

**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR BAĞLAMINDA GELİŞEN İKİNCİL PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

**TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ**

**Yiğit GÜRDAL**

**Proje Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Sait Cahit ALKIŞ**

**İSTANBUL 2021**

**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK FİZİKSEL HASTALIKLAR BAĞLAMINDA GELİŞEN İKİNCİL PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

**TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ**

**Yiğit GÜRDAL**

**194123226**

**Proje Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Sait Cahit ALKIŞ**

**İSTANBUL 2021**

**YEMİN METNİ**

Bu çalışmanın kendi proje çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamada etik dışı davranışımın olmadığını, çalışmadaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, proje çalışmasıyla birlikte elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12/07/2021

Yiğit GÜRDAL

I

**TEŞEKKÜR**

İlk olarak projemi yazarken doğu yolda ilerlememi sağlayan, akademik bilgisi ve geri bildirimleriyle projemi en iyi şekilde yazmam için ışığını ve desteğini esirgemeyen, çok kıymetli ve değerli proje danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sait Cahit Alkış’a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca proje süreci boyunca değerli bilgileri, birikimleri yardımları ve katkıları için Milas Özel İzan Hastanesi doktor kadrosuna teşekkür ederim.

Son olarak, annem Sema Gürdal ve babam Doğan Gürdal’a ve tüm başarılarımı ithaf eder, tüm emekleri için çok teşekkür ederim.

Yiğit GÜRDAL

II

**ÖZET**

Bu proje çalışmasında; kronik fiziksel hastalıklar ile gelişen ikincil psikiyatrik hastalıkların ifade edilmesi, etiyolojisi ve prevelansının açıklanması amaçlanmıştır. Araştırmada 1932-2021 yılları arasında kronik hastalık-psikiyatrik hastalık bağlamında öne çıkan çoğunluğu İngilizce çalışmalar derlenmiş ve sentezlenerek okuyucunun bilgisine sunulmuştur. Bu literatür derlemesinin sonucunda; kronik hastalıklar ile psikiyatrik hastalıklar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kanser hastalarının, kronik böbrek hastalarının, kronik nöroloji hastalarının ve kronik kas-iskelet sistemi hastalarının en çok depresyon ve duygudurum bozuklukları yaşadığı; kardiyovasküler hastalıklar, kronik metabolik hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıkları hastalarının en çok anksiyete, uyku bozuklukları ve ilişkili mental bozukluklar yaşadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte nadir de olsa kronik hastalıklar ile intihar düşünceleri, psikotik hastalıklar ve yeme bozuklukları birbirleriyle bir ilişki içerisinde olabilmektedir. Bu sebeple hem kronik hastalıklara sahip insanlar, yakınları ve hekimler; hastanın ikincil olarak geliştirebileceği psikiyatrik hastalıkların farkında olmalı, kabul etmeli ve önlem almalıdır. Psikiyatrik hastalık gelişmiş kronik hastalık vakalarında, hastanın tedavi uyumu azalmakta ve morbidite/mortalite oranı artmaktadır. Bu konuda olumlu hasta-hekim ilişkisi, hekimin multidisipliner tutumu ve hastanın yaşam kalitesinin arttırılması esas alınmalı ve hastaların yalnızca fiziksel tedavi süreçlerine odaklanılmamalıdır. Hastalığına uyum sağlamış, sosyal yaşantısına devam eden, tedavi sürecine uyumlu ve farkındalığı yüksek hastaların mortalite ve morbidite seviyelerinin düştüğü gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler;** Kronik hastalıklar, Yaşam Kalitesi, Liyezon Psikiyatrisi, Hasta Psikolojisi, Kronik Hastalık Komorbiditeleri

III

**ABSTRACT**

In this project work; It is aimed to express the secondary psychiatric diseases that develop with chronic physical diseases, to explain their etiology and prevalence. In the study, most of the English studies that stood out in the context of chronic illness-psychiatric illness between 1932-2021 were compiled and synthesized and presented to the reader's information. As a result of this literature review; It has been determined that there is a positive relationship between chronic diseases and psychiatric diseases. In addition, cancer patients, chronic kidney patients, chronic neurology patients and chronic musculoskeletal patients mostly suffer from depression and mood disorders; It has been determined that patients with cardiovascular diseases, chronic metabolic diseases and chronic respiratory diseases mostly experience anxiety, sleep disorders and related mental disorders. However, although rare, chronic diseases and suicidal thoughts, psychotic diseases and eating disorders can be in a relationship with each other. For this reason, both people with chronic diseases, their relatives and physicians; should be aware of the psychiatric diseases that the patient may develop secondary to, accept and take precautions. In chronic disease cases with psychiatric illness, the patient's adherence to treatment decreases and the morbidity/mortality rate increases. In this regard, the positive patient-physician relationship, the multidisciplinary attitude of the physician and the improvement of the patient's quality of life should be based on, and the patients should not only focus on the physical treatment processes. In this study, it has been determined that the mortality and morbidity levels of patients who have adapted to their disease, continue their social life, are compatible with the treatment process and have high awareness have decreased.

**Keywords;** Chronic Diseases, Quality of Life, Liaison Psychiatry, Patient Psychology, Comorbidity of Chronic Diseases

IV

**İÇİNDEKİLER**

**YEMİN METNİ……………………………………………………………………...……… I**

**TEŞEKKÜR…………………………………………………………………..…….……….. II**

**ÖZET…………………………………………………………………………………...……. III**

**ABSTRACT…………………………………………………………………………..….…... IV**

**1.BÖLÜM: GİRİŞ……………………………………………………………………….…... 1**

**1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi…………………………………………………..…. 1**

**1.2. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları………………………………………..…… 3**

**2. BÖLÜM: TANIMLAR, HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR……...… 4**

**2.1. Kronik Hastalık Kavramı…………………………………………………………... 4**

**2.2. Kronik Hastalıkların Türleri ve Sınıflamaları………………………………...…... 6**

**2.3. Kronik Fiziksel Hastalıklar ve Mental Sağlık…………………………………..…. 7**

**2.3.1. Kanser…………………………………………………………………………...... 7**

**2.3.2. Kronik Böbrek Hastalıkları………………………………………………...…... 11**

**2.3.3. Kronik Kardiyovasküler Hastalıklar……………………………………...…… 14**

**2.3.4. Kronik Nörolojik Hastalıklar………………………………………………...… 17**

2.3.4.1. Parkinson Hastalığı………………………………………………………….… 19

2.3.4.2. Epilepsi…………………………………………………………………........... 21

2.3.4.3. Diğer Kronik Nörolojik Hastalıklar…………………………………….……... 23

**2.3.5. Kronik Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları…………………………….…………... 25**

2.3.5.1. Osteoporoz……………………………………………………………..…....... 26

2.3.5.2. Eklemlerle İlişkili Kronik Hastalıklar……………………………...….……… 28

2.3.5.3. Myastenia Gravis……………………………….………………………..….… 30

**2.3.6. Kronik Metabolik ve Endokrinolojik Hastalıklar…………….……................... 31**

2.3.6.1. Diabetes Mellitus……………………………………….……………....…….. 31

2.3.6.2. Endokrinolojik Bozukluklar………………..………………............................ 36

2.3.6.3. Tiroid Hastalıkları, Hashimoto Sendromu ve Guatr….……….…................... 39

**2.3.7. Kronik Solunum Yolu Hastalıkları……………………………….…....……...... 43**

2.3.7.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı…………………………....……….…… 44

2.3.7.2. Astım……………………………………………………….…………….…... 47

**3. BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER……………………………………………...……… 50**

**KAYNAKLAR…………………………………………………………………….....…..… 55**

1. **BÖLÜM: GİRİŞ**

Bu bölümde; araştırmanın önemine, amacına, araştırmanın kapsamı ve sınırlılıklarına ilişkin açıklamalara yer verilecektir.

* 1. **. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Kronik fizyolojik hastalıklar şüphesiz bütün insanlığı ilgilendiren geniş kapsamlı bir sağlık sorunudur. Kronik ve sürekli tekrar eden (*siklus*) hastalıklar kişiyi alışık olduğundan farklı bir düzene geçilmesi için zorlar ve kişinin uyum sağlama mekanizmalarının kullanmasını gerektirir. Bu uyum sağlama süreçlerinde hastalıkların ve tedavi sürecinin getirdiği birtakım zorluklar ve engeller, kişinin; gelecek planlamasında, günlük yaşam rutininde ve işlevselliğinde yarattığı bozulmalar, kişiyi mental olarak yıpratabilir ve ikincil olarak mental hastalıklara karşı daha savunmasız hale getirebilir.

Ayrıca kişinin yaşamış olduğu fiziksel, fizyolojik veya nörolojik problemlerin kişinin düşünce sistemleri, bilişleri ve duygudurumuyla ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Bartlem ve ark., 2015; Egede, 2007; Perry ve ark., 2010).

Bu araştırmanın amacı, artık literatürde kabul gören bir olgu olan fiziksel sağlığın mental sağlığı ve aynı şekilde mental sağlığın fiziksel sağlığı olumlu veya olumsuz etkilemesinin derecesini ortaya koymak, kronik hastalık ve mental hastalıklar bağlamında literatürde hakkında en fazla veri bulunan hastalıklardan ve etkilediği mekanizmalardan bahsetmek ve kronik hastalıklara sahip insanların sağaltımına katkı sağlamaktır.

Bu araştırmanın önemi, alanda çalışan sağlık uzmanlarına, hastalara, hasta yakınlarına ve bu alanda araştırma yapmak isteyen bilim insanlarına “kronik hastalıklar ile ilişkili mental hastalıklar” hakkında günümüze kadar elde edilmiş öne çıkan bulguları derleyerek, bu hastalıklarla karşılaşıldığında hem sağlıkçının hem hasta yakınlarının, kronik hastalıklar ile birlikte gelişebilecek diğer mental hastalıklara karşı daha hazırlıklı, bilgili ve güvenli olmasını sağlamaktır.

Ayrıca geniş örneklemli araştırmalar sonucunda bedensel hastalığı olan insanların, bedensel hastalığı olmayan insanlara göre %41 oranında daha fazla mental hastalık geçirme riski olduğundan bahsedilmiştir (Rapp ve ark., 1988). Özellikle siklus şeklinde süreğen ve nüks riski taşıyan hastalıklara sahip kişilerde sıklıkla duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanım bozuklukları ve bağımlılık, anksiyete bozuklukları gözlenmektedir. Bu derleme çalışmasında, her biri kendi alanında münferit çalışmalar olsa da genel kronik hastalıklar ve mental rahatsızlıklar ilişkisini kısa ve öz şekilde okuyucunun odağını dağıtmadan okuyabilmesi ve bilgilenebilmesi amaçlanmaktadır.

Nitekim kronik hastalıkların tedavi sürecinde gelişen ikincil ruhsal hastalıklar, tedavi sürecini geciktirmekte, tedaviye cevabı ve prognozu olumsuz etkilemektedir (Atasoy ve ark., 2013) . Bu alanda yapılacak çalışmalar hem tedavi gören hastaların, hem de tedavi eden sağlıkçıların yaşam kalitelerinin artırılması ve tedavi sürecinin daha sağlıklı olması açısından büyük önem arz etmektedir.

**1.2. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın kapsamında Google Scholar ve çeşitli literatür dergileri kullanılarak veri toplama süreci gerçekleştirilmiş olup, genellikle İngilizce ve Türkçe yayınlardan yararlanılmıştır. Araştırma, 19..-2021 yılları arasında ortaya konmuş farklı ülkelerden ve coğrafyalardan verilerin derlenmesini ve ortak bir kompozisyonda birleştirilmesini içermektedir.

Bu literatür derleme çalışmasının sınırlılığı ise; pek çok farklı kronik hastalık ve bu hastalıklara bağlı olarak gelişen farklı mental hastalıklar olmasına karşın, literatürde en sık araştırma yapılan beş farklı kronik hastalık-mental hastalık ilişkisini içermektedir. Bu hastalıklar tek tek incelenecek, literatürde hangi mental hastalıklar ile ne kadar ilişkili bulunulduğundan bahsedilecektir. Bu bağlamda kronik rahatsızlıkların primer olarak hastalığın doğal gelişimiyle etkilediği mental bozukluklar bu araştırmanın konusunun dışındadır (örn; Demans, Alzheimer). Bu araştırmanın kapsamı, kronik fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı, sekonder mental hastalık komorbiditelerdir.

İleride bu konuyla ilgili yapılacak çalışmaların çeşitli diğer kronik hastalıklar açısından incelenmesi, daha kapsamlı bir literatür taraması ve İngilizce-Türkçe harici dillerde yayımlanmış alanyazınlardan yararlanılması önerilmektedir.

1. **BÖLÜM: TANIMLAR, HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ BOZUKLULAR**

**2.1. Kronik Hastalık Kavramı**

Kronik hastalık tanımı dünyanın ileri gelen sağlık kurum ve kuruluşları tarafından tam olarak aynı şekilde yapılmamaktadır. Bu tanımlardan Dünya Sağlık Örgütü (WHO), İnsandan insana geçmeyen, uzun süreli ve ağır ilerleyen, 4 ana tipten oluşan (kardiyovasküler, kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabet) tanımını uygun görmüştür (WHO, 2016). Dünyanın en sık ziyaret edilen ve genel halkın sağlık terimlerine ulaşımını sağlayan MedicineNet isimli internet sitesi; “3 aydan daha uzun süren, aşıyla veya diğer yollarla tedavi edilemeyen veya ortadan kaybolmayan hastalıklar.” şeklinde tanımlamıştır. Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezi (CDC), tanımında spesifik olarak bazı hastalıklardan söz etmemiş ve herhangi bir süre belirtmemiştir. Dünya Sağlık Örgütü, “kişiden kişiye geçmeyen” ifadesini kullanarak HIV gibi virüs kaynaklı hastalıkları dahil etmemiş ve MedicineNet “ilaçla tedavi edilemeyen” şeklinde kısmen eksik bir ifade kullanmıştır.

Kronik hastalığın tanımına yöneltilen bu eleştiriler neticesinde Bernell (2016), çalışmasında kronik hastalığın kapsamlı ve doğru bir tanımı olarak Avusturalya Sağlık Enstitüsünün yaptığı tanımdan söz etmiştir (Bernell & Howard, 2016). Bu tanıma göre kronik hastalıklar;

* Sağlıksızlığa yol açabilecek fiziksel veya mental semptomları içerir
* Kompleks bir yapıda gelişim gösterir, birden fazla etken dolayısıyla ortaya çıkar
* Kimi zaman hastalığın gelişme evresinde uzun süreli semptomlar gözlenmez
* Uzun süreli hastalık seyri vardır ve diğer sağlık komplikasyonlarına yol açar
* Kişide gözle görülür bir işlevsellik kaybı doğurur (AIHW, 2016).

Bu tanımlamadan yola çıkarak kronik hastalıklar; kardiyovasküler bozukluklar, kanser, mental hastalıklar, diyabet, solunum yolu bozuklukları, iskelet-kas sistemi uzun süreli bozuklukları (akut olmayan), kronik böbrek hastalıkları ve kronik ağız hastalıklarını içermektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının yaptığı tanımda ise 2013 yılında yapılan kronik hastalıklar, risk faktörleri ve sıklığı çalışmasında “kronik hastalık” tanımında; bulaşıcı olmayan ifadesi geçmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) kapsamının dışında, tüberküloz, AIDS/HIV gibi hastalıklar da çalışmanın kapsamına alınmış fakat “bulaşıcı olan aynı zamanda kronik olan” hastalıklar olarak belirtilmiştir (Ünal ve ark., 2013). Bu tanımlarda görülen farklılıklar; kişilerin ve kurumların sigorta kapsamlarını, engellilik seviyelerini, iş durumlarını gibi diğer sosyal/maddi özelliklerini etkilemesi açısından önem arz etmektedir.

**2.2. Kronik Hastalıkların Türleri ve Sınıflamaları**

Önceki bölümde bahsedildiği üzere kronik hastalıkların tanımıyla ilgili çeşitli kurum ve kuruluşların birbirlerinden ayrılan tanımlamaları mevcuttur. Fakat bu çalışmada kronik hastalık sınıflamasına ihtiyaç duyulduğundan, bilimsel alanyazının mutabık olduğu ve Türkiye Cumhuriyetinde kabul gören şekliyle, beş farklı kronik hastalıktan ve bu hastalıklarla ilişkilendirilmiş ruhsal sorunlardan bahsedilecektir. Bu çalışmanın kapsamında olan kronik hastalıklar;

* Kanser,
* Kronik Böbrek Hastalıkları,
* Kronik Kardiyovasküler Hastalıklar,
* Kronik Nörolojik Hastalıklar,
* Kronik İskelet-Kas Sistemi Hastalıkları
* Kronik Metabolik Hastalıklar
* Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

şeklinde sıralanmıştır.

Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde bu hastalıklarla ilgili genel bilgi verilecek, etkilediği mekanizmalar anlatılacak, tedavi sürecinden bahsedilecek ve ardından sebep olduğu mental bozukluklara değinilecektir.

**2.3. Kronik Fiziksel Hastalıklar ve Mental Sağlık**

Kronik hastalıklar kişinin olağan düzenini değiştirmektedir. Bu değişiklikler karşısında bireylerin gösterdiği uyum mekanizmaları, mental sağlıklarının korunmasında çok önemli bir faktördür. Fakat uyum mekanizmaları haricinde kimi hastalıklar primer olarak beyin kimyasını değiştirmekte, beynin elektriksel sisteminde bozulmalar yaratmakta veya tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yöntemler yine aynı şekilde beyin kimyasını etkilemektedir. Hekimin tedavi konusunda hastayı yalnızca hastalığıyla ilgili değil, hastalığının yol açabileceği ruhsal problemler hakkında da bilgilendirmesi önem arz etmektedir. Kronik hastalık tanısı almış kişilerin yaşamlarında diğer insanlara göre çok daha sık umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık gibi olumsuz duygularla ve bilişlerle karşılaştığı bilinmektedir (Megari, 2013).

Çalışmanın bu bölümünde kronik hastalıklardan münferit olarak bahsedilecek, genel bilgi verilecek ve tedavi sürecinden bahsedilecektir. Daha sonra hastalığın ve tedavi sürecinin hangi ruhsal problemlere nasıl etki ettiğinden söz edilecektir.

**2.3.1. Kanser**

Kanser hastalığı kısaca; prekanseröz bir lezyondan malign(kötücül) bir tümöre doğru ilerleyen çok aşamalı süreçlerden oluşan bir hastalıktır. Kısaca normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşüp kontrolsüzce çoğalmasıdır. Genellikle genetik faktörlerin dışsal kaynaklar ile birleşimi sonucunda ortaya çıkar (WHO 2021).

Kanser, dünyanın pek çok ülkesinde ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıklardan sonra önde gelen 2. ölüm sebebidir. 2020 yılında dünyada yaklaşık 10 milyon kişi kanser dolayısıyla hayatını kaybetmiştir. Bu sayının, 2030 yılında tüm ölümlerin %13.6’sı olacak şekilde 21.4 milyon kanser tanısına ve 13.2 milyon kanser nedeniyle ölüme ulaşacağı beklenmektedir (Dedel ve ark., 2008; Kavradim & Ozer, 2014, *WHO*, 2020.). Türkiye’de de dünya ile paralel olarak kanser hastalığı artış göstermektedir, her yıl en az 160.000 kişiye tanı koyulurken en az 100.000 kişi kanser sebebiyle hayatını kaybetmektedir (Kavradim & Ozer, 2014). Dünya sağlık örgütü verilerine göre kanser hastalığı türlerinden geçtiğimiz yılda en sık teşhis koyulanları; göğüs (2.26 milyon), akciğer (2.21 milyon), kolon ve rektum (1.93 milyon) kanserleridir.

Kanser tanısı; umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, ağrı ve acılı ölüm düşüncesi, kaygı ve panik içeren pek çok emosyonel ve düşünsel yargıları çağrıştırmaktadır. Hastaların yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitelerinin arttırılması amacıyla uygulanan modern tedavi yöntemlerinin (cerrahi, kemoterapi, immünoterapi ve radyoterapi) yol açtığı; dermatolojik, gastrointestinal, kas-iskelet sistemi sorunları, ağrı ve fertilite problemleri gibi istenmeyen yan etkiler, hastalığın kendisinin yarattığı umutsuzluk ve kaygının yanında kişiye fazladan örseleyici birtakım duygular ve düşünceleri getirebilmektedir (Karakartal, 2017; Patterson ve ark., 2000; Ülger ve ark., 2014).

Kanser hastaları, hastalıklarına karşı birden farklı şekilde davranışsal ve duygusal tepki gösterebilirler. Tanılama süreci, tedavi aşaması, nüks ve terminal dönemlerinde; şok hali, inkar, öfke ve kızgınlık, depresif ve anksiyöz duygudurum kendini gösterebilir. Bunların yanında iştah, uyku ve günlük faaliyetlerde de ayrıca bozulmalar gelişir (Elbi H. 1998). Hastanede tedavi gören her üç kanser hastasından birinin majör depresif bozukluk semptomları gösterdiği belirtilmiştir (Singer ve ark., 2009). Kanser hastalığının mental bozukluklarla komorbiditesi üzerine yapılan çalışmalar sıklıkla depresyon tanıları üzerine yapılmış ve sıklıkla aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Mitchell ve ark., 2011; Nakash ve ark., 2014; Wasteson, 2011; Wilson ve ark., 2007). Nitekim daha kısıtlı örnekleme sahip araştırmalar olsa da, kanser hastalarının, anksiyete bozuklukları tanısı alma oranı da aynı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Honda & Goodwin, 2004).

Ayrıca ergenler ve genç yetişkinler kansere yakalandığında, diğer yaş gruplarına göre daha sık mental bozukluklar yaşamaktadır (Park & Rosenstein, 2015). Kanser teşhisi konmuş gençlerde daha örseleyici ve yoğun stres yaşanmasının nedeni olarak; gelişim çağında (özellikle Erikson’un *Kimlik-Rol Karmaşası* olarak adlandırdığı dönem) tecrübe edilen bu olumsuz yaşam deneyiminin, kişinin dünyayı algılayış biçimini, sosyal destek ve ilişkilerini, aile yaşantısını ve romantik ilişkilerini etkileyeceği düşüncesinden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Bireyler olgunlaştıkça ve birer yetişkin haline geldikçe; destekleyici arkadaşlıklar ve romantik ilişkiler gelişimin tanımlayıcı özellikleri olarak kendini gösterir. Bu dönemde başarılı olan genç yetişkinler; istikrarlı, birbirini önemseyen ve tutarlı ilişkiler kurabilirken, başarısız olanlar; izole, depresif ve yalnız hissetmeye yatkındır. Genç yetişkinlikte ve ergenlikte teşhisi onaylanan kanser tanısı, erken yaşta bu süreçleri örseleme riski taşımaktadır. Sağlık çalışanları, ruh sağlığı uzmanları ve kanser hastasının yakınları bu konularda destekleyici ve olumlu ve güven verici yaklaşım sergilediklerinde, gençlerin mental hastalıklara karşı direnci de artmaktadır (Park & Rosenstein, 2015; Ritchie, 2001).

Kanser hastalığının tedavisinde sıklıkla kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de kemoterapidir. Kemoterapi, prognoza sağladığı olumlu katkıların yanında zaman zaman istenmeyen komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Kemoterapinin en önemli yan etkilerinden bazıları; lökopeni, anemi ve trombositopeni hastalar için oldukça rahatsız edici olabilmektedir. Ayrıca saçlarda dökülme, bulantı ve kusma kemoterapinin yol açabileceği fiziksel yan etkilerden bazılarıdır. Uygulanan kemoterapi neticesinde görülen bu istenmeyen komplikasyonlar, hastalarda; depresyon, anksiyete bozukluğu, ağrı, fertilite ve seksüel fonksiyonlarda bozukluk, yorgunluk gibi ruhsal birtakım örselenmelere yol açabilmektedir. Kişi hem psikolojik olarak hem de sosyal açıdan yalnız hissedebilir, benlik değeri ve gelecek planları sarsılabilir (Burish & Redd, 1994; Kizilci ve ark., 1999; Ruckdeschel ve ark., 1994).

Kanserin tedavi sürecinin yaşam kalitesine olan etkisi üzerine yapılan araştırmalar hastaların büyük bir çoğunluğunda depresyon belirlenmiştir. Kanser hastalığının tedavi sürecinde, bu sürecin; bir yıldan fazla sürmesinin, hastanın 60 yaş üzeri olmasının, bekar/dul olmasının ve metastazı olmasının; mental sağlığı, yaşam kalitesini ve depresyonu olumsuz etkilediğini gösteren kanıtlar da mevcuttur (Demir Göl & Hacihasanoğlu, 2017).

Kanser hastalarıyla ilgili bir diğer mental konu ise tedaviyi reddetme eğiliminde olmalarıdır. Kanser hastaları, gerek tedavi sürecinin kimi zaman uzun ve zorlu olması kimi zaman toplumsal nedenlerden dolayı bu konuda diğer kronik hastalıklardan biraz daha fazla öne çıkmaktadır. Kanser hastalığında tedavi reddi pek çok farklı sebepten kaynaklanabilir. Bu sebepler;

* **İntrapsişik sorunlar** (*korku, inkar, kaygı, travmatik tedavi öyküleri*),
* **Kişilerarası sorunlar** *(ailesel, sosyal çevre ve tedavi verene karşı duyulan güvensizlik),*
* **Medikal sisteme karşı güvensizlik** *(kaygılı insanlarda daha sık, teşhis ve tedavinin güvenirliğini sorgulama)*,
* **Psikiyatrik sorunlar** *(deliryum, bunama, depresyon, psikoz)* şeklinde sıralanabilir (Dawson & Bloomer, 1982; Goldberg, 1983).

Hastanın tedaviyi reddetme düşüncesi olduğunda konuda tedaviyi sağlayacak olan sağlık; ani tepkiler vermemeli ve anlayışlı olmalıdır. Sağlıkçılar tedavi reddiyle karşılaştığında, hızlı karar almamalı, süreç değerlendirilmeli ve hastanın baş etme mekanizmalarını araştırmalıdırlar (Goldberg, 1983). Liyezon psikiyatrisi, konsültasyon ve psikoterapi, hem onkoloji uzmanları hem de kanser hastaları ve yakınları için tedavi sürecinin daha kolay geçmesi açısından elzemdir.

**2.3.2. Kronik Böbrek Hastalıkları**

Kronik böbrek hastalıkları (KBH), böbreğin işlevini ve bütünlüğünü tehdit eden heterojenik hastalıklar için kullanılan bir terimdir. Genel olarak böbrek yetmezliği ve böbrek kaybı, bu tür kronik hastalıkların en ciddi varyasyonlarını oluşturur (Tangri ve ark., 2011).

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, KBH ile yaşlılık, diyabet, hipertansiyon, obezite ve kardiyovasküler hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Ayrıca KBH; kırmızı ve beyaz kan hücrelerinin üretimi, organ anomalileri gibi genetik nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (Levey & Coresh, 2012).

KBH 2016 yılında 850 milyondan fazla insanda görülmüştür. Bunun yanında, 2015 yılında yaklaşık 1.2 milyon kadar ölüme neden olduğu düşünülmektedir. KBH prevelansı yaşlılarda dramatik bir artış göstermekle birlikte bunun nedeni olarak yaşlılıkta artan diyabet ve hipertansiyon gösterilmektedir (Bikbov ve ark., 2018; Levey & Coresh, 2012; Wang ve ark., 2016).

Kronik böbrek hastalarının mental durumları ile ilgili yapılan çalışmalar, çoğunlukla hastanede uzun süreli hemodiyaliz tedavisi gören insanları kapsamaktadır. KBH’nın getirdiği semptom yükü ve komplikasyonlar, insanlarda majör depresif bozukluk belirtilerinin ortaya çıkmasında büyük (4 kat) rol oynamaktadır (Zalai ve ark., 2012).

KBH’nın erken aşamalarında insanların genellikle depresif ve anksiyöz olduğu gözlemlenmiştir. Bu duygu değişimlerinin sebebi olarak, hastaların kendilerini artık sağlıklı değil hasta olarak kimliklendirmeleri, tedavi sürecinden korkmaları, hastalığın gidişatının belirsizliği ve sağlık sistemiyle ilgili olumsuz yaşantıları gösterilmiştir (Tong ve ark., 2009).

Kronik böbrek hastaları, hastalığın tanısından sonra erken aşamada psikolojik stres ve örselenme yaşayabilmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğu zaman geçtikçe bu strese adapte olmaktadır fakat en az dört kişiden biri KBH tedavisinin herhangi bir sürecinde klinik depresyonla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Nitekim hastaların ve yakınlarının, tedavi sürecinde daha hafif depresif semptomlar gösterdiği

ve yaşam standartlarının azaldığı bildirilmiştir. KBH ve depresyon; biyolojik, sosyolojik ve psikolojik risk faktörlerini paylaşmaktadır (Zalai ve ark., 2012). Bu risk faktörlerinin de tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi, psikolojik dayanıklılığın ve sosyal desteğin güçlendirilmesi, KBH tedavisinin rutini haline getirilmelidir ve multidisipliner yaklaşımlarla hastaların yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalıdır.

KBH tedavi sürecinde, hemodiyalize giren hastalar ile konservatif tedaviler uygulanan hastalar arasında yapılan çalışmada psikopatolojik olarak anlamlı bir fark bulunmamış fakat tedavi süreci uzadıkça hemodiyaliz tedavisi görenlerde çeşitli davranış değişikliklerine yol açtığı belirtilmiştir (Şentürk ve ark., 2000). Ayrıca böbrek transplantasyonu yapılan KBH hastalarının, hemodiyaliz tedavisi gören hastalara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu gözlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisinin istenmeyen yan etkilerinin; kişilerin çalışma kapasitesini düşürmesi, cinsel yan etkileri ve fiziksel aktivitenin azalması gibi şekillerde ortaya çıkması tedavi sürecini zorlaştırarak ve hastanın ruhsal durumunu etkileyen diğer faktörler olarak belirtilmiştir (Gelder ve ark., 1989; Rundell & Hall, 1997).

Yıldırım’ın (2013) ülkemizde yaptığı çalışmada, hemodiyaliz hastalarının anksiyete, depresyon ve emosyonel temsillerinin yüksek derecede olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olan hastaların, bilgiye sahip olmayan hastalara göre daha az anksiyete ve depresyon düzeyinde olduğu gözlenmiştir. Hastalığın seyri ve tedavi süreçlerinde hastaların yeteri kadar bilgilendirilmemesi belirsizlik doğurabilir. Belirsizlik halleri kaygı gibi olumsuz birtakım duyguların tetikleyicisi olabilir. Hastalıklarıyla ilgili yetersiz bilgiye sahip olan KBH ve hemodiyaliz hastalarının, anksiyete düzeylerindeki artışın nedeninin, yüksek ihtimalle sözü edilen bu faktörden kaynaklandığından söz edilmiştir (Yildirim ve ark., 2013; Polaschek, 2003).

KBH konusunda hastanın ve hasta yakınlarının; hastalık, tedavi süreci ve hastalığa uyum konusunda bilgilendirilmeleri ve gerektiğinde psikolojik destek almalarının, hastalığın ve tedavinin seyri açısından, sağaltım sürecinde hastaya ekstra motivasyon sağladığı da ortaya konmuştur (Yildirim ve ark., 2013).

**2.3.3. Kronik Kardiyovasküler Hastalıklar**

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada her yıl en az yaklaşık 18 milyon insanın ölümüne neden olarak, en çok ölüme sebep olan hastalıktır (WHO, 2021). Kronik kardiyovasküler hastalıklar (KKH); kronik kalp yetersizliği, arter damarlarının tıkanıklığı, kalp ve kalp kası anomalileri, hipertansiyon gibi pek çok farklı hastalığı içerisinde barındırmaktadır. KKH, ölüm riski ve yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda konuyla ilgili çok sık araştırma yapılması ve alandaki verilerin sürekli kendini güncellemesi bilimsel ve metodolojik açıdan oldukça verimlidir.

KKH tedavisinde farmakoterapi, cerrahi müdahale gibi yöntemler kullanılmaktadır. KKH her zaman tam olarak tedavi edilemese de, hastalığa sahip insanların yaşam süresi gelişen teknoloji sayesinde geçmişe göre uzamaktadır. Örneğin Dowaidar (2021), yapmış olduğu çalışmada, miRNA tedavi yöntemlerinin KKH tedavisinde kullanımının geleneksel tedavi yöntemlerinin yanında rol oynayabileceğinden söz etmiş ve bu yöntemle hastalığın mortalitesinin azaltılabileceğinden bahsetmiştir (Dowaidar, 2021).

KKH’nın yol açtığı mental sorunlar arasında anksiyete düzeyinin arttığına dair pek çok çalışmada tutarlılık gösteren veriler mevcuttur. Örneğin İlhan’ın (2019) yapmış olduğu, örnekleminin kalp yetmezliği ve hipertansiyon hastası olan bireyleri içeren çalışmada; sosyal güvencesi olmayan, hastaneye son altı ayda daha sık başvuran, komorbid hastalığı olan, kalp yetmezliği evresi yüksek olan, diüretik ilaç kullanan, egzersiz yapmayan kişilerin anksiyete düzeylerinde bir artış gözlenmiştir (İlhan, 2019). Yine bir başka çalışmada Aydoğan (2012), hipertansiyon hastalarının anksiyete seviyelerinin, kontrol gruplarına göre artmış olduğunu belirtmiştir. (Aydoğan ve ark., 2012). KKH’ındaki anksiyete elevasyonunun nedeni olarak Pırıldar (2003), hastaların sürekli olarak kan değerlerini ve bedensel semptomlarını takip etmeleri ve ani bir atak geçirmekten korkmaları kaynaklı olduğunu belirtmiştir (Pırıldar, 2003).

Şüphesiz stres ve diğer mental problemler kronik hastalıkların seyrini kötüleştirmektedir, bununla birlikte bu komorbidite halinin hasta için en tehlikeli şekillerinden biri de anksiyete, stres bozukluğu ve KKH’nın birlikte görülmesidir. Psikolojik stres kavramının kronik hastalıkların seyrindeki negatif etkisi, farklı lokasyonlar ve zamanlarda yapılan pek çok farklı çalışmada tutarlı verilerce kanıtlanmıştır (Figueredo, 2009; Rutledge ve ark., 2001; Yan ve ark., 2003). Bu negatif etkinin yanında stresin getirdiği birtakım olumsuz duygular, düşünceler ve davranışlar hastalığın seyrini özellikle KKH bağlamında kötüleştirmektedir. Akut ve kronik stresörler, düşmancıl davranış ve düşünce kalıbı, anksiyete bozukluğu ve depresyon bozukluklarının KKH’nın hastalığının seyrini kötüleştirdiği, tedaviyi zorlaştırdığı, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmiştir (Goble & Le Grande, 2008; Menezes ve ark., 2011).

Depresyon ve kronik kalp hastalıklarının aynı risk faktörlerini de taşıdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; fetal gelişim dönemindeki eksiklikler ve çocuklukta kötü muamele (eziyet, şiddet, hırpalama), enflamasyon regülasyonunu da beraberinde getirir. Aslında bu fikir David Barker’ın (1993) ortak sebep (veya diğer adıyla fetal programlama) hipotezine dayanmaktadır. Düşük ağırlıkta doğum, fetal evrelerdeki birtakım eksikliklerin yordayıcısıdır (Barker ve ark., 1993). Düşük ağırlıkta doğum ile çocuklukta kötü muamele görmek, ilerleyen yaşlarda; azalmış enflumatuvar tepkisine (Tzoulaki ve ark., 2008), depresyon (Li ve ark., 2016) ve koroner kalp hastalıklarına (Barker, 1995) neden olmaktadır.

Görüldüğü üzere depresyon ile KKH arasında bir komorbidite olduğunu gösteren çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Bu durumun nedeni çoğunlukla iki hastalıkta da paylaşılan ortak çevresel hastalık yapıcı faktörler olarak gösterilmiştir. Sözü edilen faktörlerin değişimi; hastalıkların tedavi sürecinde ve hastalıkların önlenmesinde, hem hastaların hem de sağlık uzmanlarının hastalıkla mücadele çalışmalarında işlerini kolaylaştırmaktadır.

**2.3.4. Kronik Nörolojik Hastalıklar**

Kronik nörolojik hastalıklar; içerisinde epilepsi, multipl skleroz, fibromiyaji sendromu, parkinson hastalığı, demans, serebral palsi, inme ve migren gibi pek çok farklı tanıyı ve tedavi sürecini barındıran kronik hastalık grubuna verilen genel ismidir. Kronik nörolojik hastalıkları, kişiye hayati tehlikeler getirmekle birlikte, büyük ölçüde yaşam kalitesinin (*Quality of Life*) düşmesine yol açmaktadır (Taşkapilioǧlu & Necdet, 2013; Yaşar ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu çalışmada, nörolojik bozuklukların dünyada her yıl en az 1 milyar insanı etkilediği dile getirilmiştir. Ayrıca nörolojik bozuklukların her yıl 7 milyonu geçen sayıda ölüme sebep verdiği de bilinmektedir. Bununla birlikte; gelişmemiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkelerde, nörolojik bozuklukların insanların yaşam kalitesini fazlasıyla etkilediği ve gelişmiş ülkelerdeki tedavi yöntemlerine göre gelişmemiş ülkelerdeki tedaviye erişim kısıtı nedeniyle mortalite ve morbidite oranlarının artmış olduğu bildirilmiştir. Afrika’nın çeşitli yerlerinde görev yapmış olan Dr. Chan; Birleşmiş Milletler röportajında epilepsi tedavisi için*, “Tedavide yüksek işevsellik sağlayan düşük maliyetli ilaçlar bile kullanılamıyor, Afrika’da her 10 epilepsi hastasından 9’u tedavi edilemiyor”* ifadelerini kullanmıştır (WHO, 2007).

Gençler ve çocuklarda görülen nörolojik hastalıklar, fiziksel olarak hastalığı olmayan gruplara göre %60 daha çok mental bozukluklara sebep olmaktadır. Ayrıca bu sekonder gelişen mental bozukluklara sahip olan gençler ve çocukların %60’ı herhangi bir ruh sağlığı uzmanına danışmamaktadır ve hastalığın doğal işleyişi olarak kabul etmektedir (Ott ve ark., 2003). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada; kronik nörolojik hastalıklar ile depresyon ya da anksiyete komorbiditesinin, hastalığın gidişatını ve prognozunu kötüleştirdiği, işlevselliği azalttığı, yaşam kalitesini düşürdüğü, daha yüksek bakım yükümlülüğü ve bakım verene daha çok sorumluluk yüklediği bildirilmiştir (Armstrong ve ark., 2014; Chen & Marsh, 2014; Duncan ve ark., 2014; Starkstein & Merello, 2002).

Nöroloji kliniklerinde tedavi gören hastaların, yüksek riskte depresyon ve kronik ağrı çekme risklerinin olduğundan bahseden çalışmalar da mevcuttur. Ayrıca

bu durumun, nörolojik hastalıklarının kronik doğasından, nöromüsküler ağrılara sebep olmasından ve çoğunlukla baş ağrısından kaynaklandığı bildirilmiştir (Fishbain ve ark., 1998). Ayrıca Willaims (2003), yürüttüğü çalışmalarda ağrı ile depresyon arasında kuvvetli bir korelasyon olduğunu saptamıştır, Yine aynı çalışmada nöroloji uzmanlarının tedavilerinde fiziksel semptomlara yönelik yöntemler uyguladığı, depresyon için gerekli tanı ve tedavi konsültasyonunu ikinci planda tuttuğu gözlemlenmiştir. Fakat bu durum Rost’un (2000) ortaya koyduğu; hastaların somatik tedavilerini, emosyonel tedavilerinden daha öncelikli bir yere koymaları durumuyla tutarlılık göstermektedir (Rost ve ark., 2000; Williams ve ark., 2003). Hastanın emosyonel yanıtları ve ruh sağlığı durumu, somatik semptomların yanında tedavi veren uzmanın daha dikkatli ve tedbirli olmasını gerektiren, hastalığın prognozunu kolaylaştırıcı etmenler olarak nitelendirilmektedir.

Sekonder olarak mental bozukluğa yol açan kronik hastalıklar bağlamında, en önde gelen kronik nörolojik hastalıkların; psikoz, dürtü kontrol bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi geniş bir sağlık spektrumunda incelenmesi gerekmektedir. Bu sebep dolayısıyla aşağıda sekonder mental bozukluğa yol açan ve önde gelen nörolojik hastalıklar ayrı ayrı incelenecektir.

**2.3.4.1. Parkinson Hastalığı**

Parkinson hastalığında en sık görülen mental bozukluk depresyon olarak gözlenmiştir, ayrıca bu komorbidite hali en az %40 olarak belirtilmiştir. Parkinson hastalığında görülen depresyon halinin, diğer depresif bozukluklara nazaran daha yüksek kaygı ve kendisini daha suçlayıcı bir halde seyrettiği gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, bu komorbiditeye sahip hastaların yarısının distimi yarısının da majör depresif bozukluk tanılarını karşıladığı saptanmıştır (J. L. Cummings, 1992).

Nitekim bir başka araştırmada, depresif bozukluklara sahip Parkinson hastalarının, depresif bozukluğa sahip olmayan Parkinson hastalarına göre frontal loblarında disfonksiyonlar gözlenmiş, nöradrenajik ve dopaminerjik sistemlerininde dejenerasyonlar gözlendiği bildirilmiştir (Marsh, 2013).

Özellikle ilerlemiş Parkinson hastalığında, kişileri etkileyen bir diğer mental bozukluk ise psikozdur. İlerlemiş Parkinson hastalığında %40 psikoz olgusu ve Parkinson tedavisinin ilk aşamalarında ilaç kaynaklı %4 - 16 arasında psikoz olgusu gözlenmiştir (Poewe, 2003). Görsel halüsinasyonlar, delüzyonlar ve deliryum tablosu parkinson hastalığının getirdiği psikotik alevlenmenin en sık rastlanan halleridir (Burghaus ve ark., 2012). Tedavi sürecinde zorluklar çıkartan bu durum, antiparkinson ilaçların azaltılmasını ve hastanın reçetesine atipik antipsikotiklerin eklenmesini gerektirebilir. Parkinson hastalığının özellikle ilerleyen evrelerinde görülen psikoz, pek çok farklı değişken ile açıklanmıştır. Bunlar; Parkinsonizm tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, Parkinson hastalığında sık görülen uyku bozukluğu ve Parkinson hastalığının insanların yaşlanma döneminde ortaya çıkması şeklindedir (Poewe, 2003). Uyku bozukluğunun neden olduğu halüsinasyonlar Charles-Bonnet sendromuyla ilişkili olabilir (Manford & Andermann, 1998). Pappert ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada, Parkinson hastalığına sahip ve görsel halüsinasyonlar yaşayan insanların %82’sinin aynı zamanda bir uyku bozukluğuna da sahip olduğunu bildirmişlerdir (Pappert E. ve ark., 1998). Ayrıca; Parkinson hastalığının ilerleyen yaşlarda daha sık ortaya çıkması, bu hastalıkta psikoz olgularının daha yüksek olması ile; ilerleyen yaş-halüsinasyon görülme sıklığı arasında bir nedensellik ilişkisi de olabilir. İlerleyen yaşın; depresyon, sosyal izolasyon, bilişsel bozulmalar, demans ve halüsansyonların bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Aarsland ve ark., 1999; Fénelon ve ark., 2000; Poewe, 2003).

Patolojik kumar, kompulsif alışveriş, kompulsif cinsel davranışlar ve yeme bozuklukları Parkinson hastalığında sık rastlanan dürtü kontrol bozuklukları olarak nitelendirilmektedir. Dürtü kontrol bozukluğuna sahip bireylerin %13.6’sını Parkinson hastaları oluşturmaktadır (Weintraub ve ark., 2010). Bu iki hastalık arasındaki korelasyonun nedenleri; dopaminerjik terapi, genç yaşta hastalık, alkol/sigara/madde bağımlılığı, dürtüsellik, karar verme mekanizmalarındaki bozulmalar ve depresif duygudurum ile açıklanmaya çalışılmıştır. Ayrıca genç yaşta parkinsonizm, diskinezi ve alkolizm birleşiminin birden fazla dürtü kontrol bozukluğuna yol açma ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Isaias ve ark., 2008; Voon ve ark., 2011).

Parkinson hastalığı ile intihar davranışı arasında alan yazında fazla çalışma olmamasına karşın, var olan çalışmalar intihar davranışı ile Parkinson hastalığı arasında pozitif bir korelasyon olabileceği yönünde görüş birliği içerisindedir. Bu durumun nedeni, hem Parkinson’un kronik seyri hem de hastaların yaşlarının ortalamasının yüksek olması ile açıklanmaya çalışılmış ve bu konuda daha kapsamlı araştırma yapılması önerilmiştir (Y. Chen ve ark., 2021; Nazem ve ark., 2008).

**2.3.4.2. Epilepsi**

Yapılan araştırmalar sonucunda, epilepsi hastalığında en sık karşılaşılan psikiyatrik komorbiditeler; psikoz, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve davranışsal problemleri içermektedir (Gaitatzis ve ark., 2004). Bu veriyle birlikte, epilepsi hastalığında en sık karşılaşılan mental bozukluğun majör depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (Fiest, 2014). Nitekim anksiyete bozuklukları da epilepsi hastalarında sıkça karşılaşılan diğer bir komorbidite olarak gösterilmiştir (Hamid ve ark., 2011; Hingray ve ark., 2019).

Özellikle 21. yüzyılda yapılan çalışmalarda (*Çoğunlukla daha önce bu alanda yapılan çalışmalarda intihar oranları yaygın olarak değerlendirilmemiştir*); epilepsi hastalarında intihar oranlarının artış gösterdiği, intihar düşüncelerine sahip olduğu ve intihar girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur. Epilepsi hastalığı, intihar davranışı için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Bu veri, epilepsi hastalarının yaşam sürelerinin kısalmasının bir başka yordayıcısı olabilir. Bu alanda çalışan sağlık uzmanlarının, artan intihar oranlarını göz önünde bulundurarak mutlaka bir ruh sağlığı uzmanıyla da tedaviyi yürütmesi önerilmektedir (Jones ve ark., 2003; Pompili ve ark., 2005; Tellez-Zenteno ve ark., 2007).

Çocukluk çağında epilepsinin, yetişkinlik çağındaki epilepsi hastalığına göre daha örseleyici ve büyük etkileri vardır (Gaitatzis ve ark., 2004; Pellock, 2004; Swinkels ve ark., 2005). Çocukluk çağında epilepsi ve hastalığın tedavisinde kullanılan anti-epileptik ilaçlar, birtakım mental dejenerasyonlar yol açabilmektedir. Bu bozulmalar; otizm, gelişimsel bozukluklar, migren, depresyon/anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu şeklinde kendisini göstermektedir (Pellock, 2004).

**2.3.4.3. Diğer Kronik Nörolojik Hastalıklar**

**Fibromiyalji sendromu**; kronik yaygın iskele-kas sistemi ağrıları tablosu şeklinde kendisini gösteren ve kadınlar ile yaşlılarda daha sık olmak üzere toplumun genelinde görülebilen bir sendromdur (Goldenberg, 1999). Fibromiyalji sendromunun; majör depresif bozuklukla ilişkili olduğunu kanıtlayan, semptomları ve hastalığın ilerleyişi neticesinde birbiriyle benzer risk etmenlerini taşıdığını gösteren birbirleriyle tutarlı çalışmalar mevcuttur (Buskila & Cohen, 2007; Gracely ve ark., 2012). Fakat bu konuda iki taraflı görüş ayrılığı bulunmaktadır;

Bu teorilerden biri; fibromiyalji sendromunun doğal olarak getirdiği ağrı ve yaşam kalitesi düşüklüğünün, depresyonun yordayıcısı olduğudur. Bir diğer teori ise majör depresif bozukluğa sahip bireylerin fibromiyalji sendromuna yakalandıkları, depresif duygularını ve düşüncelerini bedenselleştirdikleri görüşüdür (*klasik psikosomatik teori*). Ancak fibromiyaljili hastaların depresyon tanısı göstermeyen örnekleri ve ağrının zamansal değişken ilişkisi, psikosomatik teoriyle çelişkili gözükmektedir (Goldenberg, 1999).

Ayrıca fibromiyalji sendromuna sahip kadınlar üzerine yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları ve özellikle hastalığın getirdiği ağrı duyusuyla birlikte azalmış fiziksel aktivite belirtileri göstermiştir. Fibromiyalji sendromunun obeziteye yol açtığını gösteren çalışmalar (Ursini ve ark., 2011), hastalığın yol açtığı azalmış fiziksel aktivite gibi semptomlara karşı, sağlık uzmanlarının daha dikkatli olmalarını, önleyici müdahalelerde bulunması gerektiğini göstermektedir.

Dünya insan nüfusunda görülen bir başka kronik nörolojik hastalık ise **migren**dir. Migrenin yaşam boyu prevelansı % 9.7-16.4 arasındadır (Woldeamanuel & Cowan, 2017). Migrenin altında yatan sebepler karmaşıktır ve hastalığın kapsadığı klinik ve subklinik bulgular, hastalığın kompleks hastalık terimi almasına sebep olmuştur (Van De Ven ve ark., 2007). Migren hastalığında komorbidite olarak; kardiyovasküler hastalıklar, inme, epilepsi ve psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Araştırmanın konusu olan psikiyatrik bozuklukların içerisinde en yaygın görülenleri; öncelikli olarak anksiyete (Senaratne ve ark., 2010) ve depresyon (Hamelsky & Lipton, 2006) olarak belirtilmiştir. Bahsedilen bu psikiyatrik tablolar migrene eşlik ettiğinde, yaşam kalitesi (*Quality of Life*) endekslerinde bariz bir düşüş gözlenmiştir (Jette ve ark., 2008; Taşkapilioǧlu & Necdet, 2013).

Ayrıca genç yetişkin örneklemleri üzerine yoğunlaşan çalışmalarda, migren hastalarının; illegal ve aşırı ilaç kullanımı, nikotin ve uyuşturucu madde bağımlığı, intihar düşünceleri gibi özellikle kendi beden sağlıklarını tehlikeye sokacak yöntemlere başvurduğu gözlemlenmiştir (Elkind, 1991; Friedman ve ark., 2017; Langemark & Olesen, 1984; Yasar ve ark., 2013). Migren hastalığının genellikle uzun süreli ve semptomalojik tedavileri içerdiği göz önünde bulundurulduğunda, disiplinler arası yardımlaşma ve hastaların psikiyatrik durumlarının kontrol edilmesi; prognozu, hem tedavi alan hem de tedavi veren uzman açısından kolaylaştıracak ve hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır.

Kronik hastalıklar bağlamında yaşanan psikiyatrik komorbiditeler genellikle hastalığın primer olarak getirdiği ağrı, yorgunluk, umutsuzluk ve sürekli hastalık hissi gibi süreçlerden kaynaklanmaktadır. Fakat **serebral palsi** gibi hastalıklarda bu durum genellikle sosyolojik dışlanma ve zorbalık gibi dışsal nedenlerden de kaynaklanabilir.

Serebral palsi hastalığı çocuklarda engellilik halinin en önemli sebebidir ve bireylerin yaşamlarını uzun süreli etkilemesi açısından kronik özellikler taşımaktadır (Oskoui ve ark., 2013). Serebral palsi hastalarında, motor disfonksiyonlar, apraksi, uyku bozukluğu gibi haller mental sağlığı örselemektedir (Whitney ve ark., 2019). Serebral palsi hastası çocukların; sosyal olarak interaktif olan ve zorbalığa maruz kalmayan grubu, daha az kronik ağrı ve daha yüksek işlevsellik gösterirken; özellikle dışlanan ve zorbalığa maruz kalan gruplarda prognoz daha kötü seyretmektedir (Dawkins, 1996; Whitney ve ark., 2019). Bu nedenle, serebral palsi hastası çocukların sosyal ve fiziksel olarak daha aktif olması, akranları ile iletişimde kalması hem hastalığın prognozu hem de hastanın mutluluğu açısından önem arz etmektedir. Serebral palsi hastalığının tedavi sürecinde mutlaka disiplinler arası yardımlaşma ön planda tutulmalı ve hastanın mental sağlığı göz ardı edilmemelidir.

**2.3.5. Kronik Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları**

Kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları; engellilik, fiziksel bozulma ve yüksek sağlık harcamalarını beraberinde getiren yaygın bir hastalık türüdür. En yaygın kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları; osteoporosis ve ilişkili hastalıklar, myastenia gravis (*kimi kaynaklarda nörolojik bir hastalık olarak addedilir*), kronik bel ağrısı ve kronik eklem rahatsızlıklarıdır (McBeth & Jones, 2007).

Dünyada 1.7 milyar insanda kas-iskelet sistemi hastalıkları vardır ve bu hastalıkların çoğu kronik özellik taşımaktadır. İnsanların ortalama yaşı yükseldikçe hızla yükselen kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarının ilerleyen yıllarda daha da yaygın bir hale geleceği öngörülmektedir (Flynn & Mercer, 2018).

Kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarına sahip insanlar üzerinde, intihar davranışı ve düşünceler üzerine yapılmış çalışmalar da vardır. Örneğin Finlandiya’da yapılmış bir çalışma, kronik bel ağrısı çeken insanların, kontrol grubuna göre artmış intihar düşünceleri ve kendine zarar verici davranışları olduğu, ilaç kötüye kullanımı olduğu yönünde bir araştırma mevcuttur. Şiddet içermeyen, ilaç toksikasyonu gibi yöntemlerle intihar eden bu hastalar, özellikle ilerlemiş yaşta gelişen kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları neticesinde, ilaç ve analjezik madde erişiminde bir engel yaşamamaktadır (Löfman ve ark., 2011). Bu nedenle, kas-iskelet sistemi hastalıkları tedavilerinde, hastanın düşünce ve davranışları dikkatle izlenmeli; tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar özenle seçilmeli ve intihar ihtimalinin kronik ağrı yaşayanlarda arttığı gözden kaçırılmamalıdır.

**2.3.5.1. Osteoporoz**

Osteoporoz (*Osteoporosis*), kemik densititesinin azalması ve böylece kemiklerin kırılmaya karşı duyarlılığının artması şeklinde seyreden kronik bir kemik hastalığıdır. Osteporosis hastaları çoğunlukla kadınlar ve yaşlılardır, ayrıca bu hastalığın neticesinde gerçekleşen kırıkların tedavi süreci de oldukça zorlayıcı olmaktadır (Pouresmaeili ve ark., 2018). Kırık yaşayan bireylerin %15-35 kadarı bir yıldan daha uzun süre bakıma bağımlı hale gelmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir (Lau, 2005). Nitekim osteoporosis hastası insanlarda yaygın görülen kalça kemiği kırılmalarında, mortalite ve morbidite riskinin en az %12-20 arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (S. R. Cummings ve ark., 1985).

Psikoloji-biyoloji arasındaki medikal şablonun gelişmesiyle birlikte, ortopedik hastalıklar ile psikoloji arasında ilişki bulmayı amaçlayan çalışmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Örneğin Çin Halk Cumhuriyetinde yapılan bir çalışma, hastaların psikolojisinin, osteoporosis hastalığının semptomlarının şiddetiyle ilişkili olduğunu, kemiklerin kırılganlık oranını, kemik sitokin tutarlılığını ve kemik geçiş indeksiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Hu ve ark., 2013).

Depresyon ve osteoporoz arasındaki ilişkiyi anlamak üzerine yapılan çalışmalar genellikle birbirleriyle tutarlı sonuçlar vermektedir. Depresyon, osteoporoz hastalarında sık gözlemlenen, hastaların yaşam kalitesini ve hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyen bir komorbidite halidir. Depresyon ve osteoporoz arasındaki ilişki; depresif hastaların kemik densitesinin ve miktarının azalacağı yönündeki hipoteze dayanmaktadır. Osteoporoz, sessiz ve uzun süreli ilerleyebilen bir hastalıktır. Bu hastalığa sahip olanların ve hatta farkında olmayanların ve daha osteoporoz tanısı almamış olanların dahi depresyon ölçeklerinde bir artış gözlemlenmiştir. Ayrıca Cizza ve arkadaşları (2001), depresyon ve osteoporoz üzerine yaptıkları çalışmanın sonucunda, osteoporoz ile depresyon arasındaki mekanizmada; depresyonun hiperkortizol durumuna yol açtığı ve kortizol artışının kemiklerin duyarlılığını arttırdığını (*cushing sendromu*), beyin kan dolaşım sisteminde etkili olan hormonların (leptin), her iki hastalık için de risk faktörü oluşturduğunu ve muhtemelen iki hastalığın genetik açıdan yatkınlaştırıcı etkenlerden biri olan fosfolipidlerin de rol oynadığını dile getirmişlerdir (Cizza ve ark., 2001). Yalnızca kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, osteoporoz hastası kadınların kontrol gruplarına göre yükselmiş depresyon ölçeklerinden bahsedilmiştir (Coelho ve ark., 1999). Bahsedildiği üzere, depresyon ve osteoporoz arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu gösteren çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Hastalığın prognozu, hastanın yaşam kalitesi ve tedavi sürecinin hem ruh sağlığı uzmanı hem de hasta için kolaylaşması açısından multidisipliner bir tedavi yaklaşımı önerilmektedir.

Ayrıca osteporosise sahip şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada, şizofreniye sahip erkeklerin, kontrol grubu osteporoz hastalarına göre kemik densitesinin daha düşük seyrettiği belirtilmiştir (Hummer ve ark., 2005). Psikotik hastalığa sahip yaşlılarda kemik metabolizmasının ölçülmesi açısından bu veri önem arz etmektedir ancak ilgili alanyazında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**2.3.5.2. Eklemlerle İlişkili Kronik Hastalıklar**

Eklemlerde iltihaplanma olarak tanımlanan eklemlerle ilişkili hastalıklar, eklemlerde şişme, ağrı, sertlik gibi klinik tablolarla kendini göstermektedir ve 100’den fazla hastalığın belirtisi olabilmektedir (S. R. Cummings ve ark., 1985). Depresyon skorları, kontrol gruplarına göre romatizmal eklem iltihabı hastalarında daha yüksek bulunmuştur (Bruce, 2008; Ehrlich, 1998; Schoen, 2003). Birbirleriyle tutarlı sonuçlar veren bu çalışmalar, romatizmal eklem ağrılarının ve kaynağı belirlenemeyen eklem ağrılarının somatizasyon kuramı çerçevesinde incelenebileceğini de göstermektedir. Sürekli ağrı ve acı, depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmektedir (Tsang ve ark., 2008). Uzun süreli ağrı ve demobilize hastaların ağrı regülasyonu için antidepresan ilaç kullanımı önerilmektedir ve ağrı çeken hastaların ilerleyen süreçte depresif bozukluklar geliştirebileceği belirtilmiştir, tersine depresyonun ağrıyı geliştirmesi de ayrıca mümkündür (Dharmshaktu ve ark., 2012; Tsang ve ark., 2008; Tunks ve ark., 2008).

Eklemlerinde kronik ağrılar yaşayan hastaların 15 yıl boyunca psikiyatrik olarak izlendiği bir çalışmada, hastaların en çok depresif semptomlar gösteriği, bununla birlikte psikotik ve organik beyin sendromu gibi mental problemlerin de gözlendiği ortaya konmuştur (Rimón & Laakso, 1984).

Eklemlerle ilgili kronik hastalıkların, insanların duygu durumuyla ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar olsa da epidemiyolojik olarak organik bir bozukluk olarak nitelendirilmektedir. Bu durum hastalarla yalnızca kas-iskelet sistemi üzerine uzmanlaşmış doktorların ilgilenmesine neden olabilmektedir. Kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları tedavilerinde sıklıkla; klinik depresyonun tanınması ve tedavisi, psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikoterapi müdahaleleri önerilmektedir.

**2.3.5.3. Myastenia Gravis**

Myastenia Gravis (MG), nöromüsküler yolları etkileyen, kronik bir oto-immün kas hastalığıdır. Sıklıkla kas gücü kaybı, solunum ve yutmada güçlük, diplopi ve pitozis gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. MG’in psikiyatrik açıdan uyum mekanizmalarının kullanılması sonucunda birtakım psikiyatrik bozukluklara yol açabildiği belirtilmektedir. MG ile komorbiditeye sahip bozukluklardan en sık karşılaşılanları genellikle anksiyete ve anksiyeteyle ilişkili bozukluklardır (Lundeen ve ark., 2004).

Hastalığı ilerleyişinde zaman zaman miyasteni krizleri görülebilmekte ve hastalarda görülen anksiyete hali bu durum ile ilişkilendirilmektedir. Miyasteni krizlerinde; solunum güçlüğü gibi yan etkiler, hastanın her an tetikte olmasına sebebiyet vermektedir (Kulaksizoglu, 2007). Miyastenili hastalar diğer nörolojik hastalıklar ile anksiyete bağlamında karşılaştırıldığında, MG’li hastaların daha yüksek anksiyete skorlarına sahip olduğu görülmüştür (Paradis ve ark., 1993).

Ayrıca MG’li hastaların, depresyon düzeyleri, gerek hastalığın kronik gidişatı, gerek zorlu tedavi süreci ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak, artış göstermektedir. Örneğin; 619 MG’li hasta üzerinde yapılan çalışmada, en sık karşılaşılan psikiyatrik problem depresyon olarak belirtilmiştir (Doering ve ark. ., 1993. akt. Kulaksizoglu, 2007).

Bu bilgiler ışığında myastenia gravis hastalığının, kişilerin emosyonel durumlarını olumsuz yönde değiştirebilen ve hastalığa dair bilişlerini etkileyen, anksiyete ve depresyona neden olabilen, çok yönlü ele alınması gereken bir hastalık olduğu söylenebilir.

**2.3.6. Kronik Metabolik ve Endokrinolojik Hastalıklar**

Kronik metabolik hastalıklar, genellikle 1 yıldan uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren, tedavi seçenekleri daha sınırlı kabul edilen hastalıklardır. Protein, yağ asitleri ve karbonhidrat gibi maddelerin, insan vücudundaki dönüşümleri sırasında meydana gelen bozulmalar sonucu ortaya çıkmaktadır. Kronik metabolik hastalıklardan en yaygın görülenleri; **diyabet (*diyabetes mellitus*), hipofiz bezi bozuklukları ve tiroid** hastalıklarıdır.

Dünya üzerinde 500 milyon kadar diyabet hastası bulunmakta ve bu sayının 2030’da % 25, 2045’de %51 oranında artacağı öngörülmektedir (Saeedi ve ark., 2019).

**2.3.6.1. Diabetes Mellitus**

Metabolik hastalıkların en yaygını olan diyabetin komplikasyonları; büyük ölçüde nöral ve vasküler alanda, hipergliseminin derecesine bağlı olarak, zarar görmesi ve bozulmasından kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklar tedavi edilmediğinde, uzun süreli komplikasyonlar arasında, nöropati, anjiyopati, organ ve dokuların işlev kaybı yer almaktadır (Lotfy ve ark., 2016).

Diyabet ve psikiyatrik hastalıklar, yüz yılı aşkın süredir birbirleriyle ilişkilendirilen sağlık kondisyonlarıdır. İngiliz nörolog Thomas Willis, 17. yüzyılda diyabetin, uzun süreli üzüntü ve depresyondan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Yaklaşık 70 yıl sonra İngiliz psikiyatrist Sir Hendeley Maudsley “*Pathologhy of Mind*” isimli kitabında, diyabetin akıl hastalığına sahip ailelerde daha sık gözlemlendiğinden bahsetmiştir (akt. Balhara, 2011). Bu spekülasyonlar haricinde, 1940-1950’li yıllara kadar psikiyatristler, şizofreni hastalarına “insülin-koma terapi” yöntemiyle tedavi uygulamaktaydılar (Saddock, 2015).

Günümüzde ise diyabet ve psikiyatrik bozukluk komorbiditesinin direkt ve indirekt bağlantıları daha net anlaşılmakta ve bu konuda daha sağlıklı bir yaklaşım benimsenmektedir. Balhara (2011) yaptığı çalışmada, psikiyatri ve diyabet örüntüsünün 5 farklı yol izleyebileceğini belirtmiştir. Bu yollar;

* İki hastalık da farklı şekillerde ve birbirlerini etkilemeden gelişebilir
* Diyabet hastalığı, psikiyatrik bir hastalığın patogenezine katkıda bulunmasıyla ortak olarak gelişebilir
* Depresyon ve şizofreni, diyabet hastalığının ortaya çıkmasında spesifik bir rol oynamakta ve risk faktörü olarak sayılmaktadır
* Hiperglisemik ve ketoasidoz atakları, psikiyatrik bir bağlamda sunulabilir (Örneğin panik atak)
* Psikiyatride kullanılan ilaçlar bağlamında, bozulan glikoz toleransı ve ilaçların yan etkisi olarak diyabet ortaya çıkabilir (Balhara, 2011).

Diyabet ve psikiyatrik bozukluklar bir arada bulunduğunda; yaşam kalitesinin bozulması, tedavi uyumunun azalması, hastane ziyaretlerinin ve hasta yatış oranlarının artması ve bakım maliyetlerinin artması nedeniyle tedavinin etkinliği azalmakta ve prognoz kötü etkilenmektedir; ayrıca Centorrino’nun (2009) yaptığı bir araştırma, diyabet ve psikiyatrik hastalıkların bir arada bulunması halinde bakım maliyetlerinin en az 2 kat arttığını göstermiştir (Cassidy ve ark., 1999; Centorrino ve ark., 2009; Jacobson ve ark., 1997; Medved ve ark., 2009).

Diyabet hastalığıyla komorbidite oranlarında en sık karşılaşılan hastalıklardan biri **alkolizm**dir. Diyabet hastaları arasında alkol kullanımının yaygın olduğunu gösteren çalışmalar vardır (S. J. Kim & Kim, 2012). Diyabet hastalarında alkol kullanımı; hiperglisemi riskini arttırmakta, diyabetik acil durumların fark edilmesini zorlaştırmakta, iki hastalığın da ortak komplikasyonlarından olan nöropati ve retinopati riskini arttırmaktadır (Balhara, 2011).

Pek çok kronik hastalıkta görüldüğü üzere, diyabet hastalığı ve **depresyon**un komorbiditesi diğer komorbidite durumlarına göre yüksektir. Diyabet hastalarında, genel popülasyona göre 2-3 kat daha fazla depresyon gelişme ihtimali söz konusudur (Engum, 2007). Bu iki hastalık arasında henüz tam olarak bir mekanizma ortaya konmamış olsa da, hipergliseminin depresyon atakları dönemlerinde arttığı ve yüksek dozda antidepresan ilaç kullanımının ilerleyen yaşlarda diyabet riski oluşturduğu bilinmektedir (Rubin ve ark., 2010).

Diyabet hastalarının, genel popülasyona göre 3 kat daha anksiyöz olma riski taşıdığı ve bu **anksiyete** halinin genellikle iğne fobisi ve hiperglisemik kriz kaygısı şeklinde görüldüğü bildirilmiştir. Diyabet ve anksiyete bozukluğuna sahip hastalarda, psikolojik tedavinin yüksek derecede prognoza olumlu katkı sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gözlemlenmiştir (Green ve ark., 2000; Saddock, 2015).

**Psikotik** hastalarda diyabet görülme prevelansı, diğer mental hastalıklarda diyabet görülme prevelansından daha yüksek bulunmuştur (Ward & Druss, 2015). Psikotik bozukluklar ile diyabet arasındaki ilişki; karmaşık ve multifaktöriyel bir temele dayanmaktadır. Tip-2 diyabet hastalığı için risk faktörleri (*obezite, hipertansiyon ve hiperlipidemi*), psikotik hastalığa sahip insanlarda daha sık görülmektedir. Bu durumu açıklayan hipotezlerden bir tanesi, psikotik hastaların işlevsiz diyetleri ve azalmış fiziksel aktiviteleriyle bağlantılı olduğunu savunmaktadır (Gupta & Craig, 2009). Belirtildiği üzere; psikotik hastalığa sahip olan bireylerde, diyabetin geleneksel risk faktörleri direkt veya dolaylı olarak beraberinde gelmektedir. Özellikle şizofreni bozukluğunda tanımlanan negatif semptomlar, diyabet ve metabolik hastalıkların gelişmesini/ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Ward & Druss, 2015). Ayrıca antipsikotik ilaçların kullanımı; kilo alımı, insülin direnci ve vücuttaki glikoz düzensizliği ile doğrudan ilişkilidir, sonuç olarak diyabet-psikoz komorbiditesinin sağaltımında uygulanacak ilaç tedavisinin dikkatlice seçilmesi, polimarfasiden kaçınılması ve metabolik bozukluklar için azaltılmış etkili ilaçların kullanılması önerilmektedir (Cohen, 2004; Medved ve ark., 2009b).

Diyabet hastalarının, umutsuzluk derecelerini ve **intihar** düşüncelerini gözlemleyen pek çok çalışma vardır, fakat bu çalışmalar zaman zaman birbirleri ile tutarsız sonuçlar verebilmektedir. Genel olarak intihar davranışı ile diyabetes mellitus hastalığı arasında direkt bir korelasyon/illiyet bağı bulunamamıştır ancak bu durum diyabetin intihar açısından risk faktörü olmadığı anlamına gelmemektedir (Pompili ve ark., 2009). Goldston ve ark. (1994); genç diyabet hastalarının, toplumun geri kalanından daha fazla intihar düşüncelerine ve girişimlerine sahip olduğunu belirtmiş, intihar düşünceleri olan hastaların tıbbi uyumsuzluklar gösterdiği gözlenmiş ve intihar girişiminde bulunanların “diyabetle direkt ilişkili intihar yöntemleri” kullandığı bildirilmiştir. Wibell ve ark. (2001); genç erkeklerin diyabete bağlı olarak daha yüksek intihar davranışı sergilediğini belirtmiştir. Fakat Quan ve ark. (2002); diyabet hastası yaşlıların, genel popülasyona göre daha fazla intihar davranışı sergilemediklerini belirtmiştir. Tseng (2004) ise, geniş örneklemli bir çalışma yapmış ve sonuç olarak diyabet hastalarının %0.8-0.14 kadarının intihar sonucunda hayatını kaybettiğini belirtmiştir (Goldston ve ark., 1994; Quan ve ark., 2002; Tseng, 2004; Wibell ve ark., 2008). Sonuç olarak, diyabet hastalığı, sınırlanmış fiziksel aktiviteye, kronik ağrı ve hastane ziyaretlerine ve çeşitli duygusal semptomlara neden olarak yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilmektedir. Özellikle genç ve erkek diyabet hastalarının intihar davranışı ve düşünceleri yönünden değerlendirilmesi, intihar davranışının önlenmesi açısından, bilimsel alan yazının hemfikir olduğu bir konudur.

**2.3.6.2. Endokrinolojik Bozukluklar**

Psikiyatrik morbidite ile hipofiz bezi disfonksiyonları arasındaki korelasyonu saptamaya çalışan pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar **hipopitüitarizm** özelinde, tedavi sürecinde kullanılan cerrahi ve radyoterapi müdahalelerinin etkilerini dışlamaya çalışmıış ve direkt hipofiz bezinin bozukluğuyla ilişkili veriler elde etme gayretinde bulunmuşlardır (Backlund ve ark., 1989).

Kısaca büyüme hormonunun salgılanmasındaki eksiklik olarak tanımlanan hipopitüitarizm hastalığı; çocuklarda psikolojik semptomların gelişmesine ve sosyal olarak işlevsiz kalmasına sebebiyet vermektedir (Rotnem ve ark., 1979). Yetişkinlerde ise hipopitüitarizm hastalığına sahip bireylerin mental sağlıkları, Lynch ve ark. (1994) tarafından diyabet hastalarının verileriyle karşılaştırılmış ve hipopitüitarizm hastalarının psikiyatrik morbidite düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Lynch ve ark., 1994). Ayrıca büyüme hormonu düzeyi ile duygu-durum bozuklukları ve deliryum arasında bir korelasyon olduğunu belirten çalışmalar da yapılmıştır. Bu mekanizma, nöradrenalinler ile büyüme hormonu arasındaki çift taraflı etkileşim hipotezine dayanmaktadır. Büyüme hormonu ile depresyon arasında bir bağlantı olduğuna dair kanıt sunan çalışmalar olsa da, daha yüksek örneklemli ve kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Jarrett ve ark., 1990; Lynch ve ark., 1994).

Hipopitüitarizm ile anoreksiya nervoza hastalığı bağlamında Magendantz ve Proger (1940), 3 farklı spesifik vaka üzerinde tartışmalar yürüttüğü, zamanının ötesindeki çalışmayla iki hastalığın komorbiditesinin mevcut olabileceği, erken dönem travmalarının ve genetik faktörlerin bu birleşimde rol oynayabileceğinden bahsetmiştir (Magendantz & Proger, 1940). Ayrıca hipopitüitarizm hastalığı ile düşük oksitosin seviyesi ilişkilendirilmiştir. Hipopitüitarizmde düşük oksitosin konsantrasyonu; azalmış empati yetenekleri, diğer insanların hareketlerini ve duygularını tanımlamada eksiklik gibi eksikliklerle birlikte kendini göstermiştir (Daughters ve ark., 2017). Hipopitüitarizm ile psikoz arasında bir bağlantı net olarak ortaya konamamıştır ancak psikozun direkt olarak hormonal eksikliklerden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Psikiyatrik semptomlar ile çeşitli endokrin eksiklikleri arasında bir korelasyon olduğunu belirten çalışmalar oldukça yaygındır. Ayrıca büyüme hormonu eksikliği tedavisinde antipsikotik ilaçların kullanılmasını öneren çalışmalar da mevcuttur. Fakat bu konuda hala tam olarak bir hipotez geliştirilmemiştir (Leigh & Kramer, 1984; Leo ve ark., 1998; Reus, 1986).

Kronik metabolik hastalıklardan bir diğeri de Cushing sendromudur. Bu sendrom; hiperkortizolizm ile ilişkilendirilir. Bu hastalık; hipofizyal mikroadenom ve adrenokortikotropik hormonun aşırı salgılanmasından kaynaklanmatadır. Kronik seyirli bir hastalıktır ve tedavi edilmediğinde yüksek derecede morbidite ve mortalite riski barındırmaktadır (Newell-Price ve ark., 2006). Cushing (1932) hastalığı ilk kez tanımladığında, bu sendromun psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olduğundan bahsetmiştir (Cushing, 1932). Psödö-Cushing sendromu; hiperkortizol durumunun, HPA eksenindeki bozulmalardan dolayı gerçekleşmediği hallere verilen isimdir. Psödo-Cushing sendromu ile psikosomatik bozukluklar arasında bir korelasyon olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar cushing sendromu hastalarının; alkolizm, anoreksiya nervoza, bulimiya, depresyon ve anksiyete düzeylerini kontrol gruplarına göre daha yüksek bulmuştur (Hatakeyama, 2014; Sawicka ve ark., 2013).

Cushing sendromu hastalarında nadiren psikoz vakaları bildirilmiştir. Kelly (1996), Cushing sendromunun psikiyatrik komorbiditelerine odaklanan çalışmasında 209 Cushing sendromunun 16’sında psikotik belrtiler gözlemlemiştir. Akademik literatürde genel örneklemli çalışmalardan çok, spesifik vaka incelemeleriyle karşılaşılmaktadır. Örneğin Gerson ve Miklat (1985), 37 yaşında bir kadının Cushing sendromundan sonra atipik psikoz atağı geçirdiğinden, Tang ve ark. (2000), 2 Cushing sendromu hastası kadının yine psikotik belirtiler gösterdiği vakalardan bahsetmiştir (Gerson & Miclat, 1985; Kelly, 1996; Tang ve ark., 2013). Cushing sendromuna bağlı psikoz geliştiren hastaların tedavisi genellikle zorlayıcı olmaktadır. Bu hastalık komorbiditesinde, antipsikotik ilaç yanıtı beklenen az ya da ilaç yanıtı olmamaktadır. Bu veriler ışığında, cushing sendromu ve psikotik hastalık komorbiditesinde; farklı tedavi yöntemleri önerilmekte ve psikokterapinin etkili bir yol olduğu savunulmaktadır (Bratek ve ark., 2015).

Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi, Cushing sendromunda da en sık karşılaşılan psikyatrik durumlar, duygudurum bozukluklarıdır (Lin ve ark., 2020). Bu durum, hiperkortizolizm kondisyonunun yaşam kalitesini düşürmesiyle alakalı olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca cushing sendromu büyük ölçüde tedavi edildiğinde bile, hastalığın neden olduğu mental problemlerin devam ettiği bildirilmiş ve çoğu vakada psikiyatrik tedaviye de devam edilmiştir. Nöro-bilişsel ve psikiyatrik semptomların uzun vadede gözlemlenmesi, ve tedavi edilmesi açısından bu veriler önem arz etmektedir (Bratek ve ark., 2015; Lin ve ark., 2020). Cushing sendromunun tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemden sonra, psikiyatrik hastalıklar alevlenebilmektedir. Bu nedenle operasyondan öncesinde ve sonrasında, anti-depresan ilaç kullanımı, bilişsel-davranışçı terapi ve liyezon psikiyatrisi önerilmektedir (Sonino & Fava, 1998).

Ayrıca Cushing sendromunun ve hiperkortizolün, kortizol hormonuna hassas olan beyindeki hipokampüs bölgesinde dejenerasyonlara neden olduğu bildirilmiştir (Sapolsky, 1985). Bu durum, cushing sendromu hastalarının çeşitli kognitif görevleri yerine getirirken zorlanmaları ve hafızayla ilgili problemler yaşamaları anlamına gelebilmektedir. Ragnarsson (2012), remisyondaki Cushing sendromu hastalarının, duygudurum bozuluğunun ve kronik yorgunluğun bir arada bulunmasıyla açıklanamayan bir bilişsel işlev bozukluğu olduğundan bahsetmiştir. Bu bulguya dayanarak,

Cushing sendromunun yol açtığı psikiyatrik bozuklukların yarattığı bilişsel işlev bozuklukları haricinde, bilişsel işlev bozukluklarında sendromun kendisinin organik bir dejenerasyona yol açtığı yorumunda bulunulabilir (Ragnarsson ve arkk., 2012)

**2.3.6.3. Tiroid Hastalıkları, Hashimoto Sendromu ve Guatr**

Tiroid hastalıkları; genel olarak tiroid bezlerinin ürettiği tiroid hormonlarıyla ilgili olan hastalıklara verilen genel isimdir. Normal bir tiroid hormonu, enerji kullanımının düzenlenmesinde kullanılır, fertilite ve çocukluk çağı gelişim mekanizmalarında rol oynar Genel olarak tiroid hastalıkları 5 alt başlık altında sıralanabilir. Bunlar; hipotiroidizm (tiroid hormonlarının eksikliği), hipertiroidizm (tiroid hormonlarının fazlalığı), fiziksel anomaliler (guatr), tümörler ve subklinik tiroid hastalıklarıdır (Bauer, 2013). Her bir hastalığın kendine özel semptomları ve tedavi süreçleri bulunmaktadır. Tiroid hastalıları, Amerikan Tiroid Örgütü (ATA) 2015 verilerine göre 20 milyon kadar ABD vatandaşında görülmektedir. Tiroid hastalıkları genel popülasyonun %10 kadarında yaygınlık göstermektedir. Tiroid hastalıkları için kadın olmak 5-8 kat ve yaşlı olmak bir risk faktörü olarak nitelendirilmektedir (ATA, 2021; Gharib ve ark., 2004; Villar ve ark., 2007). Hashimoto sendromu veya hastalığı, vücudun immün sisteminin, tiroid bezlerini bir tehdit olarak algılayıp saldırması durumu olarak belirtilir. Hashimoto sendromunun bilinen en büyük komplikasyonu, hipotiroidizmdir ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (Caturegli ve ark., 2014).

Hipotriodizm majör psikiyatrik sorunları beraberinde getirebilmektedir. Bu komorbidite halinin, diğer kronik hastalık-mental hastalık eşleşmesinden ayrılan özelliği, tiroid hastalarında en sık karşılaşılan mental bozukluğun **panik bozukluk** olmasıdır (Orenstein ve ark., 1988; Placidi ve ark., 1998) . Hipotiroidizmden sonra gelişen mental bozukluklarda panik bozukluğun ardından, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve özgül fobiler gelmektedir. Ayrıca hastalık tanısı konmadan öncesi ve sonrası özelinde yapılan çalışmalarda, hipotiroidi hastalığı teşhisi aldıktan sonra psikiyatrik morbidite riskinin önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir (Placidi ve ark., 1998; Thvilum ve ark., 2014).

Ayrıca tiroid hormonundaki anomaliler ile şizofreni spektrum bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasında güçlü bir bağlantı kuran çalışmalar da mevcuttur. Radhakrishnan (2013), yaptığı çalışmada şizofreni, şizoaffektif bozukluk, panik bozukluk ve affektif bozukluklara sahip olan insanların en az %30’unda tiroid hastalıkları olduğundan bahsetmiş ve tiroid hormonu seviyeleri ile bu hastalıklar arasında kuvvetli bir ilişki ortaya koymuştur (Radhakrishnan ve ark., 2013). Bu durum genel olarak tiroid hormonunun, nöro-gelişimsel dönemde büyük bir rol oynamasından, nöral ağlar, miyelinasyon, dentrit gelişimi ve sinapslarn formasyonunda etkili olmasından kaynaklanıyor olabilir (Dickerman & Barnhill, 2012). Psikotik hastalıklar ile tiroid ilişikisini açıklayan başka bir teori ise, tiroid hormonunun direkt olarak şizofreni hastalığının etki ettiği mekanizmalarla ilişkili olmasını içermektedir. Örneğin tiroid hormonunun, dopamin reseptörlerinin regülasyonundan sorumlu olduğu ve hipotiroidizmin artmış dopamin reseptörü hassasiyetine sebep olduğu bildilirilmiştir (Crocker ve ark., 1986; Zoeller & Rovet, 2004). Özellikle bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan lityum ve epilepsi hastalığında reçete edilen karbamazepinin, tiroid fonksiyonunda değişikliklere neden olabileceği, yapılan tiroid fonksiyon testlerinde gerçek sonuçları göstermeyebilecek değişimlere neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Dickerman & Barnhill, 2012).

Hipertiroidi hastalığı ile dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu arasında bir ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan sonra en yaygın görülen komorbiditeler ise, depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluklarıdır (Biederman ve ark., 1995; Zader ve ark., 2019)

Zader (2019) hipertiroidi hastalarının, hiç tanı konmamış insanlara göre 5 kat daha yüksek intihar eğiliminde olduğunu bulmuştur (Zader ve ark., 2019).

Petrich (2013), tedavi edilmeyen bir hipertrioidi hastasının yüksek anksiyete düzeyini ve intihar ettiğini bildirmiştir. Graves hastası bu vaka incelemesinde hihpertiroidizm ve onun yol açtığı stres hassasiyetinin önemli olduğu düşünülmektedir (Petrich ve ark., 2013). Yine bir başka bir vaka incelemesi, 15 yaşında bir kız çocuğunun subklinilk hipertiroidi tanısı konduktan sonra; dürtüsel, irritabl ve suisid davranışlar gösterdiğinden bahsetmiş ve hipertiroidizm ile arasında bir nedensellik gösterilmiştir (Joo ve ark., 2014). Fakat bu veriler literatürdeki hipertiroidi ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran bazı retrospektrif çalışmalar ile birtakım tutarsızlıklar göstermektedir. Örneğin 2009 yılında yapılan retrospektif bir çalışma, hipertiroidizm tedavisi gören insanların 50 yıllık ölüm istatistiklerini araştırmış ve intihar-hipertiroidizm arasında anlamlı bir korelasyon saptayamamıştır (Abraham-Nordling ve ark., 2009).

Sonuç olarak hipertiroidi, subklinik hipertrioidi ve graves hastalığı, intihar davranışının yordayıcısı olabilmektedir. Bu yüzden özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarına sahip hastaların tedavi sürecinde intihar riski gözden kaçırılmamalı ve disiplinler arası yardımlaşmaların gerçekleştiği bir tedavi yolu izlenmelidir.

Tiroid bezinin kötücül hastalıklar haricinde anormal seviyede büyük olmasına guatr denir. Guatr çoğunlukla boyun bölgesinde kendisini göstermektedir ancak nadiren de olsa göğüs bölgesine uzanım gösterebilir (Doğan 2011). Guatr hastalarının psikiyatrik semptomları genellikle sosyal çevre ile ilişkilidir. Örneğin; guatrları dışarıdan fiziksel olarak fark edilebilen insanlar özelinde yapılan bir çalışmada, hastalığa sahip insanların %68.6’sı hastalıkları dolayısıyla sosyal hayatlarında utandırıldıklarından söz etmiştir (Hounkpatin ve ark., 2018).

Ayrıca aynı araştırmada, guatr hastalarının %27.9’u hastalıklarının büyü/lanet gibi sebepler dolayısıyla geliştiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Bu verilere dayanarak, guatr dolaylı olarak azalmış benlik değerine, sosyal fobiye ve azalmış yaşam kalitesine yol açabildiği yorumu yapılabilir ancak bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Guatrın psikososyal etkilerine rağmen, cerrahi tedavi yöntemlerine karşı kuvvetli bir direnç gözlenmiştir. Bu tedavi metodu yalnızca cerrahi müdahaleyi değil, aynı zamanda psikolojik müdahaleyi de içermelidir.

**2.3.7. Kronik Solunum Yolu Hastalıkları**

Kronik solunum yolu hastalıkları, kişinin solunum kanallarını ve akciğerlerini etkileyen kronik hastalıklara verilen isimdir. En yaygın kronik solunum yolu hastalıkları; **kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve mesleki akciğer hastalıklarıdır**. Bu hastalıklar genellikle sigara kullanımı, hava kirliliği, çocuklukta yaşanan majör akciğer enfeksiyonları, mesleki maruziyet sonucu solunan kimyasallar ve genetik faktörler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Dünya çapında en az 329 milyon insan KOAH , 262 milyon insan astım hastasıdır (WHO, 2021). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, KOAH hastalığı dolayısıyla gerçekleşen ölümlerin en az %90’ı orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir.

Astım dolayısıyla 2019 yılında 461.000 kişi hayatını kaybetmiş, KOAH dolayısıyla 3 milyondan fazla insan hayatını kaybetmiştir. Bu veriler, kronik solunum yolu hastalıklarının, gerçekleşen her 100 ölümden >6’sının nedeni olduğunu göstermektedir.

**2.3.7.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) terimi, solunum yollarındaki hava akımının azalması ile tanımlanan, bronkospazm ve amfizemi kapsayan kronik seyirli bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisi, eğer hasta sigara içiyorsa sigarayı bıraktırılması haricinde sınırlı ve yetersiz kalmaktadır. İlaç tedavileri sınırlıdır ve yetersiz yanıt vermektedir. Eğer hasta sigara içmeyi bırakmayı reddederse, hastalık ilerleyecek ve önce engellilik haline, ardından da ölüme götürebilecektir (Mikkelsen ve ark., 2004).

KOAH hastalığı ile birlikte en sık görülen hastalıklar, depresyon, anksiyete ve panik bozukluktur. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun, KOAH ile komorbiditesinin işlevselliği ve prognozu olumsuz yönde etkilediğini bildiren araştırmalar mevcuttur (Kim ve ark., 2000). Ayrıca KOAH vakalarında görülen anksiyete bozuklukları ve depresyon tedavi edildiğinde, yalnızca hastanın mental skorlarında değil, aynı zamanda pulmoner fonksiyonlarında da gelişme gözlendiği bildirilmiştir (Burns & Howell, 1969). Psikiyatrik kondisyonu olan KOAH vakaları ile psikiyatrik olarak sağlıklı kabul edilen KOAH vakaları karşılaştırılmış ve psikiyatrik hastalığa (özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklar) sahip olan hastaların, hastanede yatış süresinin ortalama 2 kat daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ayrıca bu çalışmaların çoğunda, tedavi amacıyla kullanılan stereoid ilaçlarının stres algılama düzeylerini arttırdığı ve stereoid ilaçları kullanan KOAH hastalarının, mental sağlık açısından daha dikkatli izlenmeleri gerektiğinden söz edilmiştir (Gift ve ark., 1989; Mikkelsen ve arkk., 2004; Yellowlees ve ark., 1987).

KOAH ile panik bozukluk arasında ortak bir patofizyoloji olduğuna dair birtakım modeller ortaya konmuştur. Dispne ve hiperventilasyon, iki hastalıkta ortak görülen semptomlardandır.

Bu hem KOAH hastalarının yaşadığı bir durum, hem de panik bozukluk ve anksiyete bozukluklarında kaygıyı beraberinde getiren bir durum olarak bildirilmektedir. Karbondioksit hipersensivite modeli, panik atağı hastalarının üçte ikisinde görülmüş ve aynı zamanda KOAH hastalarında da karşılaşılan bir organik açıklama modelidir (Davies ve ark., 2009; Mikkelsen ve ark., 2004).

Ayrıca KOAH hastalığı ile anksiyete arasındaki ilişkide rol oynayan başka bir etmenin sigara bağımlılığı olduğunu düşündüren çalışmalar vardır. Örneğin Breslau (1991), nikotin bağımlılığı olan sigara kullanıcılarının, hayatlarında anksiyete bozukluğu yaşama oranlarının arttığını bildirmiştir. Nitekim farklı çalışmalarda depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip hastalar, nikotinin yoksunluk semptomlarını daha ağır ve sık yaşadıklarını bildirmişlerdir (Breslau ve ark., 1991, 1992). Bu veriler haricinde; KOAH ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki; KOAH’ın fiziksel ve sosyal semptomlarından da kaynaklanıyor olabilir. KOAH, aşırı kilo verme, fiziksel hareketin azalması ve yorgunluk ile doğrudan ilişkili bir hastalıktır. Bu konuyla ilgili; günlük aktivitesi azalmış hastaların duygudurumlarının kötüleştiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü bilinmektedir (Yohannes ve ark, 1998).

KOAH hastalarının, kontrol gruplarına göre %48.1 daha sık uyku bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir ancak bu bozukluğu yaşayan KOAH hastalarının yalnızca %11.8’i doktorunu bu konuda bilgilendirmiştir (Ohayon, 2014).. KOAH vakalarının büyük çoğunluğu uyku bozukluğu yaşamaktadır, bu yüksek komorbidite oranı; yaşam kalitesinde bozulma ve daha fazla sağlık hizmeti kullanımıyla doğrudan ilişkili gözükmektedir.

KOAH hastaları, astım hastaları ve sigara kullanıcılarında intihar davranışının görülme sıklığı, bu değişkenlerin olmadığı popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hipoksi ve azalmış serotonin sentezlenmesi hipotezine dayandırılmaktadır.

(Aubin ve ark., 2011; D. Li ve ark., 2012; Young, 2013). Goodwin (2011), KOAH hastalarının intihar düşünceleri ve intihar davranışı üzerine çalışmış ve intihar düşünceleri ve intihar davranışının KOAH’a hastalarında spesifik olarak arttığını bildirmiştir (Goodwin, 2011). Yine aynı şekilde, Güney Kore’de yapılan bir başka araştırmada, hastalığı ilerlemiş KOAH hastalarının intihar düşüncesi ve girişimi oranlarıyla KOAH hastalığını önemli ölçüde korelatif olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Chung ve ark., 2014). Oksijen seviyesinin serotonin salgılanması düzeyini etkilediği, bu sebeple de hipoksik bireylerin daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu hipotezi, ayrıca rakım farkları ve intihar oranları karşılaştırması yapan çalışmalarca da kanıtlanmıştır (Young, 2013).

Bu veriler ışığında, 2002-2015 arası KOAH ve intihar arasındaki çalışmaların meta-analizi yapılmış ve KOAH hastalarının, hasta olmayan gruba göre yaklaşık 1.9 kat daha fazla intihar girişimi olduğu bulunmuştur (Sampaio ve ark., 2019). Sonuç olarak; KOAH intihar düşüncelerini ve girişimlerini arttıran bir başka kronik hastalık olarak gözükmektedir. Tedavi uygulayıcı sağlık uzmanları bu konuda dikkatli olmalı ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımını belirlemekle yükümlülerdir.

KOAH hastalarında tedavi reddi ve pulmoner rehabilitasyona sevk reddi de yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur. Bu konuda yapılan çalışmalarda, KOAH hastalarının azalmış benlik değeri içeren anlatımlar kullandığı, stigmatizasyon ve utanç duygusuna maruz kaldıkları bildirilmiştir (Harrison ve ark., 2015). Pulmoner rehabilitasyon hastalara anlatılırken, anlatan uzman hastanın yaşadığı mental zorluklar konusunda dikkatli olmalı; KOAH hastalarının utanç, korku, suçluluk gibi konularda diğer insanlara göre daha hassas olabileceğini fark etmelidir. KOAH hastalığının tedavi sürecinde karşılıklı güven ve sosyal destek, prognoz ve hastalığın seyri açısından oldukça kritik bir rol oynamaktadır.

**2.3.7.2. Astım**

Astım hastalarının yaşadığı psikiyatrik bozuklukların başında anksiyete bozuklukları gelmektedir (Katon ve ark., 2004). Bu yaygın komorbiditenin birden fazla sebebi olabileceği belirtilmiştir. Astım; öngörülemeyen krizleri içeren bir hastalıktır ve dispnenin neden olduğu korku, hastaların koşullanmasına ve felaketleştirme mekanizmalarının kullanılmasına yol açabilmektedir (Mongeluzi ve ark., 2003). Ayrıca anksiyete bozukluğunun şiddetinin, astım ilaçları dolayısıyla yükselebileceğini (Dahlem ve ark., 1977) ve aynı şekilde anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların astımı tetikleyebileceğini gösteren çalışmalar vardır (Ten Brinke ve ark., 2001).

Çocuk astım hastalarının daha yüksek anksiyete skorları elde ettiğini gösteren bir çalışmada, astım ve anksiyete bozukluklarının benzer risk faktörleri taşıdığından söz edilmiş ve astım hastası ve anksiyete bozukluğuna sahip çocukların okullarına daha az devamlılık gösterdiği bildirilmiştir (Vuillermin ve ark., 2010). Yetişkinler ve çocuklarda görülen astım/anksiyete bozukluğu komorbiditesi üzerine yapılmış bir çalışmada, astım hastası çocukların 3 kat daha fazla anksiyete bozukluğu geliştirme ihtimalinden, yetişkin astım hastası bireylerin %24 daha fazla anskiyete ve ilişkili bozuklukları geliştirme ihtimali bildirilmiştir (Katon ve ark., 2004). Ayrıca panik bozukluk hastalığı, diğer kronik hastalıklardan daha çok astım ile ilişkili bulunmuştur. Bu durumun nedeni, semptomların benzerliği ve yüksek komorbidite oranı dolayısıyla altta yatan ortak hastalık yapıcı mekanizmaların olduğu düşünülmektedir (Afari ve ark., 2001). Çoğu erken yaşantısında astım tanısı konmuş bireyin, ilerleyen yaşlarda panik bozukluk tanısı aldığı bilinen bir fenomendir. Fakat bu konuda daha yüksek örneklemli ve daha spesifik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Astım ile komorbiditesi yüksek görülen bir başka mental bozukluk ise depresyon ve duygudurum bozukluklarıdır. Astım hastalarında gelişen depresyonun, astım hastalığının mortalitesini arttırdığı, potansiyel ölümcül astım atakları geliştirebileceğini ve tedaviye uyumsuzluğu arttırdığına dair postmortem analizler; depresif bozukluklar ile astım komorbiditesinin yüksek riskli olduğunu göstermiştir (Miller ve ark., 1992; Tough ve ark., 1998). Ayrıca astım hastalarında yaşam boyu depresyon görülme olasılığı, normal popülasyona göre 2.5 kat daha fazla olduğu ve genel olarak psikiyatrik bozukluk yaşama olasılıklarının normal popülasyona göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark., 1994).

Astım hastalığı ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasında bir bağlantı olduğunu düşündüren bazı çalışmalar vardır. İlk defa Goodwin ve ark. (2007), ABD’de yaşayan Vietnam savaşı gazileri üzerinde çalışma yapmış ve TSSB tanısı almış bireylerde 2.3 kat daha fazla astım hastalığının tanılandığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca bu çalışmada, astım hastalarında depresyon arasında bağlantı olduğunu savunan önceki bulgulara yeni deliller eklenmiştir (Goodwin ve ark., 2007). Sağlık uzmanları astım tedavisinde, hastanın travmatik olabilecek geçmişini göz önünde bulundurmalı ve TSSB yaşayan insanlarda astım görülme sıklığının daha yüksek olduğunu gözden kaçırmamalıdır.

Astım hastalığı ile ilişkili gözüken risk faktörlerinden bir diğeri de psikiyatrik ilaçların yan etkileridir. Sedatif etkili psikiyatrik ilaç kullanan astım hastalarının 3.2 kat daha fazla astım atağı ve morbidite riski olduğu gözlenmiştir (Joseph ve ark., 1996). Bu veriye dayanarak, özellikle sedatif etkili ilaç kullanan astım hastalarının yakından takip edilmesi gerektiği ve mümkünse sedatif etkisi düşük olan ilaçların kullanılması gerektiği söylenebilir.

Son olarak, astım ile intihar ilişkisini araştıran çalışmalarda, astım hastalığının intihar düşünceleri ve intihar girişimi riskini 2 kat arttırdığını bildiren çalışmalar vardır (Goodwin, 2012; Kuo ve ark., 2010). Ayrıca bu çalışmalarda yüksek derecede astım semptom tablosu gözüken vakaların daha yüksek intihar düşünceleri ve davranışları sergiledikleri gözlemlenmiştir. Bu veriler, KOAH hastalığı ve intihar konusunda da bahsedilen, serotonin/hipoksi teorisi ile ilişkili olabilir. Ayrıca intihar oranlarındaki artış; astım ile depresyon ve anksiyete ilişkisinin bir sonucu olarak da yorumlanabilir (Richardson ve ark., 2006). Genç astım hastalarında daha sık intihar görülmesinin nedeni; astım hastalığının semptomlarının getirdiği fiziksel stabilizasyonun, gençleri hem sosyal hem de psikolojik açıdan daha çok örseliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir (Kuo ve ark., 2010). Bu veriler birlikte yorumlandığında, diğer kronik hastalıklar gibi, astım hastalığı da intihar düşünceleri ve davranışlarıyla direkt olarak korelatif gözükmektedir. Astım hastalarının semptomları ve şikayet düzeyleri arttıkça yükselen intihar oranları, bu durumun bir göstergesidir. Astım hastalığının tedavisi uzun süreli ve hasta-hekim iş birliğini içeren bir tedavi olmalıdır. Hekim, tedavi uyguladığı astım hastasının mental durumunu fark etmeli, gelişebilecek psikiyatrik hastalıkları göz önünde bulundurmalı ve gerektiğinde multidisipliner bir tedavi anlayışı içerisinde olmalıdır.

**BÖLÜM 3: SONUÇ VE ÖNERİLER**

1. **Sonuç ve Öneriler**

Bu çalışmada; fiziksel kronik hastalıklar bağlamında gelişen mental bozuklukların prevelansı, etkileri, komorbiditeyi etkileyen faktörler ve tedavi önerileri literatür derlemesi yöntemi kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Kronik hastalık kavramı, dünya literatüründe farklı tanımlara sahip olsa da bu çalışma Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının kabul ettiği kronik hastalıklar kapsamında kalmaya özen gösterilmiş ve akademik literatürdeki “kronik hastalık” tanımı tartışmalarından bahsedilmiştir. Kronik hastalıklar tanımındaki “bulaşıcı olmayan” terimi, dünyada pek çok insanı etkileyen HIV, tüberküloz gibi hastalıkları kapsam dışı bırakmaktadır. Dünya

Sağlık Örgütü ve bu konuyla ilgilenen kurumların, kronik gidişatlı hastalıkları kapsayan evrensel bir tanım ortaya koyması gerektiği düşünülmektedir (Bernell & Howard, 2016):

Bu çalışmada sözü edilen psikolojik hastalıklar için DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. sürüm, 2013*) hastalık tanı kitabı kullanılmıştır. Ancak bu derleme çalışmasında kullanılan bazı kaynaklar, DSM kitabının eski sürümlerini kullanmakta ve güncel olarak tam karşılığı olmayan kimi terimlerden söz etmektedir. Ayrıca daha eski çalışmalarda “eşcinsellik” gibi artık hastalık olarak kabul edilmeyen durumların, kronik hastalıklarla ilgisi araştırılmış ve komorbidite hali olarak söz edilmiştir. Bu çalışmada, sözü edilen araştırmalara ve bulgularına yer verilmemiştir.

Çalışmanın sonunda elde edilen verilere dayanarak; kronik fiziksel hastalıklar ile mental bozuklukların kuvvetli bir ilişki içerisinde olduğunu söylemek mümkündür. Kronik fiziksel hastalıklar bağlamında en yaygın görülen mental hastalıklar; kanser hastalarında en sık depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, kronik böbrek hastalıklarında en sık depresyon ve anksiyete bozuklukları, kronik kardiyovasküler hastalıklarda en sık anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları, kronik nörolojik hastalıklarda görülen en sık dürtü kontrol bozuklukları depresyon ve psikotik bozukluklar, kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarında en sık depresyon ve anksiyete bozuklukları, kronik metabolik hastalıklarda en sık alkolizm, depresyon, anksiyete bouklukları ve intihar, kronik solunum yolu hastalıklarında en sık depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları olacak şeklinde bulgular elde edilmiştir.

Elde edilen bulgular araştırmanın kapsamı içerisinde psikolojik ve biyolojik olarak yorumlanmaya çalışılmıştır. Sözü edilen geniş kronik hastalık spektrumundaki hastalıklar genelde uzun seyirli olması ve tedavi sürecinin de ayrıca kısa olmamasıyla benzerlik gösterse de her bir hastalık diğerinden spesifik olarak ayrı ele alınmalıdır. Bu bağlamda, bu konuda yapılacak olan araştırmaların veri toplama metotları ve örneklemleri, doğru sonuç elde edilinceye kadar geliştirilmelidir.

Stres, kronik hastalık tanısı konduktan sonra sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bireyler yaşamlarında fazla strese maruz kaldıklarında duygusal birtakım örselenmeler tecrübe edebilmektedir. Büyük ihtimalle kronik hastalık tanısı aldıktan sonra stresörlerin oluşumu, ikincil mental hastalıkların gelişmesini tetiklemektedir. Hastaların

kronik hastalıklar ile başa çıkmak için kullandığı farklı mekanizmalar vardır. Bu mekanizmalar; inkar, öfke, felaketleştirme gibi işlevsiz metotlardan oluşabilmektedir. Bu mekanizmalardan en sağlıklısı hastalıkla rasyonel olarak yüzleşme, hastalığı kabul etme ve hastalıkla ilgili bilgi edinme yolunu izlemektir (Hack ve Degner, 2004; Jim ve ark., 2006). Ayrıca; kişilerin hayatlarındaki kontrol edebildikleri değişkenler üzerine yoğunlaşmaları ve hastalıklarıyla ilgili kontrol edemeyecekleri durumlara uyum sağlamaları tedavi için önem arz etmektedir (APA, 2015). Bu araştırmada zaman zaman kronik hastalıkları tedavi eden hekimlerin, hastaların mental problemlerini gözden kaçırabildiklerinden bahsedilmiştir. Bu durum, genel olarak sağlık hizmeti veren hemen hemen herkesin üzerinde durması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalıklar çalışmada söz edildiği üzere yalnızca fiziksel sağlığı değil, mental sağlığı da ciddi derecede örseleyebilmektedir. Hasta her zaman hastalığı hakkında bilgilendirilmeli, yaşayabileceği mental problemlerin farkında olmalı ve olumlu baş etme mekanizmalarını kullanmayı alışkanlık haline getirmeli, hekim ise hastanın yaşayabileceği mental problemlerin tedavisi için gerekirse disiplinler arası bir tedavi yolu izlemelidir. Kronik hastalıklar, kişilerin hayatının hemen hemen her yönünü etkileyen ve tedavi sürecinde zorluklarla karşılaşılan hastalıklardır. Fakat hekim-hasta ve sosyal çevre iş birliği ve hastanın optimistik tavrı ile tedavi süreci, bu sürece katılan herkes için çok daha kolay ve problemsiz bir hal almakta, ayrıca uzun vadede kronik hastalıklarda mortalite ve morbidite riski azalmaktadır (Carver ve ark., 2005).

Bu çalışmada özellikle daha kalabalık örneklemli ve düzenli çalışmalardan yardım alınmış ve genellikle İngilizce kaynaklardan yararlanılmıştır. Mental hastalıkların kültürden kültüre farklılık gösterebilecği bilinen bir durumdur (Bhugra, 2006). Bu sebeple bu çalışmanın bulgularının, Türkiye örneklemi için geçerli olup olmadığı sorusuna kesin bir yanıt verilememektedir. Kronik hastalıklar ve ilişkili mental hastalıklar bağlamında ileride çalışma yapacak bilim insanlarının, bu konuyu gözden kaçırmaması ve Türkiye örneklemi üzerinde daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir. Ayrıca ilgili literatür tarandığında, genel olarak kronik hastalıklar ve mental hastalıklar komorbiditesiyle ilgili geniş kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışmanın ileride Türkiye’de yapılacak geniş örneklemli çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**3. KAYNAKLAR**

AARSLAND, D., LARSEN, J. P., CUMMİNGS, J. L., & Laake, K. (1999). Prevalence and clinical correlates of psychotic symptoms in Parkinson disease: A community-based study. *Archives of Neurology*, *56*(5), 595–601. https://doi.org/10.1001/archneur.56.5.595

ABRAHAM-NORDLİNG, M., LÖNN, S., WALLİN, G., YİN, L., NYREN, O., TULLGREN, O., HALL, P., & TÖRRİNG, O. (2009). Hyperthyroidism and suicide: A retrospective cohort study in Sweden. *European Journal of Endocrinology*, *160*(3), 437–441. https://doi.org/10.1530/EJE-08-0749

AFARİ, N., SCHMALİNG, K. B., BARNHART, S., & BUCHWALD, D. (2001). Psychiatric comorbidity and functional status in adult patients with asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *8*(4), 245–252. https://doi.org/10.1023/A:1011912712262

*Ankara 2013 TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİNİN SIKLIĞI ÇALIŞMASI*. Tarihinde 17 Haziran 2021, adresinden erişildi www.thsk.gov.tr

AIHW. (2016). *About Chronic disease - Australian Institute of Health and Welfare*. https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/about

APA. (2015). *Coping with a Diagnosis of Chronic Illness*. http://www.apa.org/helpcenter/chronic-illness.aspx

ARMSTRONG, M. J., GRUBER-BALDİNİ, A. L., REİCH, S. G., FİSHMAN, P. S., LACHNER, C., & SHULMAN, L. M. (2014). Which features of Parkinson’s disease predict earlier exit from the workforce? *Parkinsonism and Related Disorders*, *20*(11), 1257–1259. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2014.08.005

ATA. (2021). *General Information/Press Room | American Thyroid Association*. https://www.thyroid.org/media-main/press-room/

ATASOY, V., ANAFOROĞLU, İ., ALGÜN, E., KUTANİS, R., Tip, E., Hastalarda Depresyon, D., & ve Yaşam Kalitesi, A. (y.y.). Original Article Özgün Araştırma Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus Abs tract. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. https://doi.org/10.4274/Tjem.2058

AUBİN, H. J., BERLİN, I., & REYNAUD, M. (2011). Current smoking, hypoxia, and suicide. *American Journal of Psychiatry*, *168*(3), 326–327. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101501

AYDOĞAN, Ü., MUTLU, S., AKBULUT, H., TAŞ, G., AYDOĞDU, A., SAĞLAM, K., Aile Hekimliği Anabilim Dalı, G., Jet Üs Komutanlığı Aile Hekimliği Servisi, A., Asker Hastanesi İç Hastalıkları Servisi, A., Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları, G. B., & Tıp Dergisi, K. (2012). ARAŞTIRMA Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. Içinde *Konuralp Tıp Dergisi* (C. 4, Sayı 2). www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

BACKLUND, E. O., AXELSSON, B., BERGSTRAND, C. G., ERİKSSON, A. L., NORÉN, G., RİBBESJÖ, E., RÄHN, T., SCHNELL, P. O., TALLSTEDT, L., SÄÄF, M., & THORÉN, M. (1989). Treatment of craniopharyngiomas - the stereotactic approach in a ten to twenty-three years’ perspective - I. Surgical, radiological and ophthalmological aspects. *Acta Neurochirurgica*, *99*(1–2), 11–19. https://doi.org/10.1007/BF01407771

BALHARA, Y. P. (2011). Diabetes and psychiatric disorders. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, *15*(4), 274. https://doi.org/10.4103/2230-8210.85579

BARKER, D. J. P. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. Içinde *Bmj* (C. 311, Sayı 6998). https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171

BARKER, D. J. P., Osmond, C., Simmonds, S. J., & Wield, G. A. (1993). The relation of small head circumference and thinness at birth to death from cardiovascular disease in adult life. *British Medical Journal*, *306*(6875), 422–426. https://doi.org/10.1136/bmj.306.6875.422

BARTLEM, K., BOWMAN, J., BAİLEY, J., & FREUND, M. (2015). Chronic disease health risk behaviours amongst people with a mental illness Family-based prevention programs for alcohol use in young people: Protocols View project. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(8), 49. https://doi.org/10.1177/0004867415569798

BAUER, D. C. (2013). Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine.

BERNELL, S., & HOWARD, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in Public Health*, *4*, 159. https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159

BHUGRA, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(SUPPL. 429), 17–23. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x

BİEDERMAN, J., WİLENS, T., GUİTE, J., & HARDİNG, M. (1995). ADHD and Thyroid Abnormalities: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*(5), 879–885. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01335.x

BİKBOV, B., PERİCO, N., & REMUZZİ, G. (2018). Disparities in Chronic Kidney Disease Prevalence among Males and Females in 195 Countries: Analysis of the Global Burden of Disease 2016 Study. *Nephron*, *139*(4), 313–318. https://doi.org/10.1159/000489897

BRATEK, A., KOŹMİN-BURZYŃSKA, A., GÓRNİAK, E., & KRYSTA, K. (2015). PSYCHIATRIC DISORDERS ASSOCIATED WITH CUSHING’S SYNDROME. *Psychiatria Danubina*, *27*, 339–343.

BRESLAU, N., KİLBEY, M. M., & ANDRESKİ, P. (1991). Nicotine Dependence, Major Depression, and Anxiety in Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*(12), 1069–1074. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360033005

BRESLAU, N., MARLYNE KİLBEY, M., & ANDRESKİ, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Findings from an epidemiologic study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, *149*(4), 464–469. https://doi.org/10.1176/ajp.149.4.464

BRUCE, T. O. (2008). Comorbid depression in rheumatoid arthritis: Pathophysiology and clinical implications. Içinde *Current Psychiatry Reports* (C. 10, Sayı 3, ss. 258–264). https://doi.org/10.1007/s11920-008-0042-1

BURGHAUS, L., EGGERS, C., TİMMERMANN, L., FİNK, G. R., & DİEDERİCH, N. J. (2012). Hallucinations in Neurodegenerative Diseases. Içinde *CNS Neuroscience and Therapeutics* (C. 18, Sayı 2, ss. 149–159). https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00247.x

BURİSH, T. G., & REDD, W. H. (1994). Symptom control in psychosocial oncology. Içinde *Cancer* (C. 74, Sayı 4 S). https://doi.org/10.1002/1097-0142(19940815)74:4+<1438::AID-CNCR2820741607>3.0.CO;2-V

BURNS, B. H., & HOWELL, J. B. L. (1969). Disproportionately severe breathlessness in chronic bronchitis. *Qjm*, *38*(3), 277–294. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a067182

BUSKİLA, D., & COHEN, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports*, *11*(5), 333–338. https://doi.org/10.1007/s11916-007-0214-4

*Cancer*. 18 Haziran 2021, adresinden erişildi https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer

*Cardiovascular diseases (CVDs)*.. 21 Haziran 2021, adresinden erişildi https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

CARVER, C. S., SMİTH, R. G., ANTONİ, M. H., PETRONİS, V. M., WEİSS, S., & DERHAGOPİAN, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, *24*(5), 508–516. https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508

CASSİDY, F., AHEARN, E., & CARROLL, B. J. (1999). Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*(9), 1417–1420. https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1417

CATUREGLİ, P., DE REMİGİS, A., & ROSE, N. R. (2014). Hashimoto thyroiditis: Clinical and diagnostic criteria. *Autoimmunity Reviews*, *13*(4–5), 391–397. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.007

CENTORRİNO, F., MARK, T. L., TALAMO, A., OH, K., & CHANG, J. (2009). Health and economic burden of metabolic comorbidity among individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *29*(6), 595–600. https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181bef8a6

CHEN, J. J., & MARSH, L. (2014). Anxiety in Parkinson’s disease: Identification and management. Içinde *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* (C. 7, Sayı 1, ss. 52–59). SAGE Publications. https://doi.org/10.1177/1756285613495723

CHEN, Y. Y., YU, S., HU, Y. H., Lİ, C. Y., ARTAUD, F., CARCAİLLON-BENTATA, L., ELBAZ, A., & LEE, P. C. (2021). Risk of Suicide among Patients with Parkinson Disease. *JAMA Psychiatry*, *78*(3), 293–301. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4001

CHUNG, J. H., HAN, C. H., PARK, S. C., & KİM, C. J. (2014). Suicidal ideation and suicide attempts in chronic obstructive pulmonary disease: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV, V) from 2007-2012. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, *24*(1), 1–5. https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.94

CİZZA, G., RAVN, P., CHROUSOS, G. P., & GOLD, P. W. (2001). Depression: A major, unrecognized risk factor for osteoporosis? Içinde *Trends in Endocrinology and Metabolism* (C. 12, Sayı 5, ss. 198–203). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/S1043-2760(01)00407-6

COELHO, R., SİLVA, C., MAİA, A., PRATA, J., & BARROS, H. (1999). Bone mineral density and depression: A community study in women. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(1), 29–35. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00064-6

COHEN, D. (2004). Atypical Antipsychotics and New Onset Diabetes mellitus: An Overview of the Literature. *Pharmacopsychiatry*, *37*(1), 1–11. https://doi.org/10.1055/s-2004-815468

CROCKER, A. D., OVERSTREET, D. H., & CROCKER, J. M. (1986). Hypothyroidism leads to incresed dopamine receptor sensitivity and concentration. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *24*(6), 1593–1597. https://doi.org/10.1016/0091-3057(86)90491-0

CUMMİNGS, J. L. (1992). Depression and parkinson’s disease: A review. *American Journal of Psychiatry*, *149*(4), 443–454. https://doi.org/10.1176/ajp.149.4.443

CUMMİNGS, S. R., KELSEY, J. L., NEVİTT, M. C., & O’DOWD, K. J. (1985). Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiologic Reviews*, *7*(1), 178–208. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036281

CUSHİNG, H. (1932). Intracranial tumours. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *76*(5), 539.

DAHLEM, N. W., KİNSMAN, R. A., & HORTON, D. J. (1977). Panic-fear in asthma: Requests for as-needed medications in relation to pulmonary function measurements. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *60*(5), 295–300. https://doi.org/10.1016/0091-6749(77)90108-7

DAUGHTERS, K., MANSTEAD, A. S. R., & REES, D. A. (2017). Hypopituitarism is associated with lower oxytocin concentrations and reduced empathic ability. *Endocrine*, *57*(1), 166–174. https://doi.org/10.1007/s12020-017-1332-3

DAVİES, S., NASH, J., & NUTT, D. (2009). Management of panic disorder in the primary-care setting. *Prescriber*, *20*(8), 17–26. https://doi.org/10.1002/psb.500

DAWKİNS, J. L. (1996). Bullying, physical disability and the paediatric patient. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *38*(7), 603–612. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb12125.x

DAWSON, D. M., & BLOOMER, W. D. (1982). Nervous System Toxic Effects of Cancer Therapy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *247*(10), 1437–1441. https://doi.org/10.1001/jama.1982.03320350041026

DEMİR GÖL, N , HACIHASANOĞLU AŞILAR, R . (2017). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 6 (1) , 29-39 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/32271/358523

DHARMSHAKTU, P., TAYAL, V., & KALRA, B. S. (2012). Efficacy of antidepressants as analgesics: A review. Içinde *Journal of Clinical Pharmacology* (C. 52, Sayı 1, ss. 6–17). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1177/0091270010394852

DOĞAN, R., KOÇAK, İ., & EREN, S. B. (2011). Büyük guatr.

DİCKERMAN, A. L., & BARNHİLL, J. W. (2012). Abnormal thyroid function tests in psychiatric patients: A red herring? *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 127–133. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11040631

DOERİNG, S., HENZE, T., & SCHUSSLER, G. (1993). Krankheitsbewaltigung Bei Myasthenia Gravis. *Nervenarzt*, *64*(10), 640–647. https://europepmc.org/article/med/8232677

DOWAİDAR, M. (2021). *miRNA can be a part of both the onset and cure of Coronary heart disease.* https://doi.org/10.31219/OSF.IO/TEQH8

DUNCAN, G. W., KHOO, T. K., YARNALL, A. J., O’BRİEN, J. T., COLEMAN, S. Y., BROOKS, D. J., BARKER, R. A., & BURN, D. J. (2014). Health-related quality of life in early Parkinson’s disease: The impact of nonmotor symptoms. *Movement Disorders*, *29*(2), 195–202. https://doi.org/10.1002/mds.25664

EGEDE, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, *29*(5), 409–416. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.06.002

EHRLİCH, G. E. (1998). Depression in rheumatoid arthritis [6]. *British Journal of Rheumatology*, *37*(9), 1035. https://europepmc.org/article/med/3418641

ELBİ H. Psiko– onkoloji. 3P Dergisi 1998; 6: 5- 7.

ELKİND, A. H. (1991). Drug abuse and headache. Içinde *Medical Clinics of North America* (C. 75, Sayı 3, ss. 717–732). https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)30445-X

EMİR, L. D., & TARHAN, M. O. (2014). *Derleme Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN CANCER AND THE IMPORTANCE OF PSYCHOSOCIAL*.

ENGUM, A. (2007). The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*(1), 31–38. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.009

FÉNELON, G., MAHİEUX, F., HUON, R., & ZİÉGLER, M. (2000). Hallucinations in Parkinson’s disease. Prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain*, *123*(4), 733–745. https://doi.org/10.1093/brain/123.4.733

FİEST, K., & FİEST, K. (. (2014). *Depression in Epilepsy*. https://doi.org/10.11575/PRISM/25557

FİGUEREDO, V. M. (2009). The Time Has Come for Physicians to Take Notice: The Impact of Psychosocial Stressors on the Heart. Içinde *American Journal of Medicine* (C. 122, Sayı 8, ss. 704–712). Am J Med. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.05.001

FİSHBAİN, D. A., CUTLER, B. R., ROSOMOFF, H. L., & ROSOMOFF, R. S. (1998). Comorbidity between psychiatric disorders and chronic pain. *Current Review of Pain*, *2*(1), 1–10. https://doi.org/10.1007/s11916-998-0057-7

FLYNN, M., & MERCER, D. (2018). *Musculoskeletal conditions*. Oxford Handbook of Adult Nursing. https://doi.org/10.1093/med/9780198743477.003.0020

FRİEDMAN, L. E., GELAYE, B., BAİN, P. A., & WİLLİAMS, M. A. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Migraine and Suicidal Ideation. Içinde *Clinical Journal of Pain* (C. 33, Sayı 7, ss. 659–665). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000440

GAİTATZİS, A., CARROLL, K., MAJEED, A., & SANDER, J. W. (2004). The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. Içinde *Epilepsia* (C. 45, Sayı 12). https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2004.17504.x

GELDER, M., GATH, D., & MAYOU, R. (1989). Oxford textbook of psychiatry, 2nd ed. Içinde *Oxford textbook of psychiatry, 2nd ed.* Oxford University Press.

GERSON, S. N., & MİCLAT, R. (1985). Cushing disease presenting as atypical psychosis followed by sudden death. *Canadian Journal of Psychiatry*, *30*(3), 223–224. https://doi.org/10.1177/070674378503000312

GHARİB, H., TUTTLE, R. M., BASKİN, H. J., FİSH, L. H., SİNGER, P. A., & MCDERMOTT, M. T. (2004). Subclinical thyroid dysfunction: A joint statement on management from the American association of clinical endocrinologists, the American thyroid association, and the endocrine society. *Endocrine Practice*, *10*(6), 497–501. https://doi.org/10.4158/EP.10.6.497

GİFT, A. G., WOOD, R. M., & CAHİLL, C. A. (1989). Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, *26*(3), 281–286. https://doi.org/10.1016/0020-7489(89)90009-6

GOBLE, A., & LE GRANDE, M. (2008). Do chronic psychological stressors accelerate the progress of cardiovascular disease? *Stress and Health*, *24*(3), 203–212. https://doi.org/10.1002/smi.1202

GOLDBERG, R. J. (1983). Systematic understanding of cancer patients who refuse treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *39*(3), 180–189. https://doi.org/10.1159/000287739

GOLDENBERG, D. L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later: What have we learned? Içinde *Archives of Internal Medicine* (C. 159, Sayı 8, ss. 777–785). American Medical Association. https://doi.org/10.1001/archinte.159.8.777

GOLDSTON, D. B., KOVACS, M., HO, V. Y., PARRONE, P. L., & STIFFLER, L. (1994). Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Youth with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 240–246. https://doi.org/10.1097/00004583-199402000-00013

GOODWİN, R. D. (2011). Is COPD associated with suicide behavior? *Journal of Psychiatric Research*, *45*(9), 1269–1271. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.014

GOODWİN, R. D. (2012). Asthma and suicide: Current knowledge and future directions. *Current Psychiatry Reports*, *14*(1), 30–35. https://doi.org/10.1007/s11920-011-0243-x

GOODWİN, R. D., FİSCHER, M. E., & GOLDBERG, J. (2007). A twin study of post-traumatic stress disorder symptoms and asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *176*(10), 983–987. https://doi.org/10.1164/rccm.200610-1467OC

GRACELY, R. H., CEKO, M., & BUSHNELL, M. C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain Research and Treatment*, *2012*. https://doi.org/10.1155/2012/486590

GREEN, L., FEHER, M., & CATALAN, J. (2000). Fears and phobias in people with diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, *16*(4), 287–293. https://doi.org/10.1002/1520-7560(2000)9999:9999<::AID-DMRR123>3.0.CO;2-T

GUPTA, A., & CRAİG, T. K. J. (2009). Diet, smoking and cardiovascular risk in schizophrenia in high and low care supported housing. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *18*(3), 200–207. https://doi.org/10.1017/s1121189x00000476

HACK, T. F., & DEGNER, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, *13*(4), 235–247. https://doi.org/10.1002/pon.739

Hamelsky, S. W., & Lipton, R. B. (2006). Psychiatric comorbidity of migraine. Içinde *Headache* (C. 46, Sayı 9, ss. 1327–1333). Headache. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00576.x

HAMİD, H., ETTİNGER, A. B., & MULA, M. (2011). Anxiety symptoms in epilepsy: Salient issues for future research. Içinde *Epilepsy and Behavior* (C. 22, Sayı 1, ss. 63–68). Epilepsy Behav. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.04.064

HARRİSON, S. L., ROBERTSON, N., APPS, L., C. STEİNER, M., MORGAN, M. D. L., & SİNGH, S. J. (2015). “We are not worthy”-understanding why patients decline pulmonary rehabilitation following an acute exacerbation of COPD. *Disability and Rehabilitation*, *37*(9), 750–756. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.939770

HATAKEYAMA, M., NAKAGAMİ, T., & YASUİ-FURUKORİ, N. (2014). Adrenal Cushing’s syndrome may resemble eating disorders. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 760.e9-760.e10. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.06.006

HİNGRAY, C., MCGONİGAL, A., KOTWAS, I., & MİCOULAUD-FRANCHİ, J. A. (2019). The Relationship Between Epilepsy and Anxiety Disorders. Içinde *Current Psychiatry Reports* (C. 21, Sayı 6). Current Medicine Group LLC 1. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1029-9

HONDA, K., & GOODWİN, R. D. (2004). Cancer and mental disorders in a national community sample: Findings from the National Comorbidity Survey. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*(4), 235–242. https://doi.org/10.1159/000077742

HOUNKPATİN, S. H. R., BOURAİMA, F. A., VODOUHE, U. B., ADJİBODE, O., FLATİN, M. C., & GANDAHO, P. (2018). Psychosocial Experience in Goiter Patients. *International Journal of Otolaryngology and Head &amp; Neck Surgery*, *07*(06), 367–374. https://doi.org/10.4236/ijohns.2018.76037

HU, J. T., XU, C., & ZHOU, X. C. (2013). [Relationship between psychology and osteoporosis]. Içinde *Zhongguo gu shang = China journal of orthopaedics and traumatology* (C. 26, Sayı 1, ss. 85–87). https://europepmc.org/article/med/23617152

HUMMER, M., MALİK, P., GASSER, R. W., HOFER, A., KEMMLER, G., NAVEDA, R. C. M., RETTENBACHER, M. A., & FLEİSCHHACKER, W. W. (2005). Osteoporosis in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 162–167. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.162

İLHAN, P. (2019). *Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi*. https://search.proquest.com/openview/0917cbb573edc80246ba61bb41c669fb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

ISAİAS, I. U., SİRİ, C., CİLİA, R., DE GASPARİ, D., PEZZOLİ, G., & ANTONİNİ, A. (2008). The relationship between impulsivity and impulse control disorders in Parkinson’s disease. *Movement Disorders*, *23*(3), 411–415. https://doi.org/10.1002/mds.21872

JACOBSON, A. M., DE GROOT, M., & SAMSON, J. A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, *6*(1), 11–20. https://doi.org/10.1023/a:1026487509852

JARRETT, D. B., MİEWALD, J. M., & KUPFER, D. J. (1990). Recurrent Depression Is Associated with a Persistent Reduction in Sleep-Related Growth Hormone Secretion. *Archives of General Psychiatry*, *47*(2), 113–118. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810140013002

JETTE, N., PATTEN, S., WİLLİAMS, J., BECKER, W., & WİEBE, S. (2008). Comorbidity of migraine and psychiatric disorders - A national population-based study. *Headache*, *48*(4), 501–516. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00993.x

JİM, H. S., RİCHARDSON, S. A., GOLDEN-KREUTZ, D. M., & ANDERSEN, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*(6), 753–761. https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.6.753

JONES, J. E., HERMANN, B. P., BARRY, J. J., GİLLİAM, F. G., KANNER, A. M., & MEADOR, K. J. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. Içinde *Epilepsy and Behavior* (C. 4, Sayı SUPPL. 3). Academic Press Inc. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2003.08.019

JOO, S.-H., JEONG, J.-H., & HONG, S.-C. (2014). A case report of suicidal behavior related to subclinical hyperthyroidism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 641. https://doi.org/10.2147/NDT.S60881

JOSEPH, K. S., BLAİS, L., ERNST, P., & SUİSSA, S. (1996). Increased morbidity and mortality related to asthma among asthmatic patients who use major tranquillisers. *British Medical Journal*, *312*(7023), 79–83. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.79

Journal, K.-Q. A. I., & 1996, U. (1996). Psychiatric aspects of Cushing’s syndrome. *academic.oup.com*, *89*, 543–551. https://academic.oup.com/qjmed/article-abstract/89/7/543/1501306

KARAKARTAL, D. (2017). Mental Health Personal Assistance and Personal Support of Patients with Cancer Diagnosis. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *30*(2), 583–599. https://doi.org/10.19171/uefad.368970

KATON, W. J., RİCHARDSON, L., LOZANO, P., & MCCAULEY, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, *66*(3), 349–355. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000126202.89941.ea

KAVRADİM, S., & OZER, Z. (2014). Hope in People with Cancer. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, *6*(3), 1. https://doi.org/10.5455/cap.20130901084242

KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WİTTCHEN, H. U., & KENDLER, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*(1), 8–19. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002

KİM, H. F. S., KUNİK, M. E., MOLİNARİ, V. A., HİLLMAN, S. L., LALANİ, S., ORENGO, C. A., PETERSEN, N. J., NAHAS, Z., & GOODNİGHT-WHİTE, S. (2000). Functional impairment in COPD patients: The impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*, *41*(6), 465–471. https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.6.465

KİM, S. J., & KİM, D. J. (2012). Alcoholism and diabetes mellitus. *Diabetes and Metabolism Journal*, *36*(2), 108–115. https://doi.org/10.4093/dmj.2012.36.2.108

KİZİLCİ, S., GörDr Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ö., & Özet, İ. (1999). *Kemoterapİ Alan Kanserli̇ Hastalar Ve Yakinlarinin Yaşam Kali̇tesi̇ni̇ Etki̇leyen Faktörler* (C. 3, Sayı 2).

KOCAMAN YİLDİRİM, N., OKANLİ, A., KARABULUTLU, E. Y., & KARAHİSAR, F. (2013). Hemodiyaliz hastalannin anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalik algisin etkisi: Çok merkezli bir çalişma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *14*(3), 252–259. https://doi.org/10.5455/apd.40629

KULAKSİZOGLU, I. B. (2007). Mood and anxiety disorders in patients with myasthenia gravis: Aetiology, diagnosis and treatment. Içinde *CNS Drugs* (C. 21, Sayı 6, ss. 473–481). https://doi.org/10.2165/00023210-200721060-00004

KUO, C. J., CHEN, V. C. H., LEE, W. C., CHEN, W. J., FERRİ, C. P., STEWART, R., LAİ, T. J., CHEN, C. C., WANG, T. N., & YİNG-CHİN, K. (2010). Asthma and suicide mortality in young people: A 12-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *167*(9), 1092–1099. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101455

LANGEMARK, M., & OLESEN, J. (1984). Drug abuse in migraine patients. *Pain*, *19*(1), 81–86. https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90067-8

LAU, E. M. C. (2005). Epidemiology of osteoporosis. Içinde *Current Topics in Osteoporosis* (ss. 1–16). Springer London. https://doi.org/10.1142/9789812701220\_0001

LEİGH, H., & KRAMER, S. I. (1984). The psychiatric manifestations of endocrine disease. *Advances in internal medicine*, *29*, 413–445. https://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=8904605

LEO, R. J., BURNETT, G. J., & HASSETT, M. J. (1998). Psychosis associated with hypopituitarism. *General Hospital Psychiatry*, *20*(4), 248–254. https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00028-0

LEVEY, A. S., & CORESH, J. (2012). Chronic kidney disease. Içinde *The Lancet* (C. 379, Sayı 9811, ss. 165–180). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60178-5

Lİ, D., YANG, X., GE, Z., HAO, Y., WANG, Q., LİU, F., GU, D., & HUANG, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(10), 1257–1266. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.013

Lİ, M., D’ARCY, C., & MENG, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717–730. https://doi.org/10.1017/S0033291715002743

LİN, T. Y., HANNA, J., & ISHAK, W. W. (2020). Psychiatric symptoms in cushing’s syndrome: A systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *17*(1–3), 30–35. /pmc/articles/PMC7239565/

LÖFMAN, S., RÄSÄNEN, P., HAKKO, H., & MAİNİO, A. (2011). Suicide among persons with back pain: A population-based study of 2310 suicide victims in Northern Finland. *Spine*, *36*(7), 541–548. https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181f2f08a

LOTFY, M., ADEGHATE, J., KALASZ, H., SİNGH, J., & ADEGHATE, E. (2016). Chronic Complications of Diabetes Mellitus: A Mini Review. *Current Diabetes Reviews*, *13*(1), 3–10. https://doi.org/10.2174/1573399812666151016101622

LUNDEEN, J., FİSHER, J., & KOTHARİ, M. J. (2004). Frequency of anxiety in myasthenia gravis. *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*, *6*(1), 9–12. https://doi.org/10.1097/01.cnd.0000138445.13978.e4

LYNCH, S., MERSON, S., BESHYAH, S. A., SKİNNER, E., SHARP, P., PRİEST, R. G., & JOHNSTON, D. G. (1994). Psychiatric morbidity in adults with hypopituitarism. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *87*(8), 445. /pmc/articles/PMC1294682/?report=abstract

MAGENDANTZ, H., & PROGER, S. (1940). Anorexia nervosa or hypopituitarism? *Journal of the American Medical Association*, *114*(20), 1973–1983. https://doi.org/10.1001/jama.1940.02810200001001

MANFORD, M., & ANDERMANN, F. (1998). Complex visual hallucinations. Clinical and neurobiological insights. Içinde *Brain* (C. 121, Sayı 10, ss. 1819–1840). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/brain/121.10.1819

MARSH, L. (2013). Depression and parkinson’s disease: Current knowledge topical collection on movement disorders. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *13*(12). https://doi.org/10.1007/s11910-013-0409-5

MCBETH, J., & JONES, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. Içinde *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (C. 21, Sayı 3). https://doi.org/10.1016/j.berh.2007.03.003

MEDVED, V., JOVANOVİĆ, N., & KNAPİĆ, V. P. (2009a). The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatria Danubina*, *21*(4), 585–588. https://hrcak.srce.hr/49637

MEDVED, V., JOVANOVİĆ, N., & KNAPİĆ, V. P. (2009b). The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatria Danubina*, *21*(4), 585–588.

MEGARİ, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, *1*(3), 27. https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27

MENEZES, A. R., LAVİE, C. J., MİLANİ, R. V., O’KEEFE, J., & LAVİE, T. J. (2011). Psychological risk factors and cardiovascular disease: Is it all in your head? Içinde *Postgraduate Medicine* (C. 123, Sayı 5, ss. 165–176). https://doi.org/10.3810/pgm.2011.09.2472

MİKKELSEN, R. L., MİDDELBOE, T., PİSİNGER, C., & STAGE, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(1), 65–70. https://doi.org/10.1080/08039480310000824

MİLLER, T. P., GREENBERGER, P. A., & PATTERSON, R. (1992). The diagnosis of potentially fatal asthma in hospitalized adults; Patient characteristics and increased severity of asthma. *Chest*, *102*(2), 515–518. https://doi.org/10.1378/chest.102.2.515

MİTCHELL, A. J., CHAN, M., BHATTİ, H., HALTON, M., GRASSİ, L., JOHANSEN, C., & MEADER, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, *12*(2), 160–174. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X

MONGELUZİ, D. L., ROSELLİNİ, R. A., LEY, R., CALDARONE, B. J., & STOCK, H. S. (2003). The conditioning of dyspneic suffocation fear: Effects of carbon dioxide concentration on behavioral freezing and analgesia. *Behavior Modification*, *27*(5), 620–636. https://doi.org/10.1177/0145445503256316

NAKASH, O., LEVAV, I., AGUİLAR-GAXİOLA, S., ALONSO, J., ANDRADE, L. H., ANGERMEYER, M. C., BRUFFAERTS, R., CALDAS-DE-ALMEİDA, J. M., FLORESCU, S., DE GİROLAMO, G., GUREJE, O., HE, Y., HU, C., DE JONGE, P., KARAM, E. G., KOVESS-MASFETY, V., MEDİNA-MORA, M. E., MOSKALEWİCZ, J., MURPHY, S., … SCOTT, K. M. (2014). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys. *Psycho-Oncology*, *23*(1), 40–51. https://doi.org/10.1002/pon.3372

NAZEM, S., SİDEROWF, A. D., DUDA, J. E., BROWN, G. K., HAVE, T. TEN, STERN, M. B., & WEİNTRAUB, D. (2008). Suicidal and death ideation in Parkinson’s disease. *Movement Disorders*, *23*(11), 1573–1579. https://doi.org/10.1002/mds.22130

NEWELL-PRİCE, J., BERTAGNA, X., GROSSMAN, A. B., & NİEMAN, L. K. (2006). Cushing’s syndrome. *Lancet*, *367*(9522), 1605–1617. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68699-6

OHAYON, M. M. (2014). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and its association with sleep and mental disorders in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, *54*(1), 79–84. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.023

ORENSTEİN, H., PESKİND, A., & RASKİND, M. A. (1988). Thyroid disorders in female psychiatric patients with panic disorder or agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, *145*(11), 1428–1430. https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1428

OSKOUİ, M., COUTİNHO, F., DYKEMAN, J., JETTÉ, N., & PRİNGSHEİM, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *55*(6), 509–519. https://doi.org/10.1111/dmcn.12080

OTT, D., SİDDARTH, P., GURBANİ, S., KOH, S., TOURNAY, A., SHİELDS, W. D., & CAPLAN, R. (2003). Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia*, *44*(4), 591–597. https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2003.25002.x

PARADİS, C. M., FRİEDMAN, S., LAZAR, R. M., & KULA, R. W. (1993). Anxiety disorders in a neuromuscular clinic. *American Journal of Psychiatry*, *150*(7), 1102–1104. https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1102

PARK, E. M., & ROSENSTEİN, D. L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(2), 171–180. https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.2/epark

PAPPERT, E. J., GOETZ, C. G., & RAMON, R. (1998). Stability of hallucinations and illusions in Parkinson’s disease: 18 month prospective study. *Mov Disord*, *13*(Suppl), 90.

PATTERSON, P., MOYLAN, E., BANNON, S., & SALİH, F. (2000). Needs analysis of a cancer education program in South Western Sydney. *Cancer Nursing*, *23*(3), 186–192. https://doi.org/10.1097/00002820-200006000-00005

PELLOCK, J. M. (2004). Understanding co-morbidities affecting children with epilepsy. *Neurology*, *62*(5 SUPPL. 2). https://doi.org/10.1212/wnl.62.5\_suppl\_2.s17

PERRY, G., PRESLEY-CANTRELL, L., & DHİNGRA, S. (2010). Addressing mental health promotion in chronic disease prevention and health promotion. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2337–2339. https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.205146

PETRİCH, C. E., BUİ, M. P., & FARRELL, H. M. (2013). A case of a suicide attempt associated with hyperthyroidism. *General Hospital Psychiatry*, *35*(5), 576.e9-576.e10. https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2012.12.006

PLACİDİ, G. P. A., BOLDRİNİ, M., PATRONELLİ, A., FLORE, E., CHİOVATO, L., PERUGİ, G., & MARAZZİTİ, D. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiology*, *38*(4), 222–225. https://doi.org/10.1159/000026545

POEWE, W. (2003). Psychosis in Parkinson’s disease. Içinde *Movement Disorders* (C. 18, Sayı SUPPL. 6). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/mds.10567

POLASCHEK, N. (2003). Living on dialysis: Concerns of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(1), 44–52. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02504.x

POMPİLİ, M., GİRARDİ, P., RUBERTO, A., & TATARELLİ, R. (2005). Suicide in the epilepsies: A meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy and Behavior*, *7*(2), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.05.010

POMPİLİ, M., LESTER, D., INNAMORATİ, M., DE PİSA, E., AMORE, M., FERRARA, C., TATARELLİ, R., & GİRARDİ, P. (2009). Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatics*, *50*(1), 16–23. https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.1.16

POURESMAEİLİ, F., KAMALİDEHGHAN, B., KAMAREHEİ, M., & GOH, Y. M. (2018). A comprehensive overview on osteoporosis and its risk factors. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *14*, 2029–2049. https://doi.org/10.2147/TCRM.S138000

QUAN, H., ARBOLEDA-FLÓREZ, J., FİCK, G. H., STUART, H. L., & LOVE, E. J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(4), 190–197. https://doi.org/10.1007/s001270200014

RADHAKRİSHNAN, R., CALVİN, S., SİNGH, J. K., THOMAS, B., & SRİNİVASAN, K. (2013). Thyroid dysfunction in major psychiatric disorders in a hospital based sample. *The Indian Journal of Medical Research*, *138*(6), 888. /pmc/articles/PMC3978977/

RAGNARSSON, O., BERGLUND, P., EDER, D. N., & JOHANNSSON, G. (2012). Long-term cognitive impairments and attentional deficits in patients with Cushing’s disease and cortisol-producing adrenal adenoma in remission. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *97*(9). https://doi.org/10.1210/jc.2012-1945

RAPP, S. R., PARİSİ, S. A., & WALSH, D. A. (1988). Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 851–855. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.851

REUS, V. I. (1986). Behavioral disturbances associated with endocrine disorders. *Annual review of medicine*, *37*, 205–214. https://doi.org/10.1146/annurev.me.37.020186.001225

RİCHARDSON, L. P., LOZANO, P., RUSSO, J., MCCAULEY, E., BUSH, T., & KATON, W. (2006). Asthma symptom burden: Relationship to asthma severity and anxiety and depression symptoms. *Pediatrics*, *118*(3), 1042–1051. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0249

RİMÓN, R., & LAAKSO, R. L. (1984). Overt psychopathology in rheumatoid arthritis a fifteen-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *13*(4), 324–328. https://doi.org/10.3109/03009748409111303

RİTCHİE, M. A. (2001). Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, *16*(1), 35–42. https://doi.org/10.1053/jpdn.2001.20551

ROST, K., NUTTİNG, P., SMİTH, J., COYNE, J. C., COOPER-PATRİCK, L., & RUBENSTEİN, L. (2000). The role of competing demands in the treatment provided primary care patients with major depression. *Archives of Family Medicine*, *9*(2), 150–154. https://doi.org/10.1001/archfami.9.2.150

ROTNEM, D., COHEN, D. J., HİNTZ, R., & GENEL, M. (1979). Psychological Sequelae of Relative “Treatment Failure” for Children Receiving Human Growth Hormone Replacement. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *18*(3), 505–520. https://doi.org/10.1097/00004583-197922000-00008

RUBİN, R. R., MA, Y., PEYROT, M., MARRERO, D. G., PRİCE, D. W., BARRETT-CONNOR, E., & KNOWLER, W. C. (2010). Antidepressant medicine use and risk of developing diabetes during the diabetes prevention program and diabetes prevention program outcomes study. *Diabetes Care*, *33*(12), 2549–2551. https://doi.org/10.2337/dc10-1033

RUCKDESCHEL, J. C., BLANCHARD, C. G., & ALBRECHT, T. (1994). Psychosocial oncology research. Where we have been, where we are going, and why we will not get there. Içinde *Cancer* (C. 74, Sayı 4 S). https://doi.org/10.1002/1097-0142(19940815)74:4+<1458::AID-CNCR2820741610>3.0.CO;2-C

RUNDELL, J. R., & HALL, R. C. W. (1997). Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics*, *38*(3), 269–276. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71464-6

RUTLEDGE, T., REİS, S. E., OLSON, M., OWENS, J., KELSEY, S. F., PEPİNE, C. J., REİCHEK, N., ROGERS, W. J., BAİREY MERZ, C. N., SOPKO, G., CORNELL, C. E., & MATTHEWS, K. A. (2001). Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: The WISE study. *Psychosomatic Medicine*, *63*(2), 282–288. https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00014

SADDOCK, B. J. ALCOTT SADOCK;PEDRO RUİZ. (2015). Kaplan & Synopsis of psychiatry. Içinde *Journal of Chemical Information and Modeling* (C. 53, Sayı 9).

SAEEDİ, P., PETERSOHN, I., SALPEA, P., MALANDA, B., KARURANGA, S., UNWİN, N., COLAGİURİ, S., GUARİGUATA, L., MOTALA, A. A., OGURTSOVA, K., SHAW, J. E., BRİGHT, D., & WİLLİAMS, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *157*, 107843. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843

SAMPAİO, M. S., VİEİRA, W. DE A., BERNARDİNO, Í. DE M., HERVAL, Á. M., FLORES-MİR, C., & PARANHOS, L. R. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, *151*, 11–18. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.03.018

SAPOLSKY, R. M. (1985). A mechanism for glucocorticoid toxicity in the hippocampus: Increased neuronal vulnerability to metabolic insults. *Journal of Neuroscience*, *5*(5), 1228–1232. https://doi.org/10.1523/jneurosci.05-05-01228.1985

SAWİCKA, N., GRYCZYŃSKA, M., SOWİŃSKİ, J., TAMBORSKA-ZEDLEWSKA, M., & RUCHAŁA, M. (2013). Two diagnoses become one? Rare case report of anorexia nervosa and cushing’s syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 431–435. https://doi.org/10.2147/NDT.S40398

Schoen, D. C. (2003). Association of depression and rheumatoid arthritis. *Orthopaedic Nursing*, *22*(6), 442. https://doi.org/10.1097/00006416-200311000-00017

SENARATNE, R., VAN AMERİNGEN, M., MANCİNİ, C., PATTERSON, B., & BENNETT, M. (2010). The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, *16*(2), 76–82. https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00103.x

ŞENTÜRK, A., LEVENT, B. A., & TAMAM, L. (2000). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliǧi olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayis Universitesi Tip Dergisi*, *17*(3), 163–172. https://doi.org/10.5835/jecm.v17i3.447

SİNGER, S., DAS-MUNSHİ, J., & BRÄHLER, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care-a meta-analysis. Içinde *Annals of Oncology* (C. 21, Sayı 5, ss. 925–930). Ann Oncol. https://doi.org/10.1093/annonc/mdp515

SONİNO, N., & FAVA, G. A. (1998). Psychological aspects of endocrine disease. *Clinical Endocrinology*, *49*(1), 1–7. https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1998.00528.x

STARKSTEİN, S. E., & MERELLO, M. (2002). Psychiatric and Cognitive Disorders in Parkinson’s Disease. Içinde *Psychiatric and Cognitive Disorders in Parkinson’s Disease*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/cbo9780511544279

SWİNKELS, W. A. M., KUYK, J., VAN DYCK, R., & SPİNHOVEN, P. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. Içinde *Epilepsy and Behavior* (C. 7, Sayı 1, ss. 37–50). https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.04.012

[ŞEBNEM AKBAY PIRILDAR](https://www.nadirkitap.com/kitapara.php?ara=kitaplari&tip=kitap&yazar=Yrd.+Do%E7.+Dr.+%DEebnem+Akbay+P%FDr%FDldar) (2003) Depresyon, & Bozuklukları, A. Dahiliye ve Psikiyatri V birinci baskı. *İstanbul: Okuyan Us Yayınları*, *5*, 7-44

TANG, A., O’SULLİVAN, A. J., DİAMOND, T., GERARD, A., & CAMPBELL, P. (2013). Psychiatric symptoms as a clinical presentation of Cushing’s syndrome. *Annals of General Psychiatry*, *12*(1), 1–3. https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-23

TANGRİ, N., STEVENS, L. A., GRİFFİTH, J., TİGHİOUART, H., DJURDJEV, O., NAİMARK, D., LEVİN, A., & LEVEY, A. S. (2011). A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *305*(15), 1553–1559. https://doi.org/10.1001/jama.2011.451

TAŞKAPİLİOǦLU, Ö., & NECDET, K. (2013). Migrende yaşam kalitesinin deǧerlendirilmesi. *Noropsikiyatri Arsivi*, *50*(SUPPL.1), 60–64. https://doi.org/10.4274/Npa.y7310

TELLEZ-ZENTENO, J. F., PATTEN, S. B., JETTÉ, N., WİLLİAMS, J., & WİEBE, S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*, *48*(12), 2336–2344. https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01222.x

TEN BRİNKE, A., OUWERKERK, M. E., BEL, E. H., & SPİNHOVEN, P. (2001). Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*(1), 7–10. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00203-8

THVİLUM, M., BRANDT, F., ALMİND, D., CHRİSTENSEN, K., BRİX, T. H., & HEGEDÜS, L. (2014). Increased psychiatric morbidity before and after the diagnosis of hypothyroidism: A nationwide register study. *Thyroid*, *24*(5), 802–808. https://doi.org/10.1089/thy.2013.0555

TONG, A., SAİNSBURY, P., CHADBAN, S., WALKER, R. G., HARRİS, D. C., CARTER, S. M., HALL, B., HAWLEY, C., & CRAİG, J. C. (2009). Patients’ Experiences and Perspectives of Living With CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, *53*(4), 689–700. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.10.050

TOUGH, S. C., HESSEL, P. A., RUFF, M., GREEN, F. H. Y., MİTCHELL, I., & BUTT, J. C. (1998). Features that distinguish those who die from asthma from community controls with asthma. *Journal of Asthma*, *35*(8), 657–665. https://doi.org/10.3109/02770909809048968

TSANG, A., VON KORFF, M., LEE, S., ALONSO, J., KARAM, E., ANGERMEYER, M. C., BORGES, G. L. G., BROMET, E. J., DE GİROLAMO, G., DE GRAAF, R., GUREJE, O., LEPİNE, J. P., HARO, J. M., LEVİNSON, D., OAKLEY BROWNE, M. A., POSADA-VİLLA, J., SEEDAT, S., & WATANABE, M. (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *Journal of Pain*, *9*(10), 883–891. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.05.005

TSENG, C. H. (2004). Mortality and causes of death in a national sample of diabetic patients in Taiwan. *Diabetes Care*, *27*(7), 1605–1609. https://doi.org/10.2337/diacare.27.7.1605

TUNKS, E. R., CROOK, J., & WEİR, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: Prevalence, risk, course, and prognosis. Içinde *Canadian Journal of Psychiatry* (C. 53, Sayı 4, ss. 224–234). Canadian Psychiatric Association. https://doi.org/10.1177/070674370805300403

TZOULAKİ, I., JARVELİN, M. R., HARTİKAİNEN, A. L., LEİNONEN, M., POUTA, A., PALDANİUS, M., RUOKONEN, A., CANOY, D., SOVİO, U., SAİKKU, P., & ELLİOTT, P. (2008). Size at birth, weight gain over the life course, and low-grade inflammation in young adulthood: Northern Finland 1966 birth cohort study. *European Heart Journal*, *29*(8), 1049–1056. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn105

URSİNİ, F., NATY, S., & GREMBİALE, R. D. (2011). Fibromyalgia and obesity: The hidden link. *Rheumatology International*, *31*(11), 1403–1408. https://doi.org/10.1007/s00296-011-1885-z

VAN DE VEN, R. C. G., KAJA, S., PLOMP, J. J., FRANTS, R. R., VAN DEN MAAGDENBERG, A. M. J. M., & FERRARİ, M. D. (2007). Genetic models of migraine. Içinde *Archives of Neurology* (C. 64, Sayı 5, ss. 643–646). American Medical Association. https://doi.org/10.1001/archneur.64.5.643

VİLLAR, H. C. C. E., SACONATO, H., VALENTE, O., & ATALLAH, A. N. (2007). Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2007*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003419.pub2

VOON, V., SOHR, M., LANG, A. E., POTENZA, M. N., SİDEROWF, A. D., WHETTECKEY, J., WEİNTRAUB, D., WUNDERLİCH, G. R., & STACY, M. (2011). Impulse control disorders in parkinson disease: A multicenter case-control study. *Annals of Neurology*, *69*(6), 986–996. https://doi.org/10.1002/ana.22356

VUİLLERMİN, P. J., BRENNAN, S. L., ROBERTSON, C. F., CARLİN, J. B., PRİOR, M., JENNER, B. M., & SOUTH, M. (2010). Anxiety is more common in children with asthma. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(8), 624–629. https://doi.org/10.1136/ADC.2009.166967

WANG, H., NAGHAVİ, M., ALLEN, C., BARBER, R. M., CARTER, A., CASEY, D. C., CHARLSON, F. J., CHEN, A. Z., COATES, M. M., COGGESHALL, M., DANDONA, L., DİCKER, D. J., ERSKİNE, H. E., HAAGSMA, J. A., FİTZMAURİCE, C., FOREMAN, K., FOROUZANFAR, M. H., FRASER, M. S., FULLMAN, N., … ZUHLKE, L. J. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, *388*(10053), 1459–1544. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1

WARD, M., & DRUSS, B. (2015). The epidemiology of diabetes in psychotic disorders. *The Lancet Psychiatry*, *2*(5), 431–451. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00007-3

WASTESON, E. (2011). Mood disorders in patients with cancer. Içinde *The Lancet Oncology* (C. 12, Sayı 2, ss. 114–115). https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70007-9

WEİNTRAUB, D., KOESTER, J., POTENZA, M. N., SİDEROWF, A. D., STACY, M., VOON, V., WHETTECKEY, J., WUNDERLİCH, G. R., & LANG, A. E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: A cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of Neurology*, *67*(5), 589–595. https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.65

WHİTNEY, D. G., PETERSON, M. D., & WARSCHAUSKY, S. A. (2019). Mental health disorders, participation, and bullying in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *61*(8), 937–942. https://doi.org/10.1111/dmcn.14175

WHO. (2007). *Neurological disorders affect millions globally: WHO report*. https://www.who.int/news/item/27-02-2007-neurological-disorders-affect-millions-globally-who-report

WHO. (2016). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\_1

WHO. (2021). *Chronic respiratory diseases*. https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\_1

WİBELL, L., NYSTRÖM, L., ÖSTMAN, J., ARNQVİST, H., BLOHMÉ, G., LİTHNER, F., LİTTORİN, B., & SUNDKVİST, G. (2008). Increased mortality in diabetes during the first 10 years of the disease. A population-based study (DISS) in Swedish adults 15-34 years old at diagnosis. *Journal of Internal Medicine*, *249*(3), 263–270. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2001.00802.x

WİLLİAMS, L. S., JONES, W. J., SHEN, J., ROBİNSON, R. L., WEİNBERGER, M., & KROENKE, K. (2003). Prevalence and impact of depression and pain in neurology outpatients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *74*(11), 1587–1589. https://doi.org/10.1136/jnnp.74.11.1587

WİLSON, K. G., CHOCHİNOV, H. M., GRAHAM SKİRKO, M., ALLARD, P., CHARY, S., GAGNON, P. R., MACMİLLAN, K., DE LUCA, M., O’SHEA, F., KUHL, D., FAİNSİNGER, R. L., & CLİNCH, J. J. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*(2), 118–129. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016

WOLDEAMANUEL, Y. W., & COWAN, R. P. (2017). Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. Içinde *Journal of the Neurological Sciences* (C. 372, ss. 307–315). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.11.071

YAN, L. L., LİU, K., MATTHEWS, K. A., DAVİGLUS, M. L., FERGUSON, T. F., & KİEFE, C. I. (2003). Psychosocial Factors and Risk of Hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Journal of the American Medical Association*, *290*(16), 2138–2148. https://doi.org/10.1001/jama.290.16.2138

YAŞAR, H., ALAY, S., KENDİRLİ, T., TEKELİ, H., GÜNEY, M., TÜRKER, T., & SARAÇOĞLU, M. (2014). *Genç Erkek Epilepsi Hastalarında Yaşam ve Uyku Kalitesi Quality of Life and Sleep in Young Male Patients with Epilepsy*. https://doi.org/10.5505/epilepsi.2014.39358

YASAR, H., BALİBEY, H., ALAY, S., TEKELİ, H., TURKER, T., & BAYAR, N. (2013). The levels of anxiety, depression and obsessive-compulsive symptoms in migraine patients. *Journal of Mood Disorders*, *3*(4), 156. https://doi.org/10.5455/jmood.20130901115300

YELLOWLEES, P. M., ALPERS, J. H., BOWDEN, J. J., BRYANT, G. D., & RUFFİN, R. E. (1987). Psychiatric morbidity in patients with chronic airflow obstruction. *Medical Journal of Australia*, *146*(6), 305–307. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1987.tb120267.x

YOHANNES, A. M., ROOMİ, J., WATERS, K., & CONNOLLY, M. J. (1998). Quality of life in elderly patients with COPD: Measurement and predictive factors. *Respiratory Medicine*, *92*(10), 1231–1236. https://doi.org/10.1016/S0954-6111(98)90426-7

YOUNG, S. N. (2013). Elevated incidence of suicide in people living at altitude, smokers and patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: possible role of hypoxia causing decreased serotonin synthesis. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, *38*(6), 423. https://doi.org/10.1503/JPN.130002

ZADER, S. J., WİLLİAMS, E., & BURYK, M. A. (2019). Mental health conditions and hyperthyroidism. *Pediatrics*, *144*(5), 20182874. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2874

ZALAİ, D., SZEİFERT, L., & NOVAK, M. (2012). Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*, *25*(4), 428–438. https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2012.01100.x

ZOELLER, R. T., & ROVET, J. (2004). Timing of thyroid hormone action in the developing brain: Clinical observations and experimental findings. *Journal of Neuroendocrinology*, *16*(10), 809–818. https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2004.01243.x