**

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sınıflandırmasında International Classification of Diseases (ICD)-10 ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV TR) tanı kriterleri kullanılmaktadır.

DSM-IV TR' ye göre major depresif bozukluk tanısı için, en az 2 hafta süre ile hemen her gün ve günün büyük bir kısmında depresif duygudurum ve normal etkinliklere karşı belirgin derecede ilgi kaybı veya anhedoni (zevk alamama) semptomlarından en az birinin varlığı; bunların yanında iştah değişikliği, uyku düzeninde değişme, bitkinlik ve enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk duygularının varlığı, düşünceleri belli bir konunun üzerine yoğunlaştıramama veya kararsızlık, tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları ya da girişimi semptomlarından en az dördünün olması gereklidir (30).

#### **2. 2. 5. Depresyon epidemiyolojisi:**

Depresyon tüm dünyada %21,4'lük yaşam boyu görülme oranı ile kronik yeti yıkımına neden olan, sosyal ailesel ve bireysel olarak yüksek maliyetlere yol açan temel halk sağlığı sorunudur (1). Depresyonlu bireyler tüm yaşamların %12'sini iş göremez halde geçirmektedir (2). Birçok Avrupa ülkesinde erken emekliliğin en sık nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (3).

#### **2. 2. 6. Depresyonun Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaygınlığı:**

Depresyonun yaygınlığı ile ilgili yapılan toplum kökenli çalışmalarda bildirilen oranlar muhtemelen yöntemsel farklılıklara bağlı olarak geniş aralıkta yer almaktadır.

İkinci Dünya Savaşı sonrası psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisine ilgi duyulmaya başlanmış fakat geçerli tanı ve sınıflandırma sisteminin ve görüşme materyallerinin olmaması bu çalışmalara sınırlılıklar getirmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM-III tanı kriterleri esas alınarak geliştirilen Tanısal Görüşme Programı (DIS) ilk olarak

1981 yılında Amerika’da yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması’nda (ECA) kullanılmıştır. Psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi için DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterleri kullanılarak geliştirilen Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Programı (CIDI), Mini Uluslar arası Tanı Görüşmesi (MINI) tanı araçları sonraki surveyans çalışmalarında kullanılmaya başlanmıştır(29).

A.B.D.’de 1981 yılında ECA ve 1991 yılında Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS) olmak üzere iki büyük epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. 2001 yılında tanı aracı olarak CIDI’nin modifiye edilmiş yeni versiyonu kullanılarak NCS belli bölgede ikamet eden 9090 olguda tekrarlanmıştır (NCS-R). Tanı aracı olarak DIS kullanılan ECA çalışması 18 yaşından büyük 18000 kişi, NCS çalışması 15-54 yaş arası 8000’den fazla kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmalardan sonra farklı ülkelerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ilgili farklı çalışmalar yapılmaya devam edilmiştir (29).

ECA çalışmasında depresyonun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığı sırasıyla %4,9 ve %2,9, NCS çalışmasında yaşam boyu, yıllık ve nokta yaygınlığı sırasıyla %17,1 %10,3 ve %4,9 olarak bulunmuştur (31,32). Weissman ve arkadaşlarının (33) 1996 yılında 10 ülkede tanı aracı olarak DIS kullandığı çalışmada depresyonun yıllık yaygınlığının %0,8 (Tayvan) ile %5,8 (Yeni Zelanda) arasında bulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (34) 1993 yılında yaptığı bir diğer çalışmada ise depresyonun yıllık yaygınlığı %2,1 olarak saptanmıştır. İngiltere’de 1978-1979 yılları arasında yürütülmüş Camberwell Community Survey çalışmasında (35) depresyonun yıllık yaygınlığı erkeklerde %2,2 kadınlarda %4,9, Hollanda’da yapılmış NEMESIS ( Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) çalışmasında (36) depresyonun yaygınlığı %5,8, Almanya’da yürütülmüş GHS-MHS(German Health Survey-Mental Supplement) çalışmasında (37) %10,7, Avustralya’da yapılmış çalışmada (38) ise %6,3 olarak saptanmıştır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 18 yaş üzerinde görüşme yapılan 7479 kişinin % 17,2’sinde en az bir ruhsal bozukluk olduğu ve depresyonun bir yıllık görülme sıklığının ise %4 olarak saptandığı bildirilmiştir (39). Küey ve arkadaşlarının (40) “Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme” çalışmasında depresyon sıklığının %10 olduğunu bildirmişlerdir.

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan araştırmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Sağduyu ve arkadaşları (41) ise sağlık ocağına başvuran 1997 hastanın %

23,2'sinde depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Rezaki'nin yaptığı çalışmada (42) ise "Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi" uygulanmış ve %26.2' sinde depresyon bulunmuştur.

Avrupa'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan araştırmalarda ise psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %20- 55 aralığında olduğu saptanmıştır (43-47). Bir çalışmada yaptığı çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığının %29,9, yıllık yaygınlığının ise %8,8 olduğu bildirmiştir (48). BBSK' da İsrail'de yapılan bir çalışmada depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %20,6 olarak, Belçika ve Lüksemburg'da yapılan çalışmada depresyonun yıllık yaygınlığı %6,3, Almanya'da yapılan çalışmada %10,9 olarak bulunmuştur (43,49,50).

## **2. 2. 7. Toplumda ve Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Depresyonun Görülmesini Etkileyen Sosyodemografik Faktörler:**

### **2. 2. 7. 1. Cinsiyet:**

Gerek ülkemizde, gerekse dünyada yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda kadınlarda depresyonun görülme sıklığı erkeklerden yaklaşık 2 kat fazladır ve kadın cinsiyetin depresyon için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (14,41,42).

ECA çalışmasında depresyonun yaygınlığının erkeklerde %2,9 kadınlarda %1,6, NCS çalışmasında erkeklerde %3,8 kadınlarda %5,9, Avrupa'da mental hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmanın İspanya'da yürütülmüş ayağında depresyonun yaygınlığı kadınlarda%5,7, erkeklerde %4 olarak saptanmıştır (51).

Türkiye'de ise BBSK'da Rezaki'nin (42) yaptığı bir araştırmada çalışmaya katılan kadınların %30,3'üne erkeklerin ise %17,1'ine depresyon tanısı konulmuş. Sağduyu ve ark. (41) yaptığı bir diğer çalışmada ise kadınların %26,2'sinde, erkeklerin %17,7'sinde depresyon olduğu saptanmıştır.

### **2. 2. 7. 2. Eğitim Düzeyi:**

Düşük eğitim düzeyi diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi depresyon için de bir risk faktörüdür. Fakat yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Rezaki ve ark.'nın (42) yaptığı çalışmada depresyon ile eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmazken, Sağduyu ve ark.'nın (41) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Blacker ve Clare (52) eğitim düzeyinin düşük olmasını depresyon riskini arttırdığını, Almeida ve ark. (53) ise eğitimde alınan yıl sayısı arttıkça ruhsal bozuklukların daha az görüldüğünü bulmuşlardır. Coryel ve ark. (54)

çalışmalarında yüksek eğitim düzeyinin depresyon açısından daha riskli olduklarını göstererek diğer çalışmalara aksi bir görüş bildirmişlerdir.

#### **2. 2. 7. 3. Medeni Durum:**

Depresyon hiç evlenmemişlerde, boşanmışlarda ve ayrı yaşayanlarda daha sık görüldüğü bildirilmesine rağmen bazı çalışmalar bu verileri desteklememektedir. Sağduyu ve ark. (41) depresyonun ayrı yaşayan ve boşanmışlarda, hiç evlenmemiş veya evli olanlara göre daha yüksek oranda görüldüğünü saptarken, Rezaki ve ark. (42) yaptığı çalışmada bu ilişki bulunamamıştır. Depresyonun bekârlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri sürülmektedir (55). Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır (56).

#### **2. 2. 7. 4. Yaş:**

Hastalık başlangıcı 20-40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde depresyon sıklığı düşüktür ve cinsiyetler arasında eşit dağılım gösterir (25). MD'nin 65 yaş üzerinde toplum örneklemelerinde ki nokta prevalansı %1 olup düşük görünmektedir ancak tedavi merkezlerindeki yaşlılarda depresyon sıklığı daha yüksek bulunmuştur (28). Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir (57). Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark kalmadığı da belirtilmektedir (58).

#### **2. 2. 7. 5. Sosyoekonomik Düzey:**

Geçmiş yıllarda yapılmış çalışmalarda depresyon sıklığı ve yaygınlığı düşük sosyoekonomik düzeydekilerde daha yüksek oranda bulunmuştur (59). Son yıllarda ise konuyla ilgili çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. NCS çalışmasında düşük eğitim durumu, düşük maddi gelir ve işsizlik yüksek depresyon yaygınlığı ile ilişkili bulunmuştur. Kent ve kırsal kesimde yaşayanlar arasında Amerika ve Avustralya çalışmalarında fark bulunamazken Almanya da yürütülen çalışmada şehirde ikamet edenlerde depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (60).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eskişehir ilinde sağlık ocaklarında geriye dönük olarak yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan mahallede bulunan sağlık ocaklarında depresyon daha yüksek oranda saptanmıştır (61). Doğan ve arkadaşlarının (62) yaptığı çalışmada ise sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda depresyon görülme oranlarının fazla olduğu saptanmıştır. Antalya ilinde yapılan bir diğer çalışmada yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda depresyon görülme oranı düşük olarak bulunmuştur (63).

Eđitimi dűzeyi ile iliřkili de çeliřkili veriler bulunmaktadır. Eđitim dűzeyi ile dűřűk eđitim dűzeyi arasında iliřki olmadıđına (55) ve dűřűk eđitim dűzeylilerin (64) ya da yűksek eđitim dűzeylilerin (65) daha yűksek risk tařıdıklarına iliřkin yayınlar vardır. Boolton ve Oatley de (66), issiz kiřilerin daha depresif olduđunu ve bu kiřilerin yeniden istihdam edildiklerinde depresif belirtilerinin belirgin olarak azaldıđını tespit etmiřlerdir.

## **2. 3. DEPRESYON VE TIBBİ HASTALIKLAR**

Ruhsal bozuklukların görülme sıklığı genel toplum ile kıyaslandığında tıbbi hastalığı olan bireylerde daha yüksektir. Tıbbi bir hastalığın varlığının herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığı bilinmektedir (5). Tıbbi hastalıklar ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliği hastalıkların morbidite, mortalite ve sağlık giderlerinin artmasına, hastalığa ve tedaviye olan uyumun güçleşmesine, yeti yıkımına, hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (67). Bedensel hastalıkları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalar arasında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı başta uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları ve somatoform bozukluklar olmak üzere dikkat çekici düzeydedir (68). Bir çalışmada, yatan hastaların % 56'sında herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (69). Silverstone ve arkadaşlarının (70) yaptığı yatıştan 7 gün önce ve yatıştan 7 gün sonraki psikiyatrik bozuklukların karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise herhangi bir psikiyatrik bozukluk görülme oranı %27 olarak bildirilmiştir.

Depresyon, psikiyatri dışı kliniklerde yatarak tedavi gören hastalarda %5,1- 40 arasında değişen oranlarda görülen yaygın olarak görülür. Hastanede yatarak tedavi gören hastalar arasında Rusya'da çok merkezli yürütülmüş çalışmada depresyon görülme oranı %24,4, Brezilya'da yürütülmüş bir başka çalışmada %26, Almanya'daki çalışmada %16,1-%24,9, Kanada'da %5,1, Danimarka'da %8,3, Amerika'da %9 ve İtalya'da %12,8 olarak bulunmuştur (71-75). Sık görülmesine rağmen hastalara yeterince tanı konulamamakta ve tedavi edilememektedir. Yapılmış farklı çalışmalarda psikiyatrik konsültasyon oranları %2,7 - 13 arasında değişmektedir (76, 77).

Toplumda yapılan birçok çalışma açıklanamayan fiziksel belirti ve depresyon- anksiyete varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Kronik bir hastalığa depresyon eşlik ettiği zaman belirtilerin alevlendiği saptanmıştır. Birçok insanda yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmak depresyona neden olmaktadır. Diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi toplumda yaygın görülen hastalıklarda depresyonun yaygınlığının arttığı gösterilmiştir (78).

### **2. 3. 1. Depresyon ve Kardiyovasküler Hastalıkları:**

Gelişmekte olan ülkelerde ölümlerim %25'nin nedeninin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olduğu belirlenmiştir. Epidemiyolojik araştırmalar ve ileriye dönük tahminler 2020

yılında her üç ölümün birinden KVVH'nin sorumlu olacağı beklenmektedir (79). KVVH' de görülen psikiyatrik bozukluklar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.

Depresyon, KVVH'de ölüm riskini arttıran nedenlerin önemli sebeplerindendir. Kalp hastalıklarında en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (80). Koroner arter hastalığı (KAH) olan hastalarda majör depresyonun yaygınlığı %17-27, depresif semptomların yaygınlığı %20-45 arasında değişmektedir (81). Akut miyokard enfarktüsü (AMİ) nedeniyle hastanede yatmakta olan ve koroner arter cerrahisi öncesi dönemde ciddi KAH'sı bulunan hastalarda major depresyonun %9-17 oranında görüldüğü bildirilmiştir (82). Bir diğer çalışmada ise KAH'lı hastaların %20 sinin majör depresyon tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. (83)

Miyokart enfarktüsü (MI) geçiren hastalarda enfarktüs öncesi depresyon görülme oranı %27,5 iken hastanede yatarken bu oran %31,5'e çıkmaktadır (84). Yeterli tedavi edilmeyen depresif hastalarda MI görülme oranı 6 kat artmaktadır (85). Düşük serotonin düzeyleri ile ventriküler artimi arasında ilişki olduğu, depresyonlu bireylerde görülen KVVH ve kardiyak ölümlerin önemli sebebinin ritim bozuklukları olduğu gösterilmiştir (86-88). Majör depresyon, akut Mİ sonrasındaki ilk altı ay içinde mortalite riskini dört kat artırmaktadır. Dahası, depresyonun prognostik önemi sol ventrikül fonksiyon bozukluğunun daha önceki Mİ ile kıyaslanabilir düzeydedir (85). Epidemiyolojik veriler depresyonun KAH gelişiminde önemli bir risk etkeni olduğunu ve bu etkinin cinsiyet, vücut ağırlığı, aktivite, kan basıncı ve sigara gibi diğer kardiyovasküler risk etkenlerinden bağımsız olduğu sonucunu vermiştir. (88, 89).

Kan basıncı ile depresyon arasındaki ilişki arasındaki farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda hipertansiyon ile depresyon arasında bir ilişki olduğu ve hipertansif bireylerde depresyonun daha sık görüldüğü bildirilirken, bazı çalışmalarda ise kesin bir ilişkinin olmadığı bildirilmektedir (90-93).

Kardiyovasküler hastalıklarda görülen yorgunluk, halsizlik, çabuk yorulma gibi semptomlar depresyona bağlı semptomlar ile karışabilmekte ve tanı konulmasını güçleştirmektedir (94). Nörovejetatif belirtiler yanında duysal ve bilişsel belirtilerde tanı kolaylaşmaktadır. Bu belirti karmaşasından dolayı MI sonrası gelişen depresyonun klinisyenler tarafından tanınma oranı %10 gibi düşük oranlardadır. (89).

Sonuç olarak, KVVH'de ortaya çıkan hastalığın seyrini kötüleştirmekte, tedaviye uyumu zorlaştırmakta, komplikasyonları arttırmakta ve riskini yükseltmektedir (95).

### 2. 3. 2. Depresyon ve Onkolojik Hastalıklar:

Kanser, erken tanı ve tedavi edilmediği takdirde ölüme yol açan, tüm dünyada iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan ciddi bir sağlık sorunudur (96). Kansere yakalanmaya verilen tepkilerin bir yas süreci olduğu; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme biçiminde sıralanan yas süreci aşamalarını taşıdığı düşünülmektedir (97). Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıt etkilemektedir. Tıbbi ve sosyal etmenler de yanıt sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile ve arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (98,99).

Depresyon, kanserli hastalarda anksiyete bozukluklarından sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Depresyon görülme oranı sağlıklı gruba göre 2-3 kat artmaktadır (100). Plumb ve Holland (101) ilerlemiş kanser tedavisi için hastanede yatan hastaların %23'ünde orta ve ileri derecede depresyon olduğunu saptamışlardır. İki yüz on beş kanser hastası üzerinde yapılan bir diğer çalışmada DSM-III ölçütlerine göre hastaların %6'sında major depresyon olduğu bildirilmiştir (102). Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği kullanılan çalışmada hastalarda depresyon görülme oranının %9 olduğu bildirilmiştir (103). Tokgöz ve arkadaşlarının (104) 100 kanserli hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %22'sinde major depresyon olduğu ve depresyonun sosyodemografik faktörlerle ilişkili olmadığı saptanmıştır. Grassi ve ark. (105) çalışmasında hastaların %24,9'u depresyon tanı ölçütlerini karşılamıştır. Ülkemizde yapılan ileriye dönük çalışmada ise 150 kanser hastasında psikiyatrik bozuklukların sıklığı araştırılmış ve major depresif bozukluk oranı %11,3 olarak bulunmuştur (106).

Kanser hastalarında hastalığın bazı bulguları ile depresyon bulgularının örtüşmesi, kanser hastalarında görülen umutsuzluk, karamsarlık, moral bozukluğunun doğal bir tepki olarak düşünülmesi depresyon tanısının konulmasını güçleştirmektedir (107).

Kanser hastalarında depresyon tanısı koyarken somatik belirtilerden çok, disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik suçluluk düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği ve intihar etme düşüncesi belirtilerinin varlığına dikkat etmek gerekmektedir (107).

### 2. 3. 3. Depresyon ve Endokrinolojik Hastalıklar:

Psikoendokrinoloji, hormonal sistemler ve merkezi sinir sistemi arasındaki yapısal ve işlevsel ilişkileri ve bu iki sistemin yönettiği davranışların anlaşılmasının ifade eden bir kavramdır. Hormonal eksenler bazı peptid hormonların klasik nörotransmitter gibi işlev görmesi, nöroendokrin eksenlerin geri bildirim yoluyla nöronal fonksiyonları etkilemesi ve bazı psikiyatrik hastalıkların klasik nöroendokrin eksenlerin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesi ile seyretmelerinden dolayı psikiyatri açısından önemlidir. Endokrin bozukluklar sıklıkla depresif duygudurumu ve düşünce bozuklukları gibi ikincil psikiyatrik belirtilerle birlikte Endokrin hastalıklar genellikle beynin birçok kısmını etkiledikleri için karmaşık psikiyatrik tablolar sıklıkla görülebilir. (108).

Hipotalamik hipofizer adrenal eksen (HPA) anormallikleri depresif bozukluklarda en sık ve tutarlı olarak gösterilmiş olan biyolojik belirleyicilerdendir. İnsan ve hayvanlarda strese cevap olarak görülen temel endokrin reaksiyon HPA eksenin aktivasyonudur. HPA işlevindeki anormal değişiklikler başlıca duygudurum bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Alzheimer tipi demans ile birlikte (109). Cushing sendromlu hastalarda major depresyon ve atipik depresyon yaygın klinik tanımlar arasında yer almaktadır (110). Bu hastalarda depresyon görülme oranları %50-70 arasında olduğu bildirilmiştir (111). Hipofize bağlı Cushing hastalarının yarısında görülen major depresyonun olumsuz yaşantılar, ileri yaş, kadın olma, yüksek üriner kortizol düzeyi, ciddi klinik durumla ilişkili olduğu belirtilmektedir (112- 113). Addison hastalarında %30-50 oranında yorgunluk, apati, sosyal çekilme, ilgi istek azalması, negavistik tutum gibi psikiyatrik bulgular görülebilir (114).

Tiroid bezi hastalıkları birçok psikiyatrik semptomun ortaya çıkmasına neden olur. Hipertiroidizmde anksiyete, yorgunluk, emosyonel dalgalanma, sinirlilik, huzursuzluk, irritabilite görülür. Hastalık sıklıkla ajite depresyon ve anksiyete bozukluklarını taklit eder ve ayırıcı tanı yapılması gerekir (115). Hipertiroidli hastalarda sıklıkla depresif belirtiler görülür fakat duygudurum bozukluğu ölçütlerini karşılamazlar (116,117). Hipotiroidide, apati, yorgunluk, enerji azalması, emosyonel dalgalanma, özkıyım düşünceleri, artmış uyku şeklinde psikiyatrik bulgular görülür. Yaşlılarda özkıyım düşünceleri ve disfori ile giden depresyon ve antidepresan tedaviye dirençli depresyon olgularında hipotiroidi akla gelmelidir. En sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Bir çalışmada hipotiroidide %43 oranında depresyon görüldüğü bildirilmiştir (118). Diğer bir çalışmada ise hipotiroidizmde depresyon görülme oranının %33-43 arasında olduğu bulunmuştur (119).

Hiperparatiroidizm, genellikle yavaş ve sinsi başlayan bir durumdur. Hiperkalseminin ilk belirtileri huzursuzluk, anhedoni, disfori, anksiyete, apati, irritabilite şeklinde psikiyatrik semptomlar olabilir. Süreğen depresyon, hafif bilişsel yıkım ve şüpheli fiziksel belirtileri olan vakalarda hiperparatiroidi ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Hiperparatiroidizmlili hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme oranı %11-43 arasında olduğu bildirilmiştir (120).

Diabetes mellitus (DM), yaşamın herhangi bir döneminde görülebilen, ciddi komplikasyonlara yol açan, kişinin yaşam kalitesini önemli oranda bozan ve ileri boyutta yeti yıkımına neden olan sık görülen kronik metabolik bir hastalıktır (121). Depresyon genel popülasyona göre DM hastalarında 3-4 kat daha sık görülmektedir (122). DM'li hastalarda yaşam boyu depresyon yaygınlığı %14,4-32,5 olduğu bildirilmiştir (122-127). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %6-15 arasında olduğu saptanmıştır (122). Gülseren ve ark. (128) yaptığı çalışmada depresyon yaygınlığı %15, Çolak ve ark. (129) yaptığı diğer bir çalışmada ise oran %11 olarak bulunmuştur. Depresyonun kan şekerinin kontrol altına alınması, hastaların tedaviye uyumunu etkilediği, insüline karşı direnç gelişmesine neden olduğu bildirilmiştir (130). 24 çalışmayı içine alan bir meta analizde depresyon ve yüksek HbA1c düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur (131). Bir diğer meta analizde ise depresyon ve DM komplikasyonlarının bağlantılı olduğu bulunmuştur (132).

#### **2.3.4. Depresyon ve Cerrahi:**

Cerrahi tıp dalları diğer tıp dalları ile karşılaştırıldığında psikiyatri ile daha az işbirliği yapan bölümlerdir. Cerrahi tekniklerin gelişmesi morbiditeyi azaltmış, hastaların yatış sürelerinin kısaltmış, ayaktan müdahale ve evde bakım olanaklı hale getirmiştir. Bu nedenle psikiyatrik sorunlar çoğu kez gözden kaçmakta ya da çözüm arayışı hasta yakınlarına kalmaktadır. Buna karşılık yaşlı ve tıbbi hastalığı olan hastaların cerrahi olanaklarının artması operasyon sonrası psikiyatrik sorunların artmasına neden olmaktadır (133).

Depresyon, anksiyete bozuklukları ile kıyaslandığında cerrahi öncesi ve sonrası dönemde daha az görülen psikiyatrik bozukluktur. Genellikle operasyon öncesi dönemde ilaçları kesilen depresif hastalar psikiyatrik rahatsızlıkların tekrarlayabileceğine ilişkin yoğun bir kaygı duymaktadır (133).

Beyin cerrahisi, özellikle beyin tümörü ve kafa travmalı hastalarda psikiyatrik bozukluklar görülür. Psikiyatrik bozukluklarda tanı konulmamış beyin tümörü oranı %1-2'dir. Özellikle

limbik ve frontal bölge tümörlerinde psikiyatrik belirtiler sıktır. Sol frontal lob tümörlerinde depresif belirtiler hakimdir. Beynin sol frontal ve bazal ganglionlarının hasar gördüğü kafa travmalarında da depresyon nadir değildir (134,135).

Baş boyun tümörleri ve travmaları nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda operasyonun muhtemelen bedenin görünür bölgelerinde değişiklik yaptığında depresyon sık görülmektedir (136).

Peptik ülser, ülseratif kolit, rejijonal enterit, gastroözefagiyal reflü hastalarında bazı durumlarda cerrahi uygulanabilmekte operasyon öncesi ve sonrası dönemde depresyon sık görülen bir psikiyatrik bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (137).

### **2. 3. 5. Depresyon ve Solunum Sistemi Hastalıkları:**

Kronik solunum sistemi hastalıklarında anksiyete ve depresyon en sık görülen ruhsal bozuklardır. Kronik hastalığın oluşturduğu fiziksel semptomlar ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açarken, depresyon ise tedaviye uyumu ve hastalığa toleransı zorlaştırır (11).Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete ve depresyon bedensel sorununun ortaya çıkmasını kolaylaştıran ve şiddetini arttıran bir durumdur (138,139)

Üskül ve arkadaşlarının (140) göğüs hastalıkları servisinde yaptıkları çalışmada hastaların %26'sının klinik depresyon açısından yüksek riske sahip olduğu bulunmuştur. Withers ve arkadaşları (141) hastaların %15'inde depresyon saptamışlardır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), başlıca kronik bronşit ve amfizemin neden olduğu ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalıktır. KOAH'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir (142). Depresyon; dispne şiddetiyle olduğu kadar, mevcut oksijenizasyon düzeyi ile de ilişkili görünmektedir (143). Çalışmalarda KOAH hastalarında depresyon görülme sıklığı %6-42 arasında olduğu bildirilmiştir (144). Sadece KOAH'lı erkek hastaların dahil edildiği bir çalışmada yaşam boyu depresyon görülme oranı %29,6 olarak saptanmıştır (145). Bir başka çalışmada ise KOAH'lı hastaların %25'inde depresyon olduğu tespit edilmiştir (146). KOAH'lı hastaların kontrol grupları ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, depresyonun KOAH'lı hastalarda yüksek olduğu veya anlamlı bir farklılık olmadığına ilişkin farklı sonuçlar bildirilmiştir (143,147). Depresyon ile solunum testleri parametlerinden olan FEV1 arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur. FEV1 değeri düşük olanlarda depresyon daha şiddetli görülmektedir (148).

Astım, emosyonel veya psikolojik bir hastalık olmamasına rağmen, güçlü emosyonlar bazen astımı ağırlaştırabilir ve hastalığın seyrini etkileyebilir (149). Astımlı hastalarda anksiyete ve depresyonun tanısı ve tedavisi morbiditeyi azaltır ve hastaların hayat kalitesini düzeltir (150). Oğuztürk ve arkadaşlar (151) astımlı hastalardaki depresyon skorunun normal popülasyondan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise depresyon sıklığı ile astımlı hastalar ile kontrol grubu arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı bir fark olmadığı ancak depresif belirtilerin hasta grupta önemli ölçüde fazla olduğu bildirilmiştir (152).

Solunum sistemi hastalıkları üzerinde yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzey, cinsiyet ve yaş gibi sosyodemografik veriler ile depresyon arasında çelişkili sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (148).

### **2. 3. 6. Depresyon ve İskelet Kas Sistemi Hastalıkları:**

İskelet kas sistemi hastalıklarının en önemli bulgularından biri olan kronik ağrının gelişmesinde psikososyal ve psikiyatrik faktörler önemli rol oynar (153). Kronik ağrının %20-30'una depresyon eşlik etmektedir. Ağrının sürekli olarak algılanması yanında kişinin günlük aktivitelerinde kısıtlanmanın da depresyona yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (154). Kronik ağrısı bulunan bireylerde depresyon ağrıya olan toleransı azaltır, hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve tedaviye olan uyumunu güçleştirir (155). Kronik ağrısı olan hastalarda yapılmış farklı bir çalışmada depresyon sıklığı %30- 54 arasında olduğu bildirilmiştir (156). Depresyon düzeyleri ile ağrının süresinin arasında ilişki vardır (157). Ağrının erken dönemde düzeltilmesi depresif belirtilerin azalmasını sağlamaktadır (158).

İskelet kas sisteminin önemli hastalıklarından biri olan, özellikle sakroiliak eklemleri etkileyen Ankilozan spondilit, kronik ve inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır (159). Ankilozan spondilitli hastalarda depresyon görülme sıklığı %28- 32 arasında değişmektedir (160). Bir başka çalışmada ankilozan spondilitli hastaların üçte birinde depresif semptomların görüldüğü bildirilmiştir (161). Karkucak ve arkadaşlarının (162) Beck depresyon ölçeği kullanılarak ankilozan spondilitli hastalarda üzerinde yaptıkları çalışmada depresyon görülme sıklığının %36,7 olduğunu tespit etmişlerdir.

Romatoid artrit psikiyatrik bozukluklara neden olabilen bir diğer romatolojik hastalıktır (163). İnflamatuvar artrit ile seyrederek, eklem hasarı oluşturarak önemli oranda hareket kaybına yol açar (164). Çalışmalarda romatoid artritli hastalarda sağlıklı kontrollere göre anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha yaygın ve şiddetli olduğu gösterilmiştir (165). Depresif

bozuklukların görülme riski 2-3 kat artmaktadır (164). Klinik görüşmelere dayalı çalışmalarda depresyonun yaygınlığı %20- 40 olduğu saptanmıştır (166). Murphy ve arkadaşları (167) romatoid artrit hastalarında depresyon oranını %17, Karasu ve arkadaşları (168) %33,8 bildirmiştir.

Sistemik lupus eritematozus (SLE), kronik, tekrarlayan, birçok organı tutan, sıklıkla kadınlarda görülen otoimmün bir hastalıktır (169). SLE'li hastalarda depresyonun yaygınlığı ile yapılmış çalışmalarda %17'den %71'e varan oranlar bildirilmektedir (170). 320 kadın hasta üzerinde yapılmış bir çalışmada depresyon görülme oranı %47 olduğu saptanmıştır (171).

Fibromyalji sendromu, kronik ve yaygın kas iskelet sistemi ağrıları ile karakterize olan tutukluk, yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı şikâyetlerinin eşlik ettiği bir klinik tablodur (172). Hudson ve arkadaşlarının (173) fibromyaljili hastalarda yaşam boyu depresyon görülme oranı %71, anlık görülme oranı %26 olarak bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu hastalardaki depresyon görülme sıklığını Doğan ve arkadaşları (174) %54,8, Uğuz ve arkadaşları (175) %14,6 olarak bulmuşlardır.

### **2. 3. 7. Depresyon ve Gastrointestinal Sistem Hastalıkları:**

Gastrointestinal sistem hastalıkları ana hatlarıyla ele alındığında kronik karaciğer hastalıkları ile psikiyatrik bozuklukların yakın ilişkisi olduğu görülmektedir (176). Kronik karaciğer hastalıklarının en önemli sebeplerinden hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) virüs enfeksiyonlarıdır (177). HBV veya HCV ile enfekte olmuş 107 kişi üzerinde yapılmış çalışmada hastaların %15'inde majör depresyon olduğu saptanmıştır (178). Başka çalışmada duygudurum bozukluklarının görülme oranı %18,9 olarak bildirilmiştir (179). HBV ve HCV enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılmakta olan interferon tedavisi de psikiyatrik bozukluklara yol açmaktadır. İnterferon tedavisine bağlı depresyon görülme sıklığı ise %23-45 arasında değişmektedir (180).

Gastrointestinal sistemin sık görülen hastalıklarından biride iritabl barsak sendromudur (IBS). IBS karın ağrısı, barsak alışkanlıklarında değişikliklerle giden fonksiyonel barsak hastalığıdır (181). IBS'li hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları sık olarak görülmektedir. Tollefson ve arkadaşları (182) depresyon tanısı almış hastaların %30'unda, Masand ve arkadaşları (183) ise %58'inde IBS görüldüğünü bildirmişlerdir. IBS hastalarındaki depresyon sıklığını araştıran çalışmada ise depresyon sıklığı %69 olarak saptanmıştır (184).

### 2. 3. 8. Depresyon ve Nörolojik Hastalıklar:

İnme gelişmiş ülkelerde en sık ölüme neden olan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır (185). İnme sonrası hayatta kalan hastaların %50'sinden fazlasında nöropsikiyatrik bozukluklar ortaya çıkmaktadır (186). Serebrovasküler olay sonrası en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur (187). Depresyonun görülme sıklığı % 6-52 arasında bildirilmektedir (188). Depresyon hastanın bilişsel fonksiyonların düzelmesine ve günlük yaşam aktivitelerine katılımına engel olarak mortaliteyi arttırmaktadır (189). Kadın cinsiyet ve hemiparezinin varlığı depresyonun gelişmesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (188).

Epilepsi psikiyatrik bozukluklara neden olan önemli bir kronik nörolojik hastalıktır (190). Epilepside depresyonun görülme sıklığı %8-48 arasında değişmektedir (191). Epileptik odağın lateralizasyonu ile depresyon arasındaki ilişki konusunda görüş birliğine henüz varılamamıştır (192). Temporal lob epilepsi ve parsiyel epilepsi tanısı almış olanlarda depresyonun daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar olduğu gibi bunun tersini bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (193). Depresyonun tedaviye uyumu güçleştirerek ve uykusuzluğa neden olarak nöbet sıklığını arttırdığı ve nöbet sıklığının artmasının depresyona neden olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (194). Ayrıca tedavide kullanılan fenobarbital, vigabatrin, tiagabin gibi antiepileptik ilaçların depresyonla ilişkili oldukları tespit edilmiştir (191).

Migren, kadınlar arasında yaygın olarak görülen tüm baş ağrılarının önemli bir kısmını oluşturan, gastrointestinal, nörolojik ve otonomik değişikliklerin bir arada olduğu baş ağrısı tipidir. Migren ve depresyonun birlikteliği sık görülmektedir. Migren hastalarına depresyon görülme riski üç kat yüksek olup depresyonu olanlarda migren sıklığının normal popülasyona göre üç kat daha sık olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (195). Bazı çalışmalarda ise depresyonun migren hastalarındaki yaygınlığının %10-15 olduğu bildirilmiştir (196).

Parkinson, bir hareket bozukluğu olansının yanı sıra psikiyatrik bozuklukların da sıklıkla birlikte görüldüğü bir hastalıktır (197). Depresyonun bu hasta grubundaki yaygınlığının %4-75 arasında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (198). Hastalığın temel belirtilerinin depresyon belirtileriyle benzerlik göstermesi tanı konulmasını güçleştirmektedir (199). Suçluluk duygusu ve kendini kınama olmadan elem ve anksiyete birlikteliği parkinsonda ki depresyonda sık görülmektedir (200).

Multipl Skleroz (MS), daha çok genç erişkinlerde ataklar halinde seyreden, santral sinir sistemi beyaz cevherindeki sinir liflerinin miyelininde hasarlanma ile gelişen demiyelizan bir hastalıktır (201). Bu hastalarda depresyon yaygınlığı %27-54 olduğu bildirilmiştir (202).

Depresyon, uzun süredir hasta olan ve ciddi nörolojik defisiti olanlarda daha fazla ortaya çıkmaktadır (201). Periventriküler bölge, frontal lob ve temporal lob tutulumunda psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (203).

### **2. 3. 9. Depresyon ve Nefrolojik Hastalıklar:**

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, her yaş grubunu, en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (204). KBY hastaları bir süre sonra hemodiyaliz ile yeni bir tedavi sürecine girmektedirler. Hemodiyaliz sürecinde hasta makine, tedavi ekibi ve bakım verene tam bağımlı duruma gelirler. Tüm bu faktörler son dönem KBY hastalarında depresif belirtilere yol açabilmektedir (205).

KBY hastalarıyla yapılan çalışmalarda depresyonun sıklığı ile farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Farklı tanı ölçütlerinin ve yöntemlerin kullanılması bu sonuçların en önemli nedenidir (205).

Hause ve arkadaşları (206), 80 KBY hastası üzerinde yürüttükleri bir yıllık izlem çalışmasında DSM III tanı ölçütlerine göre depresyonun yaşam boyu sıklığını %12,5 saptamıştır. Kırk hemodiyaliz hastası ile yapılan bir diğer çalışmada DSM IV tanı ölçütlerine göre depresyonun yaygınlığının %17,1 olduğu bildirilmiştir (207). Lopes ve arkadaşlarının (208) Amerika ve Avrupa ülkelerindeki 253 merkezde hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada 1 yıllık depresyon yaygınlığının %20 olduğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Soykan ve arkadaşlarının (209) 50 hemodiyaliz hastası üzerinde yürüttüğü çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre hastaların %24'ünde depresif bozukluk saptanmıştır. 70 hemodiyaliz hastasıyla yapılmış bir çalışmada ICD-10 tanı ölçütlerine göre depresyon görülme oranı %17,1, 46 hemodiyaliz hastasıyla yapılmış bir diğer çalışmada ise oran %54,3 olarak saptanmıştır (210, 204).

Depresyon ilaçlara ve diyaliz seanslarına uyumu bozmakta, yol açtığı iştahsızlık nedeniyle malnütrisyona giden kötü bir tabloya neden olmaktadır. Ayrıca, depresyon hastanın immün sistemini baskılayarak ölüme yol açabilecek enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (205).

Ayrıca KBY hastalarında görülen depresyon, kadınlarda, gençlerde, beyaz ırkta daha yüksek, evlilerde, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha düşük, depresyonu olanlarda diyalize girilen süreler ve eşlik eden fiziksel hastalık oranı yüksek olarak bulunmuştur (208).

## **2. 4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI**

### **2. 4. 1. Tanım:**

Anksiyete terimi psikanalitik, öğrenme temelli ve nörobiyolojik literatürde farklı fenomenler olarak ele alınmakla birlikte, klinik psikopatolojiye göre yaşananlarla uyumlu olmayan kaygı ve korku hali olarak tanımlanmıştır. Gelişimsel olarak uyumsuz olan veya kişinin hayat koşullarına uygunsuz aşırı korku ve kaygı klinik anksiyete olarak adlandırılabilir (211).

DSM-IV TR' ye göre anksiyete bozuklukları agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu başlıkları altında toplanabilir (211).

## **2. 5. PANİK BOZUKLUK VE AGORAFOBİ**

Panik bozukluk antik dönemlerden bu yana bilinen bir hastalık olmasına rağmen ilk kez 1980 yılında DSM-III'te ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır. Panik bozukluğun neden olduğu sorunlar kişilerde, ailelerde, toplum ve sağlık sistemiz üzerinde ciddi sorunlara yol açmaktadır (212).

Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu nefes almada güçlük, çarpıntı, baş dönmesi, titreme, çıldırma-ölüm korkuları gibi çeşitli bedensel ve bilişsel belirtilerin ön planda olduğu, yineleyici ve beklenmedik panik ataklarıyla karakterize yaygın bir bozukluktur (213). Panik ataklar sadece panik bozuklukta görülmezler. Anksiyete bozukluklarının birçoğunda ve diğer ruhsal bozuklukların seyri esnasında da görülebilir. Panik bozukluğundaki panik atakların ayırt edici özelliği beklenmedik ve kendiliğinden olmalarıdır (30). Agorafobinin temel özelliği, bir panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği durumlarda bulunmaktan kaygı duymaktır.

### **2. 5. 1. Panik Bozukluk Etyoloji:**

Panik bozukluğun etyolojisinde psikolojik ve biyolojik kuramlar üzerinde durulmaktadır. Erken yaşlarda olan anne baba kaybı, çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismarlar, travmatik ve stresli yaşam olayları panik bozukluğun gelişiminde rol oynadıkları düşünülmektedir (214-216). Bilişsel kuruma göre panik atak yaşayan kişi atak sırasında oluşan belirtileri bedensel veya ruhsal açıdan tehlikeli, zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancına kapılır ve böylece koşullanmış uyarılara karşı koşullanmış bir yanıt olan panik atak ortaya çıktığı inanılmaktadır (217). Yapılan aile ve ikiz çalışmalarında PB' de %40 oranında genetik faktörlerin rol aldığı bildirilmektedir (218). Kesin bir gen gösterilememesine rağmen 16. ve 22. kromozomun COMT geni şüpheli genler olarak düşünülmektedir (219). Noradrenalin, serotonin ve gama aminobütirik asit hastalıkta rol aldığı ve artmış sempatik tonus gösterdikleri düşünülmektedir (220). Klein'ın panikte boğulma alarmı kuramı, beyin sapı kemoreseptörleri düzeyindeki bir sorunun panik ataklara neden olduğu, bu merkezin sinyalleri yanlış bir şekilde yorumlayıp yanlış boğulma alarmı verdiği, kronik hiperventilasyon ve karbondioksit aşırı duyarlılığının da bu sorunla ilişkili olduğu etyolojide suçlanan diğer bir faktördür (221).Beyin görüntüleme çalışmalarında ise medial temporal lob anomalilerinin daha fazla olduğu, laktat infüzyonu sonrası panik atak oluşturulan hastalarda temporofrontal ve parahipokampal bölgelerin kan akımında artış bulunmuştur (222).

### **2. 5. 2. Panik Bozukluk ve Agorafobi Klinik Özellikleri:**

Panik bozukluğun temel özelliği yineleyici nitelikte beklenmedik panik atakların olmasıdır. Panik olarak aniden başlar, 10 dakika içerisinde doruk noktasına ulaşır, yaklaşık 15-20 dakika devam eder ve sonlanır. Nadiren panik atağın görülme süresinde değişiklikler görülebileceği gibi sıklığı ve şiddetinde de değişiklikler görülebilir. Panik atakları oldukça kısa süren yoğun bunaltı veya korku dönemleridir. Çarpıntı, göğüste daralma ve yanma hissi, göğüs ağrısı, hiperventilasyon, baş dönmesi, dengesizlik hissi, el ve ayaklarda uyuşma, bulantı, karında şişkinlik, dışkılama hissi, bulanık görme, aşırı güçsüzlük en sık görülen belirtilerdendir. Bu bedensel belirtilerin sonucunda felç olma, beyin kanaması geçirme, bayılma ve ölüm korkuları gelişir. Ataklar sıklıkla gündüz vakitleri görülür. Atak sırasında yaşanan belirtilerin yoğunluğu kış aylarında artarken yaz aylarında azalır. Fiziksel egzersiz, kafein ve alkol gibi maddeler atakların tetiklenmesine yol açabilir. Panik bozukluklu bireyler genellikle ataklar arasında rahattırlar. Fakat panik atağın gelişme olasılığı ve olası sonuçları

hakkında kaygı duydukları gözlenir. Bu duruma beklenti anksiyetesi olarak adlandırılır ve hastalığın en temel özelliklerinden bir tanesidir (223).

Hastaların bir kısmı, panik atağı/anksiyete yaşamamak veya tehlikeli gördükleri şeylerden kendisini korumak için etkili ve sorun çözücü olmayan davranışları da içeren birçok güvenlik önlemine başvurmaktadır. DSM-IV-TR'e göre agorafobi panik bozukluğuna bağlı gelişir ve "panik atağı olduğunda yardım almanın ya da kaçıp kurtulmanın kolay olmayacağı durum/ortamlardan korku" olarak tanımlanmıştır (30).

Panik bozukluğa sıklıkla eşlik eden agorafobi panik bozukluğun bir komplikasyonu olarak veya nadiren tek başına da görülebilir. Yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da toplu taşıma araçları, kalabalık ortamlar, kapalı alanlar gibi yardım alamayacağını düşündüğü yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyulması ve kaçınılması tipiktir (224) . Agorafobi kadınlarda daha sıktır (217). PB' li bireylerde depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriasis, alkol ve madde kullanım bozuklukları sık görülmektedir (224).

### **2. 5. 3. Panik Bozukluk Epidemiyolojisi:**

Yaşamın bir döneminde her on kişiden biri en az bir panik atak yaşamaktadır. Fakat tekrarlayıcı panik atakların sıklığı %3,6 ile %9,9 arasında değişmektedir (225).Toplum kökenli çalışmalarda panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %1,5-2,5 arasında olduğu bildirilmiştir (226). ECA ve NCS çalışmalarında ise PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7 ve %9 olduğu saptanmıştır. NCS-R çalışmasında agorafobisiz panik atakların yaşam boyu sıklığı %22,7, agorafobili panik atak %0,8, agorafobisiz panik bozukluk %3,7 ve agorafobili panik bozukluk %1,1 olarak bildirilmiştir (227,228). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre genel toplumda panik bozukluğu erkeklerde %0.2, kadınlarda %0.5'dir (39).

Panik bozukluk BBSK'da da sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Türkiye'de BBSK'da yapılan bir çalışmada PB'nin yaşam boyu yaygınlığı %0,2, panik atak yaygınlığı %3,4 olarak saptanmıştır (229). Panik bozukluğu hastaları, diğer uzmanlık alanlarına ait kliniklere de sıkça başvurabilmektedir. Vestibüler bozukluk nedeniyle başvuran hastaların %15'inin, kardioloji polikliniğine başvuran hastaların %16'sının, hiperventilasyon belirtileri nedeniyle hastaneye başvuranların %35'inin panik bozukluğu hastası olduğu bildirilmiştir (226). Panik bozukluğu her yaşta ortaya çıkabilmekle beraber, tipik olarak geç ergenlik döneminde ve otuzlu yaşların ortalarında görülmektedir (230,231). Panik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Yaklaşık olarak kadın/erkek oranı 2:1'dir

(232,233). Panik bozukluğu oranı 15–24 yaş grubunda kadınlarda %2,5, erkeklerde %1,3 iken, ileri yaşlarda cinsiyetler arasındaki fark artmakta, 35–44 yaş grubunda kadınlarda %2,1 ve erkeklerde %0,6 olmaktadır (230). Evli olmayanlarda evli olanlara göre, şehirde yaşayanlarda kırsal kesimde yaşayanlara göre panik bozukluğu riski iki kat artmaktadır (234).

## **2. 6. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU**

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) birçok fiziksel hastalıkla yaygın olarak birlikte bulunabilen kronik, inatçı ve yeti yitimine neden olan, fakat tedaviye nispeten iyi yanıt veren bir anksiyete bozukluğudur. YAB ilk olarak 1980 yılında DSM-III’te bağımsız bir kategori olarak yer almıştır. Daha sonraki tanı sistemlerinde tanı ölçütlerinin sürekli değiştirilmesi ve diğer eksen I psikiyatrik bozukluklara ile sık birliktelik göstermesi bağımsız bir bozukluk olarak tanı sistemlerinde yer almasına tartışılır kılmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda hastalığın seyri, sosyodemografik faktörlerle ilişkisi, tedaviye olan cevap ve izlem YAB’ın ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılması gerektiğini doğrulamıştır (235).

Kronik endişe ve huzursuzluk, yorgunluk, yoğunlaşma zorluğu, sinirlilik, kas gerilimi, uyku bozukluğu gibi gerilimin etkileri YAB’ın temel özellikleridir (235).

### **2. 6. 1. Etyoloji:**

YAB’nin etyolojisi biyolojik teori, genetik teori ve psikoanalitik ve kognitif-davranışçı teori olmak üzere üç başlıkta ele alınabilir. YAB’ in ailesel ve genetik bir temelini olabileceği ileri sürülmüştür. Yapılan çalışmalarda YAB görülme oranı hastaların birinci derece akrabalarında yüksek bulunmuştur. Noradrenerjik ve serotonerjik sistemler başta olmak üzere birçok nörotransmitter sistemlerinin etyolojide rol aldığı öne düşünülmektedir. Genel olarak serotonerjik sistemin azalmış aktivasyonu, noradrenerjik sistemin ise fazla aktivasyonu üzerinde durulmuştur. Bir diğer nörotransmitter olan GABA üzerinde yapılmış çalışmalarda bu bozukluğun başlamasında ve sürmesinde benzodiazepin reseptörleri/GABA sistemindeki işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Kolesistokinin, Nöropeptid Y, Glutamat hastalığın patogenezinde rol aldığı düşünülen nöropeptidlerdir. Psikoanalitik teoriye göre anksiyete semptomlarının içgüdüsel dürtü ile baskılama arasındaki ikilemden doğduğu öne sürülürken, kognitif davranışçı teoriye göre anksiyetenin korkunun algılanmasına bir cevap olarak geliştiği öne sürülmüştür (236).

### **2. 6. 2. Tanı:**

DSM-IV-TR' ye göre YAB, en az altı boyunca hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş ya da okul başarısı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentilerin olması, kişinin endişe ve üzüntüsünü kontrol etmede güçlük çekmesi, huzursuzluk, aşırı heyecan duyma) ile endişe kolay yorulma, konsantrasyon bozukluğu, iritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi altı belirtiden en az üçünün bulunması olarak tanımlanmıştır (30).

### **2. 6. 3. Epidemiyoloji:**

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal Eşitlik Çalışması'nda (NCS) YAB'nin nokta yaygınlığı %1,6, bir yıllık yaygınlığı %3,1 yaşam boyu yaygınlığı ise %5,1 olarak bulunmuştur (31,29). YAB'nin kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğünü, ayrıca işsizler, boşanmışlar, ayrı yaşayanlar, dullar ve genç bireylerde de daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (ECA) ise YAB'nin bir yıllık yaygınlığı %3, yaşam boyu yaygınlığı %4-6 olarak belirlenmiştir. Avrupa'da 6 farklı ülkede yürütülmüş bir diğer çalışmada ise YAB'nin 12 aylık yaygınlığı %1, yaşam boyu yaygınlığı ise %2,8, olarak bulunmuştur (237). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise YAB'nin, 12 aylık yaygınlığı % 0,7 saptanmıştır (39).

YAB, birinci basamakta en sık tanımlanan anksiyete bozukluğudur. Wittchen ve ark. (238) birinci basamak sağlık kuruluşlarına anksiyete şikâyeti ile başvuran hastaların %22'sinde YAB'nin olduğunu saptamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 ülkede BBSK'da yürüttüğü çalışmada YAB'nin yaygınlığını %7,9 olarak saptamışlardır (239). YAB olan bireylerin büyük çoğunluğu birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurdukları ve çoğunlukla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte buldukları için ruh sağlığı merkezlerinde yaygınlığı diğer anksiyete bozukluklarından daha az görülmesine neden olmaktadır (240).

## **2. 7. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK**

### **2. 7. 1. Tanım:**

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal, ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile, akademik ve meslek ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süreğen bir bozukluktur (241). Obsesyon (saplantı), gereksiz, anlamsız ve hatta saçma olduğu bilinmesine rağmen; kişinin bilinçli çabaları ile durduramadığı tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya düşlemlerdir. Kompulsiyon (zorlantı), genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallar ile yapılan motor ve mental eylemlerdir (242) .

Obsesif kompulsif belirtiler genellikle benliğe yabancı olarak kabul edilmesine karşın bu klasik tanıma aykırı olarak OKB'li hastaların bir bölümünde obsesyonlar saçma olarak görülmemekte ego-sintonik olarak yaşanmaktadır.

İlk olarak 1980 yılında DSM-III' te ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM-IV-TR' de anksiyete bozukları içerisinde sınıflandırılmaya devam etmesine rağmen bu sınıflamanın doğru olup olmadığı yönünde tartışmalar devam etmektedir.

### **2. 7. 2. Klinik Özellikler:**

OKB farklı obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren, belirtiler açısından oldukça zengin kronik bir ruhsal bozukluktur. Bir çok insan obsesyonlara benzer düşünceler yaşayabilir. Bu düşünceler kısa süreli, benliğe daha az yabancı, belirgin sıkıntıya yol açmayan düşünceler olup kısa sürede zihinden uzaklaştırılabilir ve nötralizasyon çabası gerektirmez (243). Bu nedenle her obsesyon ve/veya kompulsiyonu olan bireye OKB tanısı konmaz. Yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık %40'ında sadece obsesyon, % 30'unda sadece kompulsiyon, %30 kadarında hem obsesyon hem kompulsiyon bulunmaktadır. En sık görülen obsesyonlar ise bulaşma, kuşku, somatik, simetri, saldırganlık, cinsel ve dinsel obsesyonlarıdır. Kompulsiyonlar ise yıkama, sayma, sorma-anlatma veya dua etme, simetri ve düzen ve biriktirme kompulsiyonlarıdır (244). Obsesyonlar ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülürler. Kompulsiyonların eşlik etmediği saf obsesyonlar sıklıkla cinsellik, saldırganlık ve dini temaları içerir. Bu tür sadece obsesyon olduğu düşünülen hastalarda ise yineleyici tarzda soru sorma, yineleyici tarzda dua etme gibi kompulsiyonlar gözden kaçabilmektedir (245). Saf kompulsiyonlar ise genellikle çocukluk çağındaki OKB'li hastalarda görülür ve genellikle seyrekdir. Obsesyonla ve kompulsiyonlar kişinin günlük işlerinin yapılmasında yavaşlamaya neden olur ve bu durum obsesyonel yavaşlık olarak

adlandırılır. Obsesyonlar ve kompulsyonlar biçim ve şiddet açısından zaman içerisinde değişiklik gösterebilirler (246).

### **2. 7. 3. Tanı Ölçütleri:**

OKB, ICD-10'da nevroitik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılırken, DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılır. DSM-IV-TR süre şartı aramazken, ICD-10, en az 2 hafta süre ile çoğu günlerde bulunması gerekir şartını arar. DSM-IV-TR'de obsesyon ve kompulsyonları ayrı ayrı, ICD-10'da birlikte tanımlanmaktadır. DSM-IV-TR'deki "içgörüsü az olan" tanısız alt tip ICD-10'da yoktur. DSM-IV-TR zihinsel eylemlerin de kompulsyon olabileceğini belirtirken, ICD-10'da bundan bahsedilmemektedir (30,34).

### **2. 7. 4. Etyoloji:**

OKB'nin patogenezi açıklanmaya yönelik genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöropsikolojik ve nörofizyolojik çalışmalar yürütülmüş, psikanalitik ve bilişsel davranışçı modeller ele alınmıştır. OKB'nin patogenezi serotonerjik sistemin rolü olduğu, beyinde bulunan 5-HT1d reseptörünün aşırı duyarlı olabileceği, dopaminerjik sistem üzerindeki yapılan çalışmalarda ise D4 reseptörünü kodlayan gendeki polimorfizm ile OKB arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (248,249). Beyin görüntüleme çalışmalarında frontal lob ve bazal ganglionlarda işlevsel bir bozukluğun olabileceği yönünde bulgular saptanmıştır (250,251). Aile çalışmalarına bakıldığında özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularında genetik geçişi destekleyen sonuçların elde edildiği görülmüştür (252). Çocukluk başlangıçlı ve tik bozukluklarının eşlik ettiği OKB'nin görülmesi otoimmuniteninde patogenezi sorumlu olabileceğini düşündürmüştür (253). Psikanalitik kuram kişinin saplanmış olduğu nesne ya da doyum biçimlerine geri dönmesi olarak tanımlanan gerileme olduğu görüşünü kabul ederken, bilişsel davranışçı kuram obsesif düşüncenin kökenlerinin normal zorlayıcı düşüncelerde yer aldığı düşüncesini savunmaktadır (254,255).

### 2. 7. 5. Epidemiyoloji:

OKB depresyon, madde-alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve fobilerden sonra en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluktur (256,257). Amerika'da yapılmış olan ECA çalışmasında bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %1,6 ve %2,5 bulunmuştur (31). Farklı ülkelerde toplum kökenli çalışmalar yürütülmüş ve OKB'nin 12 aylık yaygınlığı Almanya'da %0,7, Avustralya'da %0,7, Hollanda NEMESIS çalışmasında % 0,5, Amerika NCS-R çalışmasında %1 olarak bildirilmiştir (60). Weissman ve arkadaşları (258) tarafından ABD dışında OKB yaygınlığı araştırılmıştır. Dört kıtada yürütülen bu çalışmada %0.7 oranına sahip Taiwan dışarıda bırakılınca OKB'nin yaygınlığının %2 olduğu görülmüştür. Çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %0.5-2.5, kadınlarda %0.9-3.4 olarak tespit edilmiştir . Türkiye'de ise Çilli ve arkadaşları (259) OKB' nin bir yıllık yaygınlığını %3, Deniz'in alan çalışmasında (260) ise aynı oran %2,1 bulunmuştur.

OKB çocuklukta, ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlamaktadır (28).Ortalama başlangıç yaşı ECA çalışmalarına göre 23'tür (31). Türkiye'de ki hastalar içinde benzer yaş ortalaması bildirilmektedir (260-264). Hastalık kadınlarda erkeklerden daha geç yaşta başlamaktadır.

Çilli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık bekârlarda daha sık görülürken, dul ve boşanmış olanlarda ve ayrı yaşayanlarda dört kat artmaktadır. Ailenin ilk ve tek çocuğu olmak, az veya çok sayıda kardeşe sahip olmak risk etkenleri olarak saptanmıştır (259).

## 2. 8. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ve AKUT STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik yaşantı sonrası olayı tekrar tekrar yaşama, anımsatan uyarlardan kaçınma, artmış uyarılmışlık hali ile karakterize ruhsal bir bozukluktur (265). İlk kez 1980 yılında DSM-III sınıflamasında tanımlanmış ve anksiyete bozuklukları sınıflamasına alınmıştır. Ruhsal travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, insanın deneyim sınırları dışındaki olaylara verdiği yoğun korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır. Olayı doğrudan yaşayan kişilerin yanı sıra, olaydan haberdar veya tanık olan kişiler üzerindeki etkilerin de TSSB'ye yol açtığı kabul edilmektedir. Saldırıya veya tecavüze uğrama, yaralanma, kaza geçirme, birinin öldürüldüğüne veya yaralandığına tanık olma, doğal afet yaşama, ölümcül bir hastalık tanısı konulması ve yakını kaybetme veya yakınının başına gelen travmatik bir olayı öğrenmek TSSB ile ilişkili travmatik olaylardır (266).

Travmatik bir olaya maruz kalmak, TSSB tanısı için gerekli fakat yeterli değildir. Belirtiler travmatik olaydan sonraki ilk günlerden itibaren kendini göstermeye başlar ve uzun dönem içerisinde azalma eğilimindedir. Travma sonrası olaya verilen akut stres tepkileri çok yaygındır ve genellikle ilk ay içerisinde azalma veya iyileşme eğilimi gösterir (267).

TSSB tanısının konulması için gerekli olan DSM-IV TR' deki ana tanı ölçütü olan kişinin travmatik bir olayla karşılaşması hakkında çeşitli tartışmalar süregelmektedir. A tanı ölçütü çok geniş ve sınırları net olarak belirlenmediğinde TSSB tanısı çok artacak, çok kısıtlandığında ise yaygınlığı düşecektir Hangi olayların travma oluşturacağı ve olayın şiddet derecesinin neye göre belirleneceği, diğer insanlar için normal yaşam deneyimi içinde kabul edilebilecek olmasına rağmen travma sonrası stres belirtilerine neden olabilecek olayların dahil edilip edilmeyeceği hakkında yeterli bir görüş birliği yoktur (268).

Travmaya maruz kalan kişilerde ilk 30 gün içinde gelişen normal ruhsal tepkiler ile, sağlıklı ruhsal tepkileri ayırt etmek amacıyla, DSM-IV'e "akut stres bozukluğu" tanısı eklenmiştir. Akut stres bozukluğu (ASB), iki ile 30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolan stres belirtileri ile tanımlanmıştır.

### 2. 8. 1. Etyoloji:

Stres sırasında nörotransmitter sistemlerinde çeşitli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. TSSB' de en çok üzerinde durulan sistem olan noradrenerjik sistem anksiyete, korku, vijilans ve seçici dikkatte rol oynamaktadır (269). Bellekle ilişkili olan prefrontal korteksin stres

sonrası aktive olması nedeniyle TSSB’de görülen bellek bozukluklarının dopaminerjik sistem ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (270). Serotonin sistemi, endojen opiyat sistem, hipotalamo-hipofizer adrenal aks, benzodiazepin sistemi, beyindeki yapısal anormallikler TSSB’ de oluşan belirtilere açıklamayan çalışan diğer biyolojik mekanizmalardır. TSSB’nin oluşmasına yatkınlık yaratan hazırlayıcı etmenlerin ve hazır korkuların olması, korku ve anksiyeteye karşı klasik ve edimsel koşullanma, klasik ve edimsel koşullanma sonrası oluşan genelleşme ve ayırıştırma, TSSB’ nin aşırı uyarılmışlık ve kaçınma belirtilerinin sürmesini açıklamaya yardımcı olan Mowrer’ ın iki aşamalı kuramı bu bozukluğu açıklamaya çalışan bilişsel ve davranışçı kuramlardır.

### **2. 8. 2. Klinik Özellikleri:**

TSSB’ da üç ana belirti göze çarpmaktadır. Travmayı tekrar tekrar yaşama, travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve otonom sinir sisteminin artmış cevaplarını içermektedir. Uykusuzluk, tedirginlik, iritabilite diğer önde gelen belirtilerdir. Akut stres bozukluğu olan kişilerde ise emosyonel cevapta azalma görülür, etraftan kopma uzaklaşma, disosiyatif amnezi olabilir. Ümitsizlik, suçluluk, travma sonrası temel sağlık bakımının reddi, dürtüsellik, risk taşıyan davranışlar eşlik edebilir (265).

### **2. 8. 3. Epidemiyoloji:**

Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda travmatik olaylarla karşılaştıkları bildirilmiştir. Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma oranları erkekler için %61-83, kadınlar için %51-74 arasındadır. Erkekler daha çok fiziksel travmalar ve kazalara maruz kalırken kadınlar cinsel travma ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşı karşıya kalmaktadır. Kadınlarda TSSB riski erkeklere göre 2 kat daha fazladır. Yapılan çalışmalarda bu oranlar kadınlar için %10,4-19, erkeklerde ise % 5-10’dur (60). Amerika’da yapılmış olan NCS çalışmasında TSSB’nin yaşam boyu yaygınlığı %7,8, NCS-R çalışmasında 12 aylık yaygınlığı %3,8 olarak bulunmuştur (60). ESEMeD çalışmasında ise yaşam boyu yaygınlığı %2,5, 12 aylık yaygınlığı %1,1 olarak bildirilmiştir (272). Avustralya’da yapılmış çalışmada 12 aylık yaygınlık %1,3, Kore’de yapılmış bir diğer çalışmada ise %0,7 olarak saptanmıştır (60,233). Ülkemizde ise Tural ve arkadaşlarının (274) Marmara depreminden sonra İzmit’te yaptıkları çalışmada yaşam boyu TSSB görülme oranı %14,6 nokta yaygınlığı ise %11,7 olarak bildirilmiştir.

## **2. 9. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU**

### **2. 9. 1. Tanım:**

Sosyal fobi kişinin başkalarınınca değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır (275).

Sosyal fobi ilk kez 1900' lü yılların başında performansla dayalı anksiyetesi olan bireyleri tanımlamak için kullanılmış olsa da ilk olarak 1980 yılında DSM-III ile psikiyatrik tanı sınıflamasına dâhil olmuştur. DSM-IV' te ise sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve adı Sosyal Anksiyete Bozukluğu olarak değiştirilmiştir (275).

### **2. 9. 2. Etyoloji:**

Sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. SAB, genetik yatkınlık, ev ve çevre koşulları, mizaç ve kişisel deneyimlerin karmaşık etkileşimi sonucu geliştiği düşünülmektedir. Biyolojik model, koşullanma ve etolojik model, kişilik modeli, davranışsal kenetlenme modeli ve bilişsel model ile bozukluğun gelişimi açıklanmaya çalışılmıştır. SAB' de önce korku oluşmakta sonrasında anksiyete ve bilişsel çarpıtmalar takip etmektedir. Noradrenerjik ve serotonerjik sistemin düzensizliği sonucunda bu tablonun ortaya çıktığı düşünülmektedir. SAB' nin sınırlı tipinde beta blokerlerin faydalı olması noradrenalin aktivitesinin fazla olduğunu, yaygın tipinde ise SSRI'ların faydalı olmasının da serotonerjik sistemde bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde ve aile bireylerinde görülme oranlarının yüksek olması hastalığın genetik faktörlerin rol oynadığında dair bilgiler vermektedir. Bir çalışmada ise striatal dopamin reseptör bağlanma yoğunluğunda belirgin azalma olduğunu ve SAB' nin striatal dopaminerjik sistem fonksiyonu ile bağlantılı olabileceğini bildirmişlerdir. Davranışçı görüş SAB' nin üç yolla gelişebileceğini ileri sürmektedir. Bunlar; doğrudan koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi aktarımıdır. Doğrudan koşullanma sosyal ortamlarda kişinin travmatik bir deneyim yaşamıyla oluşur ve yapılan çalışmalarda en büyük etkenin travmatik yaşantılar olduğu görülmüştür. Gözlemsel öğrenmede kişi, sosyal ortamda olumsuz deneyim yaşayan başka bir kişiyi gözleyerek korkulu hale gelir. Bilgi aktarımında ise sözel ya da sözel olmayan yolla, yani tutumlarla sosyal ortamların tehlikeli olduğu bilgisinin kişiye aktarılması yoluyla sosyal korkuların kazanılması söz konusudur (276).

### **2. 9. 3. Klinik Özellikleri:**

Sosyal durumların bir ya da birkaçından korku duyup kaçınan hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdaki korkan ve kaçınan hastalara için ise yaygın tip SAB tanımlanmıştır.

SAB’de kişi korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Eğer gerçekten korku duyulabilmesi anlamlı bir olay varsa, tanı SAB değildir. Kişi toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği duruma katlanmaya kendisini zorlar ve bu sırada yoğun anksiyete yaşar. Yaklaşmakta olan toplumsal ya da başkalarının da katılımının olduğu durumlarla ilgili olarak, çok önceden belirgin bir beklenti anksiyetesi ortaya çıkabilir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar Bu belirtiler çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir. SAB’ye sıklıkla eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer alır (276).

### **2. 9. 4. Epidemiyoloji:**

SAB, major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (228). Amerika’da yapılmış olan ECA çalışmasında SAB’nin yaşam boyu yaygınlığı %2,4, NCS çalışmasında 12 aylık yaygınlığı %7,9, NCS-R çalışmasında 12 aylık yaygınlığı %6,8 olarak saptanmıştır (31,32). Hollanda’da yürütülmüş olan NEMESIS çalışmasında yaşam boyu yaygınlık %7,8, 12 aylık yaygınlık %4,8, 1 aylık yaygınlık ise %3,7 olarak bildirilmiştir (36). Avrupa’da 5 farklı ülkede yürütülmüş bir diğer çalışma olan ESMed’de ise SAB’nin 12 aylık yaygınlığı %1,6 yaşam boyu yaygınlığı ise %2,8 olarak saptanmıştır (272). Uzak doğuda yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise yaşam boyu yaygınlık %0,5 olarak bildirilmiştir (273). Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında yapılmış çalışmada SAB %22 oranında saptanmıştır (277). Weiller ve ark. (278) BBSK’da yaptıkları bir çalışmada bir aylık yaygınlık %4,9, yaşam boyu yaygınlık %14,4 olarak bulunmuştur.

Kadınlarda erkeklere göre 1.5 kat daha sık görülmektedir. Bir çalışmada kadınlarda daha sık görülmesine rağmen erkeklerin daha fazla tedavi için başvurdukları bildirilmiştir. SAB gençlerde, sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi düşük, bekâr ve işsizlerde daha sık görülmektedir (279).

## **2. 10. ÖZGÜL FOBİ**

### **2. 10. 1. Tanım:**

Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması fobi olarak adlandırılırken, özgül fobi ise sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (280).

### **2. 10. 2. Klinik Özellikleri ve Alt Tipleri:**

Özgül fobisi olanlar genellikle korku duydukları nesneden ya da durumdan zarar göreceklelerinden endişe ederler veya böyle bir durum veya nesne ile karşılaştıklarında aşırı bir endişe duyup kontrolü kaybedeceklerini düşünürler. Bu düşüncelerin sonucunda kişi zamanla fobik durumlardan kaçarak yaşamını sürdürmeye başlar. Özgül fobisi olan bireylerde, uyaranla karşılaşıldığında hafif bir anksiyeteden panik atağı şiddetine kadar ulaşabilen belirtiler ortaya çıkar. Çarpıntı, terleme, titreme, kaçma dürtüsü, kas gerginliği, soluk alıp vermede artış, nefes darlığı en sık görülen belirtilerendir. Uyaran yokluğunda korku yatıştır ve genellikle beklenti anksiyetesi yoktur (280).

DSM-IV-TR' de fobiler uyarının tipine göre; hayvan, doğal çevre, kan-enjeksiyon- yara, durumsal olmak üzere 4 grupta toplanmıştır. Kan-enjeksiyon-yara fobisinde ortaya çıkan belirtiler diğer alt tiplerden farklıdır. Uyaran karşısında önce taşikardi olur bunu bradikardi ve kan basıncında düşme izler. Hastaların üçte birinde baygınlık hissi oluşur.

### **2. 10. 3. Etyoloji:**

Özgül fobiler de ailevi özellikler vardır. Özgül fobisi olanların yakınlarında özgül fobi görülme oranının, sağlıklıların yakınlarına oranla çok daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (281) . Özgül fobiler arasında genetik geçiş konusunun en çok araştırıldığı grup kan-yaralanma fobisidir. Birçok çalışmada fobik uyaranla karşılaşmada beyin kan akımında özgül değişiklikler saptanmıştır; ancak sonuçlar tutarlı değildir (282). Özgül fobilerin oluşumunda bilişsel faktörlerin rolü çok araştırılmıştır. Genel olarak, Stroop benzeri ölçümler kullanan araştırmalar, fobiklerin fobik olmayanlara oranla dikkatlerinin fobik uyarana dönük olduğunu ve alıştırma tedavisinin dikkatteki bu aşırılığı düzelttiğini göstermektedir (283). Yapılan beyin

görüntüleme çalışmalarında fobiklerin paralimbik ve duysal korteks bölgelerinde normallere göre kalınlaşma saptamışlardır (284). Özgül fobi etiolojisinde psikolojik etioloji konusundaki kuramlar önemli yer tutmaktadır. Koşullanma, koşullanma dışı öğrenme ve psikodinamik kuramlar ile etioloji açıklanmaya çalışılmıştır.

#### **2. 10. 4. Epidemiyoloji:**

Fobiler sık görülen ruhsal bozukluklardandır (228). Amerika'da yapılmış olan ECA ve NCS çalışmasında yaşam boyu özgül fobi oranı %11 olarak bulunmuştur (31,32). Avrupa'da yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Avrupa'da Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı (ESEMeD) çalışmasında özgül fobinin 12 aylık yaygınlığı %5,4, yaşam boyu yaygınlığı %8,3 olarak saptanmıştır(272). NEMESIS çalışmasında 1 aylık yaygınlığı %5,5, 12 aylık yaygınlığı %7,1, yaşam boyu yaygınlığı ise %10,1 olarak bulunmuştur (36). Kore'de yapılmış olan çalışmada özgül fobinin 12 aylık yaygınlığı %4,2, yaşam boyu yaygınlığı ise %5,2 olarak bildirilmiştir(273). Ülkemizde yapılan çalışmada ise son bir yılda tüm fobilerin görülme oranı %4,2 olarak saptanmıştır (39). Özgül fobi kadınlarda, dul ve boşanmışlarda, işsizlerde ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha sık görülmektedir (285).

## **2. 11. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TIBBİ HASTALIKLAR:**

Anksiyete bozuklukları ile tıbbi hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (6). Anksiyete bozuklukları, tıbbi hastalıklarla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar arasında ilk sırada yer almaktadır (7). Hastalarda görülen anksiyete doğrudan bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olabileceği gibi hastalığın tetiklemesi veya uygulanmakta olan tedavilerin sonucunda ortaya çıkabilir (8).

Tıbbi hastalıklarda ortaya çıkan ani anksiyete belirtilerinin hastalığın hızlı ilerlemesine ve kullanılmakta olan tedavinin toksik etkilerine bağlı olup olmadığı; kronik anksiyete belirtilerinin ise hastalığın anksiyete belirtilerini taklit edip etmediği ve psikiyatrik bir rahatsızlıkla ilişkili olup olmadığı değerlendirilmelidir (286).

Tıbbi hastalığı olan bireylerde anksiyetenin en önemli nedeni hastalığa ilişkin tanı ve tedavideki belirsizliklerdir. Hastaların yeterli ve anlaşılır biçimde bilgilendirilmemesi, hastalığın seyrindeki beklenmedik değişiklikler, tedavinin istenilen sonuçları verememesi anksiyete oluşumuna neden olabilmektedir (287).

Anksiyete bozukluklarına ilişkin belirtiler birçok hastalığın fiziksel belirtilerini taklit edebilir, ayırt edilmesi güç olabilir. Hastalığa doğal bir cevap olarak anksiyete oluşabilir. Bu tablo ancak kişinin işlevselliğini, tedaviye olan uyumunu bozuyorsa bir psikopatolojiden bahsedilebilir (288).

Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete bozuklukları yeterince tanınmamakta ve tedavi edilememektedir. Bu durum tıbbi hastalığın prognozunu kötüleştirmekte, hastanede yatış süresini uzatmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (289).

Onkoloji, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete bozuklukları sık görülmektedir. Ani olarak gelişen ve hayatı tehdit eden hastalıklarda anksiyete daha fazla görülmektedir. Kronik hastalıklarda da anksiyete yaygın bir yakınma olarak karşımıza çıkmaktadır (286).

### **2. 11. 1. Anksiyete Bozuklukları ve Kardiyovasküler Hastalıklar:**

Kalp hastalıkları semptomatik olmaya başladıklarında anksiyete için önemli bir tetikleyici hale gelirler. Anksiyete, kişinin yaşadığı nefes darlığı, göğüs ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı gibi fiziksel ve otonom semptomlarla başlayabilir. Aritmiler ve anjina pectoris panik atak semptomlarıyla çok benzer olduğundan bireyde beklenti anksiyetesine neden olabilir (290).

Koroner arter hastalığı olan ve acil servislere göğüs ağrısıyla başvuran hastaların %34'ünde panik bozukluğu saptanmıştır. Kardiyoloji bölümünde ayaktan takipli ve yatarak tedavi gören korner arter hastalığı olan hastalar arasında panik bozukluğu sıklığı %10-50 arasında olduğu bildirilmiştir. (291,292)

Birlikteliğinden sıklıkla söz edilen diğer bir KVH mitral valv prolapsusu (MVP)'dur. MVP ve panik bozukluğu ile ilgili literatürler incelendiğinde bu iki durumun sıklıkla bir arada bulunduğu ancak ikisi arasında nedensel bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (293).

Hipertansiyon hastalarında yaşam boyu panik atak sıklığı %35-39, yaşam boyu panik bozukluğu sıklığı ise %12-14 olarak saptanmıştır (294). İdiopatik kardiyomiyopati hastalarının yaklaşık yarısında panik bozukluğu, panik bozukluğu hastaların %20-23'ünde kardiyomiyopati saptanmıştır (295).

Yaygın anksiyete bozukluğu ile KVH arasındaki ilişki uzun süredir bilinmektedir. BBSK'de yürütülen çalışmada kalp hastalığı ve hipertansiyon hastalarının %12'sinde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (296).

## **2. 11. 2. Anksiyete Bozuklukları ve Onkolojik Hastalıklar:**

Ölüm, bağımlılık, yani kendi kendine yetebilme gücünün kaybı, beden görünümünün bozulması ve ağrı, acı çekme endişeleri gibi kişinin varoluşuna doğrudan tehdit oluşturan çağrışımlar kanser anksiyetesinin kaynaklarıdır. Kanserle birlikte görülen anksiyete bozukluklarında, kanserin tipi, evresi, tedavi edilebilirliği, yerleşimi, kalp beyin gibi organlara yakınlığı daha anksiyete oluşmasında belirleyicilerdir (297). Örneğin göğüs kanseri olan bayanlarda mastektomi kadınlığın tehdidi anlamı taşıyabilir ve daha yüksek anksiyete düzeylerine neden olur (298).

Kanser hastalarında anksiyetenin görülebilen en önemli nedeni kontrol edilemeyen ağrıdır. Ağrı hasta tarafından her şeyin kötüye gittiği, tedaviye yanıt alınamadığı, ölümün yakın olduğu şeklinde anlaşılır (299).

Kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukların yaygınlığı ile ilişkili farklı sonuçlar elde edilmiştir. Plumb ve Holland (101) ilerlemiş kanser tedavisi için hastaneye yatan hastaların %15'inde anksiyete bozukluğu saptamıştır. 1993 yılında 60 kanser hastası üzerinde yapılmış çalışmada ise hastaların %8'inde panik bozukluk olduğu bildirilmiştir (300). Mehnert ve arkadaşları (301) ortalama 47 ay önce meme kanseri tanısı konmuş 1083 hastayı Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile değerlendirdikleri

çalışmada, hastaların %38.2' sinde anksiyete belirtileri saptamıştır. Alter ve arkadaşlarının (302) kanser hastalarında TSSB yaygınlığı ile ilgili yaptıkları çalışmada anlık yaygınlığı %4, yaşam boyu yaygınlığı %22 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ise 100 kanser hastasında TSSB yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada hastaların %19'unda TSSB olduğu saptanmıştır (303).

### **2. 11. 3. Anksiyete Bozuklukları ve Endokrinolojik Hastalıklar:**

Endokrin disfonksiyonun en sık görülen başlangıç semptomlarından biri anksiyete olup bozukluklarının ise %25'inde endokrinopati saptanır (304). Hipertiroidizm sıklıkla anksiyete bozukluklarını taklit edebilir. Özellikle Hashimoto tiroditi olan hastalarda yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğunun hayat boyu yaygınlığı yüksek olarak bulunmuştur (305).

Hipotiroidizmde otoimmün mekanizmaların anksiyeteden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (306). Kathol (119) hipotiroidili hastalarda yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu görülme oranının %20-33 arasında olduğunu bildirmiştir. Akut hipotiroidizm olgularında %30-40 oranında yaygın anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (307).

Hiperparatiroidizmde, anksiyete hiperkalseminin ilk belirtilerinden biri olabilir (308). Bir diğer endokrin sistem hastalığı olan Cushing sendromunda anksiyete semptomlarının %12-79 oranında görüldüğü bildirilmiştir (309).

DM hastaların %40'ında anksiyete semptomlarının görüldüğü bildirilmektedir. Diyabetik hastalarda panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, TSSB ve agorafobi görülme oranları toplum çalışmaları ile benzer bulunmuştur. YAB oranı artmıştır. Diyabetik hastalarda YAB'nin anlık yaygınlığı %14, yaşam boyu yaygınlığı ise %21 olarak bildirilmiştir (310). Ayrıca yapılan çalışmalarda kan şekeri kontrolü ile anksiyete düzeylerinin ilişkili olduğu, anksiyetenin tedavisi ile kan şekerinin düzeldiği gösterilmiştir (123).

### **2. 11. 4. Anksiyete Bozuklukları ve Cerrahi:**

Cerrahi servislerde yatan hastalarda anksiyete, operasyon öncesi ve sonrası dönemde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Ameliyat öncesinde anksiyetesi yüksek olanlarda ameliyat sonrasında komplikasyon gelişme oranı ve yatış süresi artmaktadır (311). Ölüm korkusu,

bedenin zarar göreceği acı çekeceği korkusu, ameliyatın bilinmeyen yönlerine ve işlemin belirli yönlerine olan korkular cerrahide anksiyetenin oluşmasının temel kaynaklarıdır (312).

Ameliyat öncesi dönemde hastalarda var olan anksiyete bozuklukları alevlenebilir. Anksiyete bozukluğu, hastaların kapalı görüntüleme cihazlarına girmemelerine, tetkik ve tedavi sürecinde engellere yol açabilir. Kan-enjeksiyon fobisi gibi durumlar tamamen cerrahi tedaviye engel teşkil edebilir (312).

Baş boyun cerrahisi sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak hastalarda anksiyete oluşturur. Göğüs kalp damar cerrahisi sırasında solunum cihazına bağlanan hastaların aygıttan ayrılmaları esnasında anksiyete sıklıkla görülür. Endokrin sistem cerrahisi sonrasında ilgili hormonal dengedeki değişiklikler anksiyeteye neden olabilmektedir (313)

Cerrahi girişim sonrası ameliyat sonrası travmasıyla ilişkili olarak akut stres bozukluğu ortaya çıkabilir ve bu tablo bazı hastalarda TSSB'ye dönüşebilir (313).

#### **2. 11. 5. Anksiyete Bozuklukları ve Solunum Sistemi Hastalıkları:**

Solunum sistemi hastalıklarında depresyon gibi anksiyete de solunum soru ortaya çıkmasını kolaylaştıran ve şiddetini arttıran bir durumdur (314). Üskül ve arkadaşlarının (140) yaptıkları çalışmada hastaların %74'ünde orta, %10'nunda ise ağır düzeyde anksiyete bulunduğu bildirilmiştir. Withers ve arkadaşları (141) çalışma dâhilindeki hastaların %29,2'sinde anksiyete bozukluğu saptamışlardır. KOAH'lı hastalar üzerinde Beck kaygı envanteri kullanılarak yapılan çalışmada hastaların %28,6'sında anksiyete düzeylerinin arttığını bildirmişler (315).

Solunum sistemi hastalıkları ile YAB ve panik bozukluk birlikteliğinin normal popülasyona göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Solunum sistemi obstrüksiyonunun CO2 santral kemoreseptörlerini uyarması sonucu panik atakların tetiklendiği ileri sürülmektedir (316). Astımlı hastaların %30'u, KOAH'lı hastaların %16-34'ü panik bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır (317).

#### **2. 11. 6. Anksiyete Bozuklukları ve İskelet Kas Sistemi Hastalıkları:**

Kronik ağrı, anksiyete bozuklukları ile sık birliktelik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada panik bozukluğu olan hastaların %40'ında kronik ağrı şikâyetinin olduğu

saptanmıştır (318). Amerika’da yapılan NCS çalışmasında ise kronik ağrı ve panik bozukluk arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (319).

Kronik ve ilerleyici birer hastalık olan ankilozan spondilit ve romatoid artritte de anksiyete bozuklukları sık görülmektedir (160). El- Miednay ve arkadaşları (320) RA’da anksiyetenin de depresyon kadar sık görüldüğünü ve çalışmalarındaki anksiyete bozukluğu oranının %70 olduğunu bildirmişlerdir. Klinik görüşmelere dayalı yapılan çalışmalara bakıldığında ise anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %25 olarak tespit edilmiştir. Uğuz ve arkadaşlarının (166) 90 RA’lı hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise anksiyete bozukluklarının oranı %25 olarak saptanmıştır.

Fibromiyalji anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü bir diğer hastalıktır. Fibromiyaljili hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme oranı % 48-77,3 arasında değişmektedir (321). Uğuz ve arkadaşlarının (175) yaptığı çalışmada fibromiyaljili hastaların %32 sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır.

## **2. 11. 7. Anksiyete Bozuklukları ve Nörolojik Hastalıklar:**

Nörolojik hastalıklarda hastalığın seyrinin kötü olması, tedaviye yeterli cevabın alınamaması, belirgin işlevsel kayıplara yol açması anksiyete belirtilerinin klinik pratikte sık görülmesine neden olmaktadır.

İnme sonrası kısa bir süre içerisinde hastalarda anksiyete başlayabilir. Fure ve arkadaşlarının (322) yaptığı bir çalışmada inmenin ilk haftası içerisinde hastaların %26,4’ünde anksiyete bozukluğunun ortaya çıktığı saptanmıştır. Anksiyete inmenin gidişini olumsuz yönde etkileyebilir. SVO sonrası YAB’nin görülme oranı %20’nin üzerindedir (323). Frontal korteks ve striatum’un etkilendiği SVO’lu hastalarda obsesif kompulsif bozukluk görülebilmektedir (324).

Epilepsi hastalarında genellikle nöbet geçirme olasılığına ve tedavinin kısıtlayıcılığına bağlı olarak anksiyete gelişebilir (325). İnteriktal dönemde %66’lara varan oranlarda anksiyete belirtileri görülür. Anksiyete belirtileri en sık limbik odaklı parsiyel nöbetlerde ve primer jeneralize epilepsilerde görülür (326,327). Epilepsili hastalarda panik bozukluk görülme sıklığının ise %5-21 olduğu bildirilmiştir (328). Monaco ve arkadaşlarının (329) yaptığı çalışmada epilepsili hastalarda OKB görülme sıklığı %10,9 olarak bulunmuştur. Temporal lob epilepsili hastalarda OKB sıklığı %10,3-22, temporal olmayan epilepsili hastalarda sıklığı ise %3,8 olarak bildirilmiştir (330,331)

Migren ve gerilim tipi baş ağrılı hastalarda normal popülasyona göre anksiyete bozuklukları daha fazla görülmektedir. Anksiyete ve baş ağrısı arasındaki nedensel ilişki henüz net olarak bilinmemektedir (332).

Parkinson hastalarının yaklaşık %20-40'ında anksiyete bozukluğu görülmektedir (333). En sık panik bozukluk, YAB ve sosyal anksiyete bozukluğu görülmektedir (334). Lauterbach ve Duvoisin (335) Parkinson hastalığı olanlarda panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %7,9; Nuti ve arkadaşları (336) ise %30 olarak belirlemişlerdir. Bir çalışmada parkinson hastalarında normal popülasyona kıyasla 2.2 kat daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğünü saptamışlardır (333).

Anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü bir diğer hastalık ise multipl sklerozdur. Hastaların bilişsel ve fonksiyonel kayıplarını fark etmeleri, çevreden gelen uyarıları yeterince değerlendirememeleri anksiyeteye neden olmaktadır (337). Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %25-41 arasında olduğu bildirilmiştir. Yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile yapılan iki çalışmada ise anksiyete bozukluklarının yaşam yaygınlığı %36 saptanmıştır. MS'li hastalarda en sık yaygın anksiyete bozukluğu görülür ve MS hastalarında ki yaşa boyu görülme sıklığı %18,6'dır. Panik bozukluk ve OKB'nin de toplumdan daha sık görüldüğü bildirilmektedir (338).

### **2. 11. 8. Anksiyete Bozuklukları ve Dermatolojik Hastalıklar:**

Dermatolojik hastalıklarda psikiyatrik bozukluklar sık olarak görülmektedir. Woodorff ve arkadaşlarının (339) yaptığı çalışmada dermatolojik hastalığı olanların %35'inde anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Bir diğer çalışmada ise psöriazisli hastaların %48'inde, atopik dermatitli hastaların %39'unda anksiyete bozukluğu görüldüğü rapor edilmiştir (340). Dursun ve arkadaşlarının (341) Behçet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %16,4'ünde özgül fobi, %15,1'inde YAB ve %9,6'sında SAB olduğu bildirilmiştir. Odlaug ve arkadaşları (342) deriye zarar verme davranışları gösteren hastaların %15'inde OKB saptanmıştır.

Kronik ürtikerde, semptomların başlamasından önce hastaların birçoğunun stresli yaşam olayları yaşadığı görülmüştür. Bu hasta gurubunda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %48 olarak bildirilmiştir (343). Staubach ve arkadaşları (344) kronik ürtiker nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda yapılandırılmış klinik görüşme yöntemi kullanarak yaptığı çalışmada anksiyete bozukluklarının yaygınlığını %25 olarak bulmuştur. Uğuz ve arkadaşlarının (345)

89 kronik ürtiker hastası üzerinde yaptığı çalışmada ise OKB'nin görülme sıklığı %25,8, SAB 'nin görülme sıklığı ise %9 olarak bildirilmiştir.

Dermatolojik hastalıklarla TSSB'nin ilişkisi genellikle çocukluk çağı travmalarıyla alakalıdır. Travmaya maruz kalan kişilerde kendine zarar verici davranışlar görülebilmektedir. TSSB'li hastalarda trikotillomani ve artefakt dermatiti sık olarak karşımıza çıkmaktadır (346).

Dermatolojik hastalıklarda sık görülen diğer psikiyatrik bozukluk ise sosyal anksiyete bozukluğudur. Fiziksel kusuru olan kişilerde sosyal ortamlarda reddedilme kaygısı yüksektir. Psöriazis ve vitiligo hastalarında sosyal ortamlardan kaçınma davranışı sıklıkla görülmektedir. Özellikle çocukluk döneminden beri bu rahatsızlıkları olan hastalarda SAB'nin yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (347).

### **2. 11. 9. Anksiyete Bozuklukları ve Nefrolojik Hastalıklar:**

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda psikiyatrik bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. House ve arkadaşlarının (206) 80 KBY hastası üzerinde yaptığı çalışmada DSM-III tanı ölçütlerine göre hastaların %2 sinde panik bozukluk, %1,5'inde yaygın anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Sağduyu ve Erten'in (348) yaptıkları çalışmada ise ICD-10 tanı ölçütlerine göre hastaların %8,7'sinde YAB olduğunu bildirmişlerdir. Kırk altı hemodiyaliz hastasını kapsayan bir diğer çalışmada ise anksiyete bozukluklarının oranı %30,4 olarak bulunmuştur (204).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3. 1. Örneklerin seçimi:**

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi (SÜMTF) Psikiyatri, Çocuk Hastalıkları ve Göz Hastalıkları servisleri dışında diğer servislerde 01 Mayıs 2010- 01 Aralık 2010 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar arasında yürütülmüştür.

#### **3. 2. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:**

- 1.Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek
- 2.18 yaşından büyük olmak,
- 3.Mental ve genel tıbbi durumu psikiyatrik görüşmeye uygun olmak,
- 4.Yoğun bakım servisi dışında yatarak tedavi görmek
- 5.Gebe olmaması

#### **3. 3. Çalışmanın dışlama kriterleri:**

- 1.Psikiyatrik görüşme sonucunda deliryum tanısı almak
- 2.Yatış süresi 1 gün ve altında olmak
- 3.Psikotik belirtileri olmak

#### **3. 4. Veri Toplama Araçları:**

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik ve hastalıklara ilişkin özellikleri saptamak için oluşturduğumuz “katılımcı bilgi formu”, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için SCID-I/CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) yapılandırılmış görüşme formu, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tanısı konan hastalarda belirtilerin şiddetini değerlendirmek amacıyla Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HAM-D) ve Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği HAM-A kullanıldı.

#### **3. 5. Hasta bilgi formu:**

Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu gibi kişilik bilgileri ve hangi servide yatarak tedavi gördükleri, hastanede yatarak tedavi olmalarına neden olan hastalıkları, kullanmakta olduğu ilaçları, kronik hal kazanmış rahatsızlıkları, madde kullanım öyküleri, kişisel ve ailesel psikiyatrik rahatsızlık öykülerini kaydetmek amacıyla hazırlanmış bir formdur.

### **3. 6. SCID-I / CV:**

DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için gürüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir gürüşme aracıdır. Tecrübeli bir klinisyen tarafından uygulanması gerekir. Duygudurum epizodları, psikotik ve eşlik eden semptomlar, psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı, duygudurum bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar olmak üzere altı modülden oluşur. Toplam DSM-IV eksen I ruhsal bozukluklarından 38'ini tanı ölçütleri ile 10'nu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. First ve ark. (349) tarafından geliştirilmiş olan bu gürüşme aracı, dünyada yaygın kullanım alanı bulmuş, Türkçe'ye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (350). Türkçe formunun adı ise DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Gürüşme / Klinik Versiyon'dur (351).

### **3. 7. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D):**

Hamilton tarafından geliştirilen ve Williams (352) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülen bu ölçek hastalarda depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer, tanı koydurmaz. Tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır. Klinisyen tarafından uygulanır. Bu çalışmada 17 maddelik formu uygulanmıştır. Sorular yapılandırılmıştır, ancak ek sorular sorulabilir, 0 ile 4 arasında puanlar verilir. En yüksek 53 puan alır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (353)

### **3. 8. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A):**

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek hastalarda anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Klinisyen tarafından uygulanır. Hem ruhsal, hem bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 madde içerir. Her 33 maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0 ile 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0 ile 56 arasında değişmektedir. 1, 2, 3, 5, 6. maddeler psişik, 4, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13. maddeler somatik anksiyeteyi ölçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (352,353)

### **3. 9. Bilgilendirilmiş onam formu:**

Çalışmanın başlangıcında hastaları çalışmanın dizaynı ve yapılacak uygulamalar konusunda bilgilendirmeyi amaçlayan yazılı formdur. Okur yazar olan hastaların kendisi formu okuyup imzalarken, okur yazar olmayan hastalara form tarafımızdan okunarak onam alınmıştır

### 3. 10. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması:

Örneklem hacmi belirlenirken büyüklüğü 35156 olan bir evrende yaygınlığı %20 olan depresyon ve anksiyete bozuklukları için,%95 güven ve %4 sapma ile hesaplandığında en az örneklem büyüklüğünün 380 kişi olması gerekli olduğunu hesapladık. Bu örneklem büyüklüğü hesaplanırken;  $n= N t_{2pq} / d^2 (N-1) + t_{2pq}$  formülünü kullandık. Biz çalışmamızda örneklem büyüklüğü en az 650 hasta alarak çalışmamızı daha da güçlü hale getirmeyi planladık.

### 3. 11. Verilerin Toplanması ve İşlem:

Çalışmaya alınan hastalara araştırma konusunda bilgi verildikten sonra onlardan katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alındı. Ayrıca çalışma yöntemi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından onaylandı. Sosyodemografik, tıbbi hastalıklarına ilişkin bilgiler ve ailesel psikiyatrik öykü hasta bilgi formuna kaydedildi. Ailesel psikiyatrik öykü değerlendirilen hastanın verdiği bilgilere dayandırıldı.

Çalışmaya hastalar, Endokrinoloji, Nefroloji, Hematoloji, Gastroenteroloji, Onkoloji, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kalp Damar Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Üroloji, Ortopedi, Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinden basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak seçildi. Hastalarla SCID-I aracılığıyla psikiyatrik yapılandırılmış görüşme yapılarak mevcut ve öyküde geçirilmiş duygudurum ve anksiyete bozuklukları tarandı. Hastalara HAM-D ve HAM-A ölçekleri uygulandı.

Çalışmaya dahil edilecek kişilerin seçileceği kliniklerden alınacak hasta sayısını belirlemek için S.Ü.M.T.F.'de bir yıl boyunca yatarak tedavi gören hastaların sayısına ilişkin veriler hastane istatistik bölümünden alındı. Dışlama kriterleri göz önüne alındığında toplam 35156 kişinin yatarak tedavi gördüğü bilgisi elde edildi.

Çalışmanın yapılacağı kliniklerde yatan hasta sayısı toplam hasta sayısına oranlanarak kliniklerden alınması planlanan kişi sayıları ve yüzdesi belirlendi.

Çalışmaya dâhil edilen 650 hastadan 3 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Sekiz hasta genel tıbbi durumunun psikiyatrik görüşmeye uygun olmaması, 3 hastanın 18 yaşından küçük olması ve 33 hastanın da yapılan muayene sonucunda deliryum tanısı alması üzerine çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 603 hastanın verileri değerlendirmeye alındı. Dışlama

kriterleri sonucu çalışma dışında bırakılan hastaların kliniklere göre dağılımı tablo 1’de gösterilmiştir (tablo 1).

### 3. 12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS programının 13.0 versiyonu kullanıldı. Gruplar arasında kategoriksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare ve gerektiğinde Fisher’in kesin ki-kare testi; sayısal değerlerin karşılaştırılması için t testi uygulandı. Psikiyatrik bozukluklarla ilgili ilişkili bağımsız değişkenleri saptamak içinse lojistik regresyon analizi yapıldı. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  alındı

**Tablo 1:** Çalışma dışı bırakılan hastaların kliniklere göre dağılımı

	Deliryum	Yaş<18	Çalışmaya dahil olmayı kabul etmeyen	Genel tıbbi durumu kötü olan
Endokrin				
Nefroloji				1
Hematoloji				
Gastroenteroloji				
Romatoloji				
Onkoloji	2			2
Kardiyoloji				
Göğüs Hastalıkları	1			
İntaniye				
Dermatoloji				
FTR	1			
Nöroloji				
Genel Cerrahi	6			
Göğüs Cerrahisi				
Kalp-Damar Cerrahisi	1			
Plastik cerrahi	2		2	
Üroloji	4	2		
Ortopedi	12	1		1
KBB				1
Beyin Cerrahisi				1
Kadın Hastalıkları ve doğum	4		1	2
TOPLAM	33	3	3	8

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler:

Çalışmaya alınan 603 hastanın 304'ü (%50,4) erkek, 299'u (%49,6) kadındı. Yaş ortalaması 51,07±15,72 yıldı. Olguların 489'u (% 81,1) evli, 59'u (%9,8) bekar, 55'i (%9,1) dul olarak yaşıyordu. Eğitim durumlarına bakıldığında, 125 kişinin (%20,7) okur yazar olmadığı, 340 kişinin (%56,4) ilköğretim, 97 kişinin (%16,1) lise, 41 (%6,8) kişinin üniversite mezunu olduğu saptandı. 142 hasta (%23,5) halen aktif olarak bir işte çalışıyordu. Hastalardan algılanmış sosyal desteklerinin değerlendirilmesi istenildiğinde 417'si (%69,2) iyi, 167'si (%27,7) orta ve 19'u (%3,2) kötü olarak bildirdi. Çalışmaya dâhil edilenlerin 358'nin (%59,4) orta seviyede bir gelir düzeyine sahip olduğu bulundu (Tablo 2).

**Tablo 2:** Çalışmaya alınan örneklemin (s=603) sosyodemografik özellikleri

Yaş (yıl) ±		51,07±15,72	
		s	%
Cinsiyet	Erkek	304	50,4
	Kadın	299	49,6
Medeni durum	Bekar	59	9,8
	Evli	489	9,1
	Dul	55	81,1
Eğitim durumu	Okur yazar değil	125	20,7
	İlköğretim	340	56,4
	Lise	97	16,1
	Üniversite	41	6,8
Ekonomik durum	İyi	210	34,8
	Orta	358	59,4
	Kötü	35	5,8
Algılanmış sosyal destek	İyi	417	69,2
	Orta	167	27,7
	Kötü	19	3,2
Meslek	Çalışıyor	142	23,5
	Çalışmıyor	461	76,5
Sigara	İçiyor	189	31,3
	İçmiyor	414	%68,7

#### 4. 2. Kliniklere göre yatan hastaların dağılımı:

Çalışmaya dâhil edilen hastaların kliniklere göre dağılımı Tablo 3 ve 4'te gösterilmiştir. Örneklemenin %55,7'si (s=336) dâhili, geri kalanı (s=267, %44,3) cerrahi kliniklerde yatan hastalardan oluştu. En fazla sayıda hastanın alındığı klinikler kardiyoloji, genel cerrahi ve kadın hastalıkları ve doğum idi.

**Tablo 3:** Hastaların dâhili ve cerrahi kliniklere göre dağılımı

		Sayı	%
Klinik	Dâhili	336	55,7
	Cerrahi	267	44,3
	Toplam	603	100,0

**Tablo 4:** Hastaların servislere göre dağılımı

		Sayı	%
Klinik	Endokrin	10	1,7
	Nefroloji	21	3,5
	Hematoloji	11	1,8
	Gastroenteroloji	22	3,6
	Romatoloji	9	1,5
	Onkoloji	20	3,3
	Kardiyoloji	62	10,3
	Göğüs Hastalıkları	42	7,0
	İntaniye	23	3,8
	Dermatoloji	37	6,1
	FTR	35	5,8
	Nöroloji	44	7,3
	Genel Cerrahi	50	8,3
	Göğüs Cerrahisi	10	1,7
	Kalp-Damar Cerrahisi	21	3,5
	Plastik cerrahi	9	1,5
	Üroloji	38	6,3
	Ortopedi	47	7,8
	KBB	22	3,6
	Beyin Cerrahisi	21	3,5
Kadın Hastalıkları ve doğum	49	8,1	
Toplam	603	100	

### 4. 3. Hastalıklar ve Tedavilere İlişkin Özellikler:

Çalışmaya alınan 603 hastadan 186'sı (%30,8) ilk kez hastanede yatarak tedavi görmekteydi. Hastaların 329'u (%54,6) akut hastalık nedeniyle yatmayken, 11 (%1,8) hastaya değerlendirildiği sırada tanı konulmamıştı. Olguların 475'i (%78,8) en az bir kronik hastalıktan muzdaripti. Hastaların 171'i (%28,4) yeni ameliyat olmuş, 290'ı ise geçirilmiş bir ameliyat öyküsüne sahipti (Tablo 5).

**Tablo 5:** Hastaların tıbbi özgeçmişleri

		S	%
Yatış sayısı	İlk yatış	186	30,8
	Çoklu yatış	417	69,2
Hastaneye yatarak tedavi görme sebebi	Akut hastalık	329	51,8
	Kronik hastalık	274	45,4
Kronik Hastalık	Var	475	78,8
	Yok	128	21,2
Tanı	Biliniyor	592	98,8
	Bilinmiyor	11	1,8
Yeni ameliyat	Var	171	28,4
	Yok	432	71,6
Ameliyat öyküsü	Var	290	48,1
	Yok	313	51,9

Kronik hastalıklar arasında en sık hipertansiyon, DM ve hiperlipidemi görülmekteydi. Hastalıklar ve kullanmakta oldukları ilaçlara ilişkin veriler tablo 6 ve 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 6:** Çalışmaya alınan hastalarda ilaç kullanım yaygınlığı

İlaçlar	Sayı	%
Antihipertansif	287	47,6
Antidiyabetik	115	19,1
Antiagregan	134	22,2
Antikoagulan	24	4
Antiperlipidemik	120	19,9
Bronkodilatatör	83	13,8
Hormon replasman	23	3,8
Antibiyotik	36	6,0
Nonsteroid antiinflamatuar	72	11,9
Kemoterapi	59	9,8
Steroid	85	14,1
Diğer ilaçlar	171	28,4

**Tablo 7:** Çalışmaya alınan hastalarda kronik hastalık yaygınlığı dâhil edilen hastalardan kronik hastalığa sahip olanların hastalıklara göre dağılımı

	Sayı	%
Diabetes Mellitus	121	20
Hipotiroidi	23	3,8
Hipertiroidi	3	0,5
Diğer Endokrin hastalıklar	8	1,3
Hipertansiyon	280	46,4
Koroner arter hastalığı	89	14,8
Hiperlipidemi	126	20,9
SVO	32	5,3
Karsinom	88	14,6
Hematolojik malignensi	12	2
KOAH	51	8,5
Astım	23	3,8
KBY	29	4,8
Kronik karaciğer hastalığı	18	3
Romatizmal hastalıklar	46	7,6
Beningn tm	33	5,5
Diğer kronik hastalıklar	122	20,2

#### 4. 4. Bireysel ve Ailesel Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı:

Olgularımızın 177'sinde (%29,4) geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulundu. Hastaların 69'unda (%11,4) geçirilmiş bir depresif bozukluk, 78'inde (%12,9) anksiyete bozukluğu ve 43'ünde de (%7,1) alkol kullanım bozukluğu saptandı. Hastaların aile öykülerine bakıldığında 89'nun ailesinde geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk olduğu, bunların 27'sinde (%4,5) depresif bozukluk, 26'sında (%4,3) anksiyete bozukluğu ve 42'sinde (%7) alkol kullanım bozukluğu olduğu görüldü (Tablo 8).

**Tablo 8:** Bireysel ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü

	Sayı	%
Bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü	177	29,4
Bireysel depresif bozukluk öyküsü	69	11,4
Bireysel anksiyete bozukluğu öyküsü	78	12,9
Bireysel alkol kullanım bozukluğu öyküsü	43	7,1
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	89	14,8
Ailede depresif bozukluk öyküsü	27	4,5
Ailede anksiyete bozukluğu öyküsü	26	4,3
Ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü	42	7

#### 4. 5. Psikiyatrik Bozuklukların Kliniklere Göre Dağılımı:

Dahili kliniklerde yatan hastalarda 336 hastadan 125'inde (%37,2) bir psikiyatrik bozukluk, 51'inde (%15,2) bir duygudurum bozukluğu, 77'sinde bir anksiyete bozukluğu (%22,9), 6'sında (%1,8) alkol kullanım bozukluğu saptandı.

Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda 267 hastadan 101'inde (% 37,8) bir psikiyatrik bozukluk, 35'inde (%13,1) bir duygudurum bozukluğu, 63'ünde (%23,6) bir anksiyete bozukluğu, 8'inde (%3) alkol kullanım bozukluğu olduğu tespit edildi. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören hastalar arasında psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı.

Tüm örneklem ele alındığında olguların 226'sında (%37,5) bir psikiyatrik bozukluk, 86'sında (%14,3) bir duygudurum bozukluğu, 140'ında (%23,2) bir anksiyete bozukluğu, 14'ünde (%2,3) alkol kullanım bozukluğu saptandı (Tablo 9).

Bulunan nokta yaygınlığı majör depresyon için %8,6 (s=52) , distimik bozukluk için %2,5 (s=25), başka türlü adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluk için %3,3 (s=20), YAB için %7,6 (s= 46), panik bozukluğu için %2,7 (s=16), OKB için %3,6 (s=22), SAB için %1,3 (s=8), özgül fobi için %0,5 (s=3), TSSB için %0,3 (s=2), BTA anksiyete bozukluğu için %9,5 (s=57) olarak bulundu.

**Tablo 9:** Psikiyatrik bozuklukların genel, dâhili ve cerrahi kliniklere göre dağılımı

	Dâhili	Cerrahi	Genel Hastane
Herhangi bir psikiyatrik bozukluk s,%	125 (37.2)	101 (37.8)	226 (37,5)
Duygudurum bozukluğu s,%	51 (15,2)	35 (13,1)	86 (14,3)
Anksiyete bozukluğu s,%	77 (22,9)	63(23,6)	140(23,2)
Alkol kullanım bozukluğu s,%	6 (1,8)	8 (3)	14 (2,3)

**Tablo 10:** Psikiyatrik bozuklukların hastane popülasyonundaki anlık yaygınlığı

	Sayı	%
Majör depresyon	52	8,6
BTA depresyon	20	3,3
Distimi	15	2,5
YAB	46	7,6
Panik bozukluğu	16	2,7
OKB	22	3,6
SAB	8	1,3
Özgül fobi	3	0,5
TSSB	2	0,3
BTA anksiyete bozukluğu	57	9,5

Psikiyatrik bozuklukların hastalıklara göre dağılımı tablo 11’de, servislere göre dağılımı tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 11:** Psikiyatrik bozuklukların kronik hastalıklara göre dağılımı

	MD s (%)	BTA-D s (%)	Distimi s (%)	YAB s (%)	PB s (%)	OKB s (%)	SAB s (%)	ÖF s (%)	TSSB s (%)	BTA-A s (%)
DM s=121	18 (14,9)	4 (3,3)	4 (3,3)	19 (15,7)	8 (6,6)	10 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (9,1)
Hipotiroidi s=23	6 (26,1)	0 (0)	0 (0)	3 (13,0)	3 (13,0)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8,7)
Hipertiroidi s=3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Diğer endokrin hastalıklar s=8	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
HT s=280	27 (9,6)	9 (3,2)	11 (3,9)	24 (8,6)	7 (2,5)	11 (3,9)	1 (0,4)	1 (0,4)	0 (0)	24 (8,6)
KAH s=89	8 (9,0)	3 (3,4)	3 (3,4)	9 (10,1)	2 (2,2)	5 (5,6)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	9 (10,1)
Hiperlipidemi s=126	14 (11,1)	6 (4,8)	4 (3,2)	14 (11,1)	2 (1,6)	6 (4,8)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	15 (11,9)
SVO s=32	5 (15,6)	2 (6,2)	0 (0)	3 (9,4)	0 (0)	4 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6,2)
Karsinom S=88	13 (14,8)	3 (3,4)	2 (2,3)	7 (8,0)	2 (2,3)	0 (0)	3 (3,4)	0 (0)	0 (0)	14 (15,9)
Hematolojik malignensi s=12	1 (8,3)	2 (16,7)	0 (0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)
KOAH s=51	2 (3,9)	2 (3,9)	3 (5,9)	5 (9,8)	2 (3,9)	2 (3,9)	0 (0)	1 (2,0)	0 (0)	5 (9,8)
Astım s=23	3 (13,0)	0 (0)	1 (4,3)	2 (8,7)	2 (8,7)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8,7)
KBY S=29	4 (13,8)	2 (6,9)	2 (6,9)	2 (6,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (20,7)
Kronik Karaciğer Hastalığı s=18	7 (38,9)	0 (0)	0 (0)	1 (5,6)	0 (0)	1 (5,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,6)
Romatizmal hastalıklar s=46	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)	11 (23,9)	1 (2,2)	2 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (8,7)
Bengin Tm Cerrahi s=33	4 (12,1)	0 (0)	1 (3,0)	2 (6,1)	1 (3,0)	2 (6,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)
Diğer Hastalıklar s=9	7 (5,7)	8 (6,6)	7 (5,7)	13 (10,7)	1 (0,8)	4 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (13,1)

**Tablo 12:** Psikiyatrik bozuklukların servislere göre dağılımı

	MD	BTA-D	Distimi	YAB	PB	OKB	SAB	ÖF	TSSB	BTA-A
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)
Endokrinoloji s=10	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	30	0	0	10	0	10	0	0	0	0
Nefroloji s=21	3	1	1	0	0	0	0	0	0	4
	14,3	4,8	4,8	0	0	0	0	0	0	19
Hematoloji s=11	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1
	9,1	18,2	0	18,2	0	0	0	0	0	9,1
Gastroenteroloji s=22	4	2	0	2	1	1	0	1	0	2
	18,2	9,1	0	9,1	4,5	4,5	0	4,5	0	9,1
Romatoloji s=9	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0
	0	11,1	0	11,1	0	22,2	0	0	0	0
Onkoloji s=20	4	0	0	1	1	0	1	0	0	4
	20	0	0	5	5	0	5	0	0	20
Kardiyoloji s=62	4	1	1	5	3	2	1	1	0	3
	6,5	1,6	1,6	8,1	4,8	3,2	1,6	1,6	0	4,8
Göğüs Hastalıkları s=42	2	1	1	1	4	1	0	0	0	5
	4,8	2,4	2,4	2,4	9,5	2,4	0	0	0	11,9
İntaniye S=23	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	8,7	0	0	4,3	0	0	0	0	0	4,3
Dermatoloji s=37	0	0	2	4	0	0	0	0	0	4
	0	0	5,4	10,8	0	0	0	0	0	10,8
FTR s=35	4	3	0	5	1	0	0	0	0	2
	11,4	8,6	0	14,3	2,9	0	0	0	0	5,7
Nöroloji s=44	6	3	0	3	1	6	0	0	0	4
	13,6	6,8	0	6,8	2,3	13,6	0	0	0	9,1
Genel Cerrahi s=50	5	0	1	4	0	1	0	1	0	5
	10	0	2	8	0	2	0	2	0	10
Göğüs Cerrahi s=10	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	10	0	0	0	10	0	0	0	0	10
Kalp-Damar Cerrahi s=21	1	2	2	1	0	2	0	0	0	3
	4,8	9,5	9,5	4,8	0	9,5	0	0	0	14,3
Plastik Cerrahi s=9	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	11,1	11,1	0	11,1	0	0	0	0	0	0
Üroloji s=38	2	1	3	1	1	0	1	0	0	3
	5,3	2,6	7,9	2,6	2,6	0	2,6	0	0	7,9
Ortopedi s=47	2	2	1	3	1	0	1	0	2	4
	4,3	4,3	2,1	6,4	2,1	0	2,1	0	4,3	8,5
KBB s=22	2	0	1	1	0	1	0	0	0	1
	9,1	0	4,5	4,5	0	4,5	0	0	0	4,5
Beyin Cerrahi s=21	0	0	0	4	1	1	3	0	0	2
	0	0	0	19	4,8	4,8	14,3	0	0	9,5
Kadın Hastalıkları s=49	5	0	2	5	1	4	1	0	0	8
	10,2	0	4,1	10,2	2	8,2	2	0	0	16,3

Psikiyatrik bozukluğu olanların HAM-D skorları  $6,96 \pm 5,24$  HAM-A skorları ise  $16,76 \pm 6,36$  puandı. Psikiyatrik bozukluğu olmayanların HAM-D skorları  $2,22 \pm 1,16$  HAM-A skorları ise  $5,10 \pm 3,31$  puandı. Psikiyatrik bozukluğu olanlarda HAM-A ve HAM-D skorları istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,000$ ) (Tablo 13).

Psikiyatrik bozukluğu olan 226 hastadan 26'sında (%11,5) komorbid bir psikiyatrik bozukluk vardı. Hastaların 14'ünde bir depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu, 8'inde iki anksiyete bozukluğu komorbiditesi saptandı. Depresif bozukluğu olan 2 hastada ve anksiyete bozukluğu olan 2 hastada alkol kullanım komorbiditesi bulundu.

Psikiyatrik bozukluğu olan 226 hastadan 37'sinin (%16,4) bir psikotrop ilaç kullandığı saptandı. Psikotrop kullananlardan 34'ü anidepresan, 3'ü (%1,3) benzodiazepin, 1'i (%0,4) duygudurum düzenleyici, 3'üde (%1,3) antipsikotik ilaç kullanmaktaydı (Tablo 13).

**Tablo 13:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grupta Hamilton skorları ve psikotrop kullanımı

	Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayan
HAM-D, ort $\pm$ ss	$6,96 \pm 5,24$	$2,22 \pm 1,16$
HAM-A, ort $\pm$ ss	$16,76 \pm 6,36$	$5,10 \pm 3,31$
Duygudurum düzenleyici s(%)	1 (0,4)	0 (0)
Antidepresan s(%)	34 (15,0)	3 (0,8)
Benzodiazepin s(%)	3 (1,3)	0 (0)
Antipsikotik s(%)	3 (1,3)	0 (0)

#### 4. 6. Psikiyatrik Bozuklukların Tanınma Oranları ve Yatış Süresi ile İlişkisi

Psikiyatrik bozukluğu olan 226 hastadan 148'i (%65,5) bir ruhsal bozukluğu olduğunun farkındaydı. Bunlardan 95'inin (%42) ruhsal ve ruhsal bozukluğun neden olduğu bedensel şikâyetleri nedeniyle bir doktora başvuru öyküsü vardı. Olgularının 46'sı (%48,4) ruhsal belirtiler nedeniyle doktora başvurduğunu, bunlardan 33'ü (%34,7) bir psikiyatriste müracaat ettiğini bildirdi. Psikiyatrik bozukluğu olanların 140'ının (%61,9) ruhsal şikâyetleri hastaneye yatışına neden olan tıbbi hastalığından sonra başladığı bulundu. (Tablo 14).

Çalışmaya alınan 603 hastanın 91'ine (%15,1), psikiyatrik bozukluk saptanan 226 hastadan ise 64'üne (%28,3) psikiyatri konsültasyonu istendiği saptandı.

Hastaların ortalama yatış süresi 11,70 ±9,49 gün, ortalama yatış sayısı ise 2,59±1,78'di. Olgular ortalama yatışının 6,16±6,02. gününde çalışmaya dâhil edilmişti (Tablo 15).

**Tablo 14:** Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda doktor başvurusu ve konsültasyon istenme oranları

		Sayı	%
Psikiyatrik bozukluğa farkındalık	Var	148	65,5
	Yok	78	34,5
Doktor başvurusu	Var	95	15,8
	Yok	131	42
Doktora başvurma nedeni	Ruhsal belirtiler	46	48,4
	Bedensel belirtiler	49	49,0
Başvurduğu branş	Psikiyatrist	33	34,7
	Diğerleri	62	65,3
Psikiyatrik bozukluğun başlama zamanı	Tıbbi hastalıktan önce	86	38,1
	Tıbbi hastalıktan sonra	140	61,9
Psikiyatri konsültasyonu	İstenmiş	64	28,3
	İstenmemiş	162	71,7

**Tablo 15:** Hastaların hastaneye yatış sayıları ve süreleri

	ort±ss
Ortalama yatış süresi	11,70±9,49
Yatış sayısı	2,59±1,78
Çalışmaya alındığı gün	6,16±6,02

#### 4. 7. Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkili Etkenlerin Karşılaştırılması:

Psikiyatrik bozukluk saptanan 226 hastadan 129'u (%57,1) kadın, 97'si (%42,9) erkekti. Kadınlarda (%57,1 ), orta (%60,6) ve düşük ekonomik gelir düzeyine sahip olanlarda (%9,7) , algılanmış sosyal desteği kötü olanlarda (%6,2) psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmekteydi.

Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grup arasında medeni durum, eğitim, çalışma durumu, sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 16).

**Tablo 16:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırılması

		Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	P değeri
Yaş		50,81±15,61	51,23±15,81	0,748*
Cinsiyet, s (%)	Kadın Erkek	129 (57,1) 97 (42,9)	170 (45,1) 207 (54,9)	0,005**
Medeni durum, s (%)	Bekar Evli Dul	19 (8,4) 182 (80,5) 25 (11,1)	40 (10,6) 307 (81,4) 30 (8)	0,332***
Eğitim durumu, s (%)	Okur yazar değil İlkokul Lise Üniversite	50 (22,1) 127 (56,2) 38 (16,8) 11 (4,9)	75 (19,9) 213 (56,5) 59 (15,6) 30 (8,0)	0,485***
Meslek, s (%)	Çalışıyor Çalışmıyor	46 (20,4) 180 (79,6)	96 (25,5) 281 (74,5)	0,166**
Ekonomik gelir düzeyi, s (%)	Kötü Orta İyi	22 (9,7) 137 (60,6) 67 (29,6)	13 (3,4) 221 (58,6) 143 (37,9)	0,002***
Algılanmış Sosyal Destek, s (%)	Kötü Orta İyi	14 (6,2) 78 (34,5) 134 (59,3)	5 (1,3) 89 (23,6) 283 (75,1)	0,000***
Sigara	İçiyor İçmiyor	66 (29,2) 160 (70,8)	123 (32,6) 254 (67,4)	0,415***

\*T-testi \*\*Fisher's Exact Test \* \*\*Chi-square

Hastaların akut ya da kronik hastalık nedeniyle hastanede yatırılarak tedavi edilmeleri, tıbbi tanılarının konulamaması ile psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak ilişki saptanamadı. Psikiyatrik bozukluğu olanlarda hastaneye ilk kez yatma oranı psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Benzer şekilde, psikiyatrik bozukluğu olanlarda hastanede yatış sayısı ve araştırmanın yapıldığı sıradaki yatış süresi psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek bulundu. (Tablo 17).

**Tablo17:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun hastane yatış sayı ve nedeni, tıbbi tanı yönünden karşılaştırılması

		Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	P değeri
Hastaneye ilk yatış	Evet Hayır	51 (22,6) 175 (77,4)	135 (35,8) 242(64,2)	0,001*
Hastaneye yatış nedeni	Akut hastalık Kronik hastalık	117 (51,8) 109 (48,2)	212 (56,2) 165 (43,8)	0,311*
Tıbbi tanı	Biliniyor Bilinmiyor	221 (98,2) 5 (1,8)	371 (98,4) 6 (1,6)	0,755*
Hastanede yatış süresi ort±ss		14,31±11,81	10,14±7,38	0,000**
Yatış sayısı, ort±ss		2,93±1,94	2,38±1,64	0,000**

\*Fisher's Exact Test \*\*T-testi

Kronik hastalıklar ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi ele alındığında DM (p=0,000), hiperlipidemi (p=0,049), kronik karaciğer hastalığı (p=0,047) yaygınlığı psikiyatrik bozukluğu olan grupta anlamlı derecede yüksekti. Diğer bedensel rahatsızlıklar yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. (Tablo 18).

**Tablo 18:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun tıbbi hastalıklar yönünden karşılaştırılması

		Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	P değeri *
Kronik hastalık, s (%)	Var Yok	187 (82,7) 39 (17,3)	288 (76,4) 89 (23,6)	0,80
DM, s (%)	Var Yok	63 (27,9) 163 (72,1)	58 (15,4) 319 (84,6)	0,000
Hipotiroidi, s (%)	Var Yok	13 (5,8) 213 (94,2)	10 (2,7) 367 (97,3)	0,77
Hipertiroidi, s (%)	Var Yok	0 (0) 226 (0)	3 (0,8) 374 (99,2)	0,296
Diğer endokrin hastalıklar, s (%)	Var Yok	3 (1,3) 223 (98,7)	5 (1,3) 372 (98,7)	1,000
HT, s (%)	Var Yok	107 (47,3) 119 (52,7)	173 (45,9) 204 (54,1)	0,737
KAH, s (%)	Var Yok	35 (15,5) 191 (84,5)	54 (14,3) 323 (85,7)	0,723
SVO, s (%)	Var Yok	13 (5,8) 213 (94,2)	19 (5) 358 (95)	0,711
Hiperlipidemi, s (%)	Var Yok	57 (25,2) 169 (74,8)	69 (18,3) 308 (81,7)	0,049
KOAH, s (%)	Var Yok	19 (8,4) 207 (91,6)	32 (8,5) 345 (91,5)	1,000
Astım, s (%)	Var Yok	10 (4,4) 216 (95,6)	13 (3,4) 364 (96,6)	0,661
Karsinom, s (%)	Var Yok	37 (16,4) 189 (83,6)	51 (13,5) 326 (86,5)	0,343
Hematojik Malignite, s (%)	Var Yok	6 (97,3) 220 (2,7)	6 (1,6) 371 (98,4)	0,380
Romatizmal hastalıklar, s (%)	Var Yok	20 (8,8) 206 (91,2)	26 (6,9) 351 (93,1)	0,429
Kronik Karaciğer hastalığı	Var Yok	11 (4,9) 215 (95,1)	7 (1,9) 370 (98,1)	0,047
KBY	Var Yok	15 (6,6) 211 (93,4)	14 (3,7) 363 (96,3)	0,117
Bengin tümör, s (%)	Var Yok	12 (5,3) 214 (94,7)	21 (5,6) 356 (94,4)	1,000

\*Fisher's Exact Test

Sürekli ilaç kullananlarda psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmekteydi.( p=0,002). Antidiyabetik ilaç kullananlarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanırken (p=0,000), diğer ilaçları kullananlarda bu fark bulunmadı (Tablo 19).

**Tablo 19:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grubun kullandığı ilaçlar yönünden karşılaştırılması

		Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	P değeri *
Sürekli ilaç kullanımı, s (%)	Var Yok	178 (78,8) 48 (21,2)	253 (67,1) 124 (32,9)	0,002
Antidiyabetik, s (%)	Var Yok	60 (26,5) 166 (73,5)	55 (14,6) 322 (85,4)	0,000
Antihipertansif, s (%)	Var Yok	111 (49,1) 115 (50,9)	176 (46,7) 201 (53,3)	0,613
Antiagregan, s (%)	Var Yok	59 (26,1) 167 (73,9)	75 (19,9) 302 (80,1)	0,085
Antikoagülan, s (%)	Var Yok	12 (5,3) 214 (94,7)	12 (3,2) 365 (96,8)	0,203
Antihiperlipidemik, s (%)	Var Yok	52 (23,0) 174 (77,0)	68 (18,0) 309 (82,0)	0,142
Bronkodilatatör, s (%)	Var Yok	35 (15,5) 191 (84,5)	48 (12,7) 329 (87,3)	0,393
Hormon replasman, s (%)	Var Yok	12 (5,3) 214 (94,7)	11 (2,9) 366 (97,1)	0,186
Antibiyotik, s (%)	Var Yok	15 (6,6) 211 (93,4)	21 (5,6) 356 (94,4)	0,598
NSAI, s (%)	Var Yok	30 (13,3) 196 (86,7)	42 (11,1) 335 (88,9)	0,439
Kemoterapi, s (%)	Var Yok	25 (11,1) 201 (88,9)	34 (9,0) 343 (91,0)	0,479
Steroid, s (%)	Var Yok	36 (15,9) 190 (84,1)	49 (13,0) 328 (87,0)	0,335
Diğer, s (%)	Var Yok	59 (26,1) 167 (73,9)	80 (21,2) 297 (78,8)	0,194

\*Fisher's Exact Test

Geçirilmiş ameliyat öyküsü ve yeni ameliyat olma değişkenleri de her iki grupta karşılaştırıldı. Ameliyat öyküsü olanlarda psikiyatrik bozukluklar anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,000). Yeni ameliyat olma değişkeni her iki grupta da istatistiksel olarak anlamsızdı.

Olguların bireysel ve ailesel psikiyatrik bozukluk öykülerine bakıldığında, bireysel ve ailesel pozitif psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının anlamlı derecede arttığı bulundu (p=0,000). (Tablo 20)

**Tablo 20:** Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan grupta bireysel ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü

		Psikiyatrik bozukluğu olanlar	Psikiyatrik bozukluğu olmayanlar	P değeri *
Ameliyat öyküsü, s (%)	Var	132 (58,4)	158 (41,9)	0,000
	Yok	94 (41,6)	219 (58,1)	
Yeni ameliyat, s (%)	Var	71 (31,4)	100 (36,5)	0,225
	Yok	155 (68,6)	277 (73,5)	
Bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü, s (%)	Var	129 (57,1)	48 (12,7)	0,000
	Yok	97 (42,9)	329 (87,3)	
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, s (%)	Var	53 (23,5)	36 (9,5)	0,000
	Yok	173 (76,5)	341 (90,5)	

\*Fisher's Exact Test

Hastanede yatanlarda psikiyatrik bozuklukla ilişkili bağımsız etkenleri saptamak için ikili karşılaştırmalarda anlamlı bulunan kadın cinsiyet, ekonomik durum, algılanmış sosyal destek, DM, hiperlipidemi, kronik karaciğer hastalığı, sürekli ilaç kullanımı, , ameliyat öyküsü, bireysel ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, yatış sayısı değişkenleri lojistik regresyon analizine tabi tutuldu. Bu analiz sonucunda kadın cinsiyet (p=0,012) ve bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü psikiyatrik bozukluklarla ilişkili bağımsız değişkenlerdi (p=0,000). DM (p=0,065), sürekli ilaç kullanımı (p= 0,730), ameliyat öyküsü (p=0,298 ), ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü(p=0,063 ) yatış sayısı (p=0,448) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 21).

**Tablo 21:** Lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	p
Cinsiyet	0,495	0,197	6,283	1	0,012
Ekonomik durum	0,140	0,193	0,528	1	0,467
Algılanmış sosyal destek	0,343	0,202	2,887	1	0,089
Yatış sayısı	0,046	0,061	0,575	1	0,448
DM	0,478	0,259	3,402	1	0,065
Hiperlipidemi	0,189	0,256	0,544	1	0,461
Kronik karaciğer hastalığı	0,747	0,546	1,869	1	0,172
Ameliyat öyküsü	0,232	0,223	1,081	1	0,298
Sürekli ilaç kullanımı	-0,087	0,252	0,119	1	0,730
Bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü	1,964	0,219	80,741	1	0,000
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	0,520	0,280	3,462	1	0,063

## **TARTIŞMA:**

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla ülkemizde genel bir hastanede yatan hastaları temsil eden örnekleme yapılandırılmış klinik görüşmeye dayalı yapılan ilk çalışmadır. Ülkemizde yapılmış önceki çalışmalar Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği gibi psikiyatrik ölçeklere dayandırılmış olup, yüz yüze yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeleri içermemektedir. Ülkemiz dışındaki çalışmalarda kullanılan değerlendirme araçları ve örneklen yönünden belirgin farklılıklar içermektedir. Bu nedenle araştırmamız ve önceki araştırmaların bulgularını karşılaştırmada zorluklar bulunmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular yaygınlık (prevalans), sosyodemografik özellikler, psikiyatrik bozukluklar ile tıbbi hastalıklar ve diğer faktörler arasındaki ilişki olmak üzere üç ana bölümde tartışılacaktır.

### **Yaygınlık (Prevalans):**

Bu çalışmada genel hastanede yatan hastalar arasında herhangi bir ruhsal bozukluğun nokta yaygınlığı %37,3 bulundu. Toplum kökenli çalışmalara bakıldığında psikiyatrik bozuklukların görülme oranları yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında psikiyatrik bozukluk oranı %17,2 olarak bildirilmiştir (39). Küey ve arkadaşlarının (40) yaptığı bir çalışmada toplum içerisinde tedaviyi gerektirecek düzeyde ruhsal bozuklukların oranının %20 olduğu bildirmiştir. ECA çalışmasında herhangi bir ruhsal bozukluğun bir aylık yaygınlığı %15,4 yaşam boyu yaygınlığı %32,2 olarak bildirilmiştir (31). NCS çalışmasında psikiyatrik bozuklukların bir yıllık yaygınlığı ise %29,5 olarak bulunmuştur (32). Hollanda'da yürütülmüş NEMESIS çalışmasında psikiyatrik bozuklukların nokta yaygınlığı %23,3 olarak saptanmıştır (36). Çalışmamızda psikiyatrik bozuklukların görülme oranının yüksek bulunması, tıbbi hastalıkların psikiyatrik bozukluk görülme riskini arttırmasıyla ilişkili olabilir (5).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında (BBSK) ayaktan hastalar üzerinde yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Karasu ve arkadaşlarının (356) BBSK'de PRIME-MD ile yaptığı çalışmada hastaların %47'sinde en az bir ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir. BBSK'de PRIME-MD ölçeğinin kullanıldığı bazı çalışmalarda ruhsal bozuklukların yaygınlığını ise Dönmez ve arkadaşları (357) %46,6, Penayo ve arkadaşları (358) %47, Annseau ve arkadaşları (43) ise %42,5 olarak bulmuşlardır. Bu sonuçların çalışmamız

oranlarından yüksek olmasının nedeni PRIME-MD ölçeğinin, eşik altı belirtileri de hastalık kategorisine sokabilecek olması ile ilişkili olabilir.

Yatan hastalar üzerinde yapılmış çalışmalara bakıldığında ise konu ile ilgili verilerin yetersiz olduğu görülmektedir. Bedensel hastalıkları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı üzerine yapılmış bir çalışmada yatan hastaların %56'sında bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (69). Bu oran bizim bulgularımızdan oldukça yüksektir. Bu oranın yüksek olması çalışmada yapılandırılmış bir görüşme ölçeğinin kullanılmamış olmasıyla ilişkili olabilir. Silverstone ve arkadaşlarının (70) SCID-I ile yaptığı yatıştan 7 gün önce ve yatıştan 7 gün sonraki psikiyatrik bozuklukların karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise herhangi bir psikiyatrik bozukluk görülme oranı %27 olarak bildirilmiştir. Dâhili servislerde yatan hastalarda yapılan başka bir çalışmada psikiyatrik bozuklukların görülme oranı %38,7 olarak bildirilmiştir (359). Ülkemizde Ateşçi ve arkadaşlarının (106) PRIME-MD ile yaptığı bir diğer çalışmada ise psikiyatrik bozuklukların oranı %23,4 olduğu bildirilmiştir. Önceki çalışma bulgularına genel olarak bakıldığında en azından bazı çalışmalarda bildirilen oranların örneklemimizde saptanan yaygınlık ile benzer olduğu görülmektedir. Çalışmalar arasında bildirilen yaygınlıklarda farklılıkların olması kullanılan değerlendirme araçlarının ve çalışmanın yapıldığı örneklemdeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Araştırmamızda hastaların %14,3'ünde bir duygudurum bozukluğu olduğu saptandı. Toplum kaynaklı çalışmalar ele alındığında duygudurum bozuklukların bir yıllık yaygınlığı, Avustralya çalışmasında %6,6, Almanya çalışmasında %11,9, NEMESIS çalışmasında %7,6, NCS çalışmasında %11,3 ve NCS-R çalışmasında %9,5 olarak bildirilmiştir (31-33). Avustralya çalışmasında bipolar bozukluk duygudurum bozuklukları içerisinde değerlendirilmeye tabi tutulmamıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmüş çalışmalar değerlendirildiğinde ise PRIME-MD ölçeğinin kullanıldığı Antalya ilinde yapılan çalışmada hastaların %30,2'sinde bir duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmiştir (357). İspanya'da BBSK'de MINI ile yapılmış bir diğer çalışmada ise duygudurum bozukluklarının bir yıllık yaygınlığının %13,4 olduğu saptanmıştır (48). Bu çalışmada duygudurum bozuklukların yaygınlığına bakılırken bipolar bozukluklu hastalar çalışma dışı bırakıldığı için bulgularımız toplum kökenli ve BBSK'de yürütülmüş çalışmalarla kıyaslanmasında güçlükler yaşanmaktadır.

Araştırmamızda hastaların %8,6'sında major depresyon %3,3'ünde BTA depresyon, %2,5'inde distimik bozukluk olduğu saptandı. Toplum kökenli çalışmalara bakıldığında NCS çalışmasında major depresyon nokta yaygınlığı %4,9, ECA çalışmasında bir yıllık yaygınlığı %2,7, NCS-R çalışmasında bir yıllık yaygınlığı %6,6 olarak bildirilmiştir (31,32). Weissman

ve arkadaşlarının 10 ülkede yaptığı bir diğer çalışmada ise major depresyonun nokta yaygınlığı %0,8-5,8 arasında olduğu bulunmuştur (33). Ülkemizde yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ise major depresyonun yaygınlığının %4 olduğu bildirilmiştir (39). Örneklelimizde elde ettiğimiz oranlardan düşük olduğu görülmektedir.

Ayaktan hastalar üzerinde BBSK'de yapılan çalışmalarda ise çeşitli sonuçlar bildirilmiştir. Blanco ve arkadaşlarının (48) MINI ile yaptığı çalışmada major depresyonun bir yıllık yaygınlığı %9,6 olarak saptanmıştır. Altmış yaş üstündeki hastalarda yapılmış bir diğer çalışmada %6,5'inde major depresyon, %5,2'sinde BTA depresyon olduğu bulunmuştur (360). Bildirilen sonuçlar araştırmamızda bildirilen oranlara yakındır. Ülkemizde Rezaki ve arkadaşlarının (42) CIDI ile yaptığı çalışmada ise hastaların %26,2'sinde depresyon saptandığı bildirilmiştir. Bu oran çalışmamız oranından yüksek olması çalışmanın kırsal bir kesimde yapılmış olmasıyla ilişkili olabilir.

Literatürde yatan hastalar üzerinde yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Rusya'da çok merkezli yürütülmüş çalışmada depresyon görülme oranı %24,4, Brezilya'da yürütülmüş bir başka çalışmada %26, Almanya'daki çalışmada %16,1-%24,9, Kanada'da %5,1, Danimarka'da %8,3, Amerika'da %9 ve İtalya'da %12,8 olarak bulunmuştur (71- 75). Özellikle Danimarka'da ve Amerika'da yürütülmüş çalışmalarda elde edilen bulgular çalışmamızda ki bulgular ile örtüşmektedir. Her iki çalışmada psikiyatrik bozuklukların taranmasında çalışmamızla benzer tanı araçları kullanılmıştır. Depresyonun nokta yaygınlığının yüksek saptandığı Rusya, Brezilya ve Almanya çalışmalarında yapılandırılmış bir görüşme formunun kullanılmaması, bireysel değerlendirme ölçeklerin kullanılmış olması major depresyon görülme oranının yüksek saptanmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmamızda hastaların %23,2'sinde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Ulusal çalışmalara bakıldığında anksiyete bozukluklarının bir yıllık yaygınlığı NEMESIS çalışmasında %12,4, Almanya çalışmasında %14,5, NCS çalışmasında %17,2 ve NCS-R çalışmasında %18,1 olarak bildirilmiştir (33-38). NCS-R dışında diğer çalışmalarda TSSB değerlendirilmemiştir. Çalışmada elde ettiğimiz nokta yaygınlık NCS-R çalışmasında bildirilen yıllık yaygınlığa yakındır. Fakat çalışmalarda kullanılan yöntemlerin ve tanı araçlarının farklı olması, bazı hastalık gruplarının değerlendirilmemiş olması bulguların karşılaştırılmasına engel teşkil etmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Blanco ve arkadaşları (48) anksiyete bozukluklarının bir yıllık yaygınlığını %18,4 saptamışlardır. Başka bir çalışmada (43) anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %19 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise BBSK'ye başvuran hastaların %25,2'sinde

bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (357). Oranlar bu çalışmadaki bulgulara yakındır.

Fava ve arkadaşlarının (361) 1660 yatan hasta üzerinde SCID-I görüşme formu kullanarak yaptığı çalışmada anksiyete bozuklukların yaygınlığı %23,5 olarak saptanmıştır. Bu oran çalışmamız bulgularıyla örtüşmektedir. Silverstone ve arkadaşlarının (70) 85 hasta üzerinde yürüttüğü bir diğer çalışmada ise hastaların %5,8'inde bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Bu oran çalışmamız bulgularından düşüktür. Hasta sayısının az olması oranın düşük bulunmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmamızda anksiyete bozuklukları ayrı ayrı değerlendirdiğimizde hastaların %7,6'sında YAB, %2,7'sinde panik bozukluk, %3,6'sında OKB, %1,3'ünde SAB, %0,5'inde özgül fobi, %0,3'ünde TSSB, %9,5'inde BTA anksiyete bozukluğu bulundu.

Bu çalışmada saptanan YAB'nin yaygınlığı toplum kökenli çalışmalarda bildirilenlerden yüksek görünmektedir. NCS çalışmasında YAB'nin nokta yaygınlığı %1,6 olarak bildirilmişken, bir yıllık yaygınlığın bildirildiği ECA, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması ve Avrupa'da 6 farklı ülkede yürütülmüş çalışmalardaki %0,7-3 arasındaki görülme oranlarından yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 ülkede BBSK'de yürüttüğü çalışmada YAB'nin yaygınlığı %7,9 olarak saptanmış olup bu oran çalışmamız bulgusuyla benzerdir. Martucci ve arkadaşlarının (75) yatan hastalar üzerinde ICD-10 tanı ölçütlerini esas alarak Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ve CIDI ile yaptığı çalışmada YAB'nin oranı %10,8, Fava ve arkadaşlarının (361) yaptığı çalışmada %10,3 olarak bildirilmiştir.

PB ele alındığında ise çalışmada saptadığımız bulgu toplum kökenli çalışmalarda bildirilen yaşam boyu yaygınlığa yakın olduğu görülmektedir (31,32). Yatan hastalarda bildirilen %10-50 arasındaki görülme oranlarından daha düşük bulunmuştur (291,292,317). MI, aritmi, mitral kapak hastalığı gibi psikiyatrik bozukluklarla sık birlikteliği bildirilen hastalık gruplarının bu çalışmaların ana hasta gruplarını oluşturduğu görülmektedir. MI, aritmi ve kalp kapak hastalıklarının araştırmamızın yürütüldüğü kliniklerde yoğun bakım şartlarında takip edilmesi, yoğun bakım hastalarının çalışma dışında kalması oranımızın düşük çıkmasıyla ilişkili olabilir.

OKB nokta yaygınlığı ise üzerinde yatan hastalar hakkında yeterince veri bulunmamaktadır. Belirli hasta grupları üzerinde yapılmış çalışmalarda ise toplum kökenli çalışmalarla benzer sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Çalışmamızda OKB'nin nokta yaygınlığı %3,6 olarak elde edilmiş ve toplum kökenli çalışmalarda bildirilen nokta yaygınlıktan yüksek, yaşam boyu yaygınlık oranlarıyla benzer düzeydedir (256-260).

SAB ve özgül fobi yaygınlığı toplum çalışmalarında elde edilen verilerden düşük saptanmıştır. Çalışmamıza dâhil edilen hastaların yaş ortalamasının 51 yıl olması bu sonucun elde edilmesinde etkili olabilir.

### **Sistemik Hastalıklarda Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı**

#### **Psikiyatrik bozukluklar ve endokrinolojik hastalıklar:**

Bu çalışmada hastaların % 20'sinde DM, %3,8'inde hipotiroidi, % 0,5'inde hipertirodi, %1,3'ünde diğer endokrinolojik hastalıklar vardı. DM'li hastaların %52,1'inde bir psikiyatrik bozukluk olduğu bulundu. Psikiyatrik bozukluk saptanan Bu hastalık grubunda ki hastaların %21,5'inde duygudurum bozukluğu, %37,2'sinde anksiyete bozukluğu saptandı. Psikiyatrik bozuklukları ayrı ayrı ele aldığımızda DM'li olanların %14,9'unda major depresyon, %15,7'sinde YAB, %6,6'sında PB, %8,3'ünde OKB, %9,1'inde BTA anksiyete bozukluğu bulundu.

Çalışmalarda depresyonun genel popülasyona göre DM hastalarında 3-4 kata daha sık görüldüğü bildirilmiştir (122). Bu hasta grubunda depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %14,4-32,5 olduğu bildirilmektedir (122-127). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Gülseren ve ark. (128) yaptığı çalışmada depresyon yaygınlığı %15, Çolak ve arkadaşlarının (129) yaptığı diğer bir çalışmada ise oran %11 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda bildirilen oranlar çalışmamız bulguları ile örtüşmektedir.

DM hastaların %40'ında anksiyete semptomlarının görüldüğü bildirilmektedir. Diyabetik hastalarda panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, TSSB ve agorafobi görülme oranları toplum çalışmaları ile benzer bulunmuştur. YAB oranının ise arttığı bildirilmiştir (310). Diyabetik hastalarda YAB'nin anlık yaygınlığı %14, yaşam boyu yaygınlığı ise %21 olarak bildirilmiştir (310). Bu çalışmada ise YAB oranı çalışmalarda bildirilen oranla uyumlu iken OKB ve PB oranları yüksek saptanmıştır. Çalışmaların büyük bir kısmının ayaktan takip ve tedavi edilen hastalar üzerinde yapıyor olması spesifik anksiyete bozukluğu oranlarının düşük çıkmasıyla ilişkili olabilir. Yatan hastaların daha çok kan şekeri kontrol altına alınamayan, DM'ye bağlı komplikasyon gelişen hastalar olması ve bu tür hastalarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesi, bulgularımızdaki oranların yüksekliğini açıklayabilir (132).

Literatürde DM dışında diğer endokrinolojik hastalıklarda da psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü bildirmektedir. Özellikle hipertirodili hastalarda anksiyete bozukluklarının hipotiroidili hastalarda ise depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (108). Hipotiroidili ve hipertirodili hastalığı olanlarda elde ettiğimiz bulgular literatür ile

örtüşmemektedir. Böyle bir sonucun ortaya çıkmasının nedeni bu hastalıklara sahip yeterli sayıda hastanın çalışmaya dâhil edilememesiyle ilişkili olabilir. Bölüm bazında değerlendirdiğimizde endokrinoloji servisinden az sayıda hasta çalışmaya dâhil etmiş olmamıza rağmen hastaların yarısında bir psikiyatrik bozukluk saptanması dikkat çekicidir.

### **Psikiyatrik bozukluklar ve cerrahi servisler:**

Cerrahi servislerde yatan hastaların %37,8'inde bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptandı. Psikiyatrik bozukluklardan duygudurum bozukluğu hastaların %13,1'inde anksiyete bozukluğu ise %23,6'sında saptandı. Spesifik bozuklukları değerlendirdiğimizde cerrahi servis hastalarının %7,1'inde major depresyon, %2,2'sinde BTA depresyon, %3,7'sinde distimi, %7,5'inde YAB, %1,9'unda PB, %3,4'ünde OKB, %2,2'sinde SAB, %0,4'ünde ÖF, %0,7'sinde TSSB, %10,1'inde BTA anksiyete bozukluğu saptandı. Bu çalışmada elde edilen bulgular kökenli çalışmalarda bildirilen oranlara yakındır.

Cerrahi hastalar üzerinde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Strain ve arkadaşlarının (362) yaptığı genel cerrahi hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ameliyat kararı ve bekleme süreci boyunca çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyete belirtileri oluştuğunu ancak bunların %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete belirtileri olduğu bulunmuştur. Fakat çalışmalarda spesifik bozukluklara ait bilgi bulunmadığı için bulgularımız karşılaştırılamamıştır. Toplum kökenli çalışmalarla bulgularımız kıyaslandığında psikiyatrik bozuklukların görülme oranlarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir (31,32).

Cerrahi servislerden çalışmaya dâhil edilen hastaların büyük bir kısmının operasyon sonrası görülmüş olması, operasyon öncesi hazırlıkların ayaktan yapılması ve yatış süresinin kısa olması, yapılan cerrahi girişimlerde kullanılan yöntemlerin ve teknolojinin gelişmesi, hastaların kısa sürede işlevselliklerini kazanmaları psikiyatrik bozuklukların geçmişe oranla daha az görülmesiyle ilişkili olabilir.

### **Psikiyatrik bozukluklar ve kardiyovasküler hastalıklar:**

Örneğimizde bulunan hastaların %46,4'ünde hipertansiyon, %14,8'inde koroner arter hastalığı, %20,9'unda hiperlipidemi vardı. HT hastaların %16,8'inde bir duygudurum bozukluğu, %22,9'unda bir anksiyete bozukluğu saptandı.

Hipertansif hastalarda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda hipertansiyon ile depresyon arasında bir ilişki olduğu ve hipertansif bireylerde depresyonun daha sık görüldüğü bildirilirken, bazı çalışmalarda ise kesin bir ilişkinin

olmadığı bildirilmektedir (90-93). Ayaktan hastalar üzerinde yürütülmüş bir çalışmada hastaların %5,4'ünde bir depresif bozukluk, %8,23'ünde bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Oranlar bu çalışmada elde edilen bulgulardan farklıdır. Çalışmanın yapıldığı ülkede kullanılan yöntemin geçerliliği ve güvenilirliğinin yapılmamış olması, hastaların ayaktan hasta olması farklılığın sebebiyle ilişkili olabilir.

Araştırmamızda KAH olan hastaların %15,7'sinde duygudurum bozukluğu, %27'sinde bir anksiyete bozukluğu bulundu. Hiperlipidemisi olan hastaların %11,1'inde major depresyon, %4,8'inde BTA depresyon, %3,2'sinde distimi, %29,4'ünde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Çalışmalarda KAH'ı ve hiperlipidemisi olan hastalarda major depresyonun %9-17 oranında görüldüğü bildirilmiştir ve çalışmamız bulgularıyla örtüşmektedir (82).

Literatürde KVH olan hastalarda panik bozukluğun %10-50 oranında görüldüğü bildirilmiştir (291,292). Örneklemimizde HT, KAH ve hiperlipidemili her üç hasta grubunda panik bozukluğun nokta yaygınlığı %2,5 olarak saptanmıştır ve bildirilen oranlardan daha düşüktür. Oranların bu denli yüksek çıkmasında çalışmalara dahil edilen hastaların klinik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Yüksek oranların bildirildiği çalışmaların akut MI, aritmi, kalp kapak hastalıkları gibi psikiyatrik hastalıklarla sık birlikteliği olan hasta grubunda yürütülmüş olması, bildirilen oranların yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Araştırmamızın yürütüldüğü hastanede Mİ, aritmi ve mitral kapak yetmezlikli hastaların büyük bir kısmının yoğun bakım şartlarında takip ve tedavi edilmeleri nedeniyle çalışmaya alınmamıştır, Bu durum kardiyovasküler hastalığı olan grupta psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını etkilemiş olabilir.

#### **Psikiyatrik bozukluklar ve onkolojik hastalıklar:**

Çalışmamızda hastaların %14,6'sında karsinom vardı. Karsinom olan hastaların %42'sinde bir psikiyatrik bozukluk bulundu. Psikiyatrik bozukluklardan hastaların %14,8'inde major depresyon, %3,4'ünde BTA depresyon, %2,3'ünde distimi, %28,4'ünde anksiyete bozukluğu saptandı.

Plumb ve Holland (101) ilerlemiş kanser tedavisi için hastanede yatan hastaların %23'ünde orta ve ileri derecede depresyon ve %15'inde anksiyete bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Depresyon için bildirilen oran bulgularımıza uyumlu iken anksiyete bozuklukları için bildirilen oran düşüktür. İki yüz on beş kanser hastası üzerinde yapılan bir diğer çalışmada DSM-III ölçütlerine göre hastaların %6'sında major depresyon olduğu bildirilmiştir (102). Mehnert ve arkadaşları (301) ortalama 47 ay önce meme kanseri tanısı konmuş 1083 hastayı

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile değerlendirdikleri çalışmada, hastaların %38,2' sinde anksiyete belirtileri saptamıştır. Bu oran çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

### **Psikiyatrik bozukluklar ve solunum sistemi hastalıkları:**

Örneğimizde hastaların % 8,5'inde KOAH, %3,8'inde astım hastalığı vardı. KOAH'lı hastaların %37,3'ünde bir psikiyatrik bozukluk, %13,7'sinde bir duygudurum bozukluğu, %27,5'inde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Psikiyatrik bozukluğu olanların ise %3,9'unda major depresyon, %3,9'unda BTA depresyon, %5,9'unda distimi, %9,8'inde BTA anksiyete bozukluğu bulundu.

Çalışmalarda KOAH hastalarında depresyon görülme sıklığı %6-42 arasında olduğu bildirilmiştir (144). Sadece KOAH'lı erkek hastaların dâhil edildiği bir çalışmada yaşam boyu depresyon görülme oranı %29,6 olarak saptanmıştır (145). Bir başka çalışmada ise KOAH'lı hastaların %25'inde depresyon olduğu tespit edilmiştir (146). Bu iki çalışmada da depresyonun yaşam boyu yaygınlığı belirtildiği ve sadece bir grup hasta üzerinde çalışma yürütüldüğü için bulgularımızdan daha yüksek sonuçlar bildirilmiştir.

KOAH'lı hastaların kontrol grupları ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, depresyonun KOAH'lı hastalarda yüksek olduğu veya anlamlı bir farklılık olmadığına ilişkin farklı sonuçlar bildirilmiştir (143,147). KOAH'lı hastalar üzerinde Beck kaygı envanteri kullanılarak yapılan çalışmada hastaların %28,6'sında anksiyete düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir (315). Bu oran çalışmamız bulguları ile örtüşmektedir.

Astım hastalarının %43,5'ünde bir psikiyatrik bozukluk, %30,4'ünde bir duygudurum bozukluğu, %30,4'ünde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Psikiyatrik bozukluğu olanların %13'ünde major depresyon, %4,3'ünde distimi, %8,7'sinde YAB, %8,7'sinde PB, %4,3'ünde OKB, %8,7'sinde BTA anksiyete bozukluğu bulundu.

Astımlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada astımlı hastalar ile kontrol grubu arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı bir fark olmadığı ancak depresif belirtilerin hasta grupta önemli ölçüde fazla olduğu bildirilmiştir (152). Withers ve arkadaşları (141) çalışma dâhilindeki hastaların %29,2'sinde anksiyete bozukluğu saptamışlardır. Her iki çalışmada bildirilen bulgular çalışmamızda elde edilen veriler ile uyumaktadır.

Başka bir çalışmada astımlı hastaların %30'u, KOAH'lı hastaların %16-34'ü panik bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (317). Bildirilen oranlar yaşam boyu yaygınlık oranlarıdır ve hastaların geriye dönük bildirimleri ile bulgular oluşturulmuştur. Yapılandırılmış bir görüşme yönteminin kullanılmamış olması sonuçların yüksek olmasıyla

ilişkili olabilir. Çalışmamıza dahil edilen her iki hastalık grubunda da hasta sayılarının az olması, hastaların yaş ortalamasının yüksek olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

### **Psikiyatrik bozukluklar ve iskelet kas sistemi hastalıkları:**

Örnekleminizde hastaların %7,6'sında iskelet kas sistemine ilişkin hastalık vardı. Bu gruptaki hastaların %43,5'unda bir psikiyatrik bozukluk saptandı. İskelet kas sistemi hastalığı olanların %37 sinde bir anksiyete bozukluğu, %2,2'sinde major depresyon, %2,2'sinde BTA depresyon, %2,2'sinde distimi, %23,9'unda YAB saptandı.

Romatolojik hastalıklarda depresif bozuklukların görülme riski 2-3 kat artmaktadır. RA, fibromiyalji, SLE, kronik ağrı, ankilozan spondilitli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda depresyonun yaygınlığının %14,6 ile %71 arasında değişen oranlarda verilmiştir (164-175).

Yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda ölçek vasıtasıyla tanı konulmuş hastalarla yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme yapılmamıştır. RA'lı hastalar üzerinde klinik görüşmelere dayalı yapılan çalışmalarda ise depresyonun yaygınlığı %20- 40 olduğu saptanmıştır (166).

Romatolojik hastalıklarda bildirilen depresyon oranlar bulgularımızdan oldukça yüksektir. Çalışmamızda iskelet kas sistemi hastalığı olan bireyler arasında RA, SLE, fibromiyaljili, ankilozan spondilitli hasta grubunun daha az olması, diğer romatizmal hastalıkların ve mekanik ağrıya neden olan iskelet kas sistemi hastalıkların daha ön planda olması çalışmamız bulgularını etkilemiş olabilir.

Klinik görüşmelere dayalı yapılan çalışmalara bakıldığında ise anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %25 olarak tespit edilmiştir. Uğuz ve arkadaşlarının (166) 90 RA'lı hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise anksiyete bozukluklarının oranı %25 olarak saptanmıştır. Yine Uğuz ve arkadaşlarının (175) yaptığı bir başka çalışmada fibromiyaljili hastaların %32 sinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Anksiyete bozuklukları ile bildirilen oranlar çalışmamız bulgularına yakındır.

### **Psikiyatrik bozukluklar ve kronik karaciğer hastalıkları:**

Araştırmamızda hastaların %3'ünde kronik karaciğer hastalığı vardı. Kronik karaciğer hastalığı olanların %61,1'inde bir psikiyatrik bozukluk, %33,3 bir duygudurum bozukluğu, %16,7'sinde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Bunların %38,9'unda major depresyon, %5,6'sında YAB, %5,6'sında OKB, %5,6'sında BTA anksiyete bulundu.

HBV ve HCV'ye bağı kronik karaciğer yetmezliği olan hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada hastaların %15'inde major depresyon saptandığı bildirilmiştir (178). Başka çalışmada duygudurum bozukluklarının görülme oranı %18,9 olarak bildirilmiştir (179). Bu iki oranda çalışmamızda bildirilen oranlardan düşüktür. Bu iki çalışmada hastalar karaciğer yetmezliği için herhangi bir interferon tedavisi almamaktadır. Çalışmamıza dâhil edilen hastaların büyük bir çoğunluğu interferon tedavisi almaktaydı. Literatürde interferon tedavisine bağı depresyon görülme sıklığı ise %23-45 arasında değıştiğı bildirilmiştir (180). Bu oranlar çalışmamız bulguları ile uyumludur.

#### **Psikiyatrik bozukluklar ve nörolojik hastalıklar:**

Çalışmamızda hastaların %5,3'ünde geçirilmiş ya da akut SVO vardı. SVO geçiren hastaların %40,6'sında bir psikiyatrik bozukluk,%21,9'unda bir duygudurum bozukluğu, %18,8'inde bir anksiyete bozukluğu saptandı. Bu grup içerisinde psikiyatrik bozukluğu olanların %15,6'sında major depresyon, %6,2'sinde BTA depresyon, %9,4'ünde YAB, %12,5 OKB, %6,2'sinde BTA anksiyete bozukluğu saptandı.

Literatürde SVO sonrası en sık görülen psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğı ve görülme sıklığının ise % 6-52 olduğı bildirilmiştir (187,188). Fure ve arkadaşlarının (322) yaptığı bir çalışmada inmenin ilk haftası içerisinde hastaların %26,4'ünde anksiyete bozukluğunun ortaya çıktığı saptanmıştır. Frontal korteks ve striatum'un etkilendiğı SVO'lu hastalarda obsesif kompulsif bozukluk görülebilmektedir (327). Çalışmamızdaki bulgular literatürde bildirilen bulgular ile uyumludur. Bu çalışmada özellikle OKB yaygınlığındaki yükseklik dikkat çekicidir. SVO'lu hasta grubunda OKB'nin yüksek saptanması, inmenin lokalizasyonu ile ilgili olabilir. OKB ve SVO arasındaki bir ilişki olup olmadığının araştırılması için daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda diğ er nörolojik hastalıklara sahip olan yeteli sayıda hasta olmadığı için psikiyatrik bozukluklarla diğ er nörolojik hastalıkların ilişkisine değ inilmemiştir.

#### **Psikiyatrik bozukluklar ve nefrolojik hastalıklar:**

Örneklemimizde hastaların %4,8'inde KBY vardı. KBY hastalarının %51,7'inde bir psikiyatrik bozukluk, %27,6'sında bir duygudurum bozukluğu, %27,6'sında bir anksiyete bozukluğu saptandı. Bu gruptaki hastaların %13,8'inde major depresyon, %6,9'unda BTA depresyon, %6,9'unda distimi, %6,9'unda YAB, %20,7 BTA anksiyete bozukluğu saptandı.

KBY hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. DSM-III tanı ölçütlerinin esas alındığını 80 hemodiyaliz hastası üzerinde yapılmış bir çalışmada

depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %12,5, DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir diğer çalışmada ise depresyonun yaygınlığı %17,1 olarak bildirilmiştir (206-208). Ülkemizde KBY hastalarında yapılan çalışmalarda ise depresyonun yaygınlığı %17,1-54,3 arasında bildirilmiştir (204,209,210).

Sağduyu ve Erten'in (348) yaptıkları çalışmada ise ICD-10 tanı ölçütlerine göre hastaların %8,7'sinde YAB olduğunu bildirmişlerdir. 46 hemodiyaliz hastasını kapsayan bir diğer çalışmada ise anksiyete bozukluklarının oranı %30,4 olarak bulunmuştur (204).

Çalışmalarda kullanılan tanı araçları ve tanı koymada esas alınan tanı ölçütlerindeki ve örneklem seçimindeki farklılıklar nedeniyle oranlar çalışmamız bulgularıyla örtüşmemektedir.

### **Psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili etkenler:**

Araştırmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında psikiyatrik bozuklukların kadınlarda daha fazla görüldüğü saptandı. Gerek ülkemizde gerekse dünyada yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda kadınlarda depresyonun görülme sıklığı erkeklerden yaklaşık 2 kat fazla ve kadın cinsiyetin depresyon için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (14,41,42). Çalışmamızda kadınlarda psikiyatrik bozukluğun daha yaygın bulunmasının yanında, bu cinsiyetin yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk için bağımsız bir yordayıcı etmen olduğu saptandı.

Psikiyatrik bozukluk saptanan hastaların %40,7'sinin algılanmış sosyal desteği kötü veya orta düzeydeydi. Algılanmış sosyal desteği kötü ve orta düzeyde olanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Bu anlamlılık ileri analizlere sokulduğunda algılanmış sosyal desteğin bağımsız bir değişken olmadığı saptandı. Toplum kökenli ve yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyinin psikiyatrik bozuklukları arttırdığı bildirilmektedir (61,38,28).Bu bulgu çalışmamız verileriyle örtüşmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda ileri analizlerde düşük sosyal desteğin psikiyatrik bozukluklar için bağımsız bir etken olmadığı bulunması, bu değişkenin daha çok diğer değişkenleri etkileyerek psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde dolaylı bir role sahip olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ile psikiyatrik bozuklukların görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bazı çalışmalarda işsizlerde, düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda, yaşlılarda, boşanmış veya bekar olanlarda psikiyatrik bozukluklarında daha sık görüldüğünü bildirilirken (54,41,31), bazı çalışmalarda ise bu etkenlerin psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını arttırmadığını bildirilmiştir (60,42). Bulgularımız psikiyatrik bozuklukların görülmesinde sosyodemografik

özelliklerden ziyade kronik hastalıklar ve buna bağlı etkenlerin daha fazla rol oynadığını düşündürmektedir.

Örneğimizde bireysel ve ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü saptandı. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk geçirmiş ve ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olan kişilerde bir psikiyatrik bozukluğun görülme riskinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir. Bu bilgi çalışmamız bulgular ile örtüşmektedir (29). Bununla birlikte çalışmamızda lojistik regresyon analizine göre ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında bağımsız bir etken olmadığı, fakat bireysel psikiyatrik öykünün bağımsız bir yordayıcı olduğu bulundu. Bulgularımızın yorumlanmasında ailesel psikiyatrik öykünün yapılandırılmamış görüşmeye dayanmaması göz önüne alınmalıdır.

Çalışmamızda hastaların akut ya da kronik hastalık nedeniyle hastanede yatırılarak tedavi edilmeleri, yattığı süre boyunca tıbbi tanının konulamamış olması ile psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak ilişki saptanmadı. Yatan hastalarda yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların genellikle tıbbi tanının konulmasından sonra bireyin yaşamdan beklentilerin değişmesi ve geçmişte bırakılanlarla ilgili kaygılar sonucunda ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bulgularımızda tıbbi tanının konulamadığı hasta sayısının az olması sonucu etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda psikiyatrik bozukluğu olanlarda hastaneye ilk kez yatma oranı psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Benzer şekilde, psikiyatrik bozukluğu olanlarda hastanede yatış sayısı ve araştırmanın yapıldığı sıradaki yatış süresi psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek bulundu. Uzun süreli ve sık hastane yatışları sonucunda hastaların sosyal ortamlarından uzak kalmaları, özgürlüklerinin belirli ölçüde kısıtlanmış olması, tekrar iyi olup normal yaşamına dönebilecekleri umutlarının azalması psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesiyle ilişkili olabilir. Bir çalışmada 10 gün ve üzerinde hastane yatışı olanlarda psikiyatrik bozuklukların özellikle depresyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (363).

Örneğimizde kronik hastalık varlığı ve psikiyatrik bozuklukların görülmesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Kronik bir hastalığa sahip olmayan grubun sayısının az olmasıyla elde edilen sonuç ilişkili olabilir. Kronik hastalıklar ayrı ayrı değerlendirildiğinde psikiyatrik bozukluklarla bazı hastalık grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. DM'li ve kronik karaciğer hastalığı olanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü saptandı. İkili analizlerde elde edilen anlamlılık ileri analizlere tabi tutulduğunda bu değişkenlerin bağımsız bir yordayıcı olmadıkları bulundu. Araştırmamızda bu iki hastalık dışındaki hastalıklarda

psikiyatrik bozukların görülme sıklığında anlamlı düzeyde bir artış olmadığı saptandı. Bu bulgu diğer kronik hastalıklara ait yeterli sayıda hastanın bulunmamasıyla ilişkili olabilir ve bu durum çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

Kronik hastalığı nedeniyle sürekli ilaç kullanan hastaları ele aldığımızda sürekli ilaç kullananlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü saptandı. Lojistik regresyon analizine tabi tuttuğumuzda sürekli ilaç kullanımının bağımsız bir yordayıcı olmadığı bulundu.

Yeni ameliyat olma ve ameliyat öyküsü bulunma değişkenlerinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini değerlendirdiğimiz ikili analizlerde, ameliyat öyküsü olanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü, yeni ameliyat olmanın psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olmadığı saptandı. Ameliyat öyküsünü ileri analizlere sokulduğunda psikiyatrik bozukluklar açısından bağımsız bir değişken olmadığı bulundu. Genel cerrahi hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada operasyon öncesi dönemde hastaların önemli bir kısmında anksiyete belirtileri olsa da %5'nin tedavi gerektirecek düzeyde olduğu bildirilmiştir (362). Bu bulgu çalışmamız bulgusuyla örtüşmektedir. Ameliyat öyküsü bulunanlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda veri bulunmadığı için elde edilen sonuçlar kıyaslanamamıştır.

Psikiyatrik bozuklukların tanınmaması ve tedavi edilmemesi hastanede yatış süresini uzatmadığı bildirilmektedir (67). Benzer şekilde araştırmamızda psikiyatrik bozukluğu olanlarda hastanede yatış süresi psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre daha uzun olduğu bulundu.

### **Psikiyatrik bozuklukların tanısıyla ilişkin özellikler:**

Örnekleminizde psikiyatrik bozukluk saptanan 226 hastadan %65,5 bir psikiyatrik sorunun olduğunu farkındaydı. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalardan % 58'nin ruhsal bozukluğu için doktor başvurusu yoktu. Doktor başvurusu olanların ise sadece %34,7'si bir psikiyatriste başvurmuştu. Toplumun psikiyatrik bozukluklara bakış açısı, bedensel hastalıklara toplumun verdiği değerin daha fazla olması, bedensel hastalıklarda oluşabilecek ruhsal sıkıntıların yeterince algılanamaması tıbbi hastalığın bir sonucu gibi düşünülmesi psikiyatri başvuru oranlarını düşürmekte hastaların yeterince ve doğru tedavi almalarına engel teşkil ettiği düşünülebilir.

Çalışmamızda psikiyatrik bozukluk saptanan 226 hastadan %28,3'üne, tüm örneklem ele alındığında 603 hastadan %15,1'ine psikiyatri konsültasyonu istendiği bulundu. Farklı çalışmalarda yatan hastalarda psikiyatrik konsültasyon oranları %2,7 -13 arasında değişmektedir (76,77). Çalışmamızda psikiyatri konsültasyon oranları diğer çalışmalardan

yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik bozukluk saptanan hastalardan %16,4'nün bir psikotrop ilaç kullanıyor olması ve daha öncesinde psikiyatrik bir tanı konulmuş olmasıyla ilişkili olabilir. Diğer çalışmalara göre konsültasyon oranı kısmen yüksek saptansa da psikiyatrik bozukluğu olanların ancak dörtte birini diğer hekimler ve sağlık ekibi tarafından tanınabildiği görülmüştür.

### **Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın sonuçları yorumlanırken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan birincisi, her ne kadar örnekleminiz hastaneden bir yıl boyunca yatan hastaları temsil etme yeteneğine sahip ise de, bazı hastalık grupları ve kliniklerden alınan hasta sayısının az olması, klinik tanı/servis ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi ele alan analizlerin güvenilirliğini azaltmaktadır. İkincisi, ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü hastaların aileleri hakkında verdikleri bilgilere dayandırılmış olup, psikiyatrik tanıları ailelerle yapılan yapılandırılmış klinik görüşme ile konmamıştır. Üçüncüsü, bu çalışma kesitsel olarak yürütülmüştür ve bir izlem çalışması değildir. Tıbbi hastalıkların seyri boyunca veya hastanede yatarak tedaviye devam ettiği süre boyunca psikiyatrik bir bozukluğun gelişip gelişmediği değerlendirilememiştir. Dördüncüsü ise örnekleminiz ayaktan takip edilen hastalardan veya sağlıklı kişilerden oluşan bir kontrol grubuna sahip değildir.

### **Sonuç:**

Bu çalışma bulguları, psikiyatrik bozuklukların hastanede yatarak tedavi gören ve kronik hastalığı olan bireylerde sağlıklı nüfusa göre daha yaygın olduğu izlenimi vermektedir. Bulgularımıza göre geçmişte bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, kadınlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları daha sık görülmekte ve hastalar için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar, yatan hastalarda sık görülmesine rağmen sağlık ekibi tarafından yeterince tanınmamakta ve tedavi edilemediğini düşündürmektedir. Erken dönemde tanınamayan ve tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukların, hastaların hastanede yatış süresini uzattığı, sık hastane yatışlarına, sosyal ve maddi yönden kayıplara neden olduğu düşünülebilir. Bulgularımızın geniş örneklemlili ve ayaktan takip tedavi edilen hastalarla kontrollü izlem çalışmalarınca da tekrarlanması gerekmektedir.

## **ÖZET:**

### **Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı**

Bu çalışmada hastanede yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığını saptamayı, sosyodemografik faktörler, tıbbi hastalıklar ve uygulanan tedaviler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Çalışmaya psikiyatri ve çocuk hastalıkları servisleri dışında yatarak tedavi gören 650 hasta basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilerek dahil edildi. Dışlama kriterleri sonucunda 57 hasta çalışma dışı bırakıldı. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının şiddetini değerlendirmek için HAM-D ve HAM-A ölçekleri kullanıldı. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tanımlarını değerlendirmek için SCID-I/CV kullanıldı.

Tüm örneklem ele alındığında, olguların %37,5'inde (s=226) bir psikiyatrik bozukluk, %14,3'ünde (s=86) bir duygudurum bozukluğu, %23,2'sinde (s=140) bir anksiyete bozukluğu, %2,3'ünde (s=14) alkol kullanım bozukluğu saptandı. Lojistik regresyon analizi sonuçlarımıza göre ise yatan hastalarda kadın cinsiyet ve geçirilmiş bireysel psikiyatrik öykü psikiyatrik bozukluk ile ilişkili bağımsız ilişkili etkenler olarak bulundu.

Bulgularımız psikiyatrik bozuklukların hastanede yatarak tedavi gören ve kronik hastalığı olan bireylerde sağlıklı nüfusa göre daha sık olduğunu göstermektedir. Bireysel psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, kadınlarda depresyon ve anksiyete bozuklukları daha sık görülmekte ve hastalar için bir risk faktörü olarak görünmektedir. Psikiyatrik bozukluklar, yatan hastalarda sık görülmesine rağmen sağlık ekibi tarafından yeterince tanınmamakta ve tedavi edilemediğini düşündürmektedir. Erken dönemde tanınamayan ve tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukların, hastaların hastanede yatış süresini uzattığı, sık hastane yatışlarına, sosyal ve maddi yönden kayıplara neden olduğu düşünülebilir.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, anksiyete, yatış süresi, yatan hastalar, tıbbi hastalık

## **SUMMARY**

### **The Prevalance of Depression and Anxiety Disorders in Inpatients in an Univesity Hospital**

The aim of the study was to assess the prevalance of depression and anxiety disorders in inpatients and the relationship between socidemographic factors, medical illneses and treatments.

In our present study we selected 650 inpatients from all clinics except psychiatry and pediatrics in general hospital by simple random sampling metod. As a result of exclusion criteria, 57 patients were excluded. Severity of depression and anxiety disorders were assessed with HAM-D and HAM-A. Depression and anxiety disorders were determined by means of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I).

Considering whole sample, a psiychiatric disorder in %37,5 (n=226), a mood disorder in %14,3 (n=86), alcohol use disorders in %2,3 (n=14) were diagnosed. The logistic regression analysis indicated that the independent factors associated with psychiatric disorders were being female and personal histroy of psychiatric disorder.

The present study suggested that psychiatric disorders were more frequently seen in inpatients with chronic disease than healty populations. Depression and anxiety disorders are more common in women and personal with a history of psychiatric disorder and seems to be risk factor for patients. Although psychiatric disorders are common among hospitalized patients can not be identified and adequately treated. Unidentified and untreated psychiatric disorders in the early period could be considered to cause prolonged hospitalisation period, increase hospitalisation frequency, social and financial loses.

**Key words:** Depression, anxiety, length of stay, disease, inpatients, disease

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez alışmam boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, hoşgörü ve fikir özgürlüğü olan bir klinikte çalışmamızı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Rahim Kucur'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince büyük bir özveri göstererek bize yardımını esirgemeyen, tezimin tüm aşamalarında bana yol gösteren, alışkan kişiliği ve azmi ile her zaman örnek alacağım değerli hocam Doç. Dr. Faruk Uğuz'a teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince yetişmemde büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof.Dr. Ali Savaş ÇİLLİ'ye, Prof. Dr. Nazmiye KAYA'ya, Prof.Dr. Rüstem AŞKIN, Prof. Dr. Erol GÖKA'ya saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

Desteğini bir an olsun eksik etmeyen, bana katlanabilen eşime ve aileme, hayatıma anlam katan biricik oğluma sonsuz teşekkür ederim.

## KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO world mental health surveys. *World Psychiatry*. 2007;6:168–76
2. Üstün TB, Chatterji S. Global burden of depressive disorders and future projections. In: Dawson A, Tylee A. *Depression: social and economic timebomb*. London: BMJ Books. 2001.
3. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K. Mental health and employment: an overview of patterns and policies across the 17 MHEEN countries. *J. Ment. Health* 2007;16:195–210.
4. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi* Ankara 2004;12 (2): 63–73
5. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*. 2002;47:149-52.
6. Sareen J, Cox BJ, Clara I, Asmundson GJ. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2005; 21: 193-202.
7. Wise MG, Rouchell A. Psychiatric disorders in the medically ill. *J LA State Med Soc* 1990; 142: 31-4.
8. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1440-6.
9. The World Health Report 2001, WHO
10. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi; kavramlar, kurumsallaşma, uygulama. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2006;2:1-13.
11. Özkan S. Psikiyatrik tıp: konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç Sanayi A.Ş. 1993;1-11.
12. Greebhill MH. The development of liasion programs, in psychiatric medicine. In Usdin G, ed *New York, Brunner /Mazel*. 1977;115-91.
13. Gomez J. Overview: scope of liasion psychiatry. In: Gomez J, *Liasion psychiatry, mental health problems in general hospital*. New York: The Free Pres:1987.
14. Lipowski ZJ, Wolston EJ. Liasion psychiatry: referral patterns, and their stability over time. *Am J Psychiatry*. 1981;138:1608-11.
15. Torem M, Saravay SM, Steinberg H. Psychiatric liasion: benefits of an éactive” approach. *Psychosomatics*. 1979;20:598-611.
16. Cimilli C, Köse AS, Biber B, Kaygısız A. Dokuz Eylül Tıp Fakültesinde psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Konsültasyon Liyezon Kongre Kitabı*. 1994-1995, İstanbul/Türkiye. 1995;191-4.
17. Ries RK, Bokan JA, Keinman A, Schuckit MA. Psychiatric consultation-liasion service: Patients, requests and functions. *Gen Hosp Psychiatry*. 1980;3:2004-12.
18. Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi tanımı, kavramları, hizmet alanı, eğitim ve araştırma objektifleri ile dünyada gelişimi ve bir bilim dalı ve uzmanlık alanı olarak kurumsallaştırılması. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. İstanbul. 1994.
19. McKegey FP, McMahon T, King J. The use DSM-III in general hospital consultation – liasion service. *Gen Hosp Psychiatry*. 1983;5:115-21.
20. Özmen E, Aydemir Ö, İçelli İ. Bedensel hastalığı olanlarda psikiyatrik tanı dağılımı (Türkiye’de yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi). *Ege Psikiyatrisi Sürekli Yayınları Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi- II*. 1997;2:285-98.
21. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorders in the general hospital. *British Journal Of Psychiatry*. 1986;149:172-90.
22. Yıldız M, Tural Ü, Kesepara C, Aydın M, Etuş H. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluklar: Bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15:21-4.
23. Mc Kegey FP, Beckhardt RM. Evaluative research in consultation-liasion psychiatry: Review of literature (1970-1982). *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4:197-218.

24. Kopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology*. 1998;7:101-11.
25. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 9.basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2002.
26. Algül A, Ateş MA, Semiz ÜB. Depresyon etyolojisinde çağdaş modeller. *Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci*. 2007;3: 6-11.
27. Sadock BJ, Sadock VA. Klinik psikiyatri. İkinci baskı. Ankara: Güneş Kitapevi. 2005:174-354.
28. Köroğlu E. Major depresyon. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;240-65.
29. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Sekizinci Baskı. 2.Cilt.Güneş Kitabevi.2007;1575-1582.
30. APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4. baskı. Washington DC. 1994.
31. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH epidemiologic catchment area program arch gen psychiatry. 1984;41:934-41.
32. Blazer DG, Kesler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151:979-86.
33. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996; 276:293-9.
34. World Health Organization: ICD-10. Classifications of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization. 1993.
35. Bebbington PE. The epidemiology of depressive disorder. *Cult Med Psychiatry*. 1978;2:297-341.
36. Bijl RV, Ravelli A, Zessen VG. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:587-95.
37. Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence comorbidity and correlates of mental disorders in general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004;34:597-611.
38. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence comorbidity, disability and service utilization-overview of the Australian national health survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
39. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. 1998, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
40. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*.1987;44:16-30.
41. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11:3-16.
42. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995;6:13-20.
43. Ansseau M, Dierick M, Buntinckx F, Cnoeckart P, De Snedt J, Haute M, Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004;78:49-55.
44. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry*. 2005;20:229-35.
45. Aragone’s E, Pin˜ol JL, Labad A, Masde’u RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34:21-35
46. Baca-Baldomero E, Saiz J, Agu’era LF, Caballero L, Fern’andez A, Ramos JA, Gil A et al. Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire. *Aten Primaria*. 1999;31:275-79.
47. Ruiz-Doblado S. Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care: a Spanish rural study. *Int J Soc Psychiatry*. 1999;45:180-89.

48. Blanco AS, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luja'n L, Ferna'ndez A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:201–10.
49. Cwikel J, Zilber N, Marjorie F, Lerner Y. Prevalance and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:184-91.
50. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol.* 2002;17:1–11.
51. Gabilondo A, Farreras AR, Vilagut G, Haro JM, Fernandez A, Meza PA et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern european country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *Journal of Affective Disorders.* 2010;120:76–85.
52. Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry.* 1987;150: 737-51.
53. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry.*1997; 12:728-36.
54. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry.*1992; 49:117-25.
55. Rothschild AJ. *Mood disorders.* 3rd ed. Cambridge: Harvard University Pres. 1999;281-307.
56. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry.* 7rd ed. Giza: Mass Publishing Co.1995.
57. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology.*1991;2:123-32.
58. Altamura AC, Carta MG, Carpiniello B. Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *Eur Neuropsychopharmacol.*1995;5:99-102.
59. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR et al. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Arch Gen Psychiatry,* 1991;48:223-29.
60. Baumeister H, Harter M. Prevalance of mental disorders based on general population surveys. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol.* 2007;42:537-46.
61. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2001;2: 87-98.
62. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi.* Sivas: Dilek Matbaası. 1995.
63. Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler, Antalya' da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1999;10:163-72.
64. La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J. Depression among the homeless. *J Health Soc Behav.* 1990;31:87-102.
65. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:117-25.
66. Boolton W, Oatley K. A longitudinal study of social support and depressionin unemployed men. *Psychol Med.* 1987;17:453-60.
67. Furlanetto LM, Cavanaugh SVA, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics.* 2000;41:426-32.
68. Özgüven H, Köker S, Canat S. İbni Sina Hastanesinde Yatarak tedavi gören Bir Grup Hastada Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Araştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.*1999;1:7-11.
69. Strain JJ. Needs for psychiatry in the general hospital. *Hosp Community Psychiatry.* 1982;33:996-1002.
70. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:43-51.
71. Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:97-103.
72. Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H. Frequency of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital patients. *Dtsch Med Wochenschr.* 984;109:1438-42.

73. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj M, Sondergaard L, Munk-Jorgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: Prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res.* 2001;50:199-204.
74. Booth BM, Blow FC, Cook CA. Functional impairment and co-occurring psychiatric disorders in medically hospitalized men. *Arch Intern Med* 1998;158:1551-9.
75. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. *Psychol Med.* 1999;29:823-32.
76. Rothenhausler HB. Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatr Danub* 2006;18:183-92.
77. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1369-75.
78. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2002;53:859-63.
79. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 6th ed. Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders Company. 2001.
80. Halperin P, Herat D, Rundell JR, Wise MG. *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry.* 1st ed. Washington: The American Psychiatric Press;1996:550-60.
81. Stafford L, Berk B, Reddy P et al. Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2007;62:401-10.
82. Kivelä S-L: How common are depressions and cardiovascular diseases in populations. Kirjassa: (in): *Vascular diseases and affective disorders.* Eds. E. Chiu, D. Ames, C. Katona. Martin Dunitz, London, 2002;3-20.
83. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry.* 2003;54:227-40.
84. Lesperance F, Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five- year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation.* 2002;105:1049-53.
85. Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819-25.
86. Baycılı Ü, Arkonaç O, Erkoç Ş. Hipertansiyonda mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları. *Düşünen Adam.* 1991;4;55-7.
87. Dalack GW, Roose SP. Perspectives on the relationship between cardiovascular disease and affective disorder. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:4-9.
88. Zielgelstein RC. Depression after myocardial infarction. *Cardiol Rev.* 2001;9:45-51.
89. Aydemir Ö. Psikokardiyoloji. *Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci.* 2006;2:57-63.
90. Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'Agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? *JAMA.* 1993;270:2439-43.
91. Paterniti S, Alperovitch A, Ducimetiere P, Dealberto MJ, Lepine JP, Bisseurbe JC. Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly. *Psychosom Med.* 1999;61:77-83.
92. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial factors and risk of hypertension: the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *JAMA.* 2003;290:2138-48.
93. Shinn EH, Poston WS, Kimball KT, St Jeor ST, Foreyt JP. Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *Am J Hypertens.* 2001;14:660-64.
94. Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med.* 1997;27:1397-409.
95. Jiang W, Krishann RR, O'Connor CM. Depression and heart disease: Evidence of link, and its therapeutic implications. *CNS Drugs.* 2002;16:111-27.
96. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann Behav Med.* 2006;32:85-92.

97. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: MacMillan Publishin Company. 1970;38-112.
98. Fawzy FI, Greenberg DB. Oncology, Textbook of concultation-liasion Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Pres. 1996:673-94.
99. Massie M, Holland J. Depression and the cancer patients. J Clin Psychiatry, 1990;51:12-17.
100. Fisch M. Treatment of depression in cancer. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;32:105-11.
101. Plumb M, Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer, I. Self-reported depressive symptoms. Psycosom Med. 1977;39:264-76.
102. Derogotis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM et all. The prevalence of psychiatric disorders among cancer paitents. JAMA. 1983;249:751-57.
103. Aass N, Fossa SD, Dahl AA et all. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. Eur J Cancer. 1997;33:1597-604.
104. Togöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:59-66.
105. Grassi L, Travado L, Moncayo FL, Sabato S, Rossi E, SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. J Affect Disord. 2004; 83:243-48.
106. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003;14:145-52.
107. Sertöz Ö, Mete EH. Psikoonkoloji. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006;2: 14-22.
108. Rasgon NL, Hendrik VC, Garrik TR. Endokrin ve metabolik bozukluklar. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Sekizinci Baskı. 3.Cilt.Güneş Kitabevi.2007;2152-64.
109. Huether G, Adler L, Ruther E. The Neurobiological affixation of psychosocial experiences. Z Psychosom Med Psychother. 1995;45:2-17.
110. Dorn LD, Burgess ES, Dubbert B ve ark. Psychopathology in patients with endogenous Chushing's syndrome: 'typical' or melancholic features. Clin Endocrinol. 1995;43:433-42.
111. Sonino N, Fava GA. Psychosomatic aspects of cushing disease. Psychoter Psychosom. 1998;667:192-8.
112. Sonino N, Fava GA, Belluardo P et all. Course of depression in cushing' s syndrome: response to treatment and comparison with graves' disease. Horm Res. 1993;39:202-06.
113. Kelly WF. Psychiatric Aspects of Cushing' s Syndrome. QJM. 1996;89:543-51.
114. Popkin MK, Mackenzie TB. Psychiatric presentations of endocrine dysfunction in psychiatric presentations of medical illnes. New York: Spectrum Publications. 1980:139-56.
115. Fava GA, Sonino N. Major depression associated with endocrine disease. Psychiatry Dev. 1987;5:32-48.
116. Stern RA, Prang AJ. Neuropsychiatric aspect of endocrine disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 1. Cilt, 6. Baskı, Baltimore: Williams and Wilkins. 1995;241-51.
117. Coşar B. Endokrin ve Metabolik Bozukluklara Bağlı Psikiyatrik Durumlar. Organik Psikiyatri. Ankara: Tayf Matbaası. 1999;369-96.
118. Jain VK. A psychiatric study of hypothyroidism. Psychiatr Clin. 1972;5:121-30.
119. Kathol R. Endocrine disorders. Textbook of Consultation Liason Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Pres. 1996;579-86.
120. Rubin RT, King BH. Endocrine and metabolic disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2. Cilt. 6. Baskı. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995;1514-28.
121. Zimmet PZ, McCarty DJ, Courten MP. The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. J Diabetes Complications. 1997;11:60-8.
122. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. Diabetes Care. 1993;16:1167-78.
123. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE et all. Psychiatric illness and diabetes mellitus. Relationship of symptoms to glucose control. J Nerv Ment Dis. 1986;174:736-42.
124. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Results of 5-yr follow-up study. Diabetes Care. 1988;11:605-12.

125. Robinson N, Fuller JH, Edmeades SP. Depression and diabetes. *Diabetes Med.* 1988;5:268-74.
126. Popkin MK, Callies AL, Lentz RD et al. Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long-standing Type I diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:64-8.
127. Marcus MD, Wing R, Guare J et al. Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese Type II diabetic patients. *Diabetes Care.* 1992;15:253-55.
128. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;12:89-98.
129. Çolak R, Yabanoğlu İ, Baştürk M ve ark. Diabetes mellituslu hastaların psikiyatrik değerlendirilmesi. XXXV. Ulusal Diyabet Kongresi ve Uluslararası Obesite Sempozyumu Bildiri Kitabı, 10-15 Mayıs 1999 İstanbul/Türkiye.
130. Jacobson AM, Samson JA, Weinger K, Ryan CM. Diabetes, the brain, and behavior: is there a biological mechanism underlying the association between diabetes and depression. *Int Rev Neurobiol.* 2002;51:455-79.
131. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care.* 2000;23:934-42.
132. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2001;63:619-30.
133. Cimilli C. Psikocerrahi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2:23-33.
134. Ron MA. Psychiatric manifestations of frontal lobetumors. *Br J Psychiatry* 1989;155:735-8.
135. Rao V, Lyketsos C. Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury. *Psychosomatics* 2000;41:95-103
136. Breitbart W, Holland J. Psychosocial aspects of head and neck cancer. *Semin Oncol.* 1988;12:61-9.
137. Powers PS, Santana CA. Surgery. In: Levenson JL. *Textbook of Psychomatic Medicine.* Arlington: American Psychiatric publishing Inc. 2005;593-622.
138. Levenson JL. Psychiatric issues in pulmonary disease. *Primary Psychiatry.* 2007;14:25-8.
139. Güzelhan Y, Öztürk M, Çalışkan M, Çöpür M, Saygılı S, Uğurad I. Astımlı hastalarda depresyon sıklığı ve şiddeti. Özkan S, editör. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul,* 1996;373-76.
140. Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanıları arasındaki ilişkisi. *Akciğer Arşivi;* 2006;7:11-5.
141. Withers NJ, Rudkin ST, White RJ. Anxiety and depression in severe chronic obstructive pulmonary disease: the effects of pulmonary rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil;* 1999;19:362-65.
142. Mc Sweeny AJ, Heaton RK, Grant I. Chronic obstructive pulmonary disease: Socioemotional adjustment and life quality. *Chest.* 1980;77:309-11.
143. Gift AG, Cahill CA. Psychological aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart and Lung,* 1990;19:252-7.
144. Ede LV, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax.* 1999;54:688-92.
145. Kömürçüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, Büyükşirin M, Işık E, Perim K. KOAH' lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi.* 2000;1:31-34.
146. Çelik P, Esen A, Akın M ve ark. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olgular olanlarda depresyon. *Solunum Hastalıkları.* 1998;9:25-32.
147. Engström CP, Persson LO, Larsson S et al. Functional status and wellbeing in COPD with regard to clinical parameters and smoking: a descriptive and clinical study. *Thorax.* 1996;51:825-30.
148. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstruktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri.* 2001;4:147-53.
149. Bussing R, Burket RC, Kelleher ET. Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics.* 1996;37:108-15.

150. Smoller JW, Otto MW. Panic, dyspnea, and asthma. *Curr Opin Pulm Med*. 1998;4:40-5.
151. Oğuztürk Ö, Ekici A, Güliter S, Erdemoğlu AK, Ekici M. Bronşial astımlı hastalarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:99-101.
152. Güzelhan Y, Saygılı S, Öztürk M, Çalışkan M, Ugurad I, Özer A, Çömez R, Uğraş B. KOAH'lı bireylerde kaygı düzeyleri. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul*. 1999;369-72.
153. Gürçay E, Ayhan N, Gümüşok S, Ekşioğlu E, Takman U, Çakıcı A. Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalarında konsültasyon liyezon psikiyatri değerlendirilmesi. *FTR Bil Der J PMR Sci*. 2008;3:124-8.
154. Linton SJ. A review of psychological risk factors in backand neck pain. *Spine*. 2000;25:1145-56.
155. Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N. Kronik ağrılı hatalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması. *Yeni Symposium Journal*. 2006;44:178-81.
156. Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. *Pain*. 1991;46:177-84.
157. Wenzel HG, Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. A population study of anxiety and depression among persons who report whiplash traumas. *J Psychosom Res*. 2002;53:831-35.
158. Taylor ML (2001) Ethical issues for psychologists in pain management. *Pain Med*; 2001;2:147-54.
159. Van der Linden S. Ankylosing spondylitis. In: Kelley N, Ruddy S, Haris E, Sledge C (Ed). *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders Compan., 1997;969-82.
160. Eren İ, Şahin M, Cüre E, İnanlı İ ve ark. Ankilozan Spondilit Hastalarında Psikiyatrik Belirtilerin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2007; 44:1-9.
161. Barlow JH, Macey SJ. Gender, depression and ankylosing spondylitis. *Struthers GR. Arthritis Care Res*. 1993;6:45- 51.
162. Karkucak M, Özden G, Çapkın E, Tosun M, Alaca H, Barçak Ö. Ankilozan spondilitte anksiyete ve depresyon düzeyi, yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg*. 2010;24:13-9.
163. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002;64:52-60.
164. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Romatizma* 2004;19:7-13.
165. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002;64:52-60.
166. Uğuz F, Küçükaraç S, Akman C, Tüfekçi O. Romatoid artritli hastalarda ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:94-9.
167. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1999;46:55-164.
168. Karasu R, Ataman F, Kumbasar H. Romatoid artritli hastalarda depresyon. *Romatoloji & Tıbbi Rehabilitasyon* 2002; 13:219-27.
169. Cervera R, Khamashta MA, Font J, Sebastiani GD, Gil A, Lavilla Pss et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine* 2003;82:299-308.
170. Wekking EM. Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: An update. *Psychosom Med* 1993;55:219-28.
171. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalance of mood and anxiety disorder in women with systemic lupus eryhematosus. *Arthritis Rheum* 2009;61:822-9.
172. Tot Ş, Toros F. Fibromyalji sendromunun psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:232- 39.
173. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG ve ark. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med* 1992;92:363-67.
174. Doğan O, Hizmetli S. Fibromyozitisli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1990;16:6-8.
175. Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak I, Kaya N, Uğurlu H. Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:105-7.

176. Yates WR. Tıbbi durumları etkileyen psikolojik faktörler. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Sekizinci Baskı. 3.Cilt. Güneş Kitabevi. 2007;2105-241.
177. Duman B, Yılmaz A, Soykan A, Kumbasar H. Kronik karaciğer hastalıkları ve psikiyatri. Türkiye Klinikleri J Int Med sci 2006;2:64-9.
178. Özkan M, Corapcioglu A, Balcioglu I, Ertekin E, Khan S, Özdemir S et all. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. Int J Psychiatry Med 2006;36:283-97.
179. Golden J, O' Dwyer AM, Conroy RM. Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27:431-38.
180. Çiçek Eİ. İnterferon tedavisi sonucu gelişen depresyon ile oksidatif stres ve nörotrofik faktörlerin ilişkisi. (Uzmanlık Tezi) Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi. 2010;13-14.
181. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA: Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? Scandinavian Journal of Gastroenterology 2002;37:294-8.
182. Tollefson GD, Tollefson SL, Pederson M. Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety disorder and major depression. Ann Clin Psychiatry 1991;3:215-22.
183. Masand PS, Kaplan DS, Gupta S, Bhandary AN, Nasra GS, Kline MD. Major depression and irritable bowel syndrome: is there a relationship. J Clin Psychiatry 1995;56:363-5.
184. Eker MÇ, Eker ÖD. Depresyon ve iritabl barsak sendromu birlikteliğinin nörobiyolojisi psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2009;1:120-31.
185. Warlow CP. Epidemiology of stroke. Lancet 1998;352:111-4.
186. Jongbloed L. Problems of methodological heterogeneity in studies predicting disability after stroke. Stroke 1990;21:32-4.
187. Gordon W, Hibbard MR. Post-stroke depression: an examination of the literature. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:658-63.
188. Caeiro L, Ferro J, Santos OC, Figueira ML. Depression in acute stroke. J Psychiatry Neurosci 2006;31:377-83.
189. Robinson RG. Prevalence of depression disorders. In: Robinson RG.. The clinical neuropsychiatry of stroke. Cambridge: Cambridge University Press; 2006:52-9.
190. Yapıcı A, Güven. C, Ceylan ME, Kılınç E, Oğuz N. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. Düşünen Adam 2003;16:240-8.
191. Özmen M, Tecer Ö. Epilepside psikiyatrik sorunlar. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2:48-56.
192. Günel B, Özmen M, Özkara Ç, Yaluğ İ, Özmen E, Dirican A. Medikal tedaviye dirençli hipokampal skleroza bağlı mezial temporal lob epilepsisi tanısı almış hastalarda depresif belirtiler ve epileptik odağın lateralizasyonu ile ilişkisi. Yeni Symposium 2003;42:197.
193. Doval O, Gaviria M, Kanner A. Frontal lobe dysfunction in epilepsy. London. Lippincot Williams and Wilkins. 2001;265;261-71.
194. Thapar A, Roland M, Harold G. Do depression symptoms predict seizure frequency or vice versa? Journal of Psychosomatics Research 2005;59:269-74.
195. Öyekçin AG, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol A. Baş Ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:281-6.
196. Devlen J. Anxiety and depression in migraine. Journal of Royal Society of Medicine 1994;87:338-41.
197. Weintraub D, Stern D. Psychiatric complications in Parkinson's Disease. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13:844-51.
198. Allain H, Schuck S, Mauduit N. Depression in Parkinson's Disease. Br Med J 2000;320:1287-8.
199. Onur E, Yemez B, Cengizçetin N, Mertol S, Kaya E, Gürzyalçın N ve ark. Parkinson hastalığında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi. 2007;44:49-53.
200. Kırpınar İ, Coşkun İ. Parkinson hastalığında depresyon. Psychol Med 1995;1:129-38.

201. Oğuzhanoğlu NK. Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum dizisi*. 2001;3:116-25.
202. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression. In: Rundell JR, Wise MG. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press. 1996;310-45.
203. Cimilli C. Nörolojik hastalıklar ve psikiyatri. *Ege Üniversitesi Sürekli Yayınları Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-I*. 1997;2:113-32.
204. Bahar A, Savas AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:287-92.
205. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J. Am. Soc. Nephrol* 1993;3:12-27.
206. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res*. 1987;31:441-52.
207. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Screening for depression while patients dialyze: an evaluation. *Nephrol Dial Transplant* 2008;0:1-7.
208. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C et all. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International* 2002;62:199-207.
209. Soykan A, Boztas H, Kutlay S, Ince E, Aygör B, Özden A et all. Depression and its 6-month course in untreated hemodialysis patients: a preliminary prospective follow-up study in Turkey. *International Journal of Behavioral Medicine* 2004;11: 243-6.
210. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:13-22.
211. Charney DS. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Sekizinci Baskı. 2.Cilt. Güneş Kitabevi. 2007;1718-20.
212. Sungur MZ, Gökalp PG. Psikodinamik açıdan anksiyete kavramı ve anksiyete bozuklukları. In: Tükel R, Aklın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 15-41.
213. Fyer AJ, Mannuza S, Coplan JD. Anxiety disorders. Kaplan HI, Sadock BJ (ed.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*. Baltimore; Williams & Wilkins, 1995;1191-203.
214. Raskin M, Peke HVS, Dikman W, et all. Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:587-9.
215. Harris EL, Noyes R, Crpwe RR, et al. Family study group of agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1061-4.
216. Saunders BE, Villepontaux LA, Liipovsky JA, et al. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence* 1992;7:189-204.
217. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Baltimore:1998;594-602.
218. Hattema JM, Neale MC, Kendler KS: A review and analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1568-78.
219. Winguist R, Lundstrom K, Salminen M, Laatikainen M, Ulmaner I. Mapping of human COMT gene to 22q11.2 and detection of a frequent RFLP with BgII. *Cytogenetics and Cell Genetics* 1991; 59:253-7.
220. Stahl SM. *Temel psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları*, 2. baskı. Çeviri : Taneli B, Taneli Y, 2003;346-58.
221. Klein DF. Response differences of spontaneous panic and fear. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 567-9.
222. Reiman EM, Fusselman MJ, Fox PT, Raichle ME. Neuroanatomical correlates of anticipatory anxiety. *Science* 1989;1:404-8.
223. Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;304-18.
224. Uğuz Ş, Altıntaş E, Levent B. Panik Bozukluk: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. *Türkiye Klinkleri J Int Med Sci* 2006, 2:21-5.
225. Angst J. Panic disorder: History and epidemiology. *Eur Psychiatry* 1998; 13:51-5.

226. Lépine JP, Pélişsolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP. (ed.) *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*. London; Martin Dunitz, 1999; 9–23.
227. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG ve ark. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 305-9.
228. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
229. Sartorius N, Üstün B, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J ve ark. An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 819-24.
230. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender differences in panic disorder: findings from the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 55-8.
231. Burke KC, Burke JD, Reiger DA, et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-8.
232. Katerndahl DA, Realini JP. Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 246-9.
233. Baykız A. F, Doğan İ, Çınar C ve ark. Organik Etiyolojiye Bağlı Panik Bozukluk. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005;18: 157-63.
234. Alkın T. Panik bozukluğu ve agorafobi. Tükel R (ed.) *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi 2000; 5-37.
235. Samancı A, Aşçı E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006, 2: 45-51.
236. Tükel R. Yaygın anksiyete bozukluğunu patogenezi. In:Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006; 481-509.
237. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 420:21–27.
238. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC et al. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994;51:355-64.
239. Üstün TB, Sartorius N (eds): *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chicester, United Kingdom, Wiley, 1995
240. Bayraktar E. Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. In: Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 469-81.
241. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996;57:3-6.
242. Kırpınar İ. Psikiyatrik belirti ve bulgular. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;32-62.
243. Insel TR. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:4-8.
244. Şahin AR, Böke Ö. Obsesif kompulsif bozukluk. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;343-53.
245. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-6.
246. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In: Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 277-99
247. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. ed.) Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B(çevirenler).Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993; 134–7
248. Mundo E, Richter MA, Sam F, Macciardi F, Kennedy JL. Is the 5-HT(1β) receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder? *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1160-1.

249. Cruz C, Camarena B, King N, Paez F, Sidenberg D, de la Fuente JR et al. Increased prevalence of the seven-repeat variant of the dopamin D4 receptor gene in patients with obsessive-compulsive disorder with tics. *Neurosci* 1997; 231: 1-4.
250. Scarone S, Colombo C, Livian S. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res* 1992; 45: 115-21.
251. Machlin SR, Harris GJ, Pearlson GD. Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 1991; 48:1240-2.
252. Pauls DL, Alsobrook JP II, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;512:76-9.
253. Murphy TK, Sajid M, Soto O, Shapira N, Edge P, Yang M et al. Detecting pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus in children with obsessive-compulsive disorder and tics. *Biol Psychiatry* 2004; 55:61-8.
254. Freud S. Saplantı Nevrozuna Yatkinlik (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı) . Budak S (çev). *Psikopatoloji Üzerine*. Ankara; Öteki Yayınları, 1997;125-43.
255. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16: 233-48.
256. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:4-10.
257. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-58.
258. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5-10.
259. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 367-74
260. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.
261. Aslan H, Ünal M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Köroğlu E. editör. *Anksiyete monografaları serisi III*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995: 101-42
262. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın E O, Şimşek E, Yurtsever F. Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:133-44.
263. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi* 1995; 3:9-14.
264. Tezcan E, Millet B, Kuloğlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılanması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998;1:35-41.
265. Özmenler KN. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;353-60.
266. Aker T, Önen P. Travma sonrası stres bozukluğunun fenomenolojisi. In: Tükel R, Aklın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 385-405.
267. Aker D, Önen P. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006;2:52-63.
268. Davidson JRT, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *J Abnorm Psychol* 1991;100:346-55.
269. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM ve ark. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 973-81.
270. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. *Brain Res* 1990; 37: 9-18.
271. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1044-8.
272. Alonso J, Lepine Pierre J. Overview of Key Data From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007;68:3-9.

273. Cho JM, Kim KJ, Jeon JH, Suh T, Chung WI, Hong PJ, et al. Lifetime and 12 Month Prevalance of Psychiatric Disorders Among Korean Adults. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:203-10.
274. Tural Ü, Aker T, Önder E, Yüksel G, Kılıç C, Özten E, et all. PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake: an epidemiological study. 4th International Congress of Disaster Psychiatry: Approaches to Disaster Psychiatry: Good Science or Good Intentions? 2004, Miami/USA.
275. Dilbaz N. Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası* 1997;1:18-24.
276. Monkul S, Aklın T, Onur E. Panik bozukluğunun patogenezi. In: Tükel R, Aklın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 69-99.
277. Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, 24-29 August 2002, Yokohama.
278. Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Lepine JP. Social Phobia Genral Health Care: An Unrecognized undertreated Disabling Diorder. *Br J Psychiatry* 1996;168:169-74.
279. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
280. Cansever A. Özgül fobi. In: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi. 2007;318-25.
281. Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops MS, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM, Liebowitz MR, Klein DF. Familial transmission of simple phobias and fears. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:252-6.
282. Mountz JM, Modell JG, Wilson MW, Curtis GC, Lee MA, Schmaltz S, et al. Positron emission tomographic evaluation of cerebral blood flow during state anxiety in simple phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:501-4.
283. Watts FN, McKenna FP, Sharrock R, Trezise L. Colour naming of phobia-related words. *Br J Psychol* 1986; 77: 97-108.
284. Rauch SL, Wright CI, Martis B, Busa E, McMullin KG, Shin LM ve ark. A magnetic resonance imaging study of cortical thickness in animal phobia. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 946-52.
285. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *J Clin Child Psychol* 2000; 29:221-31.
286. Pırıldar Ş, Albayrak Ö, Aklın T. Birinci basamakta ve genl tıpta anksiyete bozuklukları. In: Tükel R, Aklın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 577-97.
287. Hilton BA. Perceptions of uncertainty: its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse* 1992; 12:70-3.
288. Goldberg RJ, Posner DA. Anxiety in the medically ill. Stoudemire A, Fogel VS, Greenberg DB (ed.) *Psychiatric Care of Medical Patient*, 2. Edition. New York; Oxford University Press, 2000;165-80.
289. Hicks DW, Raza H. Facilitating treatment of anxiety disorders in patients with comorbid medical illness. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:228-35.
290. Özdemir S. Akut miyokart infarktüsü sonrası ilk bir ay içerisinde depresyon ve anksiyetenin yaygınlığı ve hayat kalitesi üzerine etkisi.(Uzmanlık tezi).İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2007;13-14.
291. Moser DK. The rust of life: impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care* 2007;16:361-9.
292. Rothenbacher D, Hahmann H, Wüsten B, et al. Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:547-54.
293. Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD, et al. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007;27:86-91.
294. Davies SJC, Ghahramani P, Jackson PR, Noble TW, Hardy PG, Hippisley-Cox J ve ark. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *Am J Med* 1999; 107: 310-6.

295. Zaubler TS, Katon W. Panic disorder and medical illness. Nutt DJ, Ballenger JC (ed.) *Anxiety Disorders*. Oxford; Blackwell Science, 2003;297-311.
296. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med* 1996; 5:27-34.
297. Mete HE. Kanserde Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon. *Dahiliye ve Psikiyatri VI*. 2004;6: 7-46.
298. Moyer A. Psychological outcomes of breast cancer surgery mastectomy. *Health Psychol* 1997; 16: 284-98.
299. Strang P. Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med*.1997;11:299-305.
300. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MD. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*.1993;32:623-26.
301. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; 64:383-91.
302. Alter CL, Pelcovitz D, Axelrod A, Goldenberg B, Harris H, Meyers B, et al. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*; 1996;37:137-43.
303. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim.New/Yeni Symposium Journal 2008;46:51-61.
304. Erdoğan G. Koloğlu Endokrinoloji Temel ve Klinik. 2.Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.2005;127-52
305. Carta MG, HArday MC, Capiniello B. Clinical practice and epidemiology in Mental Health 2005;1:23.
306. Muller JE, Koen LK, Stein DJ. Anxiety and medical disorders. *Curr Psychiatr Rep* 2005;7:245-51.
307. Hall RCW. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics* 1983; 24:7-22.
308. Kornstein SG, Sholar EF, Gardner DG. Endocrine disorders, In: Stoudemire A, Fogel Bs, Greenber D, eds. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. 2.ed. New York: Oxford University Pres, 2000;801-19.
309. Loosen PT, Chambliss B, DeBold CR. Psychiatric phenomenology in Cushing disease. *Pkarmacopsychiatry* 1992;192-8.
310. Allison B, Grigsby, RJ, Anderson KE. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002;53:1053-60.
311. Milano MR, Kornfield DS. Psychiatry and surgery, Review of Psychiatry. L Grinspan (Ed), 3. Cilt, Washington DC. American Psychiatric Press Inc. 1984;256-77.
312. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik psikiyatri* 2001;4:182-6.
313. Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE. Surgery and surgical subspecialties, The American Psychiatric Pres Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc. 1996; 608-639.
314. Bahar A, Savaş HA, Parlar S. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksite ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal* 2009;47:9-15.
315. Özol D,Özel H, Aksaray G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Akciğer Arşivi*: 2005; 1:10-3.
316. Nascimento I, Nardi AE, Valença AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, et al. Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Res* 2002;110:73-80.
317. Moran MG.Solunum sistemi bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Sekizinci Baskı. 3.Cilt. Güneş Kitabevi.2007;2148-52.
318. Kuch K, Cox BJ, Woszczyzna CB, Swinson RP, Shulman I. Chronic pain in panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991; 22: 255-9.
319. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003; 106: 127-33.
320. El-Miedany YM, El Rasheed AH. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine* 2002 ; 69: 300-6.

321. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krypp L. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics* 1999;40:57-63.
322. Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thommessen B. Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:382-7.
323. Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Generalized anxiety disorders three to four months after ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2003; 16: 257-64.
324. Kwak CH, Jankovic J. Tourettism and dystonia after subcortical stroke. *Mov Disord* 2002; 17: 821-5.
325. Demet MM. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozuklukları. In: Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. Ankara. 2006: 563-75.
326. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic and anxiety disorders in epilepsy: Etiology, clinical features and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999; 40: 2-20
327. Devinsky O, Vazquez B. Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurol Clin* 1993;11:127-49.
328. Pariente PD, Lepine JP, Lellouch J. Lifetime history of panic attacks and epilepsy: an association from general population survey. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 88-9.
329. Monaco F, Cavanna A, Magli E, Barbagli D, Collimedaglia L, Cantello R, Mula M. Obsessionality, obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behavior* 2005;7:491-6.
330. Ertekin BA, Kulaksızoğlu IB, Ertekin E, Gürses C, Bebek N, Gökyiğit A, Baykan B. A comparative study of obsessive-compulsive disorder and other psychiatric comorbidities in patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009;14:634-39.
331. Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behavior* 2004;5:569-74.
332. Kocabaş Z, Çelebi A. Migren ve Gerilim Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon ve Nörotik Eğilim Düzeyleri. *Düşünen Adam* 1997;10:17-21.
333. Shiba M, Bower JH, Maraganore DM, McDonnell SK, Peterson PJ, Ahlskog JE et al. Anxiety disorders and depressive disorders preceding Parkinson's disease: a case control study. *Mov Disord* 2000;15:669-6.
334. Richard IH, Schiffer RB, Kurlan R. Anxiety and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8:383-92.
335. Lauterbach EC, Duvoisin RC. Anxiety disorders in familial parkinsonism [letter]. *Am J Psychiatry* 1990;147:217-20.
336. Nuti A, Ceravolo R, Piccinni A, Dell'Agnello G, Bellini G, Gambaccini G et al. Psychiatric comorbidity in a population of Parkinson's disease patients. *Eur J Neurol* 2004;11:315-20.
337. Emre U, Ergün U, Yıldız H, Coşkun Ö, İnan LE. Multipl Skleroz ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Düşünen Adam*; 2003;16:46-9.
338. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30: 803-17.
339. Woodruff PWR, Higgins EM, Vivier AWP, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic 1997. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35.
340. Vargas Laguna E, Pena Payero ML, Vargas Marquez A. Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43.
341. Dursun R, Uguz F, Kaya N, Cilli AS, Endogru H. Psychiatric Disorders in Patients with Behçet's Disease. *International of Psychiatry in Clinical Practice.*2007;11:16-20.
342. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:61-6.
343. Berrino AM, Voltoni S, Fiaschi D, Pellegrini S, Bignardi D, Minale P et al. Chronic urticaria: importance of medical psychological approach. *Allerg Immunol* 2006;38:149-52.
344. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz Mi Magerl M et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006;154:294-8.
345. Uguz F, Engin B, Yılmaz E. Axis I and Axis II diagnoses in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of Psychosomatic Research* 2008;64:225-9.

346. Gupta MA, Gupta AK, Chandarana PC, Johnson AM: Dissociative symptoms and self induced dermatoses: a preliminary empirical study. *Psychosom Med* 2000;62:116.
347. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. *Türkderm* 2010;44(1):25-35.
348. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9: 13-22.
349. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
350. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-6.
351. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme. Çorapçioğlu A (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
352. Williams BW: A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978;45:742-7 .
353. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-9.
354. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-55.
355. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yol aç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri dergisi* 1998;9:114-7.
356. Karasu U. Eskişehir İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. (Uzmanlık Tezi). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2007;67-80.
357. Dönmez L, Dedeoğlu N. Ahatlı Sağlık Ocagında ruhsal hastalıkların görüntüsü, tanınması, tedavi ve sevk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1996; 10:76-85.
358. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:82-5.
359. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res*. 2001;50:199-204.
360. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*.1999;14:249-54.
361. Fava GA, Porcelli P, Rafanelli C, Mangelli L, Grandi S. The Spectrum fo Anxiety Disorders in the Medically İll. *J Clin Psychiatry* 2010;71: 910-14.
362. Strain JJ. The surgical patient, *Psychiatry*. R Michels, JO Cazenar (Ed). 2. Cilt, Philadelphia: JB Lippincott, 1985;1-11.
363. Tel H, Sabancıoğullar S (2005).Hastanede yatan hastalarda uyku, anksiyete ve depresyon. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı 7-10 Eylül 2005 İzmir.

## EKLER

### Ek 1

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı: Dosya no:
2. Yaş:
3. Cinsiyet: 1.Erkek 2. Kadın
4. Eğitim durumu: 1. İlkokul 2.Ortaöğretim 3.Üniversite
5. Meslek: 1.Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3.Emekli
6. Medeni durumu: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul
7. Ekonomik durumu: 1.İyi 2.Orta 3.Kötü
8. Algılanmış sosyal destek: 1. İyi 2.Orta 3.Kötü
9. Yattığı klinik: 1. Dahili 2.Cerrahi  
Yattığı klinik :
10. İç hastalıkları(toplam) 0. Hayır 1.Evet
11. Endokrinoloji 0. Hayır 1.Evet
12. Nefroloji 0. Hayır 1.Evet
13. Hematoloji 0. Hayır 1.Evet
14. Gastroenteroloji 0. Hayır 1.Evet
15. Onkoloji 0. Hayır 1.Evet
16. Kardiyoloji 0. Hayır 1.Evet
17. Göğüs hastalıkları 0. Hayır 1.Evet
18. İntaniye 0. Hayır 1.Evet
19. Dermatoloji 0. Hayır 1.Evet
20. FTR 0. Hayır 1.Evet
21. Nöroloji 0. Hayır 1.Evet
22. Genel cerrahi 0. Hayır 1.Evet
23. Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi 0. Hayır 1.Evet
24. Göz Hastalıkları 0. Hayır 1.Evet
25. Plastik cerrahi 0. Hayır 1.Evet
26. Üroloji 0. Hayır 1.Evet
27. Ortopedi 0. Hayır 1.Evet
28. Kulak Burun Boğaz 0. Hayır 1.Evet
29. Diğer Cerrahi bilimler 0. Hayır 1.Evet
30. Beyin Cerrahisi 0. Hayır 1.Evet
31. Kadın Doğum 0. Hayır 1.Evet
32. Kaç gündür yatıyor...
33. Kaçınca yatışı
34. İlk yatışı mı? 0.Hayır 1.Evet
35. Yatış süresi:...
36. Tanı 0. Bilinmiyor 1.Biliniyor
37. DM 0. Hayır 1.Evet
38. Diğer Endokrin hastalıklar 0. Hayır 1.Evet
39. HT 0. Hayır 1.Evet
40. Koroner Arter Hastalığı 0. Hayır 1.Evet
41. Karsinom 0. Hayır 1.Evet
42. Hematolojik malignensiler 0. Hayır 1.Evet
43. KOAH ve Astım 0. Hayır 1.Evet
44. Kronik Böbrek Yetmezliği 0. Hayır 1.Evet

45. Kronik Kc Hastalığı 0. Hayır 1.Evet
46. Romatizmal hastalıklar 0. Hayır 1.Evet
47. Beningn tümörler 0. Hayır 1.Evet
48. Diğer 0. Hayır 1.Evet
- Halen aldığı tedavi
49. Antidiyabetik 0. Hayır 1.Evet
50. Antihipertansif 0. Hayır 1.Evet
51. Kortikosteroid 0. Hayır 1.Evet
52. Kemoterapi 0. Hayır 1.Evet
53. Antibiyotik 0. Hayır 1.Evet
54. Antihiperlipidemik 0. Hayır 1.Evet
55. Diğer 0. Hayır 1.Evet
56. Yeni ameliyat olmuş mu? 0. Hayır 1.Evet
57. Ameliyat öyküsü 0. Hayır 1.Evet
58. Psikiyatrik hastalık öyküsü: 0. Hayır 1.Evet
59. Bireysel duygudurum bozukluğu öyküsü 0. Hayır 1.Evet
60. Bireysel anksiyete bozukluğu öyküsü 0. Hayır 1.Evet
61. Bireysel alkol kullanım bozukluğu öyküsü 0. Hayır 1.Evet
62. Soygeçmişte Psikiyatrik hastalık öyküsü 0. Hayır 1.Evet
63. Soygeçmişte duygudurum bozukluk öyküsü 0. Hayır 1.Evet
64. Soygeçmişte anksiyete bozukluğu öyküsü 0. Hayır 1.Evet
65. Soygeçmişte alkol kullanım bozukluğu öyküsü 0. Hayır 1.Evet
66. Hastada halen psikiyatrik bozukluk var mı? 0. Hayır 1.Evet
67. Herhangi duygudurum bozukluğu var mı? 0. Hayır 1.Evet
68. Herhangi anksiyete bozukluğu var mı? 0. Hayır 1.Evet
69. Halen **M.Depresyon** 0. Hayır 1.Evet
70. Süre(ay)...
71. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
72. Hastalığının farkında mı? 0. Hayır 1.Evet
73. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0. Hayır 1.Evet
74. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
75. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
76. Halen **Major olmayan Depresyon** 0. Hayır 1.Evet
77. Süre(ay)...
78. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
79. Hastalığının farkında mı? 0. Hayır 1.Evet
80. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0. Hayır 1.Evet
81. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
82. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
83. Süre(ay)...
84. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
85. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
86. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
87. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
88. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
89. Halen **Panik Bozukluk** 0. Hayır 1.Evet
90. Süre(ay)...
91. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
92. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
93. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet

94. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
95. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
96. Halen **Özgül Fobi** 0. Hayır 1.Evet
97. Süre(ay)...
98. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
99. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
100. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
101. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
102. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
103. Halen **Sosyal Fobi** 0. Hayır 1.Evet
104. Süre(ay)...
105. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
106. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
107. Bu sebeple doktor başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
108. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
109. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
110. Halen **Obsesif Kompulsif Bozukluk** 0. Hayır 1.Evet
111. Süre(ay)...
112. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
113. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
114. Bu sebeple doktor başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
115. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
116. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
117. **Halen PTSD** 0. Hayır 1.Evet
118. Süre(ay)...
119. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
120. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
121. Bu sebeple doktora başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
122. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
123. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
124. Halen psikiyatri konsültasyonu istenip istenmediği 0.Hayır 1.Evet
125. **Halen BTA Anksiyete Bozukluğu**
126. Süre(ay)...
127. Ne zamandan beri 0.Hastalıktan önce 1.Hastalıktan sonra
128. Hastalığının farkında mı? 0.Hayır 1.Evet
129. Bu sebeple doktor başvurusu var mı? 0.Hayır 1.Evet
130. Doktora başvurma nedeni 1.Ruhsal belirtiler 2.Bedensel belirtiler
131. Hangi doktora başvurmuş? 1.Psikiyatrist 2.Diğerleri
132. Halen psikotrop kullanıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
133. Halen antidepresan kullanıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
134. Halen duygudurum düzenleyici kullanıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
135. Halen Benzodiazepin kullanıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
136. Halen Antipsikotik alıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
137. HAM-D...
138. HAM-A...

## Ek 2.

### BİLGİLENDİRİLMİŞ KABUL BELGESİ

Hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastaların ruhsal durumları ile ilgili “Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalar Arasında Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı” adlı uzmanlık tez çalışması yürütmekteyiz. Sizin de bu tez çalışmasına katılmanızı talep ediyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu belgeyi imzalayınız.

Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda ruhsal sıkıntılar çok sık görülür. Ancak hastaların önemli bölümü bir psikiyatrik tedavi almaz. Bu çalışmaya katıldığınızda aynı zamanda şu andaki ruhsal durumunuzu, tedavi almaya ihtiyacınız olup olmadığını öğrenmiş olacaksınız. Bu çalışma nedeniyle herhangi bir ek tıbbi girişime tabi tutulmayacaksınız.

**Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size yaklaşık 20-30 dk kadar süren bir klinik görüşme yapılacaktır. Ayrıca bazı psikolojik testler uygulanacaktır.**

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz. Katılmayı kabul etmemeniz, ileride ihtiyaç duyduğunuzda psikiyatrik vb. tıbbi hizmetleri almanızı olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırmaya katıldıktan sonra, istediğiniz zaman hiç bir sebep öne sürme zorunluluğunuz olmadan çekilebilirsiniz. Bu durum da gerektiğinde tıbbi tedavinizin yürütülmesini olumsuz etkilemeyecektir. Ancak çalışmadan çekildiğinizi bize bildirmeniz ve eğer mümkünse çalışmayı tamamlamanız araştırmamızda iyi ve güvenilir sonuçlar elde etmemiz için daha iyi olacaktır.

Bu çalışmada 650 gönüllü/hasta yer alacaktır.

Çalışma süresi içinde herhangi bir sorunda Dr. Fatih KAYHAN’a 0332 223 61 26 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler araştırmayı yapan kamu birimleri tarafından kullanılabilir. Ancak bu sırada hiçbir şekilde kimlik ve diğer şahsi bilgiler açığa vurulmayacak, bu konuda gizlilik esas tutulacaktır.

**Hastanın Adı Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**

Ek 3.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

### HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM</b>		.....

Ek 4.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

## HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

*Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin*

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM PUAN:</b>	.....
<b>PSİŞİK (1,2,3,5,6)</b>	.....
<b>SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)</b>	.....