

T. C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ANESTEZİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN
YAKINLARINDA GÖRÜLEN ANKSİYETE VE DEPRESYON
SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Günnur TOK

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Demet TOK

Manisa 2008

ÖNSÖZ

Uzmanlık tez çalışmamda katkı ve emeklerinden dolayı; Tez hocam Prof. Dr. Demet TOK'a, Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e, Anestezi ve Reanimasyon A.B.D.'nda görevli Yrd. Doç. Dr. Gülay OK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Günnur TOK

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
1. Depresyon	3
2. Anksiyete	11
3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	20
III. GEREÇ VE YÖNTEM	23
IV. BULGULAR	24
V. TARTIŞMA	27
VI. SONUÇ	31
VII. ÖZET	32
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	33
IX. EKLER	34
X. KAYNAKLAR	38

I.GİRİŞ

Anesteziyoloji bilimi, ameliyathanede anestezi uygulamalarını, yoğun bakımda kritik hasta bakımını, acil hasta izlem ve yaşamsal fonksiyonların stabilizasyonunu ve ağrı tedavisini kapsayan multidisipliner bir bilim dalıdır. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların vital fonksiyonlarını stabil hale getirerek, hastanın yaşama geri döndürülmesini sağlamak anestezi uzmanlarının çok önemli mesleki faaliyetleridir, bu arada hastaların yaşam kalitelerini koruyabilmek ve taburculuk sonrası yoğun bakıma gelmeden önceki düzeyine çıkarmak kritik hasta bakımında önemli bir amaçtır. Hasta yakınlarını hastalarından beklentisi konusunda doğru bilgilendirmek ve onlarla işbirliği içinde olmak da uzun süreli ve çok zorlu geçen kritik hasta bakımı sürecinde önemsenmesi gereken bir noktadır.

Ancak literatürde “yoğun bakım hastalarının yakınları” ve “psikolojik durumları” terimleri tarandığında yapılmış çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen belirtiler depresyon, anksiyete, fiziksel işlev bozukluğu ve sosyal izolasyondur. Yoğun bakımda hastası olan kişilerin bir bölümünde hastalığın süresi ve prognozuna bağlı olarak psikolojik belirtiler ya da bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Hasta yakınlarının psikolojik değerlendirilmesinin içine yalnızca hastalarının sağlığıyla ilgili etmenler değil aynı zamanda kişilerin mesleği, kendi sağlık durumları, arkadaşları, yaşamlarının diğer yönleri de girmektedir.

Anksiyete ve depresyon ölçekleri, hasta yakınlarının özel gereksinimlerini belirlemek, psikososyal sorunlarını ortaya koymak, özellikle kronik hastalıklarda hasta yakınlarının durumundaki gelişmeleri izlemek için kullanılabilir.

Hastalığın süresi ve seyriyle, hasta yakınlarının psikolojileri arasındaki değişikliklerin saptanması üzerine çok çalışılmamıştır. Biz, Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin (HAD) hasta yakınlarının psikolojik durumlarının

değerlendirilmesi açısından objektif bir ölçü olduğunu düşünmekteyiz, ve ülkemizde bizim toplumsal ve bireysel dokumuz içinde, bizim hastanemiz koşullarında izlediğimiz ve tedavi ettiğimiz yoğun bakım hastalarımızın yakınlarında oluşabilecek anksiyete ve depresyonu HAD ölçeğini kullanarak saptamayı amaçlamaktayız.

II. GENEL-BİLGİLER

DEPRESYON

Depresyon günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların almasıdır. Klinik uygulamalarda depresyon kavramı bir duygudurum, bir belirtiyi ya da bir hastalığı/bozukluğu ifade etmek amacıyla kullanılabilir.

Bir hastalık ya da bozukluk belirtisi olmaksızın günlük yaşamdan kaynaklanan depresyon, hemen herkesin yaşamında birçok kez yaşadığı bir duygudurumdur. Çoğu kez bir yitime tepki olarak ortaya çıkar. Bir yakını ölen, işini yitiren ya da umut ettiği bir şeyi elde edemeyen kişide sıklıkla depresyon ortaya çıkar. Bu tür depresyonun süresi ve şiddeti sınırlıdır, açıkça belirli bir olayla ilişkilidir.

Depresyon belirtileri organik ya da psikiyatrik hastalık belirtisi olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler sendrom oluşturacak şekilde bir klinik tablo ortaya çıkardığında ise bir depresif bozukluktan ya da hastalıktan söz etmek olasıdır.

Depresif bozuklukların en karakteristik belirtisi depresif duygudurumdur. Depresif bozukluklarda, depresif duygudurum dışında ilgi yitimi, etkinliklerden zevk alamama, iştahsızlık (ya da iştah artışı), zayıflama (ya da şişmanlama) uyku sorunları, psikomotor ajitasyon (ya da retardasyon) halsizlik/güçsüzlük, enerji yitimi, değersizlik duygusu, suçluluk duygusu, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşünceleri, libido yitimi, çaresizlik duygusu, ümitsizlik duygusu, somatik yakınmalar, anksiyetenin somatik ve psişik belirtileri gibi belirtilere de sıklıkla rastlanmaktadır. (1,2)

Depresif bozukluklarda görülen bazı belirtilerin, kişide herhangi bir mental ya da organik hastalık olmaksızın da görülebilmesi bazen belirtilerin bir hastalığa

işaret edip etmediği konusunda karar vermede güçlükler yol açmaktadır. Belirtilerin bir sendrom oluşturacak şekilde bir arada olup olmaması ve hastanın gündelik yaşantısını etkileyip etkilememesi karar vermede belirleyici etmenlerdendir. Bununla birlikte normal ve morbid depresyonu birbirinden ayırabilmek her zaman kolay olmamaktadır. Ayrıca organik bir hastalık varlığında da bazı belirtilerin organik hastalıktan mı yoksa depresyondan mı kaynaklandığını ayırt etmek konusunda çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır (3). Depresif duygudurum ortaya çıktığında, bunun bir nedene bağlı olarak ortaya çıkıp çıkmadığı, yaşanan duygunun yoğunluğu ve süresi, hastanın öz ve soygeçmişinde depresyon bulunup bulunmadığı, belirtilerin kişinin yaşamını ve günlük işlevlerini ne kadar etkilediği bir bozukluğun/hastalığın bulunup bulunmadığına karar vermede yararlı olabilecek konulardır (4).

Depresyonda rastlanan duygular arasında üzüntü, mutsuzluk, isteksizlik, çaresizlik, cesaretsizlik, elem, keder, umutsuzluk, kendini değersiz görme, kendi değerini küçümseme, suçluluk, kötümserlik ve karamsarlık bulunmaktadır (4,5). Fakat depresif hastalar çoğu kez yaşadıkları bu duygular ile doktora başvuramazlar. Hastalar genellikle halsizlik/bitkinlik, iştahsızlık, zayıflama, çarpıntı, nefes darlığı gibi somatik yakınmalar ile hekime başvururlar. Hatta hastaların bu duygularından pek söz etmedikleri ve bazen de yadsıdıkları seyrek görülen bir durum değildir. Bunun ülkemizde en önemli nedenlerinden biri de muhtemelen duyguları konuşmaya yatkın bir toplum olmayışımızdır. Bununla birlikte yaşanan duyguların ya da bunların ortaya çıkmasına neden olan bilinçli ya da bilinçdışı çatışmaların hastada yarattığı duygusal yükü de düşünürsek, hastanın ilk kez görüştüğü bir kişiye (hekime) bu duygulardan söz etmede isteksiz olması beklenmedik bir durum değildir.

Bedensel hastalığı olanlarda depresyonun tanınmasının önemi:

Bedensel hastalığa eşlik eden depresyonun her hasta için değişebilen nedenlerle bedensel hastalığın gidişini etkileyebilmesinden dolayı tanınması ve tedavi edilmesi önem taşımaktadır. Bu durumda hastanede yatış süresi uzamakta ve hastanın bir süre sonra yeniden hastaneye yatma riski daha yüksek olmaktadır (6,7). Depresif hastalar çeşitli somatik yakınmalarla birinci basamak sağlık kurumlarına daha fazla başvurmakta, tanınmayan depresyonlar

bu kurumların gereksiz yere meşkul edilmesine ve gereksiz birçok incelemenin yapılması nedeniyle ekonomik yitimlere neden olmaktadır (8). Miyokard enfarktüsülülerde yapılan bir çalışmada, bu hastalarda ortaya çıkan major depresyonun mortaliteyi ve tıbbi morbiditeyi arttırdığı görülmüştür (9). İnme geçiren hastalarda da depresif duygudurumun inme sonrası mortaliteyi arttırdığı bildirilmektedir (10). Depresyonun inme hastasına olası olumsuz etkilerinden birisi de rehabilitasyon sürecini bozmasıdır (11). Kanserli hastalardaki depresyonun tedavi edilmesi yalnız bu hastalardaki depresyon belirti ve bulgularını iyileştirmekle kalmamakta, onların yaşam kalitesini arttırabilmekte, bağıışıklık işlevlerini düzeltebilmekte ve yaşamda kalış sürelerini de uzatabilmektedir (12).

Depresyon hastaların rahatsızlıklarına katlanabilme güçlerini azaltır, tedavi ve rehabilitasyon programlarına istekle katılmalarını ve tedavi uygulamalarına uyumlarını etkiler. Depresyon nedeniyle olumsuz davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir. Örneğin aşırı bağıımlı bir davranış ortaya çıkartan hasta, gereksiz yere fiziksel etkinliklerden kaçınabilir. Bazı hastalarda ise uyumsuz, öfkeli, etkin ya da edilgen saldırgan davranışlar gözlenebilir. Bu tür olumsuz tutum ve davranışlar hastanın zarar görmesine neden olabilir. Bunların yanında depresif hastalarda intihar riskinin yüksek olduğu unutulmamalıdır (13).

Depresyon nedeniyle ortaya çıkan somatik belirtiler (örneğin ağrı) klinik tabloyu karmaşık hale getirebilir (13) Bir depresyon belirtisi olarak ortaya çıkan ya da eskiden varolup da şiddeti artan somatik belirtiler bu hastalarda gereksiz yeni incelemelerin yapılmasına neden olabilir (6).

Bu hastalarda depresyonun atlanması yanında, depresyon söz konusu değilken yanlış yere depresyon tanısı konması da önemli sonuçlara neden olabilir. Özellikle bazı hastalar depresyon için kullanılan ilaçlara duyarlıdırlar ve bu yan etkiler tıbbi durumu daha da karmaşık hale getirebilir (13,14). Ayrıca bazı belirtilerin (halsizlik ve iştahsızlık gibi) depresyon ile ilişkili olduğunun düşünülmesi bedensel hastalığın atlanmasına ya da tanınmasının gecikmesine yol açabilir (13).

EPİDEMİYOLOJİ

Depresyon bütün dünyada yaygın olarak görülen, önemli düzeyde iş-güç yitimine ve yeti yitimine yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Depresif belirtilerin toplum içinde nokta prevalansının % 13-20 arasında değiştiği, bipolar bozukluğa bağlı olmayan ve klinikte tanı alacak şiddette depresif bozukluğun nokta prevalansının sanayileşmiş ülkelerde erkekler için % 3, kadınlar için ise % 4-9 olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde ise toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansının % 10 dolayında olduğu gözlenmiştir (15). Temel sağlık hizmetlerine başvuranlarda da depresyon oldukça sık görülmektedir, ülkemizde bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ICD-10 a göre tanı konduğunda depresyon nöbeti sıklığının %11.6 olduğu saptanmıştır (16). Major depresyon kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülür. Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 18-44 dür. Yaşlılarda disforik duygudurum sık görülmekle birlikte major depresyon tanısı alacak şiddette belirtilere az rastlanır. Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda ilk epizodun başlama yaşının 20 li yaşların başlarına kaydığı görülmüştür (17).

Bedensel hastalığı olanlarda da depresyon gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ayaktan başvuran tıbbi hastalarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığının %13-26 arasında değiştiği, hastanede yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda ise depresyon belirtilerinin sıklığının %33, depresif sendrom görülme sıklığının % 11-26 arasında değiştiği bildirilmektedir (18).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda iç hastalıklarında yatarak tedavi gören hastalarda depresif bozukluk ve depresif mizaçla birlikte uyum bozukluğu görülme oranının % 19 olduğu, diğer bazı çalışmalarda da epilepsi, migren, Parkinson hastalığı, inme, psöriyazis, multipl skleroz, kronik böbrek hastalığı ve diabetes mellitus gibi hastalıklarda depresyonun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunduğu bildirilmektedir (3). Bedensel hastalığı olanlarda depresyon genel olarak üç şekilde ortaya çıkabilmektedir (bazen bunlar iç içe geçmiş olabilir)

1)Bedensel hastalığa ve onun gerçek ya da potansiyel sonuçlarına psikolojik tepki olarak, 2)Bedensel hastalığın fizyolojik olarak beyni etkilemesi sonucunda 3)Kullanılan ilaçların beyni etkilemesi sonucunda. Bu nedenle her türlü bedensel hastalığı olanda depresyon görülebileceği unutulmamalı, mutlaka araştırılmalıdır.

ETİYOLOJİ

Günümüzde depresif bozuklukların etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte etiyojiji açıklamaya çalışan çeşitli kuramlarda nörobiyolojik, genetik ve psikososyal etmenler ele alınmaktadır. Etiyojide herhangi bir etmenin tek başına depresyonun etiyojisini açıklayabileceği düşünülmemeli, biyolojik, genetik ve psikososyal etmenlerin karşılıklı etkileşim içinde depresyon gelişimine neden olduğu unutulmamalıdır (19).

Nörobiyolojik etmenler:

Biyolojik aminler: Depresyonun patofizyolojisinde rolü olduğu düşünülen en önemli nörotransmitterler arasında noradrenalin, serotonin, dopamin ve asetilkolin vardır Bu nörotransmitterlerin depresyon etiyojisindeki olası rolleri ile ilgili çeşitli varsayımlar ileri sürülmüştür.

Başlangıçta bu nörotransmitterlerin tek tek depresyon etiyojisinden sorumlu olabileceği düşünölmekle birlikte zaman içinde elde edilen bilgiler bu nörotransmitterlerin birbirlerinden bağımsız olarak işlev görmediklerini, karşılıklı etkileşerek birbirlerinin işlevlerini etkilediklerini göstermektedir (20). Nörotransmitterlerin depresyonun etiyojisinde nasıl rol oynadıkları tam olarak bilinmemekle birlikte günümüzde kullanılan antidepresan ilaçların özellikle noradrenerjik ve serotonerjik sistemleri etkiledikleri bilinen bir durumdur.

Nöroendokrin dizgeler: Bazı depresyonlu hastalarda nöroendokrin dizgelerin işlevlerinde bozulma olduğunu düşündüren bulgulara rastlanmıştır. Bunlar arasında hiperkortikolizm, deksametazon supresyon testinde nonsupresyon, TRH'ye (Tiroid releasing hormon) TSH (Tiroid stimulasyon

hormonu)yanıtında körleşme, klonidine büyüme hormonu yanıtında azalma, gece salgılanan melatonin düzeyinde düşme vardır.

Uyku anormallikleri: Depresif kişilerde uyku bozukluklarının yanı sıra uyku EEG'lerinde de bazı anormalliklere rastlanmaktadır. Bunlar arasında uyku latansında uzama (yattıktan sonra uykunun başlamasına kadar geçen süre), REM (Rapid eye movement = hızlı göz hareketleri) latansında (uykuya daldıktan sonra ilk REM uykusunun başlamasına kadar geçen süre) kısalma, ilk REM periyodlarının süre ve yoğunluğunda artma, ilk nonREM periyodunda kısalma ve delta dalgalarının miktarında azalma vardır (21).

Sirkadiyen ritimler: Uyku EEG'sinde elde edilen bulgular ve uyku yoksunluğunun depresyon belirtilerinde geçici düzelme yapması depresyonun sirkadiyen ritim bozukluğu sonucunda ortaya çıkan bir durum olabileceği görüşünün ortaya atılmasına neden olmuştur (19).

Nöroanatomik yaklaşımlar: Duygudurum bozukluklarında görülen belirtiler ve bu hastalarda yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar duygudurum bozukluklarında limbik sistem, bazal ganglionlar ve hipotalamus gibi nöroanatomik yapılarda bir patolojinin olabileceği varsayımının ortaya atılmasına neden olmaktadır. Limbik sistem ve bazal ganglionlardaki nörolojik hastalıklarda depresyon belirtilerine rastlanmaktadır. Depresif bozukluklu hastalarda görülen uyku, iştah ve cinsel davranışla ilgili belirtilerden ve endokrinolojik değişikliklerden hipotalamustaki işlev bozukluğunun sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Depresyonlu hastalarda görülen öne doğru eğilerek durma, psikomotor yavaşlama ve minor bilişsel belirtiler, Parkinson hastalığı ve diğer subkortikal demanslar gibi bazal gangliyon hastalıklarında görülen belirtilere benzemektedir (19).

Genetik etmenler: Duygudurum bozukluklarının bazı ailelerde daha sık görülüyor olması etiyolojide genetik etmenlerin araştırılmasına yol açmıştır. Aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlığın sözkonusu olduğu, unipolar bozukluğun (yalnız major depresif epizodların bulunması) hem bipolar hem de unipolar bozukluklu hastaların ailelerinde normallere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Evlatlık çalışmalarında ise biyolojik anababasında unipolar bozukluk olanların anababası normal olanlara göre depresyona yakalanma

olasılıklarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İkiz çalışmalarında eşhastalanma sıklığının monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre belirgin olarak fazla olduğu, bunun unipolar bozuklukta bipolar bozukluğa göre daha düşük olmakla birlikte yine de yüksek olduğu ve ikizlerin farklı ailelerde yetiştirilmiş olmalarının sonucu fazla etkilemediği bilinmektedir. Aile evlatlık ve ikiz çalışmalarında elde edilen sonuçlar depresif bozuklukların etiolojisinde genetik etmenlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir, bununla birlikte depresif bozukluğun kalıtım şekli ve genetik etmenlerle çevresel etmenlerin nasıl etkileştiği günümüzde tam olarak anlaşılmış değildir (22).

Psikososyal etmenler:

Yaşam olayları ve çevresel stresler: Bazı klinisyenler yaşam olaylarının depresyon gelişiminde birincil ve temel bir role sahip olduğunu düşünürken, bazı klinisyenler de depresyonun başlamasında yaşam olaylarının yalnız sınırlı bir role sahip olduğunu ileri sürmektedir. Depresyonun başlaması ile en çok ilişkilendirilen çevresel stres ise 'eş yitimi'dir. Epizodun bir yaşam olayı sonrası başlaması sonraki epizodlara göre ilk duygudurum bozukluğu epizodunda daha fazla görülmektedir (19). Depresif epizodun başlamasına neden olan yaşam olayları çoğu zaman özgül değildir, yani bu olaylar herkesde bozukluğun başlamasına neden olmaz, ancak biyolojik ve ruhsal yatkınlık varsa bozukluk gelişmektedir (23). Bedensel hastalıklar da önemli bir yaşam olayıdır. Kişinin yaşantısında hastalık nedeniyle yapmak zorunda kaldığı değişiklikler, yetiyitimleri, hastalığın belirtileri (ağrı gibi), hastalığın kişinin dış görünümünde değişikliklere neden olması, başkalarına ya da ilaçlara bağımlı olmak, hastalığın getirdiği ölüm tehlikesi bedensel bir hastalığa yakalananlarda görülen zorlanmaların başlıca nedenleridir. Bununla birlikte bedensel hastalığın kişide zorlanma yaratması için mutlaka ciddi bir hastalık olması gerekmemektedir; bazı hastaların ciddi hastalıkları son derece olgun bir şekilde karşılayabilirken, bazılarının basit hastalıklarda bile çok tepki gösterdikleri bilinen bir durumdur. Hastanın tepkisini belirleyen en önemli etmenler arasında hastalığın ya da sonuçlarının hasta için anlamı ve hastanın kişilik yapısı bulunmaktadır.

Hastalık öncesi kişilik: Hiçbir kişilik özelliği ve tipi tek başına depresyona yatkınlık yaratmamakta, kişilik yapısı ne olursa olsun bütün insanlarda riskli

koşullarda depresyon gelişebilmektedir. Bununla birlikte oral-bağımlı, obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik tiplerinin antisosyal, paranoid ve diğer kişilik tiplerine göre daha büyük risk altında olduğu düşünülmektedir (19). Öztürk (23) depresyon geçirmeye yatkın kişilerin genellikle kimseyi inciltmemeye, herkesi hoşnut etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen meraklı kişiler olduğunu bildirmektedir.

Psikoanalitik ve psikodinamik etmenler: Depresyon ile yas arasında bir çok benzerlik vardır. Bir yakını ölen kişide yas tutma sürecinde çoğu zaman depresyonda görülen belirtilere (üzüntü, neşesini yitirme, iştahsızlık, durgunluk, isteksizlik, anlamsızlık duygusu, ağlama, uykusuzluk, yaşamdan eskisi gibi zevk alamama) rastlanır. Fakat bu belirtiler çoğu zaman birkaç hafta ya da ay ile sınırlıdır. Depresyonda ise gerçek bir yitim de olabilmekle birlikte, çoğu zaman imgesel bir yitim duygusu sevdiği bir kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu vardır. Bu yitim duygusu nedeniyle ortaya çıkan öfke, ilişkilerinde daha çok ambivalan duygular yaşayan (sevgi ve nefret) kişide katı üstbenlik nedeniyle kişinin kendisine yönelir. Kin, öfke ve nefreti kendisine yönelten kişide değersizlik, suçluluk duyguları ve sonuçta depresyon gelişir (23).

Öğrenilmiş çaresizlik: Hastada yaşamında karşılaştığı güçlükleri ve sorunları aşabileceği, onlarla baş edebileceği ve yaşantılarını kendisinin kontrol edebileceği düşünceleri gelişmemiştir. (19, 23).

Bilişsel görüş: Depresif kişilerde kendine, çevresine, genel olarak yaşamına ve geleceğine ilişkin olumsuz değerlendirmeye yatkınlık vardır. Bu olumsuz ve karamsar değerlendirme özellikle kişi stresli durumlarla karşı karşıya kaldığında artmaktadır.

ANKSİYETE

Anksiyete endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, sıkıntı halidir. Tanım olarak, anksiyete bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içrel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Bir diğer anlamda ise dıştan kaynaklanan bir tehlike ya da tehlike olasılığı karşısında yaşanan duygudurumdur. Anksiyete bozuklukları ise anksiyete ya da anksiyeteye karşı özel savunma belirtileri ile kendini belli eden, bireyin gerçekte bağlantısının kopmadığı, toplumsal uyumun genellikle fazla bozulmadığı, psikozlara göre bütün işlevlerde bozukluğun daha hafif olduğu rahatsızlıklar grubudur (24). Nevroz tanımlaması artık terkedilmiştir ve nevrozlar, bugünkü tanı sistemlerinde anksiyete bozukluğu altında yer alan panik bozukluğu, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluğa ek olarak distimiyi, konversiyon bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunu içermektedir. Anksiyetenin öznel ve nesnel belirtileri ya olduğu gibi yaşanır, ya da bastırılır ve yerine özel savunma düzenekleri ile oluşan belirtiler geçer; böylece anksiyete bozuklukları oluşur.

Tıbbi hastalarda anksiyete, belirti, sendrom ya da bozukluk düzeyinde gözlenebilir. Bu hastalarda bazı endişe ve korkular ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında sağlığın tehdit altında olması, beden imgesinin zedelenmesi, kontrolün yitilmesi, başkalarına bağımlı olma düşüncesi, iş ve ekonomik yaşamda yitimlere uğrama kaygısı, gelecekte olumsuz beklentiler sayılabilir(24). Hastalarda varolan anksiyete yanlı olarak 'Bu durumda ben olsam kaygılı olmaz mıydım ?' sorusu nedeniyle göz önüne alınmayabilir ki bu durumda hekim, hastadaki hastalığı ya da kullandığı ilaçlarla ilgili olarak ortaya çıkan biyolojik bileşenleri, eşzamanlı diğer psikiyatrik sendromları ve psikososyal sorunları gözden kaçırmış olur. Anksiyete hastada deliryumun dışavurumu, panik bozukluğunun belirtisi, depresyonun bileşeni ya da tıbbi hastalığa tepki olarak görülmektedir(24).

EPİDEMİYOLOJİ

Anksiyete belirtilerinin toplumda görülme sıklığı %10-30 arasında bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğunun genel toplumumuzdaki yaygınlığı % 4 dolayındadır ve kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (24).

Hastanede yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda anksiyete belirtileri görülme oranı % 5-20 arasında iken ayaktan tıbbi hastalarda bu oran %4-14 arasında değişmektedir. Anksiyete ölçekleri ile yapılan çalışmalarda ise anksiyete belirtileri görülme oranı çok artmaktadır. Anksiyete bozukluklarının yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda görülme oranı ise % 6 civarındadır (25) ve bu oran tanı ölçütlerinin kesin olarak uygulanmasıyla elde edilmiştir. Anksiyöz duygudurum gösteren uyum bozukluğu da eklenince bu oran %29'a kadar çıkabilmektedir (26). Psikosomatik hastalıklar içinde anksiyete sendromu yaşayan hastaların % 10-40'ının saf bir emosyonel hastalık değil de, bir bedensel hastalığın emosyonel dışavurumunu yaşadıkları ileri sürülmektedir (27).

Anksiyete belirtileri önceden hastaneye yatışı olan hastalarda, kadınlarda ve erken yaşlarda artmaktadır. Ayrıca kanserli hastalarda, diğer hastalara oranla daha yüksek oranda anksiyete saptanmıştır (26).

ETİYOLOJİ

Anksiyete bozukluklarının etiyolojik açıdan değerlendirilmesi bozuklukların tek tek ele alınmasıyla daha uygun olacaktır.

Panik bozukluğu: Biyolojik etkenler gözden geçirildiğinde, panik bozuklukla ilgili ana nörotransmitterler serotonin, noradrenalin ve GABA'dan oluşmaktadır. Serotoninerjik ve noradrenerjik işlevde artış ve GABAerjik işlevde azalma anksiyetede artışa neden olur. Genetik etkenler açısından ise, bu bozuklukların ayrı genetik bileşenleri olduğu desteklenmektedir. Panik bozukluğu olanların akrabalarında panik bozukluğu gelişme riski daha yüksek bildirilmektedir. İkiz çalışmaları da genetik etkenin varlığını desteklemektedir (19).

Psikososyal etkenler içinde bilişsel-davranışçı kurama göre, panik anksiyete ve fobiler ebeveynlerden öğrenilmiş yanıt biçimi ya da klasik koşullanmadır. Psikoanalitik kurama göre ise, anksiyete yaratan uyaranlara ya da dürtülere karşı başarısız savunma tepkileri panik anksiyeteye neden olmaktadır ve bastırma başarısız olmaktadır (19, 24). Panik bozukluğun psikodinamik olarak anlaşılması amacıyla yapılan bir araştırmada, bu hastaların çocuklukları korkak, utangaç ve sinirli iken ebeveynleri ise öfkeli, korkutucu, eleştirici ve denetleyici olarak saptanmıştır. Bu hastalarda süreğen olarak düşük benlik saygısı tanımlanmaktadır ve yoğun eleştiri karşısında kendilerini huzursuz hissederler. Eşleri ise sakin ve nazik olarak bildirilmiştir. Bu hastalarda huzursuzluk yaratan, olumsuz bir olay sonrası panik bozukluğu başlayabilmektedir (28).

Fobiler: Genetik etken olarak fobilerin ailede fobi bulunması halinde daha yüksek oranda görülebileceği bilinmektedir. Anksiyete yaratan uyaranlara ya da dürtülere karşı bastırmanın başarısız olması sonucu ön plana geçen yer değiştirme, kaçınma ve sembolleştirme bulunmaktadır (19, 24).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Biyolojik etkenler arasında nörotransmitterlerden serotonin düzensizliği ilaç çalışmaları ve BOS'taki metabolitlerinin araştırılması sonucunda ortaya konmaktadır. Beyin görüntüleme yöntemlerinin sonucunda ise frontal loblarda, bazal ganglionlarda ve singulumda kan akımı ve metabolizmada artma bildirilmektedir. Aile çalışmalarında sosyal bileşen tam olarak dışlanamamış olmasına karşın genetik etkenin varlığı ileri sürülmektedir. Biyolojik göstergeler arasında EEG'de REM oranında düşme, hastaların 1/3'ünde DST'de non-süpresyon ve klonidin uyarısına büyüme hormonu yanıtında azalma bildirilmektedir (19).

Psikososyal etkenler arasında psikanalitik kurama göre, bilinçdışı çatışmalardan kaynaklanan anksiyeteye karşı yap-boz, karşıt tepki kurma, yalıtma ve yer değiştirme savunma düzeneklerinin sık kullanılmasıyla bu bozukluk ortaya çıkmaktadır.

Posttravmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu: Stres yaratan bir olayla ilişkilidir. Ancak her stres verici olayla karşılaşan kişide benzeri durum ortaya çıkmamaktadır. Bu nedenle biyolojik ve psikososyal etkenler devreye girmektedir. Bu aşamada kişilik yapısı, strese tepki biçimi ve stres yaratıcı

etkenin kişi tarafından algılanışı önem kazanmaktadır. Çocuklukta örselenme öyküsü bulunması, borderline, paranoid, bağımlı ya da antisosyal kişilik yapısı olması, destek sistemlerinde yetersizlik; ruhsal bozukluğa genetik ya da yapısal zedelenirlik; yakın zamanda stresli yaşam değişikliği, denetleme odağının dışsal olması ve yakın zamanda aşırı alkol kullanımı rol oynayan etkenlerdir. Psikoanalitik görüşe göre, kişi örselenme ile karşılaşınca bunu ussallaştıramaz ve yineleyen biçimde yaşayarak kaçınma teknikleri edinir. Davranışçı görüşe göre ise, ilk aşamada travma klasik koşullanma ile eşlenir ve ikinci aşamada, enstrümantal öğrenme ile kişi hem travmaya hem de koşullanmaya karşı kaçınma geliştirir (19, 24).

Biyolojik etkenler arasında, hastalarda noradrenalin ve endojen opiyat sistemlerinde ve HPA ekseninde aşırı etkinlik saptanmaktadır. Otonom sinir sisteminin aşırı duyarlılığı ve etkinliği bildirilmektedir (19, 24).

Yaygın anksiyete bozukluğu: Biyolojik etkenler arasında GABA ve serotonin sistemlerinin etkinliği ileri sürülmektedir. Bazal ganglionlarda ve beyaz cevherde metabolizma hızında azalma bildirilmiştir. Genetik açıdan da ailede bulunmasının yakalanma riskini arttırdığı bildirilmektedir (19).

Psikososyal etken olarak bilişsel-davranışçı okula göre, kişi bir tehditi doğru ve hassas biçimde ele alamamaktadır ve tepki verememektedir. Psikoanalitik okula göre ise, anksiyete bilinçdışı çatışmaların sonucudur. Anksiyete gelişim dönemleriyle ilişkili olarak ayrılma anksiyetesi, kastrasyon anksiyetesi ya da süperego anksiyetesi olabilir (19).

Tıbbi Hastalarda Anksiyete: Bedensel hastalıkta anksiyete bozukluğu ortaya çıkmasına olası neden olan biyolojik etken olarak merkezi sempatik etkinlikte (noradrenerjik)artma bildirilmiştir (29). Bedensel hastalığı olanlarda anksiyetenin ortaya çıkmasına, sürmesine ya da artmasına neden olan etkenler vardır:

- Hastalığın doğası, şiddeti, öldürücülüğü ve yarattığı yetiyitimi
- Hastalığın hastada yarattığı olumsuz otomatik düşünceler
- Hastanın işlevsel olmayan baş etme stratejileri kullanması
- Hastanın düşük düzeyli savunma düzenekleri kullanması
- Hekimin olumsuz ilişki kurması ve uygun olmayan tutum ve davranışlar göstermesi (kaba, empatik olmayan, kaygısız, ilgisiz vb. tutumlar)

- Hekimin hastalık, ölüm vb. ile ilgili olumsuz önyargıları
- Hastalık için önerilen tedavi seçeneklerinin biçimi (cerrahi vs.)
- Tedavi ortamının kötü koşulları, hastaneye yatırılmanın getirdiği sorunlar
- Uygulanan girişimlerin hasta için yabancı ve korkutucu olması (MR için dar bir ortama girme vs.)
- Sosyal desteklerin yetersizliği (sosyal güvencesi olmaması, bakımı üstlenecek kişi bulunmayışı vs.)

Anksiyete bozukluklarıyla depresyonun belirtileri arasında belirgin bir benzerlik söz konusudur. Bunun yanı sıra bu iki rahatsızlık çok sık bir biçimde bir arada görülür. Bu iki ana psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkileri iki boyutta ele alabiliriz. İlk boyut belirtiler açısından benzerlikler ve farklılıklar, buna bağlı olarak tanı ve ayırıcı tanı sorunları; diğeri ise bu iki farklı tanı grubunun tanısal olarak birlikteliğidir.

DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN BELİRTİLERİ

Psikiyatride depresyon terimi başlıca üç farklı anlamda kullanılır. Terimin ilk kullanımı normal bireylerde de bir kayıp sonrası ortaya çıkabilen bir duygusal yaşantı olarak üzüntülü ve kederli ruh halini anlatır. Bu anlamıyla depresif duygudurum normal bireylerde de zaman zaman görülebilen, çevresel değişikliklere ve yaşam olaylarına verilen uyuma yönelik uygun ve doğal bir duygusal tepkidir.

Terimin ikinci kullanımı bir ruhsal belirti olarak depresyondur. Bir belirti olarak depresyon terimi günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumu (mood) anlatmak için kullanılır. Bir belirti olarak depresyon birçok farklı durumda görülebilir veya çeşitli ruhsal rahatsızlıklara eşlik edebilir. Yani bu yakınmayla başvuran hastaların bazıları tam bir depresif atağın özelliklerini taşıyor olabilir ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa tutulmuş olabilir. Bu anlamda depresif belirtiler başta psikiyatrik bozukluklar olmak üzere birçok nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilir. Depresyonun üçüncü kullanımı ise özgül bir ruhsal rahatsızlığı anlatmak içindir.

Bu anlamıyla depresyon, belli bir grup belirti kalıbıyla giden ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren bir ruhsal rahatsızlıktır (30). Depresif rahatsızlıklar bugünkü sınıflamalarda tek bir bozukluk şeklinde görülmemekte ve farklı antiteler olarak sınıflandırılmaktadır. Bugünkü psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde yer alan depresif bozukluklar major depresif nöbet, distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozuklukları içerir. Major depresif atak en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanı sıra aşağıda sıralanan depresyon belirtilerinden en az dördünün bulunmasını gerektirir. Bu belirtiler, perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı (vücut kilosunun %5'inden fazlası) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması, uykusuzluk ya da aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık ve yineleyen ölüm düşünceleridir.

Distimi ise en az iki yıl süreyle, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren kronik depresif bir duygudurum olmasıdır. Bir kişinin distimi tanısını alabilmesi için duygudurum dönemleri sırasında iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku uyuma, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük çekme ve umutsuzluk duyguları belirtilerinden en az ikisinin bulunması gereklidir. Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta bir takım duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyular örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtilerdendir.

Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Anksiyetenin klinik görünümleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Bazı hastalarda kas gerginliği önde gelir ve bu kişiler kas katılığından ya da spazmindan, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınır. Anksiyete bozuklukları: panik atağı, agorafobi, agorafobi olmadan panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, panik

bozukluğu olmadan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluklarını içerir. Ayırıcı tanı açısından özellikle panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu önem taşır.

DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TANISAL BİRLİKTELİK

Bir küme olarak depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında görülen belirtileri incelediğimizde 3 gruba ayırabiliriz:

- 1) Sadece depresif bozuklukta görülen belirtiler (depresif duygudurum, zevk alamama gibi)
- 2) Sadece anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler (aşırı tedirginlik hali gibi)
- 3) Her iki bozuklukta da görülen belirtiler (uyku iştah bozukluğu gibi)

Bu ilişkiyi matematikteki kümeler kuramına benzetebiliriz. Depresyon kümesi ve anksiyete bozuklukları kümesi iki ayrı küme olmakla birlikte oldukça geniş bir kesişim göstermektedirler. Bu durumdan anlaşılabilieceği gibi tanı olarak birbirinden ayrı iki tanı olmakla birlikte birbirine benzer belirtiler gösterebilen iki rahatsızlıkla karşı karşıyayız. Belirtilerdeki bu benzerliklerin ötesinde anksiyete veya depresyon yakınmasıyla başvuran hastalarda çoğu kere her iki rahatsızlığın belirtileri bir arada bulunur. Tanısal ilişkiler açısından klinikte bu iki grup rahatsızlığın belirtilerini gösteren hastaları 4 grup halinde görebiliriz:

1. Grup depresyon tanısını alan, yanı sıra tam olarak bir anksiyete bozukluğu tanısını alacak boyutta olmayan anksiyete belirtileri bulunan hastalardan oluşur.
2. 2. Grup bunun tam tersi bir anksiyete bozukluğu olan ama yanı sıra tam bir depresif bozukluk tanısı almayacak yoğunlukta depresif belirtileri olan hastalardır.
3. Grup hem depresyon hem de yanı sıra bir anksiyete bozukluğu tanısı alabilecek yoğunlukta belirtiler gösteren yani iki tanılı hastalardır.

4. ve son grup hasta ise hem depresyon hem anksiyete belirtilerini karışık olarak göstermekle birlikte tek başına her ikisinin de tanısız açısından eşığı geçemediği olgulardır (31).

Günümüz psikiyatrisinde henüz ayrı bir tanı grubu tanınması tartışmalı olmakla birlikte bu grup hastaların karışık anksiyete depresyon bozukluğu adıyla yeni bir tanı grubu altında sınıflandırılması savunulmaktadır (32).

Depresyon ve anksiyete özellikle birinci basamak hekimliğinde sıklıkla bir arada görülürler. Amerika Birleşik Devletleri'nde ruhsal rahatsızlıkların epidemiyolojisiyle ilişkili olarak gerçekleştirilen büyük ölçekli bir çalışma olan Ulusal Ek tanı Araştırmasında (NCS) major depresyonu olan hastaların %58'inde ikincil bir anksiyete bozukluğu olduğu aynı şekilde herhangi bir anksiyete bozukluğu olan hastaların da %68'inde ek tanı olarak major depresyon görüldüğü saptanmıştır (33). Bir grup hastada 40 yıllık bir süreç içinde tamamlanan bir gözlem çalışmasında anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısında depresyonun da olduğu bulunmuştur (34). Toplum içinde yapılan bu çalışmalarda bulunan yüksek oranlar birinci basamakta yapılan çalışmalarda daha da yükselmiştir. Örneğin depresyon tanısı alan birinci basamak hastaların %75'i de aynı zamanda bir anksiyete bozukluğu da olduğu saptanmıştır.

Toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalar temel alındığında major depresyon saptanan bir hastada ek olarak anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 3.3- 8.2 kat arttığı, diğer yandan anksiyete bozukluğu saptanan birinin bir yıl içinde depresyon geçirme riskinin de 7-62 kat arasında yükseldiği hesaplanmıştır (31). Ancak bu bulgular anksiyete ve depresyonun tamamıyla bir arada görülen antiteler olduğunu düşündürmemelidir. Örneğin 4051 yaşlı hastada yapılan bir çalışmada saf depresyon sıklığı %12.2, saf yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı %2.9 ve karışık anksiyete depresyon sıklığı %1.8 olarak bulunmuştur (35). Bu iki tanının birlikte konulabildiği bu geniş hasta grubunun yanı sıra ikinci tanı almayı hak edecek düzeyde olmayan anksiyete ya da depresyon belirtileriyle, depresyon ve anksiyeteden hangisinin daha ön planda geldiğinin ayırt edilemediği karışık tablolara da rastlanılabilir.

KLİNİK ÖNERİLER

Birinci basamakta anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmekle birlikte bu hastaların ön planda dile getirdikleri yakınmalarının davranışsal ve ruhsal olmaktan çok bedensel olduğu unutulmamalıdır. Birinci basamakta bu tür hastalar tipik olarak bedensel yakınmanın yanı sıra yaşam sorunlarıyla iç içe geçmiş anksiyete ve depresyon belirtileri ve beraberinde psikolojik iç görünümün çok az olmasıyla karakterizedirler. Bu hastaların çoğu bedensel belirtilerinin ruhsal rahatsızlıktan kaynaklanabileceği fikrine yabancıdırlar. Yapılan çalışmalarda özellikle kronik ağrı, kolay yorulma ve uyku bozukluklarının birinci basamağa başvuran hastalarda depresyonun öngörücüsü oldukları bildirilmiştir (36). Bu nedenle yeterli bir bedensel inceleme yapıldıktan sonra tam olarak açıklanamayan sırt ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, uyku iştah sorunu ve yorgunluk yakınmaları olan hastalarda depresyon ya da anksiyete bozukluğu olabileceği düşünülerek bu açıdan sorgulanmaları yerinde olacaktır. Bu tür belirtileri olan hasta gruplarında bu iki rahatsızlığın temel belirtileri araştırılmalıdır. Bu taramadan sonra belirtiler saptanan hastalarda tanıyı netleştirmeye dönük olarak daha detaylı görüşme yapılmalıdır. Anksiyete ve depresyon olup olmadığını anlamak için tarama amaçlı hangi sorular ne zaman sorulmalıdır? Bu konudaki bir yaklaşım birinci basamağa dönük olarak geliştirilmiş olan Prime-MD olarak bilinen ve temel görüşme formunun (temel psikiyatrik belirtileri kapsayan) her hasta tarafından doldurulması, daha sonra belirtilerin varlığını belirten hastalarla detaylı sorgulamayla tanının netleştirilmesidir (37). Ancak her hastada bu yaklaşım yoğun çalışma ortamlarında olanaklı olmadığı için en azından şüphe uyandıran yakınma ve hasta gruplarında bu tür anketlerin kullanılması daha pratik olabilir. Araştırılan temel belirtiler girişte açıkladığımız depresyon ve anksiyete bozukluğu belirtilerinden depresyon için gerekli koşul olan depresif duygudurum (üzüntülü, mutsuz, karamsar ruh hali) ve ilgi kaybı (isteksizlik, yaşamdan zevk almama); anksiyete içinde nedensiz korku, kaygı, tedirginlik ve endişe hali olabilir. Bu belirtileri olan hastalarda tanı için gerekli olan diğer ek belirtiler de saptanırsa bir depresyon veya anksiyete bozukluğu düşünülebilir. Bu hastalar

tanı konulduktan sonra her iki tanıyı da tam olarak alan hastaların uzmanlara yönlendirilmesi, yalın depresyon ve anksiyete olgularının birinci basamakta tedavisi düşünülebilir. Bu hastaların tedavisinde başta serotonin gerialım inhibitörleri olmak üzere antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır.

Bu ilk aşamada şiddetli veya kronik depresyon durumlarında, intihar riskinin olduğu olgularda, ek madde kullanımı ya da bağımlılığı olanlarda, bipolar bozukluk şüphesi olan hastalarda psikiyatri uzmanlarına danışılması gereklidir. Birinci basamakta tedavisine başlanan olgularda tedaviye yanıtın yetersiz olduğu, tam düzelme sağlanamadığı veya klinik tablonun kötüye gittiği hastalarda da psikiyatri uzmanlarından yardım istenilmesi yerinde olacaktır. Depresyonun yanı sıra şiddetli anksiyete belirtileri de gösteren hastalarda, özellikle yaşlı hastalar başta olmak üzere medikal etkenler araştırılmalıdır. Bu medikal etkenler arasında o esnada kullanılan ilaçlar ve endokrin rahatsızlıklar (tiroid patolojileri) yer alır. Hipomaniye eşlik eden ajitasyon tablosu kendisini anksiyeteye benzer biçimde gösterebileceğinden, bu tür hastalarda bipolar bozukluk da düşünülmesi gereken bir tanıdır. Hastanın yaşamının herhangi bir döneminde bipolar bozukluğun temel özellikleri olan aşırı neşeli ya da öfkeli duygudurum dönemleri varlığı saptanırsa bu hastaların psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi uygundur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalıkla en sık birlikte bulunan psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir (3, 38) ve çoğu zaman bu iki bozukluk birlikte bulunur (39). Bedensel hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluğun hastalığın seyrini etkileyebilmesinden dolayı, tanınması ve sağaltılması önem taşımaktadır çünkü bu sorun hastanede yatış süresini uzatmakta ve hastanın bir süre sonra yeniden hastaneye yatma riskini arttırmaktadır. Aynı zamanda mortalite de yükselmektedir (6,7). Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bedensel hastalıklarına katlanabilme gücü azalır, sağaltım ve rehabilitasyon programlarına istekle katılmaları ve tedavi uygulamalarına uyumları kötü yönde etkilenir. Öte yandan hastaneye yatırılan ya da ayaktan başvuran her hastanın

psikiyatrik yönden değerlendirilmesi olanaksızdır. Psikiyatri-dışı hekimlerin bu hastaları önemli ölçüde tanıyamadıkları (40) göz önüne alınırsa, kısa sürede ve kolayca uygulanabilir psikiyatrik tarama ölçeklerinin geliştirilmesi ve kullanımı gereği ortaya çıkmaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Zigmond ve Snaith (41) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır. Bu ölçek, anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini-bildirim ölçeğidir ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılabilir. Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırmalarda da bu ölçekten yararlanılabilir. HAD Ölçeği'nde varolan bedensel hastalığın ölçek sonuçlarına etkisinin en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle hiçbir bedensel belirti içermemektedir. Depresyon alt ölçeğinin hazırlık çalışmaları sırasında "kalkmam gereken zamandan önce uyanıyorum" maddesi diğer maddelerle uyumsuz bulunmuş ($r=0.11$) ve çıkarılmıştır. Psikiyatri kliniklerine başvuran hastalarda sık rastlanmasına rağmen, diğer kliniklere başvuran hastalarda pek sık rastlanmayan özkıym girişimi ve fobik kaçınma gibi belirtilere de yer verilmemiştir. Ancak, bu hastalarda depresyonun ayırt edilmesinde önemli bir belirti olan anhedoni üzerine yoğunlaşmıştır. Ölçeğin tümüyle orta düzeyde doldurulmaması için ayarlamalar yapılmıştır. Yanıt tekrarlarını önlemek amacı ile bir değişikliğe gidilmiş, bir maddedeki ilk yanıt şiddeti yansıtırken, bir sonraki maddede sonuncu yanıt en yüksek şiddeti yansıtacak şekilde düzenlenmiştir. Puanlamanın hazırlanmasında "0-1 arası" hasta olmayan, "2" sınırdaki hasta, "3-4" belirgin hasta olarak kabul edilmiştir. HAD ölçeğinin kullanışlı bir değerlendirme aracı olduğu ve puan aralıklarını yanlış pozitif ve yanlış negatif sonucu en aza indirecek şekilde verdiği kanıtlanmıştır (41). Ölçekten elde edilen puanın bedensel hastalığın varlığından etkilenmediği gösterilmiştir (42).

HAD ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırmalı olarak kullanılmış (43, 44, 45, 46, 47) ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur. Bunun dışında çeşitli bedensel hasta gruplarında da araştırmalarda kullanılmıştır. Bunlar arasında kardiyoloji (48), onkoloji (49, 50, 51), gastroenteroloji (52), doğum (53), romatoloji (54) ve nöroloji (55) klinikleri bulunmaktadır.

III.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alındıktan sonra, Ocak 2007-Aralık 2007 tarihleri arasında Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'nde tedavi gören solunum yetmezliği, SVO, entoksikasyon, politravma, elektrik çarpması, ip asısı tanılarından herhangi birini almış 30 hasta ve yakını dahil edilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde yatış süresi 7 günün altında olan hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hastalarda EKG, invazif arter basıncı ve SpO₂ sürekli izlenmiştir. Ayrıca Santral venöz basınç (CVP), idrar çıkışı, vücut yüzeyinden cilt probu ile vücut ısı, solunum sayısı, saatlik olarak takip edilmiştir. İnvazif basınç değerleri transdüser aracılığı ile Datex Engstrom (Datex Ohmeda Finland) monitöründen izlenerek kaydedilmiştir.

Bu çalışmada, 30 hastaya APACHE II ve MARSHALL MODS skorum sistemi uygulanarak hastalıklarının derecesi belirlenmiş daha sonra, hasta yakınları yoğun bakım hekimi tarafından hastaları hakkında bilgilendirilmiştir. Hastaların şuur durumu uygulanan sedasyon protokolü göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Takiben hastayla aynı evi paylaşan ya da birinci derece akrabası olan hasta yakınlarına 0., 3., 7. ve 14. günlerde Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği 4 kez anket formu şeklinde uygulanmıştır. Hasta yakınlarının, hastalarının klinik durumundaki değişikliklerden psikolojik olarak nasıl etkilendikleri saptanmıştır. Anket her defasında aynı kişiyle yapılmıştır. Bazı hastaların kaybedilmesi veya taburcu edilmesi nedeniyle 14. gün sadece 11 hasta yakını değerlendirmeye alınmıştır.

Tüm istatistik hesaplamaları, SSPS (Statistical Program for Social Science) 15.0 istatistik programı, grupların karşılaştırıldığı analizlerde t-test ve pearson correlation testi uygulanmıştır. P değeri < 0.05 olarak belirtilmiştir.

IV.BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 30 hastanın yoğun bakıma alınma tanıları Tablo I de gösterilmiştir.

Tablo I: Hastaların yoğun bakıma alınma tanıları

Primer Tanı	Hasta Sayısı	Primer Tanı	Hasta Sayısı
Entoksikasyon	4	Elektrik çarpması	2
Solunum Yetmezliği	15	SVO	3
Çoğul Travma	5	İp asısı	1

Hasta yakınlarının yakınlık dereceleri ve eğitim düzeyleri Tablo II' de gösterilmiştir.

Tablo II: Hasta yakınlarının yakınlık dereceleri ve eğitim düzeyleri

Yakınlık Derecesi	Hasta yakını sayısı
Anne-Baba	6
Kardeş	4
Evlat	14
Eş	6

Eğitim düzeyi	Hasta yakını sayısı
İlkokul	15
Ortaokul	4
Lise	7
Üniversite	4

Hasta yakınlarının 18' i erkek (%60), 12' si kadın (%40) dı, yaş ortalamaları 37.2 yıl olarak belirlendi.

Yapılan çalışmada 0. gün ve 3. gün yapılan anket sonucunda hasta yakınlarında anksiyete ve depresyonda artış saptanmazken, 7. gün sonunda APACHE II ve MODS skorlarındaki artışa paralel olarak hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı artış saptanmış, 14. günde ise APACHE II skoruyla paralel bir artış saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo III, Tablo IV, TabloV).

Tablo III: 0. ve 3. günlerde APACHE II ve MODS skorlarının HAD ile karşılaştırılması:

	APACHE II 0	MODS 0
HAD D0 N:30	P:-0.129 Sd:0.496	P:-0.115 Sd:0.544
HAD A0 N:30	P:-0.032 Sd:0.866	P:-0.009 Sd:0.964

	APACHE II 3	MODS 3
HAD D3 N:30	P:0.065 Sd:0.733	P:0.135 Sd:0.476
HAD A3 N:30	P:0.264 Sd:0.159	P:0.289 Sd:0.122

Tablo IV: 7. ve 14. günlerde APACHE II ve MODS skorlarının HAD ile karşılaştırılması:

	APACHE II 7	MODS 7
HAD D7 N:30	P:0.315 Sd:0.090	P:0.332 Sd:0.073
HAD A7 N:30	P:0.542** Sd:0.002	P:0.492** Sd:0.006

	APACHE II 14	MODS 14
HAD D14 N:11	P:0.707* Sd:0.015	P:0.531 Sd:0.115
HAD A14 N:11	P:0.657* Sd:0.028	P:0.483 Sd:0.157

Tablo V: Hastaların ortalama HAD değerleri

	0.gün(n:30)	3.gün(n:30)	7.gün(n:30)	14.gün(n:11)
HAD A	9.83±3.86	10.16±4.70	9.46±4.45	9.36±5.66
HAD D	11.23±3.69	11.63±6.00	10.90±4.61	10.81±6.14

V. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarında gelişen anksiyete ve depresyon belirtilerini araştıran az sayıda çalışma yapılmıştır. Ağır vakalarda ki, yoğun bakım üniteleri çoğunlukla bu tür vakaları içerir, bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır. Sürekli hastane ortamında bulunmak, yoğun üzüntü içinde olan diğer hasta yakınlarını görmek, kötü haberi alan hasta yakınlarının yaşadıklarına şahit olmak ve hastalarının iyileşme umudunun zamanla kaybolması, anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olur.

Ölümcül olabilecek bir hastalıkla baş etmenin güçlüğü hasta yakınlarını olumsuz etkiler. Yoğun bakım hastalarının yakınlarında anksiyete, depresyon ve fiziksel işlev bozukluğu sıkça karşımıza çıkar.

Bizim çalışmamızda yoğun bakımda kalma sürecinde hastaların klinik durumları bozuldukça hasta yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon semptomlarında artış bulunmuştur. Anket formunun hasta yakınlarına 4 kez uygulanmış olmasının anlamlılıkta önemli yeri olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü 0. ve 3. günlerde hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı bir artış saptamadık. Bunun bir nedeninin de hastanın yoğun bakımımıza kabul edildiği ilk günlerde hasta yakınlarının hastalığın ciddiyetini tam olarak kavrayamamış olmaları ve beklentilerinin yüksek olması olabilir. Eğitim düzeyinin de bunda önemli olduğu kanısındayız. Çalışma grubumuzda üniversite eğitimi alanların oranı %13.3'ken, ilk – orta - lise ve dengi okullar düzeyinde eğitim görenlerin oranı %86.6'dır.

Young ve ark.(56)' larının yaptıkları bir çalışmada 20 yoğun bakım hastası ve yakınlarının; 15 elektif kardiyak cerrahi geçiren hasta ve yakınlarının HAD ölçekleri karşılaştırılmıştır. Değerlendirme yoğun bakım tedavisinden 3 ay sonra yapılmıştır. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının anksiyete skorları, yoğun bakım hastalarından yüksek bulunurken, aynı hasta yakınlarının depresyon skorları kardiyak cerrahi geçiren hasta yakınlarının depresyon skorlarından daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının hayatlarının kardiyak cerrahi geçiren hasta yakınlarının hayatlarına

kıyasla daha fazla değiştiği ve daha çok sıkıntı çektikleri gösterilmiştir. Çünkü kardiyak cerrahi sonrası hastalar kurtulduklarını hissetmekte ve yeni bir başlangıç yaptıklarını düşünmektedir. Cerrahi sonrası kaygıları azalmaktadır. Ama yoğun bakım hastalarının yakınları, hastalarının iyileşme sürecinde daha derin üzüntü yaşamaktadır ve bu tecrübe onlarda daha derin izler bırakmaktadır.

Pochard ve ark.(57)' larının yaptığı 78 yoğun bakım ünitesini kapsayan çok merkezli çalışmada; yoğun bakım tedavisi gören hastaların yakınlarının anksiyete ve depresyonları HAD ile değerlendirilmiş. Yoğun bakımda hastası olan tüm yakınların, yoğun bakım süreci sona erdiğinde hastaları iyileşse de, bakım hastası olarak kalsa da anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğu bulunmuş. Biz alışmamızda; hastaların klinik gidişiyle yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının görülmesi arasında paralellik saptadık.

Paparrigopoulos ve ark.(58)' larının yaptıkları bir çalışmada yoğun bakımda yatan 32 hastanın (1. derece) yakınlarının anksiyete, depresyon ve erken posttravmatik stres bozukluğu görülme oranlarına bakılmıştır. Hasta yakınlarının psikolojik durumları Center for Epidemiological studies Depression Scale (CES-D)(59), Spielberger's State-Trait Anxiety inventory (STAI)(60) ve Impact of Event Scale (IES) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme iki kez yapılmıştır. Birincisi hastalar yoğun bakıma yattıktan 1 hafta +/- 1 gün sonra, ikinci değerlendirme hastaların yoğun bakımdan çıkması beklenen günden 3 +/- 2 gün önce yapılmış. Birinci değerlendirmede anksiyete ve depresyonlarında % 97, erken posttravmatik stres bozukluğu semptomlarında % 81 artış, ikinci değerlendirmede ise anksiyete ve depresyonlarında % 87, erken posttravmatik stres bozukluğu semptomlarında % 59 artış bulunmuş. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının yüksek oranda stres yaşandığı, kadınlarda anksiyete gelişme riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Erken ve ciddi anksiyete

belirtilerinin erken posttravmatik stres bozukluğu gelişiminin ön habercisi olduğu belirtilmiş. Biz çalışmamızda; HAD ölçeğini kullanarak, hasta yakınlarında yoğun bakım sürecinde prognoz kötüleştikçe anksiyete ve depresyon semptomlarında artış saptadık, biz de çalışma grubumuzda 1. derece hasta yakınlarıyla görüştük, hasta yakınlarının % 60' ı erkekti ve prognoza bağlı anksiyete ve depresyonlarının arttığını gördük.

Jones ve ark. (61)' larının çalışmasında yoğun bakım ünitesinde yatıp çıktıktan sonra rehabilitasyon programına alınan 104 yoğun bakım hastasının ve yakınlarının anksiyete ve depresyon skorları ile posttravmatik stres bozuklukları karşılaştırılmıştır. Hastalar ve yakınları 2 ay sonra ve 6 ay sonra olmak üzere iki kez, HAD ve IES ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Hasta yakınlarının yüksek oranda psikolojik stres altında olduğu, ancak iki grup arasında anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gelişimi açısından belirgin bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastalar ve yakınları arasında psikolojik stresin benzer oranlarda yaşandığı, yakınlık derecesi arttıkça psikolojik stresin arttığı görülmüştür. Biz çalışmamızda hastaların değil yalnızca hasta yakınlarının psikolojik durumlarını değerlendirdik, çünkü anestezi yoğun bakım ünitesi hastalarımız genellikle bilinci kapalı ve/veya entübe hastalardan oluşmaktadır.

Azoulay ve ark. (62)' larının yaptıkları 21 yoğun bakım ünitesini kapsayan çalışmalarında hastaların yoğun bakım ünitesinden çıkışından ya da ölümünden 90 gün sonra 284 hasta yakını telefonla aranarak İES, HAD, SF-36 skorları değerlendirilmiştir. Ciddi posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının, anksiyete ve depresyon görülme oranlarıyla arttığı, yaşam kalitesiyle azaldığı sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamız 15 günlük bir süreyi kapsıyordu, bu zaman dilimi posttravmatik stres bozukluğu tanısı koymak için yeterli bir süre değildi. Bu yüzden biz çalışmamızda bu parametreyi değerlendiremedik. Ama hasta yakınlarının anksiyete ve depresyonlarında artış saptadık.

Bizim bu çalışmayı yapmak için yola çıkarken amacımız, yoğun bakım hastalarımızı tedavi ederken bu sürecin hasta yakınlarını psikolojik olarak

etkileyip etkilemediğini görmek ve eğer etkileniyorlarsa yoğun bakım hekimlerinin dikkatini bu konuya çekmekti. Bu amaçla HAD ölçeğinden yararlandık ve hasta yakınlarının bu durumdan, özellikle prognoza bağlı olarak etkilendiklerini gördük. Hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete semptomlarında artış saptadık. Bu konuda yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon semptomlarının, kronikleşen süreçte tedavi edilmediği takdirde posttravmatik stres bozukluğuna neden olduğu gösterilmiştir. Biz yoğun bakım hekimleri olarak, hasta yakınlarıyla her gün diyalog halindeyiz. Bu süreçte hasta yakınlarında depresyon veya anksiyete semptomlarına ait belirtiler gördüğümüzde, bu semptomların kronikleşip daha ciddi bozukluklara yol açmaması için hasta yakınlarını psikiyatri polikliniğine yönlendirmemiz gerektiği sonucuna vardık.

VI. SONUÇ

Hasta yakını olmak özellikle yoğun bakım tedavisi gören hastaların yakını olmak, kişiler için travmatik bir süreçtir. Hasta yakınları bu süreçte hastaları ile ilgili yoğun kaygılar duymaktadır. Biz bu çalışma ile yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarının görülüp görülmediğini araştırdık. Bunun için Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğinden yararlandık. Hastaların yoğun bakımda izlendikleri sürede klinik durumları bozuldukça, hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlı artış saptadık.

Sonuç olarak yoğun bakım tedavisi görmek hastalar için olduğu kadar, hasta yakınları için de zor bir süreçtir. Yoğun bakım hekimi olarak bizler, yoğun bakım hastalarının tedavisi yanında, bire bir ilişki içinde bulunduğumuz hasta yakınlarının içinde buldukları koşullar konusunda da yeterli duyarlılığı göstermeliyiz. Onların psikolojik durumlarındaki değişiklikleri fark edebilmemiz, semptomların erken yakalanması ve semptomların kronikleşip daha ciddi psikolojik sorunlara neden olmasının önlenmesi açısından önemlidir. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, hasta yakınlarının psikiyatri polikliniğine yönlendirilmesi gerektiği sonucuna vardık.

VII. ÖZET

Yakınlarının yoğun bakımda tedavi görmesi, hasta yakınları için zor bir süreçtir. Bu süreçte yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen belirtiler depresyon, anksiyete, fiziksel işlev bozukluğu ve sosyal izolasyondur. Yoğun bakımda hastası olan kişilerin bir bölümünde hastalığın süresi ve prognozuna bağlı olarak psikolojik belirtiler ya da bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Biz bu tez çalışmasında yoğun bakım hastalarının yakınlarında süreye ve prognoza bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik değişiklikleri saptamayı amaçladık ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeğini kullandık.

Çalışmaya anestezi yoğun bakım ünitesine yatarak tedavi gören 30 hastanın birinci derece yakınlarını aldık. Hastaların prognozunu belirlemede APACHE II ve MODS skorum sistemlerini kullandık, anketi uygulamadan önce hasta yakınlarını hastalarının klinik gidişi açısından bilgilendirdik. Bu bilgilendirmeden sonra hasta yakınlarına 0., 3., 7. ve 14. günlerde HAD ölçeğini uyguladık.

Hasta yakınlarında 7. ve 14. günlerde anksiyete ve depresyon semptomlarında anlamlı artış saptadık.

Sonuç olarak yoğun bakım hastalarının yakınlarında yoğun bakımda yatış süresince hastaların prognozuna bağlı olarak artan anksiyete ve depresyon semptomları gelişebildiğini saptadık.

VIII. SUMMARY

Family members of ICU patients should have high levels of distress; symptoms as anxiety, depression, physical illnesses and social isolation, that persist throughout their relatives' hospitalization. The prognosis of the patients and time to stay in ICU affect the severity of the family members' psychological distress.

In this study we aimed to evaluate the psychological distress of family members of ICU patients and we used Hospital Anxiety and Depression Scale. Thirty, first – degree relatives of ICU patients were included in the study. Clinical data, APACHE II and MODS scores were collected from the ICU records. Information about the patients' status were given to their relatives daily and they were assessed four times; at 0., 3., 7. and 14. days of their patients' ICU admission.

We have determined high level of anxiety and depression symptoms among the family members of ICU at 7. and 14. days.

The main finding of the study is: The family members of ICU patients frequently exhibit high levels of anxiety and depression that correlate with the patients' prognosis in the time of ICU stay.

IX. EKLER

1. MARSHALL MODS SKORU

	0	1	2	3	4
Solunum (PaO ₂ /FiO ₂)	>300	226- 300	151- 225	76- 150	≤75
Renal sistem (Kreatinin,mmHg)	≤1.31	1.31- 2.26	2.27- 3.95	3.96- 5.65	>5.65
Hepatik sistem (Bilirübin, mg/dl)	<1.16	1.17- 3.50	3.51- 7.01	7.02- 14.03	>14.03
KVS (PAR*)	≤10	10.1- 15	15.1- 20	20.1- 30	>30.0
Koagülasyon (Trombosit x 10 [^])	>120	81- 120	51- 80	21- 50	≤20
Santral Sinir Sist. Glasgow Koma Skalası	15	13- 14	10- 12	7- 9	≤6

PAR: HR X SVB /OAB

2. APACHE II SKORU

FİZYOLOJİK DEĞERLER	YÜKSEK ANORMALLİK ARALIĞI					DÜŞÜK ANORMALLİK ARALIĞI			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Vücut Isısı-Rektal (°C)	≥ 41	30-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	
OAB	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		
Kalp Hızı/dk	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	
Solunum/dk	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		
Oksijenasyon a.FiO ₂ >0.5 ise A-aDO ₂	≥500	350-499	200-349		<200				
b.FiO ₂ <0.5 ise PaO ₂					PO ₂ >70	61-70		55-60	PO ₂ >55
Art. pH	≥7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15
Serum K ⁺ (mmol/L)	≥7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5
Serum Na ⁺ (mmol/L)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-129	<110
Kreatinin(%mg) (ABY varsa x2)	≥3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Hematokrit (%)	≥60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20

Lökosit (total/mm3)(000)	≥40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1	
-----------------------------	-----	--	---------	---------	--------	--	-------	--	----	--

GKS (Glasgow Koma Skoru)

A) Akut Fizyoloji Skoru: 12 değişkenin toplamı

B) Yaş skoru

< 44 0

5-54 2

55-64 3

65-74 5

>75 6

C) Kronik Sağlık Skoru (Organ yetmezliği veya immün yetmezliği değerlendirilmesi)

a. Nonopere veya acil postop hasta için -5 puan

b. Seçilmiş postop hasta için -2 puan

Karaciğer: Biopsi ile kanıtlanmış siroz ve belgelenmiş portal HT; ve buna bağlı geçirilmiş üst GİS kanamaları; veya önceden geçirilmiş hepatik yetmezlik, ensefalopati koma öncesi epizotları.

Kardiyovasküler: Anjina yapan, dinlenme veya minimal egzersizle yetersizlik bulguları veren Klas IV kalp yetersizliği.

Solunum: Ağır egzersiz kısıtlamasına yol açan kronik kısıtlayıcı, engelleyici veya vasküler hastalığı olan yani merdiven çıkamama, işlerini yapamama, belgelenmiş kronik hipoksi, hiperkapni, sekonder polisitemi, ciddi pulmoner HT (>40 mmHg) veya respiratuar bağımlılık.

Renal: Kronik diyalize tabi.

İmmünokompromise: İmmüsupresif, kemoterapi, radyoterapi, uzun süreli veya yakın zamanda yüksek doz steroid kullanımı. Enfeksiyona direnci azaltacak ilerlemiş lösemi, lenfoma veya AIDS.

APACHE II SKORU=A+B+C

3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ:

- 1) Kendimi aergin, 'patlavacak aibi' hissedivorum.
 çoğu zaman
 Birçok zaman
 Zaman zaman, bazen
 Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk
 Aynı eskisi kadar
 Pek eskisi kadar değil
 Yalnızca biraz eskisi kadar
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şeyolacaktım gibi bir korkuya kapılıyorum.
 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 Evet, ama çok da şiddetli değil
 Biraz, ama beni endişelendiriyor
 Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 Her zaman olduğu kadar
 Şimdi pek o kadar değil
 Şimdi kesinlikle o kadar değil
 Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 çoğu zaman
 Birçok zaman
 Zaman zaman, ama çok sık değil
 Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
 Hiçbir zaman
 Sık değil
 Bazen
 çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
 Kesinlikle
 Genellikle
 Sık değil
 Hiçbir zaman
- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış aibi hissedivorum.
 Hemen hemen her zaman
 Çok sık
 Bazen
 Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
 Hiçbir zaman
 Bazen
 Oldukça sık
 Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
 Kesinlikle
 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
 Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum
- 11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak huzursuz hissediyorum.
 Gerçekten de çok fazla
 Oldukça fazla
 Çok fazla değil
 Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.
 Her zaman olduğu kadar
 Her zamankinden biraz daha az
 Her zamankinden kesinlikle daha az
 Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
 Gerçekten de çok sık
 Oldukça sık
 Çok sık değil
 Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo zevk alabiliyorum.
 Sıklıkla
 Bazen
 Pek sık değil
 Çok seyrek

X. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R), 3rd ed. (revised). American Psychiatric Association. Wasghington DC, 1987;247-251.
2. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). Brit J Psychiatry 1989; 154:201- 206.
3. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. Psikiyatri Bülteni 1993; 2:71- 77.
4. Işık E. Duygulanım bozuklukları / depresyon ve mani. İstanbul: Boğaziçi matbaası. 1991:19.
5. Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1997:117.
6. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic illness. J Clin Psychiatry 1990; 51: 3- 11.
7. Fulop G, Strain JJ. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill patients. Hospital and Community Psychiatry 1991;42: 389-394.
8. Katon W, Berg AO, Robins AJ, Risse S. Depression- medical utilization and somatization. West J Med 1982;144: 564- 568.
9. Roose SP, Dalack GW, Wooding S. Death, Depression and heart disease. J Clin Psychiatry 1991; 52: 34- 39.
10. Morris PLP, Robinson RG, Andrrzejewski P, Samuels J, Price TR. Association of depression with 10-year poststroke mortality. Am J Psychiatry 1993;150: 124- 9.
11. İşcan C. İnme hastalıklarında ortaya çıkan duygudurum değişiklikleri. Psychomed 1995; 1: 89- 93.
12. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 89- 99.

13. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53: 2243- 2248.
14. Gregdory RJ, Jimerson DC, Walton BE, et al. Pharmacotherapy of depression in the medically ill, directions for future research, *Gen hosp Psychiatry* 1992;14: 36- 42.
15. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi, Depresyon Monografları Serisi 1993: 19- 48.
16. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6:13- 26.
17. Schwenk TL, Coyne JC. Depression. *Textbook of Family Practice*, 4. baskı, RE Rakel (ed). Philadelphia: W. B. Saunders Company 1990:1582- 1595.
18. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill, an overview, *Am J Psychiatry* 1986;143: 696- 705.
19. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 1788-1795.
20. Bayraktar E, Saygılı R. Depresyonun biyokimyası. Depresyon monografları serisi' nde 1993: 157- 174.
21. Özgen F, Aydın H, Bozkurt A. Depresyonda uyku. Depresyon monografları serisi' nde, 1994: 293- 308.
22. Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü, depresyonla ilgili nörofizyolojik ve nöroanatomik çalışmalar. Depresyon monografları serisi' nde,1993: 135- 152.
23. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nurol matbaacılık, 1988: 343-344.
24. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992: 278-286.
25. Goldberg RJ. Anxiety in the medically ill İn: *Principles of Medical Psychiatry*, eds: Stoudemire A, Fogel BS. Grune & Stratton Inc. Orlando.1987: 177-205.

26. Cavanaugh S, Wettstein RM. Prevalence of psychiatric morbidity in medical populations, In: Review of Psychiatry Vol. III, ed: Grinspoon L. American Psychiatric Press, Washington DC, 1984;3: 187-215.
27. Shiffer RB, Klein RF, Sider RC. Psikiyatrik Hastaların Medikal Değerlendirilmesi, Çev.: Eğrilmez A. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994:149-179.
28. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Bush FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. Am J Psychiatry 1993; 150: 859- 866.
29. Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. In: Anxiety and Depression as Secondary Phenomena, eds: Wesner RB, Winokur G. The Psychiatric Clinics Of North America. 1990; 13: 597-613.
30. Klerman GL. Introduction. Treatments of psychiatric disorders. Chairperson Karasu TB. Washington. American Psychiatric Association 1989: 1726-1745.
31. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders, Recognition and management in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2001; 3:244- 254.
32. Lydiard RB, Brawman-Mintzer. Anxious depression. J Clin Psychiatry 1989;59 (Suppl 18): 10- 17.
33. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry 1996; 30 (Suppl): 17- 30.
34. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, et al. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 355- 375.
35. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ. Comorbidity and risk patterns of depression, generalised anxiety disorders and mixed anxiety-depression in the later life: results from the AMSTEL study. Int J Geriatr Psychiatry 2003;18: 994-1001.

- 36.** Montano CB. New Frontiers in the treatment of Depression. Retrieved March 24 2005 from www.medscape.com/ view program 2689
- 37.** Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek matbaası, 1996: 1-76.
- 38.** Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel tıpta anksiyete(1). Psychomed 1996;2: 102- 112.
- 39.** Zung WK, 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 (6, suppl.): 77- 80
- 40.** Düzyürek S, Sayıl I, Şarman C. Bir üniversite hastanesinde dahiliye ve psikiyatri polikliniklerinde antidepresanların kullanımı. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4: 97- 101.
- 41.** Zigmond AS, Snaith Rp. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361- 370.
- 42.** Clark DA, Steer RA. Use of nonsomatic symptoms of differentiate clinically depressed and nondepressed hospitalized patients with chronic medical illnesses. Psychol Rep 1994; 75: 1089- 90.
- 43.** Lewis G, Wessely S. Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Br J Psychiatr 1990; 157: 860- 4.
- 44.** Johnson G, Burvill PW, Anderson CS, et al. Screening instruments for depression and anxiety followig stroke: experience in the Pert Community stroke study. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 252- 7.
- 45.** Elliott D. Comporison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. İntensive Crit Care Nurs 1993; 9: 195- 200.
- 46.** Ibbatson T, Maquire P, Selby P. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. Eur J Cancer 1994; 30A: 37- 40.
- 47.** Hopwood P, Howell A, Maquire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: Validation of two self-report Questionnaires. Br J Cancer 1991; 64: 353- 6.

48. Lewin B, Robertson IH, Cay EL, et al. Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet* 1992; 25: 1036 -40.
49. Razavi D, Delvaux N, Bredart A, et al. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1991; 156: 79- 83.
50. Carrol BT, Kathol RG, Naves R Jr, et al. Screening for anxiety and depression in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69- 74.
51. Moorey S, Greer S, Watson M, et al. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in-patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255- 9.
52. Song JY, Merskey H, Sullivan S, et al. Anxiety and depression in patients with abdominal bloating. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 475- 9.
53. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 94- 6.
54. Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, et al. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 356- 61.
55. Devlen J. Anxiety and depression in migraine. *JR Soc med* 1994; 87: 338-41.
56. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, Mc Janet L, Wang M, Glover L. 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 Jan; 31(1): 86- 91
57. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaent PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulront S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay E. French famirea study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. *Crit care* 2005 Mar; 20(1): 90- 6

58. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, Poulau E, Soldatos C. Short –time psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006 Nov; 61(1): 719- 22
59. Radloff LS. The CES-D scale, a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1997; 1: 385-401.
60. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto (Calif): Consultant Psychologists Pres. 1970; 1:20
61. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humpris G, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Post-traumatic stres disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive care med* 2004 Mar; 30(3): 456- 60
62. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes, et al. Family Burden after Critical Care. Risk of Post-traumatic Stres Symptoms in Family members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005;171: 987- 994.