

T1294



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

DEPRESYONDA TEDAVİ SONRASI KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ : Ülseratif kolit ile karşılaştırmalı bir çalışma

UZMANLIK TEZİ

T1294 /1-1

Dr. Mustafa KALAY

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Taha KARAMAN

"Tezinden Kaynakça Gösterilerek Yararlanılabilir"

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Mevlana Kampüsü

Antalya, 2000

*Sayın Hocam Prof. Dr. Çetin BÜYÜKBERKER' in
anısına ithafen...*

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
GİRİŞ VE AMAÇ	1 - 2
GENEL BİLGİLER	3 - 20
Major Depresyon	3
Ülseratif Kolit	6
Yaşam Kalitesi	17
GEREÇ VE YÖNTEM	21 - 29
TARTIŞMA	30 - 36
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	37
ÖZET	38 - 39
KAYNAKLAR	40 - 46
EKLER	47 - 62

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada remisyonda depresyon, ülseratif kolit ve normal kontrol gruplarının yaşam kalitesi, depresif duygulanım ve kaygı düzeyleri yönünden karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ Anayasasında (1978) sağlık bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, tam iyilik hali için insanların temel gereksinimleri olan beslenme, cinsellik, barınma, dinlenme, güvenlik gibi biyolojik gereksinimleri ile; spor, sosyal aktiviteler, hobiler, iletişim kurma benlik saygısı, amaçları olma, başarı, takdir görme, değer verilme gibi psikososyal gereksinimler karşılanmalıdır. Sağlık hizmetleri değerlendirirken hastalık bulguları (semptomları) yanında bu gibi yaşam kalitesini belirleyen göstergelerde günümüzde çok önem kazanmıştır.

Majör depresyon hastalarında görülen uyku problemleri, iştahla ilgili problemler, içe çekilme, sıkıntı, huzursuzluk, anhedoni, enerji kaybı, suçluluk, pişmanlık duyguları, kendine bakımda bozulma, hastaların uzun dönem ilaç kullanmaya bağlı ve ilaca ilişkin sorunları hastaların sağlıklı yaşam sürmelerine engel olmaktadır. Remisyon dönemlerinde %20-30 oranında depresif epizod tanı ölçütlerini tam karşılamayan fakat kişide sıkıntı ve yetersizliklere neden olan bulgular olabilmektedir. Bütün bu bulgular depresyon hastalarında yaşam kalitesinde belirgin düşmeye, sıkıntı, depresif duygulanım ve kaygıya neden olmaktadır (4).

Ülseratif kolit hastalığının akut döneminde görülen rektal kanama, ishal, karın ağrısı, uykusuzluk, iştahsızlık görülmesi; uzun dönemde ise ilaç kullanımı zorunluluğu, sistemik komplikasyonların ortaya çıkışı, cerrahi tedavi uygulanan hastalarda ise kolostomiye ait problemler hastalarda depresyon, sıkıntı ve kaygı oluşturmakta bu da

hastalarda yaşam kalitesinde düşmelere neden olmaktadır (1,4). Ülseratif kolit hastalığı, kolonun mukoza ve submukozasını tutan remisyon ve alevlenmelerle giden kronik iltihabi bir hastalıdır. Bu hastalığı Franz Alexander 7 adet psikosomatik hastalıktan birisi olarak sınıflandırmıştır (1,4). Bu hastalar öfkelerini dışa vurmada kendilerini inhibe eden, aşırı duyarlı, temiz, dakik, kararsız, onaylayıcı, düzenli ve çekingen yapıda kişilerdir (4).

Tez çalışmasının izleyen bölümlerinde ilk olarak major depresyon ve ülseratif kolit konusunda genel bilgiler verilecektir. Daha sonra Psikosomatik tıp ve ülseratif kolitin psikosomatik yönü vurgulanarak, hastalarda yaşam kalitesi anlatılacaktır.

GENEL BİLGİLER

MAJÖR DEPRESYON

Majör depresif bozukluk yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlar için %10 ile %25 arasında, erkekler için %5 ile %12 arasında değişmektedir. Erişkinler için nokta prevalans kadınlarda %5-9; erkeklerde %2-3 arasında değişmektedir. Bu oranlar etnik köken, eğitim ve gelir durumu yada evli olup olmaması ile ilişkisiz gibi görünmektedir. Hastalığın görülme yaşı en sık 25-44 yaşları arasındadır. Hastaların birinci derece akrabalarında 2-3 kat daha fazla görülür (4,5).

Depresif bozuklukların etyolojisinde rol oynayan etkenler biyolojik etkenler ve psikososyal etkenler olarak ayrılabilir. Biyolojik aminler, nöroendokrin düzen ve nöroanatomik görüş biyolojik etkenler olarak öne sürülmektedir.

Biyolojik aminler: norepinefrin, serotonin, dopamin aminlerindeki bozuklukların depresyon gelişimine neden olduğunu ifade eden görüştür. Bu düşünce ile bu aminleri düzenleyen ilaçlar sağaltımda kullanılmaktadır (5)

Nöroendokrin düzenleme ise adrenal, tiroid ve growth hormon eksenlerinde bozukluk olduğunu ifade eden görüştür. Yapılan incelemelerde depresyondaki hastaların yaklaşık yarısının deksametazona kortizol yanıtının baskılandığını görmüşlerdir. Hastaların üçte biri TRH ya TSH yanıtının baskılandığını görmüşlerdir. Depresyondaki hastalarda klonidin uygulamasının growth hormon salınımını arttırmadığı görülmüştür

Nöroanatomik görüşler; limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamusun patolojilerinin depresyon gelişiminde rol oynadığını ifade eder.

Yaşam olayları, yakın aile bireylerinin kaybı özellikle 11 yaş öncesi çocuklarda olmak üzere en önemli depresyona neden olabilecek stres kaynağıdır.

Freud'a göre, yaşamın ilk yıllarında kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları erişkinlikte ambivalans oluşturup depresyona yatkınlık sağlar. Gerçek bir kayıp durumunda yitirilen nesne içselleştirilir ve öfke kişinin kendine döner. Melanie

KLEİN'a göre ise "iyi" ve "kötü" nesnelere birleştirilip tutarlı bir benlik oluşturulamamışsa kişiler depresyon geliştirmeye yatkın olurlar (5)

Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınmıyor olması, depresyonun anahtar bulgularıdır. Hastalar kendilerini hüzünlü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söyleyebilirler. Hasta için depresif duygudurumun ıstırap veren bir "duygusal ağrı gibi algırlarlar." %97 olgu görevlerini yapmakta zorluk çekmekte, enerji kaybı hissetmekte, %80 olguda uyku sorunları görülmektedir uyku sorunu olan hastaların %90'ı erken uyanma, uykuya dalamama, gece sık sık uyanma arzında şikayeti olurken geri kalan olgular da aşırı uyuma şeklindedir. Hastalar da genellikle huzursuzluk, sıkıntı, ajitasyon şekline anksiyete bulguları eşlik eder. İştahsızlık ya da daha nadiren de aşırı iştahla birlikte mensturasyon bozuklukları, libido kaybı gibi cinsel semptomlar da genellikle görülür (4,5).

Major depresif bozukluk herhangi bir yaşta başlayabilir. Genellikle hastalığın başlama yaşları yirmili yaşların ortalarıdır. Genellikle tam bir epizod başlamadan önce anksiyete semptomları ve hafif depresif duygulanım haftalar ya da aylar sürer. Major depresif epizod tedavi edilmezse en az 6 ay ya da daha uzun sürer. Çoğu olguda semptomlar tam bir remisyona girer ve işlevsellik hastalık öncesi döneme döner. Fakat %20 ile 30 olguda major tanı ölçütleri tam karşılanmaz kimi depresif semptomlar aylar ya da yıllar sürebilir. Bu durum işlevsellikte bozulma, yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir. %5 olguda bu durum 2 yıl ya da üzerinde sürebilir bu duruma kronik major depresyon ismi verilir. Önceki epizod sayısı daha sonra ki epizod riski açısından bilgi verebilir. Yapılan çalışmalara göre bir epizod geçiren bir kişi ikinci bir epizod geçirme riski %50; 2 epizodda %70; 3 epizodda %90 bulunmuştur. Doğal izlem çalışmaları, majör depresyon tanısı konduktan 1 yıl sonra bu kişilerin %40'ında halen daha depresyonun tanı ölçülerini tam karşıladığını %20 si kısmen karşıladığını %40 tam düzelme olduğunu göstermiştir (4,5)

MAJOR DEPRESYONDA TEDAVİ :

PSİKOTERAPÖTİK YAKLAŞIM:

Terapistin hastadan eş zamanlı olarak bilgi edindiği ve hastanın güvenini kazandığı, destekleyici bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi depresyon tedavisinin önemli ve ayrılmaz bir parçasıdır. Hastanın kendisiyle ilgili ya da başkalarıyla ilgili yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olma, hastaya hastalığı ve belirtileriyle ilgili yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olma hastalığı ve tedavisi ile ilgili açıklayıcı bilgiler verme, iş ve sosyal hayatındaki güçlüklerde başa çıkma yollarını bulma, hastalık döneminde önemli kararları almasını önleme önemlidir.

Bilinç dışı çatışma bilinç alanına gelmedikçe, dolayısı ile benliğin denetimine geçmedikçe depresyona neden olabilecek süreçlerin süreceğini öne sürer. Bu çatışma içgörü yoluyla bilinçli kılındığında ve benliğin denetimine girdikçe çatışma ile başedilebilir ve çözülebilir. Destekleyici ve yorumlayıcı bir ilişki hem içgörü kazandırır hem de üstesinden gelme becerisini artırır. Daha destekleyici şekliyle psikodinamik yaklaşım süregiden belirtileri yatıştırmak, ikincil kazançları azaltmak, hastanın yaşam koşullarına uyum sağlamasına yardımcı olmak amaçlarını güder.

FARMAKOTERAPÖTİK YAKLAŞIM:

1950'lerin sonlarına doğru imipraminin bulunması depresyonun medikal tedavisinde çığır açmıştır. Peşisıra klomipramin ve amitriptilin kullanıma girmiştir. Bu ilaçların genelde 10-25 mg dozları ile başlanıp 150 mg ortalama antidepresan dozuna çıkılır ortalama 2-3 haftada etkinlik göstermesi beklenir. Bu grup ilaçlara trisiklik anti depresan adı verilir. Trisiklik ilaçlar etkin olmakla birlikte anti histaminik, anti muskarinik ve anti alfa adrenerjik etkiler özellikle yaşlılarda kullanımı kısıtlamaktadır.

Bu grup ilaçlardan sonra heterosiklikler, SSRI denen serotonin geri alım inhibitörleri ve geri dönüşümlü MAO inhibitörleri daha sonrasında da reseptörlere daha spesifik olan serotonin -noradrenalin geri alım inhibitörleri, noradrenalin- spesifik serotonin geri alım inhibitörleri kullanıma girmiştir.

Bu tedavilerden yararlanmayan dirençli özellikle intihara meyilli olgularda elektrokonvülsif terapi kullanılabilir (4,5).

ÜLSERATİF KOLİT :

Ülseratif kolit hastalığı Franz Alexander tarafından da tariflendiği gibi günümüzde de psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ülseratif kolit hastalığının doğasını ve hastaların özelliklerini anlayabilmek için, psikosomatik tıp kavramı ve hastalığın psikosomatik yönünün anlaşılması önemlidir.

Psikosomatik Tıp, hastalık ve sağlığın biyolojik, ruhsal ve toplumsal kökenlerini ve bunlar arasındaki etkileşimlerin incelenmesini amaçlayan, uygulamada tümcü görüşü benimseyen bir yaklaşım biçimi olarak tanımlanabilir. Buradan anlaşılan ruhsal, biyolojik ve çevresel etkiler aynı anda hastalığın oluşmasına katkıda bulunduğudur.

Psikosomatik teriminin kullanımı 1800'lü yılların başına rastlansa da, aslında tarih öncesinden beri ilkel topluluklarda, beden ve ruh arasında bir ilişkinin olduğu biliniyordu. Hastalıkların kötü ruhlar tarafından oluşturulduğu zannediliyordu. Milattan önceki yüzyıllarda da çeşitli uygarlıklar tarafından insan, her yönüyle psikosomatik bir anlayış içinde düşünülmüştür (40,41).

Psikosomatik terimi ilk kez, 1818 yılında Heinroth ve Bucknil tarafından kullanılmıştır (40). Ancak psikosomatik alanındaki ilk çalışmalar Freud ile başlamıştır. Freud, psikoanalitik yaklaşımlarda bulunmuştur. Bu alandaki diğer bir büyük atılım da Franz Alexander tarafından olmuştur. Psikosomatik hastalıklarda bilinçdışı özel çatışmaların etkinliğini belirtmiştir. Lipowski ise, psikofizyolojide tepkileri davranışçı yöntemle yeniden, fakat daha metodolojik ve epidemiyolojik açıdan bakarak tanımlamıştır. Daha sonra psikobiyolojik alandaki çalışmalar ve nesne kayıplarıyla yaşam olaylarının insanların hastalıklara yatkınlığını artırdığının anlaşılması, psikosomatik süreçlerin daha kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesi gereğini ortaya koymuştur (41).

1970'lerde psikosomatik tıp konsültasyon-liyezon psikiyatrisi denen diğer bir alanla yeniden biçimlenmeye başlamıştır. Bu dönemde, psikiyatristler, hastaların fiziksel sorunlarıyla ilgili tepkilerini ve fiziksel hastalıklarını anlamak ve açıklamak için psikoanalitik kavramları kullanmışlardır.

1980'lerde psikosomatik tıp, hastalıkları biyopsikososyal modele dayandırmıştır. 1990 da ise, gelişimsel biyoloji, gelişimsel psikoloji, nörofizyoloji alanındaki yeni gelişmeler ile psikobiyolojik disregülasyon modeline ulaşılmıştır (41).

20 yy başlarında Freud ile başlayan major düşünce akımları dört ana başlık altında incelenecektir.

I. Psikoanalitik Yaklaşım

Sigmound Freud, bu yüzyılın başında psikosomatik modelde konversiyon modelini ortaya koymuş, konversiyonda ruhsal belirleyicilerin etkisini göstermiştir. Freud, psikoanalitik formülasyonunda, paralizi ve körlük gibi konversiyon reaksiyonlarının ortaya çıkmasına neden olan psikolojik faktörlerin rolünü incelemiştir. Konversiyon bozukluğunda bilinçdışı çatışmaların baskılanmasıyla birlikte sembolik bir yer değiştirme ortaya çıkar. Frenlenen fizik enerji, istemli çalışan kaslarda veya sensorimotor innervasyonu olan organlarda çıkış gösterir (40). Glover (1939) ve Mac Alpine (1954), Freud'un psikopatolojide dürtü-çatışma modelini alarak, Alexander tarafından tanımlanmış olan astım bronşiyale, romatoid artrit, esansiyel hipertansiyon, peptik ülser, ülseratif kolit, tirotoksikozis, nörodermatitis olarak bilinen yedi klasik hastalığı açıklamakta kullanmışlardır (41). Dunbar (1936) kişilik profilleriyle bedensel hastalıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmıştır. Aceleci, sabırsız ve yarışmacı özellikleriyle bilinen Tip A kişilik örüntüsü ile koroner hastalığa yatkınlık arasında paralellik saptamıştır (40). Psikoanalitik teori, Alexander'ın çalışmalarıyla en üst seviyeye gelmiştir (1934-1968) (42). Özgül uyarı ve çatışma, kendini genetik olarak belirlenmiş bir organın özgül bir işlevinde gösterebilir. Psikosomatik belirtiler, histeride olduğu gibi, spesifik bir fizik özelliği olmadan, sadece otonom sinir sistemiyle innerve olan organlarda oluşur. Örneğin peptik ülserin nedeni çocukluktaki korunma ve bağımlılık isteklerinin erişkin dönemde de sürmesidir. Bu oral özellikleri taşıyan bireyin engellenmesi hastalığı ortaya çıkarır. Bu engellenme kişide agresyona, bu da gastrik hipersekresyona yol açmaktadır. Affektlerin psikoanalitik teorileri gelişirken, psikosomatik alandaki çalışmalar birçok somatik bozukluğun affektlerle bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Bu affektler, "affekt reprezentasyonu" oluşturma kapasitesindeki noksanlıklar nedeniyle biçimde kalmış duygular ile bağlantılıdır. Fiziksel hastalığı olan kimselerin duygularının kognitif işlemlerindeki eksiklikler ilk kez 1948'de Ruesch tarafından ortaya konmuştur. Nemiah ve Sifneos (1970) "aleksitimi" kavramını incelemiştirler (43). Duyguların kognitif olarak işlenmesinde olabilecek bir başarısızlık, duygusal kabarmanın somatik etkisine ve bunlar üzerine odaklanmayla bağlantılı bilinçli duygudurumlara yol açar. Bunun da hipokondriasis ve somatizasyon

bozukluklarının gelişmesine yol açtığı düşünülebilir. Yeni yapılan bazı araştırmalarda aleksitimik kişilerin strese fizyolojik tepki vermelerinde ve sempatik uyarılmalarında fazlalık olduğu görülmüş, somatik hastalığı olan bireylerde aleksitimi belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur. Wolff'a göre (1977) aleksitimik kişilerin anne veya babaları, çocuklarının duygusal öz-anlatımını ve oyunculuğunu reddeden kişilerdir. Böyle bir çocuk, duygu ve düşüncelerini paylaşma konusunda pekiştirme alamadığı için başkalarıyla duygusuz bir yolla ilişkiye giren bir "sahte-öz" (false-self) geliştirecektir (44).

II. Psikofizyolojik Yaklaşım

Araştırmacılar, çevresel streslerin fiziksel sağlık üzerine olan etkilerini de incelemişlerdir. Dış etkenlerin bireyi etkilemesinde nörofizyolojik, nöroendokrin ve immün sistemin muhtemel bir aracı rolü vardır. Ancak her bireyin psikososyal uyarılardan etkilenme düzeyine kişiliğin gelişim sürecinde edindiği tepki verme tarzı katkıda bulunabilir. Günümüzde ağırlık kazanan "Psikofizyolojik Tepki Verme Özgüllüğü" kavramı, kişinin belli bir uyarana önceden kestirilebilen ve o kişiye özgü ruhsal ve fizyolojik tepkiler vereceği varsayımından hareket eder (45). Cannon (1927), bazı duygularla, fizyolojik reaksiyonların ortaya çıkışında önemli rolü olan otonom sinir sisteminin ilişkisini göstermiştir. Bu görüşün temelinde Pavlov'un davranışsal modeli vardır. Wolf (1943), objektif laboratuvar testleri yaparak, yaşam streslerine fizyolojik cevabı incelemiştir. Eğer bu reaktif fizyolojik değişiklikler sürekli olursa, ilerde yapısal bozukluklar ve hastalıklar gelişir. Wolf, çalışmalarını psikoimmünoloji, psikokardiyoloji, psikonöroendokrinoloji üzerinde yoğunlaştırmıştır. Selye (1945), stres altında genel adaptasyon sendromunun geliştiğini, bundan adrenokortikal hormonların sorumlu olduğunu göstermiştir (46).

III. Sosyokültürel Yaklaşım

Kişilerarası etkileşimin beden sağlığı üzerine etkisi araştırılmıştır. Engel (1950), Schmale (1967), ayrılık ve nesne kayıplarıyla başedemeyen bireylerde hastalığa duyarlılığın arttığı gösterilmiştir. Bu bireyler vazgeçme (giving up/given up) kompleksi geliştirmişlerdir. Bu durum kişide çaresizlik, umutsuzluk yanında fizyolojik olarak ve çekilme tepkisine uymaktadır. Bu tepkiler, otonomik, endokrin ve immün sistemde değişmeyi başlatmaktadır (47). Bowlby'nin (1969), bağlanma (attachment) davranışı

üzerine yaptığı çalışmalardan sonra psikoanalistler ve psikosomatikçiler bebeğin davranışsal ve fizyolojik tepkilerini annesiyle kurulmuş olan güçlü sosyal bağlarının kesilmesiyle oluşan distrese ve seperasyona bağlamışlardır (48). Gelişimsel biyolog Hoffer'e (1983) göre, anne ve bebeği arasındaki ilişkinin sırrı birçok sensorimotor süreçler ve işlemlerde gizlidir. Anne, bebeğin biyolojik yanını, bebeğin kendini denetleyen mekanizmalar olgunlaşınca kadar denetler. Psikoanalitik literatürde bu dış denetleyici benlik olarak tanımlanmaktadır. Bebeğin ayrılma tepkileri basitçe bağlanma bağlarının kırılmasıyla açıklanamaz. Annenin sağladığı biyolojik ve davranışsal denetimin geri çekilmesi, bireyin homeostatik organizasyonunu değiştirebilir. Böylece sonraki yaşamında bireyin tıbbi ve psikiyatrik hastalıklara eğilimi etkilenebilir (49). Anne bebekle zayıf bir uyum içerisinde ise, birlikte olsalar bile süregen kaygılı ve depresif anneler en uygun uyarıyı sağlamayabilirler. Bu da hastalanma riskini artırabilir. Kohut (1977,1984), simbiyotik anne-bebek ilişkisini "self-obje" ünitesi olarak ele alır. Burada anne ve bebek birbirleri için düzenleyici self-objedir. Çocuğun kendilik düzenleyici kapasitelerinin ortaya çıkışı ve olgunlaşmasıyla, geçiş nesnelere giderek annenin yerini almaya başlar. Biyolojik ve ruh sağlığı için iç dünyamızdaki ve dışarıdaki nesnelere tanınması gerekmektedir. Bu yüzden Kohut, self-obje ilişkilerinin yaşam boyunca düzenleyici işlev gördüğünden bahseder (50).

IV. Sistemler Teorisi

Organizma birçok sistemin bir araya gelmesinden oluşur. Bu sistemin en önemli özelliği değişik alt sistemlerle arasında düzenlemeler olmasıdır. Bu yolla en üst kontrol edici merkez olan beyine sürekli geribildirim sağlanmış olur. Yüzlerce nöropeptid bu haberleşmeyi sağlamaktadır. Bu modele göre, sağlıktan hastalığa geçiş, selfregülatuar sistemin geribildirim halkalarının bir parçasında bozukluk olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluk diğer sistemlerle ilişkide olduğu için, somatik belirtilere neden olacaktır. Lipowski (1970), psikosomatik hastalıklara toplu bir yaklaşım sergilemek gereğini belirtmiştir (45). Dış (çevresel, infeksiyöz, kültürel), iç (ruhsal), genetik, somatik, kişisel geçmiş konularının üzerinde çalışması gerektiğini belirtmiştir. Weiner (1989), belirttiği gibi psikobiyolojik disregülasyon modeli, organik ve fonksiyonel tıbbi hastalıkları arasındaki ayrılığı kaldırmaktadır. Birçok hastalık regülasyon bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluklar fiziksel bir rahatsızlıkla bağlantılı olabilir (fibromyalji, irritabl barsak sendromu vb) (51). Grotstein (1986),

geleneksel tıbbi bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklar ayırımını bırakmış ve bunların tümünü psikosomatik olarak değerlendirmiştir (41).

Psikobiyojik disregülasyon kavramı bazı kişilerin neden bazı hastalıklara daha yatkın olduğunu açıklamaya yardımcı olmuştur. Engel (1955), ülseratif kolitli hastalar üzerinde çalışmalarda, hastalığın ortaya çıkışında, bağlanmanın kesintiye uğramasının önemini belirtmiştir (52). Erken bebeklik döneminde ebeveynle ilişkilerdeki kopukluk yaşayan insanlar çevrelerindeki insanlarla self-obje ilişkileri kurarlar. Ancak, bir ayrılma veya obje kaybını takiben hastalık geliştirme yönünden büyük bir duyarlılık içine girerler. Engel, hastanın hayatındaki önemli bir figüre kendine ait bir araçmış gibi dayanarak, dış dünya ile başetmeye çalıştığını belirtmiştir. Başkalarını dış benlikleri gibi kullanmaya çalışırlar. Ammon (1979), bu dış nesnelere benliğin dağılması tehdidine karşı bir dayanak olarak kullanıldığını söylemiştir (53).

Günümüzde yapılan bazı çalışmalar, hastaların bazı davranışlarının ve yaşam anlayışlarının değişmesine paralel olarak bedensel hastalıklarının gerilediğini veya ortadan kalktığını göstermektedir (54).

Psikosomatik tıp alanındaki hızlı gelişmeler kaydedilmiştir. Sonuç olarak, en son geliştirilen psikobiyojik disregülasyon modelinin bu konuda yapılmış en önemli gelişme olduğu vurgulanmalıdır.

Gastrointestinal hastalıkların, psikiyatrik ve tıbbi nedenlerle olan ilişkisine yönelik olarak yapılan çalışmaların geçmişi eskiye dayanır. Peptik ülser ve ülseratif kolit hastalığı psikosomatik hastalıklara iki önemli örnektir. Kişilik özellikleri gibi bazı psikolojik faktörlerin, peptik ülser ve ülseratif kolit hastalığının gelişmesinde primer öneme sahip olduğu düşünülürken, daha önce yapılmış bazı psikosomatik teoriler, bunu doğrulamamıştır.

“Psikosomatik” terimi basitçe akıl-vücut ilişkisini ifade eder. Bu terim doğru olmayarak, fiziksel bir bozukluğun mental bir bozukluktan ileri geldiği şeklinde tanımlanmıştır. Daha doğru olarak ise şöyle ifade edilebilir: Psikosomatik bozukluklar veya sendromlar, bazı kişiliklerde, emosyonel oluşumların rol oynadığı fiziksel bozukluklardır.

Gastrointestinal hastalıklara psikolojik faktörlerin etkisi olduğu görüşü giderek önem kazanmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar sıklıkla gastrointestinal semptomları içeren somatik bazı semptomlara yol açarlar. Gastrointestinal bir bozukluk için yapılan medikasyon, psikiyatrik semptomları ortaya çıkarabilir, psikiyatrik bir bozukluk

nedeniyle yapılan medikasyon da gastrointestinal semptomları ortaya çıkarabilir (19). İki sistem arasındaki bu sıkı etkileşim gastroenterolojist ve konsültasyon psikiyatristleri için önemlidir (4).

19.yy. ortalarında William Baeumont, emosyonel faktörlerin mide fonksiyonlarını direkt olarak etkilediğini rapor etmiştir (22).

Ivan Pavlov, yemeğin görülmesiyle birlikte gastrointestinal sistem salgı aktivitesinde artış olduğunu bulmuştur. Onun bu çalışması, bugün davranışçı tedavide kullanılan modelin temelini oluşturmuştur.

20.yy.'da George Engel, gastrointestinal sistem motilitesinin ve diğer fonksiyonlarının, öfke, depresyon ve anksiyete gibi spesifik duygularla ilişkili olduğunu kaydetmiştir.

Bugün; gastrointestinal fonksiyonların emosyonel durumla olan ilişkisinin, mide ve barsaklardaki birçok hormon ve beyindeki nörotransmitterler aracılığı ile olduğu ve bu olayda korteks, hipotalamik aks ve biyokimyasal maddelerin görev aldığı bilinmektedir (4).

Ülseratif kolit ve psikiyatrik faktörlerin incelendiği çalışmalara bakıldığında genelde birçok teknik kusur olduğu görülür. Yapılan en iyi 7 metodolojik dizaynın sonucuna göre bu iki faktör arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kuşkusuz, her bir hasta için psikiyatrik faktörler, ülseratif kolit gibi hastalıkların belirmesi ve kompleksleşmesinde önemli anahtar rol oynamaktadır (4).

Kişilik olarak bu hastaların, aşırı titiz, düzenli, kararsız, temiz, dakik, onaylayıcı, entelektüel, çekingen oldukları ve özellikle öfkelerini dışa vurmada kendilerini inhibe ettikleri görülmektedir. Ayrıca aşırı duyarlılık göstermektedirler. Başkalarıyla olan ilişkilerinde süreklilik ve kalıcılık vardır. Bu ilişki bebeklikteki anne-çocuk ilişkisine dayanır. Bağımlılık ilişkisi ebeveyn figürünü temsil eden kişilere karşı çok belirgin iken, diğer insanlara karşı sınırlı bir ilişkileri vardır. Ambivalans bu kişilerde tipik olarak saptanır. Bu hastalar, bağlandıkları insanları anne substitütü olarak görüp, onları dış dünyayla başatmak için araç olarak kullanır. Anneleri evin yöneticisi ve kontrolü elinde tutan güçlü kişiler olarak algılanır, babalar ise pasif ve genelde etkisiz insanlardır (5).

Ülseratif kolit hastalarında hayal kırıklığı yaratan figürlere karşı yaşanan düşmanlık ve agresif duyguların bastırılması vardır. Her türlü spesifik olmayan stres hastalığı alevlendirebilir (5).

Franz Alexander'ın ülseratif kolit ile ilgili teorisinin temelinde çatışma vardır. Hastada anne-baba gibi bağımlı olduğu varlıklara karşı olan sorumlulukları yerine getiremeyişinden dolayı olan aşırı öfke vardır. Bu öfke, hastada, diyareye yol açan aşırı parasempatik aktivitenin doğmasına yol açar. Bu durum bir onarım tepkisi olarak yorumlanabilir (5,21)

George Engel, teorisinde, çaresizlik, ümitsizlik, terketme, bırakılma kompleks duygularıyla sonuçlanan patolojik anne-çocuk ilişkisinin önemini vurgulamaktadır(21) Birçok klinisyen George Engel' in nesne ilişkisinin temelinde dayanan bu teorisini diğerlerinden daha doğru bulmaktadır (4).

Grace Wolf, ülseratif kolit hastalarında ilişkilerin yüzeysel olduğunu belirtir. Ayrıca kızgınlıklarını belirtmekten yoksundurlar (6).

Mc Keghey, Gordon, Levine, ciddi fiziksel sorunların, aşırı depresif semptomatoloji ile birlikte olduğunu göstermektedir (23).

Bütün bunlara dayanarak, ülseratif kolit tedavisinde psikoterapinin yeri büyüktür. Bu hastaların psikoterapisinde her şeyden önce ihtiyaç duydukları güvenilir, kalıcı ve affektif sevgi yükü belirgin olan destekleyici ve içgörü kazandırıcı anlayış içerisinde olmak gerekir. Bu hastaların bağımlılık ihtiyaçları, kırılganlıkları ve reddedilmeye karşı duyarlılıkları her zaman dikkate alınmalıdır. Bu nedenle tolere edemeyecekleri yüzleştirmeler yapmak, onlarda diyare ve kanama ataklarının başlamasına neden olabilir (5,25).

Ülseratif kolitli hastalarda kolektomiden sonra hastalık stabilleşir. Bu yüzden psikolojik tedavi özgül yaşam streslerine yöneltilmeli, sorunların gerçek çözümü kendiliğinden olmalıdır. Bu kronik hastalıkların varoluşçu yapısından kaynaklanır. Kronik barsak ağrılarında dolayı depresyona giren hasta, antidepresan tedaviden fayda görür. Günlük aktivitelere dikkatli bir davranışsal odaklanma, uygun diyet alışkanlığını yeniden oluşturur ve yorgunluğu azaltır (6).

Ülseratif kolit hastalarında kolostomiye hastanın uyumu önemli bir sorundur. Hasta dışkılama sistemindeki değişiklik nedeniyle utanma, depresyon ve kızgınlık biçiminde tepki verebilir. Olin'in yaptığı çalışmalarda bu konuda erkeklerin kadınlara göre daha rahat oldukları ve kadınların daha çok utandığı, kolostomiye görmekten kaçındıkları belirtilmiştir. (26) Cerrahi öncesinde kolostomi üzerine terapistin konuşması ve hastanın daha önce operasyon geçiren hastalarla yapacağı görüşmeler faydalı olabilir (24).

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları adı altında Crohn hastalığı ile birlikte sınıflandırılan Ülseratif Kolit; kolonun mukoza ve submukozasını tutan, remisyon ve alevlenmelerle seyreden, kronik, iltihabi bir hastalıdır. Kolon, diffüz ve devamlı olarak yüzeysel bir inflamasyonla sarılmıştır. İnflamasyon genellikle rektum ve rektosigmoid bölgeyi tutar. Distal terminal ilem dışında ince barsaklarda bu durum asla gözlenmez. Ülseratif Kolit ve Crohn hastalıkları kronik ve medikal olarak kesin tedavisi olmayan hastalıklardır (1,2,3). İlk defa 1875 'de Wilks ve Moxon tarafından tarif edilmiş ve diğer paraziter ve infeksiyöz kolitlerden ayırdedilmiştir (3).

Ülseratif Kolit her yaşta oluşabilir, ancak ikinci ve üçüncü dekatlarda belirgin bir pik yapmaktadır (15-35 yaş) (2). Yapılan çalışmalarda Batı Avrupa ve Amerika' da yaklaşık olarak 6-8/100 000 oranında bir insidans saptanmıştır. Yaklaşık 70-150/100 000 oranında ise bir prevalans olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (28).

Bu hastalık en yaygın olarak Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da görülmektedir. Daha az olarak Güney Afrika'daki Avrupalı göçmenler, Avustralya ve Yeni Zelanda'da bulunmaktadır. Tüm etnik gruplarda görülmesine karşın Yahudiler; özellikle Ashkenazi Yahudilerinde 3-6 kat daha fazla rastlanmaktadır. Beyazlarda diğer ırklara oranla daha çok görülmektedir (2). Bir ebeveyninde hastalık bulunan bir çocukta hastalığın oluşma riski % 5'den az iken, her iki ebeveyn de hasta olduğunda bu risk %50'ye çıkmaktadır. Aile ve ikizlerde yapılan çalışmalarda güçlü bir konkordans saptanmıştır (2).

Etyolojisi halen kesin olarak bilinmemekle beraber, özellikle şu muhtemel nedenler arasında durulmaktadır: Ailesel veya Genetik İnfeksiyöz İmmünolojik Psikolojik nedenler (29)

- Ailesel veya Genetik teori: Özellikle beyazlar ve Yahudiler arasında belirgin daha fazla oluşu, hastalığın genetik temeli olabileceği görüşünü uyandırmıştır. HLA-B35, HLA-AW24, HLA-DR2 antijenlerinin pozitifliği ileri sürülse de başka araştırmacılar tarafından destek bulmamıştır (3)
- İnfeksiyöz teori: Hiçbir bakteriyel, fungal veya viral ajan izole edilememişse de, bazı çalışmalarda Pseudomonas'ın bir türüne ait hücre duvarının izole edildiği rapor edilmiştir. Ancak birçok ajanın akut kolite yol açarak Ülseratif Kolittekine benzer belirtiler oluşturduğu unutulmamalıdır (1).
- İmmünolojik teori: Bu teoriyi destekleyen bulgular; Hastalık seyrinde ortaya çıkan extraintestinal manifestasyonların (artrit, perikolanjit gibi), immünkompleksler

aracılığı ile olduğu ve tedavide immüsupressör ajanların etkili olduğudur (1). Hasta serumunda kolon epiteline karşı, E coli gibi bazı ajanlara karşı, lipopolisakkarit veya bir proteine karşı oluşmuş antikorların varlığı gösterilmiştir. Ancak bunlar hastalığa özgü olmamakla birlikte, hastalığın şiddetiyle de korrele olmadığı saptanmıştır (1,3). Ayrıca bu antikorlar fetal kolon epiteline karşı sitotoksik reaksiyon göstermemekte, bu yüzden patogenezdaki rollerine şüphe ile bakılmaktadır(16). Daha yeni olarak hasta serumundaki lenfositlerin, doku kültürlerinde kolon epitel hücrelerine sitotoksik etki gösterdiği bulunmuş, hücresel immünitinin rolü üzerinde durulmaya başlanmıştır(16).

- Psikolojik Faktörler: Ülseratif Kolit hastalarının psikolojik görünümüne bakıldığında, stresin, bu hastalar üzerinde önemli etkileri olduğu görülür. Aile fertlerinden birinin kaybı gibi durumlarla ortaya çıkan major stressör faktörlerin, hastalığın ortaya çıkışıyla veya alevlenmesiyle beraber çok da sık rastlanmadığı görülmüştür. Bu hastaların karakteristik bir kişilik özelliğine sahip olduğu söylenebilir. Özellikle kuşkuculuk ön plandadır. Başka bir bulgu da, kronik bir hastalık olmanın, başlıca bir stressör faktör olduğudur. Öfke, anksiyete ve depresyonun çeşitli dereceleri bu hastalarda görülmektedir. Bütün bu faktörler, hastalığın prognozunda ve tedaviye cevabında önemli rol oynamaktadır. Ancak, etyolojideki rolleri hakkında ortak bir kanaat yoktur (1)

Ülseratif Kolutin karakteristik üç semptomu vardır:

1. Rektal kanama,
2. İshal
3. Karın ağrısı

Rektal kanama ilk ve en sık görülen belirtidir. Ani başlar, kanlı ve mukus şeklindedir. İshal, kolonun daha yaygın tutulduğunun belirtisidir. Bütün semptomlar bir iki ayda gelişir. Noktürnal ishal organik bir hastalığı düşündürmelidir. Dışkılama sayısı günde 30-40' a varabilir. Kramp şeklinde ağrı ile dışkılama hissi mevcuttur. Bu ishahin mekanizması, eksüdasyon ve mukus sekresyonunun artmasıdır. Gerçek dışkı hiç yoktur, buna yalancı ishal (Pseudodiare) denir. Karın ağrısı çok sık rastlanan bir şikayettir. Sinsi başlayan hastalıkta karın ağrısı hiç olmayabilir. Ağrıya dışkılama hissini eklenmesi karakteristiktir ve dışkılama sonrası ağrı hafifler. İlave semptomlar iştahsızlık, şişkinlik,

bulantı, kusma, ateş, halsizlik, kilo kaybı ve epigastriumda gerginliktir. Ağır vakalarda malabsorbsiyon, malnütrisyon, septik ateş, hızlı nabız ve bulantı mevcuttur. Fizik muayenede bazen önemli bir bulgu saptanmaz. Hasta soluk, halsiz ve zayıftır. Batında rebound hassasiyet mevcudiyeti, periton irritasyonunu yani; kolonun seroza tabakasına ulaşmış bir inflamasyonu düşündürür. Deri eklem muayenesinde, önemli ekstra intestinal belirtiler olarak, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum ve artrit saptanabilir. Pretibial ödem, tromboflebit, hipokalsemi ve hipomagnesemiye bağlı tetani bulguları, depresyon ve psikoz, bazen letarji hali görülebilir (3).

Ülseratif Kolit hastalığının seyri sırasında, bu bölgede kanser geliştiği gözlenmiştir. Kanserleşme iki faktöre bağlıdır:

1. Tutulum yeri ve uzunluğu; Çalışmalar, kanser gelişme riskinin pankolit formunda, diğerlerinden fazla olduğunu göstermektedir.
2. Hastalığın süresi; Hastalığın ortaya çıkışından ortalama 8-10 yıl sonra kanser oluşumunun oldukça fazla olduğu rapor edilmiştir (27). Bu yüzden rutin endoskopik muayene ve biyopsi, gelişecek bir kanser olayının erken teşhis ve tedavisinde son derece önem kazanmaktadır (27).

Spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Ancak, anemi, lökositoz ve eritrosit sedimentasyon hızının artışı hastalık aktivitesi ile ilişkili olabilir. Ağır olgularda elektrolit bozuklukları, özellikle hipopotasemi, alkaloz, hipokalsemi, hipomagnesemi, hypoalbuminemi, alkalen fosfataz ve transaminazlarda yükselme görülebilir. Dışkı incelemelerinde bol lökosit ve eritrosit bulunur (3).

Ülseratif Kolutin teşhisi için mutlaka rektoskopi yapılmalı ve biyopsi alınarak incelenmelidir. Hastalık aktivitesinin tayini ve hastalığın tedaviye verdiği cevabın kontrolü için, seri halde rektosigmoidoskopiler yapılmalıdır. Endoskopik incelemede, ödem ve hipereminin derecesi, mukozanın durumu, ülserasyonların görünümü ve hafif bir temasla kanayabilirliği çok karakteristiktir. Direkt batin grafisinde transvers kolonun çapının 5,5-6 cm'yi geçmesi toksik megakolon için çok önemlidir (3). Baryumlu kolon grafisi ve çift kontrast görüntüleme, striktür, pseudopolip veya kanserin gösterilmesinde yardımcı bir metoddur(1).

Ülseratif Kolinin ayırıcı tanısında Şu hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır: Crohn Hastalığı, İskemik Kolit, İnfeksiyöz Kolit, Amebik Kolit ve Pseudomembranöz Kolit (3).

İlk krizin Şiddeti, hastalığın kolondaki lokalizasyonu ve kolondaki uzunluğuna yayılma derecesi, hastalığın aktivitesi, hastanın yaşı, hastalık süresi, komplikasyonların mevcudiyeti, başka sistemik hastalıklarla beraberliği, araya giren stres, ameliyat, enfeksiyon ve gebelik gibi faktörler prognozu etkiler. Hastalık süresi ve yerleşimi, özellikle kanser gelişimiyle yakından ilgilidir. Pankolitli vakalarda, 10 yıllık hastalık süresi sonunda bu risk % 10' un üzerindedir. Yaşla olan ilişkiye gelince, çocuklarda pankolit formu siktir. Erişkinlerde rektosigmoidit formu daha siktir. İnaktif kolitli hastaların 1/3 ünde gebelikle beraber aktivasyon görülür, akut rektosigmoiditli hastaların 2/3 ünde ilk üç ayda hastalık hızla kötüleşir. % 10 unda da spontan abortus görülür (3).

Hastalığın tedavisinde medikal ve cerrahi tedaviler uygulanmaktadır (17).

Medikal tedavide kullanılan asıl ilaçlar antiinflamatuvarlardır. Bunlar arasında en sık Sulfasalazin, Mesalamin ve sistemik antiinflamatuvar olarak da prednison ve ACTH kullanılmaktadır (17).

Cerrahi tedaviler ülseratif kolit hastalarının %25'ine uygulanmaktadır. Majör endikasyonu medikal tedaviye karşı gelişen dirençtir. Total Proktokolektomi ve kalıcı kolostomi uygulanan standart prosedürdür (18).

Hastalığın tedavisinde psikoterapi uygulanmasının önemli yeri vardır. Karşılıklı güven ve iyi bir iletişim içerisinde hekim ile kurulacak bir ilişki, her kronik hastalıkta olduğu gibi prognozda olumlu etki oluşturur. Ülseratif kolit hastalarının çoğunluğu genç insanlardan oluşmaktadır. Bu hastalık onları üretken çağda oldukları yıllar boyunca etkiler. Birçok hasta iyi bir psikiyatrik destek sayesinde bu dönemlerini stabil bir şekilde geçirebilmektedir. Her kronik hastalıkta olduğu gibi, ciddi depresif reaksiyonlarla sıkça karşılaşmaktadır. Ayrıca cerrahi tedavi uygulanmış ve uygulanacak hastaların, emosyonel olarak, onların bu yeni haline uyumları konusunda destek verilmesi önemlidir.

YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi ve niteliği kavramı 1960-1970'li yıllarda sosyal bilimciler, felsefeciler ve politikacıların bu konuyla ilgilenmeye başlamasıyla gelişmiştir (7). Tıpta yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı teknik ilerlemelerden çok, insanca yaklaşımlar ile ilişkilidir. Tıbbi tedaviden memnun kalmayan hasta kitlesinde artış oluşu, kronik hastalıklarda yaşamı ne pahasına olursa olsun uzatma çabalarıyla ilişkilendirilebilir (15).

Bir hastalığının tedavisi ile ilgilenirken, hastanın kendini iyi hissetme, kendi kendine yetebilme ve bir yere ait olma duygusu gibi, insanca gereksinimlerini gözardı etme eğilimi olabilmektedir. Bununla ilk yüzleşen tıp dalı onkoloji olmuştur. Kanser tedavisinde ilerlemeler kaydedildikçe, bu hastaların yaşam kalitesinin nasıl yükseltileceği düşünölmeye başlandı. Çünkü, hasta kemoterapiyi reddederek yaşama süresinin uzaması yerine, kendi saçlarıyla ölmeyi tercih edebiliyordu.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam niteliğini, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde, durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır (9).

Yaşam kalitesine ait sosyal göstergeler araştırılırken, aynı zamanda hastanın kendini nasıl hissettiğinin, yaşam koşullarından bağımsız olduğu ve en az yaşam standartları kadar hastayı etkilediği gösterilmiştir (10). Araştırmalar, tedavinin başarısı konusunda hasta ile hekimin görüşlerinin farklı olabildiğini ortaya koymuştur. Hekim hastanın sağlık durumuyla ilgilenir, tedavi ile hastalık belirtilerini ortadan kaldırmayı ve ilerlemeyi durdurmayı amaçlar. Oysa hasta için iyileşmenin anlamı, kendini daha iyi hissetmek ve günlük hayata eskisi gibi katılabilmektir (8). İyilik hali düzeyi yaşam alanlarından hoşnut olmakla yakından ilişkilidir. Biyolojik ve sosyal gereksinimlerin yeterli olarak karşılanması ile iyilik hali duygusu kişinin yaşamından hoşnut olması ve genel işlevselliğın devamı sağlanmaktadır.

Yaşam niteliğinin üç farklı bileşeni; iyilik hali ve değişik yaşam alanlarında hoşnut olmak, yaşam standartları, sosyal destek gibi çevre koşulları ve sosyal açıdan nesnel işlevselliktir. Her bileşen farklı zaman kesimlerinde etkilidir (7). İyilik hali duygularla yakından ilgilidir. Bu nedenle kolayca değişebilir. Yaşam kalitesinin kısa süredeki değişiklikleri öznel iyilik hali ile denkleştirilmektedir (4). Psikofarmakolojik

uygulamalarla kısa sürede iyilik hali algısında değişim olabilmektedir. Bu nedenle öznel iyilik halinin ilaç tedavilerinin gidişini belirlemede kullanılabileceği öne sürülmüştür (15).

Yaşam kalitesi, insanın kişisel ihtiyaçlarını da içeren geniş bir kavramdır. Bireysel ihtiyaçlar iki grup altında toplanır:

1. Primer ihtiyaçlar: Bu tür gereksinimlerin hayatta biyolojik önemi vardır. Yaşamın idamesi için gereklidirler. Örnek; yeme, içme, cinsellik, dinlenme, güvenlik, ısınma gibi.
2. Sekonder ihtiyaçlar: Bunlar psikososyal gereksinimlerdir, istek ve arzuların tamamını kapsar. Örnek olarak; yeni deneyimlere gereksinim duyma, yaratıcılığın dışı vurumu, çevresel uyarı ile kendilik gelişimi, oyunlar, spor aktiviteleri, sosyal ve bedensel yakınlaşmalardan hoşlanma, iletişim kurma, ilgi-yakınlık duyma ve deneyimlerin paylaşımı gibi. Benlik saygısı, kimliği, amaçları olma, yetenekleri tam olarak kullanabilme, başarı, yeterlilik duygusu, toplumsal kabul görme, takdir edilme isteği, başkalarıyla yardımlaşma ve bunları yapacak zamana sahip olmak, yaşamı hoş ve anlamlı hale getirir (8).

Yaşam niteliğinin belirlenmesinde bireyin hayat görüşü ve değer yargıları önemlidir. Bireysel doyum kişinin öznel iyilik halini belirler. İyilik hali nicelik ve nitelik olarak kişiden kişiye değişir ve aynı kişi için bile her an değişebilmektedir. Öznel iyilik halini belirleyen, birey için önemli olan yaşam alanıdır. Bir kişi için önemli olan onun işi iken, diğeri için yakınlarıyla birlikte olmak olabilir. Aniden hastalanmak, aşık olma, bir haksızlığa uğrama gibi durumlarda iyilik hali birdenbire ve tamamıyla değişebilmektedir (8).

Mutluluğun ve başarının artması her zaman yaşam kalitesinde yükselmeye neden olmaz. Kişinin öznel iyilik algısı, günlük yaşamdaki genel işlevsellik düzeyi ile ilgilidir. Genel işlevsellikle, hastanın günlük görevlerini ve aktivitelerini yapabilirdiği kastedilmektedir. Yaşamdan hoşnut olma ve yeterli genel işlevsellik düzeyi ile öznel iyi olma hali ortaya çıkmaktadır.

Yaşam kalitesi birçok etkene bağımlıdır. Hastalıklar da bu etkenler arasındadır. Her tür hastalık, istek ve arzuların yerine getirilmesini etkiler. Örnek olarak; artritli bir hastanın halen hoşlandığı halde, arkadaş ziyaretleri yapamaması, depresyonlu bir hastanın ise, arkadaş ziyaretlerine gidebilse de birlikteliği sürdürecektir durumda olmayışı

gibi farklı olumsuzluklar ortaya çıkar (8). Hastalıkla ilgilenirken, bireyin özgürlüğünün kısıtlanması ve sosyal destek gözardı edilebilmektedir. "Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi" anlayışı bunu önlemeyi amaçlamaktadır. Bu konuya olan ilginin artmasıyla, kanser, kronik akciğer hastalığı, romatoid artrit gibi, kronik yetilerin yitimine yol açan bedensel hastalıklarda, tedaviyle yaşamın uzatılmasından, tedaviyle yaşam kalitesinin yükseltilmesine doğru kavramsal bir geçiş olmuştur.

Ruhsal Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Tıp alanında yaşam kalitesini konu alan yayınların sayısı hızla artarken, yaşam kalitesi ile yakından ilgisi olan Psikiyatri ise iyilik hali duygusu ile ruhsal belirtilerin ayırım gücü nedeniyle, bu gelişmede arka sıralarda kalmıştır (7).

Psikiyatrik hastalıklarda, duygulanım, bilişim ve gerçekliğin bozulması olmak üzere üç alanda bozulma olmaktadır (10). Yaşam kalitesi açısından en önemlisi, duygulanımda olan bozulmadır. Gerçeklik duygusu bozulduğunda ise, şizofrenide olanın tersine, depresyondaki bir hastada, kendi işlevsellik düzeylerini ve çevreyi olduğundan daha kötü değerlendirme eğilimi vardır (11).

Yirmi yıl önce de psikiyatride, öznel iyilik halinin tanımı ve ölçüm yöntemleri vardı (12). Örneğin; sosyal göstergeler üzerinden, mutluluğun anlamının kişiden kişiye değiştiği gösterilmiştir. Günümüze kadar yaşam kalitesi kavramı değişikliğe uğramış, hem bireyin öznel iyilik halini, memnuniyetini, çevreyle ilişkilerini, hem de işlevsellik durumunu kapsar hale gelmiştir.

Yaşam niteliği yalnızca kişisel standartlara bağlıdır. Bu nedenle bu konuda terapistin tek başına yargıya varması doğru değildir. Bir kişinin yaşam kalitesi düzeyini en iyi yine kendisi belirleyebilmektedir (13).

Sağlık hizmetleri değerlendirilirken, hastalık göstergeleri yanında iyilik halinin de ölçülmesi gerekmektedir (14). Yaşam kalitesinin ölçülebilmesi için öncelikle gereksinimler saptanır, ancak kültürel ortamlarından etkilendiğinden, çok sayıda ve çeşitli olan insan gereksinimlerini belirleme gücü vardır (13). Bu nedenle, yaşam kalitesini değerlendirme amacıyla geliştirilen mevcut ölçekler, hastalardan çok, araştırmacı ve klinisyenlerce önemli bulunan alanları yansıtmaktadır (12).

DEPRESYONDA YAŞAM KALİTESİ

Hastalarda yaşam kalitesinin araştırılması özellikle son yıllarda önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir.1980-1990 yılları arasında bu alanda yapılan araştırma sayısı sadece 6500 iken 1990-1998 yılları arasında 25000 dolayında olduğu görülmektedir (59). Majör depresif bozukluk rekürrens ve relapsları sık olan ve sıklıkla ataklar arasında kalıcı belirtileri olan bir hastalıktır. Yaşam kalitesinin öznel iyi olma hali sosyal rollerde nesnel işlevsellik standart yaşam ve sosyal ilişkiler olmak üzere üç ana özelliği mevcuttur. Bu özelliklerin depresyon durumunda ölçümünde bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Depresyonda, hasta kendini çok kötü hisseder ve öznel iyi olma duygusunda kayıp meydana gelir.

Yaşam kalitesi ölçekleri incelendiğinde depresyon ölçekleri ile aralarında yüksek ölçüde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yine depresyonda özellikle iş ve sosyal rollerde bir bozulma olduğu belirtilse de depresyonda sosyal rollerin ölçümünde sorunlar mevcuttur. Depresyonda sosyal rollerin nesnel algısı olduğundan daha kötüdür ve bazen öznel iyi olma halinin kaybına karşın sosyal rollerdeki nesnel işlevsellik yeterli olabilir. Depresyonda sosyal ilişkilerin kalitesinde de bir bozukluk olduğu saptanmıştır. Bu bozukluğun sıklıkla olduğundan daha kötü algılandığı bildirilmiştir (55).

GEREÇ VE YÖNTEM

Deneklere ait bilgiler:

Birinci grup olarak araştırmaya daha önceden DSM IV tanı kriterlerine göre majör depresyon tanısı alan, testlerin uygulandığı araştırma döneminde ise majör depresyon tanı kriterlerini doldurmayan kısmi yada tam remisyonunda olan hastalar denek olarak ele alındı.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalına başvuran 9 kadın, 6 erkek toplam 15 depresyon hastası değerlendirilmiştir.

İkinci grup olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye ve Gastroenteroloji ölümine başvuran ülseratif kolit hastaları denek olarak ele alındı. 11 kadın, 10 erkek toplam 21 ülseratif kolit hastası değerlendirildi.

Üçüncü grup olarak herhangi bir fiziksel yada psikiyatrik hastalığı olmayan normal sağlıklı kişiler kontrol grubu olarak değerlendirilmeye alındı.

Araştırmaya dahil edilen tüm denekler başlangıçta araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek onayları alınmıştır.

Hastaların ve kontrol grubuna ait demografik veriler Tablo1'de gösterilmiştir.

TABLO 1: GRUPLARI TANITICI BİLGİLER §

	Kontrol	Ülseratif Kolit	Remisyonda Depresyon
Toplam ^a	15	21	15
Erkek	8	10	6
Kadın	7	11	9
Yaş ^b	37.3±15.5	36.2±13.5	38.5±10.8
Eğitim (yıl) ^c	9.5±4.3	10.4±3.3	10.1±4.2
Hastalık Süresi		2.4 yıl	3.8 ay

§: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

^a: Gruplararası cinsiyet dağılımında fark yoktur

$$X^2(2)= 0.540, p>0.05$$

^b: Gruplararası yaş farklılığı yoktur

$$F(2,50)=0.134, p<0.05$$

^c: Gruplararası eğitim farklılığı yoktur

$$F(2,50)=0.265, p<0.05$$

Araştırmanın uygulanması

Araştırmaya katılan 21 ülseratif kolit hastası, 15 remisyonda depresyon hastası, 15 normal kontrol grubu olmak üzere bütün deneklere Depresyonda yaşam kalitesi ölçeği(QLDS), Beck depresyon envanteri (BDE), Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ), Hamilton Anksiyete ölçeği (HAÖ), Durumluk ve Sürekli kaygı envanteri (DSKE) uygulanmıştır

Araştırmaya katılan deneklerden hiçbiri psikoaktif madde kullanım bozukluğu yada kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamamaktaydı.

RUHSAL ÖLÇEKLER

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE):

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (30) Geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir (31). Kendini değerlendirme ölçeğidir. Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi amaçlar (32). ağırlıklı yada hasta bireylere uygulanabilir. Toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içerir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Türkçe için geçerlik güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 verilmiştir.

Test özellikle umutsuzluk, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, bedensel kaygılar ve suçluluk duyguları gibi faktörleri analiz etmektedir(32).

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D):

M.Hamilton tarafından geliştirilmiş B.W. Williams tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür(33) klinsyen tarafından uygulanır. Hastada depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Tanı koydurmaz ancak tedavi sırasında izlemi kolaylaştırır (32). 17 soru içerir 0-4 arasında puanlar almak söz konusudur. Kesme puanı 12 olarak tespit edilmiştir. 12 puan üstü depresyonu belirler. En yüksek 53 puan alınır. Sorular yapılandırılmıştır ancak ek soru mümkündür (32) Türkçe formunun geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (32).

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAÖ):

M Hamilton tarafından geliştirilmiştir (35) Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır (36). Psikopatolojiyi bilen bir görüşmeci tarafından uygulanır. Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 soru içermektedir. Her maddenin puanı 0-4 arasındadır. Ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değerlendirilir. Yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır (32).

Türkiye'de kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılır.

DURUMLUK -SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (DSKE)

C.D. Spielberger ve ark tarafından geliştirilmiştir (37) Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır (38). 14 yaş üstü okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde bilinci yerinde olanlara uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur Test durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmektedir (32).

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı ölçeğinden önce uygulanır. Tekrarlanarak uygulanabilir ve yönergesi ölçeğin verilme amacına göre değiştirilebilir (32).

Puanlamada doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları ifade ederken ters ifadelerde 1 değerinde olanlar 4'e, 4 değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Maddeler) tersine çevrilmiş ifade bulunur. Puanlama yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve 50 sabit değeri eklenir (32).

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçek durumluk kaygı envanteri gibi 20 maddeyi içerir. 7 adet tersine çevrilmiş ifade vardır (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) Puanlamada doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılarak 35 sabit sayısı ilave edilir (32).

Testlerin güvenilirliği geçerliği çalışmaları yapılmıştır (32).

DEPRESYONDA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (OLDS)

Birçok bilim adamı yaşam kalitesinin önemini bilmekte ve depresyon hastalarında yaşam kalitesinin ölçümü ile, bu hastaların şikayetlerini belirleme ve tedavinin daha iyi bir şekilde yapılabilmesini sağlamada yardımcı olacağını belirtmektedir. Ayrıca böyle bir ölçüm, iletişimde olan azalma, üretimde düşme gibi, hastalığın neden olduğu sonuçların daha doğru ve objektif olarak saptanmasına izin verir.

İdeal bir ölçekte şu özellikler bulunmalıdır:

1. Hasta bu skalayı kendi kendine uygular.
2. Kişinin kendini tam olarak tanıtan soruları geniş bir şekilde içermelidir: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek gibi.
3. Skala hasta tarafından, kendini doğru olarak tanımlayan şekilde, samimi olarak doldurulmalıdır.
4. Gerçekçi olmalıdır.
5. Geçerli olmalıdır.
6. Tedavi ile birlikte kısa sürede olan değişiklikleri değerlendirmede etkili olmalıdır.

QLSD bu alanda yapılan geniş kapsamlı ve önemli bir skaladır (8).

S HUNT ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen bir ölçektir. Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Evet-hayır yada doğru -yanlış şeklinde yanıt verilir. Puanlamada 0 yada 1 puanı verilerek toplam puan hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-34 arasında değişir. Belirli bir kesme puanı hesaplanmamıştır ancak yüksek puan yaşam kalitesinde düşmeyi ifade eder ve depresyonun şiddeti ile orantılıdır. Geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (39).

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Gruplar arası farklar tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Post hoc yöntem olarak Scheffe prosedürü uygulanmıştır. Cinsiyetin etkisi için ise 2. yönlü varyans analizi ile test edilmiştir.

YÖNTEM

Denekler

Deneklere ilişkin tanıtıcı bilgiler Tablo 1' de verilmiştir.

İstatistiksel Değerlendirme

Gruplar arası farklar tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Post hoc yöntem olarak Scheffe prosedürü uygulanmıştır. Cinsiyetin etkisi için ise 2 yönlü varyans analizi ile test edilmiştir.

BULGULAR

Görüşme Ölçekleri (Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri)

Gruplarda görüşme ölçeklerinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 2). Remisyonda depresyon grubunda Hamilton depresyon ölçeğindeki değerler 1-12 arasında yer almaktadır ve klinik olarak görüşme anında depresyonu yoktu

TABLO 2: GRUPLARIN GÖRÜŞME ÖLÇEKLERİNDEKİ DEĞERLERİ ^s

	Kontrol	Ülseratif Kolit	Remisyonda Depresyon
HAD ^a	3.8±3.0	7.1±9.3	5.9±3.6
HAÖ ^b	3.1±2.8	7.4±7.6	7.6±4.9

^s: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

HAD ve HAÖ: Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçeği

^a: Gruplar arasında fark yoktur [F(2,50)=1.139, p<0.05]

^b: Gruplar arasında fark yoktur [F(2,50)=3.04, p<0.05]

Özbildirim Ölçekleri (Beck Depresyon ve Depresyonda Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Beck Depresyon Ölçeğinde gruplar arasında fark vardır (Tablo 3). Ülseratif Kolit ve Remisyonda Depresyon hastaları kontrole göre kendilerini daha olumsuz algılamakla birlikte Scheffe prosedürüne göre bu fark sadece Ülseratif kolit'li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde belirgindir. Depresif hastalar belirti algılayışı kontrole yakındır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinde de gruplar arasında fark vardır (Tablo 3). Ülseratif Kolit ve Remisyonda Depresyon hastaları kontrole göre kendilerini daha olumsuz algılamaktadır. Scheffe prosedürüne göre bu fark Remisyonda Depresyon hastaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde belirgindir. Depresif hastalar daha az belirti algılamakla birlikte yaşam kalitesini daha bozuk olarak algılamaktadır.

TABLO 3: GRUPLARIN ÖZBİLDİRİM ÖLÇEKLERİNDEKİ DEPRESYON ve YAŞAM KALİTESİ DEĞERLERİ [§]

	Kontrol	Ülseratif Kolit	Remisyonda Depresyon
BDÖ ^a	4.1±3.5	11.8±10.4	8.4±4.5
QLDS ^b	5.5±3.2	9.0±7.5	10.7±3.9

[§]: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; QLDS: Depresyonda Yaşam Kalitesi Ölçeği

^a: Gruplarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır

[F(2,50)=4.839, p<0.02], Farklılık Scheffe prosedürüne göre Ülseratif kolit ile kontrol grubu arasındadır (p<0.02).

^b: Gruplarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır

[F(2,50)=3.344, p<0.05], Farklılık Scheffe prosedürüne göre Remisyonda Depresyon ile kontrol grubu arasındadır (p=0.05).

Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçekleri

Kaygı ölçeklerinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4). Remisyonda depresyon hastaları her iki kaygı düzeyleri belirgin olarak yüksektir. Ülseratif kolit tanısı alan hastalarda ise sadece sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur.

TABLO 4: GRUPLARIN ÖZBİLDİRİM ÖLÇEKLERİNDEKİ KAYGI DEĞERLERİ [§]

	Kontrol	Ülseratif Kolit	Remisyonda Depresyon
DKE ^a	32.1±7.6	37.6±10.4	44.9±10.1
SKE ^b	35.9±4.4	43.0±8.7	46.3±8.7

[§]: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

DKE ve SKE: Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

- ^a: Gruplarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır [F(2,50)=6.732, p<0.005], Farklılık Scheffe prosedürüne göre Remisyonda Depresyon ile kontrol grubu arasındadır (p<0.005).
- ^b: Gruplarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır [F(2,50)=7.329, p<0.005], Farklılık Scheffe prosedürüne göre Kontrol Grubu ile Remisyonda Depresyon (p<0.005) ve Ülseratif kolit (p<0.05) grupları arasındadır.

Cinsiyetin Etkisi

Cinsiyetin etkisi için gruplar ve cinsiyet ele alınarak yapılan 2 yönlü varyans analizi sonucunda cinsiyetin ve grup X cinsiyet etkileşiminin anlamlı olmadığı gözlenmektedir (Tablo 5). Ancak yaşam kalitesi ölçeğinde daha önce bulunan farklılığın daha silik olduğu görülmektedir.

	Grup Etkisi		Cinsiyet Etkisi		Grup X Cinsiyet Etkileşimi		
Çok Değişken Analizi	Wilk's λ	0,502	0,867		0,647		
	F	2,738	1,026		1,620		
	p	0,004	0,423		0,103		
Tek Değişken Analizi	F (2,51)	p	F (1,51)	p	F (2,51)	p	
	HAD	1,032	0,365	0,049	0,825	0,164	0,850
	HAO	2,944	0,063	0,082	0,775	0,740	0,483
	QLDS	3,021	0,059	0,344	0,560	1,497	0,235
	BDO	4,743	0,014	0,646	0,426	0,469	0,629
	DKE	6,488	0,003	0,904	0,347	1,477	0,239
	SKE	6,952	0,002	0,038	0,846	0,369	0,693

§: 2 Yönlü (Grup ve Cins) Varyans Analizi, Koyu değerler anlamlı p değerlerini vurgulamaktadır
HAD ve HAO: Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçeği; BDO: Beck Depresyon Ölçeği;
QLDS: Depresyonda Yaşam Kalitesi Ölçeği; DKE ve SKE: Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri

TARTIŞMA

Bu çalışmada hem remisyonda depresyon hastalarında hem de ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinde kötüleşme olduğu ve bu kötüleşmenin depresyon hastalarında daha belirgin olduğu saptanmıştır. Daha önce yapılan birçok araştırmada da yaşam kalitesinin bozulduğuna dair bulgular vardır (57,60,61,62,63) Soetre'nin yaptığı bir çalışmada miyokard infarktüsü gibi ciddi bir tıbbi hastalıkla ve hipertansiyon gibi görece daha hafif bir rahatsızlıkla karşılaştırıldığında depresyonun ruh sağlığı, rol işlevselliği ve sosyal işlevsellik başta olmak üzere yaşam kalitesini daha kötü yönde etkilediğini saptamıştır (57)

Depresyonda ortaya çıkan üzüntü, suçluluk duygusu, pişmanlık, içe kapanma, zevk alamama, beraberinde uykuda ve iştahta bozulma görülmesi, cinsel hayata ve mensturasyona ilişkin problemler nedeniyle depresyonda yaşam kalitesinde kötüleşme normal karşılanabilir; fakat bizim çalışmamızda klinisyence uygulanan Hamilton depresyon ölçeğine göre ve klinik olarak hastalarda depresyon olmamasına rağmen, depresyon tanısı konduktan ortalama 18 hafta sonra ve hastalar antidepresan bir ilaç kullanmakta iken bu hastalarda yaşam kalitesindeki bozukluğun devam etmesi önemlidir. E Brilman ve von der Brink'in Hollanda da pratisyen hekimler arasında yaptıkları bir çalışmada depresyonla ilintili yaşam kalitesini araştırmışlar ve hastalığın şiddeti ile yaşam kalitesinin doğru orantılı olarak bozulduğunu görmüşler; 42 aylık takip çalışmasından sonra hastaların tekrar değerlendirilmesinde sosyal ve meslek rollerindeki bozukluğun devam ettiği özellikle depresyon ve anksiyetenin bir arada olması durumunda yaşam kalitesinin daha da bozulduğunu görmüşlerdir (58). Aynı şekilde Barge, ve Nicoson 21 depresyon hastasının tedaviden 6 hafta sonra yaşam kalitesi değerlendirmişler Hamilton depresyon skalasından 7'nin altında değer alan 12 kişinin daha yüksek değerler alan 9 kişiye göre yaşam kalitesinde düzelme görmekte beraber yine de yaşam kalitesinde tam bir düzelme olmadığını görmüşlerdir (64). Bu çalışma sonuçları bizim bulgularımızla uyumludur.

Major depresyona benzer şekilde relaps ve remisyonlarla seyreden ve uzun süre ilaç kullanımı gereken ülseratif kolit hastalarında da kontrol grubuna göre yaşam kalitesinde bozulmalar olduğu görülmüştür. Ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği birçok araştırma mevcuttur (65,66,67,68,69,70) Yapılan araştırmalarda genellikle ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinin bozulmuş olduğu görülmüştür. Bu bozulmanın genellikle hastalığın şiddeti ile korelasyon gösterdiği anlaşılmıştır. Yaşam kalitesindeki bozulmaya neden olan asıl faktörün gastrointestinal ve sistemik belirtiler gibi fiziksel belirtilerin değil psikolojik stresör faktörlerin sebep olduğu ifade edilmiştir (65,67,69,70). Fransa'da Colombel ve Marquis 'in yaptığı bir araştırmada 96 ülseratif kolit hastasında yaşam kalitesini araştırmışlar, bu hastalarda özellikle enerji azalması, ağrı, hastalığın seyrindeki belirsizlik, cerrahi operasyon beklentisi ve kanser riskinin oluşturduğu stresin hastalardaki yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler olduğunu bildirmiştir (65). Mitchell ve ark 'nın Kanada'da 43 ülseratif kolit hastasını incelediği çalışmada benzer şekilde ameliyat olma korkusu ve kanser riskinin hastalar üzerinde önemli bir stres oluşturduğunu ve bu durumun yaşam kalitesini bozduğunu ifade etmiştir (67) Aynı şekilde Casellas ve ark'nın yaptığı çalışmada ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesini asıl belirleyici faktörün kişileri beklentileri, kişilik yapıları, hastalığa ilişkin endişeleri olduğunu bildirmişlerdir (69)

Bizim çalışmamızın sonuçları da tüm bu çalışmalarda belirtildiği gibi ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinin bozulduğu görüşünü destekler niteliktedir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde daha az oranda olmakla birlikte ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinin çok bozulmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (71,72,73). Strom ve ark 'nın İsveç'te yaptıkları bir çalışmada 211 ülseratif kolit hastasını değerlendirmişler, hastalığın şiddeti ile yaşam kalitesinin tam bir korelasyon göstermediğini ifade etmişlerdi (71) Benzer şekilde Danimarka'da Binder' in yaptığı bir araştırmada, ülseratif kolit hastalarında sosyal aktiviteler, evlilik ve iş hayatı, boş zaman aktiviteleri gibi yaşam kalitesine ilişkin özelliklerin bozulmadığını bildirmiştir (72) Mac.Phe ve ark 'nın 12-18 yaş adölesanlarda yaptıkları çalışmada, bu yaş grubu ülseratif kolit hastalarında yaşam kalitesinin çok bozulmadığını tespit etmişler, bu durumun ailesel destek sisteminin kuvvetli olması ve güven verici ortamın sağlanması ile ilişkili olabileceği sonucuna varmışlardır (73) Literatürdeki bu çelişkili durumlar hastaların sosyal şartları ile ilişkili gibi görünmektedir Gerek Danimarka gerekse İsveç'te yapılan çalışmalarda bu ülkelerin destek sistemlerinin çok

kuvvetli olması, güven verici ortamın sağlanması, hastalara durumları ile ilgili yeterli bilgilerin verilmesiyle hastalar daha az psikolojik stres yaşamış ve bu durum yaşam kalitesini daha az etkilemiş olabilir. Aynı şekilde adölesanlarda destek sisteminin kuvvetli olması ve güvenli ortamın kurulması ile yaşam kalitesinde fazla bozulma olmadığını gösteren Mac Phe ve ark.'nın yaptığı çalışma da bu görüşü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada majör depresyon hastalarının yaşam kalitesindeki bozulmanın klinik olarak depresif semptomların gözlenmediği remisyon döneminde de devam ettiğinin görülmesi önemlidir; ayrıca bu bozukluğun majör depresyon gibi hastalığın seyrinde relaps ve remisyon görülen kronik seyirli ülseratif kolit hastalarının yaşam kalitesinden daha çok bozulmuş olması dikkate değerdir. Ülseratif kolit hastalarında ağrı, kanama gibi gastrointestinal semptomlar; sistemik komplikasyonlar; hastalığın seyrinin belirsizliği, cerrahi operasyon ve kanserleşme riski, bunların getirdiği stres, endişe ve korku nedeniyle genellikle yaşam kalitesinde bozulmanın görülmesi doğal karşılanabilir. Majör depresyon hastalarının akut dönemden sonra, klinikçe depresif semptomların çok azaldığı yada görülmediği remisyon döneminde bu şekilde yaşam kalitesinin ülseratif kolit hastalarından daha bozuk olduğunun görülmesi majör depresyonun sanılandan daha ağır bir rahatsızlık olduğunu düşündürmektedir. Majör depresyon hastalarının remisyon döneminde sosyal-mesleki-ailesel ilişkilerini tekrar kurma, kendine bakım, boş zaman aktivitelerinden zevk alma gibi yaşam kalitesini belirleyen unsurlara hemen depresif şikayetlerin azalmasıyla kavuşamadıkları, yaşam kalitesindeki düzelmenin zaman aldığı anlaşılmaktadır. Bu durum da majör depresyon hastalarının farmakoterapi ile birlikte sosyal hayatına yönelik davranışçı yaklaşımların ve destekleyici psikoterapotik yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada remisyonunda depresyon hastaları ve ülseratif kolit hastaları anksiyete ve durumluk, sürekli kaygı yönünden de değerlendirilmişlerdir. Remisyonunda depresyon hastalarında klinisyence uygulanan ve hastalarda anksiyete varlığını araştıran Hamilton Anksiyete ölçeği uygulandığında klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete saptanmamıştır. Majör depresyon hastalarında akut dönemde anksiyete görülme oranının %90 düzeyinde olduğu bilinmektedir (4,5). Bizim çalışma gurubumuzda depresyon hastalarına akut dönemden ortalama 16 hafta sonra hastalar remisyonunda iken klinisyence anksiyete yönünden değerlendirilmiş ve hastalarda klinik yönden anksiyete tespit edilmemiştir. Fakat hastalara kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirebilmek

için özbildirim ölçeklerinden Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği uygulandığında hastaların hem durumluk kaygı, hem de sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, hastaların kaygılarının devam ettiği görülmüştür "Trait anksiyete" kavramı Türkçe'ye sürekli kaygı olarak çevrilmiştir ve bu şekliyle kullanılmaktadır. "Trait" kavramı süreklilikle birlikte yapısallığı, kişilerin genel davranışlarını, tutum ve mizacı da ortaya koyan bir kavramdır. Handerson'un depresyona yatkınlaştırıcı karakter eğilimini araştırdığı bir çalışmada depresyon hastalarının genelde kaygılı, karamsar, kendine güvende yetersizlikleri olan ve obsesif eğilimleri olan kişiler olduklarını belirtmiştir (74). Öte yandan Hirschfeld ve ark., hiç hastalanmamış kişiler ile depresyona ilk kez yakalanan kişileri karşılaştırdığı bir çalışmada depresyona giren kişilerin içe dönük, obsesif uğraşları olan, esneklik duygusal güç ve esneklik göstermede yetersiz, genellikle kaygılı olan kişiler olduklarını bildirmiştir (75). Aynı araştırmacının yaptığı daha yeni bir çalışmada ise 17-30 yaş arası bireylerle 31-41 yaş arası bireyleri karşılaştırmış; 31-41 yaş arası bireylerin azalmış duygusal güçlüğüne bağlı olarak daha kaygılı, nörotik, çekingen, pasiflik ve bağımlılık özellikleri gösterdiğini ifade etmiştir (76). bütün bu bulgular Otto Kernberg'in Depresif-mazohistik kişilik olarak tanımladığı (77) ve özelliklerini aşırı baskıcı, mizah duygusu azalmış, aşırı eleştirel, bağımlı, sıkıntılı, huzursuz bireyler olarak belirttiği kişilik özellikleriyle de belirli oranda örtüşmektedir.

Çalışmamızda majör depresyonlu hastalarda sürekli kaygının yanı sıra durumluk kaygının da devam ediyor olduğunun gösterilmesi, majör depresyon hastalarının remisyon döneminde de klinik olarak belirgin olmasa da kendilerini kaygılı, sıkıntılı algıladıklarını göstermiştir. Bu çalışmada ülseratif kolit hastalarında durumluk kaygının olmayıp remisyonunda depresyon hastalarında bulunması da majör depresyon hastalığının bu bakımdan da düşünülenenden daha ağır bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir.

Ülseratif kolit hastalarında kaygı varlığını araştırmak üzere ölçekler uygulandığında klinik düzeyde kaygı tespit edilmemiştir. Hastalara özbildirim ölçeği olarak Durumluk - Sürekli kaygı ölçeği uygulandığında hastaların durumluk kaygı göstermedikleri ancak sürekli kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ülseratif kolit hastalarının genellikle yapısal olarak kaygılı, anksiyete eşikleri düşük, çabuk etkilenen, içe kapanık, alıngan, öfkelerini inhibe eden bireyler olduğu bildirilmiştir (4,5).

Grace Wolf ülseratif kolit hastalarının ilişkilerinde yüzeysellik yaşayan, içe kapanık, kızgınlıklarını içlerine atan, genel olarak kaygılı bireyler olduklarını ifade etmiştir (6) Psikosomatik tıbbın öncülerinden sayılan Franz Alexander da ülseratif kolit

hastalarının genellikle öfkeli, sıkıntılı, huzursuz bireyler olduğunu bildirmiştir. Alexander, öfke ve sıkıntının temelinde bu hastaların, çocukluk yaşlarında anne-baba ya karşı sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük duydukları bunun sonucu olarak öfke ve sıkıntıyı bastırma çabalarının olduğunu ifade eder (21). Son yapılan çalışmalarda ise literatürde farklı görüşler savunulmakla birlikte genellikle hastaların kaygılı yapıda bireyler olduğu ifade edilmektedir (78,79,80,81,82,83).

Porcelli 34 ülseratif kolit hastasına uyguladığı Roarschach testinde hastaların kaygılı ve öfkelerini bastıran kişiler olduğunu bulmuştur (83). Gathman ve ark.'da MMPI (Minosota Çok Yönlü Kişilik Envanter) gibi kişilik testleri uyguladıklarında, hastaların içe kapanık, hassas, nörotik özellikler gösteren kaygılı bireyler olduklarını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızın sonuçlarında da hastaların sürekli kaygı ölçeğinden yüksek puan aldıkları genelde kaygılı bireyler olduğu bulunmuştur ve bu bildirilen çalışmaları destekler niteliktedir. Literatürde bu görüşe uymayan bazı çalışmalar da yayınlanmıştır (84).

Adolarato ve ark. 36 ülseratif kolit hastasını sağlıklı kontroller ile karşılaştırdıkları çalışmada hastalarda durumluk kaygı görüldüğünü fakat sürekli kaygılarının olmadığını tespit etmişlerdir. Bu şekilde ülseratif kolit hastalarının sürekli kaygı göstermediğini bildiren çalışmalar azınlıktadır ve genel olarak hastaların kaygılı, hassas, alıngan, öfkelerini inhibe eden kişiler olduğu kabul edilmektedir. Adolarato ve ark.'nın bildirdiği şekilde durumluk kaygının yüksek bulunduğunu bildirir literatür çalışmaları vardır (80,82,85). Magni ve Bernasconi 50 ülseratif kolit hastası üzerinde STAI ölçeği uyguladığında hastaların sürekli kaygı göstermekle birlikte durumluk kaygı da gösterdiğini bulmuşlardır (80). Tocchi ve ark. da 120 ülseratif kolit hastasını değerlendirdikleri çalışmada hem sürekli hem de durumluk kaygı gösterdiklerini saptamışlardır (82). Aynı şekilde Porcelli ve ark.'da 150 hastayı değerlendirdikleri çalışmada hastalığın şiddeti arttıkça anksiyetelerinin arttığını ve kendilerini daha kaygılı hissettiklerini ifade etmişlerdir (85). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla çelişiyor gibi görünmektedir. Fakat, ülseratif kolit hastalarının hastalığın yapısı hakkında bilgi sahibi olmamaktan dolayı ve hastalığın belirsizliğinden kaynaklanan durumluk kaygıları olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu konu da Martin Ve Leonne yaptıkları çalışmalarda ülseratif kolit hastalarının klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete yaşadıklarını ve durumluk kaygı düzeylerinin de yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Hastaların %62 si rahatsızlıkları ile ilgili bilgilerinin

olmadığını ifade etmişlerdir. Bu kişilere hastalıklarının yapısı, seyri ve tedavisi hakkında bilgi verilince kaygı düzeylerinde belirgin azalma tespit edilmiştir (86). aynı şekilde Schavartz' ın yaptığı bir çalışmada hastalara eğitim verilmesinin, kas gevşeme egzersizleri gibi davranışçı metodların uygulanmasının hastaların yaşadığı kaygıyı büyük oranda azalttığı bildirilmiştir (87)

Bizim yaptığımız çalışmada da ülseratif kolit hastalarının hastalık süreleri ortalama 28 ay idi ve hastalıkları hakkında genel olarak yeterli bilgiye sahiptirler ve hastalarda durumluk kaygı değerlerinin kontrol grubuna yakın olması bununla açıklanabilir.

Yapılan bu araştırmada majör depresyon hastaları ve ülseratif kolit hastalarında klinisyence uygulanan Hamilton depresyon ölçeğine göre belirgin düzeyde depresif bulgu saptanmazken, öz bildirim ölçeklerinden Beck depresyon ölçeği uygulandığı zaman hastaların kontrollere göre kendilerini depresif olarak algıladıkları görülmüştür. Araştırma sonuçları majör depresyon hastalarının kendilerini ülseratif kolit hastalarına göre daha az, kontrol grubuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha depresif algıladıklarını göstermiştir. Literatürde ülseratif kolit hastalığında depresif duygulanımı araştıran pek çok çalışma yayınlanmıştır (4,19,23,80,84,88,89,90).

Gastrointestinal fonksiyonların emosyonel durumla olan ilişkisinin, mide ve barsaklardaki pek çok hormon ve beyindeki nörotransmitterler aracılığı ile olduğu ve bu olayda korteks, hipotalamik aks ve biyokimyasal maddelerin görev aldığı bilinmektedir (4). Bu durumda pek çok psikolojik faktörle birlikte depresif duygulanımın da ülseratif kolit gibi hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği görülmektedir (4). Bizim çalışmamızda hastalarda klinik olarak depresyon görülmemekle birlikte kendilerini depresif olarak algıladıkları görülmüş ve bu depresif algılamının remisyondaki majör depresyon hastalarından daha fazla olduğu anlaşılmıştır.

Magni ve Bernesconi, 50 ülseratif kolit hastasını inceledikleri araştırmada hastaların daha çok kaygılı, sıkıntılı olduklarını minör düzeyde depresyon görüldüğünü belirtmişlerdir (80). Adolarato ve ark. da 36 ülseratif kolit hastasında anksiyete ile birlikte depresyon görüldüğünü bu durumun fiziksel morbidite ve malnütrisyonla ilgili olduğunu tespit etmişlerdir (84). North ve Alpers'nun yaptığı araştırmada ise Beck depresyon ölçeği kullanılmış bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların kendilerini depresif algıladıklarını bulmuşlar, fakat bu durumun hastalığın alevlenmesine etkisinin belirgin olmadığını ifade etmişlerdir. Cuntz ve arkadaşlarının 81 ülseratif kolit hastasını

inceledikleri araştırmalarında hastalığın Şiddeti ile depresif yakınmalar arasında tam bir korelasyonun olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların kendilerini algılama Őekillerinin, yaşam tarzlarının, kaygı durumlarının hastalığın gidişinde ve yaşam kalitesinde belirleyici unsurlar olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu görüşleri destekler niteliktedir.

Bu çalışmada majör depresyon hastalarında remisyon döneminde asıl önemli sorunun yaşadıkları kaygı olduğu ve bu kaygının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır. Depresif duygulanımın düzelmesi, klinik anlamda anksiyete görülmemesine rağmen majör depresyon hastalarının önemli ölçüde kendilerini kaygılı algılamaları ilaç tedavisi ile birlikte destekleyici, güven verici ve sürekli bir psikoterapi uygulamasının önemini vurgulamaktadır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, majör depresyon hastalarının sadece hastalığın belirtilerinin şiddetli olarak yaşandığı akut dönemde değil, hastaların ilaç kullanmakta oldukları klinik olarak depresyon ve kaygı yaşamadıkları remisyon döneminde de kendilerini kaygılı ve depresif algıladıkları görülmüştür.

Depresyon hastalarının kendilerini kaygılı ve depresif olarak algılamalarının yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu anlaşılmıştır. Yaşam kalitesindeki bu bozulmanın, ülseratif kolit hastalarından daha fazla olduğu bulunmuştur. Kaygı düzeyi artışı ile yaşam kalitesinde kötüleşme olduğu bulunmuş, depresif algılamının kaygıya göre yaşam kalitesi üzerinde daha az etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların ilaç kullanmakla depresif duygulanım, huzursuzluk, sıkıntı, kaygı gibi sorunların azaldığı; iştah, uyku ve cinsel yaşama ilişkin problemlerin büyük oranda düzeldiği klinik olarak belirgin bir bozukluğun kalmadığı anlaşılmıştır. Hastaların remisyon dönemlerinde klinik olarak belirgin olmamakla birlikte kendilerini kaygılı, depresif algılamalarının devam etmesi ve bu durumun yaşam kalitesini bozması ilaç tedavisinin yanısıra hastalara uygulanan psikoterapilerin önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Psikoterapide hastanın yaşadığı "ruhsal acı"yı anlamaya yönelik empatik yaklaşımlarda bulunmak, hastalığı hakkında yeterli bilgi vermek, destekleyici, güven verici tutum sergilemek, psikososyofizyolojik bir bütün olarak hastayı ele almak yaşadığı kaygıyı azaltabilir.

Psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda gerek majör depresif bozukluk gerekse diğer hastalıkların araştırılmasında, hastalığın akut dönemine ilişkin çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Hastalar sadece akut dönemde değil, hastalık belirtilerinin daha hafif yaşandığı remisyon dönemlerinde de başta yaşam kalitesi olmak üzere önemli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu alanlarda yeni yapılacak çalışmalarda hastaların remisyon dönemleri de değerlendirilmeli, daha kapsamlı ve kontrollü çalışmalara ağırlık verilmelidir.

ÖZET

Bu çalışmada remisyon dönemindeki 15 depresyon hastası ve 21 ülseratif kolit hastası değerlendirildi. Herhangi bir ruhsal yada bedensel rahatsızlığı olmayan 15 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Gruplar arasında yaş, eğitim durumu ve cinsiyet dağılımı yönünden fark yoktu. Hasta ve kontrol grubuyla görüşmeler yapıldı. Hastaların depresyon ve kaygı durumlarını değerlendirmek için hekim tarafından Hamilton depresyon ve anksiyete ölçeği uygulandı. Hastaların kendilerini depresyon ve kaygı yönünden nasıl algıladıklarını değerlendirmek için öz bildirim ölçeklerinden Beck depresyon ölçeği, Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği kullanıldı. Hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde de yine öz bildirim ölçeklerinden Depresyonda Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı.

Depresyon hastalarının ilaç kullandıkları, hekim tarafından klinik düzeyde depresyon ve kaygının tespit edilmediği remisyon döneminde de hastaların kendilerini kaygılı ve depresif algıladıkları görüldü. Kontrol grubu ve ülseratif kolit hastaları ile karşılaştırıldığında depresyon hastalarının kendilerini her iki gruptan daha kaygılı algıladıkları bulundu. Depresif algılama yönünden incelendiğinde ise depresyon hastalarının kendilerini ülseratif kolit hastalarına göre daha az olmakla birlikte kontrol grubuna göre daha fazla depresif algıladıkları tespit edildi.

Hastaların yaşam kalitesi düzeyi özellikle son yıllarda daha çok önem verilen bir konu olmuştur. Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, depresyon ve ülseratif kolit hastalarını yaşam kalitelerinin bozulduğu görüldü. Yaşam kalitesindeki kötüleşme depresyon hastalarında daha belirgindi. Ülseratif kolit hastalarının yaşam kalitesindeki bozulmanın depresyon hastalarından daha az kontrol grubundan daha çok olduğu belirlendi.

Depresyon hastalarının remisyon döneminde klinik düzeyde kaygı ve depresif duygulanım görülmemekle birlikte hastaların kendilerini kaygılı algılamaları ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi hastaların yaşadığı kaygıya dikkat çekmekteydi.

Depresyon hastalarının uygulanan ilaç tedavisi ve psikoterapiler ile klinik düzeyde belirgin rahatsızlıklarının kalmaması fakat kaygının devam etmesi psikoterapide özellikle yaşadığı sıkıntıyı anlamaya yönelik destek verici yaklaşımların önemini göstermekteydi.

Sonuç olarak, hastaların belirtileri şiddetli olarak yaşadıkları akut dönemdeki tedavi yaklaşımlarının daha sonraki dönemlerde de aynı titizlikle devam ettirilmesi, destekleyici, güven verici psikoterapi uygulamaları önemlidir. Hasta hekim arasında güvene dayanan süreklilik arz eden bir terapi ortamının kurulması yaşanan sıkıntı ve kaygıyı azaltabilir ve bu durumda hastaların yaşam kalitelerinin düzelmesinde olumlu etkilere neden olabilir.

KAYNAKLAR

1. Harrison, Inflammatory Bowel Disease: Ulcerative Colitis and Crohn's Disease Chapter:286
2. Cecili, Inflammatory Bowel Disease, Chapter 103.
3. Büyükoztürk K. İç Hastalıkları İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı Cilt 1
4. Kaplan HI (2000), Major Depressive Disorder, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock and Kaplan 7.Edition Cild 2 Chapter 25 .2: 1775-1783
5. Köroğlu E-Güleç C , Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği Cilt 2 1997.
6. Çevik A, Psikosomatik Bozukluklar, Hekimler Yayın Birliği Bölüm 4: 46-55, 1996.
7. Katsching H How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current Opinion Psychiatry 1997; 10: 337-345
8. Quality of Life In Depression Scale H. Tuyman-Qua: Eli Lilly Netherland BV, 1992
9. Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1998 Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, 53-56.
10. Bobes J., Gonzalez MP Quality of Life in mental disorders. West Sussex, Wiley, 1997.
11. Naber D A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology.
12. Katsching H, Freeman H, Sartorius N. Quality of life in mental disorders West Sussex, Wiley, 1997.
13. Sartorius N, Quality of life in mental disorders : A global perspective.

14. Shatzberg AF Nemerof CB. Textbook of psychopharmacology. Washington DC, American Psychiatric Press, 1995.
15. Bary MM. Well-being and life satisfaction as components.
16. Mac Dermott RP, Stenson WF; Alterations of the immune system in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Advimmund* 42:285,1988.
17. Gionchetti P, Campieri M: Medical treatment of ulcerative colitis *Curr Opin Gastroenterol* 12:352,1996.
18. Provencale D et al: Prophylactic colectomy or surveillance for ulcerative colitis, *Gastroenterology* 109:1188,1995.
19. North CS, Alpers DH, Thompson SJ, Spitznagel EL: Gastrointestinal symptoms and psychiatric disorders in the general population. Findings from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project. *Dig Dis Sci* 41:633,1996
20. Engel GL: Studies of ulcerative colitis:3. The nature of the psychological process. *American Journal of Medicine*,19:213-240,1955.
21. Alexander F: *Psychosomatic Medicine*. New York:Norton,1950.
22. Beaumont W: *Experiment and observations on the gastric juice and physiology of digestion*. FP Allen, Plattsbrgh,NY,1983.
23. Mc Kegney FP, Gordon RO, Levine SM: Psychosomatic comparison of patient with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosomatic Medicine*, 32:153-166,1970.
24. Buchanan DC: Group therapy for clinically physically ill patients. *Psychosomatics*, 19:425-431,1978.
25. Hislop IG: Effect of very brief psychotherapy on the irritable bowel syndrome. *Medical Journal of Australia*,2:620-623,1980.
26. Druss RG, O'Connor J, Prudden JF, et al: Psychologic response to colectomy. *Archives of General Psychiatry*,18:53-59,1968.
27. Riddel RH, Goldman H, Ronsahoff DF, et al: Dysplasia in inflammatory bowel disease: Standardised classification with provisional clinical implications. *Human*

Patol 14:931,1983 The outcome of a multispeciality work group on classification and management of dysplasia and cancer in IBD

28. Stenson WF, Mac Dermott RP: Inflammatory Bowel Disease, in Textbook of Gastroenterology, 2nd ed, T Yamada et al (eds). Philadelphia, Lippincott, 1995.
29. Kirsner JB. Chronic inflammatory bowel disease. Etiology and Pathogenesis. Bockus, Gastroenterology, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1985:2093.
30. Beck (1961) An inventory for Measuring Depression Arch Gen Psychiatry 4:561-571.
31. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7-3-13.
32. Köroğlu E, Aydemir Ö, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hyb yayınları 2000.
33. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale Arch Gen. Psychiatr 1978 ;45:742-747.
34. A Akdemir, S. Örsel, İ. Dağ Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(4):251-259.35.
35. Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating Br. J. Med. Psychol 32: 50-55.
36. Yazıcı Mk, Demir B, Tanrıverdi H Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9:114-117.
37. Spielberger , R.L. Gorsuch ve R.F Lushere Manuel for State- Trait Anx Inventory California Consulting Psychologist Press 1970.
38. N. Öner A le Compte Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985
39. Manuel for Quality of life in depression Rating Scale Tuynman H, Mckenna S, Hunt S 1992.

40. Comprehensive Textbook of Psychiatry Sadock & Kaplan 7.Edition Cilt 2 Chapter 25.1 :1765-1775, 2000.
- 41 Psikosomatik Bozukluklar Prof.Dr.A Çevik Hekimler Yayın Birliği Bölüm 1: 7-19, 1996
42. Alexander F: Psychosomatic Medicine: Its Principle and Applications, Norton, New York, 1950.
- 43 Nemiah JC, Freyberg H, Sifneos PE: Alexitimia: A view of the psychosomatic process, in OW Hill (Ed).
- 44 Wolff HG: The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients: 28: 58-67, 1977.
- 45 Lipowski ZI: Psychosomatic Medicine in the seventies: An overview American Journal of Psychiatry, 134: 233-244, 1977.
46. Selye H: The stress of life. New York Mc Graw- Hill, 1966.
47. Engel GL, Schmale AH: Conservation –withdrawal: A primary regulatory process for organismic homeostasis, in physiology, Emotion and psychosomatic illness, Ciba foundation Symposium 8, Elsevier, Amsterdam, 1972, 57-85
- 48 Bowlby J: Attachment and Loss, Volf: Attachment basic books New York, 1969.
- 49 Hoffer MA: The mother-infant interactions a regulator of infant physiology and behavior, in New York, 1983
50. Kohut H: The restoration of the Self, International Universities Press, New York, 1977.
51. Weiner H: Psychobiology and human disease, Elsevier, New York, 1977
52. Engel GL: Studies of ulcerative colitis: III. The nature of the psychologyc process, Am. J. Of Med 19:231-256, 1955
53. Ammon G: Psychoanalysis and Psychosomatics, Springer, New York, 1979

54. Çevik A: Psikosomatik bozukluklar ve A Ü T Fakültesi Psikosomatik serviste uygulamalar Psikosomatik Sempozyum Kitabı. A. Çevik, Ceyhan B.
55. Katsching H: Impact of Depression on quality of life ec. İsrail,1994.
56. Soetre E :Depression impairs quality of life more than ser. Medical conditions .In serotonin spesifiks. 1: 1-3,1994.
57. Ormel J, Oldenhinkel T, Brilman :outcome depression in primary care. A three wave 3 ½ year stud. Psychopathology and disability .Arch Gen Psychiatry 50 :759-766,1993.
58. Wohlfarth TD, van den Brink W, Ormel J ve ark: the relationship between social disfunctioning and psychopathology among primary care attenders.Br J Psychiatry 163:312-317 1993.
59. Hüray Fidaner, Psikiyatride yaşam kalitesi, 3P Dergisi Cilt 7 Ek Sayı:2 1999.
60. Barge D, Nicholson N. Quality of life in depression: daily life determinants and varaibility. Psychiatry Res. 29(33) 173-89, Nov. 99.
61. Mccall WV, Cohen W. ve ark. Effects of mood and age on life in depressed inpatients, J Affect Disord 55(2-3):107-14, Oct. 1999.
62. McCall WV, Reboussin BA ve ark, Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients, J Sleep Res , 9(1):43-8 Mar 2000
63. Souetre E, Martin P ve ark, Ouality of life in depressed patients, Int Clin Psychopharmacol, 11(1):45-52 Mar. 1996
64. Barge DQ, Nicolson NA ve ark, Changes in daily life experience associated with clinical improvement in depression, J Affect Disorders 17;34(2): 139-54, May 1995.
65. Colombel JF, Marquis p ve ark, Quality of life in chronic inflammatory bowel disease, Gastroenterol Clin Biol, 20(12): 1071-7 1996.
66. Martin A, Leone L, Fries W, Naccarato R, Quality of life in inflammatory bowel disease, Italy J Gastroenterol, 27(8): 450-4 Oct-Nov 1995

67. Mitchell A, Guyatt G, Singer J ve ark, Quality of life in patients with inflammatory bowel disease, *J Clin Gastroenterol* 10(3): 306-10 Jun 1998.
68. Irvine EJ, Quality of life in inflammatory bowel disease: biases and other factors affecting scores, *Scand J Gastroenterol Suppl* 208:136-40 1995.
69. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Vergara M, Impact of inflammatory bowel disease on health-related quality of life. *Dig Dis* 17(4): 208-28 1999.
70. Turnbull GK, Vallis TM, Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *Am J Gastroenterol* 90(9): 1450-4 Sep 1995.
71. Strom M, Almer S, Hjortswang H, The network: a strategy to describe the relationship between quality of life and disease activity, *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 11(10):1099-104 Oct 1999.
72. Binder V, Prognosis and quality of life in patients with ulcerative colitis, *Int Disable Stud* 10(4):172-4 1988.
73. MacPhee M, Hoffenberg EJ, Feranchak A, Quality of life factors in adolescent inflammatory bowel disease, *Inflamm Bowel Dis*, 4(1):6-11 Feb 1998.
74. Handerson AS, The social psychiatry of later life, *Br J Psychiatry*, 156:645-653 1990
75. Hirschfeld RM, Klerman GL, Clayton Pj ve ark, Personality and depression: empirical Findings, 40:993-998 1983.
76. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P ve ark, Premorbid personality assessment of first Onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 46:345-350 1989.
77. Phillips KA, Gunderson JG, Smith LE: A review of the depressive personality, *Am J Psychiatry*, 147:830-837 1990.
78. Barrett SM, Standen PJ, Lee AS, Personality and inflammatory bowel disease, *Eur J Gastroenterol Hepatol* 8(7):651-5 Jul 1996
79. Duret-Cosyns S, Psychological aspects of ulcerative rectocolitis, *Acta Psychiatr Belg*, 75(4):407-15 Jun-Jul 1975

80. Magni G, Bernasconi G, Mauro P ve ark, Psychiatric diagnoses in ulcerative colitis, *Br J Psychiatry* 158:413-5 Mar 1991.
81. Gathamann P, Linzmayer L, Grinberger J, Contribution to the objective evaluation of the personality features of the colitis patients, *Wien Med Wochenschr*, 15;131(17):421-5 Sep 1981.
82. Tocchi A, Lepre L, Liotta L ve ark, Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis, *Ital J Gastroenterol Hepatol*, 29(5):395-8 Oct 1997.
83. Porcelli O, Zaka S, Tarantino S ve ark, Body image index in the Rorschach test in ulcerative colitis, *Minerva Psichiatr*, 34(1):25-8 Mar 1993.
84. Addolarato G, Capristo E, Stefanini GF ve ark, Inflammatory bowel disease : a study of the association between anxiety and depression, *Scand J Gastroenterol* 32(10):1013-21 Oct 1997
85. Porcelli P, Zaka S, Sisto G, Psychological distress and level of disease activity in inflammatory bowel disease, *Ital J Gastroenterol* 26(3):111-5 Apr 1994.
86. Martyin A, Leonne L, Fries W, Naccarato R, Quality of life in inflammatory bowel disease, *Ital J Gastroenterol* 27(8):450-4 Oct-Nov 1995.
87. Schwartz SP, Blanchard EB, Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease, *Behav Res Ther* 29(2): 167-77 1991.
88. Engstrom I, Lindquist BL, Inflammatory bowel disease in children and adolescents: a somatic and psychiatric investigation, *Acta Paediatr Scand* 80 (6-7):640-7 Jun - Jul 1991.
89. North CS, Alpers DH, Helzer JE ve ark, Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease?, *Ann Intern Med* Mar 1991.
90. Cuntz U, Welt J, Ruppert E, Zillesen E, Determination of subjective burden from chronic inflammatory bowel disease and its psychosocial cosequent, *Psychother Psychosom Med Psychol* 49(12):494-500 1999

EKLER

HASTA BİLGİ FORMU

EK-1

1. ADI SOYADI:

2. ADRES:

Telefon

3. DOSYA NO:

4. CİNSİYET

5. YAŞ:

6. MEDENİ DURUM:

Evli ise evlilik süresi:

Çocuk sayısı:

7. EĞİTİM DURUMU:

8. MESLEK:

9. ALIŞKANLIKLAR

sigara:

alkol

diğer:

10. BAŞKA BİR HASTALIĞI VAR MI ?

Varsa ne zamandır ?

Aldığı tedavi :

11. ŞİKAYETLERİN BAŞLAMA TARİHİ:

12. Bu NEDENLE DAHA ÖNCE HEKİME BAŞVURU:

Varsa tarihi :

Verilen tedavi:

13. AİLEDE BENZER BİR HASTALIK ÖYKÜSÜ:

Varsa kimde:

Hastalık :

DSM IV MAJÖR DEPRESYON TANI ÖLÇÜTLERİ

A İki haftalık bir dönem sırasında ,daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (yada daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı yada artık zevk alamama ,olması gerekir

NOT: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan yada halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

- (1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not:çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.
- (2) Hemen her gün,yaklaşık gün boyu süren ,tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma yada artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
- (3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı yada kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış yada artmış olması. Not:Çocuklarda,beklenen kilo alımının olmaması.
- (4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.
- (5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).
- (6) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olamayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
- (7) Hemen her gün ,değersizlik ,aşırı yada uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir)olması(sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- (8) Hemen her gün düşünme yada düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).
- (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç,tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn hipotiroidizm)doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar,belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar yada psikomotor retardasyonla belirlidir.

ICD -10 MAJOR DEPRESYON TANI ÖLÇÜTLERİ

Tipik depresif nöbette, şiddet, aşağıda tanımlandığı gibi çeşitlilik gösterse de (hafif, orta, ağır) hasta, çökkün duygudurum, ilgisizlik, haz alamama ve enerji azlığından yakınır; enerji azlığı çabuk yorulmaya ve etkinliklerin azalmasına yol açar. Hastanın biraz güç harcamasından sonra ortaya çıkan belirgin yorgunluk sık görülür.

Sık görülen diğer belirtiler şunlardır.

- a) Dikkatin azalması ve dikkati toplayamama;
- b) Benlik saygısında düşüş ve kendine güvenin azalması ;
- c) Suçluluk ve değersizlik düşünceleri(bu,hafif nöbetlerde bile görülebilir)
- d) Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik;
- e) Kendine zarar verme yada özkıyım düşünceleri veya eylemleri;
- f) Uyku bozuklukları;
- g) İştah azalması

Duygudurumdaki çökkünlük günden güne değişmez, sürekli dir. Sıklıkla çevresel etkilere cevap vermez, ancak gün boyu özel bir sabah-akşam değişimi gösterebilir. Ergenlik döneminde bazı olgularda zaman zaman bunaltı,huzursuzluk ve hareketlilik depresyondan daha ön plandadır. Sinirlilik, aşırı alkol alma, histrionik davranış, daha önceden varolan fobik veya obsesif belirtilerin alevlenmesi yada hipokondriak uğraşlar olabilir. Depresif nöbet tanısı koyabilmek için, şiddeti ne olursa olsun en az iki haftalık süre gereklidir. Ancak eğer belirtiler çok şiddetli ve ani başlangıçlı ise kısa sürelerde tanı koyabilmek için yeterli sayılabilir.

**YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(QLED)**

ADI - SOYADI :
DOSYA NO :

TARİH :

1 Zaman bir an önce geçsin istiyorum	Doğru	Yanlış
2 Gelecekte ümitliyim	Evet	Hayır
3 Bir konuşmayı sürdürmek bana zor gelir	Doğru	Yanlış
4 Dünyadaki olayları izlemekten hoşlanırım	Evet	Hayır
5 Yaşamım boşa geçiyormuş gibi hissediyorum	Evet	Hayır
6 Yaşamını kontrol edemiyormuş gibi hissediyorum	Evet	Hayır
7 Evden çıkmak bana zor gelir	Doğru	Yanlış
8 Her koşulda yaptığım şeyleri beğenirim	Doğru	Yanlış
9 Yaşamdaki tüm zevkleri kaybettim	Doğru	Yanlış
10 İnsanlara hiçbir şey veremiyormuşum gibi hissediyorum	Doğru	Yanlış
11 İlgilenmem gereken insanlardan kaçıyorum	Evet	Hayır
12 Kendime iyi bakarım	Evet	Hayır
13 Gelecek hakkında düşünebilecek yetenekteyim	Evet	Hayır
14 Uzaklaşıp kaybolmak (saklanmak) istiyorum	Evet	Hayır
15 Umutla beklediğim şeyler var	Doğru	Yanlış
16 Kendimden memnun olmak nasıldı unuttum	Doğru	Yanlış
17 Arkadaşlarımla birlikteyken rahatsız olmam	Doğru	Yanlış
18 Günlük işlerimi kolalikle yaparım	Evet	Hayır
19 Kendimi diğer insanlardan uzaklaştırırım	Evet	Hayır
20 Günlük basit kararları vermek benim için zordur	Doğru	Yanlış
21 İnsanlara yük oluyormuşum gibi hissediyorum	Doğru	Yanlış
22 Çoğu zaman oturup boşluğu seyredirim	Doğru	Yanlış
23 Kimseyle yüzleşmem	Doğru	Yanlış
24 Her şeye bağıyorum	Doğru	Yanlış
25 Görünüşümü ihmal ediyorum	Evet	Hayır
26 Her şeyin eğlenceli tarafını görebilirim	Doğru	Yanlış
27 İnsanların bana söylediklerini pek dikkate almam	Doğru	Yanlış
28 Herkese yük oluyormuşum gibi hissediyorum	Doğru	Yanlış
29 Her gelen gün için planlar kurarım	Doğru	Yanlış
30 Yemekleri severim	Evet	Hayır
31 Mümkün olduğunca insanlardan kaçırım	Evet	Hayır
32 Kapıya ve telefona bakmayı sevmem	Doğru	Yanlış
33 Yaşamın bir anlamı yok	Doğru	Yanlış
34 Günlük problemlerle başedebilirim	Evet	Hayır

Hastanın Adı : Doktorun Adı : Hastanın Numarası :

Tarih :/...../.....

Her maddede, hastayı en iyi karakterize eden cevabı belirleyen numarayı daire içerisine alın

1. Depresif Ruh Hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)	0 Yok 1 Yalnızca bu soruları cevaplariken anlaşılıyor 2 Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor 3 Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor. 4 Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk Duyguları	0 Yok 1 Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2 Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk duyuyor. 3 Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezayanları. 4 Kendini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar	0 Yok 1 Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2 Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3 İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden işaretler yapıyor. 4 İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya Dalamamak	0 Bu konuda zorluk çekmiyor. 1 Bazen yatığında yarım saat kadar uyuyamamaktan şikayetçi 2 Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.
5. Geceyarısı Uyanmak	0 Herhangi bir sorunu yok. 1 Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi 2 Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)
6. Sabah Erken Uyanmak	0 Herhangi bir sorunu yok. 1 Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor. 2 Sabah erkenden uyanıp tekrar uyanamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler	0 Herhangi bir sorunu yok 1 Aktiviteleriyle işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2 Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş, bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor, ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (İşinden ve aktivitelerden çekilmesi gerektiğini düşünüyor). 3 Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatariken hergün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. 4 Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servisteki işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	0 Düşünceleri ve konuşması normal 1 Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor 2 Görüşme sırasında açıkca retardasyon hissediliyor. 3 Görüşmeyi yapabilmek çok zor 4 Tam stuporda
9. Ajitasyon	0 Yok 1 Ellerıyla oynuyor, saçlarını çekiştiriyor 2 Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikişik Anksiyete	0 Herhangi bir sorun yok 1 Subjektif gerilim ve iritabilite 2 Küçük şeylere üzülüyor 3 Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4 Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik Anksiyete	0 Yok 1 Hafif 2 İlimli 3 Şiddetli 4 Çok şiddetli	Anksiyeteye eşlik eden şu gibi fizyolojik sorunlar : Gastrointestinal : Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu kramp, geğirme Kardiyovasküler : Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili : Hiperventilasyon, iç çekme Sık İdrara çıkma Terleme
12. Somatik Semptomlar Gastrointestinal	0 Yok 1 2	İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor, Karnının şiş olduğunu söylüyor Personel zorlamazsa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik Semptomlar Genel	0 Yok 1 2	Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital Semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb)	0 Yok 1 Hafif 2 Şiddetli 3 Anlaşılamadı	(libido kaybı, adet bozuklukları)
15. Hipokondriyaklık	0 Yok 1 Kuruntulu 2 3 4	Aklını sağlık konularına takmış durumda. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. Hipokondriyaklık delüsyonları
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	0 1 2	A. Tedavi öncesinde Kilo kaybı yok Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
	0 1 2	B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda: Haftada 0,5 kg'dan daha az zayıflama, Haftada 0,5 kg'dan daha fazla zayıflama Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama
17. Durumu Hakkında Fikir	0 1 2	Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde, Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor Hasta olduğunu kabul etmiyor
Bütün maddelerin tamamen cevaplandırılıp cevaplandırılmadığını kontrol ediniz		
Düşünceler :		

Değerlendirme :

0-13 = Depresyon Yok, 14-27 = Hafif Depresyon, 28-41 = Orta Depresyon, 42-53 = Şiddetli Depresyon.

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler miştir. Bugün dahil son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi an cümleyi daire içine alarak işaretleyiniz.

- (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- (b) Kendimi üzgün hissediyorum.
- (c) Herzaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
- (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki, dayanamıyorum.

- (a) Gelecekte umutsuz değilim.
- (b) Gelecek konusunda umutsuzum.
- (c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (d) Kendimi bir insan olarak bütünüyle başarısız görüyorum.

- (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
- (b) Herkesden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- (c) Geriye dönüp baktığımda, pekçok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
- (d) Kendimi bir insan olarak bütünüyle başarısız görüyorum.

- (a) Herşeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
- (b) Herşeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
- (c) Aruk hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
- (d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok sıkıcı.

- (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- (b) Arada bir kendimi suçlu hissediyorum.
- (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

- (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
- (b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
- (c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
- (d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

- (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
- (b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
- (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- (d) Kendimden nefret ediyorum.
- (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
- (b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- (c) Kendimi hatalarım için eleştiriyorum.
- (d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle birşeyi yapmam.
- (c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
- (d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- (b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
- (c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
- (d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
- (b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- (c) Çoğu zaman tedirgin ve sinirliyim.
- (d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar veriyorum.
- (b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- (c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- (d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
- (b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmiş gibi düşünüyorum, üzülüyorum.
- (c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
- (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

- (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- (c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- (d) Hiç çalışmıyorum.

- (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
- (b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- (c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- (d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- (b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- (c) Şimdilerde neredeyse herşeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- (d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum.

- (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- (b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
- (d) Artık hiç iştahım yok.

- (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- (b) Son zamanlarda istemediğim halde ikibuçuk kilodan fazla kaybettim.
- (c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- (d) Son zamanlarda yedibuçuk kilodan fazla kaybettim.

- (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- (c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka birşey düşünemiyorum.

- (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkati çeken birşey yok.
- (b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- (c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- (d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Hasta Adı Soyadı : Dosya No :
Doktor : Tarih :

1. **Anksiyeteli Ruh Hali** 0-4
Tasalanma,
İrritabilite. Kötü birşey olacağı beklentisi,
2. **Gerginlik** 0-4
Gerginlik duyguları,
Gevşeyememe,
Kolayca ağlama,
Motor huzursuzluk hissi. Kolay yorulma,
Ürkeklik,
Titreme,
3. **Korkular** 0-4
Karanlıktan,
Büyük hayvanlardan,
Kalabalıktan, Yalnız kalmaktan,
Trafikten,
4. **Uykusuzluk** 0-4
Uykuya dalmakta güçlük,
Doyurucu olmayan uyku ve yorgun kalkma,
Düşler,
Gece korkuları. Uykunun bölünmesi,
Kabuslar,
5. **Bilişsel bozukluk** 0-4
Konsantrasyon güçlüğü,
Bellek bozukluğu.
6. **Depresif duygu durumu** 0-4
İlgi yitimi,
Üzgünlük,
Günlük dalgalanma. Hobilerden zevk alamama,
Erken uyanma,
7. **Genel bedensel yakınmalar** 0-4
KASSAL
Kas ağrıları ve sızıları,
Kas seğirmeleri,
Diş gıcırdatmaları. Kas katılığı,
Klonik atmalar,
DUYUSAL
Kulak çınlaması,
Sıcak ve soğuk basması,
Karıncalanma. Bulanık görme,
Halsizlik hissetme,
8. **Kalp - damar belirtiler** 0-4
Taşikardi
Göğüs ağrısı,
Baygınlık gelmesi. Çarpıntı,
Damarlarda zonklama,
Eksrasistoller.

0 : YOK, 1 : HAFİF, 2 : ORTA, 3 : ŞİDDETLİ, 4 : ÇOK ŞİDDETLİ

9. **Solunum belirtileri 0-4**
Göğüste basınç ya da sıkışma,
Tıkanma hissi, İç çekme,
Nefes darlığı.
10. **Gastrointestinal belirtiler 0-4**
Yutma güçlüğü,
Yellenme,
Guruldama,
Zayıflama, Barborizm,
Dispepsi,
Çabuk ishal olma,
kabızlık.
11. **Ürogenital belirtiler 0-4**
Sık idrara çıkma,
Amenore,
Frijidite gelişmesi,
Ereksiyon yitimi, Kolayca idrara sıkışma,
Menoraji,
Erken boşalma,
Empotans.
12. **Otonomik belirtiler 0-4**
Ağız kuruluğu,
Bembeyaz kesilmek,
Baş dönmesi,
Tüylerin diken diken olması. Kızarmak,
Terleme eğilimi,
Gerginlik baş ağrısı,
13. **Görüşmede davranış 0-4**

GENEL

Gergin , gevşemiş değil,
Yerinde duramama, elleri parmakları oynatma, tikler, mendille oynama
Huzursuzluk ; yürüme
Ellerde titreme
Alın kırıışıklığı
Gergin yüz
Derin nefes almalar
Yüz solgunluğu

FIZYOLOJİK

Yutkunma
Geğirme
Taşikardi
Dakikada 20'nin üstünde solunum sayısı,
Tendon reflekslerinde canlılık
Tremor
Pupillalarda dilatasyon
Egzoftalmi
Terleme
Göz Kapaklarında seyirme

0 : YOK, 1 : HAFİF, 2 : ORTA, 3 : ŞİDDETLİ, 4 : ÇOK ŞİDDETLİ

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, parantezlerden size uygun olanını X işareti ile belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1 . Şu anda sakinim				
2 . Kendimi emnivette hissediyorum				
3 . Şu anda sinirlerim gergin				
4 . Pişmanlık duygusu içindeyim				
5 . Şu anda huzur içindeyim				
6 . Şu anda hiç keyfim yok				
7 . Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8 . Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9 . Şu anda kaygılıyım				
10. Kendimi rahat hissediyorum				
11. Kendime güvenim var				
12. Şu anda asabım bozuk				
13. Çok sinirliyim				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16. Şu anda halimden memnunum				
17. Şu anda endişelivim				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19. Şu anda sevinçlivim				
20. Şu anda keyfim verinde				

SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım deler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin 3 tarafındaki parantezlerden uygun olanını X işareti ile belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HEMEN HİÇ BİR ZAMAN	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
1. Genellikle keyfim yerindedir				
2. Genellikle çabuk yorulurum				
3. Genellikle kolay ağlarım				
4. Başkaları kadar mutlu olmayı isterim				
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
6. Kendimi dinlenmiş hissederim				
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar çok biriktiğini hissederim				
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10. Genellikle mutluyum				
11. Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim				
12. Genellikle kendime güvenim yoktur				
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim				
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
16. Genellikle hayatımdan memnunum				
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki, hiç unutmam.				
19. Akli başında ve kararlı bir insanım				
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.				

DEPRESYON HASTALARI BİLGİ FORMU													
Sayı	Ad ve Soyadı	Dosya No	Yas	H. süresi	Cinsiyet	Medeni Hali	Edu(yıl)	QLSD(d)	BDO(d)	HAD(d)	HAO(d)	DKE(d)	SKE(d)
1	S.A	312895	38	4	E	Evli	11	5	10	5	8	40	41
2	A.A	372155	23	5	E	Bekar	13	7	9	1	1	27	42
3	M.A	151821	43	5	K	Bekar	11	9	1	6	10	62	38
4	P.C	265674	48	3	K	Evli	8	11	12	9	11	53	52
5	G.Ç	452261	41	6	K	Evli	5	16	11	9	8	36	43
6	A.Ç	477839	34	3	E	Evli	5	15	10	11	17	49	56
7	M.E	481721	61	6	E	Evli	5	7	9	4	2	41	38
8	Y.H	38029	40	3	K	Evli	11	6	3	3	1	43	45
9	E.H	468049	42	2	K	Evli	17	15	14	4	12	58	59
10	T.K	439621	30	4	E	Dul	15	13	14	10	12	54	60
11	C.K	466801	41	4	K	Evli	5	16	14	12	11	56	60
12	B.Ö	346612	22	3	K	Bekar	12	5	2	1	0	33	35
13	F.P	294957	43	7	K	Evli	5	10	4	2	5	43	45
14	E.Y	55822	23	2	K	Bekar	13	12	4	4	6	35	39
15	Ö.Y	296745	49	6	E	Evli	15	13	9	7	10	43	42

ÜLSERATİF KOLİT HASTALARI BİLGİ FORMU

Sayı	Ad Soyadı	Dosya No	Yas	H Süresi	Cinsiyet	Medeni Hali	Edu (yıl)	QLSD (u)	BDO (u)	HAD (u)	HAO (u)	DKE (u)	SKE (u)
1	E.A.A	312549	24	1ay	E	Bekar	11	5	5	10	7	36	27
2	H.A	24168	45	12 yıl	E	Evli	11	4	6	4	11	49	41
3	E.B	95161	37	8 yıl	E	Evli	11	8	4	2	0	26	45
4	A.B	256142	43	2yıl	K	Evli	8	14	7	2	3	38	49
5	A.C	273558	52	13 gün	E	Evli	11	6	9	2	6	39	46
6	G.Ç	208616	33	11 ay	K	Evli	11	3	0	0	0	28	36
7	N.D	259047	32	3 yıl	K	Bekar	11	6	2	1	3	35	37
8	A.R.D	343427	68	1 yıl	E	Evli	5	22	19	15	14	43	41
9	M.G	45493	37	1 yıl	K	Evli	15	7	18	14	4	44	44
10	Y.G	435789	24	1 yıl	K	Evli	12	2	5	0	1	22	30
11	S.K	404053	20	2 yıl	K	Evli	5	4	10	1	7	35	45
12	H.O	440602	33	3 yıl	E	Evli	15	3	11	3	4	35	36
13	G.Ö	85673	61	8 yıl	K	Evli	8	8	16	28	17	34	49
14	A.S	444784	44	8 ay	E	Evli	15	2	3	6	1	26	27
15	N.T	406218	49	5 yıl	E	Evli	5	28	42	26	22	63	61
16	Ş.T	428440	21	1 yıl	K	Bekar	5	11	2	0	1	23	50
17	A.U.U	221185	24	10 yıl	E	Bekar	14	13	21	3	11	44	41
18	A.Y	453177	25	15 gün	K	Bekar	11	6	14	5	2	45	47
19	M.Y	295281	19	7 yıl	E	Bekar	13	12	16	0	11	43	50
20	Ş.Y	180957	39	10 gün	K	Evli	11	24	31	27	28	53	55
21	S.Y	288975	30	18 ay	K	Evli	11	2	7	1	2	28	47

KONTROL GRUBU BİLGİ FORMU

Sayı	Ad Soyadı	Yas	Cinsiyet	Medeni Hali	Edu(yıl)	QLSD(k)	BDO(k)	HAD(k)	HAO(k)	DKE(k)	SKE(k)
1	A.A	33	K	Dul	5	4	2	5	2	42	36
2	S.B	28	E	Bekar	16	3	4	2	0	30	36
3	M.Ç	55	E	Evli	5	1	0	0	0	39	39
4	N.Ç	52	K	Evli	15	8	7	6	6	36	41
5	A.D	28	E	Bekar	15	3	2	4	2	24	32
6	B.E	57	E	Evli	15	2	7	2	5	37	39
7	A.I	26	E	Bekar	11	7	1	4	3	32	30
8	D.K	33	E	Evli	5	3	0	0	0	39	34
9	M.K	22	K	Bekar	11	6	4	3	4	31	32
10	A.K	75	K	Dul	5	10	11	10	10	26	34
11	H.Ö	30	K	Evli	5	4	0	0	0	20	31
12	G.S	36	E	Evli	11	6	9	9	5	43	42
13	N.U	38	K	Evli	5	11	7	4	4	24	42
14	T.Ü	24	K	Bekar	10	11	2	6	4	21	30
15	H.Y	23	E	Bekar	8	4	5	2	1	37	40