

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Depresyon

M. Fevzi ATACANLI*, Nesrin DİLBAZ**

ÖZET

Süregelen ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) sıklıkla, başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklara neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hastaneye KOAH nedeniyle yatırılan hastalarda depresyon sıklığını araştırmaktır. Ayrıca bu hastalarda; yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu, yerleşim yeri, sistemik hastalık öyküsü, sigara alışkanlığı ve steroid kullanımı ile depresyon ilişkisi de incelenmiştir. Çalışmaya Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'nde Ocak-Şubat 2000 döneminde KOAH tanısı ile yatmakta olan ve rastgele seçilmiş 100 hasta alınmıştır. Hastalardan FEV1 (1. saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü) değeri %75'in altında olmak, okur-yazar olmak ve psikiyatrik hastalığı olmamak ölçütlerini karşılayanlar çalışmaya alınmışlardır. Depresyon tanıları Prime MD ile konmuştur ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla Beck depresyon envanteri (BDE) ile hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri; ki kare, Fisher'in exact ki kare, bağımsız t, Spearman korelasyon ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak yapılmıştır ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma sonucunda KOAH olanlarda depresyon prevalansı %13 bulunmuştur. Sosyodemografik parametreler, sistemik hastalık, sigara alışkanlığı ve steroid kullanımı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. BDE puanları ile FEV1 değerleri arasındaki belirgin negatif korelasyon dikkat çekicidir.

Anahtar Sözcükler: KOAH, depresyon, prevalans, Prime MD.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2001;4:147-153

SUMMARY

Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Depression

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic debilitating, organic disease that might cause frequently some psychiatric disturbances, especially depression. The purpose of this study is to determine the frequency of depression in hospitalized COPD patients. In addition, the association of depression and age, sex, marital status, socioeconomic level, education profile, occupation, history of systemic disease, smoking and steroid treatment were also analysed. This study was performed at Atatürk Chest Disease and Chest Surgery Center during January-February 2000 and 100 COPD hospitalized patients were randomly selected and enrolled into this study. To be included in the study, patients should fulfil the criteria of FEV1 were less than %75. The patients should be literate to fill out the inventories. The patients included in the study should not have psychiatric disease history. The diagnosis based on Prime MD. In order to measure the level of depression, Beck depression inventory (BDI) and hospital anxiety and depression scale were filled out by the patients. The statistical analyses of data were performed with; chi-square, Fisher's exact chi-square, free t test, Spearman correlation and mann-whitney U test. $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

At the end of the study, the prevalence of depression in COPD patient was found to be %13. There were no statistically significant correlation between depression and sociodemographic parameters, systemic disease, smoking and steroid treatment. The negative correlation between BDI scores and FEV1 values is also noticeable.

Key Words: COPD, depression, prevalence, Prime MD.

* Uz. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, **Doç. Dr., 2. Psikiyatri Kliniği, ANKARA

GİRİŞ

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk 1997).

Birçok kronik hastalıkta yaşın ilerlemesiyle hastalar, depresyon için potansiyel risk grubu olmaktadır (Palinhan ve ark. 1990). Çeşitli tıbbi tanılar ile depresyon ilişkileri incelendiğinde; onkolojik, kardiyovasküler, hematolojik, nefrolojik, endokrin ve merkezi sinir sistemi hastalıkları ile solunum sistemi hastalıklarının en fazla birliktelik gösteren hastalık grupları olduğu dikkat çekmektedir (Özkan 1993).

Fiziksel hastalıklarda yorgunluk, uyku bozukluğu, kilo kaybı, suçluluk hissi, irritabilite gibi vejetatif bulgular ve somatik yakınmalar sıklıkla tanımlanabileceğinden; ağlama, ilgi kaybı, zevk alamama, ümitsizlik, ölüm düşüncesi, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, güvensizlik ve kararsızlık gibi duygulanım ve bilişsel bulgular, depresyonun tanınmasında daha geçerli ve değerli sayılmalıdır.

Fiziksel hastalıklarda depresyon semptomatolojisi ve sınıflamasına ilişkin çeşitli yaklaşımlara karşın (Cavanaugh 1984) birçok araştırmacı; standart psikiyatrik kavramların bu konuyu yeterince aydınlatmada henüz yetersiz kaldıkları fikrinde görüş birliği içerisindedirler (Mayou ve Hawton 1986, Rapp ve Viana 1989).

Süregen olan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı alanlarda depresif belirtilerin sıklıkla hastalığın manifestasyonu gibi kabul edilmesi nedeniyle, depresyon nadiren tanınabilmekte ya da tedavi edilebilmektedir.

KOA terimi; hava akımı sınırlanması ile karakterize, akciğer hastalıkları arasında 'astma'dan farklı olduğu kabul edilen, sık rastlanan bir klinik antiteyi tanımlamakta kullanılmaktadır. Klinik tanı genellikle kronik obstrüktif bronşite değişik ölçüde eşlik eden amfizem ve bronkospazmı kapsar (Celli ve ark. 1995, L Van Ede ve Yzermans 1999, Tatlıcıoğlu ve ark. 1996, Pearson 2000).

KOA'da hipokseminin nörofizyolojik fonksiyonlarda değişikliklere yol açarak, depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir (Mc Sweeney ve ark. 1980). KOA hastalarına tedavide verilen oksijenin depresyon üzerine etkisinin

olmadığı da saptanmıştır (Lahdensuo ve ark. 1989, Wilson ve ark. 1985). Hatta uzun dönem oksijen terapisi alan hastaların öz saygılarında azalma ve depresyona daha eğilimli oldukları belirlenmiştir (Barak ve ark. 1991). Depresyon; dispne şiddetiyle olduğu kadar, mevcut oksijenizasyon düzeyi ile de ilişkili görünmektedir. Hafif nefes darlığı atakları ile kıyaslandığında; şiddetli dispne plazma CO₂ düzeyleri yüksek, plazma O₂ seviyeleri düşük ve depresyon bulgularının belirgin olduğu izlenmektedir (Gift ve Cahill 1990). Baskılanmış ventilasyona bağlı düşük pCO₂ düzeyleri artmış depresyon ile ilişkilidir. Hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti dikkate alındığında, düşük pCO₂ düzeyleri depresyonun ağırlığı ile birliktelik gösterebilir (Gordon ve ark. 1985). Yaşlanma ve kan gazı değerlerindeki değişimle ortaya çıkan pek çok değişiklik, KOA'da depresyon gelişimini etkilemektedir.

Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal, davranışsal sorunlar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın seyrini, mortaliteyi ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir (Özkan 1993). Yaşam kalitesi; yaşamın ruhsal ve fiziksel işlevsellik ve iyi olma hali ile ilintili olan, bireysel sağlık ile ilgili yaşam durumunu içermektedir. Son yıllarda "yaşam kalitesi" kavramı üzerinde durmanın iki ana nedeni vardır: 1. Yeni ekonomik sınırlılıklar ve maliyet-etkinlik gereksinimi (buna göre tedavide en az maliyetle en iyi bakımın sağlanması amaçlanmıştır). 2. Klinik etkinliğin hastanın nasıl hissettiği konusunda hassas bir gösterge olmadığına dair varolan düşünceler. Bu durum, özellikle tedavinin yalnızca belirtileri kontrol edebildiği ve tedavinin yan etkileri nedeniyle yaşam kalitesinin bozulduğu kronik durumlarda önemlidir. Hastalar genelde gerçek belirtiler yerine kronik hastalıkların yol açtığı bu belirtilerin, yaşamlarını nasıl etkilediğine önem vermektedir (Dilbaz 1996). Bu çalışmada da büyük ölçüde sigara içmeye bağlı gelişen ve yıllar içinde yeti kaybına ve erken ölümlere yol açan KOA tanısı alan hastalardaki depresyon sıklığını araştırmak amaçlandı. Ayrıca depresyon belirtilerinin; yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu, yerleşim yeri, sistemik hastalık öyküsü, sigara alışkanlığı ve steroid kullanımı ile ilişkileri incelendi.

Hasta seçimi

01 Ocak - 29 Şubat 2000 tarihleri arasında; Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'nde yatmakta olan hastalardan; klinik olarak KOA tanısı almış, solunum fonksiyon testi (SFT)

sonuçlarında FEV1 değeri %75'in altında olan, değerlendirme ölçeklerini doldurabilecek derecede okur-yazar olan, anamnezinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan 100 hasta, rastgele çalışma kapsamına alınmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya alınan tüm hastalara tanı Prime MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçütlerine göre konmuştur. Hastalarca doldurulan soru formlarında (PMDSF) 17. ve/veya 18. sorulara evet yanıtı vermiş olanlara, Prime MD Duygudurum Modülü (PMDDM) uygulanmıştır. Depresyon tanısı alanlara; depresyonun şiddetini saptamak amacıyla Beck depresyon envanteri (BDE) ve tüm hastalara hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) verilmiş, sonuçları tarafımızca değerlendirilmiştir. Prime ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, kısa sürede uygulanabilen ve birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamasında; depresif bozukluk, somatoform bozukluk, anksiyete bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı tanılarının konmasında hekime büyük kolaylık sağlayan bir ölçektir. Ülkemiz için uyarlaması, Çorapçioğlu ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği; bedensel belirti içermeyen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Beck depresyon envanteri ilk olarak 1961 yılında geliştirilmiş, 1978 yılında revizyonunu takiben Şahin (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Geçerlilik çalışması 1988'de ve güvenilirliği 1989 yılında yapılmıştır. Hastaların depresif belirtilerinin ve depresyona özgü tutumlarının klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur (Şahin 1997).

İstatistik

Bulguların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak; ki kare testi, Fisher'in exact ki kare testi, Spearman korelasyon analizi, bağımsız t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik özelliklerle ilgili analiz sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Araştırmada depresyon görülme oranı %13 olarak bulunmuştur (Kadınlarda %10.7 iken, erkeklerde %13.8) ($p>0.05$). Analiz sonuçlarına göre; cinsiyet,

medeni durum, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu ve yerleşim yeri ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Olguların; eşlik eden sistemik hastalık öyküsü, sigara alışkanlığı öyküsüyle, steroid kullanımları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 2).

Erkek ve kadın hastaların FEV1 değerleri ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Depresyon saptanan grupta kadın ve erkek FEV1 değerleri arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), bu grup hastaların FEV1 değerleriyle yaş arasında zayıf negatif korelasyon saptanmıştır ($c=-0.0094$). Depresyon tanısı almayan grupta kadın ve erkek FEV1 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Prime MD uygulanarak depresyon tanısı konan 100 hastadan 13'üne depresyonun şiddetini saptamak için BDE ve HADÖ uygulanmıştır. BDE sonuçları ile FEV1 değerleri arasında yapılan analizde belirgin negatif korelasyon saptanmıştır ($c=-0.77$). BDE puanları ile yaş arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($c=0.74$). Benzer şekilde, depresyon saptanan 13 olgudan elde edilen HADÖ sonuçları ile FEV1 değerleri arasında negatif korelasyon bulunurken ($c=-0.69$), HADÖ skorları ile yaş arasında zayıf pozitif korelasyon izlenmiştir ($c=0.34$). Her iki test sonuçlarının (BDE ve HADÖ) kendi aralarında pozitif korelasyon saptanmıştır ($c=0.68$). Ayrıca tüm popülasyonda HADÖ skorları ile FEV1 değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Tıbbi hastalıkların büyük bir bölümünde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları; hastalığa tepki, hastalığın neden olduğu sınırlılıklar ve engeller ile açıklanmaya çalışılmıştır (Bayam 1997). Yapılan çalışmalar, artan yaşla birlikte semptomatolojisi zenginleşen kronik fiziksel hastalıkların depresyonla birlikteliğini ortaya koymuştur.

KOAH olan hastalarda depresyon prevalansı pek çok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalarda, elde edilen oranlar, %6-42 aralığındadır (L Van Ede ve Yzermans 1999). Çalışmaların çoğunda; yeni KOAH olgularında ($FEV1<\%50$) depresyon sıklığı incelenmiştir. Bulunan farklı oranların olgu seçimiyle ve tanı ölçütlerinin farklılığı ile ilişkili olduğu düşüncesindeyiz. Yohannes ve arkadaşları 1998'de yaşlı KOAH olgularında, Kısa

Tablo 1. Sosyodemografik analiz sonuçları

	Depresyon				P	Toplam	
	Yok		Var			Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cins							
Erkek	62	71.26	10	76.92	0.47	72	72.0
Kadın	25	28.74	3	23.08		28	28.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Medeni durum							
Bekar	2	2.30	0	0	0.61	2	2.0
Evli	66	75.86	9	69.23		75	75.0
Dul	19	21.84	4	30.77		23	23.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Sosyoekonomik durum							
Yüksek	0	0	0	0	0.79	0	0
Orta	30	34.48	4	30.77		34	34.0
Düşük	57	65.52	9	69.23		66	66.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Eğitim durumu							
Okur-Yazar	48	55.17	4	30.77	0.73	52	52.0
İlkokul	31	35.63	8	61.54		39	39.0
Orta-Lise	7	8.05	1	7.69		8	8.0
Üniversite	1	1.15	0	0		1	1.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Yaşadığı yer							
Kentsel	62	71.26	9	69.23	0.86	71	71.0
Kırsal	25	28.74	4	30.77		29	29.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0

Tablo 2. Depresyonun sistemik hastalık sigara alışkanlığı ve steroid kullanımı ile ilişkisi

	Depresyon				P	Toplam	
	Yok		Var			Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Sistemik hastalık							
Var	31	35.63	8	61.54	0.13	39	39.0
Yok	56	64.37	5	38.46		61	61.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Sigara kullanımı							
Var	63	72.41	10	76.92	0.73	73	73.0
Yok	24	27.59	3	23.08		27	27.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0
Steroid kullanımı							
Var	31	35.63	7	53.85	0.34	38	38.0
Yok	56	64.37	6	46.15		62	62.0
Toplam	87	100.00	13	100.00		100	100.0

Depresyon kartları değerlendirme yöntemi ile %46 hastada depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Bu oran aynı yaşta sağlıklı kişilerde %11, yeti kaybına yol açan diğer hastalıklarda ise %26 olarak saptanmıştır. Daha sonra aynı çalışma grubu bu yöntemle uyum bozukluğu olan hastalara da depresyon tanısı konabileceği olasılığı nedeniyle 12-18 ay sonra tekrar aynı hasta grubunu incelemişler ve bu kez hastalara; hem Kısa depresyon kartları değerlendirme (BASDEC), hem de geriatrik ruhsal durum ölçeği (AGECAT) kullanmışlardır. Bu çalışmada %23 hastada depresyon, %43 hastada ise eşik altı anksiyete ve depresyon saptanmıştır (Thornton ve ark. 2000). Bu sonuç bize araştırılan hasta grubu ve tanı ölçütlerinin, çalışmaların sonuçlarını ne kadar etkilediğini açıkça göstermektedir.

Yaş ortalaması kadınlarda 61.86 +/- 10.98 ve erkeklerde 61.56 +/- 12.36 olan orta ve ileri KOAH olgularında depresyon sıklığını araştıran çalışmamızda elde edilen %13'lük oran, yayınlanmış pek çok incelemede elde edilen %6-42 değerleri ile uyum göstermektedir. Depresyonun cinsiyet ile ilişkilerini inceleyen araştırmalarda; kadınlarda artmış prevalans hızları ile standart 2:1 kadın-erkek oranları görülmüştür (Küey 1990, Penfold ve Walker 1984, Coşkunerden ve Doğan 1991). Bazı çalışmalarda cinsiyetler arasındaki depresyon sıklığı farklılığının tersine döndüğü bildirilmiştir (Gurdend ve Cross 1982). Diğer araştırmalarda ise; erkek ile kadın arasındaki bu farklılığın giderek kaybolduğu vurgulanmaktadır (Blazer 1983, Eizemann 1986). Çalışmamız sonucunda cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.47$). Kadınlardaki artmış depresyon oranlarının erkeklerle giderek eşitlenmekte olması, son dönemlerde kadının sosyoekonomik düzeyindeki iyileşme ve klasik kadın rolündeki değişim ile açıklanmaktadır.

Sosyoekonomik düzey depresyon ilişkileri incelendiğinde; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek depresyon hızları olduğu çeşitli araştırmalarda ileri sürülmüştür (Eizemann 1986, Brown ve ark. 1975, Berckmen 1986, Hirsfeld ve Cross 1982). Ancak kronik fiziksel hastalıkla eş zamanlı depresyon birlikteliğinde; sosyoekonomik düzey farklılıklarının daha az olduğu bilinmektedir (Öztürk 1997, Gastpar 1986). Bizim de çalışmamızda, sosyoekonomik düzey ile depresyon ilişkisi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0.79$). İncelenen hastalarda yüksek gelir düzeyine sahip olgu olmaması; araştırmanın yapıldığı hastanenin sağlık güvencesinden yoksun hastalara hizmet vermesine ve

yerleşim yerinin şehir merkezinden uzak oluşuna bağlanmıştır.

Araştırmamız sonuçları, sigara alışkanlığı ile depresyon ilişkisinde anlamlı fark ortaya koymamıştır ($p=0.73$). Çalışmanın yapıldığı dönemde %27 hasta sigara içmemekteydi. Bu hastalar KOAH nedeniyle sigara içmeyi bırakan hastalardı. Sigara içmeyen hastaların %88'inde depresyon saptanmadı. Bu sonuç sigara alışkanlığı ile depresyon ilişkisinin anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar ile uyumludur (Palinhan ve ark. 1990).

Çalışmamızda, eşlik eden sistemik hastalık öyküsü ile depresyon arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.13$). Bu konuda çelişkili çalışma sonuçları mevcuttur. Normal popülasyonla, kronik fiziksel hastalığı olanlar arasında depresyon sıklığı açısından anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar yanında, yeti kaybına neden olan hastalıklarda depresyon sıklığının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Palinhan ve ark. 1990, Beekman ve Peminx 1997).

Araştırmamızda, steroid kullanımı ile depresyon arasında anlamlı farklılık elde edilmemiştir ($p=0.34$). Genel bilgilerimize göre yüksek dozlarda reserpin, kortikosteroidler, anabolizan steroidler gibi bazı ilaçlar, özellikle daha fazla depresif belirtiler ortaya çıkarırlar. Bazı çalışmalarda stabil KOAH olgularının %6'sında steroid tedavisine yanıt alınmış olması, özellikle akut ataklarda etkili olan bir tedavi şeklinin olası yan etkilerinden hastaları korumanın önemine dikkat çekmektedir. Çalışmamızda incelenen olguların akut- subakut dönemde olmaları ve steroid tedavisinden yarar görmeleri neticesi fiziksel durumlarındaki düzelme nedeniyle depresyon riskinin azalması sonucu, anlamlı fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda BDE skorları ile FEV1 değerleri arasında yapılan analizde belirgin negatif korelasyon saptanması ($c=-0.77$), hastaların fiziksel durumlarının bozulması ile (FEV1 düşüklüğü) depresif semptomatolojilerinin ağırlaşması arasında, doğrusal ilişki olduğunu göstermektedir. Benzer ilişki, depresyon saptanan grupta HADÖ puanları ile FEV1 değerleri korelasyonu ile elde edilmiştir ($c=0.69$). Her iki test sonuçlarının karşılıklı incelenmesinden pozitif ilişki saptanmış olması ($c=0.68$), üçüncü basamakta rol alan hekimlerin kronik hastalara yaklaşımlarında, olası duygudurum bozukluklarını tanımada HADÖ'den faydalanmaları gereğini desteklemektedir (Aydemir ve ark. 1997). Diğer tıp disiplinlerinde hem depresyon tedavi hızlarının, hem de hastaların psikiyatriste gön-

derilme oranlarının düşük olduğunu belirleyen ve bu kadar fazla sayıda antidepresif ilaç piyasada iken, tedavi oranlarının bu kadar düşük olmasının anlaşılmasının güç olduğunu bildiren yazarlar mevcuttur (Thornton ve ark. 2000).

Bu araştırmada, uzun süreli fiziksel rahatsızlıklarla depresif bozuklukların komorbiditesi, KOAH'ın şiddeti ve diğer faktörlerle bağıntıları incelenmiş olup, hastalığın seyri sırasında oluşan depresif duygudurumu

mu üzerinde kronik hastalığın şiddetinin dışındaki parametrelerin etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı yargısına varılmıştır. Depresyon, bu popülasyonda kişinin kendini sınırlayan bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde takip ve tedavileri sürdürülebilen bu hasta grubunda; uygulaması kolay olan Prime MD ile depresyon tanısı konabilir ve hastalar bu basamakta tedavi edilebilir.

KAYNAKLAR

- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:280-287.
- Barak J, Sliwinski P, Plasecki Z ve ark. (1991) Psychological status of COPD patients on long term oxygen therapy. *Eur Respir J*, 4:59-62.
- Bayam G (1997) İskemik enfarkt sonrası duygudurum bozuklukları. *Ankara*, s.32-35.
- Beekman ATF, Peminx BWJH (1997) Depression and physical health in later life: Results from the longitudinal ageing study Amsterdam. *J Affect Disord*, 46:219-231.
- Berckmen LF (1986) Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol*, 124:372-388.
- Blazer DG (1983) Impact of late life depression on the social network. *Am J Psychiatry*, 140:162-166.
- Brown GW, Bhrolchain M, Harris TO (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9:224-254.
- Cavanough S (1984) Diagnosis depression in hospitalized patients with the chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 45:13-16.
- Celli BR, Snider GL, Heffner J (1995) Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 152:77-120.
- Coşkunerden C, Doğan O (1991) Depresyon epidemiyolojisi üzerine bir araştırma. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Serbest Bildiri, Antalya.
- Çorapçıoğlu A, Köroğlu E, Ceyhan B (1996) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik tanı koydurucu bir ölçeğin (Prime MD), Türkiye için uyarlanması. *Nöropsikiyatri Gündemi*, 1(1):1-10.
- Dilbaz N (1996) Yaşam kalitesi ölçümü ve Psikiyatri. *Psychol Med*, 2(1):20-24.
- Eizemann M (1986) Social class and social mobility in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*, 73:399-402.
- Gastpar M (1986) Epidemiology of depression. *Psychopathology*, 2:17-21.
- Gift AG, Cahill CA (1990) Psychological aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart and Lung*, 19:252-257.
- Gordon GH, Michiels TM, Mahutte CK ve ark. (1985) Effect of Desipramine on control of ventilation and depression scores in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Psychiatry Res*, 15:25-32.
- Gurdend BJ, Cross PS (1982) Epidemiology of psychopathology in old age: Some implication for clinical services. *Psychiatr Clin North Am*, 5:11-26.
- Hirsfeld RM, Cross CK (1982) Epidemiology of effective disorders: Psychosocial risk factors. *Arch Gen Psychiatry*, 39:35-46.
- Küey L (1990) Depresyon ve Kadın. *Sendrom*, 2:49-55.
- L Van Ede CJ, Yzermans HJ (1999) Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Thorax*, 54:688-692.
- Lahdensuo A, Ojanen M, Ahonen A (1989) Psychosocial effects on continuous oxygen therapy in hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*, 2:977-980.
- Mayou R, Hawton K (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*, 149:172-190.
- Mc Sweeny AJ, Heaton RK, Grant I (1980) Chronic obstructive pulmonary disease: Socioemotional adjustment and life quality. *Chest*, 77:309-311.
- Özkan S (1993) Genel tıpta psikiyatrik morbidite. *Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu*. 1-2. Cilt, s. 81-133.
- Özkan S (1993) Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. *Psikiyatrik Tıp*, S Özkan (Ed), İstanbul, s.103-108.
- Öztürk MO (1997) Duygulanım bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. O Öztürk (Ed), 7. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 223-242.
- Palinhan LA, Wingard PL, Barret-Connor E (1990) Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: A population based study. *J Clin Epidemiol*, 43(11):1131 -1141.
- Pearson M (2000) Respiratory disease in old age: Research into ageing workshop, London, 1998 (conference report). *Age and Ageing*, 29:281-285.
- Penfold PS, Walker GA (1984) Women and depression, Women and Psychiatric Paradox. PS Penfold (Ed), Philadelphia, Open University Press, s.172-185.
- Rapp SR, Viana S (1989) Substituting non somatic for somatic symptoms in the diagnosis of depression in the elderly male medical patients. *Am J Psychiatry*, 146:1197-1200.

Şahin N (1997) Beck Depresyon Envanteri genel bilgi, Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme, Sık kullanılan ölçekler. I Savaşır, N Hisli Şahin (Ed), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s.28-31.

Tatlıcıoğlu T, Samurkaşoğlu B, Kalyoncu F ve ark. (1996) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Toraks Derneği KOAH Bilimsel Kolu Yayınları, s.1-22.

Thornton A, Yohannes AM, Baldwin RC ve ark. (2000) Chronic

obstructive pulmonary disease and depression: Analyses of depressive symptoms. Age Ageing, 29:286-287.

Wilson DK, Kaplan RM, Timins RM ve ark. (1985) Acute effects of oxygen treatment upon information processing in hipoxaemic COPD patients. Chest, 88:239-243.

Yohannes AM, Roomi J, Baldwin RC (1998) Depression in elderly outpatients with disabling chronic obstructive pulmonary disease. Age Ageing, 27:155-160.