

# Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi#

Kemal YAZICI\*, Şenel TOT\*, Ali BİÇER\*\*,  
Aylin YAZICI\*, Visal BUTURAK\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmada bel ve boyun ağrısı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini ve yaşam kalitesini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma grupları, bel ağrısı olan hastalar (n=50), boyun ağrısı olan hastalar (n=40) ve sağlıklı gönüllülerden (n=71) oluşturulmuştur. Hastalara ve kontrol grubuna, sosyodemografik bilgi formu, Kısa Form-36 (SF-36) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır. Ağrı şiddetini belirlemek için Görsel Analog Skala (GAS) uygulanmıştır. Ağrı süresi, bel ağrısı grubunda boyun ağrısı grubuna göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur. Ağrı şiddeti açısından, bel ağrısı ve boyun ağrısı grupları arasında fark bulunmamıştır. Bel ve boyun ağrısı olan kişilerin, fiziksel fonksiyonunun normal kontrollere göre daha kötü olduğu, işte ya da diğer etkinliklerinde daha fazla sorun yaşadıkları, ağrı şiddeti ve ağrıya bağlı kısıtlılık yaşama düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Buna karşılık, bel ve boyun ağrısı hastaları kendini enerjik hissetme, olağan toplumsal etkinlikleri yürütme, emosyonel sorunlara bağlı iş ya da diğer günlük etkinlikleri yürütememe ve mental sağlık açısından normal kontrollerden farklı bulunmamıştır. Bel ve boyun ağrısı olan hastalarda HAD-anksiyete skorları eşik üstünde olanların oranı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon düzeyleri eşik üstünde olan hastaların yaşam kalitesi puanları anksiyete ve depresyon düzeyleri eşik altında olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bunlarla başa çıkma yollarının geliştirilmesi önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Anksiyete, bel ağrısı, boyun ağrısı, depresyon, SF-36.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:95-101

## SUMMARY

### Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Lowback Pain and Neck Pain

The aim of this study was to determine the levels of anxiety and depression, and quality of life in patients with low back pain and neck pain. Study subjects were comprised of patients with low back pain (n=50), with neck pain (n=40) and healthy controls (n=71). Patients and controls were administered a sociodemographic data form, Short Form-36 (SF-36) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Pain severity was measured with Visual Analogue Scale (VAS). Duration of pain complaint were significantly longer in patients with low back pain compared to those with neck pain. Pain severity was not different between patients with low back and neck pain. We found that patients with pain complaints had poorer physical function, experienced more problems with work or other activities and had higher level of pain severity and pain associated limitations compared to controls. On the other hand, patients and controls were not different with respect to vitality, social functioning, emotional role limitation and mental health. The rate of subjects above cut-off point on HAD-Anxiety subscale was significantly higher in patients with pain compared to controls. Patients with scores above cut-off points for anxiety and depression had significantly higher quality of life scores compared to those with scores below cut-off. It is important to determine those factors that affect quality of life and to develop coping strategies for that factors.

**Key Words:** Anxiety, depression, low back pain, neck pain, SF-36.

\* Yrd. Doç. Dr., \*\*\* Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, \*\* Yrd. Doç. Dr., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, MERSİN

## GİRİŞ

Ağrı, insanın en önemli duyularından birisi olup günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birini oluşturur. Ağrı fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir etkileşim olarak kabul edilmektedir (Özkan 1995). Kronik ağrı, uykusuzluk, bunaltı ve depresyonla birlikte bulunabilmektedir ve komorbid ya da ikincil olarak gelişmiş bir etkinlik azalmasına yol açarak tıbbi, sosyal ve ekonomik bir sorun olarak ortaya çıkabilmektedir (Simon 2000). Kronik ağrısı bulunan hastalarda depresyon görülme oranlarının %10-100 arasında değiştiği, genellikle %50'nin üstünde olduğu bildirilmektedir (Krishnan ve ark. 1988, Rudy ve ark. 1988).

Kişilerin %80'i yaşamları boyunca en az bir kez bel ağrısı geçirir. Hastaların %5-10'u üç aydan uzun sürerek kronikleşmektedir ve en önemli tedavi güçlükleri bu gruptaki hastalarda oluşmaktadır (Yıldız 2000). Bel ağrısı, malign kaynaklı olmayan ve yeti yitimine yol açan ağrılar içinde en sık olanıdır ve çalışma süresinde azalma, ekonomik kayıp, tıbbi bakım ihtiyacına neden olarak ve psikolojik strese yol açarak hastaların ailelerini ve çevresini etkiler (Simon 2000, Waddell ve ark. 1986).

Boyun ağrıları günümüzde kronik ağrı sıralamasında, bel ağrılarından sonra ikinci sırayı oluşturur. Genel nüfusta her üç kişiden biri hayatlarının bir döneminde çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen boyun ağrılarından şikayetçi olmaktadır (Taş 2000). Pek çok çalışma stres ya da anksiyete ile boyun ya da sırt ağrısı arasında ilişki göstermiştir (Leino ve Magni 1993, Burton ve ark. 1995, Gatchel ve ark. 1995, Croft ve ark. 1996). Estlander ve arkadaşları (1998) ise sadece çok zayıf bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Yaşam kalitesi, "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmıştır. Kişinin yaşadığı yeri, amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsar. Yaşam kalitesi kavramı içinde fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (Fidaner ve ark. 1999). Hastalıkların ve tedavilerin hastanın yaşam kalitesi üzerine etkileri giderek artan bir ilgi konusudur.

Bu çalışmada bel ve boyun ağrısı olan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek ve anksiyete ve depresyon düzeylerini tespit ederek, yaşam kalitesi ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Denekler

Çalışmaya, FTR polikliniğine başvuran bel ağrısı veya boyun ağrısı olan ve organik patoloji saptanan hastalar alındı. Kontrol grubu sağlıklı gönüllülerden oluşturuldu. Çalışmaya alınan denekler en az ilkökul mezunuydular. Herhangi bir psikiyatrik tanı ile tedavi gören ve bilinen başka organik hastalığı bulunan kişiler çalışma dışı bırakıldı. Her hastaya çalışmanın amacı açıklandı ve onayları alındı.

### Gereçler

Hastalara ve kontrol grubuna, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Kısa Form-36 (SF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır. Ayrıca hastalara ağrı şiddetini belirlemek için Görsel Analog Skala (GAS) uygulanmıştır.

*Kısa Form-36 (SF-36)*, jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Ware ve Sherbourne 1992). Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde), sağlığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Aydemir 1999). SF-36, uluslararası olarak en yaygın kullanılan, işlevsel sağlık durumu ölçeklerinden biridir ve kronik bel ağrıları da içeren pek çok farklı kronik durumu olan hastaların ayrı sağlık profillerini oluşturabilmek için geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir (Stewart ve ark. 1989, Grevitt ve ark. 1997, Bronfort ve Bouter 1999).

*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)*, hastada

**Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri**

	Bel ağrısı (n=50)	Boyun ağrısı (n=40)	Kontrol (n=71)	p
Yaş ortalaması	44±9	44±9	41±11	p=0.343 df=2 F=1.076
Cinsiyet				
Kadın	36	35	53	χ <sup>2</sup> =3.420
Erkek	14	5	18	df=2 p=0.181
Eğitim				
İlköğretim	20	19	15	χ <sup>2</sup> =13.333
Lise	18	9	21	df=4
Üniversite	12	12	35	p=0.01

anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir (Zigmond ve Snaith 1983). Aydemir ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete altölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon altölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

*Görsel Analog Skala (GAS):* Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ölçek, hastada ağrının şiddetini ölçmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek 10 cm uzunluğunda olup, vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir (0=ağrı yok, 10=en şiddetli ağrı). Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile, hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir.

Veriler ki-kare testi, çok değişkenli varyans analizi ve t testi ile SPSS for windows paket programı kullanılarak değerlendirildi.

## BULGULAR

Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından gruplar arasında fark saptanmazken, eğitim düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu fark, kontrol grubunda üniversite mezunu olan vakaların sayısının ilköğretim

mezunu olanlardan anlamlı olarak fazla olmasından kaynaklanmaktaydı (Tablo 1).

Ağrı süresi, bel ağrısı grubunda 8±6 yıl, boyun ağrısı grubunda ise 4±4 yıl şeklindeydi. Bel ağrısı grubunda ağrı süresi boyun ağrısı grubuna göre anlamlı olarak uzundu (t=3.021, df=88, p=0.003).

GAS'a göre bel ağrısı ve boyun ağrısı grupları arasında ağrı şiddeti açısından fark yoktu (t=-0.101, df=88, p=0.92). Ancak gruplar bütün olarak değerlendirildiğinde, kadın hastaların ağrı şiddeti (6.5), erkek hastalardan (5.5) anlamlı olarak yüksekti (t=2.508, df=88, p=0.014).

### *SF-36 puanlarının değerlendirilmesi:*

Bütün gruplar birlikte değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi düştükçe fiziksel rol kısıtlılığı ve genel sağlık puanları da anlamlı olarak azalmaktaydı.

Grupların, SF-36'daki altölçek (fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ağrı, sağlığın genel algılanması, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve mental sağlık) puanlarının değerlendirilmesi Tablo 2'de verilmiştir.

Cinsiyet, ağrı bölgesi ve yaş, SF-36 skorları üzerinde etkili faktörlerdir. Kadınlarda yaşam kalitesi skorları erkeklerden anlamlı derecede daha düşüktür (F=2.445, p=0.016). Ayrıca, bel ağrısı olanlarda boyun ağrısı olanlara göre bu skorlar daha düşüktür (F=5.219, p=0.0001). Yaşın artmasıyla vitalite ve mental sağlık puanları artmaktadır (r=0.156, p=0.048; r=0.24, p=0.002).

**Tablo 2. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması**

	Bel ağrısı (n=50)	Boyun ağrısı (n=40)	Kontrol (n=71)
<b>SF-36</b>			
Fiziksel fonksiyon	51.5±18.4 <sup>a,b</sup>	64.4±22.6	76.9±19.9
Fiziksel rol kısıtlılığı	27±34.2 <sup>b</sup>	34.7±36.6	58.9±39.9
Ağrı	38.7±15.6 <sup>b</sup>	38.6±17.9 <sup>c</sup>	64±24.3
Genel sağlık	40.5±21.6 <sup>b</sup>	44.5±19.7 <sup>c</sup>	57.3±20.5
Vitalite	44.6±16.3	45.4±19.3	53.4±20.3
Sosyal fonksiyon	59.5±25.1	62.8±23.1	68±22
Emosyonel rol kısıtlılığı	44.8±41.1	44.1±42.3	47.4±37.7
Mental sağlık	51.1±20.7	55.2±19.2	58.3±19.5
<b>HAD</b>			
Depresyon	7.6±4.2	7.4±4.1	6.7±3.9
Anksiyete	9.1±4.4	9.8±4.7	8.2±4

<sup>a</sup> p<0.001 bel ağrısı-boyun ağrısı, <sup>b</sup> p<0.001 bel ağrısı-kontrol, <sup>c</sup> p<0.001 boyun ağrısı-kontrol.

#### *HAD puanlarının değerlendirilmesi:*

HAD-anksiyete ve HAD depresyon skorlarında gruplar arasında fark yoktu (Tablo 2).

HAD-anksiyete skorları üzerinde cinsiyet ve yaş etkili faktörlerdir. Kadınlarda anksiyete skoru daha yüksek bulunmuştur (t=2.33, df=159, p=0.021). Yaş arttıkça anksiyete puanı azalmaktadır (r=-0.203, p=0.01). Eğitim düzeyi ise etkili değildir.

HAD-depresyon skorları üzerinde eğitim düzeyi ve yaş etkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilkököl olanların depresyon puanı üniversite mezunu olanlardan daha yüksek bulunmuştur (F=3.346, p=0.038). Yaş arttıkça depresyon puanı azalmaktadır (r=-0.23, p=0.003).

HAD-anksiyete skorları eşik üstü olan olguların oranı bel ağrısı grubunda %38, boyun ağrısı grubunda %40 ve kontrol grubunda %19.4 olarak tespit edildi. Eşik üstü olan hastaların oranı hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ( $\chi^2=4.054$ , df=1, p=0.044). HAD-depresyon skorları açısından böyle bir farklılık saptanmadı.

HAD-anksiyete ve HAD-depresyon skorları eşik üstünde olan hastaların SF-36 skorları, eşik altında olan hastalarınkine göre anlamlı olarak düşüktü (Şekil 1, 2).

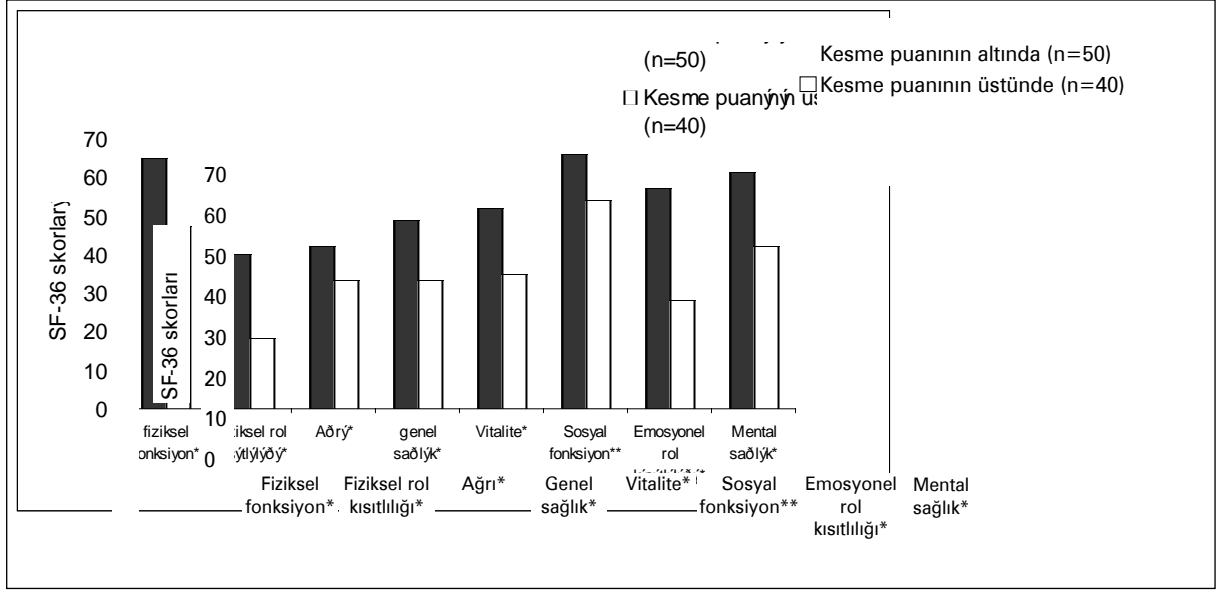
#### **TARTIŞMA**

Ağrı, kişiyi rahatsız eden hoş olmayan bir duyum olması yanı sıra, tedavi ile ilgili süreçler nedeniyle de yaşam kalitesini bozabilir. Kişiler ağrıya farklı tepkiler

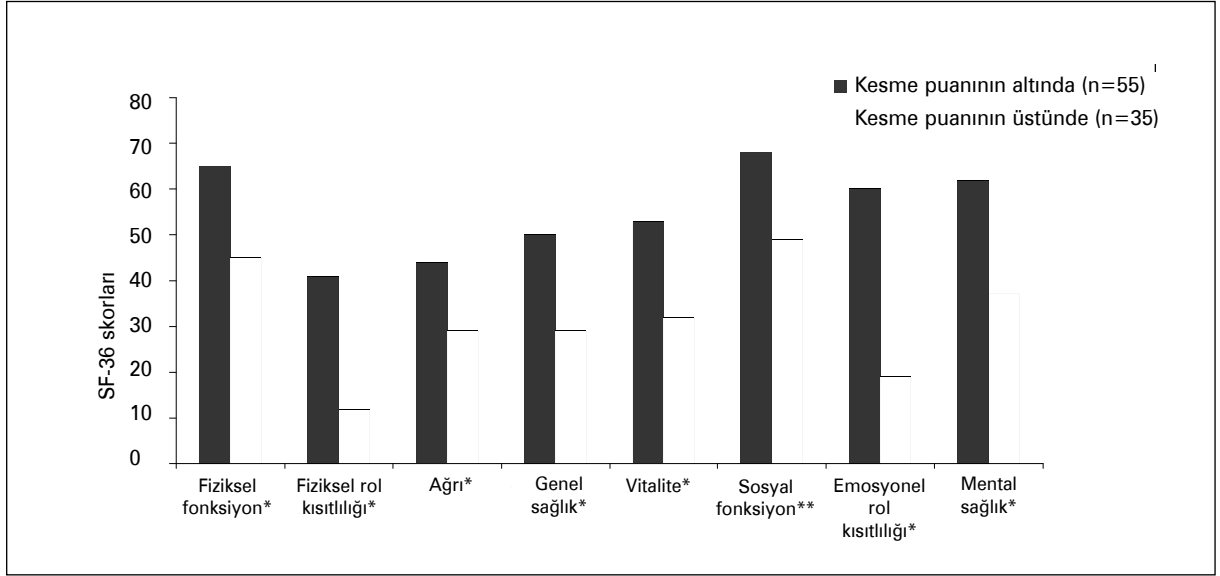
verirler, ağrıya dayanıklılıkları, ağrıyı kabullenabilmeleri farklıdır ve bütün bunların yaşam kalitelerine yansıdığı kabul edilebilir (Fidaner ve ark. 1999). Bel ve boyun ağrısı olan hastaların hem ağrı hem de fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Lyons ve arkadaşları (1994) sırt ağrısı olan hastalarda SF-36'da sekiz alt ölçekten her birinde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüklük saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise bel ve boyun ağrısı olan hastaların normal kontrollere göre fiziksel işlevlerinin daha kötü olduğu, işte ya da diğer etkinliklerde daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Bel ağrısı olan hastalarda fiziksel işlev kısıtlılığının boyun ağrısı olanlara göre daha fazla olduğunu tespit ettik. Ayrıca işte ya da diğer etkinliklerinde daha fazla miktarda sorun ve kısıtlılık yaşadıklarını saptadık. Boyun ağrısı olan hastaların iş ya da diğer etkinliklerde sorun yaşama düzeyleri normal kontrollerden farklı değildi. Bu bulgudan yola çıkarak bel ağrısı olan hastaların ele alınmasında fiziksel kısıtlılıklarının ve iş ile ilgili zorluklarının göz önünde bulundurulması uygun olacaktır.

Bel ve boyun ağrısı olan hastaların depresyon düzeyleri kontrollerden farklı bulunmadı, bununla birlikte eşik üstü anksiyete düzeylerine sahip olanların oranı, kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksekti. Boyun ya da bel ağrısı ile stres ve anksiyete arasında ilişki göstermiş olan pek çok çalışma bulunmaktadır (Leino ve Magni 1993, Burton ve ark. 1995, Gatchel ve ark. 1995, Croft ve ark. 1996). Estlander ve arkadaşları



Şekil 1. HAD-D kesme puanına göre SF-36 skorlarının değerlendirilmesi. \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.05$ .



Şekil 2. HAD-A kesme puanına göre SF-36 skorlarının değerlendirilmesi. \* $p < 0.0001$ .

(1998) ise sadece çok zayıf bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Psikolojik zorlanmanın bel ve boyun ağrısında hem sebep hem de sonuç olabileceği bildirilmektedir (Andersen ve ark. 2002). Çalışmamız, bu şekilde bir yoruma ulaşmak için gereken desene sahip değildir. Olguların yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmemiş olması çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır. Çalışmamızın bir başka kısıtlılığı ise hasta grubu ile kontrol grubu arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık olmasıdır.

Bununla birlikte, örnekleminizde eğitim düzeyinin SF-36 ve HAD-anksiyete ölçek puanları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda sağlığının kötü olduğu ve giderek kötüye gideceği düşüncesi her iki grupta da normal kontrollerden fazlaydı. Olumsuz kognisyonlara sahip olma ağrının ortaya çıkışını etkileyebildiği (Cox 1999) gibi ağrı algısı, ağrı şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde rol oynamaktadır (Estlander ve ark. 1998, Endler ve ark. 2003). Olumlu ve etkin kognisyonların gelişti-

rilmesi ve uygun başa çıkma yollarının kullanılmaya başlanması ile kronik ağrıdan yakınan hastalarda, ağrının seyri ve hastanın yaşam kalitesi iyileşmektedir (Estlander ve ark. 1998, Endler ve ark. 2003).

Çalışmamızda eğitimi düşük olanlarda fiziksel rol kısıtlılığı artmakta ve genel sağlık durumu anlamlı derecede kötüleşmekteydi. Bu bulgu, düşük temel eğitime sahip olan kadınlarda daha fazla bel ağrısı geliştiğini bildiren çalışmalarla uyumludur (Viikari-Juntura ve ark. 2001).

Sonuç olarak, bel ve boyun ağrısı olan hastaların normal kontrollere göre fiziksel işlevlerinin daha kötü olduğu, işte ya da diğer etkinliklerde daha fazla sorun

yaşadıkları saptanmıştır. Bel ve boyun ağrısı olan hastalar arasında HAD-anksiyete skorları eşik üstünde olanların oranı kontrollerden yüksek bulunmuştur. HAD-depresyon skorları açısından böyle bir farklılık saptanmamıştır. Yanı sıra anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olmasının bel ve boyun ağrılı hastaların yaşam kalitelerini her alanda belirgin ölçüde etkilediği bulunmuştur. Diğer tıbbi hastalığı bulunan hastalarda da depresyon düzeylerinin yüksek olmasının yaşam kalitesini her alanda bozduğu tespit edilmiştir (Gülseren ve ark. 2001). Hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bunlarla başa çıkma yollarının geliştirilmesi önemlidir.

### KAYNAKLAR

- Andersen JH, Kaergaard A, Frost P ve ark. (2002) Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. *Spine*, 27:660-667.
- Aydemir Ö (1999) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa Form-36 (SF-36). *3P Dergisi*, 7(Ek 2):14-22.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:280-287.
- Bronfort G, Bouter LM (1999) Responsiveness of general health status in chronic low back pain: a comparison of the COOP charts and SF-36. *Pain*, 83:201-209.
- Burton AK, Tillotson KM, Main CJ ve ark. (1995) Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20:722-728.
- Cox JM (1999) Psychological perspectives in treating low back pain. 6. Baskı, Baltimore, USA, Williams & Wilkins s.679-688.
- Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S ve ark. (1996) Psychological distress and low back pain: evidence from a prospective study in the general population. *Spine*, 20:2731-2737.
- Endler NS, Corace KM, Summerfeldt LJ ve ark. (2003) Coping with chronic pain. *Personality and individual differences*, 34:323-346.
- Estlander AM, Takala EP, Viikari-Juntura E (1998) Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain: a prospective, two-year follow-up study of a working population. *J Occup Environ Med*, 40:445-453.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 7(Ek 2):5-13.
- Gatchel RJ, Polatin PB, Kinney RK (1995) Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: A prospective analysis. *Health Psychol*, 14:415-420.
- Grevitt M, Khazim R, Mulholland R ve ark. (1997) The short form- 36 health survey questionnaire in spine surgery. *J Bone Joint Surg Br*, 79:48-52.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. (2001) Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:89-98.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*.
- Krishnan KRR, France RD, Davidson J (1988) Depression as a psychological disorder in chronic pain. *Chronic Pain*, RD France, KRR Krishnan (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.195-219.
- Leino P, Magni G (1993) Depressive and distress symptoms as predicts of low-back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees. *Pain*, 53:89-94.
- Lyons RA, Lo SV, Littlepage BNC (1994) Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. *J Epidemiol Community Health*, 48:388-390.
- Özkan S (1995) Ağrılı hastaya psikiyatrik yaklaşım. *Psycho Med*, 1:49-54.
- Price DD, McGrath PA, Rafii A ve ark. (1983) The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17:45-56.
- Rudy TE, Kerns RD, Turk DC (1988) Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35:129-140.
- Simon EP (2000) The COPE Program: Treatment efficacy and medical utilization outcome of a chronic pain management program at a major military hospital. *Military Medicine*, 165:954-956.
- Stewart AL, Greenfield S, Hays RD ve ark. (1989) Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *J Am Med Assoc*, 262:907-913.

Taş N (2000) Boyun ağrısı. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, M Beyazova, YG Kutsal (Ed), Ankara, Güneş Kitabevi, s.1426-1436.

Viikari-Juntura E, Martikainen R, Luukkonen R ve ark. (2001) Longitudinal study on work related and individual risk factors affecting radiating neck pain. Occup Environ Med, 58:345-352.

Waddell G, Morris EW, Di Paola MP ve ark. (1986) A concept of illness tested as an improved basis for surgical decisions in low-back disorders. Spine, 11:712-719.

Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30:473-483.

Yıldız EÖ (2000) Bel ağrısı. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, M Beyazova, YG Kutsal (Ed), Ankara, Güneş Kitabevi, s.1465-1483.

Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67:361-370.

## 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi

14-19 Ekim 2003

WOW Kremlin Palace - Antalya

### Kongre Sekreterliği:

Dr. Ümit TURAL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri  
Anabilim Dalı, İZMİR

Tel: 0262 233 59 81/1708

Faks: 0262 233 54 61

e-mail: turalu@hotmail.com, turalu@kou.edu.tr

www.psikiyatri2003.com

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI &  
TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ