

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

Miyaser KAYAHAN,<sup>1</sup> Gülümser SERTBAŞ<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve giderlerini, düzelme ve iyilik durumunu, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu araştırmada fiziksel hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte kesitsel araştırma niteliğinde yürütülen bu çalışmada, Kasım-Aralık 2004 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan 118 hasta örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak bireye ilişkin sosyodemografik değişkenler ve tanı-tedavi sürecine ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren anket formunun yanı sıra Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve Student t testi yöntemleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanı dahili kliniklerde yatan hastaların ortalama puanından anlamlı düzeyde 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 olan hastalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanı ile SBÇTÖ 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; 8:52-61*)

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma

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

### 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 socio-demographic characteristics and diagnosis-treatment process information form prepared by researcher, Hospital

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

<sup>2</sup> Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu GAZİANTEP

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

Anxiety and Depression Scale, General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) and Manners Overcoming Stress Scale were used in data collection. Descriptive statistics, correlation analysis and student-t test methods were used for evaluation of data. **Findings:** Anxiety, depression and GHQ-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 significant variables. It was found a significant relation between anxiety-depression and GHQ-12 score means and overcoming stress manners were positive ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** In line with the findings, anxiety, depression and GHQ-12 mean scores of patients at surgical clinics were higher than those of patients at internal clinics. Increased the level of overcoming stress of patients, decreased the psychiatric symptoms. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:52-61)

**Key words:** anxiety, depression, overcoming stress

## GİRİŞ

Hastalık, tıbbi açıdan fizyolojik ve organik süreçleri içeren, biyolojik, ruhsal, psikoseksüel, entellektüel, sosyal, çevresel, ailesel ve psiko-sosyal çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir.<sup>1-3</sup>

Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir.<sup>4</sup> Bu yeni rol bedensel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır.<sup>1,5,6</sup> Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen 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, yas tepkisi ve yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görülen ise anksiyete ve depresyondur.<sup>1,2,7,8</sup>

Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların almasıdır. Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, üzüntü, keder, karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşünceleri içeren özellikler bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bedensel hastalığı olanlarda da depresyon gerek belirti, gerekse sendrom düzeyinde sık görülmektedir.<sup>1,5</sup>

Bedensel hastalığı olan bireylerde depresyonun sıklığını belirlemeye yönelik olarak ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalar vardır. Aslan ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarda en sık görülen psikiyatrik tanılar arasında depresif bozukluklar %9.6-44.6 oranında saptanmıştır.<sup>9</sup>

Yurt dışında yapılan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, yatarak tedavi gören hastaların %19-60'ında depresif belirtilerin görüldüğünü ortaya koymaktadır. Diğer bazı çalışmalarda da depresyon görülme oranı kanser hastalarında %58.3, diyabet hastalarında %24, inme (stroke) sonrası %50 olarak bulunmuştur.<sup>1,5,10-12</sup>

Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen duygusal tepkilerden biri de anksiyetedir ve genellikle depresyonla birlikte. Ülkemizde fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise bu oran %23'tür.<sup>10</sup> Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmaktadır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'tır. Her iki bozukluğun bir arada bulunması, hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri artırabilmektedir.<sup>12</sup>

Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete, depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme tarzını ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve büyük ölçüde tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler.<sup>3,13</sup>

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, ruhsal düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin strese başa çıkma biçimi de farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireyde 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.<sup>14,15</sup>

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Bu psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve giderlerini, düzelme ve iyilik durumunu, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma fiziksel hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırmak 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 olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel kliniklerinde yatarak tedavi gören bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri olan, çok hızlı yatış çıkışı ve iletişim gücünü olmayan, görüşmeyi reddetmeyen hastalarla; 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. Örnekleme alınan kliniklerin ziyaret izni açısından farkı bulunmamaktadır. Örnekleme, olasılıksız örnekleme yöntemiyle oluşturulmuştur. Araştırma verileri Kasım-Aralık 2004 tarihleri arasında aşağıdaki form ve ölçekler uygulanarak toplanmıştır.

*Kişisel Bilgi Formu:* Verilerin toplanmasında kullanılan anket formunda sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi) ile tanı ve tedavi sürecine ilişkin tanıtıcı bilgiler (tıbbi tanı, hastalık süresi, hastaneye yatış süresi, yattığı klinik, tedaviden beklentisi, ziyaret edilme durumu, psikiyatri konsültasyonu istenme durumu, ruhsal tedavi alma durumu, 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 üzere geliştiri-

lmıştır. 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 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.<sup>16</sup>

*Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ):* Folkman ve Lazarus'un 'Başa Çıkma Yolları Envanteri', stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Çeşitli araştırmacıların amaçlarına ve örneklemine göre ölçekten maddeler çıkarttıkları ya da ekledikleri belirtilmektedir.<sup>17</sup> Bu araştırmada ölçeğin 30 maddelik formu kullanılmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin faktör analize tabi tutulmuş ve beş faktör belirlenmiştir: 'Kendine güvenli yaklaşım', 'Çaresiz yaklaşım', 'Boyun eğici yaklaşım', 'İyimser yaklaşım' ve 'Sosyal destek arama'.

*Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12):* David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal rahatsızlıkları 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 ortak olarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 34 madde üzerinde çalışılmıştır. GSA 12'nin iç tutarlılığı 0.78, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.847'dir<sup>18,19</sup> (6 madde ortaktır).

## BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların %50.8'i erkek, %49.2'si kadındır. Hastaların %52.5'i eğitim almamıştır. Geriye kalanların %28.8'i ilkokul, %6.8'i ortaokul, %7.6'sı lise ve %4.2'si üniversite mezunudur. Hastaların %83.9'u evli, %11'i bekar, %0.8'i boşanmış, %3.4'ü dul; %42.4'ü ev hanımı, %29.7'si serbest meslek sahibi, %11'i işsiz, %8.5'i memur, %6.8'i emekli, %1.7'si öğrencidir. Hastaların %34.7'sinin sağlık güvencesi yeşil kart olup %5.1'nin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. (Tablo1)

Hastaların tanı ve tedavi süreciyle ilgili özellikleri Tablo 2'de; HADÖ, GSA-12, SBÇTÖ alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	58	49.2
Erkek	60	50.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	99	83.9
Bekar	14	11.9
Boşanmış	1	0.8
Dul	4	3.4
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Eğitim almamış	62	52.5
İlkokul	34	28.8
Ortaokul	8	6.8
Lise	9	7.6
Üniversite	5	4.2
<b>Mesleği</b>		
Ev kadını	50	42.4
Serbest	35	29.7
İşsiz	13	11.0
Memur	10	8.5
Emekli	8	6.8
Öğrenci	2	1.7
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Yeşil Kart	41	34.7
SSK	36	30.5
Emekli Sandığı	29	24.6
Bağ-Kur	6	5.1
Yok	6	5.1

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği depresyon ( $r=-0.218$ ,  $p=0.009$ ), anksiyete ( $r=-0.224$ ,  $p=0.007$ ), HADÖ ( $r=-0.250$ ,  $p=0.003$ ) ve GSA-12 ( $r=-0.533$ ,  $p=0.000$ ) ile negatif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. İyimser yaklaşım alt ölçeği depresyon ( $r=-0.209$ ,  $p=0.012$ ), anksiyete ( $r=-0.180$ ,  $p=0.026$ ), HADÖ ( $r=-0.218$ ,  $p=0.009$ ) ve GSA-12 ( $r=-0.437$ ,  $p=0.000$ ) ile negatif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. Kendine güvensiz yaklaşım alt ölçeği depresyon ( $r=0.210$ ,  $p=0.011$ ), anksiyete ( $r=0.329$ ,  $p=0.000$ ), HADÖ ( $r=0.307$ ,  $p=0.000$ ) ve GSA-12 ( $r=0.445$ ,  $p=0.000$ ) ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, anksiyete ( $r=0.203$ ,  $p=0.014$ ), HADÖ ( $r=0.181$ ,  $p=0.025$ ), GSA-12 ( $r=0.177$ ,  $p=0.027$ ) ile pozitif yönde anlamlı

korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Sosyal destek arama alt ölçeği ile GSA-12 ( $r=-0.226$ ,  $p=0.007$ ) arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Kullanılan diğer ölçeklerden alınan puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 2.** Hastaların tanı ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Hastalık süresi</b>		
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
<b>Hastaneye yatış süresi</b>		
1 - 14 gün	92	78.6
15 - 29 gün	21	17.9
30 - 44 gün	3	2.6
45 günden uzun	1	0.9
<b>Yattığı klinik</b>		
Dahili	44	37.4
Cerrahi	74	62.6
<b>Tedaviden yararlanmaya inanma</b>		
Evet	108	91.5
Hayır	10	8.5
<b>Beklenen kişiler tarafından ziyaret edilme</b>		
Evet	103	87.3
Hayır	15	12.7
<b>Psikiyatri konsültasyonu istenme durumu</b>		
Evet	19	16.2
Hayır	98	83.8
<b>Son bir yılda ruhsal nedenle tedavi başvurusu</b>		
Evet	14	12.1
Hayır	102	87.9
<b>Sinir hapi/ilacı kullanma durumu</b>		
Evet	9	7.7
Hayır	108	92.3

Hastaların ölçek ortalama puanlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te, eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir. Hastaların eğitim düzeylerine göre ölçek ortalama puanlarıyla SBÇTÖ alt ölçeklerinden boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama ortalama puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 3.** 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 4.** Hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Ölçekler Cinsiyet	HADÖ-A Ort. ± SD	HADÖ-D Ort. ± SD	Kendine güvenli yaklaşım Ort. ± SD	İyimser yaklaşım Ort. ± SD
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
	t=2.33, <0.05	t=1.07, <0.05	t=-2.31, <0.05	t=-3.0, <0.05

**Tablo 5.** Hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlarının eğitim düzeyine göre dağılımı

Ölçekler Eğitim düzeyi	HADÖ-A Ort. ± SD	DHADÖ-D Ort. ± SD	Ken. güvenli yaklaşım Ort. ± SD	İyimser yaklaşım Ort. ± SD	Ken. güvensiz yaklaşım Ort. ± SD	GSA-12 Ort. ± SD
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=-2.083 p=0.039	t=-2.98 p=0.003	t=5.25 p=0.000	t=3.31 p=0.001	t=-1.99 p=0.049	t=-3.35 p=0.001

\* İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarını içermektedir.

Hastaların ölçek ortalama puanlarının yattıkları kliniklere göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Cerrahi kliniklerde yatan hastaların HAD-A ortalama puanı (10.82) ve iyimser yaklaşım ortalama puanı (7.75), dahili kliniklerde yatan hastaların HAD-A (8.70) ve iyimser yaklaşım (6.11) ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Hastaların yattık-

ları kliniklerin kullanılan diğer ölçeklerden alınan ortalama puanını etkilemediği saptanmıştır.

SBÇTÖ alt ölçekleri ortalama puanlarının tanı ve tedavi süreciyle ilgili bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. Konsültasyon istenme durumu, son bir yılda ruhsal/sinirsel nedenlerle tedavi için başvurma durumları ve

**Tablo 6.** Hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlarının yattıkları kliniklere göre dağılımı

Ölçekler	Dahili klinikler Ort. ± SD	Cerrahi klinikler Ort. ± SD	t	p
HADÖ-A	8.70 ± 0.68	10.82 ± 0.54	-2.392	0.018
HADÖ-D	8.79 ± 0.70	9.75 ± 0.46	-1.132	0.241
GSA-12	28.04 ± 1.07	27.09 ± 0.78	0.713	0.471
Kendine güvenli yaklaşım	10.47 ± 0.69	12.05 ± 0.51	-1.825	0.680
İyimser yaklaşım	6.11 ± 0.44	7.75 ± 0.34	-2.896	0.005
Kendine güvensiz yaklaşım	10.15 ± 0.56	10.63 ± 0.46	-0.647	0.525
Boyun eğici yaklaşım	7.29 ± 0.47	8.50 ± 0.41	-1.902	0.068
Sosyal destek arama	6.29 ± 0.38	6.28 ± 0.31	0.024	0.982

**Tablo 7.** Tanı ve tedavi süreciyle ilgili bazı değişkenlere göre SBÇTÖ alt ölçek ortalama puanları

SBÇTÖ alt ölçekleri Değişkenler	Kendine güvenli yaklaşım Ort. ± SD	İyimser yaklaşım Ort. ± SD	Kendine güvensiz yaklaşım Ort. ± SD	Boyun eğici yaklaşım Ort. ± SD	Sosyal destek arama Ort. ± SD
<b>Konsültasyon istenme</b>					
Evet	11.84 ± 5.9	7.52 ± 0.83	12.42 ± 1.09	8.78 ± 0.81	7.26 ± 0.70
Hayır	11.36 ± 0.43	7.01 ± 0.29	10.07 ± 0.36	7.86 ± 0.34	6.06 ± 0.25
	t=0.33, p>0.05	t=0.58, p>0.05	t=2.44, p<0.05	t=1.03, p>0.05	t=1.59, p>0.05
<b>Son bir yılda ruhsal/sinirsel nedenlerle tedavi için başvurma</b>					
Evet	10.50 ± 1.53	6.57 ± 1.03	12.71 ± 0.87	8.85 ± 1.89	5.85 ± 0.96
Hayır	11.59 ± 0.43	7.21 ± 0.29	10.12 ± 0.39	7.84 ± 0.33	6.33 ± 0.24
	t=-0.68, p>0.05	t=-0.59, p>0.05	t=2.34, p<0.05	t=0.88, p>0.05	t=-0.48, p>0.05
<b>Hastaların sinir hapi/ilacı kullanması</b>					
Evet	8.33 ± 1.55	4.77 ± 1.05	13.77 ± 1.02	6.00 ± 1.19	6.00 ± 1.09
Hayır	11.75 ± 0.42	7.33 ± 0.28	10.17 ± 0.37	8.22 ± 0.33	6.31 ± 0.25
	t=-2.20, p<0.05	t=2.71, p<0.05	t=-2.44, p<0.05	t=-1.79, p>0.05	t=-0.28, p>0.05

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 ortalama puanları etkilemediği saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların %49.2'sini kadınlar, %51.8'ini erkekler oluşturmaktadır.

Depresyon görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında fark yoktur. Bu bulgu Yazıcı ve ark.nın HADÖ kullanarak yaptıkları çalışmanın bulgularıyla uyumludur.<sup>20</sup> HADÖ kullanılarak İskoçya'da yapılan bir çalışmada da depresyon puanı açısından cinsiyetler arasında fark olmadığı sonucuna varılmıştır.<sup>10</sup> Crespo ve ark.nın yaptığı çalışmada ise, depresyonun hastanede yatan kadın hastalarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir.<sup>15</sup>

Anksiyete yönünden, kadınların HAD-A ortalama puanı erkeklerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Erkeklerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ortalama puanları kadınlarinkinden anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.05$ ). GSA-12 ortalama puanı kadınlar için 28.65, erkekler için 26.28 olarak saptanmıştır. Bu durum, 'kendilerine güvendikleri ve olaylara daha iyimser baktıkları için erkeklerde anksiyete belirtileri kadınlardan daha azdır,' biçiminde yorumlanabilir. Erkeklerin kendilerine güven ve iyimser yaklaşımları nedeniyle GSA-12 puanları kadınlardan daha düşüktür. Medeni durum ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu literatür ile uyumludur.<sup>11</sup>

Hastaların %52.5'i hiç eğitim almamıştır. Eğitimi olmayan hastaların HAD-A, HAD-D, GSA-12, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ortalama puanları, eğitimi olan hastaların ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitimi olan hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ortalama puanları, eğitimi olmayan hastaların ortalama puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.05$ ). Eğitilmiş hastaların kendilerine güveninin daha yüksek olması ve olaylara daha iyimser bakmaları nedeniyle, anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş ortalaması  $45.73\pm 16.3$ 'tür. Hastaların yaşları ile depresyon, anksiyete, HAD-D ve GSA-12 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu benzer çalışmaların sonuçları ile uyumludur.<sup>10,11,21</sup> SBCTÖ alt ölçeklerinden ise, kendine güvenli yaklaşım ile yaş arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Çalışmamızda cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ortalama puanı dahili kliniklerde yatan hastaların ortalama puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bulgu Kırpınar ve ark.nın sonuçlarıyla uyumludur.<sup>22</sup> Benzer çalışmaların bazılarında ise, dahili kliniklerden gelen konsültasyon isteklerinin cerrahi kliniklerden gelen isteklerden daha çok olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>23-25</sup>

Çalışmamız sonucunda cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanlarının yüksek olmasının nedeni şu şekilde açıklanabilir: Günümüzde cerrahi girişimlerde ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda cerrahi en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış, rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ancak cerrahi giri-

şim fizyolojik olduğu kadar, ruhsal olarak da hastayı tehdit eden bir yaşantı olarak görülmektedir. Genel olarak bireylerin hastalığa gösterdikleri en belirgin tepki endişe ve korkudur. Bu tepkilerin hastaların iyileşmesinde ve davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmaların birçoğu cerrahi girişim nedeniyle az ağrı yaşayan hastaların daha az anksiyöz hastalar olduğunu göstermektedir.<sup>26</sup> Aynı zamanda 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 olmadan hasta ve ailesinde ruhsal travmaya neden olabilmektedir. Ruhsal travma sonucunda yaşanan en yaygın sorun anksiyetedir. Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmaması, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, yapılacak ameliyatın 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.<sup>27-32</sup>

Hastalık süresi bir aydan uzun ve çoğunlukla kronik hastalığı olan hastalarda GSA-12 ortalama puanı, hastalık süresi bir aydan kısa olan hastalarinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca iyimser yaklaşım ortalama puanı hastalık süresi bir aydan kısa olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Hastalık süresi uzun olan hastalarda anksiyete ve depresyon daha sık saptanmıştır (ortalama puanlar 10.46 ve 9.79). Bu bulgular yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur. Kronik hastalıkların psikiyatrik morbiditeyi artırdığı da belirtilmiştir.<sup>23</sup>

Özmen, bu alanla ilgili çalışmalarda genellikle kronik fiziksel hastalıkların incelendiğini ve psikiyatrik bozukluk oranlarının %36.6-77 arasında değiştiğini belirtmektedir.<sup>5</sup> Kömürçüoğlu ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan erkek hastalarda depresyon yaygınlığını %29.6 oranında bulmuştur.<sup>33</sup> Kanserli hastalarda depresyon sıklığını araştıran çalışmalar, kullanılan tanılara göre değişik sonuçlar vermektedir. Kömürçüoğlu ve ark.na göre Massie ve Holland, kanserlilerde depresyon yaygınlığını %4.5-58, Peck %23-74, görülürken, Plumb ve Holland depresif belirtileri %20-30 arasında Soysal ve ark. 30 meme kanserli hastanın %20'sinde depresif bozukluk bulmuştur.<sup>33,34</sup>

Japonya'da yapılan bir araştırmada ise majör depresyon yaygınlığı %6-42 arasında bildirilmektedir.<sup>35</sup> Bizim alışmamızda da kanserli hasta-larda HAD-A ortalama puanı 16.6, HAD-D ortalama puanı 15.4 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda hastanede yatış süresi iki haftadan kısa olan hastalarda HAD-D ve HAD-A ortalama puanları 9.42 ve 10.28, yatış süresi iki haftadan uzun olan hastalarda HAD-D ve HAD-A ortalama puanları 9.30 ve 9.15 olarak saptanmıştır. Yatış süresi kısa olan hastalarda anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olması, henüz tanının kesinleşmemiş olmasına, hastane ortamına ya da hastalığa uyum sağlayamamaya, akut cerrahi girişimler ve bilinmeyen korkusuna bağlı olabilir. Çalışmamızda anksiyete, depresyon puanlarının cerrahi kliniklerde daha yüksek olması da bu bulgu ile koşutluk göstermektedir. Çünkü dahili kliniklerdeki hastaların çoğu bir kronik hastalığa sahip, uzun süre önce tanı konmuş ve hastane deneyimi olan hastalardır. Ancak GSA-12 ortalama puanı uzun süre yatan hastalarda (28.92), kısa süredir yatan hastalarinkinden (27.03) daha yüksektir. Hastanede yatış süreleriyle, SBÇTÖ alt ölçekleri ile anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların %16.2'sine konsültasyon istenmiştir. Konsültasyon istenen hastalarla istenmemiş olan hastalarda kullanılan tüm ölçeklerin ortalama puanları birbirine yakındır. HADÖ'ne göre hastaların anksiyete ve depresyon ortalama puanları yüksek olmasına karşın, konsültasyon istenmemiş olması dikkat çekicidir. Bu bulgu yapılan birçoğ çalışmanın sonuçlarıyla koşutluk göstermektedir. Hocaoglu ve ark., herhangi bir fiziksel hastalığı olanların %30-60'ının ruh sağlığı desteği gerektirecek düzeyde duygusal ve ruhsal bozukluk gösterdiğini, ancak yatarak tedavi gören hastaların sadece %1-5'ine psikiyatri konsültasyonu istendiğini belirtmektedir.<sup>36</sup> Bu durumun nedenleri, birçoğ hekimin psikiyatrik konsültasyonun yararını önem-

sememesi, psikiyatrik yardım ve işbirliğine organik etkenler dışlandığında ya da işlevsel olup olmadığına ilişkin kuşku duyduğunda başvurması, hekim ve hastaların ilgi odağının fiziksel tanılar ve bedensel belirtiler olması, hastaların da psikiyatriye karşı çekingen ve önyargılı olmaları olabilir. Tüm bu yaklaşımlar, hem psikiyatrinin katkısını önemli ölçüde sınırlamakta, hem de ruh-beden ayırımını artırmaktadır.<sup>37,38</sup>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, fiziksel hastalıkları nedeniyle genel kliniklerde yatan hastalarda HAD-A, HAD-D ve GSA-12 ortalama puanları yüksek bulunmuştur. Fakat stresle başa çıkma tarzları olumlu olan hastalarda anksiyete, depresyon ve GSA-12 ortalama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre konu ile 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. Konsültasyon-liyezona çalışmalarında 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 anlatmasına izin vererek, gerekli bilgilendirmenin yapılması,
6. Hastanelerdeki psikiyatrik konsültasyon hizmetleri güçlendirilerek psikiyatrik bozuklukların önlenmesi ya da erken tanı ve tedavisinin sağlanması.

## KAYNAKLAR

1. Kelleci M. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, 1998.
2. Özkan S. Konsültasyon-liyezona psikiyatrisi: Tarihi, tanımı, kavramları, işlevleri ve ilkeleri. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezona Psikiyatrisi*, İstanbul, 1994, s. 1-25.
3. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezona psikiyatrisi hemşireliği ve psikososyal bakım. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezona Psikiyatrisi Kongresi (21-23 Ekim 1998, İstanbul) 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. Blumenfeld 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, cilt II, 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 Dergisi 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, Oğuzhanoğlu NK. Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri (13-17 Haziran 2000, Edirne) Kongre 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 Hemşirelik Anabilim Dalı, 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 et al. The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients. J Am Coll Cardiol 2004; 43:1542-1549.
22. Kırpınar İ, Coşkun İ, Aydın N, Özer H. Bir üniversite hastanesinde konsültasyonla tanınan depresyonların özellikleri. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Türk Psikiyatrisinin Güncel Sorunları Uydu Sempozyumu (9-14 Eylül 1994) Kongre Kitabı, Kayseri-Nevşehir, 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) 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, Bozfacıoğlu 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 Dergisi 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. Kömürcüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, 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) 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*, Connecticut, Appleton Lange.