

Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki

Miyaser KAYAHAN,¹ Gülümser SERTBAŞ²

ÖZET

Amaç: Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir. Psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu araştırmada fiziksel hastalığı olan hastalarda anksiyete, depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte kesitsel araştırma niteliğinde yürütülen bu çalışmada, Kasım 2004-Aralık 2004 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan 118 hasta örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bireye ilişkin sosyodemografik değişkenler ve tanı-tedavi sürecine ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren anket formunun yanı sıra, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Genel Sağlık Anketi-12 ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve Student t testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanı dahili kliniklerde yatan hastaların ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık süresi bir aydan uzun ve çoğunlukla kronik hastalığı olan hastalarda GSA-12 ortalama puanı hastalık süresi bir aydan kısa olanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanı ile stresle başa çıkma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). **Sonuçlar:** Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda dahili kliniklere göre anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanı yüksek bulunmuştur. Hastaların stresle başa çıkma düzeyleri arttıkça ruhsal sorunları azalmaktadır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:113-120*)

Anahtar sözcükler: Anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma

The relationship between anxiety-depression level and manners overcoming stress in hospitalized patients at internal and surgical clinics

ABSTRACT

Objective: Anxiety and depression are very common psychiatric disorders accompanied to the physical illness. Psychiatric disorders affect the care of patients, quality of life, duration of treatment, expenses, well-being of patients, mortality and morbidity levels negatively. In this research were aimed to determine the relationship between anxiety-depression level and manners overcoming stress in patients at internal and surgical clinics. **Methods:** In this descriptive cross-sectional study, 118 patients were chosen from Harran University Medical Faculty research and practice internal and surgical clinics between October and December 2004. The sociodemographic characteristics and diagnosis-treatment process information form prepared by researcher, Hospital

¹ Öğr.Gör., Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İpekyol/ŞANLIURFA

² Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, GAZİANTEP

Yazışma adresi : Miyase KAYAHAN, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İpekyol/ŞANLIURFA
E-posta:miyaserk@mynet.com

Anxiety and Depression Scale, General Health Questionnaire-12 and Manners Overcoming Stress Scale were used in data collection. Descriptive statistics, correlation analysis and Student-t test were used for evaluation of data. Findings: Anxiety, depression and GSA-12 score means were higher in patients at surgical clinics compared with the internal disease clinics (p<0.05). Duration of illness and chronicity were found as significant variables. It was found a significant relation between anxiety-depression and GSA score means and overcoming stress manners were positive (p<005). Conclusion: In line with the findings, anxiety, depression and GSA mean scores of patients at surgical clinics were higher than patients at internal clinics. Increased the level of overcoming stress of patients, decreased the psychiatric symptoms. (Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:113-120)

Key words: anxiety, depression, overcoming stress

GİRİŞ

Hastalık tıbbi açıdan fizyolojik ve organik süreçlerle biyolojik, psikolojik, psikoseksüel, entellektüel, sosyal, çevresel ve ailesel çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir.¹⁻³

Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir.⁴ Bu yeni rol bedensel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır.^{1,5,6} Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tümüyle kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir. Bu etkilenme sonucunda hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber, anksiyete, depresyon, regresyon, kızgınlık, matem reaksiyonu ve yadsıma gibi emosyonel tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görüleni ise anksiyete ve depresyondur.^{1,2,7,8}

Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk, suçluluk ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşüncelerin almasıdır. Bu duygular ve düşünceler bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Bedensel hastalığı olanlarda da depresyon gerek belirti, gerekse sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir.^{1,5}

Bedensel hastalığı olan bireylerde depresyonun sıklığını belirlemeye yönelik ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Aslan ve ark. bedensel hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarda en sık görülen psikiyatrik tanılar arasında depresif bozuklukları %9.6-44.6 arasında saptamıştır.⁹

Yurt dışında yapılan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar yatarak tedavi gören hastaların

%19-60'ında depresif belirtilerin görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda depresyon görülme oranı kanser hastalarında %58.3, diyabet hastalarında %24, inme (stroke) sonrası %50 olarak bulunmuştur.^{1,5,10-12}

Bedensel hastalığa karşı geliştirilen emosyonel tepkilerden bir diğeri anksiyetedir ve genellikle depresyonla birlikte. Ülkemizde bedensel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışındaki bir çalışmada ise bu oran %23'tür.¹⁰ Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya koymaktadır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'tır. İki bozukluğun bir arada bulunması, hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da artırabilmektedir.¹²

Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve daha fazla tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler.^{3,13}

Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin strese başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır. Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan, psikososyal stres düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır.^{14,15}

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir. Bu psikiyatrik bozukluklar, hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu araştırma bedensel hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi irdelemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma genel kliniklerde yatan hastalarda bedensel hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyon düzeylerini, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte kesitsel araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel kliniklerinde yatarak tedavi gören bilinci açık, algılama ve tepki verme yetileri sağlam olan, çok hızlı yatış çıkışı ve iletişim güçlüğü olmayan, görüşmeyi reddetmeyen hastalar ile hastane koşullarına bağlı olarak hasta sayısının oldukça yetersiz olduğu, hastaların yatış sürelerinin çok kısa olduğu ve oldukça özelleşmiş olmaları nedeniyle kadın doğum, pediatri, psikiyatri, yoğun bakım üniteleri ile acil servis dışında yatarak tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Örneklem alınan kliniklerin ziyaret izni açısından farkı bulunmamaktadır. Örneklem, olasılıksız örneklem yöntemiyle oluşturulmuştur. Veriler Kasım-Aralık 2004 tarihleri arasında aşağıdaki form ve ölçekler uygulanarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Verilerin toplanmasında kullanılan formda sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi) ile tanı ve tedavi sürecine ilişkin tanıtıcı bilgiler (tıbbi tanı, hastalık süresi, hastanede yatış süresi, yattığı klinik, tedaviden beklentisi, ziyaret edilme durumu, psikiyatri konsültasyonu istenmesi, ruhsal tedavi görme, ilaç kullanma durumu) yer almaktadır.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-HADÖ (Hospital Anxiety Depression Measure): Zigmond ve Snaith tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar)

anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.¹⁶

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ): Folkman ve Lazarus’un “Başa Çıkma Yolları Ölçeği”, stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sık kullanılan duruma yönelik ve 66 maddelik, 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Çeşitli araştırmacıların amaçlarına ve örnekleme göre ölçekten maddeler çıkarttıkları ya da ekledikleri belirtilmektedir.¹⁷ Bu araştırmada ölçeğin 30 maddelik formu kullanılmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin faktör analizinde beş faktör belirlenmiştir: ‘Kendine güvenli yaklaşım’, ‘çaresiz yaklaşım’, ‘boyun eğici yaklaşım’, ‘iyimser yaklaşım’ ve ‘sosyal destek arama’.

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal bozuklukları tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Kılıç tarafından yapılmıştır. Kısa, uygulanması kolay, pratik bir ölçek olup GSA-12 ve GSA-28’in geçerlilik ve güvenilirliği ortak yapılmıştır. Toplam 34 madde üzerinde çalışılmıştır. GSA-12’nin iç tutarlılığı 0.78, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.85 olarak bulunmuştur.^{18,19}

BULGULAR

Hastaların %50.8’i erkek, %49.2’si kadındır; %52.5’i eğitim almamış, %28.8’i ilkokul, %6.8’i ortaokul, %7.6’sı lise ve %4.2’si üniversite mezunudur; %83.9’u evli, %11’i bekar, %0.8’i boşanmış, %3.4’ü duldur; %11’i işsiz, %42.4’ü ev hanımı, %8.5’i memur, %29.7’si serbest meslek sahibi, %6.8’i emekli, %1.7’si öğrencidir. Hastaların %94.9’unun sosyal güvencesi var, %5.1’nin yoktur.

Tablo 1’de hastaların tanı ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2’de ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri gösterilmiştir. ‘Kendine güvenli yaklaşım’ alt ölçeği depresyon, anksiyete, HADÖ, GSA-12 ile anlamlı negatif korelasyonlar göstermektedir. ‘iyimser yaklaşım’ alt ölçeği depresyon, anksiyete, HADÖ, GSA-12 ile anlamlı negatif korelasyon göstermektedir. ‘Kendine güvensiz yaklaşım’ alt ölçeği depresyon, anksiyete anlamlı pozitif korelasyon gösterirken; ‘boyun, HADÖ, GSA-12 ile eğici yaklaşım’ alt ölçeği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, anksiyete,

Tablo 1. Hastaların tanı ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hastalık süresi		
1 aydan kısa	41	34.7
1-6 ay	25	21.2
6-12 ay	5	4.2
1-5 yıl	21	17.8
5 yıldan uzun	26	22.0
Hastaneye yatış süresi		
1-14 gün	92	78.6
15-29 gün	21	17.9
30-44 gün	3	2.6
45 günden uzun	1	0.9
Yattığı klinik		
Dahili	44	37.4
Cerrahi	74	62.6
Tedaviden yardım alabilme inancı		
Evet	108	91.5
Hayır	10	8.5
Beklenen kişiler tarafından ziyaret edilme durumu		
Evet	103	87.3
Hayır	15	12.7
Psikiyatri konsültasyonu istenme durumu		
Evet	19	16.2
Hayır	98	83.8
Son bir yılda ruhsal nedenlerle tedavi başvurusu		
Evet	14	12.1
Hayır	102	87.9
Sinir hapi/ilacı kullanma durumu		
Evet	9	7.7
Hayır	108	92.3

HADÖ, GSA-12 ile anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir. 'Sosyal destek arama' alt ölçeği ile GSA arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Kullanılan diğer ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Hastaların eğitim durumlarına göre ölçeklerden aldıkları ortalama puanlarla ile SBÇTÖ alt ölçeklerinden 'boyun eğici yaklaşım' ve 'sosyal destek arama' ortalama puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 5 incelendiğinde, cerrahi kliniklerde yatan hastaların HAD-A (X=10.82), 'iyimser yaklaşım' (X=7.75) ortalama puanı, dahili kliniklerde yatan hastaların HAD-A (X=8.70) ve iyimser yaklaşım (X=6.11) ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Hastaların yattıkları kliniklerin kullanılan diğer ölçeklerden alınan puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Konsültasyon istenme durumu, son bir yıl içinde ruhsal/sinirsel nedenlerle tedaviciye başvurma durumları ve hastaların sinir hapi/ilacı kullanma durumlarının kullanılan diğer ölçeklerden (HAD-A, HAD-D, GSA-12, SBÇTÖ alt ölçeklerinden boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama) alınan puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 6).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların %49.2'sini kadınlar, %51.8'ini erkekler oluşturmaktadır. Depresyon görülme sıklığı açısından bakıldığında cinsiyetler arasında fark yoktur. Bu bulgu Yazıcı ve ark.nın HADÖ kullanarak yaptıkları çalışmanın bulgularıyla uyumludur.²⁰ HADÖ kullanılarak İskoçya'da yapılan araştırmada depresyon puanlarında cinsiyete göre fark olmadığı sonucuna varılmıştır.¹⁰ Crespo ve ark. depresyonun hastanede yatan kadın hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmiştir.¹⁵

Kadınların HAD-A ortalama puanı erkeklerinkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Erkeklerin 'kendine güvenli yaklaşım', 'iyimser yaklaşım' ortalama puanı kadınlarınkinden anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). GSA-12 ortalama puanı kadınlar için 28.65, erkekler için

Tablo 2. HADÖ, GSA-12 ve SBÇTÖ alt ölçekleri korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri (n=118)

SBÇTÖ alt ölçekleri	Depresyon		Anksiyete		HADÖ		GSA-12	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Kendine güvenli yaklaşım	-0.218	0.009	-0.224	0.007	-0.250	0.003	0.533	0.000
İyimser yaklaşım	-0.209	0.012	-0.180	0.026	-0.218	0.009	-0.437	0.000
Kendine güvensiz yaklaşım	0.210	0.011	0.329	0.000	0.307	0.000	0.445	0.000
Boyun eğici yaklaşım	0.114	0.110	0.203	0.014	0.181	0.025	0.177	0.027
Sosyal destek arama	-0.053	0.286	-0.025	0.392	-0.043	0.321	-0.226	0.007

Tablo 3. Hastaların ölçek ortalama puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	HAD-A Ort. ± Ss	HAD-D Ort. ± Ss	Kendine güvenli yaklaşım Ort. ± Ss	İyimser yaklaşım Ort. ± Ss
Kadın	11.05 ± 0.58	9.82 ± 0.56	10.50 ± 0.58	6.31 ± 0.37
Erkek	9.05 ± 0.62	8.98 ± 0.55	12.40 ± 0.57	7.95 ± 0.38
	p<0.05, t=2.33	p<0.05, t=1.07	p<0.05, t=-2.31	p<0.05, t=-3.00

Tablo 4. Hastaların ölçek ortalama puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim durumu	HAD-A Ort. ± Ss	HAD-D Ort. ± Ss	Ken. g.li yak. Ort. ± Ss	İyim. Yak. Ort. ± Ss	Ken. g.siz yak. Ort. ± Ss	GSA-12 Ort. ± Ss
Eğitimli*	9.08 ± 0.67	8.19 ± 0.55	13.55 ± 0.61	8.08 ± 0.40	9.71 ± 0.55	25.30 ± 0.85
Eğitimsiz**	10.88 ± 0.55	10.48 ± 0.52	9.58 ± 0.46	6.29 ± 0.36	11.12 ± 0.45	29.38 ± 0.86
	t=-20.83, p<.05	t=-2.98, p<.05	t=5.25, p<.05	t=3.31, p<.05	t=-1.99, p<.05	t=-3.35 p<.05

* İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarını içermektedir.

** Eğitim almamış olanları kapsamaktadır.

Tablo 5. Hastaların ölçek ortalama puanlarının yattıkları kliniklere göre dağılımı

Ölçekler	Dahili klinikler Ort. ± Ss	Cerrahi klinikler Ort. ± Ss	t	p
HAD - A	8.70 ± 0.68	10.82 ± 0.54	-2.39	0.018
HAD - D	8.79 ± 0.70	9.75 ± 0.46	-1.13	0.241
GSA - 12	28.04 ± 1.07	27.09 ± 0.78	0.71	0.471
Kendine güvenli yaklaşım	10.47 ± 0.69	12.05 ± 0.51	-1.82	0.68
İyimser yaklaşım	6.11 ± 0.44	7.75 ± 0.34	-2.90	0.005
Kendine güvensiz yaklaşım	10.15 ± 0.56	10.63 ± 0.46	-0.65	0.525
Boyun eğici yaklaşım	7.29 ± 0.47	8.50 ± 0.41	-1.90	0.068
Sosyal destek arama	6.29 ± 0.38	6.28 ± 0.31	0.02	0.982

26.28 olarak saptanmıştır. Bu durum kendilerine güvendikleri ve olaylara daha iyimser baktıkları için erkeklerde anksiyete belirtileri kadınlardan daha azdır şeklinde yorumlanabilir. Yine erkeklerin kendilerine güven ve iyimser yaklaşımları nedeniyle GSA-12 puanı kadınlardan daha düşüktür. Medeni durum ile anksiyete, depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur.¹¹ Hastaların %52.5'i hiç eğitim almamıştır. Eğitim-siz hastaların HAD-A, HAD-D, GSA-12, 'kendine güvensiz yaklaşım', 'boyun eğici yaklaşım'

ortalama puanı eğitimi olan hastaların ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Eğitimli hastaların 'kendine güvenli yaklaşım' ve 'iyimser yaklaşım' ortalama puanı eğitimsiz hastaların ortalama puanından anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Eğitimli hastaların kendilerine güvenlerinin daha fazla olması ve olaylara daha iyimser bakmaları anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürmektedir, şeklinde açıklanabilir.

Hastaların ortalama yaşı 45.73±16.3'tür. Yaşla

Tablo 6. Hastaların SBÇTÖ alt ölçek ortalama puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	Kendine g.li yaklaşım Ort. ± Ss	İyimser yaklaşım Ort. ± Ss	Kendine g.siz yaklaşım Ort. ± Ss
Konsültasyon istenme durumu			
Evet	11.84 ± 5.9	7.52 ± 0.83	12.42 ± 1.09
Hayır	11.36 ± 0.43	7.01 ± 0.29	10.07 ± 0.36
			t=2.44, p<0.05
Son bir yılda ruhsal/sinirsel nedenle tedavi için başvurma			
Evet	10.50 ± 1.53	6.57 ± 1.03	12.71 ± 0.87
Hayır	11.59 ± 0.43	7.21 ± 0.29	10.12 ± 0.39
			t=2.35, p<0.05
Hastaların sinir hapi/ilacı kullanma durumları			
Evet	8.33 ± 1.55	4.77 ± 1.05	13.77 ± 1.02
Hayır	11.75 ± 0.42	7.33 ± 0.28	10.17 ± 0.37
	t=-2.20, p<0.05	t=-2.44 p<0.05	t=2.71, p<0.05

depresyon, anksiyete, HADÖ ve GSA-12 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu çeşitli çalışmaların sonuçları ile benzerdir.^{10,11,21} SBÇTÖ'nin 'kendine güvenli yaklaşım' alt ölçeği ile yaş arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (p<0.05).

Çalışmamızda cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanı dahili kliniklerde yatanlarınkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Bu bulgu Kırpınar ve ark.nın bulgularıyla uyumludur.²² Bazı çalışmalarda, dahili kliniklerden gelen konsültasyon isteklerinin cerrahi kliniklerden gelen isteklerden daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.²³⁻²⁵

Çalışmamızın sonucunda cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanı yüksek bulunmuştur. Günümüzde cerrahi girişimlerde ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda cerrahi en son başvurulacak yöntem olmaktan çıkmış, rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ancak cerrahi girişim fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir. Genel olarak bireylerin hastalığa gösterdikleri en belirgin tepki endişe ve korkudur. Bu tepkilerin hastaların iyileşmesinde ve davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Çalışmalar operasyon nedeniyle az ağrı yaşayan hastaların daha az anksiyöz hastalar olduğunu göstermektedir.²⁶

Hastalarda gerginlik, bağımlılık, çaresizlik ve öfke duyguları da gözlenebilir. Ameliyat olacak hastalarda bu tepkiler daha yoğundur. Bu tepkiler, cerrahi girişimin büyüklüğü ya da küçüklüğü, planlı ya da acil olmasıyla doğrudan ilgili olmayıp hasta ve ailesinde psikolojik travmaya

neden olabilmektedir. Psikolojik travma sonucu en yaygın yaşanan sorun anksiyetedir. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmaması, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak operasyonun tipi etkilemektedir. Hastada anksiyeteye neden olan durumlar bilinmeyen korkusu, ağrı, kanser olma olasılığı, organ kaybı, ölüm ve anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve etkinliklerden uzak kalma korkusudur.²⁷⁻³²

Hastalık süresi bir aydan uzun ve çoğunlukla kronik hastalığı olan hastalarda GSA-12 ortalama puanı hastalık süresi bir aydan kısa olan hastalarınkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca 'iyimser yaklaşım' puanı hastalık süresi bir aydan kısa olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05). Hastalık süresi uzun olan hastalarda anksiyete ve depresyon saptanmıştır (10.46 ve 9.79). Bu bulgular diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur, kronik hastalıkların psikiyatrik morbiditeyi artırdığı da belirtilmiştir.²³

Ülkemizde, Özmen ve ark.nın çalışmasında genellikle kronik gidişli olan fiziksel hastalıklar incelenmiş ve psikiyatrik bozuklukların oranının %36.6-%77 arasında değiştiği görülmüştür. Kömürçüoğlu ve ark. KOAH'lı erkek hastalarda depresyon yaygınlığını %29.6 oranında saptamıştır.³³ Kanseri hastalarda depresyon sıklığını araştıran çalışmalar, kullanılan tanısal araçlara göre değişik sonuçlar vermektedir. Massie ve Holland'a göre kanserlilerde depresyon %4.5-58, Peck'in hastaların kendini değerlendirme ölçekleriyle yaptığı çalışmaya göre %23-74 oranlarında görülürken, Plumb ve Holland'a

göre depresif belirtiler %20-30 oranında bulunmuştur. Soysal ve ark. SCID (Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) ile 30 meme kanserli hastanın %20'sinde depresyon saptamıştır.³⁴ Japonya'da ise, majör depresyon yaygınlığı %6-42 arasında bulunmuştur.³⁵ Çalışmamızda kanserli hastalarda HAD-A ortalama puanı 16.6, HAD-D ortalama puanı 15.4 olarak saptanmıştır.

Hastanede yatış süresi iki hafta-dan az olan hastalarda HAD-D=9.42, HAD-A=10.28; yatış süresi iki haftadan uzun olan hastalarda HAD-D=9.30, HAD-A=9.15 olarak saptanmıştır. Yatış süresi kısa olan hastalarda anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olması, henüz tanının kesinleşmemiş olması, hastane ortamına ya da hastalığa uyum sağlayamama, akut cerrahi girişimler ve bilinmeyen korkusuna bağlanabilir. Çalışmamızda anksiyete ve depresyon puanlarının cerrahi kliniklerde daha yüksek olması da bu bulgu ile uyumludur. Çünkü dahili kliniklerdeki hastaların çoğu kronik hastalığa sahip, uzun süredir tanısı belli ve hastane deneyimi olan hastalardır. Ancak GSA-12 ortalama puanı uzun süredir yatan hastalarda (28.92), kısa süre yatan hastalarından (27.03) daha yüksektir. Hastanede yatış sürelerine göre, SBÇTÖ alt ölçekleri ile anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların %16.2'sine konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon istenen ve istenmeyen hastalarda kullanılan tüm ölçeklerin ortalama puanları birbirine çok yakındır. HADÖ'ne göre hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanları yüksek olmasına karşın, konsültasyon istenmemiş olması dikkat çekicidir. Bu bulgu birçok çalışmanın sonucuyla paralellik göstermektedir. Hocoğlu ve ark., herhangi bir fiziksel hastalığı olanların %30-60'ının ruh sağlığı desteği gerektirecek düzeyde emosyonel ve psikik bozukluk gösterdiğini, ancak yatan hastalardan sadece %1-5'ine psikiyatri konsül-

tasyonu istendiği belirtilmektedir.³⁶ Bu durumun nedeni, birçok hekimin psikiyatri konsültasyonunun yararını önemsememesi, psikiyatrik yardım ve işbirliğine organik etkenler dışlandığında ya da işlevsel olup olmadığına ilişkin kuşku duyduğunda başvurusu, hekim ve hastaların ilgi odağının fiziksel tanılar ve bedensel belirtiler olması, hastaların da psikiyatrye karşı çekingen ve önyargılı olmaları olabilir. Bütün bu yaklaşımlar, hem psikiyatrinin katkısını önemli ölçüde sınırlamakta, hem de ruh-beden ayrımını artırmaktadır.^{37,38}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bedensel hastalıkları nedeniyle genel kliniklerde yatan hastalarda HAD-A, HAD-D ve GSA-12 ortalama puanları yüksek bulunmuştur. Fakat stresle başa çıkabilen hastalarda anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sonuçlara göre konuyla ilgili öneriler şunlardır:

1. Sağlık personelinin bireyi biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak ele alması,
2. Yatan hastalara hemşireler tarafından 'stres ve stresle başa çıkma' konusunda eğitim yapılması ve etkinliğinin ölçülmesi,
3. Kronik hastalığı olanların psikiyatrik yardıma gereksinmelerinin artabileceği göz önüne alınarak psikiyatrik komorbiditenin azaltılması için çaba gösterilmesi,
4. Tanı ve tedavi aşamasında hastalarla iletişime geçilerek yapılan işlemler ve uygulamalar hakkında bilgi verilmesi,
5. Cerrahi kliniklerde hastanın operasyona ilişkin duygularını belirtmesine izin verilerek, gerekli bilgilendirmenin yapılması,
6. Hastanelerdeki psikiyatrik konsültasyon hizmetlerinin güçlendirilerek psikiyatrik bozuklukların önlenmesi ya da erken tanı ve tedavinin sağlanması.

KAYNAKLAR

1. Kelleci M. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1998.
2. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Tarihçesi, tanımı, kavramları, işlevleri ve ilkeleri. S Özkan (ed), *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, 1994, s.1-25.
3. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve psikososyal bakım. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, Tam Metin Kitabı, İstanbul, 1998, s.198-206.
4. Bağ B. Hasta psikolojisi. *Hemşire Dergisi* 1998; 48:20-24.
5. Özmen E. Genel tıpta depresyon. *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.16-117.
6. Blumenfield M, Tiamson M. *Consultation Liaison Psychiatry. A Practical Guide*, Lippincott, 2003.
7. Sezgin A, Alkan S. Yetişkin hastalarda yalnızlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2:43-46.

8. Özkan S. *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. C Güleç, E Köroğlu (eds.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.789-799.
9. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. *Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi*. *Yeni Symposium* 2003; 41:31-38.
10. Beausang P, Syed R. *Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital*. *Scott Med J* 1998; 43:177-180.
11. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. *Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey*. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26:271-285.
12. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanözü NK. *Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı*. 9. *Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı*, Edirne, 2000, s.748.
13. Özcan A. *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve geleceği*. V. *Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (21-23 Ekim 1998, İstanbul)*, *Tam Metin Kitabı*, İstanbul, 1998, s.222.
14. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. On üçüncü baskı, Ankara, Remzi Kitabevi, 1993.
15. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A. *Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry*. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29:75-83.
16. Aydemir Ö. *Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:280-287.
17. Şahin NH, Durak A. *Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması*. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10:56-73.
18. Arslantaş H. *Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ve Bunu Etkileyen Faktörler*. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
19. Kılıç C. *Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:3-9.
20. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A. *Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi*. *Yeni Symposium Dergisi* 2003; 41:120-124.
21. Gottlieb SS, Khatta M, Friedman, Einbinder L, Katzen S, Baker B. *The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients*. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43:1590-2004.
22. Kırpınar İ, Coşkun İ, Aydın N, Özer H. *Bir üniversite hastanesinde konsültasyonla tanınan depresyonların özellikleri*. 30. *Ulusal Psikiyatri Kongresi (9-14 Eylül 1994, Kayseri-Nevşehir)*, *Kongre Kitabı*, Kayseri, 1994, s.143-146.
23. Kumbasar H, Oğuz T, Kuzugüdenlioğlu D, Yalnız Ö. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Ünitesinde yürütülen bir yıllık çalışmanın retrospektif değerlendirmesi*. IV. *Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi (30 Ekim-1 Kasım 1996, İstanbul)*, *Kongre Kitabı*, İstanbul, 1996, s.165-170.
24. Cimilli C, Köse S, Biber B, Kaygısız A. *Dokuz Eylül Tıp Fakültesinde psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi*. III. *Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (2-5 Kasım 1994, İstanbul)* *Kongre Kitabı*, İstanbul, 1994, s.191-194.
25. Bayam G, Dilbaz N. *Genel bir hastanede istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi*. III. *Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (2-5 Kasım 1994, İstanbul)*, *Kongre Kitabı*, İstanbul, 1994, s.184-190.
26. Carr CJ, Thomas VN, Barnet JW. *Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective*. *Int J Nurs Stud* 2004; 14:1-8.
27. Aslan F, Olgun N, Candan S. *Efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi*. *Hemşire Dergisi* 1997; 47:18-21.
28. Karayurt Ö. *Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin incelenmesi*. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2:20-26.
29. Değerli Ü, Dağoğlu T, Bozfakoğlu T, Akdemir D. *Ameliyat Öncesi-Esnası-Sonrası*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1998.
30. Bölükbaş N. *Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri*. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1992; 8:21-25.
31. Aydemir Ç. *Organ kaybında ve yanıkta konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. *Yeni Symposium* 2002; 40:35-40.
32. Alçalar N. *Organ kaybının psikiyatrik ve psikososyal yönleri*. IV. *Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (30 Ekim-1 Kasım 1996, İstanbul)*, *Tam Metin Kitabı*, İstanbul, 1996.
33. Kömürçüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna İ, Büyüksirin M. *KOAH'lı erkek olgularda depresyon*. *Toraks Dergisi* 2000; 1:31-34.
34. Özer H, Dede D, Koç M, Eren T, Kırpınar İ. *Kanserli hastalarda radyoterapi öncesi ve sonrası depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması*. VI. *Anadolu Psikiyatri Günleri (10-14 Aralık 1997, Erzurum)*, *Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, Erzurum, 1997, s.277-280.
35. Uchitomi Y. *Management of psychiatric symptoms in cancer patients*. *Gan To Kagaku Ryoho* 2002; 29:1306.
36. Hocaoğlu Ç, Kavakçı Ö, Ülgen M, Ak İ. *Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi*. 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi (02-06 Ekim 2001, İstanbul)*, *Tam Metin Kitabı*, İstanbul, 2001, s.100.
37. Özpoyraz N, Yalçın E, Ünal M. *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Tanımı, gelişimi, işlevleri ve uygulamaları*. *Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 1996; 5:69-80.
38. Bromet EJ. *Psychiatric disorder*. RB Wallace (ed), *Public Health Preventive Medicine*. Appleton Lange Stanford, Connecticut.