

**T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN YAKINLARININ ANKSİYETE VE
DEPRESYON AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. ZEYNEP KARAMAN**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. AHMET MAHLİ**

**ANKARA
HAZİRAN 2011**

**T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN YAKINLARININ ANKSİYETE VE
DEPRESYON AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. ZEYNEP KARAMAN**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. AHMET MAHLİ**

**ANKARA
HAZİRAN 2011**

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Uzmanlık
Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi: / /2011

BAŞKAN

**Prof.Dr. Mehmet AKÇABAY
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Başkanı**

ÜYE

**Prof.Dr. Kadir KAYA
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

ÜYE

**Prof.Dr. Berrin GÜNAYDIN
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

ÜYE

**Yrd. Doç. Dr. Ahmet MAHLİ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

ÜYE

**Prof.Dr. Behçet COŞAR
Psikiyatri Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi**

KISALTMALAR

APACHE	: Acute Physiolgical and Chronic Health Evaluation (Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi)
BZ	: Benzodiazepin
GABA	: Gamma-aminobütirik asit
GKS	: Glasgow Koma Skoru
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale (Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası)
LODS	: Lojistic Organ Dysfunction System (Lojistik Organ Disfonksiyon Sistemi)
LS	:Lokus Seruleus
MODS	: Multiple Organ Dysfunction Score (Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru)
MPM	: Mortality Prediction Model (Mortalite İhtimal Modelleri)
NA	: Noradrenalin
SAPS	: Simplified Acute Physiology Score (Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru)
SOFA	: Sequential Organ Failure Assessment Score (Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirilmesi)
5-HT	: Serotonin
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
Kabul ve Onay	ii
Kısaltmalar.....	iii
İçindekiler	iv
Tablolar Listesi.....	vi
Şekiller Listesi	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Yoğun Bakım.....	3
2.1.1. Yoğun Bakım Nedir?.....	3
2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili	4
2.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanılan Hasta Değerlendirme Sistemleri....	5
2.2 Anksiyete.....	11
2.2.1. Anksiyete Nedir?.....	11
2.2.2. Anksiyete Bozuklukları	13
2.2.3. Anksiyete Belirtileri.....	14
2.2.4. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	16
2.2.5. Anksiyetenin Biyolojisi	17
2.3. Depresyon.....	21
2.3.1. Depresyon Nedir?.....	21
2.3.2. Depresif Bozukluklar	22
2.3.3. Depresyon Belirtileri.....	23
2.3.4. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	24
2.3.5. Depresyon Etiyolojisi.....	25

2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. İstatistiksel Analiz	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ	72
7. KAYNAKLAR	74
8. ÖZET	88
9. SUMMARY	90
10. EKLER	92
11. ÖZGEÇMİŞ	93

TABLolar LİSTESİ	Sayfa No
Tablo 1: Anksiyete epidemiyolojisi	16
Tablo 2: Anksiyete belirtilerinden sorumlu nöroanatomik yapılar	17
Tablo 3: Depresyon epidemiyolojisi	25
Tablo 4: Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hastaya Ait Bilgi Formu	34
Tablo 5: Glasgow Koma Skoru	35
Tablo 6: Çoklu Organ Disfonksiyon Skorlama (MODS) Sistemi	35
Tablo 7: Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) Skorlama Sistemi	36-37
Tablo 8: Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hasta Yakınlarına Ait Bilgi Formu	38
Tablo 9: Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hasta Yakınlarına Uygulanan HADS Anketi	39-40
Tablo 10: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	42
Tablo 11: Hastaların Yoğun Bakıma Yatış Tanıları	43
Tablo 12: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri	44
Tablo 13: Hasta Tanılarına Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Durumları	45
Tablo 14: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anksiyete Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi.....	47

Tablo 15: Sosyodemografik Özelliklere Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması	48
Tablo 16: Hastaların Skorsal Değerlendirmeleri Yönünden Hasta Yakınlarının Anksiyete Durumları	49
Tablo 17: Hasta Yakınlarının Önceki Deneyim ve Bilgi Durumuna Göre Anksiyete Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 18: Hasta Yakınlarının Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Anksiyete Durumlarının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması	51
Tablo 19: Sınırdaki ve Anksiyetesi Olan Hasta Yakınlarının Anksiyetesi Olmayan Hasta Yakınlarından Ayırt Etmede Etkili Olabilecek Olası Risk Faktörlerine Ait Etkilerin Birlikte İncelenmesi.....	53
Tablo 20: Hasta Tanılarına Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Durumları	54
Tablo 21: Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi	55
Tablo 22: Sosyodemografik Özelliklere Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması	56
Tablo 23: Hastaların Skorsal Değerlendirmeleri Yönünden Hasta Yakınlarının Depresyon Durumu	57
Tablo 24: Hasta Yakınlarının Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumun Göre Depresyon Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi	58

Tablo 25: Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması	59
Tablo 26: Sınırdaki ve Depresyonda Olan Hasta Yakınlarının Depresyonda Olmayan Hasta Yakınlarından Ayırt Etmede Etkili Olabilecek Olası Risk Faktörlerine Ait Etkilerin Birlikte İncelenmesi	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Anksiyete ve korkunun işlevsel nöroanatomisi 19

1. GİRİŞ

Yaşamı tehdit eden bir hastalık ya da yaralanma durumunda tedavi ve bakım, normal bir hastane yatağında yapılabileceklerden fazla özellikler içerir. Hastayı hayatta tutacak ve hayat kurtarıcı tedaviyi uygulayabilen, üst düzey eğitim almış tıbbi personel ve ileri teknolojiye sahip uygun cihazlar ile 24 saat kesintisiz yaşamsal işlev ve göstergelerin gözlemi yapılarak hasta bakımı sağlayan, multidisipliner çalışan servisler Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) olarak adlandırılır. Hastaların yaşamsal fonksiyonlarını korumak ve yoğun bakıma gelmeden önceki düzeyine çıkarmak YBÜ çalışanlarının ana amacıdır (1).

Yakın akrabalar hastalara primer bakım veren kişilerdir, bu nedenle onların psikolojik sağlıkları tüm ailenin yaşam kalitesi için önemlidir (2). Aileler hastaları hakkında bilgiye ve hastalarına yakın olmaya ihtiyaç duyarlar. Hastaları hakkında verecek oldukları kararların, hastalarının yaşam süresini ve kalitesini etkileyeceğini bilmek, aile bireylerinde büyük bir psikolojik yük oluşturmaktadır (3). Ölüm korkusu, prognoz ve tedavi ile ilgili kuşkular, ekonomik durumla ilgili kaygılar ve rutin uygulama dışına çıkılması bazı aile üyelerinde anksiyete ve depresyona neden olabilir (4). Yoğun bakım hastalarının yakınlarından bazen hastaları ile ilgili zor kararlar vermeleri istenmektedir. Hastaların yakınlarında stres ve umutsuzluk, hasta hakkındaki kararlara katılım konusunda isteksizlik oluşturabilir (5). Anksiyete ve depresyon semptomları, hastaya uygulanan tedavinin risklerinin fazla, faydalarının ise az olarak değerlendirilmesine neden olabilir (6).

Bu çalışmanın amacı; hastane anksiyete ve depresyon ölçeğini (HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*) kullanarak yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon semptomlarının hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, öğrenim, iş ve yakınlık durumları, hastalarının durumları, hastaları hakkında aldıkları bilginin sıklığı ve yeterliliği gibi faktörlerle ilişkisini ve görülme sıklığını belirlemektir. Ayrıca elde edilecek sonuçlar ışığında, YBÜ ziyaret prensiplerinin yeniden gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

2.1.1. Yoğun Bakım Nedir?

Yoğun bakım; vital organ fonksiyonları travma, yanık, medikal ve ya cerrahi sebeplerle yaşamı sürdüremeyecek kadar bozulmuş olan hastaları tedavi etmektir (1). Bu amaçla oluşturulan, ileri teknolojiye sahip cihazlar, eğitimli ve deneyimli personeller ile 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemlendiği, hastanelerin özel, karmaşık üniteleri YBÜ'leridir (1). Yoğun bakım bir ekip işidir. Bu ekibi doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve teknisyenler oluşturur. Multidisipliner yaklaşım gerektiren bu kliniklerin gelişmesinde, anestezi uzmanları önemli rol oynamışlardır. Anesteziyoloji yalnızca ameliyathanede anestezi uygulamalarını içermemektedir, aynı zamanda yoğun bakımda kritik hasta bakımı ve yaşamsal fonksiyonların stabil tutulması ile ağrı tedavisini kapsamaktadır (7).

İlk olarak Florence Nightingale cerrahi sonrası iyileşme dönemindeki hastaların ayrı bir alanda kurulmuş yerlerde bakılmalarının avantajları hakkında yazmıştır. Kırım Savaşında, kurduğu ayrı bir alanda bakım sağlayarak askerlerin mortalitelerinde düşüş olduğunu görmüştür. Walter Edward Dandy'nin, 1926 yılında Johns Hopkins Hastanesinde beyin cerrahisi hastaları için açtığı servis ilk YBÜ'si olarak kabul edilebilir. II. Dünya Savaşı sırasında askerlerin resusitasyonlarının ve bakımlarının gerçekleştirildiği şok üniteleri kurulmuştur. Yoğun bakım tarihinde diğer önemli olay, 1950' li yıllarda Danimarka'da görülen poliomiyelit salgını ve bu salgında önemli bir rol oynayan anestezi uzmanı Bjorn

Ibsen'in çalışmalarıdır. Ibsen, 1953 yılında pozitif basınçlı ventilasyon ve gerektiğinde hemodinamik destek tedavilerinin deneyimli hemşirelerin bakımı altında uygulandığı ilk "*Intensive Therapy Unit*"i açar. Bu tarihten sonra Avrupada, Solunum Üniteleri servisleri kurulmaya başlanmıştır. Yapay solunum yöntemleri, hemodinamik destek yöntemleri ve kardiyopulmoner resusitasyon tedaviye girmiştir (8).

2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili (1,9)

Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeniyle sürekli monitorizasyonu gerektiren hastalar ile kardiovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik gibi nedenler ile vital fonksiyonlardan herhangi birinin fonksiyon yetersizliği içerisinde olduğu hastalar ve tedavisi mümkün olmadığı bilinen hastalıkların terminal safhasında bulunup normal servislere kabulü reddedilen hastalar yoğun bakım hastalarını oluştururlar. Bunlar;

- Solunum yetmezlikleri
- Kardiyo-vasküler sistem yetmezlikleri
- Akut böbrek yetmezlikleri
- Akut metabolizma bozuklukları
- Politravmalar
- Yanıklar
- Çeşitli nedenlerle gelişen kanamalar

- Gastro-intestinal kanamalar
- Postoperatif komplikasyonlar
- Kanama-pıhtılaşma bozuklukları
- Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozuklukları
- Zehirlenmeler
- Yenidoğan ve pediatrik aciller
- Tetanoz
- Eklampsi
- Reanimasyondan sonraki durumlardır.

Yoğun bakımda uygulanan tedavi ve yaklaşım, hastanın birincil hastalığı ne olursa olsun prensip olarak aynıdır. Amaç yaşamsal işlevleri korumak ve yeniden sağlamaktır.

2.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanılan Hasta Değerlendirme Sistemleri

Farklı skorumlama sistemleri ile, hastalığın ya da yaralanmanın fonksiyonlar üzerine etkisi belirlenebilir. Yoğun Bakım Ünitelerinde, skorumlama sistemleri hastaların durumunu ve hastalığın şiddetini objektif olarak değerlendirmek için önemlidir. Skorumlama sistemleri, hastalık şiddeti ve mortalite ile ilişkili etkenlerin, yoğun bakım hastalarından oluşan büyük veri tabanlarında değerlendirilmeleri,

hastalık şiddeti ve mortalite üzerine etkileri ölçüsünde puanlanmaları yoluyla geliştirilmişlerdir (10).

Özellikle kafa travmalı hastalar olmak üzere, hastaların nörolojik durumunu değerlendirmek için Glasgow Koma Skoru (GKS) kullanılır. Koma klasifikasyonu skorlama sistemi 1961 yılında Jovet tarafından ortaya atılmıştır. Nörolojik disfonksiyonun ciddiyetini tahmin etmeyi ve yaralanma sonrası 2 hafta içinde mortaliteyi % 85 oranında tahmin etmeyi sağlar. Göz açma, sözel ve motor yanıt değerlendirilir. Glasgow Koma Skoru'nda en kötü değer 3, en yüksek değer 15'dir. Elde edilen toplam skor, nörolojik hasarın derecesini gösterir. Glasgow Koma Skoru'da total skor 3-8 arası ise anlamlı nörolojik hasar, 9-12 orta derecede nörolojik hasar ve 13-14 ise hafif nörolojik hasar vardır. Glasgow Koma Skoru'na bakılarak resüsitasyon sonrası serebral fonksiyonun düzelme olasılığı hakkında da fikir edinilebilir (11).

Laboratuvar ve klinik değişiklikleri kullanarak hastalığın ciddiyetini ortaya koyan skorlama sistemleri vardır. Bunlardan bazıları (10);

Mortalite beklentisini değerlendirenler

- Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE: Acute Physiological and Chronic Health Evaluation)
- Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru (SAPS: Simplified Acute Physiology Score)
- Mortalite İhtimal Modelleri (MPM: Mortality Prediction Model)

Organ disfonksiyonunu değerlendirenler

- Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (MODS: Multiple Organ Dysfunction Score)
- Lojistik Organ Disfonksiyon Sistemi (LODS: Logistic Organ Dysfunction System)
- Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirmesi (SOFA: Sequential Organ Failure Assessment Score) dir.

Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE) skoru, ilk olarak 1981 yılında Knaus ve ark. tarafından geliştirilmiştir (12). İlk oluşturulan sistem karmaşık olduğu için 1985 yılında APACHE II olarak yeniden düzenlenmiş ve tüm dünyada en çok kullanılan hayatta kalma tahmin modeli olmuştur. Hastalığın şiddeti ve beklenen mortalite riski hakkında fikir veren skarlama sistemlerinden biridir (13). APACHE II'de fizyolojik ölçümlerin sayısı, sonucu belirlemede değer kaybı olmayacak şekilde 34'den 12' ye indirilmiştir. Azalmış fizyolojik rezervi yansıtan akut hastalık durumunda hastalık şiddetinden bağımsız olarak mortalite riskini belirleyen önemli bir etken olan kronolojik yaş, ağırlık puanlarıyla birlikte APACHE II sistemine eklenmiştir (14,15).

Kullanımının kolay olması ve uzun süredir kullanılıyor olması APACHE II skarlama sistemi için avantajdır (16). On iki fizyolojik parametre, yaş ve önceki sağlık durumu bilgisine dayalı bir skordur. Fizyolojik değişkenler; ortalama

arteriyel basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı, serum sodyum, potasyum ve kreatinin konsantrasyonları, arter pH'sı, alveoler arteriyel oksijen gradienti, hematokrit, lökosit sayısı ve GKS'dur. Fizyolojik değişkenlerin oluşturduğu akut fizyoloji skoru, yaş ve kronik sağlık durumu puanları toplanarak APACHE II skoru elde edilir (17).

Kronik sağlık durumu, hastanın yoğun bakım ünitesine kabul edilmeden önceki durumuna göre karar verilir. Hepatik yetmezlik için kriter; biyopsi ile kanıtlanmış siroz, portal hipertansiyon ve buna bağlı gelişen üst gastrointestinal sistem kanamaları ve ensefalopati iken, istirahatte veya minimal aktivitede angina veya kardiyak semptomlar olması ise kardiyak yetmezlik için kriterdir. Ev işleri, merdiven çıkma gibi egzersizleri kısıtlayan kronik restriktif ve obstrüktif hastalık veya kronik hipoksi, hiperkapni, sekonder polisitemi, ağır pulmoner hipertansiyon (>40 mmHg) veya respiratöre bağımlılık respiratuvar yetmezlik kriterleridir. Kronik hemodiyaliz veya periton diyalizi uygulanması ise renal yetmezlik kriterleridir (17).

İmmün sistem zayıflığı kriterleri şunlardır; immünespresör, kemoterapi, radyoterapi, uzun süreli yüksek doz steroid tedavisi almak ve enfeksiyona direnci baskılayacak kadar ilerlemiş lösemi, lenfoma, AIDS gibi hastalığı olmak (17).

Olası en yüksek APACHE II skoru 71 dir. Bu skorlama sisteminin mortalite ile iyi bir korelasyon gösterdiği bilinmektedir (10,18). Ulus ve ark. APACHE II sistemine göre beklenen mortalite hızı ile benzer nitelikte yoğun bakım mortalitesi gözlemlemişlerdir (19). Yoğun Bakım Ünitelerinde APACHE II

skorlama sistemi sık kullanılmakla birlikte, hastalık spesifik değildir (13). Daha sonra 1991 yılında APACHE III ve 2006 yılında da APACHE IV geliştirilmiş olsa da APACHE II, YBÜ’ünde en çok kullanılan skorlardan biridir. Bu skorlama sistemleri doktorlar ve ileri hemşirelik uygulamaları için hastanın durumunun şiddetini belirlemek kadar, hastayı ne zaman YBÜ’sinden transfer edeceğini bilmeye yardımcı olurlar (20).

İlk olarak 1984 yılında kullanılmaya başlanılan SAPS sistemi Le Gall ve ark. tarafından oluşturulmuştur (21). Daha sonra 1993 yılında 17 değişkeni içeren SAPS II geliştirilmiştir. Bu 17 değişkenin, 12’sini fizyolojik değişken (sistolik kan basıncı, kalp atım hızı, vücut sıcaklığı, idrar çıkışı, serum üre değeri, serum potasyum düzeyi, serum bikarbonat düzeyi, serum sodyum düzeyi, serum bilirubin değeri, beyaz küre sayısı, PO₂ /FiO₂ oranı ve GKS), yaş, yoğun bakıma kabul tipi (planlı cerrahi, planlı olmayan cerrahi veya tıbbi) oluşturmaktadır. Değişkenlerden 3’ünü ise edinilmiş immün yetersizlik sendromu, metastatik kanser ve hematolojik malignite oluşturmaktadır (22). Fizyolojik değişkenler için, YBÜ’e kabulden sonraki ilk 24 saat içerisindeki en kötü değerleri hesaplamak için kullanılmaktadır. SAPS II’nin tahmin gücünün doğruluğu zamanla kaybolmaktadır. Sadece yoğun bakımda 5 günden az kalan hastalar için mortalite tahmini doğru olarak kalmaktadır (22).

Mortalite İhtimal Modelleri (MPM), 1982 yılında hastaların mortalite olasılıklarını hesaplamak amacıyla geliştirilmiştir ve 1988 yılında yeniden gözden geçirilmiştir. Bu sistem 3 modele dayanır; modellerden biri hastanın yoğun bakıma kabul edildiği anda hesaplanırken, diğeri 24. saatteki durumuna göre,

üçüncü model ise 48. saatteki durumuna göre yapılan değerlendirmeye göre hesaplanır (23). Bu sistem 1993 yılında modifiye edilerek 72. saat değerlendirilmesi eklenmiş ve MPM II olarak sunulmuştur (24).

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan bir diğer skorlama sistemi, altı organ sisteminin değerlendirildiği Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (MODS)'dur. 1969–1993 yılları arasında literatürdeki çoklu organ yetersizliği klinik çalışmalarının gözden geçirilmesi ile geliştirilmiştir (10,25). Mortalite beklentisini değil organ disfonksiyonunu değerlendirir. Burada altı organ sistemi değerlendirilmektedir. Nörölojik (GKS ile), kardiyovasküler (kan basıncına uyarlanmış kalp hızı, yani santral venöz basıncın, ortalama arter basıncına bölünmesi ile elde edilen oranın kalp hızı ile çarpılmasıyla çıkan sonuç), solunum (PO_2 / FiO_2 oranı), renal (serum kreatinin konsantrasyonu), hepatik (serum bilirubin konsantrasyonu) ve hematolojik (platelet sayısı) sistemler değerlendirilir. Her organ için fonksiyon durumuna göre 0 ile 4 arasında bir puanlama (normal fonksiyon için 0, en ciddi disfonksiyon için 4 olacak şekilde) yapılmıştır. Maksimum skor 24'e ulaşabilmektedir (25).

Lojistik organ disfonksiyon sistemi (LODS), 1996 yılında geliştirilmiştir. Skoru hesaplamak için, her organ sistemi, o gün içinde o sistem için her hangi bir değişkenin en kötü değerine göre puanlanır. Eğer hiç organ disfonksiyonu yoksa 0, en kötü disfonksiyon için 5 puan verilir. Maksimum skor 22 puan olmaktadır. Lojistik organ disfonksiyon sistemi skoru, tekrarlanan ölçümlerden çok yoğun bakıma kabulden sonraki ilk 24 saat içerisindeki organ disfonksiyonunun sadece tek bir ölçümü yapmak üzere planlanmıştır (26).

Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirilmesi (SOFA), 1994 yılında Avrupa Yoğun Bakım Derneğinin septik hastalarda organ yetersizliğinin derecesini objektif olarak tanımlamak amacı ile geliştirdiği bir sistemdir. Solunum, kardiyovasküler, santral sinir sistemi, hepatik, renal ve koagülasyon sistemlerini içeren altı organ sistemi değerlendirilir. Her gün için en kötü değerler alınarak puanlanır. Normal fonksiyon için 0, en kötü fonksiyon durumu için 4 olacak şekilde puanlama yapılır (27).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyete Nedir?

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilen anksiyete, tüm insanlarda zaman zaman yaşanan olağan bir duygu olup, organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir. Olası bir potansiyel tehlike algılandığında ortaya çıkarak, kişinin tehlikeli durumdan kendini sakınmasına, tehlikeye karşı gerekli önlemleri almasına, onlara karşı koymasına ya da uyum davranışı geliştirmesine ve böylelikle yaşamın sağlıklı biçimde sürdürülmesine olanak sağlar (28).

Stres, kişide zorlanma yaratan etkenleri, uyaranları ya da bu etkenlerle ortaya çıkan yanıtı tanımlayan bir kavramdır. Duygusal stres, özellikle tehlike algısı ile bağlantılı olarak ortaya çıkan veya kişinin uyumunu zorlayan durumlardır (29). Bir olayın stresli olarak algılanıp algılanmaması, olayın yapısına ve kişinin bu olayla baş etme ve savunma mekanizmalarına bağlıdır (30).

Anksiyete herkes tarafından belli zamanlarda yaşanabilecek normal bir tepki iken, anksiyete bozuklukları, kişinin hayat kalitesinin yanı sıra toplum sağlığını da ciddi boyutlarda tehdit eder. Anksiyete bozuklukları erkeklere oranla kadınlarda birkaç kat daha fazla görülmektedir (29). Anksiyete, bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu, gereğini yapmak üzere harekete geçirmesi için hazırlayan bir biyolojik uyarıcıdır. Bilinmeyen, içten gelen, belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayalı olan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir (30).

Anksiyeteye yol açabilecek durumlar; ilişki sona ermesi, şiddetli tartışmalar, yakın birinin kaybı, işte zorlanma, iş kaybı, maddi sorunlar, korkutucu veya üzücü bir olay, uykusuzluk gibi psikolojik nedenler ya da fiziksel hastalıklar, aşırı alkol veya ilaç kullanımı gibi bedensel nedenler olabilir. Bu duygu, objektif bir tehlike, kişinin günlük yaşamını bozan subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe ya da bir felaketin yaklaştığı şeklindeki duygularla kendini gösteriyorsa, kişinin günlük yaşamını, sosyal işlevselliğini olumsuz olarak etkilemeye başlamışsa, artık anormal, patolojik anksiyeteden söz edilir (28).

Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenlidir. Anksiyete belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiştir. Mani, histeri ve paranoya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat'a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. 1800'lü yılların ilk yarısına dek anksiyetenin fiziksel belirtilerinin her biri kalp, kulak, gastrointestinal ya da merkezi sinir sistemi gibi bazı organ ya da sistemlerin ayrı ayrı hastalıkları olarak düşünüldü. 1890'larda anksiyete belirtilerinin birçok başka hastalıkta da

görölmekle birlikte, fiziksel ve ruhsal belirtilerin anksiyete denilen aynı, tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir (31).

Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirlerinden ayrılarak, farklı birer hastalık olarak sınıflandırmalarda yer alması, ancak 1980’de DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) ile gerçekleşebilmiştir (32).

2.2.2. Anksiyete Bozuklukları (28)

Anksiyete çeşitli gruplara ayrılarak ele alınmaktadır. Bunlar;

- Panik bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Obsesif kompulsif bozukluklar
- Fobiler (özgül fobi, sosyal fobi)
- Akut stres bozukluğu
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Genel tıbbi durumu ya da alkol ve diğer bağımlılık yapıcıların yoksunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete bozukluğudur.

2.2.3. Anksiyete Belirtileri (28,33)

Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik bileşenleri vardır.

a- Bilişsel belirtiler

Duyusal- algısal belirtiler; aklın sisli, bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hislerdir.

Düşünce zorlukları; önemli şeyleri hatırlayamama, bilinç sislenmesi (konfüzyon), düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, kesintiler, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür.

Kavramsal sorunlar; kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalardır.

b- Duygusal (affektif) belirtiler

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlikdir.

c- Davranışsal belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amacı güderken sonuçta anksiyeteyi artıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğudur.

d- Fizyolojik belirtiler

Kalp-damar sistemi belirtileri; çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, bayılma, yüz kızarması, aritmidir.

Solunum sistemi belirtileri; solunum sayısında artma, nefes darlığı, hava açlığı, kesik solumadır.

Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; kaslarda gerginlik ve spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, uykuya dalma güçlüğü ve huzursuz uykudur.

Sindirim sistemi belirtileri; karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, yutma güçlüğü, ağızda kurumadır.

Ürogenital sistem belirtileri; sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, cinsel soğukluktur.

Cilt belirtileri; yaygın terleme, soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleridir.

2.2.4. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete, Tablo 1’de (33) görüldüğü gibi kadınlarda genellikle erkekler göre iki kat sık görülmektedir. Ayrıca kadınlarda başlangıç yaşının daha erken ve nüks etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düşük öğrenim ve gelir düzeyine sahip olmak (bu grupta kadın oranı fazla) anksiyete bozukluğu görülme riskini artırmaktadır (29). Yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalardan biridir (33).

Tablo 1. Anksiyete epidemiyolojisi

	Panik bozukluk	Fobi	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Post Travmatik Stres Bozukluğu
Yaşam boyu yaygınlık	% 1,5-4	% 3-5	% 2-3	% 3-8	% 1-3
Erkek/kadın oranı	1/1(agorafobisiz) 1/2(agorafobili)	1/2	1/1	1/2	1/2
Başlangıç yaşı	Geç 20’li yaşlar	Geç çocukluk	Ergenlik ve erken erişkinlik	Değişebilir	Çocukluk dahil herhangi bir yaş
Aile öyküsü	*Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20’si	Özellikle kan, yaralanma, enjeksiyon tipinde ailesel geçiş	Birinci derece akrabalarda % 35	Birinci derece akrabalarda % 25	-
İkiz çalışmaları	tek yumurta ikizlerinde daha sık	-	tek yumurta ikizlerinde daha sık	tek yumurta ikizlerinde daha sık	-

***Agorafobi**; bir panik atağının yaşanması ya da panik atağı benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği ortamlarda ya da durumlarda bulunmaktan korkma

2.2.5. Anksiyetenin Biyolojisi

Somatik belirtilerin, anksiyetenin patolojisi ile doğrudan bağlantısı yoktur, otonom sinir sisteminde sempatik aktivitedeki artışa bağlı olarak ortaya çıkarlar. Anksiyete esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır (34). Korteksin bazı alanları, bazal ganglionlar, limbik sistemin bazı yapıları (amigdala, hipokampus) ve talamus anksiyete ile ilişkili beyin yapılarıdır. Limbik yapılardan amigdala, anksiyete ve korkuya verilen yanıtın oluşmasındaki en önemli beyin alanıdır (35). Tablo 2’de (34,36) görüldüğü gibi lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus seruleus, pedinkülopontin nükleus, nükleus retikularis ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve patolojik anksiyete oluşumunda rolü olan belli başlı nöroanatomik yapılardır. Lokus serulesun yıkımı korku hissinin ortadan kalkmasına sebep olur (37).

Tablo 2. Anksiyete belirtilerinden sorumlu nöroanatomik yapılar

Nöroanatomik oluşum	Anksiyete belirtileri
Lateral hipotalamus	Taşikardi, ciltte solukluk, pupillerde genişleme
Nükleus ambiguus ve Vagusun dorsomedial nükleusu	Sık idrara çıkma, sık defekasyon, bradikardi
Parabrakial nükleus	Hiperventilasyon, takipne, dispne
VTA, LS, PPN	Uyanıklıkta artış, taşikardi, tremor, terleme, pupillerde genişleme
Nükleus retikularis	İrkilme refleksinde aşırılaşma
Paraventriküler nükleus	ACTH salınımında artışa bağlı olarak stres yanıtlarında aşırılık

VTA: ventral tegmental alan, LS: lokus seruleus, PPN: pedinkülopontin nükleus
ACTH: Adrenokortikotropik hormon

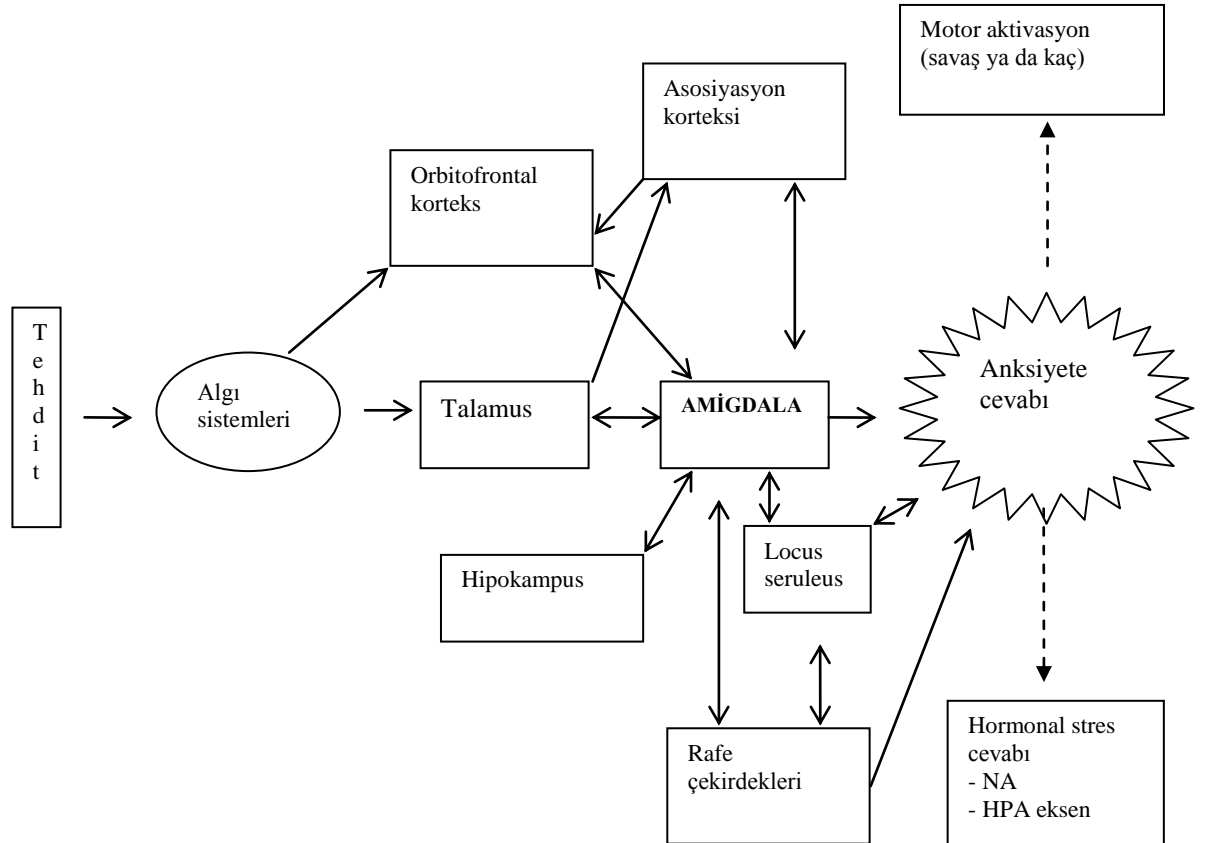
Stres ya da tehlike gibi uyarana verilen yanıtta, hipotalamo-pituiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyumu rol oynar. Yaygın anksiyete hastalarının stres karşısında “otonomik esnekliklerinin” azalmış olduğu ileri sürülmektedir (38). Sempatik sistem aktivasyonu sonucu kan basıncı ve kalp hızı artar, terleme, piloereksiyon, pupiller dilatasyon görülür. Paraventriküler nükleustan kortikotropin releasing hormon salınımı ile adrenokortikotropik hormon düzeyini ve adrenal bezde kortizol düzeyini artırır. Kortikotropin releasing hormon ve reseptörleri, ön beyin (frontal korteks, amigdala, stria terminalis) ve beyin sapı (lokus seruleus, parabrakiyal nükleus) gibi ekstrapotalamik beyin alanlarına heterojen olarak dağılmış durumdadır. Limbik bölgelerdeki dağılım, anksiyete bozuklukların patogeneğinde kortikotropin releasing hormonun rolünü gösteriyor (37). Parasempatik sistem aktivasyonu ile gastrointestinal ve genitouriner belirtiler ortaya çıkar (28).

Anksiyete bozukluklarında bildirilen anormallikler (37):

- Bazal adrenokortikotropik hormon ve kortizol düzeyinde yükselme,
- Tirotropin salgılatıcı hormon uygulamasına tiroid stimulan hormon ve prolaktin cevaplarında küntleşme,
- Kortikotropin releasing hormona cevap olarak adrenokortikotropik hormon cevabında küntleşme, ancak kortizol cevabı normaldir.

Uyaranlar, santral sinir sisteminde noradrenalinin (NA) çoğunu içeren lokus seruleusda nöronların ateşlenme hızını artırır (39). Organizmanın tehdit eden duruma karşı dikkatini anında yöneltmesi ve savunmaya hazırlanabilmesi

için gerekli fiziksel ve mental uyarılmayı sağlayacak yanıt sisteminin fizyolojik bileşenleri lokus seruleus/noradrenalin sistemi ve kortikotropin releasing hormon sistemidir. Beyindeki lokus seruleus/noradrenalin sistemi aktive olunca hem sempatik, hem de parasempatik dalları içeren otonomik sinir sistemi ve adrenomedüller sistemin de aktive olmasına yol açar (40). Hipotalamus, amigdala ve serebral kortekste artan NA nedeniyle savaş ya da kaç davranışı ortaya çıkar (41).



NA: noradrenalin, HPA: hipotalamo-pituiter-adrenal

Şekil 1. Anksiyete ve korkunun işlevsel nöroanatomi (41)

Stres sırasında hipotalamus hipofizi uyararak adrenodiüretik hormon, adrenokortikotropik hormon, tiroid stimulan hormon gibi hormonların salgısını etkiler. Adrenodiüretik hormon, vazokonstrüksiyon yolu ile kan basıncında artmaya sebep olur, adrenokortikotropik hormon ve tiroid stimulan hormon ise adrenal ve tiroid bezlerini etkileyerek bazal metabolizma hızını artırır (37).

Gamma-aminobütirik asit (GABA) beynin en önemli inhibitör nörotransmitteridir, GABA reseptörleri bloke edilirse anksiyete artar, uyarılırsa anksiyete azalır (41). Lokus seruleustaki noradrenerjik nöron gövdelerinde GABA reseptörlerinin de yüksek konsantrasyonda bulunduğu gözlenmiştir (34). Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerin serebral benzodiazepin reseptör yoğunluğunda kontrollere göre daha çok homojenite gösterdikleri ve özellikle sol temporal bölgede benzodiazepin reseptörlerinde azalma olduğu görülmüş (42). Benzodiazepin molekülü, GABA- benzodiazepin reseptör kompleksindeki kendi bağlanma yerine bağlanınca GABA'nın etkisi artar (43,44).

Akut streste beyin serotonin (5-HT) metabolizmasının arttığı, üstesinden gelinemeyen stresli durumlarda 5-HT miktarının azaldığı biliniyor. Yapılan çalışmalarda beyin 5-HT düzeyinin düşmesinin affektif agresyon meydana getirdiği, beyin 5-HT düzeyinin artmasının ise agresif davranışı azalttığı görülmüştür. Baş edilemeyen stresde beyin serotonin seviyesi azalır, bu azalma uyku düzenini, beslenme alışkanlığını ve ağrı duyarlılığını bozmaktadır. Anksiyetede serotoninin regülasyon bozukluğu önemli yer tutar (37). Hayvanlarda, tehdit durumlarının sinaptik 5-HT düzeylerini artırdığı (45),

5-HT1A reseptörleri bulunmayan farelerin artmış anksiyete düzeyi gösterdikleri bulunmuştur (46).

Kolesistokininin beyinde yaygın olarak bulunan, anksiyete yaratıcı etkisi olan bir nörotransmitterdir. Kolesistokininin reseptör agonisti hayvanlarda anksiyojenik etki oluştururken, reseptör antagonistleri ise anksiyolitikdir (28,41,47).

Glutamat reseptörleri beyinde eksitatuar nörotransmisyonu yönetirler. Glutamatın N-Metil D-Aspartat reseptör alt tipi antagonistlerinin, hayvanlarda anksiyeteyi azalttığı gözlenmiştir (28,41).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyon Nedir?

Depresyon, kişinin hayatını olumsuz şekilde etkileyen mutsuzluk, hayattan keyif almama halidir. Birden fazla etkenlere bağlı oluşan elem ve kedere benzer duygulanım durumu ile karakterizedir (28).

Depresyon sözcüğü çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan “*depress*” sözcüğü ise, Latince “*depressus*” tan gelmektedir. Eski çağlardan beri depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları olmuştur. İlk olarak Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiyojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir (48). Yunanlı Galen’in sınıflandırmaları

18. yüzyılda daha gelişmiş olanları ortaya çıkana kadar kullanılmıştır. Carl von Linne 1742’de “*Genera Morbrum*” isimli kitabında temel psikiyatrik bozuklukları ayrı bir bölümde değerlendirmiştir (49). Depresyon hakkındaki modern düşüncelerin çoğu ondokuzuncu yüzyılın ortaları ve sonlarında Fransız ve Alman okullarının çalışmaları ile gelişmiştir (50). Depresyon tanımı, DSM-IV tanı kriterleri ile son şeklini almıştır (48).

Depresyon (çökkünlük), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma yanı sıra güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile karakterizedir (51). Depresyon, pek çok anksiyete ve somatoform bozukluğunun ardından ortaya çıkar veya bu bozukluklarla birlikte görülür. Kişilik özellikleri kişiyi depresyona yatkın hale getirebilir. Kronik, daha hafif şiddetteki depresif belirtilerin en az iki yıldır sürdüğü bozukluk distimi adını alır ve majör depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür (52). Depresyon, duyguların yanı sıra davranış biçimi, vücut sağlığını, dış görünüşü, okuldaki başarıyı ve günlük hayatın gerektirdiği seçimler ve baskılarla başa çıkabilme yeteneğini etkiler. Depresyon kendi başına yarattığı sorunların yanında, tıbbi hastalıkları tetiklediği ve seyrini olumsuz yönde etkileyebilir, tedaviye uyumu bozabilir (52).

2.3.2. Depresif Bozukluklar (28)

- Major depresyon
- Minör depresif bozukluk

- Tekrarlayıcı kısa depresif bozukluk
- Retarde depresyon
- Ajite depresyon
- Puerperal depresyon
- Atipik özellikli depresyon
- Distimi

2.3.3. Depresyon Belirtileri

Depresyonda, değersizlik, aşırı suçluluk, yalnızlık, üzüntü ve ümitsizlik duyguları görülür. Boşluk hissi, bitkinlik (tükenmişlik), huzursuzluk, düşünme ve uyku bozuklukları da olabilir. Depresyona mide, bağırsak, baş, karın veya sırt ağrıları gibi kalıcı bedensel şikayetler eşlik edebilir. İştahsızlık (ya da iştah artışı), zayıflama (ya da şişmanlama), uyku sorunları, psikomotor ajitasyon (ya da retardasyon), halsizlik veya güçsüzlük, enerji yitimi, değersizlik duygusu, suçluluk duygusu, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşünceleri, libido yitimi gibi belirtilere sıklıkla rastlanmaktadır (53).

Belirtilere gruplar halinde bakarsak (28);

a- Duygusal belirtiler

Üzüntü, kaygı, suçluluk, öfke, çaresizlik, ümitsizlik, kendini değersiz ve önemsiz hissetmektir.

b- Fiziksel belirtiler

Uyku düzeninde değişiklik (normalden az ya da fazla uyuma), iştahta değişiklik (normalden az ya da fazla yeme), cinsel isteksizlik, enerji azlığı, yorgunluk hissi, hareketlerde yavaşlama ve çeşitli ağrılarıdır.

c- Davranışsal belirtiler

Sebepsiz ağlama nöbetleri, insanlardan uzaklaşma, daha önce zevk alınan iş ve aktivitelerden zevk alamama ve ilgi kaybıdır.

d- Zihinsel belirtiler

Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık ve kararsızlıktır.

2.3.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Toplumda yaşam boyu depresyon görülme oranı % 4,8-17,1'dir. Majör depresyon, en ciddi seyreden depresif bozukluk olup birinci basamak sağlık kurumlarında görülme oranı % 6-8 olarak bildirilmiştir (52,54). Ailede depresyon geçiren bir kişinin olması, kadın olmak, yalnız yaşamak, yoksul olmak depresyon geçirme riskini artırıyor (55). Dünya Sağlık Örgütü'nün, hastalık yıkımı açısından yaptığı sıralamada depresyon dördüncü sırayı almıştır. İskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıktan daha fazla yeti yitimine neden olduğunu bildirmiştir ve 2020'de bu sıralamada ikinci olacağı öngörülmüştür (52,56).

Tablo 3. Depresyon epidemiyolojisi (52)

Araştırılan grup	Klinik tanı	Prevalans (%)	
		Nokta	Yaşam boyu
Genel toplum	Majör depresyon	Erkek 2-3 Kadın 4-9	Erkek 7-12 Kadın 20-25
	Distimi	---	Erkek 2.2 Kadın 4.1
	BaşkaTürlü Adlandırılmayan Depresyon	11	
Birinci basamak sağlık kurumları	Majör depresyon	4.8- 8.6	---
	Distimi	2.1-3.7	---
	Minör depresyon	8.4-9.7	---
Tıbbi bir hastalığı olan hastalar	Klinik olarak belirgin depresyon	12-16	---

2.3.5. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon oluşumunda 5-HT, NA ve dopamin gibi nörotransmitterlerin düzeylerinde yetersizlik ve nöronların ateşlenme hızlarında azalma etkindir. Depresyonda hem seratonerjik hem de noradrenerjik sistemlerde, presnaptik ve postsnaptik reseptörlerde sayı ve duyarlılık değişiklikleri söz konusudur (28).

Noradrenerjik sistem nöronlarının yaklaşık % 50'si lokus seruleustadır. Santral noradrenerjik nöronlar, retiküler aktive edici sistemin bir parçasıdır ve uyanıklık ile uyarılmayı devam ettirmede önemli bir rol oynadıkları gibi çevreye karşı verilen tepkilerin kontrol edilmesi, dikkat, öğrenme, bellek, duygudurumun düzenlenmesi, dürtü kontrolü ve motivasyon seviyeleri üzerine de etkilidirler (57,58). Veziküllerden sinaptik aralığa salınan NA bir süre sonra sinir hücresine geri alınır. NA'nin metabolizmasından monoamin oksidaz ile katekol-o-metil transferanz enzimleri sorumludur. Noradrenerjik nöronun işlevlerinin düzenlenmesi sağlayan çok sayıda NA reseptör alt tipi vardır, bunlar α ve β alt gruplarına ayrılmıştır. Terminal otoreseptör olarak isimlendirilen, sinaps öncesinde yerleşmiş olan α_2 reseptörleri özellikle önemlidirler, frenleyici bir mekanizma oluştururlar ve bu yolla nöronun ateşlemesini durdurup sinaptik aralığa gereğinden fazla NA salınmasını engellerler (58,59).

Çok sayıda araştırmada, depresyonlu hastaların bir bölümünde noradrenerjik fonksiyonların değiştiği gösterilmiştir. Bunlar (59,60);

- Plazma NA konsantrasyonlarında artış,
- NA reseptörlerinin fonksiyonlarında artış,
- β adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklikler,
- Beyin omurilik sıvısında, plazmada ve idrarda ana NA metaboliti olan metoksi hidroksi fenil glikol konsantrasyonlarında artıştır.

Depresif hastalarda NA'nin azalması semptomlarda artışa neden olur. Bunlar; enerji azalması, ilgi kaybı, zevk alamama, konsantrasyon güçlüğü, ümitsizlik ve karamsarlıktır (59).

Serotonerjik sistemin nöronları, beyinde ve rafe nükleuslarında, orta beyinden medulla oblangataya uzanan bir hat üzerindedirler. Serotonerjik sistemin duygudurumun düzenlenmesi, korku ve anksiyete, öğrenme ve bellek, iştah ve yemenin düzenlenmesi, uyku, cinsel işlevler, dürtü kontrolü ve gelişimsel davranışın düzenlenmesi üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (58,59).

Serotonin ilk 1948 yılında kanda trombositlerde daha sonra da santral sinir sisteminde izole edilmiştir. Serotonin'nin üretilmesi için esansiyel aminoasit olan triptofan gereklidir. Serotonin, sinir uyarısı ile sinaptik aralığa salınır ve presinaptik ve postsinaptik zarlarda bulunan alıcılara bağlanarak normal işlevini yerine getirir. Bilinen 14 farklı 5-HT reseptör alt tipi vardır (5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT1C, 5-HT1D, 5-HT1E, 5-HT1F, 5-HT2A, 5-HT2B, 5-HT2C, 5-HT3, 5-HT4, 5-HT5A, 5-HT5B, 5-HT6 ve 5-HT7). Depresyonda önemli rol üstlenen 5-HT alt tipleri; 5-HT1A-B, 5-HT2A, 5-HT3'dür (57,61). Serotonin reseptör alt tiplerinin termoregülasyon, kardiyovasküler işlevlerin düzenlenmesi, yeme bozuklukları, uyku, cinsel aktivite, anksiyete durumları, şizofreni ve depresyondaki rolleri olduğu bilinmektedir (28,62). Serotoninin 5-HT2 reseptörleri depresyon tedavisinde dikkate alınan en önemli reseptörlerden birisidir. Serotonin ile ilişkili davranışsal etkilerin çoğunluğu 5-HT2 reseptörleri yoluyla olur. Antidepresan ilaçlar bu reseptörlerin yoğunluğunu azaltırlar (57).

Depresyondaki psikomotor yavaşlama gibi belirtiler, dopamin aktivitesindeki azalma ile ilgilidir. Ayrıca serotonininde, dopamin döngüsü üzerine inhibitör etki gösterir. Depresyonda, mezolimbik dopaminerjik yolun işlevinde bozukluk olduğu ve dopamin D1 reseptör alt tipinin işlevinin bozulduğu genel kanısı mevcuttur (28).

Depresyonda görülen bazı belirtiler sitokinlerin arttığı hastalıklarda da görülebilir. Depresif hastalarda yapılan çalışmalarda, proinflamatuvar sitokinlerin (IL-1, IL-6 ve TNF- α) ve bağışıklık hücrelerinin etkinliklerinin göstergesi olan akut faz reaktanlarının arttığı, bununla birlikte diğer bağışıklık sistemi işlevlerinde de değişiklikler olduğu bildirilmektedir (63,64).

Majör depresyonlu hastaların 1/3'ünde, inhibitör bir nörotransmitter olan GABA'nın düzeyi düşük bulunmuştur. GABA'erjik terminal üzerinde bulunan 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} reseptörlerindeki up-regülasyon sonucu GABA salınımı azalır (28).

Depresyonda görülen uyku bozuklukları, libido azalması, kardiyovasküler değişiklikler, kognitif bozukluklar gibi semptomlar hipotalamo-pituitar-adrenal ekseninin depresyon oluşumunda işe karıştığını göstermektedir (65). Major depresyonlu hastaların çoğunda plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiştir, kortizol metabolitleri artmıştır ve 24 saatlik idrar serbest kortizol konsantrasyonu yükselmiştir (66).

Depresyon modeli geliştirilen sıçanların hipokampuslarında nörogenezin bozulduğu ve antidepresanların nörogenezi nörotrofik faktörler üzerinden artırdığı

gözlenmiştir. En çok ilişkilendirilen nörotrofik faktör ise beyin kökenli nörotrofik faktördür (*brain derived neurotrophic factor*). Beyin kökenli nörotrofik faktör sadece antidepresan ilaçlarla değil aynı zamanda egzersiz ve sosyal etkileşim veya uyaran bakımından zengin ortamlarda da artış gösterir (67). Yapılan çalışmalarda major depresyon hastalarında serum beyin kökenli nörotrofik faktör düzeylerindeki düşme ve antidepresan tedavi ile serum beyin kökenli nörotrofik faktör düzeylerinin normale döndüğü gösterilmiştir (68,69).

Genetik proteinlerle ilgili fonksiyon bozukluğunun depresyon oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Fakat tek bir gen değil multigenetik etkenler üzerinde durulmaktadır. Üzerinde en çok çalışılan gen, 5-HT taşıyıcı genidir. Depresyonun birinci derece akrabalarda görülme oranı %5-25 iken monozigot ikizlerde %40 kadardır (28).

2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; *Hospital Anxiety and Depression Scale*), anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş güvenilir ve pratik bir değerlendirme ölçeğidir (70). Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (71). Ölçek, yönetimi kolay maddeler ile sınırlandırılmıştır, şiddetli psikopatolojik semptomları kapsamamaktadır (72). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri içeren toplam ondört soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Hastaların her iki alt ölçekten

alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. Var olan bedensel hastalığın ölçek sonuçlarına etkisinin en aza indirilmesi amacı ile baş ağrısı, kilo kaybı gibi bedensel belirtilerin hiçbiri sorgulamamaktadır. HADS'ın kullanışlı bir değerlendirme aracı olduğu ve puan aralıklarını yanlış pozitif ve yanlış negatif sonucu en aza indirecek şekilde verdiği kanıtlanmıştır (70). Kısa ve anlaşılır olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve kişi kendi başına doldurabilir. Kişilere doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Ölçek 2 ila 6 dakika içinde tamamlanabilir ve 1 dakika içinde değerlendirilebilir (72).

Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Fakat 2., 4., 7., 9., 12., ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanır, depresyon alt ölçeği için ise 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HADS için genel olarak kabul edilmiş tek bir kesme (cut off) skoru yoktur (72). Zigmond ve Snaith (70) orijinal çalışmalarında her iki ölçek içinde iki kesme skoru tavsiye etmiştir. Olası anksiyete ve depresyon için 7/8 ve muhtemel anksiyete ve depresyon için 10/11 dir. Her bir alt boyutta 0-7 arasındaki puanlar "normal", 8-10 puanlar "sınırdan" olarak değerlendirilirken, 11 ve üzerindeki puanlar anlamlı bir psikolojik morbiditeye işaret etmektedir (72).

3- GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi'nde tedavi gören 150 hastanın yakınlarında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra gerçekleştirildi.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi 12 yataklı olup, doktor hasta oranı 1:4 ve hemşire hasta oranı 1:4 dür. Hastalar hakkında telefonla bilgi verilmeyip hergün 12:30 – 13:00 saatleri arasında her hasta için bir kişi olmak üzere hasta yakınları hastalarını ziyaret edebilmektedir.

Yoğun Bakım Ünitesine kabulünden sonra en az 48 saat geçmiş olan hastaların, 18 yaş ve üstünde olan yakınları çalışmaya dahil edildi. Her hasta için bir yakını çalışmaya alındı. Hastayı ziyaret eden her birey hasta yakını olarak kabul edildi. Hastası YBÜ'de 48 saatten az kalan, dil problemi olan (Türkçe bilmeyenler), okuma-yazma bilmeyen, alkol, ilaç ve madde bağımlısı olan, kognitif fonksiyon bozukluğu olan, depresyon tedavisi görmekte olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları araştırma dışı bırakıldı.

Hastalarda kalp atım hızı (KAH), elektrokardiyografi (EKG), invazif arter basıncı, puls oksimetreyle ölçülen periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) sürekli izlendi, ilave olarak santral venöz basınç (SVB) ölçülüp kaydedildi (*Goldway UT4000F, Shenzhen Goldway Industrial Inc., Hamburg, Germany*). Ayrıca idrar çıkışı, vücut ısısı, solunum sayısı saatlik takip edilip kaydedildi. Günde üç kez ve ek olarak acil durumlarda arteriyel kan gazları çalışılıp kaydedildi. Hastaların

günde en az bir kez olmak üzere kan biyokimyası ve hemogramı çalışıldı. Hastaların tüm elde edilen değerleri Glasgow Koma Skoru (GKS) (Tablo 5), Çoklu Organ Disfonksiyon Skorlama (MODS) (Tablo 6) ve Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) (Tablo 7) hesaplamalarında kullanıldı. Ayrıca hastaların dosyaları incelenip hasta yakınları ile görüşüldü, kronik hastalıkları kaydedildi.

Hastaların GKS, APACHE II ve MODS skorları ile hastalıklarının şiddeti belirlendi. Hastaların YBÜ'ye kabul edildikten sonraki ilk 24 saatteki ve yakınlarına anket uygulandığı gün belirlenen GKS, APACHE II ve MODS değerleri kaydedildi. Hastaların sosyodemografik bilgileri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve ayrıca YBÜ'ye yatış nedeni ve yatış süreleri Tablo 4'te gösterilen forma kaydedildi. Hasta yakınları, hastalarını ziyaret etmelerinden sonra yoğun bakım hekimi tarafından hastalarının durumları hakkında bilgilendirildi. Takiben sessiz bir ortamın sağlandığı görüşme odasında hasta yakınları anket formu hakkında bilgilendirildikten sonra iki bölümden oluşan anket formunu doldurmaları istendi. Formun birinci bölümde (Tablo 8) sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim ve iş durumu) ile hastaya yakınlık derecesi, daha önce YBÜ'de yatan hastası olup olmadığı ve hastası hakkında aldığı bilgiyi yeterli bulup bulmadığını sorgulayan sorular bulunmaktadır. İkinci bölümünü ise 7'si anksiyete ile 7'si depresyon ile ilgili belirtileri sorgulayan 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; *Hospital Anxiety and Depression Scale*) oluşturmaktadır (Tablo 9). Sonrasında HADS değerlendirildi. Değerlendirmede anksiyete alt ölçeği için 1.,

3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanları , depresyon alt ölçeği için ise 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplandı. Hem anksiyete hem de depresyon için 0-7 arasındaki puanlar “normal”, 8-10 puanlar “sınırdá” olarak değerlendirilirken, 11 ve üzerindeki puanların anlamlı bir psikolojik morbiditeyi gösterdiği kabul edildi.

Tablo 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hastaya Ait Bilgi Formu

HASTAYA AİT BİLGİLER		
1-Ad-Soyad:		
2-Yaş:		
3-Cinsiyet:		
1) erkek	2) kadın	
4-Medeni durumu:		
1) bekar	2) evli	3) dul / boşanmış
5-Eğitim durumu:		
1) okur-yazar değil 2) ilkokul 3) ortaokul 4) lise 5) yüksekokul ve üzeri		
6-Tanısı:		
7-Yatış süresi:		
8-GKS skoru:		
1) YBÜ'e yatışının ilk günü	2) anketin yapıldığı gün	
9-APACHE II skoru:		
1) YBÜ'e yatışının ilk günü	2) anketin yapıldığı gün	
10- MODS skoru:		
1) YBÜ'e yatışının ilk günü	2) anketin yapıldığı gün:	

Tablo 5. Glasgow Koma Skoru

Göz açma		Sözel yanıt		Motor yanıt	
Spontan	4	Oryante (kooperasyon kurulabilir)	5	Emirlere uyuyor	6
Sözel uyarı ile	3	Konfüzyon (dezoryante)	4	Ağrıyı lokalize edebiliyor	5
Ağrılı uyarılarla	2	Uygunusuz kelimeler	3	Ağrıyla ekstremitelerini çekiyor (flex)	4
Yanıt yok	1	Anlaşılamayan sesler	2	Dekortike rijiditesi*	3
		Yanıt yok	1	Deserebre rijiditesi**	2
				Yanıt yok	1

*Üst ekstremitede flexiyon ,alt ekstremitede ekstansiyon,**üst ekstremitede ekstansiyon ve iç rotasyon, alt ekstremitede rotasyon.

Tablo 6. Çoklu Organ Disfonksiyon Skorlama Sistemi

Solunum (PaO ₂ / FiO ₂)		Hematolojik (platelet x 10 ³)		Karaciger (bilirubin)		
> 300	0	> 120	0	(mg/dL)	(mmol / L)	
226-300	1	81-120	1	≤ 1,2	≤ 20	0
151-225	2	51-80	2	1,2-3,5	21-60	1
76-150	3	21-50	3	3,5-7,0	61-120	2
≤ 75	4	≤ 20	4	7,0-14	121-240	3
				> 14	< 240	4
Kardiyovasküler [kalp hızı x (SVB / OAB)]		Glasgow Koma Skoru		Böbrek (kreatinin)		
≤ 10	0	15	0	(mg/dL)	(mmol / L)	
10,1-15	1	13-14	1	≤ 1,1	≤ 100	0
15,1-20	2	10-12	2	1,1-2,3	101-200	1
20,1-30	3	7 -9	3	2,3-4,0	201-350	2
> 30	4	≤ 6	4	4,0-5,7	351-500	3
				> 5,7	> 500	4

Tablo 7. Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) skorum sistemi

A- Total Akut Fizyolojik Skor

Isı (rektal) (C°)		Ortalama Arter Basıncı(OAB) (mmHg)	Kalp Atım Hızı (vuru/dk)	Solunum Hızı (ss/dk)
≤ 29,9	4	≤ 49	4	≤ 5
30-31,9	3	50-69	2	6-9
32-33,9	2	70-109	0	10-11
34-35,9	1	110-129	2	12-24
36-38,4	0	130-159	3	25-34
38.5-38,9	1	≥ 160	4	35-49
39-40,9	3			≥ 50
≥ 41	4			
Oksijenizasyon				Arteriyal pH
Aa gradienti (FiO₂ ≥0,5) (mmHg)		FiO₂ < 0,5: PaO₂ (mmHg)		
< 200	0	< 55	4	≥ 7,7
200-349	2	55-60	3	7,60-7,69
350-499	3	61-70	1	7,50-7,59
≥ 500	4	> 70	0	7,33-7,49
				7,25-7,32
				7,15-7,24
				< 7,15
Serum Sodyumu (mMol/L)		Serum Potasyumu (mMol/L)		Serum Kreatinin(%mg/dl) (ABY varsa puanlar 2 ile çarpılacak)
≥ 180	4	≥ 7,4	4	< 0,6
160-179	3	6-6,9	3	0,6-1,4
155-159	2	5,5-5,9	1	1,5-1,9
150-154	1	3,5-5,4	0	2-3,4
130-149	0	3-3,4	1	≥ 3,5
120-129	2	2,5-2,9	2	
111-119	3	< 2,5	4	
≤ 110	4			
Hematokrit (%)		Lökosit (x/10³/mm³)		Glasgow Koma Skalası
< 20	4	< 1	4	15 0 9 6
20-29,9	2	1-2,9	2	14 1 8 7
30-4,9	0	3-14,9	0	13 2 7 8
46-49,9	1	15-19,9	1	12 3 6 9
50-59,9	2	20-39,9	2	11 4 5 10
≥ 60	4	≥ 40	4	10 5 4 11
				3 12

B- Yaş

Yaş (yıl)	Puan
≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

C- Kronik Sağlık Durumu

Ciddi organ yetmezliği öyküsü (kalp, karaciğer, böbrek, diğer) ya da immün sistem zayıflığı var mı?	Puan
Hayır	0
Evet ve opere olmayan hasta	5
Evet ve acil postoperatif hasta	5
Evet ve elektif postoperatif hasta	2

$$\text{APACHE II skoru} = A + B + C$$

Tablo 8. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hasta Yakınlarına Ait Bilgi Formu

HASTA YAKINLARINA AİT KİŞİSEL BİLGİLERİ	
Sayın hasta yakını; Bu form size ve hastanıza ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Yakınınızın hastanede yattığı süre içerisinde yaşadığımız güçlükler ve gereksinimlerimizi belirleyerek hasta bakımını planlamamızda ve hizmet kalitesini artırmakta bilgi sağlayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.	
1-Cinsiyetiniz nedir? 1) erkek 2) kadın	
2-Yaş:	
3-Medeni durumunuz nedir? 1) bekar 2) evli 3) dul	
4-Eğitim durumunuz nedir? 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) yüksekokul ve üzeri	
5-Mesleğiniz nedir?	
6-Şu anda çalışıyor musunuz? 1) evet 2) hayır	
7-Hastanıza yakınlık dereceniz nedir? 1) karım 3) oğlum 5) annem 7) kız kardeşim 9) diğer(belirtiniz...) 2) kocam 4) kızım 6) babam 8) erkek kardeşim	
8-Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastanız oldu mu? 1) evet 2) hayır	
9-Hastanın sağlık durumuna ilişkin sizce yeterli bilgi veriliyor mu? 1) evet 2) hayır	
10-Hastanızın sağlık durumuna ilişkin bilgiyi hangi sıklıkta alıyorsunuz? 1) her gün 2) sağlık personelinin gerekli gördüğü sürede 3) hastanın taburcu olacağı sırada 4) acil durumlarda	
11-Hastanızla ilgili bilgiyi sürekli aynı kişiden mi alıyorsunuz? 1) evet 2) hayır	

Tablo 9. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirmesi Çalışmasının Hasta Yakınlarına Uygulanan HADS Anketi

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON FORMU		
<p>Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü gözönünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Aklınıza gelen ilk yanıtın en doğrusu olacağını unutmayın</p>		
1.	Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2.	Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum	<input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnızca biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3.	Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum	<input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendiriyor <input type="checkbox"/> Hayır, hiç öyle değil
4.	Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil
5.	Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen
6.	Kendimi neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman
7.	Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman

8.	Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum	<input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
9.	Sanki içim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
10.	Dış görünüşüme ilgimi kaybettim	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gerektiği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11.	Kendim sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
12.	Olacakları zevkle bekliyorum	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
13.	Aniden panik duygusuna kapılıyorum	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
14.	İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum	<input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

3.1 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for Windows 11.5 paket programında yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk testi ile araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) biçiminde, kategorik değişkenler ise vaka sayısı ve (%) şeklinde gösterildi.

Gruplar arasında ortalamalar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farkın olup olmadığı Tek Yönlü Varyans analizi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testi ile araştırıldı. Kruskal Wallis test istatistiği sonucunun önemli bulunması halinde anlamlı farka neden olan durumları belirlemek amacıyla parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare veya Fisher'in Kesin Sonuçlu Ki-Kare testi ile incelendi.

Sınırdaki anksiyetesi olan hasta yakınlarıyla anksiyetesi olan hasta yakınlarını anksiyetesi olmayan hasta yakınlarından ve sınırdaki depresyonda olan hasta yakınlarıyla depresif hasta yakınlarını depresyonda olmayan hasta yakınlarından ayırt etmede en fazla belirleyici olan risk faktörlerini tespit etmek amacıyla Çoklu Terimli Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde $p < 0,25$ olarak saptanan değişkenler aday risk faktörleri olarak lojistik regresyon analizine dahil edildi. Her bir değişkene ait Odds Oranı ve % 95 güven aralıkları hesaplandı ve $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan yoğun bakım hastalarının sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumları) ile yatış süreleri Tablo 10’da gösterilmiştir. Hastaların 81’i erkek ve 69’u kadın olmak üzere toplamı 150 dir. Hastaların ortalama yaşları 54 dır.

Tablo 10. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri [n (%)]

Veriler	
Yaş (yıl), (x ±SD), (min – maks)	54,2 ± 21,8 (9 - 98)
Cinsiyet	
Erkek	81 (% 54)
Kadın	69 (% 46)
Medeni Durum	
Bekar	24 (% 16)
Evli	89 (% 59)
Dul/Boşanmış	37 (% 25)
Öğrenim Durumu	
Okur Yazar Değil	17 (% 11)
İlkokul	60 (% 40)
Ortaokul	24 (% 16)
Lise	31 (% 11)
Yüksekokul	18 (% 12)
Yatış Süresi (gün), [ort (min - maks)]	9,5 (3 - 111)

Çalışmaya alınan hastaların YBÜ'ye yatış tanıları Tablo 11'de gösterilmiştir. Buna göre ilk sırayı 47 hasta (% 31,3) ile politravma alırken, 21 hasta (% 14) ile solunum yetmezliği ve 18 hasta (% 12) ile postoperatif hastalar takip etmektedir.

Tablo 11. Hastaların Yoğun Bakıma Yatış Tanıları [n (%)]

Tanı	n (%)
Postkardiyak arrest	8 (% 5,3)
Politravma	47 (% 31,3)
Solunum yetmezliği	21 (% 14)
Postoperatif	18 (% 12)
İntrakraniyal kitle	5 (% 3,3)
İntrakraniyal kanama	5 (% 3,3)
İntoksikasyon	8 (% 5,3)
Sepsis	6 (% 4)
Serebrovasküler olay	9 (% 6)
Diğer	23 (% 15,3)
Toplam	150 (% 100)

Çalışmaya alınan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, hastaya yakınlık dereceleri ve daha önce yoğun bakım deneyimi olup olmadığı Tablo 12’de gösterilmiştir. Hasta yakınlarının en küçüğü 18 en büyüğü 74 yaşında ve ortalama yaş 42 dir. Ayrıca 87’sini kadınlar oluştururken 63’nü erkekler oluşturmaktaydı. Büyük çoğunluğu (% 80,6) evli ve % 56’sı çalışmamaktaydı. Sadece % 36’sının daha önce bu konuda deneyimi olduğu belirlendi.

Tablo 12. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri [n (%)]

Veriler	
Yaş (yıl), (x ±SD), (min – maks)	42,55 ± 12,70 (18 - 74)
Cinsiyet	
Erkek	63 (% 42)
Kadın	87 (% 58)
Medeni durum	
Bekar	22 (% 14,6)
Evli	121 (% 80,6)
Dul / boşanmış	7 (% 0,4)
Eğitim durumu	
İlkokul	43 (% 28,6)
Ortaokul	18 (% 12)
Lise	30 (% 20)
Yüksekokul	59 (% 39,3)
İş durumu	
Çalışan	66 (% 44)
Çalışmayan	84 (% 56)
Yakınlık durumu	
Eş	32 (% 21,3)
Anne-Baba	23 (% 15,3)
Evlat	59 (% 39,3)
Kardeş	15 (% 10)
Diğer	21 (% 14)
Daha önce deneyim	
Evet	55 (% 36,6)
Hayır	95 (% 63,3)

Hasta tanılarına göre hasta yakınlarının anksiyete durumları Tablo 13'te gösterilmektedir. Politravma hastalarının yakınlarının % 51'inde klinik anksiyete varken % 21'inde ise sınırda anksiyete bulunmaktadır. İkisinin toplamı % 72'dir. Hasta tanılarına göre ayırmaksızın hesaplırsak, toplam hasta yakınlarının % 51,3'ünde klinik anksiyete varken, sınırda anksiyete ve klinik anksiyete toplamı % 76 dır.

Tablo 13. Hasta Tanılarına Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Durumları [n (%)]

Hasta Tanıları		Gruplar		
	n	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırda (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)
Postkardiyak arrest	8	2 (% 25)	3 (%37,5)	3 (%37,5)
Politravma	47	13 (% 27,7)	10 (%21,3)	24 (%51)
Solunum Yetmezliği	21	3 (% 14,3)	4 (%19)	14 (%66,7)
Postoperatif	18	2 (% 11)	6 (%33,4)	10 (%55,6)
Intrakraniyal kitle	5	0 (% 0)	1 (%20)	4 (%80)
Intrakraniyal kanama	5	1 (% 20)	1 (%20)	3 (%60)
İntoksikasyon	8	4 (% 50)	2 (%25)	2 (%25)
Sepsis	6	1 (% 16,7)	3 (%50)	2 (%33,3)
Serebrovasküler olay	9	3 (% 33,3)	3 (%33,3)	3 (%33,3)
Diğer	23	7 (% 30,4)	4 (%17,4)	12 (%52,2)

Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre anksiyete durumuna yaş açısından baktığımızda, gruplar arasında belirgin bir fark görülmemiştir (Tablo 14). Cinsiyet yönünden incelendiğinde anksiyete yok grubunda erkeklerin kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu, anksiyete var grubunda ise kadınların erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 14). Erkeklerin % 41'inde anksiyete gözlenmemişken kadınların % 67'sinde anksiyete gözlendi (Tablo 15). Ancak sınırda anksiyete olan grupta kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 14). Öğrenim derecesinin anksiyete durumuna anlamlı bir etkisi görülmemiştir ($p = 0,949$) (Tablo 14 ve 15). Hasta yakınlarının öğrenim durumları ne olursa olsun anksiyete yönünden birbirine yakın (% 45-55) bulunmuştur. Fakat iş ve yakınlık derecelerinin anksiyete üzerine etkisi olduğu belirlenmiştir. İş durumu ele alındığında, çalışanlara göre çalışmayanlarda anksiyete görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 14 ve Tablo 15). Anksiyete olmayan gruba bakıldığında çalışanların oranı çalışmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p = 0,006$) (Tablo 14). Çalışmayanlar arasında ise anksiyetesi olanlar anksiyetesi olmayanlardan anlamlı şekilde fazladır (Tablo 15). Sınırda anksiyete grubunda ise çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 14). Yakınlık derecesinin anksiyete üzerine etkisini incelediğimizde diğer yakınlar grubuna göre eş, anne-baba, evlat ve kardeşlerde anksiyete görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 15). Eşlerin % 65'inde anksiyete belirlenirken; anne-baba, evlat ve kardeşlerde anksiyete

% 52-54 arasında bulunmuştur. Yakınlık durumu diğer olarak gruplandırılanların yaklaşık yarısında (% 47) anksiyete olmadığı görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 14. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anksiyete Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi [(x ± SD), n (%)]

Değişkenler	n	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırdaki (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)	P değeri
Yaş (yıl)		42,8 ± 13,4	38,8 ± 10,0	44,0 ± 13,3	0,115
Cinsiyet					0,001
Erkek	63	26 (% 72,2)	19 (% 51,4)	18 (% 23,4) ^{a3,b3}	
Kadın	87	10 (% 27,8)	18 (% 48,6)	59 (% 76,6) ^{a3,b3}	
Öğrenim Durumu					0,949
İlkokul	43	10 (% 27,8)	9 (% 24,3)	24 (% 31,2)	
Ortaokul	18	4 (% 11,1)	5 (% 13,5)	9 (% 11,7)	
Lise	30	6 (% 16,7)	7 (% 18,9)	17 (% 22,1)	
Yüksekokul	59	16 (% 44,4)	16 (% 43,2)	27 (% 35,1)	
İş Durumu					0,006
Çalışan	66	23 (% 63,9)	18 (% 48,6)	25 (% 32,5) ^{a2}	
Çalışmayan	84	13 (% 36,1)	19 (% 51,4)	52 (% 67,5) ^{a2}	
Yakınlık Durumu					0,016
Eş	32	6 (% 16,7)	5 (% 13,5)	21 (% 27,3)	
Anne Baba	23	7 (% 19,4)	4 (% 10,8)	12 (% 15,6)	
Evlat	59	8 (% 22,2)	19 (% 51,4) ^{c2}	32 (% 41,6) ^{a1}	
Kardeş	15	5 (% 13,9)	2 (% 5,4)	8 (% 10,4)	
Diğer	21	10 (% 27,8)	7 (% 18,9) ^{c2}	4 (% 5,2) ^{a2}	

a: Anksiyete yok grubu ile anksiyete var grubu arasındaki fark

b: Sınırdaki grubu ile anksiyete var grubu arasındaki fark

c: Anksiyete yok grubu ile sınırdaki grubu arasındaki fark

1: p < 0,05

2: p < 0,01

3: p < 0,001

Tablo 15. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması [n (%)]

Değişkenler	n	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırdaki (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)	P değeri
Cinsiyet					0,001
Erkek	63	26 (% 41,2)	19 (% 30,2)	18 (% 28,6) ^{a3}	
Kadın	87	10 (% 11,5)	18 (% 20,7)	59 (% 67,8) ^{a3}	
Öğrenim Durumu					0,949
İlkokul	43	10 (% 23,3)	9 (% 20,9)	24 (% 55,8)	
Ortaokul	18	4 (% 22,2)	5 (% 27,8)	9 (% 50,0)	
Lise	30	6 (% 20,0)	7 (% 23,3)	17 (% 56,7)	
Yüksekokul	59	16 (% 27,1)	16 (% 27,1)	27 (% 45,8)	
İş Durumu					0,006
Çalışan	66	23 (% 34,8)	18 (% 27,3)	25 (% 37,9) ^{b2}	
Çalışmayan	84	13 (% 15,5)	19 (% 22,6)	52 (% 61,9) ^{b2}	
Yakınlık Durumu					0,016
Eş	32	6 (% 18,8)	5 (% 15,6)	21 (% 65,6) ^{c1}	
Anne Baba	23	7 (% 30,4)	4 (% 17,4)	12 (% 52,2) ^{d1}	
Evlat	59	8 (% 13,6)	19 (% 32,2)	32 (% 54,2) ^{e2}	
Kardeş	15	5 (% 33,3)	2 (% 13,3)	8 (% 53,3)	
Diğer	21	10(% 47,6)	7 (% 33,3)	4(% 19,0) ^{c1,d1,e2}	

- a: Erkek ve kadın grupları arasındaki fark,
b: Çalışan ve çalışmayanlar arasındaki fark
c: Eş grubu ve diğer grupları arasındaki fark,
d: Anne-baba grubu ile diğer grupları arasındaki fark,
e: Evlat grubu ile diğer grupları arasındaki fark.
1: p<0,05
2: p<0,01
3: p<0,001

Hastaların skorsal değerlendirmeleri açısından hasta yakınlarının anksiyetelerine bakılırsa (Tablo 16), anksiyete var ve sınırdaki anksiyete gruplarında APACHE II değeri ve dolayısıyla ölüm riski, anksiyete yok grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Anksiyete var ve sınırdaki anksiyete grubunda MODS değeri anksiyete yok grubuna göre yüksek bulundu ancak istatistiksel olarak bu değerler arasında belirgin bir farklılık bulunmamıştır ($p = 0,096$). GKS değeri anksiyete yok grubunda anksiyete var grubuna göre çok az bir farkla yüksek bulunmuştur ($p = 0,039$).

Tablo 16. Hastaların Skorsal Değerlendirmeleri Yönünden Hasta Yakınlarının Anksiyete Durumları [(ort. \pm SD), (min.- maks.)]

Değişkenler	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırdaki (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)	P değeri
APACHE II	8,75 \pm 7,9 ^{a1,b1} (0-29)	13,89 \pm 8,91 (0 - 30)	12,25 \pm 9,04 (0 - 35)	0,031
Ölüm Riski (%)	14,23 \pm 16,37 ^{a1,b1} (2,9 - 67,2)	24,77 \pm 20,75 (2,9 - 70,3)	21,54 \pm 21,45 (2,9 - 83,1)	0,031
MODS	1,8 \pm 2,08 (0 - 7)	3,62 \pm 3,78 (0 - 13)	2,97 \pm 2,99 (0 - 12)	0,096
GKS	12,97 \pm 3,84 (3 - 15)	11,54 \pm 4,72 (3 - 15)	11,50 \pm 4,41 (3 - 15)	0,127

APACHE II: Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation), MODS: Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (Multiple Organ Dysfunction Score), GKS: Glasgow Koma Skoru,

a: Anksiyete yok grubu ile sınırdaki anksiyete grubu arasındaki fark, b: Anksiyete yok grubu ile anksiyete var grubu arasındaki fark, c: Sınırdaki anksiyete grubu ile anksiyete var grubu arasındaki fark. 1: $p < 0,05$, 2: $p < 0,01$, 3: $p < 0,001$

Tablo 17 ve 18’de görüldüğü gibi hasta yakınlarının önceki deneyim, bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi almasının anksiyete üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak yeterli bilgi alma yönünden, hem her 3 anksiyete grubu arasında ve yeterli bilgi alan ve almayan arasında istatistik yönünden belirgin farklılıklar vardır. Bu durum hem yeterli bilgi alan hem de almayan gruplar için geçerlidir ($p < 0,05$). Anksiyete yok ile sınırdaki anksiyete grupları arasında ve sınırdaki anksiyete ile anksiyete var grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Anksiyete Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi [n (%)]

Değişkenler	n	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırdaki (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)	P değeri
Önceki Deneyim					0,371
Var	55	14 (% 38,9)	10 (% 27,0)	31 (% 40,3)	
Yok	95	22 (% 61,1)	27 (% 73,0)	46 (% 59,7)	
Yeterli Bilgi					0,045
Alan	121	28 (% 77,8) ^a	35 (% 94,6) ^b	58 (% 75,3)	
Almayan	29	8 (% 22,2) ^a	2 (% 5,4) ^b	19 (% 24,7)	
Bilgi Alma Sıklığı					0,642
Her Gün	121	29 (% 80,6)	28 (% 75,7)	64 (% 83,1)	
Gerekli Durumlarda	29	7 (% 19,4)	9 (% 24,3)	13 (% 16,9)	
Aynı Kişiden Bilgi					0,448
Alan	53	13 (% 36,1)	16 (% 43,2)	24 (% 31,2)	
Almayan	97	23 (% 63,9)	21 (% 56,8)	53 (% 68,8)	

a: Anksiyete yok grubu ile sınırdaki grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,046$),
b: Sınırdaki grubu ile anksiyete var grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,013$).

Tablo 18’de görüldüğü gibi yeterli bilgi alanların % 47,9’da ve yeterli bilgi almayanların % 65,5 anksiyete olduğu bulundu, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anksiyete yok grubunda yeterli bilgi alan ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Ancak yeterli bilgi alanların % 28’inin sınırda anksiyetesi var iken yeterli bilgi almayanların % 6,9’nun sınırda anksiyetesi var bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 18. Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması [n(%)]

Değişkenler	n	Anksiyete Yok (n = 36)	Sınırda (n = 37)	Anksiyete Var (n = 77)	P değeri
Önceki Deneyim					0,371
Var	55	14 (% 25,5)	10 (% 18,2)	31 (% 56,4)	
Yok	95	22 (% 23,2)	27 (% 28,4)	46 (% 48,4)	
Yeterli Bilgi					0,045
Alan	121	28 (% 23,1)	35 (% 28,9) ^a	58 (% 47,9)	
Almayan	29	8 (% 27,6)	2 (% 6,9) ^a	19 (% 65,5)	
Bilgi Alma Sıklığı					0,642
Her Gün	121	29 (% 24,0)	28 (% 23,1)	64 (% 52,9)	
Gerekli Durumlarda	29	7 (% 24,1)	9 (% 31,0)	13 (% 44,8)	
Aynı Kişiden Bilgi					0,448
Alan	53	13 (% 24,5)	16 (% 30,2)	24 (% 45,3)	
Almayan	97	23 (% 23,7)	21 (% 21,6)	53 (% 54,6)	

a: Sınırda anksiyete grubunda yeterli bilgi alan ve almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,013$).

Diğer taraftan, önceki deneyimi olan ve olmayanların her ikisinde de anksiyete yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel yönden belirgin bir farklılık bulunmamıştır. Her gün bilgi alanlarda anksiyete var grubu anksiyete yok grubuna göre yaklaşık 2 kat fazladır (% 52'ye karşı % 24). Aynı kişiden bilgi alan grupta anksiyetesi olan % 45,3 iken anksiyetesi olmayan % 24,5 bulunmuştur. Aynı kişiden bilgi almayanlarda da yine gruplar arasında 2 kat fark görülmektedir (% 54'e karşı % 23).

Sınırdaki anksiyetesi olanlar ile anksiyetesi olmayan olguları ayırt etmede, olası risk faktörlerinin mevcut bulgulara göre istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı görülmüştür. Buna karşın, erkeklere göre kadınlarda anksiyete görülme riski 7,1 kat (% 95 güven aralığı: 2,2-22,6) artış göstermektedir. Ayrıca evlat ve eş olmanın da anksiyeteyi tetiklediği görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. Sınırdaki ve Anksiyetesi Olan Hasta Yakınlarını Anksiyetesi Olmayan Hasta Yakınlarından Ayırt Etmede Etkili Olabilecek Olası Risk Faktörlerine Ait Etkilerinin Birlikte İncelenmesi

Değişkenler	Odds Oranı	P değeri	% 95 Güven Aralığı
			Alt Sınır - Üst Sınır
Sınırdaki			
Yaş	0,960	0,128	0,911 – 1,012
GKS	1,064	0,633	0,826 – 1,370
APACHE II	1,010	0,935	0,795 – 1,283
Ölüm riski	1,011	0,832	0,912 – 1,121
MODS	1,202	0,290	0,854 – 1,692
Kadın Olmak	1,843	0,346	0,517 – 6,576
Çalışmamak	2,340	0,215	0,610 – 8,976
Eş	1,094	0,925	0,169 – 7,082
Anne – Baba	1,049	0,963	0,137 – 8,027
Evlat	3,119	0,126	0,725 – 13,414
Kardeş	0,660	0,692	0,085 – 5,153
Yeterli Bilgi Almamak	0,232	0,109	0,039 – 1,386
Anksiyete			
Yaş	0,996	0,853	0,951 – 1,043
GKS	1,007	0,953	0,800 – 1,268
APACHE II	0,983	0,876	0,790 – 1,223
Ölüm riski	1,008	0,865	0,919 – 1,106
MODS	1,133	0,460	0,813 – 1,580
Kadın Olmak	7,121	<0,001	2,241 – 22,620
Çalışmamak	1,689	0,395	0,505 – 5,652
Eş	5,967	0,049	1,005 – 35,417
Anne – Baba	2,832	0,288	0,414 – 19,360
Evlat	9,990	0,005	1,971 – 50,637
Kardeş	5,217	0,085	0,797 – 34,149
Yeterli Bilgi Almamak	0,942	0,924	0,280 – 3,174

Hasta tanılarına göre hasta yakınlarının depresyon durumları Tablo 20’de gösterilmektedir. Politravma hastalarının yakınlarının % 57,4’ünde depresyon varken, % 14,9’unda ise sınırda depresyon bulunmaktadır. İkisinin toplamı % 72,3’dür. Hasta tanılarına göre ayırmadan tüm hasta yakınları ele alındığında hesaplarsak, % 56,6’sında klinik depresyon varken, sınırda depresyon ve klinik depresyon toplamı % 72,6 bulunmuştur.

Tablo 20. Hasta Tanılarına Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Durumları [n (%)]

Hasta Tanıları	Gruplar		
	Depresyon Yok (n = 41)	Sınırda (n = 24)	Depresyon Var (n = 85)
Postkardiyak arrest	4 (% 50)	1 (% 12,5)	3 (% 37,5)
Politravma	13 (% 27,7)	7 (% 14,9)	27 (% 57,4)
Solunum Yetmezliği	5 (% 23,8)	2 (% 9,5)	14 (% 66,7)
Postoperatif	3 (% 16,7)	3 (% 16,7)	12 (% 66,6)
Intrakraniyal kitle	0 (% 0)	0 (% 0)	5 (% 100)
İntrakraniyal kanama	0 (% 0)	0 (% 0)	5 (% 100)
İntoksikasyon	3 (% 37,5)	2 (% 25)	3 (% 37,5)
Sepsis	1 (% 16,7)	2 (% 33,3)	3 (% 50)
Serebrovasküler olay	3 (% 33,3)	3 (% 33,3)	3 (% 33,3)
Diğer	9 (% 39,1)	4 (% 17,4)	10 (% 43,5)

Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre depresyon dağılımı Tablo 21 ve Tablo 22’de görülmektedir. Depresyon durumuna yaş açısından baktığımızda, gruplar arasında belirgin bir fark görülmemiştir. Cinsiyet yönünden incelendiğinde, erkeklere göre kadınlarda depresyon görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$). Depresyon olmayan grupta, erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fazladır. Depresyon olan grupta, kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fazla olduğu görülmüştür (kadınlar % 68,2 iken erkeklerde % 31,8) (Tablo 21).

Tablo 21. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Depresyon Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi [(x ± SD), n (%)]

Değişkenler	n	Depresyon Yok (n = 41)	Sınırdaki (n = 24)	Depresyon Var (n = 85)	P değeri
Yaş (yıl), (x ± SD)		39,7 ± 12,8	43,3 ± 13,0	43,5 ± 12,5	0,275
Cinsiyet					0,001
Erkek	63	27 (% 65,9) ^{a,b}	9 (% 37,5)	27 (% 31,8)	
Kadın	87	14 (% 34,1) ^{a,b}	15 (% 62,5)	58 (% 68,2)	
Öğrenim Durumu					0,228
İlkokul	43	8 (% 19,5)	10 (% 41,7)	25 (% 29,4)	
Ortaokul	18	5 (% 12,2)	3 (% 12,5)	10 (% 11,8)	
Lise	30	11 (% 26,8)	1 (% 4,2)	18 (% 21,2)	
Yüksekokul	59	17 (% 41,5)	10 (% 41,7)	32 (% 37,6)	
İş Durumu					0,088
Çalışan	66	24 (% 58,5)	9 (% 37,5)	33 (% 38,8)	
Çalışmayan	84	17 (% 41,5)	15 (% 62,5)	52 (% 61,2)	
Yakınlık Durumu					0,143
Eş	32	7 (% 17,1)	4 (% 16,7)	21 (% 24,7)	
Anne - Baba	23	4 (% 9,8)	5 (% 20,8)	14 (% 16,5)	
Evlad	59	13 (% 31,7)	10 (% 41,7)	36 (% 42,4)	
Kardeş	15	5 (% 12,2)	3 (% 12,5)	7 (% 8,2)	
Diğer	21	12 (% 29,3)	2 (% 8,3)	7 (% 8,2)	

a: Depresyon yok grubu ile sınırdaki grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,026$),
b: Depresyon yok grubu ile depresyon var grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$).

Tablo 22’de görüldüğü gibi erkeklerin %42,9’sinde depresyon yok iken kadınların %66,7’sinde depresyon vardır. Hasta yakınlarının öğrenim durumuna, çalışma durumuna ve yakınlık derecesine göre depresyon sıklığında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 22. Sosyodemografik Özelliklere Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması [n (%)]

Değişkenler	n	Depresyon Yok (n = 41)	Sınırdaki (n = 24)	Depresyon Var (n = 85)	P değeri
Cinsiyet					0,001
Erkek	63	27 (% 42,9)	9 (% 14,3)	27 (% 42,9) ^a	
Kadın	87	14 (% 16,1)	15 (% 17,2)	58 (% 66,7) ^a	
Öğrenim Durumu					0,228
İlkokul	43	8 (% 18,6)	10 (% 23,3)	25 (% 58,1)	
Ortaokul	18	5 (% 27,8)	3 (% 16,7)	10 (% 55,6)	
Lise	30	11 (% 36,7)	1 (% 3,3)	18 (% 60,0)	
Yükseköğretim	59	17 (% 28,8)	10 (% 16,9)	32 (% 54,2)	
İş Durumu					0,088
Çalışan	66	24 (% 36,4)	9 (% 13,6)	33 (% 50,0)	
Çalışmayan	84	17 (% 20,2)	15 (% 17,9)	52 (% 61,9)	
Yakınlık Durumu					0,143
Eş	32	7 (% 21,9)	4 (% 12,5)	21 (% 65,6)	
Anne Baba	23	4 (% 17,4)	5 (% 21,7)	14 (% 60,9)	
Evlad	59	13 (% 22,0)	10 (% 16,9)	36 (% 61,0)	
Kardeş	15	5 (% 33,3)	3 (% 20,0)	7 (% 46,7)	
Diğer	21	12 (% 57,1)	2 (% 9,5)	7 (% 33,3)	

a: Erkek ve kadın grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$).

Hastaların skorsal değerlendirmeleri açısından hasta yakınlarının depresyonlarına bakılırsa (Tablo 23), APACHE II ve dolayısıyla ölüm riski değeri, depresyon var grubunda depresyon yok grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) . Buna karşın sınırda depresyon grubu ile depresyon olan ve depresyon olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durum hem MODS hem de GKS yönünden aynı şekilde bulunmuştur.

Tablo 23. Hastaların Skorsal Değerlendirmeleri Yönünden Hasta Yakınlarının Depresyon Durumu [ort. (min.-maks.)]

Değişkenler	Depresyon Yok (n=41)	Sınırda (n=24)	Depresyon Var (n=85)	P değeri
APACHE II	9,34 ± 8,61 (0 - 30) ^{b1}	11,29 ± 8,15 (0 - 29)	13,16 ± 9,06 (0 - 35)	0,058
Ölüm Riski (%)	15,86 ± 18,67 ^{b1} (2,9 – 70,3)	18,45 ± 17,39 (2,9 - 67,2)	23,46 ± 21,65 (2,9 - 83,1)	0,055
MODS	1,83 ± 2,95 ^{b1} (0 - 13)	2,25 ± 2,0 (0 - 6)	3,52 ± 3,23 (0 - 12)	0,002
GKS	13,39 ± 3,50 ^{b1} (3 - 15)	11,7 ± 4,39 (3 - 15)	11,17 ± 4,61 (3 - 15)	0,003

APACHE II: Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation), MODS: Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (Multiple Organ Dysfunction Score), GKS: Glasgow Koma Skoru,

a: Depresyon yok grubu ile sınırda grubu arasındaki fark, b: Depresyon yok grubu ile depresyon var grubu arasındaki fark, c: Sınırda grubu ile depresyon var grubu arasındaki fark.

1: $p < 0,05$

2: $p < 0,01$

3: $p < 0,001$

Hasta yakınlarının önceki deneyim, bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi alma durumuna göre depresyon dağılımına bakıldığında, önceki deneyim, yeterli bilgi alma, bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi almanın depresyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 24 ve Tablo 25).

Tablo 24. Hasta Yakınlarının Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Depresyon Dağılımının Grup İçinde Değerlendirilmesi [n (%)]

Değişkenler	n	Depresyon Yok (n = 41)	Sınırdaki (n = 24)	Depresyon Var (n = 85)	P değeri
Önceki Deneyim					0,521
Var	55	13 (% 31,7)	11 (% 45,8)	31 (% 36,5)	
Yok	95	28 (% 68,3)	13 (% 54,2)	54 (% 63,5)	
Yeterli Bilgi					0,063
Alan	121	36 (% 87,8)	22 (% 91,7)	63 (% 74,1)	
Almayan	29	5 (% 12,2)	2 (% 8,3)	22 (% 25,9)	
Bilgi Alma Sıklığı					0,859
Her Gün	121	32 (% 78,0)	20 (% 83,3)	69 (% 81,2)	
Gerekli Durumlarda	29	9 (% 22,0)	4 (% 16,7)	16 (% 18,8)	
Aynı Kişiden Bilgi					0,843
Alan	53	16 (% 39,0)	8 (% 33,3)	29 (% 34,1)	
Almayan	97	25 (% 61,0)	16 (% 66,7)	56 (% 65,9)	

Tablo 25. Önceki Deneyim ve Bilgi Alma Durumuna Göre Hasta Yakınlarının Depresyon Dağılımının Gruplar Arasındaki Karşılaştırılması [n (%)]

Değişkenler	n	Depresyon Yok (n = 41)	Sınırdaki (n = 24)	Depresyon Var (n = 85)	P değeri
Önceki Deneyim					0,521
Var	55	13 (% 23,6)	11 (% 20,0)	31 (% 56,4)	
Yok	95	28 (% 29,5)	13 (% 13,7)	54 (% 56,8)	
Yeterli Bilgi					0,063
Alan	121	36 (% 29,8)	22 (% 18,2)	63 (% 52,1)	
Almayan	29	5 (% 17,2)	2 (% 6,9)	22 (% 75,9)	
Bilgi Alma Sıklığı					0,859
Her Gün	121	32 (% 26,4)	20 (% 16,5)	69 (% 57,0)	
Gerekli Durumlarda	29	9 (% 31,0)	4 (% 13,8)	16 (% 55,2)	
Aynı Kişiden Bilgi					0,843
Alan	53	16 (% 30,2)	8 (% 15,1)	29 (% 54,7)	
Almayan	97	25 (% 25,8)	16 (% 16,5)	56 (% 57,7)	

Sınırdaki depresyonu olanlar ile depresyonu olmayan olguları ayırt etmede, olası risk faktörlerinin mevcut bulgulara göre istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyiciliğinin olmadığı görülmüştür. Kadınlarda depresyon görülme riski 3,3 kat (% 95 güven aralığı: 1,2 - 9,3) artış göstermiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Sınırdaki ve Depresyonda Olan Hasta Yakınlarını Depresyonda Olmayan Hasta Yakınlarından Ayırt Etmede Etkili Olabilecek Olası Risk Faktörlerine Ait Etkilerinin Birlikte İncelenmesi

Değişkenler	Odds Oranı	P değeri	% 95 Güven Aralığı
			Alt Sınır - Üst Sınır
Sınırdaki			
Yaş	1,012	0,670	0,960 – 1,066
GKS	0,746	0,054	0,554 – 1,005
APACHE	1,185	0,204	0,912 – 1,540
Ölüm riski	0,902	0,077	0,804 – 1,011
MODS	0,841	0,469	0,526 – 1,344
Eğitim	0,763	0,270	0,472 – 1,234
Kadın Olmak	2,670	0,152	0,697 – 10,225
Çalışmamak	1,070	0,926	0,259 – 4,418
Eş	1,980	0,548	0,214 – 18,362
Anne - Baba	3,782	0,277	0,344 – 41,534
Evlat	4,166	0,133	0,646 – 26,843
Kardeş	2,491	0,428	0,261 – 23,764
Yeterli Bilgi Almamak	0,585	0,581	0,087 – 3,930
Anksiyete			
Yaş	1,009	0,659	0,968 – 1,052
GKS	0,914	0,443	0,727 – 1,150
APACHE	1,096	0,359	0,901 – 1,333
Ölüm riski	0,942	0,162	0,866 – 1,024
MODS	1,229	0,173	0,913 – 1,655
Eğitim	0,865	0,466	0,586 – 1,278
Kadın Olmak	3,319	0,022	1,185 – 9,299
Çalışmamak	0,995	0,993	0,322 – 3,075
Eş	3,329	0,132	0,696 – 15,921
Anne – Baba	3,764	0,162	0,587 – 24,144
Evlat	4,090	0,037	1,091 – 15,333
Kardeş	2,293	0,328	0,435 – 12,084
Yeterli Bilgi Almamak	2,742	0,123	0,761 – 9,876

5. TARTIŞMA

Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hasta sahibi olmanın, hasta yakınları için travmatik olduğu düşünülebilir, hasta yakınlarının sağlığını tehdit eden stresli bir durumdur (2). Hasta yakınları, hastalarının ölüm tehdidi yaşamasına tanık olurlar ve onların acı çekmesinden üzüntü duyarlar. Sevdiği bireyi kaybetme korkusu, mali kaygılar, rol değişiklikleri hasta yakınlarında stres ve kaygı oluşturabilir (73,74). Hastane ortamında bulunmak, diğer hasta yakınlarının üzüntüsünü görmek, kötü haber alan hasta yakınlarının yaşadıklarına şahit olmak anksiyete ve depresyon oluşmasına neden olmaktadır (75).

Aile üyelerinin ziyaretlerinin hastada infeksiyon gelişimine ve hemodinamik parametrelerde değişikliklere (taşikardi, hipertansiyon v.s) neden olabilecekleri düşünülmekte ve bu nedenle YBÜ'ye giriş çıkışları kısıtlanmaktadır (76). Bu kısıtlama hasta yakınlarında strese neden olur ve bu stres aile üyelerinde YBÜ çalışanlarına karşı güven eksikliği oluşturabilir. Yoğun bakım hastalarının yakınlarının gereksinimleri ilk kez 1979 yılında Molter (77) tarafından araştırılmış ve ailelerin bilgiye, desteğe, rahatlamaya ve hastaya yakın olmaya ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Aile ihtiyaçlarının karşılanmaması, artan stres, anksiyete ve depresyon ile sonuçlanabilir, hatta aile bütünlüğünü tehlikeye atabilir (78). Ülkemizde, yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon konusunda yapılan çalışmaları araştırdığımızda az sayıda çalışmaya rastladık (75,79). Bu nedenle tez çalışmamızda yoğun bakım hastalarının yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarını araştırmayı amaçladık.

Daha önce yapılan çalışmalarda, YBÜ’de tedavi gören hastaların yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının yüksek seviyede olduğu rapor edilmiştir (2,80,81). İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Fransa’da yapılan çalışmalarda, YBÜ’de kalış süresince ve sonrasında hasta yakınlarında yüksek seviyelerde anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir (3,6,82-85).

Maruiti ve ark. (4) yoğun bakımda yatan 39 hastanın yakınları ile yaptıkları çalışmada, HADS skoru 8 ve üzerinde olduğunda, anksiyete ve depresyon olduğunu kabul etmişlerdir. Hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının sıklığını % 71,8 ve % 53,8 olarak bildirmişlerdir. Lins-Fumis ve Deheinzelin (86), 300 kanser hastasının yakınlarında yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının % 71’inde anksiyete, % 50,3’ünde depresyon bulmuşlardır. McAdam ve ark. (87) YBÜ’de tedavi gören 74 hastanın yakınlarında yaptıkları bir çalışmada, HADS skoru sınırda olan (borderline) grup da dahil edildiğinde (borderline: 8 -10 puan, klinik anksiyete ve depresyon: 11 puan ve üzeri) anksiyete semptomlarını %79,7 ve depresyon semptomlarını da %70,3 oranında bulmuşlardır. Young ve ark. (88) yaptıkları çalışmada, 20 yoğun bakım hastası ve yakınlarının HADS skorları ile 15 kardiyak cerrahi geçiren hasta ve yakınlarının HADS skorları karşılaştırılmıştır. Yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının anksiyete skorlarını, hastalarının skorlarından yüksek bulmuşlardır. Ayrıca yoğun bakım hastalarının yakınlarında, kardiyak cerrahi geçiren hastaların yakınlarından daha yüksek oranda depresyon semptomları rapor etmişlerdir (88).

Bizim çalışmamızda YBÜ’de yatan hastaların yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomları yüksek bulundu, sınırda olan grup da dahil edildiğinde anksiyete % 76, depresyon ise % 72,6 olarak saptandı.

Paparrigopoulos ve ark. (2) yoğun bakımda yatan 32 hastanın yakınlarının anksiyete, depresyon ve erken posttravmatik stres bozukluğu görülme sıklığını araştırdıkları çalışmada ve Maruiti ve ark. (4) çalışmalarında, hasta yakınlarının yaşı ile anksiyete ve depresyon semptomları arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Chui ve Chan (89) Olayların Etkisi Ölçeğini (*IES: Impact of Event Scale*) kullanarak 133 hasta yakınında yaptıkları çalışmada, farklı yaş grupları ile IES skorları arasında anlamlı ilişki saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon semptomları ile hasta yakını yaşı arasında ilişki bulunmadı. Buna karşın Anderson ve ark.’nın (90) çalışmasında anksiyete ve depresyon genç yaşla ilişkili bulunmuştur.

Yapılan araştırmalar cinsiyetin stres yanıtı ile ilgili olduğunu, kadınlarda erkeklere göre ciddi anksiyete ve depresyon semptomları görüldüğünü göstermektedir (91,92). Paparrigopoulos ve ark.’nın (2) çalışması ile Pochard ve ark.’nın (6) yaptıkları çok merkezli çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha sık ve şiddetli duygusal reaksiyon gösterdikleri ve daha yüksek anksiyete ve depresyon semptomları gösterme riski olduğu tespit edilmiştir. Lins-Fumis ve Deheinzelin (86) kanser hastalarının yakınlarında yaptıkları çalışmada, erkek cinsiyetinin depresyon ve anksiyete için koruyucu bir faktör olduğunu, kadınların ise daha tatminsiz olduklarını bildirmişlerdir. McAdam ve ark. (87) çalışmasında, hasta yakınlarındaki yüksek anksiyete ve depresyon düzeyinin hasta yakınının

kadın cinsiyet olması ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Hasta yakınları erkek ve kadın olarak karşılaştırıldığında, erkeklerde hem anksiyete hem de depresyon seviyesi belirgin olarak düşük bulunmuştur.

Beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören kafa travmalı hastaların yakınlarındaki duygusal stresi ve başa çıkma yöntemlerini değerlendiren Wartella ve ark.'nın (93) çalışması ile Chui ve Chan'nin (89) çalışmasında, kadınların erkeklere oranla daha fazla stres seviyesi gösterdiklerini tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da, kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda anksiyete ve depresyon bulundu. Anksiyete, kadınların % 67'sinde erkeklerin ise % 28,6'inde belirlendi. Ayrıca depresyon semptomlarının da benzer sıklıkta olduğu görüldü (kadınlarda % 66,7, erkeklerde % 42,9). Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak Anderson ve ark.'nın (90) çalışması ile Maruiti ve ark.'nın (4) çalışmasında, hem anksiyete hem de depresyonun cinsiyet ile ilişkisi bulunmamıştır.

Anderson ve ark. (90) yaptıkları çalışmada, hasta hakkında verilen bilgilerin yeteri kadar anlaşılmasının, hasta yakınlarında daha çok strese ve hasta ile ilgili kararlara daha az katılmalarına neden olduğunu gözlemlemişlerdir. Eğitim düzeyi düşük olan hasta yakınlarının, hasta hakkında alınması gereken kararlara katılım konusunda çekingen kalmayı daha çok tercih ettikleri ve buna bağlı olarak anksiyete yaşadıklarını, ancak düşük eğitim düzeyi ile depresyonun ilişkisiz olduğunu bildirmişlerdir. Azoulay ve ark. (83) YBÜ'de tedavi gören hastası hakkında verilen bilgileri anlamakta zorlanan hasta yakınlarının, daha çok post-travmatik stres yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Azoulay ve ark.'nın (94),

başka bir çalışmada hasta yakınlarının, hastanın medikal durumu hakkındaki basit gerçekleri kavrayışının çok zayıf olduğunu bulmuşlardır.

Chui ve Chan (89) yaptıkları çalışmada, düşük eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının stres seviyelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Maruti ve ark.'nın (4) yaptıkları çalışmaya göre, hasta yakınlarının yükseköğretim eğitimi almış olmalarının, hasta hakkında verilen bilgileri daha iyi anlamalarını sağladığı görülmüştür. Paparrigopoulos ve ark. (2), 32 yoğun bakım hasta yakınlarına yönelik post-travmatik stres düzeyini ölçen IES anketini kullanarak yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının eğitim düzeyinin % 22'si üniversite % 62,5'i ise lise olarak belirtmişler ve eğitim düzeyi düşük olan olgularda IES skorlarını daha yüksek bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise, 150 hasta yakınının % 39,3'nün eğitim düzeyi yükseköğretim, % 28,6'nın ilköğretim olarak saptandı. Eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon semptomlarının görülmesine anlamlı bir etkisi bulunmadığı belirlendi.

Daha önceki çalışmalarda hasta eşlerinin çocuklarından daha yüksek düzeyde anksiyete sergiledikleri görülmüş ve eşlerin hasta ile ilgili daha çok karar vermek zorunda olduklarından dolayı, stres gelişiminde bunun bir risk faktörü olabileceğine dikkat çekmişlerdir (6,83). Pochard ve ark. (3) çalışmalarında, hasta yakınlarının eşlerinde anksiyete ve depresyon semptomlarının görülme oranlarının diğer hasta yakınlarından daha fazla olduğunu (% 80,3 anksiyete ve % 39 depresyon) bildirmişlerdir.

Anderson ve ark. (95) çalışmada yakınlık derecesi ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda; eş, anne-baba,

evlat ve kardeşlerde anksiyete görülme sıklığı diğer olarak grupladığımız birinci derece yakın olmayanlara göre daha fazla bulundu. Eşlerin % 65'inde klinik anksiyete tespit edildi. Ancak eşler ile evlat, anne-baba ve kardeşler arasında anlamlı fark görülmedi.

Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hasta yakınlarının bir bölümünde, hastalığın prognozuna ve süresine bağlı psikolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler arasında depresyon, anksiyete ve fiziksel işlev bozukluğu bulunmaktadır (75,96). Tok ve ark. (75) YBÜ'de tedavi gören 30 hastanın yakınları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastalara APACHE II ve MODS skorumu sistemlerini uygulayarak hastalıklarının ciddiyetini belirlemiş ve hasta yakınlarına 0, 3, 7 ve 14. günlerde olmak üzere 4 kez HADS'ı uygulayarak psikolojik etkilenmelerini araştırmışlardır. İlk ve 3. gün anketlerinde, hastaların APACHE II ve MODS skorları ile hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon semptomlarını gösteren HADS skorları arasında anlamlı bir ilişki saptamamış ancak, diğer günlerde uygulanan anket sonucuna göre APACHE II ve MODS skorlarında artış olan olguların yakınlarında HADS skorlarında yükselme yani anksiyete ve depresyon semptomlarında artış olduğunu saptamışlardır.

Lins-Fumis ve Deheinzelin (86) kanser hastalarının yakınlarında yaptıkları çalışmada, depresyon ve anksiyete semptomlarını özellikle uzun süreli ventilasyon ihtiyacı ve metastaz varlığı gibi durumlarla ilişkili bulmuşlardır. Paparrigopoulos ve ark. (2) çalışmasında, hastanın tanısına ve yoğun bakıma yatışı sırasında oluşan komplikasyonlara göre oluşturulan alt gruplara baktıklarında, gruplar arasında belirgin fark olmadığını saptamışlardır. Pochard ve ark. (6)

çalışmasında, SAPS II, yatış süresi ve ölüm oranı gibi faktörler ile anksiyete ve depresyon semptomları arasında ilişki saptamamışlardır. Pochard ve ark. (3) 78 YBÜ'de 544 hasta yakınında yaptıkları başka bir çalışmada, hastanın yaşlı ve yüksek SAPS II skoruna sahip olmasını depresyon ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Anderson ve ark. (95) hasta yakınlarında, anksiyete ve depresyon semptomlarını ölçmek amacıyla HADS kullanmış ve hastaların durumları ile anksiyete ve depresyon skorları arasında ilişki tespit edememişlerdir.

Çalışmamızda, anksiyeteli hasta yakınlarının hastalarında, anksiyetesi olmayan hasta yakınlarının hastalarına göre daha yüksek APACHE II değeri ve dolayısıyla ölüm riskinin olduğu görüldü. MODS değerlerinde belirgin bir farklılık bulunmazken, hastalardaki düşük GKS değerleri ile hasta yakınlarında ki anksiyete arasında ilişki bulundu. Bunun yanında, depresyon olan gruptaki hasta yakınlarının hastalarının APACHE II ve dolayısıyla ölüm riski değeri, depresyon olmayan gruptaki hasta yakınlarının hastalarının değerlerinden yüksek tespit edildi. Bu durum, MODS ve GKS için de geçerliydi.

McAdam ve ark. (87) çalışmasında hasta yakınlarının hastalarının durumları ile başa çıkabilmeleri ile artmış anksiyete ve depresyon semptomları arasında ilişki olup olmadığına bakmış, bu türlü bir ilişki gözlemlenemediklerini belirtmişlerdir. Bunu da hasta yakınlarının % 64'ünün daha önce yoğun bakım deneyimine sahip olması nedeni ile durumla baş etme yöntemleri geliştirmiş olabileceklerine bağlamışlardır. Garrouste-Orgeas ve ark. (5) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının geçmiş YBÜ deneyimi olmasının hastaların bakımına katılım isteği ile ilişkili olduğunu görmüşlerdir.

Çalışmamızda bazı hasta yakınlarının daha önce YBÜ’de hastası olması yani deneyime sahip olmalarının anksiyete üzerine anlamlı etkisi olmadığı görüldü. Çalışmaya aldığımız hasta yakınlarının % 36,7’sinin yoğun bakım deneyimi olduğu, % 63,3’nün ise daha önce YBÜ’de tedavi gören hastası olmadığı belirlendi. Nitekim daha önce YBÜ’de tedavi gören hastası olanlar yani deneyim sahibi olan hasta yakınlarının % 56,4’de anksiyete ve depresyonun olduğu, yoğun bakım deneyimi olmayanların da % 48,4’de anksiyete ve % 56,8’de depresyon olduğu görüldü.

Yoğun Bakım Ünitesi’nde hastaların bakımı ile ilgilenen kişiler ile hasta yakınları arasındaki etkileşim ve hasta ile ilgili olarak verilen kapsamlı bilgiler, hasta yakınlarının tatmini ile anksiyete ve depresyon semptomlarının yaygınlığını etkiler (86). Hastaların tıbbi durumu hakkında hasta yakınlarının yeteri kadar bilgilendirilmenin, onların stres seviyelerini azaltabileceği ve hastaları ile ilgili kararlara katılımlarını artıracacağı Anderson ve ark. (95) tarafından belirtilmiştir. Hasta yakınlarının çeşitli biçimlerde (yazılı ve sözlü) tekrarlanan bilgilere sahip olmaları gerektiği, aşırı bilgi yüklemesini önlemek için sadece en önemli bilgilerin verilmesi ve verilen bilgileri değerlendirmek için gerekli zamana ihtiyaçları olduğu McAdam ve ark. tarafından ifade edilmiştir (87). Pochard ve ark. (3) çalışmasında, hasta yakınlarına verilen bilginin verimliliğini anlamak için yaptıkları görüşmelerde; hasta yakınlarının % 17,8’nin tutarsız bilgi aldıklarını hissettiklerini, % 68,9’nun teşhis, % 69,1’nin tedavi ve % 72’sinin de prognoz hakkında daha fazla bilgi istediklerini saptamışlardır.

Bilgilendirmenin tarzı, hasta yakınları ile YBÜ elemanları arasında karşılıklı güveni ve ilişkiyi etkilemektedir (97). Etkin bilgi; bilgi sonrasında tanı, prognoz ve hastanın tedavisini iyi anlama olarak tanımlanmıştır (98). Lautrette ve ark. (84) çalışmasında, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi için geliştirilen birleştirilmiş iletişim stratejisi ve bilgi broşürünün kullanılmasının hasta yakınlarında posttravmatik stres semptomlarını azalttığını göstermişlerdir. Hastasını YBÜ’de ziyaret eden hasta yakınlarının duygusal karmaşası, onları önerilere duyarlı ve öfkeye eğilimli hale getirebilmektedir (6). Yoğun bakım organizasyonları ve politikaları oluşturulurken, YBÜ çalışanları hasta yakınlarında oluşabilecek anksiyete ve depresyon riskini düşünmeleri gerektiğini akıllarında buldurmalarıdır. Bunun için hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının tartışılacağı düzenli toplantılar, bir bekleme salonu, hasta yakınları ile görüşme odası ve hasta yakınlarına verilen bilgide hiç bir çelişki olmaması sağlanmalıdır (6). Daha fazla bilgi sağlamak, daha uzun ziyaretlere izin vermek, ziyaret politikalarını genişletmek, hasta yakınlarını kendi aralarında tartışma ve karar vermeye cesaretlendirmek, anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağlayarak hasta yakınlarının karar verme yeteneklerini arttıracaktır (99,100).

Hasta yakınlarının bilgiye, desteğe ve hastalarına yakın olmaya ihtiyacı olduğuna dikkat çeken Molter (77), 1979 yılında hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi için Kritik Bakım Aile İhtiyaçları Envanteri’ni (*Critical Care Family Needs Inventory*) geliştirmiştir. Daha sonra, Kritik Bakım Aile Tatmin Anketi (*Critical Care Family Satisfaction Survey*) geliştirilmiştir (101). Bu geliştirilen sistemlerin kullanımı, hasta yakınlarının hastaları ile daha çok bir arada olmaları

sağlanmıştır. Böylece YBÜ ortamına dahil edilmiş olan hasta yakınlarının tatmini sağlanabilir (102).

Hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için YBÜ'lerde aile odaklı bakım geliştirilmiştir. Aile odaklı bakım; hem hasta yakınlarının ihtiyaçlarını optimize eden hem de hastalarının bakımına katılımlarını sağlayan bir yaklaşımdır (5). Bazı yoğun bakım hastalarının gerekli bakımını sağlamak, yüksek seviyelerde organizasyon gerektirdiğinden aile odaklı bakım YBÜ çalışanlarınca uygulanmak istenmemektedir. Bu sebepten kısıtlı ziyaret saatlerine sahip hasta yakınlarının rolleri, bilgi beklemekten ibaret hale gelmektedir. Çalışmalarında buna dikkat çeken Garrouste-Orgeas ve ark. (5), hasta yakınlarında yüksek tatmin ve düşük oranda anksiyete ve depresyon semptomları bulmalarını aile odaklı bakım uygulanmasının sağlanmış olabileceğini belirtmişlerdir. Azoulay ve ark. (83) hasta hakkında yeterli bilgi verilmesinin hasta yakınlarını hastaları hakkında karar verme sürecindeki aktif rollerinde güçlendirdiğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, hasta yakınlarının bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi almasının anksiyete ve depresyon semptomları üzerine etkisi bulunmamasına karşın yeterli bilgi alan ve almayanlar arasında anksiyete semptomları açısından farklılıklar belirlendi. Yeterli bilgi alan hasta yakınlarının % 47,9'da ve yeterli bilgi almayanların da % 65,5'de anksiyete tespit edildi, ancak aralarındaki fark anlamlı değildi. Fakat yeterli bilgi alan hasta yakınlarının % 28'inde, yeterli bilgi alamayanların ise % 6,9'nun sınırda anksiyetesi olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu belirlendi.

Araştırmamızda, herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarında, çalışanlara göre anksiyete görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmasına karşın, depresyon sıklığında anlamlı fark bulunmadı. Çalışmayan hasta yakınlarının % 61,9'unda anksiyete var iken, çalışan hasta yakınlarının yalnızca % 37,9'sinde anksiyete bulundu. Literatüre baktığımızda bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlamadık.

6. SONUÇ

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon semptomlarını değerlendirdiğimiz anket çalışmamızda, hasta yakınlarının yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları gösterdiği tespit edildi.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Hasta yakınlarının % 76'sının anksiyete ve % 72,6'sının depresyon semptomlarına sahip olduğu görüldü.
- Özellikle kadınların erkeklerden daha çok etkilendikleri ve daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları gösterdikleri bulundu.
- Eş, anne-baba, evlat ve kardeşlerde anksiyete ve depresyon diğer hasta yakınlarından daha yüksek bulundu, ancak kendi aralarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü.
- Hastaların prognozları göz önüne alındığında APACHE II skoru ve dolayısıyla ölüm riski yüksek olan hastaların yakınlarında daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları saptandı.
- Anksiyete skorları ile MODS değerleri arasında ilişki saptanmaz iken, depresyon ile ilişkili olduğu bulundu.
- Anksiyete semptomları ile GKS değerleri arasında ilişki yok iken, GKS değerleri düşük olanlarda depresyon semptomları daha fazla bulundu.

- Hasta yakınlarının yaşları, eğitim seviyesi, daha önceki yoğun bakım deneyimi, bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi almalarının anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkisi olmadığı görüldü.
- Yeterli bilgi alan hasta yakınlarının, yeterli bilgi almayan hasta yakınlarına göre daha fazla sınırdan anksiyetesi olduğu belirlendi. Yeterli bilgi alma durumunun depresyon semptomları ile ilişkisi olmadığı görüldü.
- Herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarında, çalışanlara göre anksiyete görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmasına karşın, depresyon sıklığında anlamlı fark bulunmadı.

Yoğun Bakım Ünitimizde, hastalar hakkında bilgilendirme tüm hasta yakınları için fark gözetmeksizin aynı iken, bazı hasta yakınları psikolojik durumları ve kişilik özelliklerinden dolayı yetersiz bilgi aldıklarını düşünebilirler. Çalışmamızda yeterli bilgi almadığını düşünen hasta yakınlarının % 65,5'de, yeterli bilgi aldığını düşünenlerin ise % 47,9'da anksiyete olduğu görüldü, ancak aralarındaki fark anlamlı değildi.

7. KAYNAKLAR

1. Akpir K. Yoğun Bakım Temel İlkeleri. Tüzüner F, editör. Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;1199-208.
2. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006;61:719-22.
3. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90-6.
4. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2008;21:636-42.
5. Garrouste-Orgeas M, Willems W, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010;25:634-40.
6. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001;29:1893-7.

7. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Larson CP. Clinical Anesthesiology. 4th edition. Los Angeles: The McGraw-Hill Companies, 2008;1019.
8. Ristagno G, Weil MH. History of Critical Care Medicine: The Past, Present and the Future. Intensive and Crit Care Med 2009;1:3-17.
9. Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Intensive Care Med 1997;23:226–32.
10. Kılıç YA. Yoğun bakım skorum sistemleri: neden, nasıl, biz neredeyiz? Yoğun Bakım Dergisi 2002;2:26-31.
11. Kayhan Z. Klinik Anestezi. Genişletilmiş 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004;850.
12. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE-Acute physiological and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. Crit Care Med 1981;9:591-7.
13. Daley J, Jencks S, Draper D, Lenhart G, Thomas N, Walker J. Predicting hospital-associated mortality for medicare patients. A method for patients with stroke, pneumonia, acute myocardial infarction, and congestive heart failure. JAMA 1988;260:3617-24.
14. Wagner DP, Knaus WA, Draper EA. Statistical validation of a severity of illness measure. Am J Public Health 1983;73:878–84.

15. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13:818–29.
16. Ho KM, Lee KY, Williams T, Finn J, Knuiman M, Webb SAR. Comparison of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II score with organ failure scores to predict hospital mortality. *Anaesthesia* 2007;62:466–73.
17. Çivi Sakarya M. Yoğun Bakımda Skorlama Sistemleri. Tüzüner F, editör. *Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;1209-20.
18. Al-Khafaji A, Angus DC, Knaus WA. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II article of Knaus et al with expert commentary by Dr Derek Angus. *J Crit Care* 2007;22:85–8.
19. Ulus F, Günal Sazak H, Tunç M, Şavkloğlu E, Şipit T, Karlılar B, et al. APACHE II skorlama sistemi solunumsal yoğun bakım ünitesinde mortalite hızını belirlemede başarılı mıdır? *Solunum Hastalıkları* 2006;17:167-71.
20. Wheeler MM. APACHE an evaluation. *Crit Care Nurs Q* 2009;32:46–8.
21. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A, Glaser P, Granthil C, Mathieu D, et al. A Simplified Acute Physiology Score for ICU patients. *Crit Care Med* 1984;12:975-7.

22. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1994;271:1321.
23. Teres D, Brown RB, Lemeshow S. Predicting mortality of intensive care unit patients: The importance of coma. Crit Care Med 1982;10:86–95.
24. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. JAMA 1993;270:2478-86.
25. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple Organ Dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med 1995;23:1638-52.
26. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Soulner F, Alberti C, Artigas A, et al. The Logistic Organ Dysfunction system. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. ICU Scoring Group. JAMA 1996;276:802–10.
27. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonca A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1996;22:707–10.
28. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara: Golden Medya,2008.

29. Gökalp PG. Stress, anksiyete ve kadın. HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2003;165-73.
30. Kocabaşoğlu N. Stress ve anksiyete, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2005;47:181-98.
31. Berrios GE. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press,1996;263.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Washington DC;1980.
33. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008;62:175-84.
34. Uzbay YT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2002;1:5-13.
35. Davis M, Rainnie D, Casell M. Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. Trends Neurosci 1994;7:208-14
36. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. J Clin Psychiatry 1999;60:12-17.
37. Balcıoğlu İ. Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:45-51.

38. Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry* 1998;44:1286-94.
39. Kılıç C, Eşel E. Stres tepkisi süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002;12:41-8.
40. Sullivan GM, Coplan JD, Kent JM, Gorman JM. The noradrenergic system in pathological anxiety: a focus on panic with relevance to generalized anxiety and phobias. *Biol Psychiatry* 1999;46:1205-18.
41. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13:78-87.
42. Tiihonen J, Kuikka J, Rasanen P, Lepola U, Koponen H, Liuska A, et al. Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: a fractional analysis. *Molecular Psychiatry* 1997;2:463-71.
43. Malizia AL. Receptor binding and drug modulation in anxiety. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:567-74.
44. Korpi ER, Grunder G, Luddens H. Drug interactions at GABA(A) receptors. *Prog Neurobiol* 2002;67:113-59.
45. Handley SL. 5-HT pathways in anxiety and its treatment. *Pharmacol Ther* 1995; 66:103-48.

46. Ramboz S, Oosting R, Amara DA, Kung HF, Blier P, Mendelsohn M, et al. Serotonin receptor 1A knockout: an animal model of anxiety-related disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95:14476-81.
47. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB. Biological basis of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58:16-25.
48. Köknel Ö, Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi* 2000;1:5-11.
49. Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: Tanısal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:318-32.
50. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(47):1-5.
51. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara:Nobel Yayın, 2004;293-317.
52. Çakır S, Genel Tıpta Depresyon. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009;22:61-4.
53. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Brit J Psychiatry* 1989;154:201-6.
54. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.

55. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18.
56. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1436-42.
57. Tamam L, Zeren T. Depresyonda serotonerjik düzenekler. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002;5(Ek4):11-18.
58. Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde seratonin ve noradrenalin. Yeni Symposium 2005;43:91-96.
59. Oğuz Ş, Yurdagül E. Noradrenerjik sistem ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2002;4:19-23.
60. Delgado PL, Morno PA. Role of norepinephrine in depression. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl 1):5-12.
61. Mann JJ. Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. Neuropsychopharmacology 1999;21:99-105.
62. Sevinçok L. Depresyonda hücre içi bozukluklar. Klinik Psikiyatri 2002;4:57-67.
63. Sluzewska A, Rybakovsky J, Bosmans E. Indicators of immune activation in major depression. Psychiatry Res 1996;64:161-7.
64. Tuğlu C, Kara SH. Depresyon, sitokinler ve bağışıklık sistemi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:142-50.

65. Hatzinger M. Neuropeptides and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) system: Review of recent research strategies in depression. *World J Biol Psychiatry* 2000;1:105-11.
66. Eşel E. Depresyondaki nöroendokrinolojik bozukluklar. *Klinik Psikiyatri* 2002;4:35-50.
67. Duman RS, Monteggia LM. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biol Psychiatry* 2006;59:1116-27.
68. Gönül AS, Akdeniz F, Taneli F, Donat O, Eker C, Vahip S. Effect of treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:381-6.
69. Eker ÇM, Eker ÖD. Depresyon patofizyolojisinde hipokampusun rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:11-21.
70. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
71. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
72. Herrmann C. International experiences with The Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17-41.

73. Foss KR, Tenholder MF. Expectations and needs of persons with family members in an Intensive Care Unit as opposed to a general ward. *South Med J* 1993;86:380-4.
74. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse* 2002;22:61-5.
75. Tok G, Ok G, Erbüyün K, Aydemir Ö, Tok D. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2009;7:1-5.
76. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, MC Asiain. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006;11:33-41.
77. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979;8:332-9.
78. Lange P. Family stress in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001;29:2025-6.
79. Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi*. İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi,2007.
80. Pérez-San Gregorio MA, Blanco-Picabia A, Murillo-Cabezas F, Domínguez-Roldán JM, Sánchez B, Núñez-Roldán A. Psychological problems in the

family members of gravely traumatised patients admitted into an intensive care unit. *Intensive Care Med* 1992;18:278-81.

81. Rodríguez AM, Gregorio MA, Rodríguez AG. Psychological repercussions in family members of hospitalised critical condition patients. *J Psychosom Res* 2005;58:447–51.
82. Jones C, Skirrow J, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;30:456-60.
83. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987-94.
84. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-78.
85. Tilden VP, Tolle SW, Nelson CA, Fields J. Family decision-making to withdraw life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nurs Res* 2001;50:105-15.
86. Lins Fumis RR, Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med* 2009;35:899–902.

87. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010;38:1078-85.
88. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M, et al. Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Med* 2005;31:86–91.
89. Chui W Y-Y, Chan S W-C. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nursing* 2007;16:372–81.
90. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Passive Decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care* 2009;24:249-54.
91. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999;156:360-6.
92. Breslau N, Chilcoat HD, Kesler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1999;29:813-21.
93. Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2009;66:503–9.

94. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Anane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004;32:1832-8.
95. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.
96. Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 1990;51:77-80.
97. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 2005;14:202-10.
98. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstein C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. A Multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:438-42.
99. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998;26:266-71.

100. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000;28:3044-49.
101. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Crit Care Med* 2001;29:192-6.
102. Hammond F. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs* 1995;11:256-64.

8. ÖZET

Çalışmamızda, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni (HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*) kullanarak yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkili olan faktörleri ve görülme sıklıklarını belirlemeyi amaçladık.

Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde 48 saatten daha fazla süredir tedavi gören hastası olan, 18 yaş ve üzerinde 150 hasta yakını çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu), YBÜ'e yatış sebepleri, hemodinamik parametreleri, GKS, APACHE II ve MODS değerleri kaydedildi. Hasta yakınlarının sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim ve iş durumu) ile hastası hakkında verilen bilginin verimliliğini sorgulayan ve HADS'ı içeren anket formunu doldurmaları sağlandı.

Sınırdaki ve klinik anksiyete ya da depresyon toplam olarak alındığında hasta yakınlarının % 76'sında anksiyete ve % 72,6'sında depresyon semptomları tespit edildi. Kadınların erkeklere oranla daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları gösterdiği saptandı. Kadınların % 67,8'inde anksiyete, % 66,7'sinde depresyon semptomları olduğu görüldü. Eş, anne-baba, evlat ve kardeşlerde diğer hasta yakınlarına göre daha yüksek anksiyete ve depresyon semptomları olduğu bulundu. Yüksek APACHE II değerine sahip hastaların yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının daha fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca, yüksek MODS ve düşük GKS olan hastaların yakınlarının daha fazla depresyon semptomları gösterdiği görüldü. Yeterli bilgi alan hasta yakınlarının yeterli bilgi almayan hasta

yakınlarına göre daha fazla sınırdaki anksiyete semptomları gösterdikleri tespit edildi.

Hasta yakınlarının eğitim düzeyi, daha önceki YBÜ deneyimi, bilgi alma sıklığı ve aynı kişiden bilgi almanın anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkisi olmadığı görüldü. Herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarında çalışan hasta yakınlarına göre daha fazla anksiyete semptomları gösterdikleri bulunurken depresyon sıklığında anlamlı fark bulunmadı.

Anahtar kelimeler: Anksiyete ve depresyon, Yoğun Bakım Ünitesi, Hasta yakını

9. SUMMARY

In our study, we aimed to determine the factors related to and the frequencies of anxiety and depression symptoms manifested in the relatives of intensive care patients by using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Total of 150 of relatives over the age of 18 whose patients were hospitalized in Intensive Care Unit over 48 hours were included in the study. Patients' sociodemographic information (age, gender, marital status, education), reasons for ICU stay, hemodynamic parameters, and GCS, APACHE II, MODS scores were recorded. Relatives were asked to fill the questionnaire that included sociodemographic information (age, gender, marital status, education and work status), efficiency of information about the patient and HADS.

When all clinical anxiety and depression data were assessed together; 76% of relatives showed symptoms of anxiety and 72.6% of relatives showed symptoms of depression. Women had more depression and anxiety symptoms compared to men. Anxiety and depression symptoms were found in 67.8% and 66.7% of women, respectively. There were higher levels of anxiety and depression symptoms in spouses, parents, children and siblings compared to other relatives. Relatives with high APACHE II score had more anxiety and depression symptoms. Moreover, relatives with high MODS and low GCS had more depression symptoms. Relatives who were sufficiently informed relative to those who were not showed more anxiety symptoms at borderline.

Education level and previous ICU experience of patient relatives, their frequency of being informed and getting information from the same person did

not affect anxiety and depression symptoms. More levels of anxiety was reported in the unemployed relatives compared to those employed, but there was no significant difference in depression frequency.

Keywords: Anxiety and depression, Intensive Care Unit, Family member

10. EKLER



T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KURUMSAL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
GAZİ UNIVERSTY MEDICAL FACULTY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ANKARA-TÜRKİYE
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL ADI	"Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi"			
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI, / ADI	Yrd.Doç.Dr.Ahmet MAHLI			
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / değişiklik No.su	Dili Türkçe		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:036	Tarih: 02 Haziran 2010			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesinde yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı araştırma projesine ait dosya etik açıdan incelenmiş, araştırmancının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler yönünden uygun olduğuna karar verilmiştir.				
KURUMSAL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (2010 Versiyonu), BİYOTİK SÖZLEŞMESİ, KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK(11 Mart 2010 tarih ve 27518 sayılı)				
ÜYELER					
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*) Katılım (**)	İmza
Prof.Dr.Aynur OĞUZ BAŞKAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları- Çocuk Onkoloji	G.Ü.T.F Çocuk Sağ.ve Hast.A.D.	K	x H xx E	
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN YRD.	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	x H xx E	
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D.	E	x H xx E	
Prof.Dr.Çağatay ÇİFTER ÜYE	Genel Cerrahi	G.Ü.T.F Genel Cerrahi A.D.	E	x H xx E	
Prof.Dr.Aysel ARICIOĞLU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D.	K	x H xx E	
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D.	E	x H xx E	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT ÜYE	Fizyoloji	G.Ü.T.F Fizyoloji A.D.	K	x H xx E	
Prof.Dr.Galip GUZ ÜYE	İç Hastalıkları - Nefroloji	G.Ü.T.F İç Hast.A.D.-Nefroloji B.D.	E	x H xx E	
Doç.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik	G.Ü.T.F Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	x H xx E	
Doç.Dr.Aylar POYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Patoloji A.D.	K	x H xx E	
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E	x H xx E	
Hukuk Müşaviri Adem GELİR ÜYE	Hukuk Müşaviri	G.Ü.Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	x H X H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Zeynep

Soyadı : KARAMAN

Doğum Yeri ve Tarihi : Kırşehir-10.11.1970

Eğitimi : Araştırma Görevlisi Dr.
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Ve
Reanimasyon AD. 2006 - Halen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1994
Cumhuriyet Lisesi, Ankara, 1987

Yabancı Dil : İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar : Yok

Bilimsel Etkinlikler : Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların
Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon
Açısından Değerlendirilmesi
Tez Çalışması