

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE YATARAK  
TEDAVİ GÖREN HASTALARDA PSİKİYATRİK  
BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Ümit ATASEVER

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU

İSTANBUL, 2018



T.C.  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE YATARAK  
TEDAVİ GÖREN HASTALARDA PSİKIYATRİK  
BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Ümit ATASEVER

162038030

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAÖĞLU

İSTANBUL, 2018

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Ümit Atasever Öğrenci No : 162038030  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 16.08.2018  
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu Tez Savunma Saati : 13:00

Tez Konusu : "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Psikiyatrik Belirtilerin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Güلزade Uysal		

## ÖZET

Bu araştırma, hastanede yatarak tedavi gören hastalardaki psikiyatrik belirtiler ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini bir eğitim araştırma hastanesinin dahiliye, genel cerrahi ve ortopedi servislerinde yatarak tedavi gören 260 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya, 18 yaşını doldurmuş ve daha önce bir psikiyatrik tanı almamış hastalar alınmıştır. Veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Genel Sağlık Anketi (GSA-12)” ve “Belirti Tarama Testi (SCL-90 R)” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelediğinde, hastaların; %53,8’inin erkek, %69,2’inin evli, %53,5’inin ilköğretim mezunu, %49,2’sinin eş ve çocuklarıyla yaşadığı, %84,6’sının şehirde yaşadığı, %61,8’inin ekonomik durumunu “orta” algıladığı, %58,7’sinin sigara kullanmadığı, %45,2’sinin kronik hastalığı olduğu, %83,8’inin daha önce ruh sağlığı hizmeti almadığı, %64,2’sinin daha önce hastaneye yatarak tedavi gördüğü ve %96,16’sının hastaneye yattığı süre boyunca psikiyatrik konsültasyon almadığı belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda hastalar genel sağlık anketine göre değerlendirildiğinde %48,8’i ruh sağlığı bozukluğu açısından riskli bulunurken, belirti tarama testine göre bakıldığında; %16,9’unun Somatizasyon, %10’unun Obsesif Kompulsif Bozukluk, %13,8’inin Kişiler Arası Duyarlılık, %20’sinin Depresyon, %8,1’inin Anksiyete, 10,4’ünün Öfke-Düşmanlık, %5’inin Fobik Anksiyete, %11,1’inin Paranoid Düşünce, %12,2’sinin Psikotizm ve %19,2’sinin ise Ek Maddeler (uyku bozuklukları, yeme bozuklukları ve suçluluk) yönünden riskli olduğu saptanmıştır. Hastaların; cinsiyet, yattığı servis, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışıp çalışmama durumu, anne-babanın hayatta olma durumu, uyku düzeni, hastaneye yatış nedeni, çocuk sayısı ve birlikte yaşadığı kişiler psikiyatrik belirti düzeylerini anlamlı olarak etkilemektedir. Hastalardan; daha önce hastaneye yatanlar, kronik bir hastalığı bulunanlar ve daha önce ruh sağlığı hizmeti alanların psikolojik belirti puanları, daha önce hastaneye yatmayan, kronik bir hastalığı bulunmayan ve daha önce ruh sağlığı hizmeti almayanlardan önemli ölçüde yüksek çıkmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda, fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastaların fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel açıdan bir bütün olarak ele alınması, hastaneye yattığı süre boyunca psikolojik belirtiler yönünden takip edilmesi, yüksek

riskli servislerde (uzun süre yatışı gerektiren kronik hastalığı olan bireylerin olduğu) yatan hastalara koruyucu ruh sağlığı hizmeti verilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, Psikiyatrik belirti, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, Hemşirelik.



## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF INPATIENTS TREATED IN AN EDUCATION RESEARCH HOSPITAL**

This study was conducted to determine the psychiatric symptoms and factors affecting inpatient treatment in the hospital.

The sample of the study consisted of 260 patients who were hospitalized in the internal medicine, general surgery and orthopedic services of an educational research hospital. Patients who completed the age of 18 and had not been diagnosed with a psychiatric diagnosis were included in the study. "Personal Information Form", "General Health Questionnaire (GSA-12)" and "Symptom Screening Test (SCL-90 R)" were used as data collection tools.

When the demographic characteristics of the individuals participating in the study were examined, it was determined that the patients: 53.8% are male, 69.5% are married, 53.5% graduated from primary school, 49.2% are living with their spouses and children, 84.6% are living in the city, 61.8% of them perceive their economic status as "moderate", 58.7% of them have not used cigarettes, 45.2% of them have chronic diseases, 83.8% had never had mental health services, 64.2% had previously been hospitalized and 96.16% of them did not receive psychiatric consultation during the hospitalization period. As a result of the analyzes, when the patients are evaluated according to the general health questionnaire, 48.8% were found to be risky in terms of mental health disorders while the symptom screening test results had given that 16.9% of them were at risk of somatization, 10% at Obsessive Compulsive Disorder, 13,8% about Interpersonal Sensitivity, 20% Depression, 8,1% Anxiety, 10,4% Anger-Hostility, 5% Phobic Anxiety, 11,1% Paranoid Thought, 12,2% in Psychotism and 19.2% of them were at risk for additional clause (sleep disorders, eating disorders and guilt). Gender, marital status, educational level, economic status, working status, parental survival status, sleeping pattern, hospitalization reason, number of children and cohabitation factors affect patients' psychiatric symptom levels significantly. Among the patients; psychological symptom scores of previously hospitalized patients, those with chronic illnesses and those who were previously receiving mental health services are considerably higher than those who have not been hospitalized before, have no chronic illnesses and have not received mental health services before.

As a result of this study, it is advisable; to treat patients who are hospitalized due to physical illness as a whole in terms of physical, psychological, social and cultural; to follow patients in terms of psychological symptoms during the period of hospitalization; to provide disease-protective mental health services in high-risk services (individuals with chronic illness requiring long-term inpatient treatment).

**Keywords:** Chronic disease, Psychiatric symptom, Consultation liaison psychiatry, Nursing.





## TEŞEKKÜR

Tez sürecinde değerli bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren ve destek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAÖĞLU' na,

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Çalışmam boyunca benden desteğini esirgemeyen Üsküdar Üniversitesi'ndeki çalışma arkadaşlarıma, özellikle de Dr. Öğr. Üyesi Feride KULALI'ya,

Her zaman yanımda olan, desteklerini benden esirgemeyen aileme ve özellikle de değerli ablam Filiz ATASEVER'e sonsuz teşekkür ederim.

ÜMİT ATASEVER

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

ÜMİT ATASEVER



# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

Onay.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	v
Teşekkür.....	vii
Beyan.....	viii
İçindekiler Dizini.....	ix
Tablolar Dizini.....	xi
Kısaltmalar Dizini.....	xiv
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Problemin Tanımı.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Araştırmanın Amacı.....</b>	<b>4</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Kronik Hastalıkların Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1. Kronik Hastalıklarda Uyum Mekanizması.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Fiziksel Hastalıklardaki Psikiyatrik Morbidite İle İlgili Bilimsel</b>	
<b>Çalışmalar.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.1. Kanser ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2.2. Diabetes Mellitus ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve Psikiyatrik</b>	
<b>Morbidite.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.6. Karaciğer Hastalıkları ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.7. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.8. Kolorektal Kanserler ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.9. Multipl Skleroz ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.10. Romatoid Artrit ve Psikiyatrik Morbidite.....</b>	<b>28</b>

2.2.11. Epilepsi ve Psikiyatrik Morbidite.....	29
2.3. Kronik Hastalıklar ve Psikiyatri Hemşireliği.....	30
2.4. Kronik Hastalıklar ve Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Hemşireliği.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikler.....	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
3.5. Verilerin Toplanması.....	40
3.6. Veri toplama formlarının hazırlanması.....	40
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	40
3.6.2. Genel Sağlık Anketi-12(GSA-12).....	40
3.6.3. Belirti Tarama Testi (SCL-90-R).....	41
3.7. Verilerin Analizi.....	42
4. BULGULAR.....	44
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	44
4.2. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	47
4.3. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	55
5. TARTIŞMA.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
KAYNAKÇA.....	89
EKLER.....	102

## TABLolar DİZİNİ

### SAYFA NO

Tablo 1. Bağımlı değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler.....	42
Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	44
Tablo 3. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamaları.....	45
Tablo 4. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 5. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	47
Tablo 6. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Yattığı Servise Göre Dağılımı.....	47
Tablo 7. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	47
Tablo 8. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Evde Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı.....	48
Tablo 9. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	48
Tablo 10. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Yaşanılan Yere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 11. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Sosyal Destek Durumuna Göre Dağılımı.....	49
Tablo 12. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Algılanan Ekonomik Duruma Göre Dağılımı.....	50
Tablo 13. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Sigara Kullanım Durumuna Göre Dağılımı.....	50
Tablo 14. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 15. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 16. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 17. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	52

<b>Tablo 18. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>52</b>
<b>Tablo 19. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastaneye Yatma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 20. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatış Nedenine Göre Dağılımı.....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 21. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Ebeveyn Varlığına Göre Dağılımı.....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 22. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Uyku Düzenine Göre Dağılımı.....</b>	<b>54</b>
<b>Tablo 23. Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Yatarken Konsültasyon Alma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>54</b>
<b>Tablo 24. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....</b>	<b>55</b>
<b>Tablo 25. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Yattığı Servise Göre Dağılımı.....</b>	<b>56</b>
<b>Tablo 26. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....</b>	<b>58</b>
<b>Tablo 27. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Evde Yaşadığı Kişilere Göre Dağılımı.....</b>	<b>59</b>
<b>Tablo 28. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>61</b>
<b>Tablo 29. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Yaşanılan Yere Göre Dağılımı.....</b>	<b>62</b>
<b>Tablo 30. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Sosyal Destek Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>63</b>
<b>Tablo 31. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Algılanan Ekonomik Duruma Göre Dağılımı.....</b>	<b>64</b>
<b>Tablo 32. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>65</b>
<b>Tablo 33. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>66</b>
<b>Tablo 34. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 35. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....</b>	<b>68</b>

<b>Tablo 36. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Şuan Herhangi Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>69</b>
<b>Tablo 37. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>70</b>
<b>Tablo 38. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Daha Önce Hastanede Yatma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>71</b>
<b>Tablo 39. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Hastanede Yatış Nedeni Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>72</b>
<b>Tablo 40. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Ebeveyn Varlığı Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo 41. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Uyku Düzenine Göre Dağılımı.....</b>	<b>75</b>
<b>Tablo 42. Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Yatarken Konsültasyon Alma Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	<b>76</b>

## KISALTMALAR

<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistiksel El Kitabı)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSA</b>	: Genel Sağlık Anketi
<b>HAM-A</b>	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
<b>HAM-D</b>	: Hamilton Depresyon Ölçeği
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>KLP</b>	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MS</b>	: Multipl Skleroz
<b>PRIME MD</b>	: Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Birincil Bakım Değerlendirmesi)



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı

Antik çağlardan günümüze aktarılan bilgilere göre, fiziksel ve ruhsal hastalıkların tanrılar ya da kötü ruhlarla ilişkili olduğuna inanılırdı [1]. Hastalığa neden olduğu düşünülen kötü ruhların giderilmesine yönelik hem ruhsal hem de fiziksel girişimlerde bulunulurdu. İlk kez Hipokrat(M.Ö. 460-370) hastalıkların doğaüstü güçlerle veya kötü ruhlarla ilgili olmadığını, vücut sıvıları (kan, mukus, safra v.b) arasındaki dengesizliklerden kaynaklandığını belirtmiştir. Galen (M.Ö. 30-200) ise ruhun beyin işlevi olduğunu söylemiştir. Orta çağlar boyunca da tüm hastalıkların etiolojisinde kişinin işlediği günahların olduğu ve akıl hastalıklarının doğaüstü güçlerle bağlantılı olduğu düşüncesi egemen olmuştur [2]. Modern tıbbın gelişmesiyle birlikte tıbbi hastalıklarda altta yatan nedenin insanın vücut sistemlerindeki işleyişte bazı değişimlerden kaynaklandığı bulunmuştur. Fakat ruhsal hastalıkların, fiziksel hastalıklarda olduğu kadar üzerine düşülmemiştir. Kişiye bir bütün olarak bakılmayıp, sadece fiziksel hastalığına ve hastalığın olduğu bölgeye yoğunlaşmıştır. İlk defa Hipokrat hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalığa yol açtığına işaret etmiştir [1].

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı yalnızca bir hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Duygusal, fiziksel ve sosyal iyilik durumunda olan insanlar, hayat sorumluluklarını yerine getirirler, günlük hayatta etkili bir şekilde çalışırlar ve kişilerarası ilişkilerinden ve kendilerinden memnun kalırlar [3].

Ruh sağlığı ve hastalığının kesin olarak tanımlanması zordur. Toplumdaki rollerini yerine getirebilen, davranışları uygun ve uyumlu olan kişiler sağlıklı olarak görülmekte iken, rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmeyen veya davranışları uygunsuz olan kişiler ise hasta olarak görülmektedir. Bir toplumun kültürü, değer ve inançlarını güçlü bir şekilde etkiler. Bu da toplumun sağlık ve hastalıkları nasıl tanımladığını etkilemektedir. Bir toplumun uygun ve kabul edilebilir gördüğü şeyleri, başka bir toplum uyumsuz ve uygunsuz olarak görülebilir. Genellikle, bir kişinin davranışları onun ruh sağlığı hakkında ipuçları verebilir. Çünkü her kişinin farklı bir bakış açısı veya davranış yorumu (kendi değerlerine ve inançlarına bağlı olarak) olabileceğinden, ruh sağlığının tespiti zor olabilir. Ruh sağlığı; kişilerarası ilişkiler, uygun

davranış, etkili baş etme, duygusal istikrar ve olumlu benlik kavramı gibi olgularla ispatlanan duygusal, psikolojik ve sosyal iyi oluş halidir. Ruh sağlığı birçok bileşene sahiptir ve çeşitli faktörler onu etkilemektedir. Bu nedenle kişinin ruh sağlığı, dinamik ve sürekli değişen bir durumdur [3, 4].

Fiziksel hastalıklar kişi için kriz anlamı taşımaktadır. Kişinin hastalığa karşı verdiği tepkiler; basit bir sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygusuna kadar uzanabilir. Gelecek endişesi, ayrılık ve ölüm korkusu, vücudun/organların zedeleneceği, kaybedileceği kaygısı, bağımsızlığın kaybedileceği korkusu, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler, hastanın duygudurumunu, zihinsel işlevlerini, psikobiyolojik dengesini, vücut imajını ve sosyal alanlarını etkiler. Eski çatışma ve çözümlenmemiş sorunlar açığa çıkabilir. Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen davranışsal tepkiler hastanın kişilik yapısı, genetik yapısı, ailesel hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar, geçirmiş olduğu hastalıklar, aile ve sosyal ortamından öğrendiği tepki modelleri ile belirlenir. Bunun yanı sıra hastanede yatmanın neden olduğu, önceden bilinmeyen işlem ve incelemelere maruz kalma, yabancı insanlar ve çevre ile karşılaşma, özdenetim ve işlev kaybı da bazı emosyonel tepkilere yol açmaktadır [5, 6]. Yatan hastalarda ortaya çıkan bu emosyonel tepki ve değişiklikler, tedaviye uyumda güçlülere neden olması, hastalık seyrini etkilemesi, psikiyatrik bozukluklara neden olması ve sağlık personeli ile ilişkilere yansımaları açısından izlenmesi ve müdahale edilmesi önemli bir konudur. Bireyin, kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, yaşı, cinsi, hastalık türü ve hastanede kalma süresi gibi değişkenler yaşanan emosyonel tepkilerde farklılık yaratsa da yatan hastalarda en sık karşılaşılan sorunun anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarla, genel hastane ortamında yatan hastalarda %5 – 20 oranında anksiyete bozukluğu, % 20 – 30 oranında ise depresyon belirtileri olduğu bildirilmiştir [6, 7].

Sağlığın kaybı kişi için önemli bir stresördür. Hastalık teşhisi konulmasıyla birlikte bireylerde; inkar, öfke, depresyon, yas, kabullenmeme, kendini eksik hissetme, hayattan zevk alamama, acizlik ve çaresizlik gibi duygusal tepkiler oluşmaktadır. Eğer hastalar bu durumla baş edemez, sosyal çevreden yeterli destek göremez ve içine kapanıp kendini dış dünyadan izole ederse, zamanla fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal bozukluklar meydana gelebilir. Bu yüzden, fiziksel hastalığı olan bireylerde ruhsal bozukluklar, sağlıklı bireylere göre daha sık görülmektedir. Genel nüfusta ruhsal

bozuklukların 1 aylık yaygınlığı %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda oran %21-26 arasında bulunmuştur [5]. Kronik fiziksel bir hastalığı olan kişilerde yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42, ve hastanede yatarak tedavi gören hastalardaki oran ise %41.3-46.5 arasında bildirilmiştir [6, 7]. Bu hastaların erken tanınması ve tedavisi hakkındaki çalışmalar, fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilediğini göstermektedir [2, 8]. Bununla birlikte, çalışmalar tıbbi hastalığı olan bireylerde psikiyatrik belirtilerin tanınma oranının düşük olduğunu göstermektedir. Silverstone'nun sonuçlarına göre psikiyatrik belirtileri tanıma oranı hemşireler için % 61, tıbbi personel için % 41'dir ve her iki grubun da tanılamadığı hasta oranı %40'dır. Sağlık çalışanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok alanda yaşanan sorunlar ve eksiklikler, bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir [9, 10]. Bununla birlikte psikososyal yaklaşımların hastada gelişen fiziksel belirtileri azaltmanın yanı sıra güven duygusunu arttırdığı, hastalığa bağlı gelişen olumsuz duygusal tepkilerle baş etme yetersizliğini azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir. Hastaların hastanede yatarak yaşayacağı duygular ve olayları değerlendirme şekli bir sonraki hastalık ve hastane yaşantısını da etkileyebilecek niteliktedir. Bu nedenle hastaların psikolojik durumunun fark edilerek müdahale edilmesi, hastalığın seyri ve maliyeti etkin bir tedavi hizmeti sağlamak açısından önemlidir [8].

Son dönemde yapılan çalışmalarla, fiziksel hastalığı olan bireylerde psikiyatrik morbiditenin önemli derecede yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalara fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel olarak, bütüncü bakım prensip alan Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi ortaya çıkmıştır [2].

Konsültasyon-liyazon psikiyatrisi, biyopsikososyal bakımın hayata geçmesiyle birlikte, fiziksel hastalıklarda görülen ruhsal bozuklukların araştırılması, tedaviye uyum güçlükleri, tıbbi tedavi ve bakımın psikososyal boyutları üzerine yapılan çalışmalarını içerir. Konsültasyon-liyazon hizmetlerini birbirinden keskin bir sınırla ayrılmak mümkün değildir. Bu iki hizmetin verilmiş biçimleri arasında bazı farklılıklar bulunur. Konsültasyon, genellikle hasta merkezlidir ve fiziksel hastalıkla baş etme gücüyle yaşayan hasta ile ilgili psikiyatrik görüş ya da tanı alma talebidir. Liyazon psikiyatrisi ise

psikiyatri dışı servislerde yatan hastaların, psikososyal gereksinimlerini karşılamak için bir psikiyatri ekibi tarafından dzenli olarak değerlendirilmesini içeren, disiplinler arası bir hizmettir. Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi ekibi içerinde; psikiyatri uzmanı, KLP hemşiresi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden kişiler yer almaktadır [1].

Gün geçtikçe her alanda çeşitli gelişmeler ve ilerlemeler ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik, insanı konu alan her tür bilimle etkileşime girmekle birlikte, en çok tıptaki değişimlerden etkilenmektedir. Tıp alanında ortaya çıkan yenilikler bir süre sonra hemşireliği de etkileyerek, hemşireliğin ilerlemesine ve değişmesine neden olmaktadır. Hastaya bütüncül yaklaşım ve biyopsikososyal bakım anlayışının hayata geçmeye başlamasıyla birlikte Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi ortaya çıkmış ve bu da Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ihtiyacını doğurmuştur [10]. Türkiye’de ilk kez İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde resmi olarak oluşturulan KLP bilim dalı, sonrasında diğer bazı hastanelerde de açılmıştır. Bunu takiben ilerleyen yıllarda KLP hemşireliği, psikiyatri hemşireliğinin bir alt dalı olarak ortaya çıkmıştır. Fakat ne yazık ki, halen fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireyler psikolojik olarak yeterince değerlendirilememektedir. Altta yatan psikiyatrik bozukluk tablosunun düzeltilmemesi nedeniyle de, fiziksel hastalıkların prognozu kötüleşmekte, hastanede yatış süresi, tedavi maliyeti, morbidite ve mortalite oranları artmaktadır. Hastalarla en çok iletişimde olan ve onları en çok gözleme imkanı bulan sağlık personeli hemşirelerdir. Bu nedenle hastalarda ortaya çıkabilecek psikososyal problemlerin tanılanmasında ve gerektiğinde bu sorunlara çözüm üretilmesinde hemşirelere, özellikle de psikiyatri hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir [2, 10].

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, hastanede yatarak tedavi gören hastalardaki psikiyatrik belirtiler ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Ruh sağlığı ve hastalığının kesin olarak tanımlanması zordur. Toplumdaki rollerini yerine getirebilen, davranışları uygun ve uyumlu olan kişiler sağlıklı olarak görülmekte iken, rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmeyen veya davranışları uygunsuz olan kişiler ise hasta olarak görülmektedir. Bir toplumun kültürü, değer ve inançlarını güçlü bir şekilde etkiler. Bu da toplumun sağlık ve hastalıkları nasıl tanımladığını etkilemektedir. Bir toplumun uygun ve kabul edilebilir gördüğü şeyleri, başka bir toplum uygunsuz ve uygunsuz olarak görülebilir [3].

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı yalnızca bir hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Duygusal, fiziksel ve sosyal iyilik durumunda olan insanlar, hayat sorumluluklarını yerine getirirler, günlük hayatta etkili bir şekilde çalışırlar ve kişilerarası ilişkilerinden ve kendilerinden memnun kalırlar. Ruh sağlığının tek bir evrensel tanımı yoktur. Genellikle, bir kişinin davranışları onun ruh sağlığı hakkında ipuçları verebilir. Çünkü her kişinin farklı bir bakış açısı veya davranış yorumu (kendi değerlerine ve inançlarına bağlı olarak) olabileceğinden, ruh sağlığının tespiti zor olabilir. Ruh sağlığı; kişilerarası ilişkiler, uygun davranış, etkili baş etme, olumlu benlik kavramı ve duygusal istikrar gibi olgularla ispatlanan duygusal, psikolojik ve sosyal bir iyi oluş halidir. Ruh sağlığı birçok bileşene sahiptir ve çeşitli faktörler onu etkilemektedir. Bu nedenle kişinin ruh sağlığı, dinamik ve sürekli değişen bir durumdur. Bireylerin akıl sağlığını etkileyen faktörler bireysel, kişilerarası ve sosyokültürel olarak kategorize edilebilir. Bireysel ya da kişisel faktörler arasında kişinin biyolojik gelişimi, özerkliği ve bağımsızlığı, benlik saygısı, büyüme kapasitesi, canlılık, yaşamda anlam bulma yeteneği, duygusal esneklik ya da güçlük, aidiyet duygusu, gerçeklik yönelimi, etkili baş etme ve stres yönetimi yetenekleri sayılabilir. Kişilerarası ilişkiyi etkileyen faktörler arasında etkili iletişim, başkalarına yardım etme yeteneği, yakınlık, ayrılık ve bağlılık dengesi sayılabilir. Kültürel ya da çevresel faktörler arasında ise topluma ait olma hissi, kaynaklara yeterli erişim, şiddete karşı tahammülsüzlük, insanlar arasındaki çeşitliliğin desteklenmesi, çevrenin hakimiyeti, olumlu ve gerçekçi bir bakış açısı vardır [3, 11].

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2000), ruhsal bozukluğu; “Bir bireyde, sıkıntı (örneğin ağrılı bir semptom), yetersizlik durumu (bir ya da daha fazla organda önemli işlevsellikte bozulma) veya ölüm, sakatlık, özgürlüğu kısıtlayan önemli bir kayıptan

dolayı büyük ölçüde artan acı çekme riski ile ilişkili olarak ortaya çıkan, klinik olarak anlamlı bir davranış, psikolojik sendrom veya örüntü” olarak tanımlar.

Ruhsal bozuklukları teşhis etmek için genel kriterler, kişinin özellikleri, yetenekleri ve başarıları ile ilgili memnuniyetsizliğini içerir. Bunlar; etkisiz veya tatmin edici olmayan ilişkiler, dünyadaki yerinden memnuniyetsizlik, yaşam olaylarıyla etkisiz başa çıkma ve kişisel gelişim eksikliği gibi faktörlerdir. Ayrıca, kişinin hareketleri kültürel olarak beklenen veya onaylanan davranışlar olmamalıdır. Bununla birlikte, sapkın davranış mutlaka bir akıl hastalığı olduğunu göstermez [11].

## **2.1.Kronik Hastalıkların Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi**

Fiziksel hastalıklar kişi için kriz anlamı taşımaktadır. Kişinin hastalığa karşı verdiği tepkiler; basit bir sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsisistik bütünlüğün tehdit edildiği duygusuna kadar uzanabilir. Gelecek endişesi, ayrılık ve ölüm korkusu, vücudun/organların zedeleneceği, kaybedileceği kaygısı, bağımsızlığın kaybedileceği korkusu, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler, hastanın duygudurumunu, zihinsel işlevlerini, psikobiyolojik dengesini, vücut imajını ve sosyal alanlarını etkiler. Eski çatışma ve çözülmemiş sorunlar açığa çıkabilir. Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen davranışsal tepkiler hastanın kişilik yapısı, genetik yapısı, ailesel hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar, geçirmiş olduğu hastalıklar, aile ve sosyal ortamından öğrendiği tepki modelleri ile belirlenir. Bunun yanı sıra hastanede yatmanın neden olduğu, önceden bilinmeyen işlem ve incelemelere maruz kalma, yabancı insanlar ve çevre ile karşılaşma, özdenetim ve işlev kaybı da bazı emosyonel tepkilere yol açmaktadır [5, 6]. Yatan hastalarda ortaya çıkan bu emosyonel tepki ve değişiklikler, tedaviye uyumda güçlüklerle neden olması, hastalık seyrini etkilemesi, psikiyatrik bozukluklara neden olması ve sağlık personeli ile ilişkilere yansımaları açısından izlenmesi ve müdahale edilmesi önemli bir konudur. Bireyin, kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, yaşı, cinsi, hastalık türü ve hastanede kalma süresi gibi değişkenler yaşanan emosyonel tepkilerde farklılık yaratsa da yatan hastalarda en sık karşılaşılan sorunun anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmektedir [7]. Bu hastaların erken tanınması ve tedavisi hakkındaki çalışmalar, fiziksel hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyonun hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte, çalışmalar tıbbi hastalığı olan bireylerde psikiyatrik belirtilerin tanınma oranının düşük olduğunu göstermektedir.

Silverstone'nun sonuçlarına göre psikiyatrik belirtileri tanıma oranı hemşireler için % 61, tıbbi personel için % 41'dir ve her iki grubun da tanılayamadığı hasta oranı %40'dır [9]. Sağlık çalışanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok alanda yaşanan sorunlar ve eksiklikler, bakımın psikososyal boyutunun ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin ihmal edilmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte psikososyal yaklaşımların hastada gelişen fiziksel belirtileri azaltmanın yanı sıra güven duygusunu arttırdığı, hastalığa bağlı gelişen olumsuz duygusal tepkilerle baş etme yetersizliğini azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir. Hastaların hastanede yatarken yaşayacağı duygular ve olayları değerlendirme şekli bir sonraki hastalık ve hastane yaşantısını da etkileyebilecek niteliktedir. Bu nedenle hastaların psikolojik durumunun fark edilerek müdahale edilmesi, hastalığın seyri ve maliyeti etkin bir tedavi hizmeti sağlamak açısından önemlidir [9, 10].

Kronik hastalıklar; vücut sistemlerindeki patolojik değişiklikler sonucu oluşan, doku ve organların işlevselliğinin bozularak kalıcı yetersizliklere neden olduğu, uzum süreli tedavi, bakım ve rehabilitasyon gerektiren hastalık grubudur. Kronik hastalıklar hem kişide hem de ailesinde psikolojik, sosyal ve mesleki açıdan olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve buna bağlı olarak yaşam süresinin uzaması "kronik hastalıklar" kavramının kapsamının genişlemesine neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 yılında yayınladığı rapora göre, 2020 yılına kadar gelişmiş ve gelişmekte olan çoğu ülkelerde temel ölüm nedenini kronik hastalıkların oluşturacağını bildirmiştir. Ülkemizde ise, hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle hastanede yatmakta ve ölüm nedenlerine bakıldığında ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir [12, 13]. Dünya genelinde kazalar, bulaşıcı hastalıklar, ve beslenme bozuklukları ölümlerin %40'ından sorumlu bulunurken, ölümlerin %60'ının kronik hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Kronik hastalıkların yarısını kalp ve damar hastalıkları (miyokard enfarktüsü, serebrovasküler olay, periferik damar hast.) diğer kısmını ise kanser, diyabet, böbrek yetmezliği oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan 16 şubat 2006 tarihli 'Kronik Hastalıklar Raporu'na göre, Ülkemizde yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalığı olduğu, yaklaşık 15 milyon kişinin hipertansiyon, 4 milyon kişinin de diyabet hastası olduğu belirtilmiştir. [13]

Kronik hastalıklar yaşam boyu devam eden, sürekli tedavi, kontrol ve bakım gerektiren, bireyde yetersizlik ve sakatlıklara neden olabilen hastalıklardır. Günümüzde modern tıptaki gelişmeler ve modern toplumun getirdiği yaşam değişiklikleri gibi nedenlerle kronik hastalıklar dünyada ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde büyük bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalıkların işlevlerde yol açtığı her bir değişim ya da azalma daha ileri fiziksel, duygusal ve sosyal uyum gerektirmektedir. Hastalık ne kadar çok işlev kaybına neden olursa, uyum sorunları ve buna bağlı olarak da psikososyal ve psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır [14]. Kronik hastalıklar birey, aile ve toplum için uzun süreli ve yoğun bir stresördür. Bireylerde bir seri davranış değişikliği meydana getirmektedir. Hastalık semptomları ve uygulanan tedavi bireyin günlük yaşam aktivitelerinin engellenmesine, bireysel baş etme kapasitesinin azalmasına, bireyin kendilik algısının değişmesine, önemli hedeflerinden vazgeçmesine, ailenin maddi ve manevi kayıplar yaşamasına, toplumsal iş gücü kaybına, bireyin bağımlılık düzeyinin ve kaygısının artmasına, homeostatik dengesinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu durumda bireyin yaşadığı en belirgin duygular; korku, kızgınlık, kaygı ve inkardır [15].

Kronik hastalığa karşı verilen psikososyal tepkiler, bireyin psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal cevapları içerir. Kronik hastalığa sahip kişiler; hastaneye yatırılma, aktivite kısıtlılığı, ağrı, iş kaybı kaygısı ve sıkıntı verici tedavi girişimlerinin uygulanması gibi birçok stresörle karşılaşmaktadır. Bu stresörler beraberinde pek çok alanda korku (sosyal kısıtlılıklar, kontrol kaybı, fiziksel bütünlüğün bozulması ve ölüm vb.), anksiyete, şok, öfke, isyan ve suçluluk duyguları yaratabilir. Kronik hastalığa karşı verilen psikososyal tepkileri etkileyen en önemli faktör kişinin hastalığa yüklediği anlamdır. Araştırmalar sonucunda, fiziksel hastalığı bulunan kişilerin hastalığını nasıl algıladığının/değerlendirdiğinin bilinmesi ve bu kişilerde psikososyal uyum sağlanmasının önemi belirtilmektedir. Hastalık algısı, kişinin hastalığa karşı duygusal ve davranışsal tepkilerini, hastalığı nasıl yönettiğini, emosyonel zorlanma ya da ruhsal bozukluk gelişimini, yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu belirlemektedir [16].



### **2.1.1. Kronik Hastalıklarda Uyum Mekanizması**

Uyum; dinamik, göreceli, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Her birey yaşamındaki çeşitli sorunlara, belli ölçülerde uyum gösterme kapasitesine sahiptir. Hastalık ise beden bütünlüğünü tehdit ederek; fizyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutlarda bireyin dengesini sarsarak yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına ve yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara yol açar. Bu sorunlar hastalığa uyum sorunlarından, klinik düzeyde ruhsal bozukluklara kadar değişebilir [17].

Bedensel hastalığı olanlarda eşlik eden ruhsal bozuklukların neden olduğu morbidite, genel toplumdan çok daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Kronik tıbbi hastalığı olanlarda yaşam boyu bir ruhsal rahatsızlık görülme yaygınlığı %30–60 arasındadır ve en sık duygudurum ve anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır [18]. Köroğlu ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları bir çalışmada; kronik fiziksel hastalıklara yüksek oranda ruhsal hastalıkların eşlik ettiği, bu olgularda yüksek düzeyde yeti yitimi ve işlevsellik kaybı olduğu, klinik gidişe olumsuz etki eden başlıca tablonun ise depresif bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Genel olarak uyumu; hastaların bazı kişisel özellikleri, sağlık inançları, hastalık ve tedavi süreci üzerindeki kontrol algıları, kültürel özellikleri, stres, depresyon, sosyal destek ve tedavi ekibinden hoşnutlukları gibi etkenler belirlemektedir. Kronik bir hastalığa uyum gösterirken bireysel etkenler kadar hastalığın ve tedavinin özellikleri de önemli rol oynar. Bireyin ve birinci derece yakınlarının yaşam biçimlerinde ciddi değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan; bireyi birçok alanda başkalarına bağımlı hale getiren bir hastalık ya da tedavi biçimine uyum sağlamak çok daha güçtür. Uzun süreli hastalıklarda tedavi uyumu hastalığın gidişini etkileyen, sağlık ekibinin başarısını ve tedavi bedelini belirleyen önemli bir konudur [17]

## **2.2.Fiziksel Hastalıklardaki Psikiyatrik Morbidite İle İlgili Bilimsel Çalışmalar**

### **2.2.1. Kanser ve Psikiyatrik Morbidite**

Kanser, vücuttaki bir hücrenin farklılaşarak yeni özellikler göstermesi sonucu oluşan bir seri hastalığın genel adıdır. Normal bir hücreden farklılaşarak oluşan kanser hücresi, kontrolsüz bir şekilde ve hızla çoğalmaya başlar. Belli bir büyüklüğe ulaştıktan sonra ise tümör ismini alır. Farklılaştığı yerde büyüyen bu hücreler zamanla çevredeki diğer doku

ve organlara da yayılmaya başlar. Kansere hücreleri çevredeki kan ve lenf damarlarına ulaştıklarında ise kan ve lenf sıvılarına karışarak uzaktaki doku ve organlara yayılırlar. Böylece belli bir yerde başlayan kanser zamanla vücuttaki birçok organa yayılarak bu organların işleyişini bozar [19].

Kanser tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik ve terk edilme gibi duyguların sıklıkla yaşandığı bir hastalıktır. Kanserin oluşumunda davranışsal faktörlerin rolü olduğu gibi kanser hastalarındaki çeşitli nörofizyolojik ve algısal psikolojik etkenlerden dolayı psikiyatrik komplikasyonlar gelişebilir. Kanser hastalarında ortaya çıkan bu psikiyatrik problemler aynı zamanda hastalığın gidişatını ve prognozunu da etkilemektedir [20].

Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kansere nedenli ölüm ve 28 milyon kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. [21]. Kanser hastaları, hastalığın ortaya çıkardığı zorlukların yanında kansere tedavisi ile ilişkili problemlerle de mücadele etmek zorunda kalmaktadır [22]. Kanser tanısı, hatta olasılığı bile hastalar için yoğun stres verici bir durumdur ve hastanın homeostatik dengesinin bozulmasına yol açar. Kanser tanısının konulduğu ilk aşamada hastalarda ortaya çıkan inkar, hastaların içinde bulunduğu kaygı, stres ve çaresizlik duygularına karşı bir savunma tepkisidir. Bunun ardından kızgınlık ve depresyon gelişebilir. Zamanla kişinin mevcut durumunu kabul etmesi ve buna hazırlanması ile birlikte uyum süreci başlar. Hastaya, hastalığı, tedavi süreci ve bundan sonraki aşamalar hakkında bilgi verilmesi endişe ve anksiyetesini azaltarak kabullenışı kolaylaştırabilir. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenler de kişinin hastalığına karşı verdiği bu tepki sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kansere evresi, tedavinin olumsuz yan etkileri, sosyal destekler, ruhsal yapı ve ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır. Kansere hastada tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkmaktadır. İlk karşılaşmada verilen en yaygın tepkiler şok ve inkardır. Kanser hastasına uygulanan medikal tedavinin yanında uygulanacak olan psikososyal bakımında hastalığın tedavisinde önemli bir yeri bulunmaktadır [20].

Araştırmalar sonucunda kanser hastalarındaki psikiyatrik morbidite oranı yaklaşık olarak %50 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Kanser hastalığına eşlik eden bu psikiyatrik bozuklukların çoğu kanserle veya uygulanan tedavi ile ilişkili olduğu bulunmuştur [20].

Çalışmalar sonucunda hastaların son dönemde yaşadıkları kayıplar, hastalığı ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyi, sosyal destekleri, sosyoekonomik durumu, hastalığı algılayış biçimi gibi faktörler psikiyatrik bozukluk oranını etkilediği bulunmuştur [23].

Kanserli hastalarla yapılan birçok çalışma vardır. Atesçi ve ark. 150 kanser hastasında psikiyatrik bozukluk sıklığını araştırmışlardır. Psikiyatrik tanıların DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme ile konduğu bu çalışmada, hastaların % 27.8'ine psikiyatrik bozukluk tanısı konmuştur [23]. Karakaya'nın 2014 yılında meme, troid, kolorektal ve over kanserli 120 hastada yaptığı çalışmada ise hastaların %14'ünde uyum bozukluğu ve % 11.3'ünde majör depresyon en sık karşılaşılan tanılar olmuştur [24]. Kugaya ve ark. 107 baş-boyun kanserli hastada yaptıkları çalışmada, hastaların %16.8'inde uyum bozukluğuna veya majör depresyona sahip olduğunu saptamışlardır [25]. Amerika'da tiroid kanserli hastalarda DSM IV ölçütleri kullanılarak yapılan bir çalışmada ise depresyon sıklığı % 27 olarak bulunmuştur [26]. Yine Derogatis ve ark. 215 kanserli hastada yaptıkları çalışmada hastaların % 47'sinde tanı konulacak düzeyde bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu hastaların psikiyatrik bozukluk oranları ise % 68'inde uyum bozukluğu, %13'ünde majör affektif bozukluk, %8 organik mental bozukluk, %7 kişilik bozukluğu ve %4 anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir [27]. Akechi ve ark. ise 209 terminal dönem kanserli hastada depresyonun hastaların % 6.7'sinde, uyum bozukluğunun ise hastaların % 16.3'ünde var olduğunu bildirmişlerdir [28]. Tüm bu araştırmalarda psikiyatrik bozukluk düzeyi ölçümü için farklı yöntemlerin kullanılmış olması ve üzerinde çalışılan kanser hastalarının, kanserin türü ve evresi açısından farklı oluşu araştırmalar arasında görülen farklılıkların sebebi olabilir.

Bukberg ve arkadaşları (1984) psikiyatrik görüşmelerde DSM-III kriterlerine göre inceledikleri 62 yatan onkoloji hastasında %42 oranında majör depresyon saptamışlardır [29]. Lansky ve arkadaşları da (1985) çoğunluğu ayaktan hasta olan 505 kadın kanser hastasının katıldığı çalışmada DSM-III kriterlerine göre %4.5, Hamilton Depresyon Ölçeği'ne göre 20 ve Zung Depresyon Ölçeği'ne göre 50 puan kesme noktalarına göre

%5.3 oranında klinik depresyon tanısı saptamışlardır. Bu çalışmada yatan hastalarda ayakta hastalara göre daha yüksek depresyon oranı saptanmıştır [30]. Başka birçok çalışmada da hastanede yatarak tedavi gören kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk oranı, ayakta izlenen hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Hastanede yatarak tedaviyi görecektir düzeyde bir sağlık sorununun varlığı ve hastane ortamında bulunma, kişilerin stresini daha da arttırarak baş etme becerilerini azaltmaktadır [24].

### **2.2.2. Diabetes Mellitus ve Psikiyatrik Morbidite**

Diabetes mellitus, pankreas hücrelerinden salgılanan insülin hormon sekresyonunun eksikliği, yokluğu veya değişik derecede insülin direnci sonucunda oluşan, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmalarında düzensizliğe yol açan, kronik hiperglisemi ile seyreden, etyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı metabolik bir hastalıktır. Diabet hastalarında kan şekerinin kontrolsüz olarak yükselmesi sonucunda uzun vadede hastalarda nefropati, retinopati ve nöropati gibi sorunlara yol açarak organ ve dokuların işleyişinin bozulmasına neden olmaktadır. Diabetes Mellitus(DM) kronik, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra hastalar için birçok güçlüğü de beraberinde getirir. Hastalığın, ömür boyu ilaç kullanımını gerektirmesi, yorgunluk, halsizlik, sık idrara çıkma gibi etkilerinin olması, hastaları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklar hastaların yaşam kalitesini bozarak psikiyatrik sorunlara neden olabilir [31].

Diabetik hastalarda başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikiyatrik bozuklukların genel populasyona oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hastalığın tedavisinde belirtilere yönelik ilaç verilmesi yanında bilişsel-davranışçı psikoterapötik yaklaşımların uygulanması önerilir. Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, stres faktörleri diyabetin hem etyolojisinde hem de metabolik kontrolünde etkin bir rol oynar [32]

Prospektif olarak tasarlanmış ve 7 çalışmanın dahil edildiği bir çalışmada tip 2 diyabet mevcudiyeti, depresyon gelişiminde %15 oranında artmış risk ile ilişkili bulunmuştur [33]. Daha ileri tarihli bir çalışmada ise; 48 808'i tip 2 diyabet hastası olan, toplam 172 521 kişiyi kapsayan 11 prospektif çalışma dahil edilmiştir. Tip 2 diyabet mevcudiyeti depresyon gelişimi için %24 oranında risk artışı ile ilişkili bulunmuştur [34]. Tellez-

Zenteno ve Cardiel (2002) tip II DM'li hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların %39'unda depresyon olduğunu, Gavard ve ark (1993) DM hastalarında yapılan 4 araştırmayı gözden geçirdiklerinde DM'li hastalarda depresyon sıklığının %20-27 oranları arasında bulunduğunu bildirmişlerdir [35].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanmayan 180 diabetik hastanın depresyon ve anksiyete düzeyleri ölçülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların 27'sinde (%15) DSM-IV (APA 1994) ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı konulmuştur [36]. Özkan ve Turgay (1994), tip I ve tip II diyabeti olan hastalarda psikiyatrik morbiditeyi araştırmışlar, hastalara Beck Depresyon Ölçeği, SCL-90 ve Toronto Aleksitimi Skalası uygulamışlardır. Çalışma sonucunda hastaların %37,5'inde uyum bozukluğu en sık karşılaşılan tanı olmuştur. Hastaların %6,65'inde ise majör depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir [37]. Diyabetli hastalarda yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanılarak ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının en sık karşılaşılan bozukluklar olduğu bildirilerek, tip I DM'ta major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı için %25, yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı için %32'ye kadar ulaşan oranlar verilmiştir [38].

### **2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Psikiyatrik Morbidite**

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucunda böbreklerin vücuttaki sıvı-elektrolit dengesini sağlayamadığı ve metabolik ve endokrin fonksiyonların progresif olarak bozulduğu kronik bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği 3 aydan daha uzun süredir mevcut olan, böbrek yapısı ya da işlevindeki anormallikler olarak tanımlar. Çoğu zaman tipik olarak sürekli ve belirti vermeyen nefron fonksiyon kaybı sonucunda son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişir [39].

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) işlev kayıplarının, yaşam tarzında değişikliklerin, dolayısıyla uyum sorunlarının ve psikiyatrik sorunların fazla yaşandığı kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu hastalık; böbrek işlevlerinin geriye dönüşsüz olarak bozulmasıyla; üremi olarak adlandırılan; hipertansiyon, anemi, büyüme-gelişme geriliği, kaşıntı, sıvı-elektrolit dengesizlikleri gibi, pek çok sistemin işlevlerinin bozulmasına ilişkin belirtilerin ortaya çıktığı, ilerleyici ve uzun süreli bir hastalıktır [14].

Dünya genelinde ölümlerin %40'ı kazalar, bulaşıcı hastalıklar ve beslenme bozuklukları sebebiyle olurken, ölümlerin %60'ından ise kronik hastalıkların sebep olduğu saptanmıştır. Dünyadaki kronik hastalıkların yarısını kalp ve damar hastalıkları oluştururken (miyokard infarktüsü, serebrovasküler hastalık, periferik damar hastalığı) diğer yarısını ise kanserler, diyabet ve böbrek yetmezliği oluşturmaktadır. Günümüzde kronik böbrek hastalığının ana iki nedeni diyabetes mellitus (DM) ve hipertansiyondur. Böbrek hastalarının büyük bir çoğunluğunda (%60-70) altta yatan diyabet ve/veya hipertansiyonun olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 16 Şubat 2006 tarihinde ki Kronik Hastalıklar Raporu'na göre, Türkiye'de yaklaşık 22 milyon kişinin en az bir kronik hastalığının olduğu, bu kişilerin yaklaşık 15 milyonunda hipertansiyon, 4 milyonunda da diyabet olduğu bildirilmiştir. Bu iki faktöre bağlı olarak ülkemizde böbrek yetmezliğinin giderek arttığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1997 yılı sonunda 234 diyaliz merkezi bulunurken giderek artmış ve en son merkez sayısı 469'a ulaşmıştır. 1997 yılı sonunda diyalize giren 11603 hasta sayısı 2003 yılı sonunda %163'lük bir artışla 30562'ye ulaşmıştır. Bu sayılara her yıl yaklaşık 2500 civarında yeni olgu eklenmektedir. 2005 sonu rakamlarıyla yaklaşık 35.000 kişi yaşamlarını diyaliz tedavisiyle sürdürmektedir [12]. Böbrek yetmezliğinin çeşitli nedenleri olmasına karşın en sık görülen nedenleri arasında diyabet, hipertansiyon, kronik glomerulonefrit, kronik pyelonefrit, konjenital böbrek hastalıkları, sistemik lupus eritomatozus (SLE) ve nefroskleroz sayılabilir. Kronik böbrek yetmezliğinin iki temel tedavisi, diyaliz ve böbrek naklidir [13].

Diyaliz, yarı geçirgen bir membranla ayrılmış iki farklı solüsyon arasında su ve bazı maddelerin geçişine dayanan fiziksel ve kimyasal bir olaydır. Diyaliz, periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Periton diyalizi, hastanın bir sağlık kurumuna gitmesini gerektirmeksizin kendi evinde, hastanın kendisi tarafından veya aileden birinin yardımıyla uygulanabilir. Hemodiyaliz ise belirli sağlık kurumlarında sağlık personeli tarafından uygulanan bir tedavidir. Her iki uygulama da hastayı diyaliz makinesine bağımlı kılmakla birlikte, periton diyalizinde hastanın kendi tedavisi üzerinde kontrol sahibi olma şansı daha yüksektir. Fakat hemodiyaliz hastaları tedavi ekibine bağımlı olmakta ve yaşamlarında birçok değişim yapmak zorunda kalmaktadırlar [12].

Hemodiyaliz hastalarının, hastalığa ve tedavi şekline bağlı maruz kaldıkları yaşam değişiklikleri, hastanın fiziksel işlevlerde bozulma, yorgunluk ve işlevsellikte bozulma

gibi nedenlerle eve gelir getiren bir işte çalışamama, sosyal etkinliklere katılamama, cinsel işlevlerde azalma ve uyku problemleri ile kendini göstermektedir [60]. Bu sorunlar ekonomik durumunun değişimi, hasta otonomisinin bozulması ve aile içi rollerde bozulma gibi birçok sıkıntıyı beraberinde getirmektedir. Hastalar birçok çatışmayı bir arada yaşamaktadırlar. Bu çatışmalardan en önemlisi hastaların haftada iki üç kez hemodiyaliz merkezine gelip dört beş saat makineye bağlı olmasıdır. Hayatlarını kurtaran ve yaşamaları için gerekli olan bu müdahale aynı zamanda mesleki ve sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Diyalizden sonra ortaya çıkan yorgunluk nedeniyle ev ortamında ve kişisel bakımında başkasının yardımına gereksinim duymak hastalarda güçsüzlük duygusuna neden olabilmektedir. Makineye, tedavi ekibine ve hastalığın neden olduğu fonksiyon kayıplarına bağlı olarak başkalarına olan bağımlılık arttıkça ruhsal belirtiler de artabilmektedir. Çoğu araştırmacı kronik böbrek hastalarının maruz kaldığı fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar sebebiyle bu hastalarda ruhsal bozuklukların yaygın olarak görüldüğü görüşündedir [12, 40].

Hemodiyaliz hastaları psikososyal sorunların yanında psikiyatrik sorunlar da yaşayabilmektedirler. Ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar genellikle uyum ve davranış bozuklukları, organik beyin sendromları, anksiyete ve cinsel işlev bozuklukları ve depresyondur [14, 41]. Kalp-damar hastalıkları, anemi ve güçsüzlük, gastrointestinal sorunlar, enfeksiyon, nöropati, kaşıntı; tedavi sırasında görülen hipotansiyon, hava embolisi, ağrılı kas krampları, bulantı-kusma ise hemodiyalizin tıbbi komplikasyonlarıdır. Bu tıbbi ve psikiyatrik sorunlar birbirini karşılıklı olarak etkilemekte, tıbbi sorunlar psikiyatrik sorunların, psikiyatrik sorunlar da tıbbi sorunların artışına neden olabilmektedir [14].

80 kronik böbrek yetmezliği hastasının bir yıl izlemiyle yapılan bir çalışmada, hastalar DSM-III tanı ölçütlerine değerlendirilmiştir ve bu hastaların %30'unda ruhsal bozukluk olduğu saptamıştır. Hastaların %14'ünde Uyum bozukluğu en sık karşılaşılan tanı olurken, %12.5 oranında majör depresyon, %2 oranında agorafobili panik bozukluk ve %1,5 oranında da yaygın anksiyete bozukluğu bu tanıyı takip etmektedir [12]. Kimmel ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptıkları başka bir çalışmada hemodiyaliz uygulanan hastaları bir yıl boyunca izlemişler ve bu hastalarının %10'unda en az bir ruhsal bozukluğun olduğunu bildirmişlerdir. Tanı konulan ruhsal bozukluklar içinde ilk sırada depresyon yer alırken, konulan diğer tanılar sırasıyla, diğer duygulanım bozuklukları,

organik beyin sendromu, demans, alkol ve madde kullanımı, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile anksiyete ve kişilik bozuklukları izlemektedir [42]. Yapılan çalışmalar sonucunda psikososyal destek ve güvenceleri yetersiz olan hastaların daha risk altında olduğu ve hemodiyaliz hastalarında intihar girişiminin, sadece nüfusun genelinden değil, diğer kronik hastalığı olan kişilerden de anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir [12, 43].

### **Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatrik Morbidite**

Son dönem böbrek yetmezliği ile ilgili gerçekleşen gelişmeler, bireylerin yaşam süresini uzatmakta fakat bu kez de hastalarda başka sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların bir kısmı tıbbi olabileceği gibi diğer önemli bir kısmı ise psikiyatrik, yasal, psikososyal ve ekonomik olabilmektedir [2].

Rodin ve Abbey'in 1967 yılında yaptıkları çalışmada 44 böbrek transplantasyonlu hastanın psikiyatrik değerlendirmesi sonucunda, işlem sonrası 9 hastanın 1'inde fiziksel komplikasyonlarla birlikte majör depresyon, diğer 8 kişide ise gelecek ve sağlık hakkında anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir [44]. Aynı yıl yapılan başka bir çalışmada 34 böbrek alıcısının %20'sinde psikolojik problemler saptandığı bildirilmiştir. 1971 yılında yapılan bir çalışmada, 292 böbrek transplantasyonu ameliyatı için bekleyen hastalardan 50'sinde ameliyat öncesi dönemde önemli psikolojik problemler saptanmıştır. Ameliyat sonrasında ise operasyon geçiren 50 hastadan 36'sında psikolojik problemler gelişmiştir. Ameliyat öncesi psikolojik problem saptanmayan diğer 242 hasta da ise ameliyat sonrası 58'inde psikolojik problemler geliştiği saptanmıştır [15]. Simmors'un 5-9 yıl önce transplantasyon yapılan hastalarda psikometrik ölçümler kullanarak, psikososyal uyumu araştırdığı çalışmada alıcıların %71'inde hafif depresyon, %45'inin de anksiyete yaşadığını saptamıştır. 1987 yılında, 57 transplantasyon hastasından oluşan bir grupta Genel Sağlık Anketi uygulanarak yapılan bir çalışmada ise hastaların %47'sinde önemli bir psikiyatrik bozukluk olasılığının gösterildiği belirtilmiştir [45]. Kaçmaz'ın bildirdiğine göre, Enderer ve arkadaşlarının 1993 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yaptıkları çalışmada transplantasyon sonrası 0-1 ay, 1 ay-1 yıl, 1yıl ve üzerinde süre geçmiş hastalarda; uyum güçlüğü en sık bildirilen bozukluk olmuştur. Uyum bozukluğu yaşayan hastaların ise %56.3'ü anksiyeteli uyum güçlüğü, %31.3'ünde somatik belirtilerle giden uyum güçlüğü olduğu bildirilmiştir [15].



Böbrek transplantasyonu sonrası ilaç kullanımı da hastalar için bir başka güçlüktür. İlacın yan etkileri ve ilaçların yaşam boyu kullanılması durumu hastaların yaşam kalitesini ve psikososyal uyumu bozan fatörlerdendir. İmmüno-supressif etkisi olan ilaçların, enfeksiyon olasılığını arttırması nedeniyle kişinin yaşamında bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirir. Transplantasyonlu hastaların kullandıkları ilaçların; psikoz, delirium, organik beyin sendromu, depresyon, huzursuzluk, anksiyete, duygu durum değişikliği gibi tabloların görülmesinin nedenleri arasında olduğu araştırmalar ile varılan sonuçlardır [15].

Hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesinin arttırılmasına dönük beklentileri gündeme getirilmiştir. Böbrek transplantasyonlu hastalar kronik organik beyin sendromu, majör depresyon, delirium, anksiyete ve intihar girişimi yönünden riskli oldukları belirtilmiştir.

#### **2.2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Psikiyatrik Morbidite**

Kronik kalp hastaları; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken birçok sorunla karşılaşmakta ve yaşanan bu sorunlar, hastaları fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik olarak birçok açıdan ciddi bir şekilde etkilemektedir. Hastalığın zamanla ilerlemesiyle bağımlılığın artması, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, hastaların toplum ve aile içerisindeki rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına, ve bunun sonucunda sosyal destek gereksinimlerinin artmasına ve sosyal izolasyona sebep olmaktadır. Tüm bu durumların sonucunda kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların görülme oranı artmaktadır [46].

Yıllardan beri koroner arter hastalığı ve depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların birlikteliği üzerine araştırmalar yapılmaktadır. Anksiyete ve depresyonun koroner arter hastalığının patogenezinde rol oynadığına dair görüşler olduğu kadar koroner arter hastalığına sekonder olarak depresyon ve anksiyete ortaya çıkabileceğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır [47]. Aydemir ve arkadaşlarının 2015 yılında 64 Koroner Kalp Hastasıyla(KKH) yaptıkları çalışmada; KKH olan hastaların % 68,8'inde anksiyete ve %81,3'ünde ise depresyon tespit etmişlerdir [48]. Gözcelioğlu'nun 2012 yılında koroner anjiyografi uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada ise KAH grubunun HAM-D ve HAM-A ortalama puanlarının kontrol grubunun ortalama puanlarına göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Grace ve arkadaşları, akut koroner sendrom nedeniyle

hastanede yatan hastaların üçte birinde anksiyete bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir [49]. Başka bir çalışmada ise acil servise göğüs ağrısı nedeniyle başvuran koroner arter hastalarının %40'ında anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir [50]. Koroner arter hastalığı olan bireylerde majör depresyon veya depresif semptomların prevalansının 3 kat fazla olduğu, zayıf sosyal ağa sahip bireylerde koroner arter hastalığı insidansının 2-3 kat fazla olduğu, düşük düzeyde duygusal destek alan post-MI hastalarında kardiyak olaylara yaklaşık 3 kat daha fazla maruz kaldıkları ve stresli bir yaşam tarzı olan bireylerde Mİ ve ani kardiyak ölüm görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir [51]. Depresif olmayan hastalara karşın depresif semptomlu hastalardaki miyokard enfarktüsü için rölatif risk oranının 1.5-4.5 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır [52].

Kardiyovasküler hastalıklar ile depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon gibi psikososyal faktörler arasındaki ilişki son zamanlarda daha fazla araştırma konusu olmuştur. Bu alanda yapılmış çalışmalardan birisi olan Uluslararası Kalp (INTERHEART) çalışmasında 52 ülkede 11.119 kalp hastası ve 13.648 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubunda psikososyal risk faktörleri ile akut miyokard enfarktüsü riski arasındaki ilişki araştırılmış ve başlıca dört faktör sorgulanmıştır. Bu faktörler; ev ortamında stres, iş ortamında stres, parasal stres ve son bir yıl içinde stresli bir yaşam olayının varlığıdır. Akut Mİ geçiren hastalarda, bu dört faktörün de daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Bu dört faktörün yanı sıra, Mİ geçiren hastalarda son bir yılda kontrol grubuna göre depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [53].

Depresyonun Mİ'den sonra ilk 18 ay boyunca kalp hastalıkları mortalite oranını 3-4 kat arttırdığı tespit edilmiştir. KKH' de minör depresyon için 1-2 kat artış ve majör depresyon için 3-5 kat artış olduğu, KKH riskinin doğrudan depresyonun şiddeti ile ilişkili olduğu ve ilişkinin kuvvetinin ise sigara içme veya hiperkolesterolemi gibi standart risk faktörleri ile aynı büyüklüğe sahip olduğu belirtilmiştir [54]. Çiftçi'nin 2015 yılında MI ile takip edilen 81 hastada yaptığı çalışmada, hastaların %63.8'inin miyokard enfarktüsünden sonra yaşam şekillerinde olumsuz yönde değişiklik olduğunu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %27.2'sinin enfarktüs sonrası yaşamlarını kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarından başka şüphe duyma, rahatsızlık, panik atakları, ölüm korkusu yaşamaları, yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Aynı zamanda hastaların beslenme alışkanlıklarında ve günlük yaşam aktivitelerinde,

aşırı stres ya da aşırı yorgunluk veren etkinliklerinde değişiklikler yapma zorunluğu yaşam kalitelerini azaltmakta olduğu bulunmuştur [55].

Ayrıca göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı gibi yakınmalar ile kardiyoloji polikliniklerine ve acil servislere başvuran hastalara, kardiyak etkenleri dışlamak için koroner anjiyografi gibi çeşitli tetkikler uygulanmaktadır. Göğüs ağrısı nedeniyle kardiyologlara yönlendirilen hastaların yaklaşık yarısında kardiyak patoloji saptanmadığı, bu hastalarda değişen oranlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk gibi psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği belirtilmektedir. Bu psikiyatrik patolojiler yeterince aydınlatılamaz ve hastalara gerekli tedaviler verilmezse yakınmaların kronikleştiği, sağlık kuruluşlarına başvuruların ve dolayısıyla sağlık harcamalarının arttığı bilinmektedir. Kalp hastalıkları genelinde görülen en yaygın psikiyatrik bozukluklar ise; kaygı bozukluğu, depresyon, uyum bozukluğu, psikoseksüel bozukluklar ve somatizasyon bozukluğudur [56].

#### **2.2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Psikiyatrik Morbidite**

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH), solunum yollarının obstrüksiyonu ile karakterize, akciğerlerde aşırı sekresyon birikimi, ödem ve bronkospazm ya da akciğer dokusunun harabiyeti sonucu meydana gelen bir akciğer hastalığıdır. KOAH günümüzde çok sık karşılaşılan bir kronik hastalıktır. KOAH'lı bireylerin zararlı partikül ve gazlara maruz kalmalarına bağlı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt sonucu hava yollarında ciddi ilerleyici daralma ve tıkanmalar oluşmaktadır [57].

Kronik hastalıklar, organlarda işlev kayıplarına yol açmalarının yanı sıra, kişileri hastaneye bağımlı kılmaları, fiziksel ve sosyal kısıtlamalar getirmeleri gibi nedenler ile geleceğe dair endişe ve umutsuzluğu artırır, kaygıya yol açarlar. Bu kronik hastalıklar içinde, akciğer hastalıkları diğer hastalıklardan daha fazla yetersizlik hissi oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle de akciğer hastalıkları, diğer kronik hastalıklara göre psikiyatrik bozukluklarla daha kuvvetli bir ilişki göstermektedir. Kronik solunum sistemi hastalıkları bireylerde yaşam aktivitelerini aksatacak şekilde sınırlılık ve yetersizliğe neden oldukları, ölüm oranında artışa yol açtıkları için ciddi hastalıklar olarak incelenir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) solunum sistemi hastalıklarının en sık görülenidir [58, 59].

Solunum sistemi ile ruh hali arasında önemli bir ilişki ve etkileşim vardır. Solunum sistemini, duygu durum ve değişiklikleri etkiler. Solunum sistemi hastalıklarına anksiyete bozuklukları, uyum güçlükleri, depresyon, deliryum, kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları ve psikoseksüel bozukluklar gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklar eşlik edebilir [58].

Kronik akciğer hastalıklarında anksiyete ve depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Kronik hastalıklara sekonder olarak depresyonun eşlik etmesiyle birlikte hastaların yaşam kalitesi iyice bozulur. Kronik hastalıkların oluşturduğu fiziksel septomlar ve sosyal izolasyon depresif duygulanıma neden olurken, depresyon da hastalıkla baş etme gücünü zayıflatır ve hastalığa toleransı zorlaştırır. Böylece hastalar kısır bir döngüye girerler. KOAH'lı hastalarda depresif bozukluk, depresif mizaçlı uyum güçlüğünden, intihar riski taşıyabilen majör depresyona kadar uzanabilir [59].

KOAH'lı hastalarda başta anksiyete ve depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların görülme oranı yüksektir. Yapılan birçok çalışmada çeşitli yöntemler kullanılmış ve KOAH'lı olgularda %6 ile %12 arasında depresyon olduğu bildirilmiştir. [60]. Yohannes ve arkadaşlarının 1998'de yaşlı KOAH hastalarında yaptıkları çalışmada %46 oranında depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Aynı yaşta ki sağlıklı bireylerde bu oran %11, yeti kaybına yol açan diğer hastalıklarda ise %26 olarak bulunmuştur [61]. Kömürcüoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yatarak tedavi gören ve ayaktan izlenen KOAH'lı hasta gruplarını karşılaştırmışlar, yatarak tedavi gören KOAH'lı hastaların depresyon skorları ayaktan takip edilen hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [62]. Sözer ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, KOAH'lı bireylerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı bireylere göre yüksek olduğunu belirtmişlerdir [63]. Afşar ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanmayan KOAH'lı hastalarda, depresyon ve anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve KOAH'lı olgularının %44'ünde anksiyete, %68'inde depresyon saptamışlardır [59].

### 2.2.6. Karaciğer Hastalıkları ve Psikiyatrik Morbidite

Karaciğer hastalıkları genellikle enfeksiyon veya karaciğerin alkol ve uyuşturucu gibi zehirli maddelere maruz kalması sonucunda meydana gelir. Dünyada en sık edinilen karaciğer hastalıkları, hepatit A, B, C ve sirozdur. Hepatit A akut (kısa süreli) bir hastalığa neden olur ve dışkıyla kontamine olan yiyecek veya içme suyunda bulunan bir virüsten kaynaklanır. Hepatit B ve C enfekte bir kişinin kanıyla bulaş ya da cinsel temas yoluyla yayılan viral bir enfeksiyondur. Enfekte bir anneden fetüsüne geçebilir. Çoğu insanda hepatit B ve C virüsleriyle enfekte olmuş kişiler hasta olmayıp sadece taşıyıcı olabilirler. Hepatitler akut veya kronik olabilir. Akut hepatitler şiddetli semptomların olmadığı kısa süreli hastalıklardır. Ancak hastalık uzun süre kalıp kronikleşirse kalıcı karaciğer hasarına neden olarak ölümcül bir hastalığa dönüşebilir [64]. Karaciğer sirozu karaciğerde kalıcı skar dokusunun oluşumunu ve karaciğer fonksiyonunun kaybını içerir. Genellikle kronik alkol kötüye kullanımı neden olur, ancak aynı zamanda hepatit gibi hastalıklardan da kaynaklanabilir. Siroz, karaciğerde ki kan akışını engeller ve karaciğeri besleyen kan damarlarında baskıyı artırarak kandaki zehirli maddelerin giderilmesini azaltır [65].

Hepatitlerin ve karaciğer hastalıklarının semptomları arasında psikiyatrik bozukluklara sıkça rastlanabilir. Hepatik bozukluklarda çeşitli nörolojik ve psikiyatrik bulgular görülebilir. Kronik hepatit B ve hepatit C hastalarında psikiyatrik semptomlar arasında en sık görüleni anksiyetedir. Hasta ve yakınları teşhisi ilk öğrendiklerinde kaygıya kapılırlar ve hastanın geleceğinden endişe ederler. Kişi üzüntüsünü denetlemekte zorlanır. Hastaların karşı karşıya kaldığı yaşam tarzı değişiklikleri, sosyal ve fiziksel kısıtlamalar bireylerde anksiyete başta olmak üzere endişe hali, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, uyku sorunları, kas gerginliği ve depresyon gibi çeşitli psikiyatrik semptomların görülmesine sebep olabilir. Bu semptomlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, mental ve genel sağlık skorlarında düşmelere neden olduğu gösterilmiştir [66, 67].

Depresyon da kronik hepatit B ve hepatit C'nin seyri sırasında görülebilir. Hasta ve yakınlarının teşhisi öğrendiklerinde üzüntüye kapıldıklarını görmek mümkündür. Hastanın kendisini boşlukta hissetmesine veya işinden geri kalmasına sebep olabilir. Düşüncelerini belli bir konuda yoğunlaştırmakta güçlük, kararsızlık, intihar fikirleri veya girişimleri görülebilir. Hepatik bozukluklarda sık rastlanan tablolardan biri de deliryumdur. Nöbetler halinde gelen bu tabloya psikiyatrik semptomlar eşlik eder.

Hepatik bozukluğa bağı deliryum tablosunda hasta çevrede olup biteni anlamakta ve değerlendirmekte güçlük çeker [66].

Kronik hepatit C virüs enfeksiyonu ciddi bir halk sağığı problemidir ve tüm dünyada yaklaşık 100-300 milyon hepatit C hastası bulunmaktadır. Bu insanlarda %75 oranında kronik enfeksiyon ve en az %15-20 oranında siroz ve son evre karaciğer hastalığı gelişmektedir. ABD'de hepatit C enfeksiyonu yılda 600 milyon dolardan fazla kayba neden olmaktadır [67]. HCV ile enfekte hastalarda psikiyatrik bozukluklar oldukça sık görülür. Kronik hepatit C'li hastalardaki bu psikiyatrik bozukluklar ve ilaç ve/veya alkol kullanımı bozuklukları hastalığın seyrine olumsuz yönde etki eder. HCV ile enfekte Vietnam gazileri üzerinde yapılmış bir çalışmada hastaların %86'sında psikiyatrik bozukluk ya da madde kullanım bozukluğu hikayesi ve yaklaşık %35'inde aktif bozukluk saptanmıştır. İnterferon tedavisi sırasında depresyon gelişiminin yanı sıra, tedaviden önce de %2-30 oranında depresif semptomlar bulunabilir. Çünkü hepatitin kendisi de yorgunluk, anhedoni, motivasyon kaybı, konsantrasyon bozukluğu ve hafif kognitif bozukluklara sebep olur ve hastaların %25'inden fazlasında antidepresan tedavisi ihtiyacı bulunmaktadır [68]. Yumru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise interferon tedavisi alan HCV'li hastaların %40'ında major depresyon ve %25'inde ise anksiyete ve depresyon eş hastalık tanılarının olduğu görülmüştür [64].

Hepatit B virüsü (HBV), kişilerde akut ve kronik hepatit oluşturmasının yanı sıra ilerleyen aşamalarda siroz ve hepatoselüler kanser gibi önemli komplikasyonlara yol açabilir. Dünyada 2 milyar kişinin Hepatit B virüsü ile karşılaşmış olduğu, ortalama 400 milyon kronik HBV enfeksiyonu vakası bulunduğu ve her yıl 500-700 bin insanın HBV'ye bağı hastalıklar sonucunda yaşamlarını kaybettiğı tahmin edilmektedir [70]. Sık görülen HBV enfeksiyonunun hem akut dönem etkileri hem de kronik dönemdeki etkileri nedeniyle depresyon sıklığını arttırabileceğı bilinmektedir. HBV ile beraber depresyon sıklığının artmış olabileceğı bildirilmiştir. Foster ve ark. HBV enfeksiyonu olan İngiliz hastalarda SF-36 kullanarak yaptıkları çalışmada HBV'li hastaların genel ve mental sağıık subskorlarının belirgin olarak bozulduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada kronik dönemde HBV'li hastalarda mental işlevlerde bozukluklar gözlemişlerdir [71]. Ateşçi ve ark. yaptıkları bir çalışmada hepatit B virus taşıyıcısı olmanın psikolojik durum üzerine etkisini araştırmışlar. Çalışmada hepatit B'li olgularda anksiyete ve depresyon

skorları yüksek bulunmuştur [72]. Kunkel ve arkadaşlarının Hepatit B'li hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %46'sında depresif semptomlar görüldüğü bildirmişlerdir [73]. Yiğit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada HBV'li taşıyıcı grubun %25'inde anksiyete, %40'ında depresyon riski olduğunu, hasta grubunun ise %21'inde anksiyete, %41'inde depresyon riski olduğunu bildirmişlerdir [74].

### **2.2.7. Meme Kanseri ve Psikiyatrik Morbidite**

Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup, tüm kanser olgularının yaklaşık %29'unu ve kansere bağlı ölümlerin %14'ünü oluşturmaktadır. Ülkemizde de meme kanseri, kadınlar arasındaki tüm kanser türleri içinde ilk sırada yer almaktadır ve 2009 verilerinde bu oran %23,4 olarak bildirilmektedir [75].

Meme kanseri teşhisi kadının hem yaşamına hem de kadınlık kimliğine bir tehdit oluşturmaktadır. Kadının memesi hakkındaki deneyimleri ve tavrı ne olursa olsun, yaşamsal süreç içerisinde kişiliklerinin önemli bir kısmını oluşturur. Kadın için meme süt verme fonksiyonun yanı sıra annelik, kadınlık, çekicilik ve cinsellik sembolize etmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınların tepkileri genel olarak iki alanda yoğunlaşmaktadır; ilk tepkiler belirsizlik, acı çekme, kanserin yayılma ihtimali ve ölümle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybına bağlı olarak beden imajında bozulma, benlik saygısında düşme ve cinsellikle ilişkili sorunlardır [2, 77].

Meme kanseri tedavisinde cerrahi girişim birincil öneme sahip olmakla birlikte hastalarda genellikle kayıp yaşantısı olarak algılanmaktadır. Meme kaybı; kadın ve çevresi için kadınlığın, estetiğin, cinselliğin, doğurganlığın, çekiciliğin kaybı olarak görülmekte ve çeşitli psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Meme kanserli kadınlarda cerrahi girişim sonrası görülen lenfödem, ağrı, postür bozukluğu, kol ve omuz hareketlerinde kısıtlılık gibi fiziksel problemler daha hızlı tespit edilip çözülürken, beden imajında bozulma, benlik saygısında düşme, doğurganlığın kaybı, terkedilme veya beğenilmeme korkusu, eş ile ilgili sorunlar, iş ve kariyer kaybı korkusu gibi sıkça yaşanan psikososyal problemler üzerinde fazla durulmayıp göz ardı edilmektedir [77].

Literatür incelendiğinde; meme kanserli kadın hastaların %20-%35'i hastalıklarının belli bir döneminde, hastalığın evresi ve tedavinin yan etkisinden bağımsız olarak,

anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir [78, 79]. Ramirez ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 91 hastayı ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 12. aylarda Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeğini kullanarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %55'inde değerlendirme zamanlarının bir veya birkaçında depresyon ve/veya anksiyete olduğu saptanmıştır [79]. Velioglu'nun 2015 yılında yaptığı çalışmada hasta olguların Beck Depresyon ölçek puanları, kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda toplam 78 (%75,7) hastanın depresyon puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise 21 (%20,4) hastanın depresyon puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hasta grubunda, sağlıklı kontrol grubundan yaklaşık 3,5 kat daha fazla depresyon olduğu bildirilmiştir [77]. Mehnert ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ortalama 47 ay önce meme kanseri tanısı almış 1083 hastayı Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği ile değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %38,2'sinde anksiyete, %22,2'sinde ise depresyon olduğunu saptamışlardır [78]. Stanton ve arkadaşları invaziv meme kanseri tanısı konulduktan 4 ay sonraki dönemden itibaren 460 meme kanseri tanılı hastayı 12 aylık sürede izledikleri çalışmalarında hastaların %16,6'sının majör depresyon tanı kriterlerini karşıladığını saptamışlardır [80].

### **2.2.8. Kolorektal Kanseler ve Psikiyatrik Morbidite**

Kolon ve / veya rektum kanserine işaret eden kolorektal kanser, en sık rastlanan kanserlerden biridir ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kansere bağlı ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir. Birçok kanser gibi kolorektal kanserde vücut imajını, cinselliği, sosyal işlevselliği, fiziksel ve psikolojik iyi oluş halini ve yaşam kalitesini bozabilecek yoğun bir tedavi (cerrahi, kemoterapi, radyo terapi gibi) süreci gerektirir. Ayrıca, kolorektal kanser hastalarının yaklaşık % 35'ine kolostomi gerekebilmektedir; bu da sosyal izolasyon, vücut imajı bozulma, mahremiyet sorunları ve evlilikte problem olasılığını artırır [81].

Ostomi, sindirim ve boşaltım sistemindeki çeşitli hastalıklar sonucunda, gaita ve idrarın dışarıya normal yollarla atılamaması nedeniyle karın duvarına cerrahi girişim ile bir açıklık oluşturulması işlemidir. Kolostomi, ürostomi ve ileostomi olmak üzere üç çeşidi vardır. Ostomi açıldıktan sonra vücuttaki atık maddelerin dışarı atımı sırasında depolanabileceği bir torbaya ihtiyaç duyulur. Ostomi işlemi kişinin hastalığına bağlı olarak geçici veya kalıcı olarak açılabilir. Geçici ostomiler, ostomi açılmasını gerektiren



neden ortadan kalktıktan sonra kapatılırken, kalıcı ostomiler adında da anlaşılabilceği gibi yaşam boyu kalır. Ostomi endikasyonlarının önemli bir bölümü gastrointestinal kanserler ve inflamatuvar barsak hastalıklarından oluşur. Ostomi, beden imajında değişime yol açarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini, işe yaramadığını düşünmesine ve yetersizlik duygusuna sebep olabilir. Beden imajında meydana gelen değişiklik; utanma, suçluluk veya nefret gibi duygulara yol açabilmektedir [82].

Kolorektal kanserlerinin ruh sağlığı üzerine etkileri hem hastalığın kendisinden hem de sosyal ve cinsel yaşama etkisinden kaynaklanabilir. Özellikle cerrahi girişimlerin neden olabildiği değişimler hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak kişileri olumsuz etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açabilmektedir. Kolorektal kanser hastaları tarafından bildirilen yaşam kalitesi ile ilgili en yaygın endişeler şunlardır: duygusal sorunlar, enerji eksikliği, cinsel işlev bozukluğu, bağırsak sorunları ve zayıf vücut görüntüsü. Kolorektal kanser hastalarında psikolojik sorunlar ve yaşam kalitesinin kötü olması için risk faktörleri ise şunlardır: düşük sosyal destek, düşük iyimserlik, negatif bakış açısı, son evre kanser hastalığı ve kalıcı bir stoma açılmasıdır. Psikolojik sorunlar kolorektal hastalığı olanlarda tanıdan beş yıl sonra bile yaygındır. Hastalar anksiyete, depresyon ve travmatik stres bozukluğu şeklinde problemler yaşayabilirler. Ayrıca, anksiyete ve travmatik stres belirtileri ağrı ve gastrointestinal sıkıntı ile de ilişkilidir [82].

Sebebi ne olursa olsun, kolorektal kanserler ve uygulanan tedavi kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunlar yaşamasına yol açabilir. Szczepekowski (2002) yapmış olduğu çalışmada kişilerin yaşadığı sorunlar arasında; başta depresyon olmak üzere, beden imajında değişme, benlik saygısında azalma, cinsel işlevlerde bozulma ve eş ile ilgili sorunlar gibi çeşitli ruhsal bozukluklar olduğunu bildirmiştir [83]. Karadağ ve arkadaşları (2003) yapmış oldukları çalışmada, ostominin koku veya sızıntıya neden olacağı korkusuyla hastaların çevredekilerden uzak durup, içine kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceklerini, zamanla kendilerini sosyal açıdan güvende hissedememe ve bunun sonucunda tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceğini belirtmişlerdir [84]. Blumenfield ve Tiamson 2003 yılında yaptıkları çalışmada psikososyal açıdan ostomi hastalarında ortaya çıkan duygusal ve davranışsal tepkilerin, amputasyon gibi beden bütünlüğünün bozulduğu durumlarda gelişebilecek tepkilerle benzerlik gösterdiğini ileri

sürmüşlerdir [85]. Knowles ve arkadaşları crohn hastalığı ve ostomisi olan hastaları Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanarak değerlendirmişlerdir. Bu hastaların yaklaşık yarısında anksiyete bozukluğu puanı yüksek bulunurken, %42'sinde ise depresyon belirtileri olduğunu bildirmişlerdir. Geçici bir ostomiye sahip katılımcılar, hastalık hakkında daha az kontrol sahibi olduklarını ve hastalıklarının yaşamlarını ve refahlarını olumsuz etkilemeye devam edeceklerini algıladıklarını düşündüren hastalık inançlarına ilişkin daha yüksek puanlar bildirmiştir. Bu bulgular geçici bir stomanın kalıcı hale gelebileceği ve bir stomaya sahip olmanın kalıcı bir niteliği olduğu endişesi ile ilişkilendirilebilir [86]. Gouveia Santos ve arkadaşları ise yapmış oldukları çalışmada, geçici stomaya sahip olan bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin kalıcı stomaya sahip olan bireylerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar, hasta popülasyonlarındaki farklılıklar ile ilişkili olabilir [87]. Ostomi işleminin bireylerin psikolojisi üzerine etkilerini araştıran bir çalışmada; katılımcıların % 22'sinde orta ve şiddetli düzeyde psikiyatrik belirtiler saptanmıştır. Bu hastalarda, ameliyat sonrası fiziksel belirti ve komplikasyonlar, psikiyatrik hastalık öyküsü, yetersiz bilgilendirme ve anksiyete gibi faktörlerin ruhsal bozukluk riskini artırdığı bildirilmiştir [88]. Kuchenhoff ve ark. kolorektal kanser, kolit veya ileit nedeniyle bağırsak rezeksiyonu ya da ostomi işlemi uygulanan 409 hasta ile yapmış oldukları çalışmada, aynı hastalık tanısı sebebiyle ostomi ve bağırsak rezeksiyonu yapılan hastaları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde psikolojik açıdan karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda ostomili hastalarda, bağırsak rezeksiyonu uygulananlara göre depresyon ve sosyal faaliyetlerde azalma daha yüksek oranda bulunmuştur. Aynı çalışmada kanser hastalarının, ülseratif kolit ve Crohn hastalarına göre daha düşük depresyon oranına sahip olduğu bulunmuştur [89].

### **2.2.9. Multipl Skleroz ve Psikiyatrik Morbidite**

Multipl skleroz, genetik ve çevresel faktörlerin sebep olduğu otoimmün reaksiyonlar sonucu gelişen merkezi sinir sisteminin (SSS) inflamatuvar, demyelinizan bir hastalıdır. Demyelinize hastalıklar içinde en sık rastlanan, relaps ve remisyon atakları ile karakterize olabilen ve fokal nörolojik defisite neden olan bir hastalıktır [90].

MS, kronik ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle, hastaların emosyonel iyilik halini bozarak, sosyal hayatını etkileyerek ve günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesine engel olarak yaşam kalitelerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu psikolojik etki engelin

ciddiyeti ile ilişkilidir. Hastalığın erken evrelerinde birçok hasta kısıtlamalar az olduğu için kendisini nispeten daha iyi hisseder. Bu yüzden hastalığın ilk dönemlerinde yaşam kalitesinin çok fazla etkilendiği söylenemez [91].

Günümüzde MS'in önlenmesine veya hastalığın tamamen tedavi edilmesine yarayan bir yöntem olmaması, hastalığın kronik, şiddetli ve ilerleyici özellikler göstermesinden dolayı MS'li hastalarda psikiyatrik semptomlar sık gözlenir. Matson ve Brooks'un öne sürdükleri "kronik hastalığa uyum" modeline göre MS'lu hastalar başlangıçtan itibaren belirsizlik, inkar, kabullenme ve uyum evrelerinden geçmektedirler [90]. Multipl sklerozda psikiyatrik semptomların varlığı 19. yüzyılda Salpetriere hastanesinde konferanslarında "dissemine skleroz"un detaylı klinikopatolojik tanımını yapan Charcot'dan beri bilinmektedir. Charcot'un not ettiği psikiyatrik semptomlar arasında patolojik gülme ve ağlama, öfori, mani, hallüsinasyonlar ve depresyon vardı. Gerçekten de Charcot'un hastası Mademoiselle halüsinasyonlar ve paranoya süresince şiddetli depresyon tarif etmiştir [90, 92]. Ancak 1950'lere kadar MS hastaları arasında depresyon sıklığı üzerine ampirik çalışmalar başlamamıştır. MS'in karakteristik nörolojik semptomlarına ilaveten major depresyon siktir, %50'lik bir oranda MS'de hayat boyu majör depresyon prevelansı tahmin edilmektedir [93]. Kronik hastalığın nonspesifik etkilerinden duygulanım üzerine hastalığın direkt etkilerini ayırmak zorken, güncel bir çalışma hem sağlıklı bireylerde hem de diğer kronik durumlarda karşılaştırma yaparak MS'de yıllık major depresyon prevelansının arttığını öne sürmektedir [94].

MS 'de en yüksek oranda görülen tablolardan biri de anksiyetedir. MS'de görülen anksiyetenin nedenleri arasında, hastalığın ilerlemesiyle birlikte kişilerin kendilerinde meydana gelen fiziksel mental fonksiyon kayıplarını fark etmeleri(katastrofik anksiyete), sosyal izolasyon, olayların üstesinden gelememe, günlük işlerini yerine getirememe, aile içi rollerinde değişiklik, yalnız kalma korkusu, depresyon ya da demansa eşlik eden fiziksel hastalıklara bağlı sorunlar yer alabilir. Çeşitli çalışmalar MS'li hastalarda yüksek anksiyete seviyeleri (%34) rapor etmektedirler. Ancak bu çalışmaların tümü kliniklere başvuran hastalarda yapılmaktadır. Bu durumda toplum tabanlı bir MS'li birey örneklemesine göre daha yüksek semptom seviyeleri olabilir [90]. Zorzon ve arkadaşlarının MS'li 95 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, anksiyete ile MRI görüntülerindeki total lezyon volümleri, beyin volümü, lokalizasyonlar veya herhangi bir klinik değişiklikle ilişki bulunamamışlardır [95]. Buradan yola çıkarak, anksiyetenin

psikososyal baskılara yanıt olarak hastaların takındıkları reaktif bir yanıt olabileceği belirtilmiştir. Stenager ve arkadaşlarının bir çalışmasında, anksiyete ile fiziksel kayıp arasında önemli ilişki olduğu rapor edilmiştir [96].

MS'li hastalarda mani görülme oranıyla ilgili fazla çalışma yapılmamıştır. Joffe ve arkadaşları 100 MS'li hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların %13'ünde bipolar bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Bu da normal popülasyondaki orandan(%1) yüksektir [97]. Lara ve arkadaşları yaptıkları çalışmada MS'li bireyleri değerlendirmek için psikiyatrik konsültasyon merkezi oluşturarak 2 yıl boyunca 197 MS hastasını değerlendirmişler ve bu hastaların %72,1'inde depresyon, %17,3'ünde anksiyete, %7,1'inde intihar girişimi, %6,6'sında mani, %5,1'inde psikoz ve %3'ünde kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır [98]. Hyphantis ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada MS'li hastalarda psikiyatrik belirti oranını araştırmışlar, araştırma sonucunda MS hastalarında psikiyatrik belirtilerin kontrol grubuna göre 6,7 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Psikiyatrik belirtilerin etyolojisinde hastalığın ortaya çıktığı yaş dönemi ve hastalıktan kaynaklanan engellilik derecesinin etkili olduğu bulunmuştur. Çoğu psikiyatrik belirtinin; özellikle de depresyonun ortaya çıkışında etkisiz baş etme, içe kapanma, hostilite ve öz güven eksikliği gibi faktörlerin etkili olduğu bulunmuştur [99].

### **2.2.10. Romatoid Artrit ve Psikiyatrik Morbidite**

Romatoid artrit (RA); etiyolojisi belli olmayan, kronik ve deformatelerle seyredabilen otoimmün bir hastalıktır. RA tüm yaşlarda ortaya çıkabilmesine karşın 30-50 yaşlar arasında daha sık görülmektedir. RA'in kronik bir hastalık olması ve klinik dalgalanmalar göstermesi, olguların ağrı ile her an karşılaşma olasılığı, psikiyatrik bozukluklara yol açan olası nedenlerdir [100, 101]. Depresyon ve anksiyete RA'li olgularda oldukça sık görülmektedir. Bu birliktelik hastalığın seyrini ve tedavi izlemlerini değiştirmektedir. Psikolojik durumun düzeltilmesi, tedavinin başarısını artırmaktadır [102].

RA tanısı, hasta ve hasta yakınları için stres ve belirsizliği beraberinde getirebilmektedir. Bu kronik hastalığa sahip hasta, tahmin edilemeyen bir seyir ve ataklarla belirgin ağrılı bir gidiş ile yüz yüze gelir. Hastalık seyrinde gelişen fiziksel engellilik, hastaların aile ve iş yaşamlarında mutsuzluğa yol açmakta, hastalar istediklerini gerçekleştiremeyerek kendilerini sosyal izolasyona sokmaktadırlar. Ek

olarak, yetersiz fonksiyonel durumun günler içinde artarak hastaları hastaneye bağımlı kılması, hastaların zaman içinde kendilerine bile yetersiz kalmaları, hastalığın getirdiği ekonomik sıkıntılar ve sosyal destekten yoksunluk hastalarda psikolojik problemlerin oluşmasına yol açmaktadır [102, 103]. Olguların hareket yeteneğinin % 10 azalması, bir sonraki yıl için, depresyonun 7 kat artmasına neden olmaktadır [104]. RA'li olguların, 2 yıllık periyotta %33 oranında çalışmayı bıraktıkları ya da %16 oranında işlerini değiştirdikleri ortaya konulmuştur [105]. Bu stres faktörlerine ek olarak ağrı, fiziksel engellilik ve aktivitelerde kısıtlılık ruhsal durumdaki değişimlerle ilişkilidir ve sonuçta anksiyete, depresyon ve çaresizlik duygusu oluşmasına neden olmaktadır. RA'li olgularda psikiyatrik bozuklukların oldukça sık görüldüğü bildirilmektedir. RA'li olgularda bildirilen başlıca psikiyatrik bozukluklar depresyon, anksiyete ve her ikisinin birlikteliğidir [106].

RA klinik seyri değişken olmasına rağmen tam remisyon döneminin oldukça nadir olduğu bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalık olması nedeniyle mevcut ilaçlar, tedaviden çok inflamatuvar süreci yavaşlatma ve durdurmaya yöneliktir. Tüm medikal tedavilere rağmen hastaların %15-25'inde hastalık progresif bir gidişat göstermektedir. Hastalık beklenen yaşam süresini de ortalama 3-7 yıl kısaltmaktadır [107]. Bireyin hayatını her yönden etkileyen bu hastalığın, kişide psikiyatrik sorunlara yol açması da beklenen bir durumdur. Bu nedenle RA'li hastalarda psikiyatrik bozukluklar sıkça araştırmalara konu olmuştur [108]. Yine El-Miedany ve ark. RA'li hastalarda anksiyetenin de depresyon kadar sık görüldüğünü bildirmişler ve yaptıkları çalışmada RA'li hastalarda depresyon oranını %66.2, anksiyete oranını %70 olarak bildirmişlerdir [109]. Altan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyon sıklığını Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğine göre %54, Beck Depresyon Envanteri'ne göre ise %28 olarak bulmuşlardır [108].

### **2.2.11. Epilepsi ve Psikiyatrik Morbidite**

Epilepsi, beyin aktivitesinin anormal bir şekilde çalışması sonucu oluşan nörolojik bir hastalıktır. Bir grup beyin hücresinin anormal deşarjı sonucu kişide nöbetler meydana gelir. Epilepsinin birçok türü vardır. Bu türler etkilenen beyin bölgesiyle ilişkilidir. Bir hastada tek bir nöbet türü ya da birden çok nöbet türü görülebilir. Bir hastanın geçirdiği nöbetleri genel olarak birbiri ile benzerdir. Epilepsi hastalarında en çok karşılaşılan nöbet

şekli, kol ve bacaklarda kasılmaların olduğu, kişinin yerde kasılı kaldığı, idrar kaçırma ve ağzdan köpük gelmesi gibi belirtileri olan büyük epilepsi nöbetleridir [110].

Tüm dünyada yaklaşık 40 milyon kişiyi etkileyen epilepsi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yüzyıllardır bilinen bir hastalık olan epilepsi, tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen, günümüzde ruhsal bozuklukların birlikteliği sık olan ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir hastalık olma özelliğini korumaktadır. Psikiyatrik hastalıkların genel topluma oranla epilepsi hastalarında daha sık görüldüğü bilinmektedir [111]. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erişkin epilepsisi tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalık oranlarına bakılmış ve 82 hastanın 37'sinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bunların %84'ünde duygudurum bozukluğu; duygudurum bozukluğu olanların da %50'sinde depresif nevroz tanısı konmuştur [112].

İtalya'da, Naples Üniversitesi 2. Tıp Fakültesi Nöroloji Enstitüsü'nde, 96 epilepsi hastayla yapılan bir çalışmada %50 oranında DSM-III-R tanı ölçütlerini karşılayan depresyon bulunmuştur [113]. Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise hastaneye başvuran 204 epileptiğin %37'sinde CIS ile psikiyatrik morbidite saptanmıştır. Psikiyatrik morbidite bulunanların %63'ünde nevroz, %30'unda psikoz, %7'sinde de kişilik bozukluğu saptanmıştır [114]. Manchanda ve arkadaşlarının 71 tedaviye dirençli epileptik hastayı Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) ile değerlendirdikleri çalışmada ise %45 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır [115].

Sık karşılaşılan bir nörolojik hastalık olan epilepside psikiyatrik bozukluklar, genel popülasyona göre daha yüksek oranda görülmektedir. Epilepsi hastalarında görülen depresyon semptomlarının genel hastanelerde %30-70, pratisyen hekimlerce ise %50 oranında fark edilemediği saptanmıştır. Epilepsi hastalarına depresyon tanısı koymada yaşanan güçlüklerden birincisi, epilepsinin kronik bir hastalık olması sebebiyle sağlık ekibinin depresyon belirtilerini hastalığa bağlı gelişen uyum sorunları olarak değerlendirip önemsememeleri ve dolayısıyla tespit edememeleri; ikincisi ise depresyon tanısı koymak amacıyla geliştirilen ölçeklerin epilepsi hastaları için uygun olmamasıdır. Epilepsi hastalarda psikiyatrik değerlendirmenin dikkatlice yapılması, bu hastalarda anksiyete, depresyon gibi sık görülen hastalıkların ve yüksek intihar riskinin gözden kaçmasını önleyecektir [111].

### 2.3.Kronik Hastalıklar ve Psikiyatri Hemşireliği

Medeniyetin başlangıcından itibaren, hemşirelik(ya da hasta bakımı) vardır. 1860'dan önce ruhsal sorunları olanlara yönelik hemşirelik bakımı temel olarak saklıydı. Hemşireler, hastaların ilaç, beslenme, hijyen ve koğuş faaliyetleri gibi fiziksel ihtiyaçlarına odaklandı. Psikolojik bakım hastalara karşı iyilik ve hoşgörüden oluşuyordu. Bir meslek olarak hemşirelik, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında ortaya çıkmaya başladı ve yirminci yüzyılda, eşsiz roller ve işlevlerle bir uzmanlığa dönüştü [116].

Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri alanında sınırlı eğitim almış ve çoğunlukla medikal cerrahi hemşireliği prensiplerini psikiyatri ortamına uygulamışlardır. Psikiyatri hemşireliğinin rolü 1950'lerin başlarında ortaya çıkmaya başlamıştı, ancak pürüzsüz bir yol değildi. 1951 yılında Amerikan Psikiyatri Dergisi'nde Bennett ve Eaton tarafından yayınlanan bir makalede, psikiyatri hemşirelerini etkileyen aşağıdaki sorunlar tanımlanmıştır:

1. Nitelikli psikiyatri hemşirelerinin kıtlığı
2. Yeteneklerinin yetersiz kullanımı
3. Gerçek psikiyatri hemşireliğinin, iyi psikiyatrik hastaneleri ve birimleri dışında çok az uygulanabilmesidir [117].

Bu dönemdeki bazı psikiyatristler, psikiyatri hemşirelerinin; ruh sağlığı derneklerine katılmaları, sosyal yardım kuruluşlarında ve polikliniklerde hizmet vermeleri, önleyici psikiyatri uygulamaları yapmaları, araştırma yapmaları ve halkı eğitmeye yardımcı olmaları gerektiğine inanıyordu. Hemşirelerin bireysel ve grup psikoterapisine katılımını desteklediler ve şunu ifade ettiler : “Psikiyatristlerin çoğu psikiyatri hemşiresinin psikoterapideki rolünü görmezden geliyor olmasına rağmen, psikiyatri servisindeki tüm hemşireler hastalarla temasları sayesinde bir tür psikoterapi yaparlar” [118].

Ayrıca 1951'de Mellow şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmayı yazarak, bu uygulamaları “hemşirelik terapisi” olarak adlandırdı [119]. Bir yıl sonra Tudor, kurduğu hemşire-hasta ilişkilerini, koşulsuz bakım, az sayıda talep ve hastalarının ihtiyaçlarını öngörmesiyle karakterize ettiği bir çalışmayı yayınladı [120]. Bu makaleler, hemşire-hasta ilişkisinin ve terapötik sürecinin en erken tanımlarından bazılarıydı. Hemşirelerin bu tür aktivitelere katılmasıyla ilgili birçok soru ortaya çıktı: “Bu aktiviteler terapötik

midir, yoksa terapi midir? Terapötik bir ilişki veya bire bir hemşire hasta ilişkisi nedir? Psikoterapiden farkı nedir?” Bu sorular, düşünceleri ve inançları psikiyatri hemşireliğini şekillendiren dinamik bir hemşirelik lideri olan Dr. Hildegard Peplau tarafından ele alınmıştır [116].

1952'de Peplau, psikiyatri hemşireliği için ilk kuramsal çerçeveyi ve psikiyatri hemşirelerinin özel becerilerini, faaliyetlerini ve rollerini tanımladığı; Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler adlı kitabında, “Hemşirelikte danışmanlık, hastanın durumunu ona hatırlatarak, mevcut durumda neler olduğunu tam olarak anlamasını sağlamalıdır ki böylece kişi yaşadığı deneyimi, yaşamındaki diğer deneyimlerden ayırıştırılmak yerine, onlarla bütünleştirilebilsin” [121].

II. Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde, psikiyatri hemşireliğinde önemli gelişim ve değişimler olmuştur. Askerlikle ilgili çok sayıda psikiyatrik sorundan ve Gazi Yönetimi tarafından sunulan tedavi programlarının artmasından dolayı, ileri düzey hazırlıklı psikiyatri hemşireleri talep edildi. Psikiyatri hemşireliği içeriği, genel hemşirelik müfredatının standart bir parçası haline gelmiştir. İlkeleri genel tıp, pediatri ve halk sağlığı hemşireliği dahil olmak üzere diğer hemşirelik uygulama alanlarına uygulanmıştır. 1947'de, psikiyatri hemşireliği alanında sekiz yüksek lisans programı başlatıldı [116].

Hemşirelik rollerinde zamanla birlikte oldukça büyük gelişmeler ve ilerlemeler olmuştur. Eğitim, uygulama ve teknoloji alanındaki gelişmeler, yaşanan sosyal olaylar yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ortaya çıkan bu uzmanlık alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir. Psikiyatri hemşireliği; insan davranışlarını anlamayı hedefleyen, bireyin hastalığıyla olduğu kadar kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir [122].

Amerikan Hemşireler Birliği tanımına göre; “Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli” [123].

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; bilgi, beceri, tecrübe, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, kendi benliği ve terapötik kullanma sanatıyla birleştirerek tıbbi tedavi ve bakım veren bir sağlık profesyoneli. Psikiyatri hemşireliği, ruhsal bozuklukların tedavi ve



bakımına odaklanırken, Ruh sağlığı hemşireliği, koruyucu ruh sağlığı uygulamalarına odaklanmaktadır [124].

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin uygulama alanı ve standartlarının bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi;

- Hastanın sağlık durumuna uygun kapsamlı sağlık verilerini toplar.
- Risk düzeyi de dahil olmak üzere, sorunlara ait tanıları belirlemek için değerlendirme verilerini analiz eder.
- Hastaya veya duruma özgü bir plan için beklenen sonuçları tanımlar.
- Beklenen sonuçlara ulaşmak için stratejiler ve alternatifleri öngören bir plan geliştirir.
- Belirlenen planı uygular.
- Biyopsikososyal bakım hizmetlerini koordine eder.
- Sağlıklı olmayı ve güvenli ortamı teşvik etmek için stratejiler kullanır.
- Hastalar, aileler ve diğer sağlık hizmetleri klinisyenleri ile işbirliği içinde güvenli ve tedavi edici bir ortam sağlar, yapılandırır ve sürdürür.
- Hastayı iyileştirmek ve oluşabilecek hasarları önlemek için uygulamalı klinik becerilere sahip ve farmakolojik, biyolojik, tamamlayıcı müdahaleler hakkında bilgi sahibidir.
- Yasa ve yönetmeliklere uygun olarak otoriteyi, prosedürleri, tavsiyeleri, tedavileri ve terapileri kullanır.
- Bulguya dayalı psikoterapötik çerçeveleri ve hemşire-hasta terapötik ilişkilerini kullanarak bireysel, çift, grup ve aile psikoterapisi yapar.
- Belirlenen bakım planının etkili olması, diğer klinisyenlerin hastalara hizmet sağlamak için yeteneklerini geliştirmesi ve değişimleri etkilemek için danışmanlık sağlar.
- Beklenen sonuçların elde edilmesine doğru gerçekleşen ilerlemeyi değerlendirir.
- Alanında ki hemşirelik uygulamasının kalitesini ve etkinliğini sistematik olarak artırır.
- Mevcut hemşirelik uygulamalarını kapsayan bilgi ve yetkinliğe ulaşır.
- Mesleki uygulama standartları ve yönergeleri, ilgili kurallar, statü ve yönetmelikler ile ilgili olarak kendi uygulamalarını değerlendirir.

- İş arkadaşlarının ve meslektaşlarının mesleki gelişimiyle etkileşime girer ve katkıda bulunur.
- Hemşirelik uygulamasında hasta, aile ve diğer kişiler ile işbirliği yapar.
- Etik kuralları tüm uygulama alanlarına entegre eder.
- İlgili alanda çalışmalar yapar ve araştırma bulgularının uygulama alanlarına entegresini sağlar.
- Hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasındaki güvenlik, etkinlik, maliyet ve etki ile ilgili faktörleri göz önünde bulundurur.
- Mesleki uygulama ortamında ve mesleğinde liderlik sağlar [125].

Hemşirelik bakımının temel amacı, hastaların çevresindeki kişilerle, doğa ve dünyayla uyum sağlamaya yönelik stratejiler geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Hastanın fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve manevi boyutlarının bütünleştirilerek değerlendirilmesi vurgulanmaktadır. Her kişi, sağlık ve hastalığa etki eden birçok faktör ile bir bütün olarak kabul edilir [126].

Sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşım aşağıdaki genel kavramları içermektedir:

- 1) Bireysel boyutlar
- 2) Kişinin çevre ile ilişkisi
- 3) Stres ve uyum
- 4) Öz sorumluluk

#### **2.4.Kronik Hastalıklar ve Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Hemşireliği**

Eski çağlarda, fiziksel ve ruhsal hastalıkların tanrılar ya da kötü ruhlarla ilişkili olduğuna inanılırdı. Hastalığa neden olduğu düşünülen kötü ruhların giderilmesine yönelik hem ruhsal hem de fiziksel girişimlerde bulunulurdu. İlk kez Hipokrat(M.Ö. 460-370) hastalıkların doğaüstü güçlerle veya kötü ruhlarla ilgili olmadığını, vücut sıvıları (kan, mukus, safra v.b) arasındaki dengesizliklerden kaynaklandığını belirtmiştir. Galen (M.Ö. 30-200) ise ruhun beyin işlevi olduğunu söylemiştir. Orta çağlar boyunca da tüm hastalıkların etiolojisinde kişinin işlediği günahların olduğu ve akıl hastalıklarının doğaüstü güçlerle bağlantılı olduğu düşüncesi egemen olmuştur [1, 2]. Modern tıbbın gelişmesiyle birlikte tıbbi hastalıklarda altta yatan nedenin insanın vücut sistemlerindeki işleyişte bazı değişimlerden kaynaklandığı bulunmuştur. Fakat ruhsal hastalıkların, fiziksel hastalıklara olduğu kadar üzerine düşülmemiştir. Kişiye bir bütün olarak

bakılmayıp, sadece fiziksel hastalığına ve hastalığın olduğu bölgeye yoğunlaşmıştır. İlk defa Hipokrat (M.Ö. 460-370) hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalığa yol açtığına işaret etmiştir [1].

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, biyopsikosozyal bakımın hayata geçmesiyle birlikte, fiziksel hastalıklarda görülen ruhsal bozuklukların araştırılması, tedaviye uyum güçlükleri, tıbbi tedavi ve bakımın psikososyal boyutları üzerine yapılan çalışmaları içerir. Konsültasyon-liyezon hizmetlerini birbirinden keskin bir sınırla ayrılmak mümkün değildir. Bu iki hizmetin verilmiş biçimleri arasında bazı farklılıklar bulunur. Konsültasyon, genellikle hasta merkezlidir ve fiziksel hastalıkla baş etme güçlüğü yaşayan hasta ile ilgili psikiyatrik görüş ya da tanı alma talebidir [2, 6]. Liyezon psikiyatrisi ise psikiyatri dışı servislerde yatan hastaların, psikososyal gereksinimlerini karşılamak için bir psikiyatri ekibi tarafından düzenli olarak değerlendirilmesini içeren, disiplinler arası bir hizmettir. KLP, tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim, krize müdahale ve koruyucu ruh sağlığı işlevlerini de içerir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, genel hastanelerde(psikiyatri servisi dışında) ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalara, hastalık ve tedavi sürecine bağlı yaşanabilecek psikososyal sorunlara uyum geliştirmek için yardım etmektedir. K-L psikiyatrisinin hizmet alanı tıbbi hastalardır ve bu alanın kendine özgü bilgi, beceri, kuralları vardır. Gelişmiş ülkelerde KLP hizmetlerinin yaygınlığı artmışken, ülkemizde henüz bu boyutlara ulaşamamıştır. Fakat bu alana olan ilgi her geçen gün artmaktadır [6, 8].

Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisi; fiziksel hastalardaki ruhsal bozukluk ve psikososyal problemlerin tanı ve tedavisi ile uğraşan, hastaların bakımında fiziksel/ruhsal tedaviler ile psikososyal bakımın bütünleştirilmesine dayanan bir disiplindir. Konsültasyon-Liyezon psikiyatrisinin işlevleri arasında; tıbbi hastalarda oluşabilecek psikiyatrik hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve bakımı, fiziksel hastalığa sekonder meydana gelen psikolojik komplikasyonların bakımı ve tedavisi, fiziksel ve ruhsal hastalık arasındaki bağlantı ve etkileşime ilişkin tanıya yönelik uzman katkısı, hastalığa karşı uyum ve savunma mekanizmalarının geliştirilmesi, uygulanan tedavide ve hastalığın seyrinde meydana gelebilecek; inkar, kızgınlık, regresyon, tedaviyi reddetme, bağımlılık, anksiyete, etkisiz baş etme, kendini/başkalarını suçlama gibi sorunlara ve gerektiğinde çevre, aile ilişkilerine yönelik düzenlemeler, tıbbi bir hastalığı bulunan bireylerde, fiziksel hastalığın psikolojik boyutları hakkında görüş belirtmek, bakıma katkı

sağlamak, hasta, sağlık ekibi ve fiziksel hastalığın ruhsal boyutlarının incelenmesi, hastalığın tedavisinde; hasta-aile-tedavi ekibi arasında ortaya çıkan etkileşim ve iletişim sorunlarının çözümlenmesi yer almaktadır [2, 6].

Konsültasyon-liyezson psikiyatrisi hizmetleri, hastanın tıbbi ve ruhsal durumundaki değişimlere göre, sağlık ekibinin bilgisi ve işbirliği içerisinde yürütülür. Bazı ileri vakalar ise tedavi için liyezson psikiyatrisi biriminde periyodik olarak izlenir. Hasta değerlendirmesinde ve takibinde ilgili hekimlerle; KLP ekibi (psikiyatr, klinik psikolog, KLP hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer elemanlar) işbirliği yaparak kendi profesyonel alanlarında multidisipliner yaklaşımlarda bulunurlar [2].

Gün geçtikçe bilimsel alanlarda çeşitli gelişmeler ve ilerlemeler ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik bilimi, insanı konu alan her tür bilimle etkileşime girmekle birlikte, en çok tıptaki değişimlerden etkilenmektedir. Tıp alanında ortaya çıkan yenilikler bir süre sonra hemşireliği de etkileyerek, hemşireliğin ilerlemesine ve değişmesine neden olmaktadır. Hastaya bütüncül yaklaşım ve biyopsikososyal bakım anlayışının hayata geçmeye başlamasıyla Konsültasyon Liyezson Psikiyatrisi ortaya çıkmıştır [10].

Hasta ve ailelerinin gereksinimleri doğrultusunda uygun bakımı almaları için multidisipliner ekip çalışmasının uygulanması gerekmektedir. Konsültasyon-Liyezson Psikiyatrisi Hemşireliği; Fiziksel bir hastalık nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran hastaların ve ailelerinin, primer koruma, bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlamada ortaya çıkan; duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını belirleyen, tedavi ve bakımında rol alan, takip eden, hemşirelere psikiyatrik tıp ve psikiyatri hemşireliği alanlarında eğitimler sağlayan ve bu alanlarda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır [127, 128]

Hemşirelik konsültasyonlarının uygulamaya başlandığı 1960'lı yıllarda psikiyatri servislerinde çalışan konsültan psikiyatri hemşireleri diğer servislerde ki hastalar ile direkt çalışmamışlardır. Daha çok hasta-hemşire ilişkilerini kuvvetlendirmede, hastaların duygusal durumuna hemşirelerin duyarlılığını arttırmada, bireylerin hastalıkları ve tedavileriyle ilgili yaşadıkları endişelerin etkilerini tanımlamada, psikiyatri dışı servislerde çalışan hemşirelerin hastaları için uygun psikolojik gereksinimleri ve müdahaleleri planlamalarında rol almışlardır. Zaman içinde hasta ve yakınlarının

psikolojik problemlerini uygun şekilde değerlendirmek amacıyla doğrudan müdahalenin gerekli olduğu görülmüştür [128].

Psikiyatri hemşireliğinin gelişimi üzerinde araştırmalar yapan Nelson ve Schilke KLP hemşiresinin, diğer hemşirelerin gözlem, tanılama ve müdahale becerilerini iyileştirmeyi amaçladığını ve onlara danışmanlık yaptığını, formal-informal yollarla eğitim verdiğini ve klinik hemşirelerine rol modeli olarak hizmet ettiğini, bununla birlikte de hastalara ve ailelerine doğrudan özelleşmiş psikiyatrik bakım verdiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca KLP hemşiresinin sadece acil hasta bakımı veya geleneksel olarak tanımlanmış psikiyatrik problemlerin çözümünde değil, aynı zamanda akut ve kronik fiziksel hastalığa normal ve patolojik reaksiyonları değerlendirmede, hastanın hasta olma ve hastaneye yatırılma stresine, bunların yarattığı krize nasıl cevap verdiğini, hasta ve ailesinin uyum sağlama şeklini değerlendirmede de rol aldığını belirtmişlerdir [129].

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin(KLP Hemşiresi) rollerini tanımlaması ve geliştirilmesi amacıyla, 1987 yılında Chicago'da ilk bilimsel toplantı yapılmış ve bu toplantıya 100 konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi katılmıştır. Yine 1987'de uygulama standartları üzerinde çalışmak için bir grup oluşturulmuştur [6].

Lipowski, KLP ekibine liyezon psikiyatrisi hemşiresinin katılımından sonra, psikiyatri kliniğine gönderilen hasta sayısında ve hasta ile sağlık personeli arasındaki çatışmalara girişim sayısında artış olduğunu bildirmiştir. Massachusetts General Hospital'da KLP hemşireliğinin ilk denemeleri sonucunda, hemşirelerin; hastaların bakım gereksinimlerini karşılama becerilerinin ve iş memnuniyet düzeyinin, hastaların ruhsal durumlarıyla ilgili bilgi ve farkındalıklarının, istenen konsültasyonların nicelik ve niteliklerinin arttığını, KLP hizmetleri için resmi bir eğitim gereksinimi olduğu saptanmıştır [132].

Yapılan çalışmalar sonucunda KLP hemşiresi girişimlerinin; hastayı tanılama, krize müdahale, hastalara; etkili baş etme yöntemleri, problem çözme becerisi, stres/anksiyete yönetimi, hastalık algısını değiştirme gibi konularda yardımcı olma ve diğer klinik hemşirelerine eğitim, danışmanlık, hasta ve meslektaşlarıyla ilişkilerini geliştirmeyi içerdiği bildirilmiştir. KLP hemşiresi, hasta ile hemşire arasında meydana gelen sorunların çözülmesinde yardımcı olabilir. Hemşirelerin, hasta/hasta yakını ile olan iletişimine katkıda bulunabilir, kontrolü zor durumlar karşısında hemşirelere duygularını

ifade etme imkânı sağlayabilir ayrıca ekip içi çatışmalarda veya zor durumlarda başa çıkma konusunda onlara yardımcı olabilir. Hasta ve yakınlarına destek ve danışmanlık hizmeti verebilir. Bir diğer araştırma, KLP hemşiresinin, hasta ve yakınlarına psikoterapötik müdahalelerde bulunduğu, diğer sağlık personellerine danışmanlık yaparak, sistemin işleyişi ve sorunları hakkında yardımcı olduğu, araştırma, faaliyet ve eğitim programlarında yer aldığı bildirilmiştir. KLP hemşireleri bu yönleriyle; hasta, aile, sağlık personeli ve sağlık sisteminin birbirleri ile etkileşimi üzerinde durarak hasta ve ailelerinin memnuniyetine katkı sağlar [130].

Günümüzde KLP hizmetleri, genel hastane psikiyatrisi modeli kapsamında; klinik uygulama alanı, araştırma yöntemi, kavramları, tıp ve psikiyatri eğitime yaptığı katkı, kendine özgü psikiyatrik konsültasyon-liyezon hizmeti anlayışı ve tedavi yöntemleriyle klinik bir disiplin olarak kurumsallaşmıştır. Psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal çalışmacı bu hizmeti veren ekibi oluşturan üyelerdir [130].

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, hastanede yatarak tedavi gören hastalardaki psikiyatrik belirtiler ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikler**

Araştırma, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinin genel cerrahi, dahiliye ve ortopedi servislerinde yapılmıştır.

Hastane, Bakırköy'den 2 Mayıs 2011 yılında Halkalıda TOKİ tarafından yapılan 648 yataklı yeni binaya taşınmıştır. Hastanenin rolü A1 genel dal hastanesi olarak tanımlanmış olup, bu rolde İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi adı altında hizmet vermeye devam etmektedir. Hastanede dahili ve cerrahi birçok klinik bulunmaktadır. Psikiyatri kliniği ise 2018 yılında faaliyete geçmiştir. Hastanede psikiyatrik konsültasyon hizmeti verilmekte fakat konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmeti verilmemekte, uzman bir konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi de bulunmamaktadır.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, Dahiliye ve Ortopedi servislerinde 2016 yılında yatan toplam 8540 hasta araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplama formülüne göre  $p=0.18^*$ ,  $q=0.82$ ,  $d=0.05$ ,  $N=8540$  ve  $t=1.96$  olarak hesaplandığında, araştırmanın örneklem büyüklüğü 221 kişi olarak bulunmuştur. Araştırmanın amacına ulaşmak için Genel Cerrahi, Dahiliye ve Ortopedi servislerinde yatarak tedavi gören toplam 260 hasta üzerinde yapılmıştır.

---

(\*:2011 yılı Türkiye'de psikiyatrik bozukluk oranı. Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı)

### **3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

#### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri;**

- 18 yaş ve üzeri hastalar,
- Bilişsel, duyuşsal ya da sözel olarak iletişim kurmayı engelleyecek bir sorunu olmayan hastalar,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olan hastalar,
- Herhangi bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle tedavi görmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verilerinin hastanın tanıtıcı bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Genel Sağlık Anketi-12(EK-2) ve Belirti Tarama Testi (SCL-90 R)(EK-3) ile araştırmanın amacı açıklanarak, bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra doldurulmuştur.

### **3.6.Veri toplama formlarının hazırlanması**

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini(yaş, cinsiyet v.b) ve ruhsal durumunu etkileyen bazı faktörleri içeren, 20 sorudan oluşan araştırmacı tarafından hazırlanmış olan formdur. (Ek-1)

#### **3.6.2. Genel Sağlık Anketi-12(GSA-12)**

1979 yılında Goldberg ve Hillier 28 soruluk GSA, 1988 yılında da 12 soruluk GSA Golberg ve Williams tarafından oluşturulmuştur. Psikiyatri dışı toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerinin taranmasını sağlayan ölçüm aracıdır. Toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulanması kolay ve pratik bir ölçektir. 12 ve 28 sorulu formları vardır. Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında bu iki ölçek birleştirilerek 34 maddeli formu oluşturulmuştur (soruların altısı ortak). Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Cengiz Kılıç, Türkçe'ye 1996'da çevirmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı GSA12 için 0.78 ve GSA28 için 0.84 bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmasında ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA 12 için kesme puanı 1/2, GSA 28 için ise 4/5 olarak hesaplanmıştır [133].



Genel Sağlık Anketi 12 (GSA- 12), 12 sorudan ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde ‘her zamankinden az’ dan ‘her zamankinden fazla’ ya uzanan 4 şıklı cevaptan oluşur. Ölçeğin değerlendirilmesinde iki tip değerlendirme (GHQ ve Likert) kullanılmaktadır. GHQ tipi değerlendirmede “2 ve üzerinde” puan alanlar GSA-12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Likert tipi değerlendirmede GSA-12’nin puanlamasında; 0 ve 1’lerin 0, 2 ve 3’lerin 1 şeklinde puanlanır. Buna göre alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 12’dir. Ölçekten 2’den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta, 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır. Ölçekten yüksek ve orta puan alanlar, psikolojik ve fiziksel bozukluk yönünden değerlendirilir [133].

### **3.6.3. Belirti Tarama Testi (SCL-90-R)**

1977 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir. Bireyin altında bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin (distress) düzeyini ölçmek için kullanılan psikiyatrik tarama aracıdır. 17 yaşından itibaren genç ve yetişken, en az orta öğretimden geçmiş, psikiyatrik olmayan popülasyonlara uygulanabilir. 5 dereceli Likert tipi cevaplanan 90 madde içerir. 1991 yılında İhsan Dağ tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. 99 deneklik bir örneklemede ölçeğin GSI puanlarına göre Cronbach alfa iç tutarlılığı 0.97 olarak hesaplanmıştır [33].

Ölçek 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçeklerden oluşmaktadır: (1) somatizasyon, (2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), (3) kişiler arası duyarlılık, (4) depresyon, (5) anksiyete, (6) düşmanlık, (7) fobik anksiyete, (8) paranoid düşünce, (9) psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçekler. Bunlar pozitif belirti düzeyini gösterir. Ölçeğin alt ölçek puanları, ilgili maddelere verilen cevapların puan değerlerinin toplanarak o alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Her madde için yapılan derecelenmeler (0-4 puan) 90 madde için toplandıktan sonra elde edilen toplam puanın 90’a bölünmesiyle de genel belirti düzeyi (GSI) ortalaması elde edilir. Dağ (1991) çalışmasında üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak, 1.57 GSI puanı “hafif psikolojik belirtili” denekleri, 2.14 GSI puanı ise “psikolojik belirtili” denekleri tanımada alt kesim noktaları olarak kabul etmiştir [134]. Ölçek genel ortalama puanı olan GSI’deki artış, bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. Pozitif belirti toplamı arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. Pozitif belirti düzeyindeki artış ise,

bireyin kendisinde varolduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir.

### 3.7.Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde, IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21 programı kullanılmıştır. Araştırmanın kapsamında bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlere ait verilerin analizinde, uygulanacak analiz yöntemlerini belirlemek için bağımlı değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler incelenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Bağımlı değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ss</b>	<b>Çarpıklık</b>	<b>Basıklık</b>
<b>SCL 90 – Somatizasyon</b>	260	.83	.69	1.21	1.27
<b>SCL 90 - Obsesif kompulsif</b>	260	.65	.64	1.73	3.34
<b>SCL 90 - Kişiler arası duyarlılık</b>	260	.68	.68	1.29	1.36
<b>SCL 90 – Depresyon</b>	260	.92	.77	1.11	.51
<b>SCL 90 – Kaygı</b>	260	.58	.60	2.09	5.29
<b>SCL 90 - Öfke düşmanlık</b>	260	.64	.74	1.79	3.35
<b>SCL 90 - Fobik anksiyete</b>	260	.39	.53	2.65	8.88
<b>SCL 90 - Paranoid düşünce</b>	260	.63	.70	1.48	2.09
<b>SCL 90 – Psikotizm</b>	260	.40	.55	2.01	4.56
<b>SCL 90 - Ek madde</b>	260	.87	.73	1.03	.60
<b>Genel Sağlık</b>	260	25.56	5.77	.40	.29

Tablo 1’de bağımlı değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. SCL 90 alt boyutlarına ait en düşük ortalama .39 ile fobik anksiyete alt boyutunda, en yüksek ortalama .92 ile depresyon alt boyutundadır. Genel sağlık anketi için ortalama 25.56’dır. Bağımlı değişkenlerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını öğrenmek için basıklık, çarpıklık değerlerine ve daha sonra histogram grafiklere (Ek 1) bakılmıştır. Bağımlı değişkenlere ait çarpıklık değerleri .40 ile 2.65 aralığında, basıklık değerleri .29 ile 8.88 aralığındadır. Histogram grafiklere bakıldığı zaman ise SCL 90’a ait tüm alt boyutların sağa çarpık bir dağılım sergilediği, genel sağlık anketinin ise normal dağılım sergilediği görülmektedir. Bundan dolayı SCL 90’a ait analizlerde non-parametrik testlerden yararlanılırken, genel sağlık anketi için parametrik testlerden yararlanılmıştır. Bu amaçla sosyo-demografik özelliklere göre SCL-90 alt boyutları karşılaştırılırken

Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H tesleri kullanılırken genel sağlık anketi için bağımsız örnekleme t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.



#### 4. BULGULAR

Aşağıdaki bölümlerde çalışmaya alınan hastaların, tanıtıcı özellikleri ve Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ile Belirti Tarama Testine (SCL-90 R) ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır.

##### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 2.** Hastaların tanıtıcı özellikleri

		<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yattığı Bölüm</b>	Dâhiliye	57	21.9
	Ortopedi	73	28.1
	Genel cerrahi	130	50.0
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	140	53.8
	Kadın	120	46.2
<b>Medeni Durum</b>	Evli	180	69.2
	Bekar	50	19.2
	Boşanmış/Dul	28	10.8
	Eşinden ayrı yaşıyor	2	.8
<b>Evde yaşamılan kişiler</b>	Yalnız	27	10.4
	Sadece eş	53	20.4
	Eş ve çocuk	128	49.2
	Anne ve baba	25	9.6
	Diğer	27	10.4
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	139	53.5
	Lise	75	28.8
	Yüksekokul veya üniversite	46	17.7
<b>Yaşanılan Yer</b>	Köy	10	3.8
	Kasaba	30	11.5
	Şehir	220	84.6
<b>Algılanan Sosyal Destek</b>	Evet	134	51.7
	Hayır	125	48.3
<b>Algılanan Ekonomik Durum</b>	Kötü	83	32.0
	Orta	160	61.8
	İyi	16	6.2
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Kullanıyor	107	41.3
	Kullanmıyor	152	58.7

**Tablo 2.** Hastaların tanıtıcı özellikleri (Devamı)

<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	VAR	117	45.2
	YOK	143	54.8
<b>Psikiyatrik Yardım Alma Durumu</b>	VAR	42	16.2
	YOK	217	83.8
<b>Çocuk Sayısı</b>	0	55	21.2
	1	13	5.0
	2	54	20.8
	3	42	16.2
	4	37	14.3
	5	58	22.4
<b>Çalışma Durumu</b>	ÇALIŞIYOR	112	43.1
	ÇALIŞMIYOR	148	56.9
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>	Evet	10	3.9
	Hayır	249	96.1
<b>Hastaneye ilk yatış durumu</b>	İlk Yatış	93	35.8
	Birden Fazla	167	64.2
<b>Hastaneye yatış nedeni</b>	Teşhis	3	1.2
	Tıbbi tedavi	78	30.4
	Operasyon	176	68.5
<b>Ebeveyn Varlığı</b>	İkisi de sağ	94	36.2
	Yalnızca biri sağ	74	28.5
	İkisi de sağ değil	92	35.4
<b>Algılanan Uyku alışkanlığı</b>	Düzenli	137	52.7
	Düzensiz	123	47.3
<b>Hastanede Psikiyatrik Konsültasyon Alma Durumu</b>	Evet	10	3.85
	Hayır	250	96.15

Tablo 3'te yatarak tedavi gören hastaların genel sağlık anketi puanlarına karşılık gelen kriterleri yer almaktadır. Hastaların %29.6'sı düşük, %21.5'i orta, %48.8'i yüksek düzeyde yer almaktadır.

**Tablo 3.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının genel sağlık anketi puan ortalamaları

	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Yığılmalı yüzde</b>
<b>Düşük</b>	77	29.6	29.6
<b>Orta</b>	56	21.5	51.2
<b>Yüksek</b>	127	48.8	100.0

Tablo 4’te yatarak tedavi gören hastaların psikolojik belirti puanlarına ait kriterler yer almaktadır.

**Tablo 4.** Hastaların psikolojik belirti puanları ortalamaları

		Frekans	Yüzde
<b>Somatizasyon</b>	Normal	216	83.1
	Araz düzeyi yüksek	39	15.0
	Araz düzeyi çok yüksek	5	1.9
<b>OKB</b>	Normal	234	90.0
	Araz düzeyi yüksek	20	7.7
	Araz düzeyi çok yüksek	6	2.3
<b>Kişilerarası Duyarlılık</b>	Normal	224	86.2
	Araz düzeyi yüksek	31	11.9
	Araz düzeyi çok yüksek	5	1.9
<b>Depresyon</b>	Normal	208	80.0
	Araz düzeyi yüksek	38	14.6
	Araz düzeyi çok yüksek	14	5.4
<b>Anksiyete</b>	Normal	239	91.9
	Araz düzeyi yüksek	18	6.9
	Araz düzeyi çok yüksek	3	1.2
<b>Öfke-Düşmanlık</b>	Normal	233	89.6
	Araz düzeyi yüksek	18	6.9
	Araz düzeyi çok yüksek	9	3.5
<b>Fobik anksiyete</b>	Normal	247	95.0
	Araz düzeyi yüksek	9	3.5
	Araz düzeyi çok yüksek	4	1.5
<b>Paranoid düşünce</b>	Normal	231	88.8
	Araz düzeyi yüksek	23	8.8
	Araz düzeyi çok yüksek	6	2.3
<b>Psikotizm</b>	Normal	247	95.0
	Araz düzeyi yüksek	11	4.2
	Araz düzeyi çok yüksek	2	.8
<b>Ek maddeler</b>	Normal	210	80.8
	Araz düzeyi yüksek	43	16.5
	Araz düzeyi çok yüksek	7	2.7
<b>Genel Psikolojik Belirti</b>	Normal	236	90.8
	Araz düzeyi yüksek	20	7.7
	Araz düzeyi çok yüksek	4	1.5

## 4.2 Hastaların Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

**Tablo 5.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	Ort	Ss	Sd	t	p
Erkek	140	25.35	5.55	258	-.612	.54
Kadın	120	25.79	6.02			

Tablo 5’te cinsiyetlere göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda cinsiyetlere göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $t(258)=-.612$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 6.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının yattığı servise göre dağılımı

	N	Ort	Ss	F	p
Dahiliye	57	25.96	5.16	.906	.40
Ortopedi	73	26.09	6.29		
Genel cerrahi	130	25.08	5.72		

Tablo 6’da hastaların bölümlerine göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların bölümlerine göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $F(2,257)=.906$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 7.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı

	n	Ort	Ss	F	p	Post-hoc
Evli (1)	180	25.92	5.78	4.910	.00	1, 3 > 2
Bekar (2)	50	23.05	5.32			
Boşanmış/Dul (3)	28	27.71	5.35			
Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	26.00	4.24			

Tablo 7’de hastaların medeni durumlarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analize göre medeni duruma göre, genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $F(3,256)=4.910$ ,  $p<.05$ . Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için post-hoc testlerden olan Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Evli ( $x=25.92$ ) ve Boşanmış/Dul ( $x=27.71$ ) olanların sağlık durumları puanı Bekar olanlara ( $x=23.05$ ) göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 8.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının evde yaşadığı kişilere göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Yalnız</b>	27	24.68	6.33		
<b>Sadece eş</b>	53	26.80	4.40		
<b>Eş ve çocuk</b>	128	25.49	6.20	2.041	.09
<b>Anne ve baba</b>	25	23.20	4.25		
<b>Diğer</b>	27	26.52	6.17		

Tablo 8’de hastaların evde yaşadıkları kişilere göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların evde yaşadıkları kişilere göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $F(4,255)=2.041$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 9.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>İlköğretim (1)</b>	139	26.62	5.63			
<b>Lise (2)</b>	75	24.89	5.80	6.141	.00	1 > 2, 3
<b>Yüksek okul veya üniversite (3)</b>	46	23.46	5.50			

Tablo 9’da hastaların eğitim durumlarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analize göre eğitim duruma göre, genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $F(2,257)=$



6.141,  $p < .05$ . Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için post-hoc testlerden olan Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Lise ( $x=24.89$ ) ve Yüksekokul/Üniversite ( $x=23.46$ ) mezunu olanların sağlık durumları puanı, İlköğretim mezunu olanlara ( $x=26.62$ ) göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır.

**Tablo 10.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre dağılımı

	N	Ort	Ss	F	p
<b>Köy</b>	10	26.35	6.15		
<b>Kasaba</b>	30	26.63	5.68	.723	.49
<b>Şehir</b>	220	25.38	5.77		

Tablo 10’da hastaların yaşadıkları yere göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların yaşadıkları yere göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $F(2,257) = .723$ ,  $p > .05$ .

**Tablo 11.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının sosyal destek durumuna göre dağılımı

	n	Ort	Ss	Sd	t	p
<b>Var</b>	134	25.52	5.57	257	-.001	.99
<b>Yok</b>	125	25.53	5.97			

Tablo 11’de hastaların beraber yaşadığı kişiler dışında sosyal desteğini hissettiği birilerinin olması durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların beraber yaşadığı kişiler dışında sosyal desteğini hissettiği birilerinin olması durumuna göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $t(257) = -.001$ ,  $p > .05$ .

**Tablo 12.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının algılanan ekonomik duruma göre dağılımı

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>Kötü (1)</b>	83	27.60	5.91			
<b>Orta (2)</b>	160	24.78	5.40	10.052	.00	1> 2, 3
<b>İyi (3)</b>	16	22.21	5.31			

Tablo 12’de Hastaların kendi ekonomik durumlarını ifade tarzlarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analize göre Hastaların kendi ekonomik durumlarını ifade tarzlarına göre, genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $F(2,256)=10.052$ ,  $p<.05$ . Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için post-hoc testlerden olan Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kendi ekonomik durumunu Orta ( $x=24.78$ ) ve İyi ( $x=22.21$ ) olarak değerlendirenlerin sağlık durumları puanı, ekonomik durumunu kötü ( $x=27.60$ ) olarak değerlendirenlere göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır.

**Tablo 13.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Sd</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Kullanan</b>	107	25.41	5.86			
<b>Kullanmayan</b>	152	25.60	5.70	257	-.263	.79

Tablo 13’te hastaların sigara kullanım durumlarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların sigara kullanım durumlarına göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $t(257)= -.263$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 14.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Sd</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Var</b>	117	27.56	5.39	257	5.439	.00
<b>Yok</b>	143	23.85	5.52			

Tablo 14’de hastaların kronik bir rahatsızlıklarının bulunup bulunmamasına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların kronik bir rahatsızlıklarının bulunup bulunmamasına göre genel sağlık durumları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır,  $t(257)= 5.439$ ,  $p<.05$ . Kronik bir rahatsızlığı bulunan ( $x=27.56$ ) bireylerin genel sağlık anketi puan ortalamaları, kronik rahatsızlığı olmayanlardan ( $x=23.85$ ) daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 15.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının ruh sağlığı hizmeti alma durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Sd</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Alan</b>	42	26.94	6.88	257	1.742	.08
<b>Almayan</b>	217	25.25	5.49			

Tablo 15’te hastaların daha önce psikiyatriste gitme durumlarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların daha önce psikiyatriste gitme durumlarına göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $t(257)= 1.742$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 16.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının sahip olunan çocuk sayısına göre dağılımı

<b>Çocuk sayısı</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>Yok (0)</b>	55	22.98	5.30	5.012	.00	0< 2, 3, 4, 5
<b>1 çocuk (1)</b>	13	23.15	6.02			
<b>2 çocuk (2)</b>	54	25.36	5.71			
<b>3 çocuk (3)</b>	42	26.02	6.73			
<b>4 çocuk (4)</b>	37	26.18	5.09			
<b>5 ve üzeri (5)</b>	58	27.85	4.78			

Tablo 16’da hastaların çocuk sayılarına göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analize göre hastaların çocuk sayılarına göre, genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $F(5,253)=5.012$ ,  $p<.05$ . Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için post-hoc testlerden olan Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda hiç çocuğu olmayan bireylerin ( $x=22.98$ ) genel sağlık anketi puan ortalamaları, çocuk sayısı 2 ( $x=25.36$ ), 3 ( $x=26.02$ ), 4 ( $x=26.18$ ), 5 ve üzeri ( $x=27.85$ ) olan bireylere göre anlamlı oranda daha düşüktür.

**Tablo 17.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının çalışma durumuna göre dağılımı

	N	Ort	Ss	Sd	t	p
<b>Çalışan</b>	112	23.83	5.51			
<b>Çalışmayan</b>	148	26.87	5.63	258	-4.345	.00

Tablo 17’de hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $t(258)=-4.345$ ,  $p<.05$ . Her hangi bir işte çalışan hastaların ( $x=23.83$ ) genel sağlık anketi puan ortalamaları, çalışmayan hastalara ( $x=26.87$ ) göre daha düşüktür.

**Tablo 18.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı

	n	Ort	Ss	Sd	t	p
<b>Yapan</b>	10	20.00	6.22			
<b>Yapmayan</b>	249	25.75	5.64	257	-3.150	.00

Tablo 18’de düzenli egzersiz yapma durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda düzenli egzersiz yapma durumuna göre genel sağlık durumları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır,  $t(257)=-3.150$ ,  $p<.05$ . Düzenli egzersiz yapanların ( $x=20.00$ ) genel sağlık anketi puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayanlara ( $x=25.75$ ) göre daha düşüktür.

**Tablo 19.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının daha önce hastaneye yatma durumuna göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Sd</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Yatmayan</b>	93	23.75	5.93			
<b>Yatan</b>	167	26.56	5.44	258	-3.869	.00

Tablo 19’da daha önce hastaneye yatma durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda daha önce hastaneye yatma durumuna göre genel sağlık durumlarında anlamlı bir farklılık vardır,  $t(258)=-3.869$ ,  $p<.05$ .

**Tablo 20.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının hastaneye yatış nedenine göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Teşhis</b>	3	29.00	3.00		
<b>Tıbbi tedavi</b>	78	25.79	5.01	.564	.57
<b>Operasyon</b>	176	25.55	6.02		

Tablo 20’de hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur,  $F(2,254)=.564$ ,  $p>.05$ .

**Tablo 21.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının ebeveyn varlığına göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Post-hoc</b>
<b>İkisi de sağ (1)</b>	94	23.95	5.87			
<b>Yalnızca biri sağ (2)</b>	74	24.99	5.34	10.912	.00	3> 1, 2
<b>İkisi de sağ değil (3)</b>	92	27.66	5.40			

Tablo 21’de hastaların ebeveynlerinin hayatta olma durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan tek yönlü varyans analizi yer almaktadır. Yapılan analize göre hastaların ebeveyn varlığı durumuna göre, genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $F(2,257)=10.912$ ,  $p<.05$ . Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu öğrenmek için post-hoc testlerden olan Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda anne babasından ikisi de sağ ( $x=23.95$ ) ve yalnızca biri sağ ( $x=24.99$ ) olanların sağlık durumları puanı, anne babasından iki de sağ olmayan ( $x=27.66$ ) bireylere göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır.

**Tablo 22.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının uyku düzenine göre dağılımı

	n	Ort	Ss	Sd	t	p
<b>Düzenli</b>	137	24.04	5.37	258	-4.668	.00
<b>Düzensiz</b>	123	27.25	5.75			

Tablo 22’de algılanan uyku düzenine göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda uyku düzenine göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $t(258)=-4.668$ ,  $p<.05$ . Uyku düzeni düzenli olanların ( $x=24.04$ ) genel sağlık anketi puan ortalamaları, uykusu düzensiz olanlara ( $x=27.25$ ) göre daha düşüktür.

**Tablo 23.** Hastaların genel sağlık anketi puan ortalamalarının yatarken konsültasyon alma durumuna göre dağılımı

	n	Ort	Ss	Sd	t	p
<b>Alan</b>	10	30.74	6.07	257	2.927	.00
<b>Almayan</b>	249	25.36	5.68			

Tablo 23’te hastaların hastaneye yattığı süre boyunca konsültasyon alma durumuna göre genel sağlık durumlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların hastaneye yattığı süre boyunca konsültasyon alıp almadığına göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık vardır,  $t(257)=2.927$ ,  $p<.05$ . Konsültasyon alanların ( $x=30.74$ ) sağlık durumları puanı konsültasyon almayanlara ( $x=25.36$ ) göre daha yüksektir.

### 4.3 Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Belirti Tarama Testi Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

**Tablo 24.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Somatizasyon</b>	Erkek	140	.78	.65	7678.50	.23
	Kadın	120	.89	.73		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Erkek	140	.61	.61	7684.50	.23
	Kadın	120	.70	.67		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Erkek	140	.61	.64	7367.50	.08
	Kadın	120	.76	.73		
<b>Depresyon</b>	Erkek	140	.84	.71	7340.00	.08
	Kadın	120	1.02	.83		
<b>Anksiyete</b>	Erkek	140	.51	.52	7329.00	.07
	Kadın	120	.66	.67		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Erkek	140	.63	.76	8057.00	.57
	Kadın	120	.64	.73		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Erkek	140	.36	.43	8189.00	.72
	Kadın	120	.43	.63		
<b>Paranoid düşünce</b>	Erkek	140	.59	.67	7789.50	.31
	Kadın	120	.68	.74		
<b>Psikotizm</b>	Erkek	140	.38	.52	7788.00	.30
	Kadın	120	.43	.58		
<b>Ek skala</b>	Erkek	140	.88	.74	8138.50	.66
	Kadın	120	.85	.73		

Tablo 24’te cinsiyetlere göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda cinsiyetlere göre psikolojik belirtiler arasında anlamlı farklılık görülmemiştir,  $p>.05$ .

**Tablo 25.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının yattığı servise göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	$\chi^2$	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Dahiliye (1)	57	.77	.55	2.633	.27	
	Ortopedi (2)	73	.93	.68			
	Genel cerrahi (3)	130	.80	.74			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Dahiliye (1)	57	.53	.52	2.417	.30	
	Ortopedi (2)	73	.59	.51			
	Genel cerrahi (3)	130	.73	.73			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Dahiliye (1)	57	.80	.66	4.407	.11	
	Ortopedi (2)	73	.63	.66			
	Genel cerrahi (3)	130	.65	.70			
<b>Depresyon</b>	Dahiliye (1)	57	1.15	.77	8.290	.02*	1> 2, 3
	Ortopedi (2)	73	.88	.74			
	Genel cerrahi (3)	130	.84	.76			
<b>Anksiyete</b>	Dahiliye (1)	57	.62	.55	2.967	.23	
	Ortopedi (2)	73	.49	.45			
	Genel cerrahi (3)	130	.60	.68			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Dahiliye (1)	57	.68	.69	2.415	.30	
	Ortopedi (2)	73	.62	.70			
	Genel cerrahi (3)	130	.62	.79			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Dahiliye (1)	57	.34	.40	1.136	.57	
	Ortopedi (2)	73	.35	.37			
	Genel cerrahi (3)	130	.43	.64			
<b>Paranoid düşünce</b>	Dahiliye (1)	57	.76	.64	5.926	.05*	1> 2, 3
	Ortopedi (2)	73	.58	.65			
	Genel cerrahi (3)	130	.60	.75			
<b>Psikotizm</b>	Dahiliye (1)	57	.42	.44	3.636	.16	
	Ortopedi (2)	73	.30	.40			
	Genel cerrahi (3)	130	.44	.64			
<b>Ek skala</b>	Dahiliye (1)	57	1.02	.71	8.761	.01*	1, 2> 3
	Ortopedi (2)	73	.93	.74			
	Genel cerrahi (3)	130	.75	.72			

Tablo 25'te hastaların bölümlerine göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların bölümlerine



göre Depresyon ( $\chi^2=8.290$ ,  $p<.05$ ), Paranoid düşünce ( $\chi^2=5.926$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skalar ( $\chi^2=8.761$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Depresyon ve Paranoid düşünce alt boyutlarında Dahiliye bölümünde yer alan hastaların psikolojik belirti puanı Ortopedi ve Genel cerrahi bölümünde yer alan hastalara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkarken; Ek skalar alt boyutunda Dahiliye ve Ortopedi bölümünde yer alan hastaların puanı Genel Cerrahi bölümünde yer alan hastalara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.



**Tablo 26.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	$\chi^2$	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Evli (1)	180	.86	.69	29.136	.00*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.48	.50			
	Boşanmış/Dul (3)	28	1.20	.63			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	1.45	1.70			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Evli (1)	180	.65	.65	6.900	.07	
	Bekar (2)	50	.52	.54			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.85	.64			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.85	.63			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Evli (1)	180	.65	.67	2.774	.43	
	Bekar (2)	50	.64	.62			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.92	.82			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.44	.00			
<b>Depresyon</b>	Evli (1)	180	.89	.73	11.439	.01*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.78	.79			
	Boşanmış/Dul (3)	28	1.31	.82			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	1.07	.97			
<b>Anksiyete</b>	Evli (1)	180	.58	.61	10.227	.02*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.44	.52			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.76	.56			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	1.00	1.27			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Evli (1)	180	.66	.77	.90	.83	
	Bekar (2)	50	.59	.75			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.58	.55			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.50	.00			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Evli (1)	180	.39	.54	13.355	.00*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.25	.39			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.64	.60			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.35	.50			
<b>Paranoid düşünce</b>	Evli (1)	180	.60	.66	1.301	.73	
	Bekar (2)	50	.67	.78			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.79	.82			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.33	.23			
<b>Psikotizm</b>	Evli (1)	180	.39	.54	8.983	.03*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.29	.48			
	Boşanmış/Dul (3)	28	.59	.58			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.80	.98			
<b>Ek skala</b>	Evli (1)	180	.89	.73	17.225	.00*	2 < 1 < 3, 4
	Bekar (2)	50	.58	.62			
	Boşanmış/Dul (3)	28	1.21	.77			
	Eşinden ayrı yaşıyor (4)	2	.78	1.11			

Tablo 26’da hastaların medeni durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların medeni durumuna göre Somatizasyon ( $\chi^2=29.136$ ,  $p<.05$ ), Depresyon ( $\chi^2=11.439$ ,  $p<.05$ ), Kaygı ( $\chi^2=10.227$ ,  $p<.05$ ), Fobik anksiyete ( $\chi^2=13.355$ ,  $p<.05$ ), Psikotizm ( $\chi^2=8.983$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skalar ( $\chi^2=17.225$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, anlamlı farklılık

görülen alt boyutlar arasında, psikolojik belirti puanı en düşük olan grup bekarlar, daha sonra evliler ve en yüksek olan grup ise boşanmış/dul ve eşinden ayrı yaşayanlar olarak bulunmuştur.

**Tablo 27.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının evde yaşadığı kişilere göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Yalnız (1)	27	.95	.78	30.506	.00*	4< 1, 2, 3, 5
	Sadece eş (2)	53	1.07	.62			
	Eş ve çocuk (3)	128	.77	.69			
	Anne ve baba (4)	25	.39	.35			
	Diğer (5)	27	.97	.72			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Yalnız (1)	27	.78	.73	5.422	.15	
	Sadece eş (2)	53	.63	.58			
	Eş ve çocuk (3)	128	.64	.67			
	Anne ve baba (4)	25	.41	.30			
	Diğer (5)	27	.81	.64			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Yalnız (1)	27	.93	.76	9.057	.06	
	Sadece eş (2)	53	.73	.60			
	Eş ve çocuk (3)	128	.60	.69			
	Anne ve baba (4)	25	.49	.47			
	Diğer (5)	27	.83	.81			
<b>Depresyon</b>	Yalnız (1)	27	1.19	.89	18.142	.00*	1, 2, 5> 3, 4
	Sadece eş (2)	53	1.09	.67			
	Eş ve çocuk (3)	128	.79	.73			
	Anne ve baba (4)	25	.61	.47			
	Diğer (5)	27	1.19	.96			
<b>Anksiyete</b>	Yalnız (1)	27	.77	.67	15.481	.00*	4< 1, 2, 3, 5
	Sadece eş (2)	53	.65	.60			
	Eş ve çocuk (3)	128	.54	.61			
	Anne ve baba (4)	25	.29	.24			
	Diğer (5)	27	.66	.62			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Yalnız (1)	27	.68	.73	3.195	.53	
	Sadece eş (2)	53	.70	.78			
	Eş ve çocuk (3)	128	.63	.76			
	Anne ve baba (4)	25	.48	.59			
	Diğer (5)	27	.64	.73			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Yalnız (1)	27	.55	.67	5.343	.25	
	Sadece eş (2)	53	.41	.49			
	Eş ve çocuk (3)	128	.37	.55			
	Anne ve baba (4)	25	.21	.23			
	Diğer (5)	27	.43	.47			
<b>Paranoid düşünce</b>	Yalnız (1)	27	.80	.83	2.896	.57	
	Sadece eş (2)	53	.58	.54			
	Eş ve çocuk (3)	128	.58	.68			
	Anne ve baba (4)	25	.52	.57			
	Diğer (5)	27	.87	.95			
<b>Psikotizm</b>	Yalnız (1)	27	.57	.61	11.392	.02*	4< 1, 2, 3, 5
	Sadece eş (2)	53	.39	.47			
	Eş ve çocuk (3)	128	.37	.56			
	Anne ve baba (4)	25	.17	.31			
	Diğer (5)	27	.55	.62			

**Tablo 27.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının evde yaşadığı kişilere göre dağılımı (Devamı)

<b>Ek skala</b>	Yalnız (1)	27	.91	.80			
	Sadece eş (2)	53	1.12	.72			
	Eş ve çocuk (3)	128	.77	.69	14.952	.00*	3, 4 < 2
	Anne ve baba (4)	25	.58	.53			
	Diğer (5)	27	1.01	.84			

Tablo 27’de hastaların evde yaşadıkları kişilere göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların evde yaşadıkları kişilere göre Somatizasyon ( $\chi^2=30.506$ ,  $p<.05$ ), Depresyon ( $\chi^2=18.142$ ,  $p<.05$ ), Kaygı ( $\chi^2=15.481$ ,  $p<.05$ ), Psikotizm ( $\chi^2=11.392$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skalar ( $\chi^2=14.952$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Somatisasyon, Kaygı ve Psikotizm alt boyutunda anne ve babasıyla birlikte yaşayanlar, yalnız, sadece eşiyile yaşayan, eş ve çocuğuyla yaşayanlara göre daha düşük psikolojik belirtilere sahiptir. Depresyon alt boyutunda eş ve çocuğuyla yaşayanların ve anne-babasıyla birlikte yaşayanların psikolojik belirtileri diğerlerine göre daha düşük iken; Ek skala alt boyutunda eş ve çocuğuyla yaşayanların ve anne-babasıyla birlikte yaşayanların psikolojik belirtileri sadece eşiyile yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 28.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	İlköğretim (1)	139	1.04	.73	30.762	.00*	1 > 2, 3
	Lise (2)	75	.62	.59			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.54	.53			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	İlköğretim (1)	139	.70	.66	2.321	.31	-
	Lise (2)	75	.56	.59			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.65	.63			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	İlköğretim (1)	139	.72	.69	5.195	.07	-
	Lise (2)	75	.58	.69			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.71	.63			
<b>Depresyon</b>	İlköğretim (1)	139	1.02	.76	8.283	.02*	1 > 2, 3
	Lise (2)	75	.81	.76			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.82	.79			
<b>Anksiyete</b>	İlköğretim (1)	139	.64	.60	6.875	.03*	1 > 2, 3
	Lise (2)	75	.49	.57			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.55	.63			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	İlköğretim (1)	139	.67	.72	1.419	.49	-
	Lise (2)	75	.60	.77			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.60	.78			
<b>Fobik Anksiyete</b>	İlköğretim (1)	139	.45	.57	7.970	.02*	1 > 2, 3
	Lise (2)	75	.30	.49			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.34	.43			
<b>Paranoid düşünce</b>	İlköğretim (1)	139	.63	.69	.280	.87	-
	Lise (2)	75	.60	.69			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.69	.77			
<b>Psikotizm</b>	İlköğretim (1)	139	.44	.56	4.024	.13	-
	Lise (2)	75	.34	.53			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.38	.53			
<b>Ek skala</b>	İlköğretim (1)	139	1.01	.73	15.460	.00*	1 > 2, 3
	Lise (2)	75	.73	.74			
	Yüksek okul veya üni. (3)	46	.65	.63			

Tablo 28’de hastaların eğitim durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların eğitim durumuna göre Somatizasyon ( $\chi^2=30.762$ ,  $p<.05$ ), Depresyon ( $\chi^2=8.283$ ,  $p<.05$ ), Kaygı ( $\chi^2=6.875$ ,  $p<.05$ ), Fobik anksiyete ( $\chi^2=7.970$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skalar ( $\chi^2=15.460$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Somatizasyon, Depresyon, Kaygı, Fobik anksiyete ve Ek skalar alt boyutlarında Yüksekokul ve üniversite mezunları ile lise mezunlarının psikolojik belirtileri, ilköğretim mezunu olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 29.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının yaşadıkları yere göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Köy (1)	10	.93	.72	8.356	.01*	1, 3> 2
	Kasaba (2)	30	.50	.41			
	Şehir (3)	220	.87	.70			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Köy (1)	10	.73	.74	10.701	.00*	1, 3> 2
	Kasaba (2)	30	.33	.37			
	Şehir (3)	220	.69	.65			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Köy (1)	10	.65	.67	3.902	.14	-
	Kasaba (2)	30	.42	.43			
	Şehir (3)	220	.71	.70			
<b>Depresyon</b>	Köy (1)	10	.64	.49	4.381	.11	-
	Kasaba (2)	30	.61	.38			
	Şehir (3)	220	.97	.80			
<b>Anksiyete</b>	Köy (1)	10	.54	.59	5.700	.06	-
	Kasaba (2)	30	.33	.28			
	Şehir (3)	220	.61	.62			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Köy (1)	10	.55	.76	13.790	.00*	3> 2
	Kasaba (2)	30	.23	.29			
	Şehir (3)	220	.69	.77			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Köy (1)	10	.70	.82	3.824	.15	-
	Kasaba (2)	30	.23	.29			
	Şehir (3)	220	.40	.53			
<b>Paranoid düşünce</b>	Köy (1)	10	.41	.63	10.795	.00*	3> 2
	Kasaba (2)	30	.31	.45			
	Şehir (3)	220	.68	.72			
<b>Psikotizm</b>	Köy (1)	10	.30	.47	5.788	.05*	3> 2
	Kasaba (2)	30	.19	.32			
	Şehir (3)	220	.43	.56			
<b>Ek skala</b>	Köy (1)	10	.57	.63	9.262	.01*	3> 2
	Kasaba (2)	30	.52	.48			
	Şehir (3)	220	.92	.75			

Tablo 29’da hastaların yaşadıkları yere göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların yaşadıkları yere göre Somatizasyon ( $\chi^2=8.356$ ,  $p<.05$ ), Obsesif Kompulsif ( $\chi^2=10.701$ ,  $p<.05$ ), Öfke-Düşmanlık ( $\chi^2=13.790$ ,  $p<.05$ ), Paranoid düşünce ( $\chi^2=10.795$ ,  $p<.05$ ), Psikotizm ( $\chi^2=5.788$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skalar ( $\chi^2=9.262$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık

görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p > .05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Somatizasyon ve Obsesif kompulsif alt boyutlarında köyde ve şehirde yaşayanların psikolojik belirtileri kasabada yaşayanlara göre daha yüksek çıkarken; Öfke-Düşmanlık, Paranoid düşünce, Psicotizm ve Ek skala alt boyutlarında şehirde yaşayanların psikolojik belirtileri kasabada yaşayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 30.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının sosyal destek durumuna göre dağılımı

		N	Ort	Ss	U	p
<b>Somatizasyon</b>	Var	134	.81	.66	8142.00	.70
	Yok	125	.86	.72		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Var	134	.65	.61	8076.00	.62
	Yok	125	.65	.68		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Var	134	.72	.71	7796.50	.33
	Yok	125	.63	.65		
<b>Depresyon</b>	Var	134	.96	.85	8336.50	.95
	Yok	125	.88	.68		
<b>Anksiyete</b>	Var	134	.59	.59	8074.50	.62
	Yok	125	.57	.61		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	134	.57	.73	7296.50	.07
	Yok	125	.72	.76		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	134	.37	.52	7875.50	.40
	Yok	125	.42	.54		
<b>Paranoid düşünce</b>	Var	134	.64	.73	8253.00	.84
	Yok	125	.63	.67		
<b>Psicotizm</b>	Var	134	.38	.51	8324.00	.93
	Yok	125	.42	.58		
<b>Ek skala</b>	Var	134	.80	.72	7415.00	.11
	Yok	125	.93	.75		

Tablo 30'da hastaların beraber yaşadığı kişiler dışında, sosyal desteğini hissettiği birilerinin olması durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların beraber yaşadığı kişiler dışında, sosyal desteğini hissettiği birilerinin olması durumuna göre psikolojik belirtiler arasında anlamlı farklılık görülmemiştir,  $p > .05$ .

**Tablo 31.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının algılanan ekonomik duruma göre dağılımı

		N	Ort	Ss	$\chi^2$	p	Fark
<b>Somatizasyon</b>	Kötü (1)	83	.92	.72	3.334	.19	-
	Orta (2)	160	.79	.67			
	İyi (3)	16	.80	.70			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Kötü (1)	83	.68	.73	2.122	.35	-
	Orta (2)	160	.61	.59			
	İyi (3)	16	.76	.51			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Kötü (1)	83	.78	.73	7.255	.03*	1, 3 > 2
	Orta (2)	160	.60	.64			
	İyi (3)	16	.93	.70			
<b>Depresyon</b>	Kötü (1)	83	1.07	.82	8.779	.01*	1 > 2
	Orta (2)	160	.83	.75			
	İyi (3)	16	.96	.48			
<b>Anksiyete</b>	Kötü (1)	83	.64	.70	2.819	.24	-
	Orta (2)	160	.53	.54			
	İyi (3)	16	.65	.48			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Kötü (1)	83	.64	.75	1.015	.60	-
	Orta (2)	160	.63	.76			
	İyi (3)	16	.65	.56			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Kötü (1)	83	.49	.65	3.629	.16	-
	Orta (2)	160	.34	.46			
	İyi (3)	16	.32	.34			
<b>Paranoid düşünce</b>	Kötü (1)	83	.63	.68	1.903	.39	-
	Orta (2)	160	.61	.70			
	İyi (3)	16	.85	.76			
<b>Psikotizm</b>	Kötü (1)	83	.46	.62	1.994	.37	-
	Orta (2)	160	.36	.50			
	İyi (3)	16	.45	.54			
<b>Ek skala</b>	Kötü (1)	83	.96	.83	1.628	.44	-
	Orta (2)	160	.80	.67			
	İyi (3)	16	.98	.72			



Tablo 31’de algılanan ekonomik duruma göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda algılanan ekonomik duruma göre Kişiler arası duyarlılık ( $\chi^2=7.255$ ,  $p<.05$ ) ve Depresyon ( $\chi^2=8.779$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Kişiler arası duyarlılık alt boyutunda ekonomik durumunu kötü ve iyi olarak belirtenlerin psikolojik belirtileri ekonomik durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksek iken; Depresyon alt boyutunda ekonomik durumunu kötü olarak belirtenlerin psikolojik belirtileri ekonomik durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksektir.

**Tablo 32.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre dağılımı

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Somatizasyon</b>	Kullanan	107	.80	.72	7538.50	.32
	Kullanmayan	152	.85	.66		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Kullanan	107	.65	.68	8064.50	.91
	Kullanmayan	152	.64	.60		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Kullanan	107	.69	.73	8019.00	.85
	Kullanmayan	152	.67	.65		
<b>Depresyon</b>	Kullanan	107	.92	.80	8073.50	.92
	Kullanmayan	152	.91	.75		
<b>Anksiyete</b>	Kullanan	107	.58	.66	8065.50	.91
	Kullanmayan	152	.57	.55		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Kullanan	107	.78	.83	6627.00	.01*
	Kullanmayan	152	.54	.65		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Kullanan	107	.40	.59	8006.00	.83
	Kullanmayan	152	.38	.48		
<b>Paranoid düşünce</b>	Kullanan	107	.72	.77	7325.00	.17
	Kullanmayan	152	.57	.64		
<b>Psikotizm</b>	Kullanan	107	.42	.62	7712.50	.47
	Kullanmayan	152	.38	.48		
<b>Ek skala</b>	Kullanan	107	.93	.78	7543.50	.32
	Kullanmayan	152	.82	.69		

Tablo 32’de hastaların sigara kullanma durumu göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların sigara kullanımına göre Öfke-Düşmanlık alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken ( $U=6627.00$ ,  $p<.05$ ), diğer alt boyutlar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir,  $p>.05$ . Sigara kullanan bireylerin ( $x=.78$ ) Öfke-Düşmanlık puanı sigara kullanmayanlara ( $x=.54$ ) göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 33.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının kronik hastalığa sahip olma durumuna göre dağılımı

		n	Ort	Ss	U	p																																																																																																
<b>Somatizasyon</b>	Var	117	1.07	.69	4689.00	.00*																																																																																																
	Yok	143	.63	.62			<b>Obsesif Kompulsif</b>	Var	117	.79	.73	6507.50	.00*	Yok	143	.53	.52	<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Var	117	.85	.75	6086.50	.00*	Yok	143	.53	.58	<b>Depresyon</b>	Var	117	1.21	.82	4786.00	.00*	Yok	143	.67	.63	<b>Anksiyete</b>	Var	117	.77	.69	5029.00	.00*	Yok	143	.42	.46	<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*	Yok	143	.54	.67	<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Var	117	.79	.73	6507.50	.00*																																																																																																
	Yok	143	.53	.52			<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Var	117	.85	.75	6086.50	.00*	Yok	143	.53	.58	<b>Depresyon</b>	Var	117	1.21	.82	4786.00	.00*	Yok	143	.67	.63	<b>Anksiyete</b>	Var	117	.77	.69	5029.00	.00*	Yok	143	.42	.46	<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*	Yok	143	.54	.67	<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63								
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Var	117	.85	.75	6086.50	.00*																																																																																																
	Yok	143	.53	.58			<b>Depresyon</b>	Var	117	1.21	.82	4786.00	.00*	Yok	143	.67	.63	<b>Anksiyete</b>	Var	117	.77	.69	5029.00	.00*	Yok	143	.42	.46	<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*	Yok	143	.54	.67	<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																			
<b>Depresyon</b>	Var	117	1.21	.82	4786.00	.00*																																																																																																
	Yok	143	.67	.63			<b>Anksiyete</b>	Var	117	.77	.69	5029.00	.00*	Yok	143	.42	.46	<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*	Yok	143	.54	.67	<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																														
<b>Anksiyete</b>	Var	117	.77	.69	5029.00	.00*																																																																																																
	Yok	143	.42	.46			<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*	Yok	143	.54	.67	<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																																									
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Var	117	.75	.80	6830.00	.01*																																																																																																
	Yok	143	.54	.67			<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*	Yok	143	.28	.36	<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																																																				
<b>Fobik Anksiyete</b>	Var	117	.52	.65	6185.00	.00*																																																																																																
	Yok	143	.28	.36			<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*	Yok	143	.53	.63	<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																																																															
<b>Paranoid düşünce</b>	Var	117	.75	.76	6832.00	.01*																																																																																																
	Yok	143	.53	.63			<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*	Yok	143	.28	.43	<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																																																																										
<b>Psikotizm</b>	Var	117	.54	.62	5697.50	.00*																																																																																																
	Yok	143	.28	.43			<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*	Yok	143	.65	.63																																																																																					
<b>Ek skala</b>	Var	117	1.12	.77	5107.00	.00*																																																																																																
	Yok	143	.65	.63																																																																																																		

Tablo 33’de hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda Hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre tüm psikolojik belirtilerde anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p<.05$ . Kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin tüm psikolojik belirti puanları, kronik rahatsızlığı bulunmayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 34.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının ruh sağlığı hizmeti alma durumuna göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Somatizasyon</b>	Alan	42	1.02	.90	4148.50	.36
	Almayan	217	.79	.63		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Alan	42	1.02	.86	3089.00	.00*
	Almayan	217	.57	.55		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Alan	42	.98	.85	3327.50	.00*
	Almayan	217	.62	.63		
<b>Depresyon</b>	Alan	42	1.22	.91	3459.50	.01*
	Almayan	217	.86	.72		
<b>Anksiyete</b>	Alan	42	.82	.75	3332.00	.01*
	Almayan	217	.53	.55		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Alan	42	1.03	1.03	3427.00	.01*
	Almayan	217	.56	.65		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Alan	42	.58	.77	4055.00	.25
	Almayan	217	.35	.46		
<b>Paranoid düşünce</b>	Alan	42	1.01	.93	3309.00	.00*
	Almayan	217	.56	.62		
<b>Psikotizm</b>	Alan	42	.65	.77	3526.50	.02*
	Almayan	217	.35	.47		
<b>Ek skala</b>	Alan	42	1.07	.87	3963.50	.18
	Almayan	217	.82	.70		

Tablo 34’de hastaların daha önce psikiyatriste gitme durumlarına göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların daha önce psikiyatriste gitme durumlarına göre Somatizasyon (U=4148.50,  $p>.05$ ) ve Fobik anksiyete (U=4055.00,  $p>.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmezken, diğer tüm psikolojik belirtilerde anlamlı farklılık görülmektedir,  $p<.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlarda daha önce psikiyatriste giden bireylerin psikolojik belirti puanı, gitmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 35.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının sahip olunan çocuk sayısına göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Yok (0)	55	.52	.52	12.374	.01*	0, 1, 2 <5
	1 çocuk (1)	13	.57	.47			
	2 çocuk (2)	54	.75	.57			
	3 çocuk (3)	42	1.02	.96			
	4 çocuk (4)	37	.88	.57			
	5 ve üzeri (5)	58	1.09	.66			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Yok (1)	55	.58	.58	1.075	.90	-
	1 çocuk (2)	13	.65	.71			
	2 çocuk (3)	54	.65	.61			
	3 çocuk (4)	42	.77	.83			
	4 çocuk (5)	37	.57	.51			
	5 ve üzeri (6)	58	.66	.62			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Yok (1)	55	.65	.63	.746	.95	-
	1 çocuk (2)	13	.55	.59			
	2 çocuk (3)	54	.70	.75			
	3 çocuk (4)	42	.74	.79			
	4 çocuk (5)	37	.68	.64			
	5 ve üzeri (6)	58	.65	.64			
<b>Depresyon</b>	Yok (1)	55	.80	.78	1.705	.79	-
	1 çocuk (2)	13	.84	.72			
	2 çocuk (3)	54	.93	.80			
	3 çocuk (4)	42	.94	.84			
	4 çocuk (5)	37	.96	.72			
	5 ve üzeri (6)	58	.99	.71			
<b>Anksiyete</b>	Yok (1)	55	.50	.57	3.415	.49	-
	1 çocuk (2)	13	.49	.54			
	2 çocuk (3)	54	.56	.53			
	3 çocuk (4)	42	.67	.80			
	4 çocuk (5)	37	.53	.52			
	5 ve üzeri (6)	58	.64	.57			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Yok (1)	55	.61	.76	1.605	.81	-
	1 çocuk (2)	13	.55	.57			
	2 çocuk (3)	54	.65	.73			
	3 çocuk (4)	42	.73	.80			
	4 çocuk (5)	37	.53	.60			
	5 ve üzeri (6)	58	.67	.81			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Yok (1)	55	.25	.38	4.421	.35	-
	1 çocuk (2)	13	.27	.33			
	2 çocuk (3)	54	.35	.45			
	3 çocuk (4)	42	.50	.79			
	4 çocuk (5)	37	.42	.45			
	5 ve üzeri (6)	58	.48	.54			
<b>Paranoid düşünce</b>	Yok (1)	55	.68	.76	1.227	.87	-
	1 çocuk (2)	13	.66	.65			
	2 çocuk (3)	54	.66	.74			
	3 çocuk (4)	42	.67	.72			
	4 çocuk (5)	37	.57	.63			
	5 ve üzeri (6)	58	.56	.65			
<b>Psikotizm</b>	Yok (1)	55	.31	.49	3.396	.49	-
	1 çocuk (2)	13	.33	.51			
	2 çocuk (3)	54	.40	.52			
	3 çocuk (4)	42	.51	.70			
	4 çocuk (5)	37	.34	.46			
	5 ve üzeri (6)	58	.45	.54			
<b>Ek skala</b>	Yok (1)	55	.63	.65	3.137	.53	-
	1 çocuk (2)	13	.74	.81			
	2 çocuk (3)	54	.93	.73			
	3 çocuk (4)	42	.89	.77			
	4 çocuk (5)	37	.85	.64			
	5 ve üzeri (6)	58	1.04	.78			

Tablo 35’te hastaların çocuk sayısına göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların çocuk sayısına göre Somatizasyon ( $\chi^2=12.374$ ,  $p<.05$ ) alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 5 ve üzeri çocuk sahibi olan bireylerin psikolojik belirtileri, çocuğu olmayan, bir ve iki çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 36.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının şuan herhangi bir işte çalışma durumuna göre dağılımı

		n	Ort	Ss	U	p
<b>Somatizasyon</b>	Çalışan	112	.54	.48	4576.50	.00*
	Çalışmayan	148	1.05	.74		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Çalışan	112	.49	.52	6099.50	.00*
	Çalışmayan	148	.76	.68		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Çalışan	112	.53	.64	6036.00	.00*
	Çalışmayan	148	.79	.69		
<b>Depresyon</b>	Çalışan	112	.70	.65	5869.50	.00*
	Çalışmayan	148	1.08	.81		
<b>Anksiyete</b>	Çalışan	112	.42	.46	5839.00	.00*
	Çalışmayan	148	.69	.66		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Çalışan	112	.53	.66	7016.00	.03*
	Çalışmayan	148	.71	.79		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Çalışan	112	.28	.36	6738.00	.01*
	Çalışmayan	148	.47	.61		
<b>Paranoid düşünce</b>	Çalışan	112	.52	.63	7096.00	.04*
	Çalışmayan	148	.71	.74		
<b>Psikotizm</b>	Çalışan	112	.29	.45	6101.50	.00*
	Çalışmayan	148	.48	.59		
<b>Ek skala</b>	Çalışan	112	.65	.56	6064.50	.00*
	Çalışmayan	148	1.03	.80		

Tablo 36’da hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre tüm psikolojik

belirtilerde anlamlı farklılık görülmektedir,  $p < .05$ . Tüm alt boyutlarda herhangi bir işte çalışan bireylerin psikolojik belirti puanları, çalışmayan bireylere göre daha düşüktür.

**Tablo 37.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımı

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Somatizasyon</b>	Yapan	10	.97	.85	1127.00	.61
	Yapmayan	249	.82	.68		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Yapan	10	.62	.51	1225.00	.93
	Yapmayan	249	.65	.64		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Yapan	10	.66	.59	1159.50	.71
	Yapmayan	249	.68	.69		
<b>Depresyon</b>	Yapan	10	.86	.90	1110.50	.56
	Yapmayan	249	.92	.76		
<b>Anksiyete</b>	Yapan	10	.66	.71	1178.00	.77
	Yapmayan	249	.57	.59		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Yapan	10	.65	.84	1233.50	.96
	Yapmayan	249	.64	.74		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Yapan	10	.47	.55	1164.50	.72
	Yapmayan	249	.38	.53		
<b>Paranoid düşünce</b>	Yapan	10	.61	.87	1146.50	.67
	Yapmayan	249	.63	.69		
<b>Psikotizm</b>	Yapan	10	.75	.77	799.50	.05*
	Yapmayan	249	.38	.53		
<b>Ek skala</b>	Yapan	10	.81	.76	1168.00	.74
	Yapmayan	249	.86	.73		

Tablo 37’de hastaların düzenli egzersiz yapma durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda düzenli egzersiz yapma durumuna göre Psikotizm alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken ( $U=799.50$ ,  $p=.05$ ), diğer tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almamaktadır,  $p > .05$ . Psikotizm alt boyutunda düzenli egzersiz yapanların ( $x=.75$ ) puanı, yapmayanlara ( $x=.53$ ) göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 38.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının daha önce hastanede yatma durumuna göre dağılımı

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Somatizasyon</b>	Yatmayan	93	.69	.70	5628.50	.00*
	Yatan	167	.91	.66		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Yatmayan	93	.67	.70	7718.00	.93
	Yatan	167	.63	.60		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Yatmayan	93	.71	.71	7554.00	.71
	Yatan	167	.66	.66		
<b>Depresyon</b>	Yatmayan	93	.83	.76	6802.50	.10
	Yatan	167	.97	.77		
<b>Anksiyete</b>	Yatmayan	93	.56	.64	7042.50	.21
	Yatan	167	.58	.57		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Yatmayan	93	.76	.88	7008.50	.19
	Yatan	167	.56	.64		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Yatmayan	93	.35	.54	6462.50	.02*
	Yatan	167	.41	.52		
<b>Paranoid düşünce</b>	Yatmayan	93	.73	.77	6937.50	.15
	Yatan	167	.58	.65		
<b>Psikotizm</b>	Yatmayan	93	.40	.59	7054.00	.21
	Yatan	167	.40	.51		
<b>Ek skala</b>	Yatmayan	93	.73	.73	6317.00	.01*
	Yatan	167	.93	.72		

Tablo 38’de hastaların daha önce hastaneye yatma durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda daha önce hastaneye yatma durumuna göre Somatizasyon (U=5628.50,  $p<.05$ ) ve Fobik Anksiyete (U=6462.50,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almamaktadır,  $p>.05$ . Somatizasyon ve Fobik anksiyete alt boyutlarında daha önce hastaneye yatan bireylerin puanı yatmayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 39.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının hastanede yatış nedeni durumuna göre dağılımı

		<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	$\chi^2$	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Somatizasyon</b>	Teşhis (1)	3	1.30	1.39	13.556	.00*	1 > 2, 3
	Tıbbi tedavi (2)	78	.81	.59			
	Operasyon (3)	176	.83	.71			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Teşhis (1)	3	1.30	1.22	.007	.93	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.54	.49			
	Operasyon (3)	176	.68	.67			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Teşhis (1)	3	1.51	1.22	.134	.71	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.68	.58			
	Operasyon (3)	176	.66	.70			
<b>Depresyon</b>	Teşhis (1)	3	1.48	1.04	2.751	.10	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	1.00	.71			
	Operasyon (3)	176	.88	.79			
<b>Anksiyete</b>	Teşhis (1)	3	1.50	1.58	1.564	.21	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.55	.44			
	Operasyon (3)	176	.57	.63			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Teşhis (1)	3	1.77	1.87	1.730	.19	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.60	.58			
	Operasyon (3)	176	.63	.76			
<b>Fobik Anksiyete</b>	Teşhis (1)	3	1.09	1.29	5.214	.02*	1 > 2, 3
	Tıbbi tedavi (2)	78	.37	.41			
	Operasyon (3)	176	.38	.55			
<b>Paranoid düşünce</b>	Teşhis (1)	3	1.61	1.10	2.075	.15	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.62	.56			
	Operasyon (3)	176	.61	.73			
<b>Psikotizm</b>	Teşhis (1)	3	1.06	1.19	1.554	.21	-
	Tıbbi tedavi (2)	78	.35	.35			
	Operasyon (3)	176	.40	.59			
<b>Ek skala</b>	Teşhis (1)	3	1.57	1.78	6.251	.01*	1 > 2, 3
	Tıbbi tedavi (2)	78	.92	.64			
	Operasyon (3)	176	.83	.74			



Tablo 39’da hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre Somatizasyon ( $\chi^2=13.556$ ,  $p<.05$ ), Fobik anksiyete ( $\chi^2=5.214$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skala ( $\chi^2=6.251$ ,  $p<.05$ ) alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Somatizasyon, Fobik-Anksiyete ve Ek skala alt boyutlarında Teşhis nedeniyle hastaneye yatan bireylerin psikolojik belirtileri Tıbbi tedavi ve Operasyon amacıyla hastaneye yatan bireylerden daha yüksektir.



**Tablo 40.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının ebeveyn varlığı durumuna göre dağılımı

		n	Ort	Ss	$\chi^2$	p	Fark
<b>Somatizasyon</b>	İkisi de sağ (1)	94	.59	.60	34.868	.00*	1 < 2 < 3
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.82	.70			
	İki de sağ değil (3)	92	1.08	.67			
<b>Obsesif Kompulsif</b>	İkisi de sağ (1)	94	.61	.63	2.108	.35	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.62	.63			
	İki de sağ değil (3)	92	.70	.64			
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	İkisi de sağ (1)	94	.69	.69	2.302	.32	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.60	.67			
	İki de sağ değil (3)	92	.72	.68			
<b>Depresyon</b>	İkisi de sağ (1)	94	.84	.79	6.366	.04*	1, 2 < 3
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.89	.79			
	İki de sağ değil (3)	92	1.02	.72			
<b>Anksiyete</b>	İkisi de sağ (1)	94	.54	.62	4.192	.12	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.56	.60			
	İki de sağ değil (3)	92	.62	.57			
<b>Öfke Düşmanlık</b>	İkisi de sağ (1)	94	.64	.83	.486	.78	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.63	.72			
	İki de sağ değil (3)	92	.63	.66			
<b>Fobik Anksiyete</b>	İkisi de sağ (1)	94	.32	.49	9.210	.01*	1, 2 < 3
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.36	.52			
	İki de sağ değil (3)	92	.48	.56			
<b>Paranoid düşünce</b>	İkisi de sağ (1)	94	.71	.75	1.688	.43	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.57	.65			
	İki de sağ değil (3)	92	.60	.69			
<b>Psikotizm</b>	İkisi de sağ (1)	94	.37	.55	5.665	.06	-
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.34	.50			
	İki de sağ değil (3)	92	.47	.56			
<b>Ek skala</b>	İkisi de sağ (1)	94	.71	.71	12.171	.00*	1, 2 < 3
	Yalnızca biri sağ (2)	74	.85	.76			
	İki de sağ değil (3)	92	1.02	.70			

Tablo 40'ta hastaların ebeveyn varlığı durumuna göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Kruskal Wallis-H Testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların ebeveyn varlığı durumuna göre Somatizasyon ( $\chi^2=34.868$ ,  $p<.05$ ), Depresyon ( $\chi^2=6.366$ ,  $p<.05$ ), Fobik anksiyete ( $\chi^2=9.210$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skala ( $\chi^2=12.171$ ,  $p<.05$ ) alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Somatizasyon, Depresyon, Fobik anksiyete ve Ek skala alt boyutlarında, anne babasından ikisini de kaybeden bireylerin psikolojik belirtileri, anne babasının ikisinin de sağ olduğu veya anne babadan sadece birinin sağ olduğu bireylere göre daha yüksektir.

**Tablo 41.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının uyku düzenine göre dağılımı

		n	Ort	Ss	U	p
<b>Somatizasyon</b>	Düzenli	137	.70	.61	6222.50	.00*
	Düzensiz	123	.98	.74		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Düzenli	137	.55	.51	7098.00	.03*
	Düzensiz	123	.76	.73		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Düzenli	137	.55	.62	6286.00	.00*
	Düzensiz	123	.81	.72		
<b>Depresyon</b>	Düzenli	137	.72	.65	5856.00	.00*
	Düzensiz	123	1.13	.83		
<b>Anksiyete</b>	Düzenli	137	.48	.51	6572.50	.00*
	Düzensiz	123	.67	.66		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Düzenli	137	.56	.65	7435.00	.10
	Düzensiz	123	.72	.82		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Düzenli	137	.31	.40	7007.50	.02*
	Düzensiz	123	.47	.63		
<b>Paranoid düşünce</b>	Düzenli	137	.58	.67	7795.50	.29
	Düzensiz	123	.68	.73		
<b>Psikotizm</b>	Düzenli	137	.34	.49	7003.50	.02*
	Düzensiz	123	.46	.59		
<b>Ek skala</b>	Düzenli	137	.69	.61	6203.00	.00*
	Düzensiz	123	1.06	.80		

Tablo 41'de hastaların uyku düzenine göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların uyku düzenine

göre Öfke-Düşmanlık ( $U=7435.00$ ,  $p>.05$ ) ve Paranoid düşünce ( $U=7795.50$ ,  $p>.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık yer almazken, diğer tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p<.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlarda düzensiz uykusu olan bireylerin psikolojik belirtileri, düzenli uykuya sahip olan bireylere göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 42.** Hastaların belirti tarama testi puan ortalamalarının yatarken konsültasyon alma durumuna göre dağılımı

		n	Ort	Ss	U	p
<b>Somatizasyon</b>	Alan	10	1.35	.87	731.00	.03*
	Almayan	249	.81	.67		
<b>Obsesif Kompulsif</b>	Alan	10	1.26	.85	620.00	.01*
	Almayan	249	.62	.61		
<b>Kişiler arası duyarlılık</b>	Alan	10	1.56	.80	478.50	.00*
	Almayan	249	.64	.65		
<b>Depresyon</b>	Alan	10	1.93	1.06	536.50	.00*
	Almayan	249	.88	.73		
<b>Anksiyete</b>	Alan	10	1.43	.99	482.50	.00*
	Almayan	249	.54	.55		
<b>Öfke Düşmanlık</b>	Alan	10	1.50	1.40	741.00	.03*
	Almayan	249	.60	.68		
<b>Fobik Anksiyete</b>	Alan	10	.95	.86	658.50	.01*
	Almayan	249	.37	.50		
<b>Paranoid düşünce</b>	Alan	10	1.46	.99	565.50	.00*
	Almayan	249	.60	.67		
<b>Psikotizm</b>	Alan	10	1.15	.78	464.00	.00*
	Almayan	249	.37	.51		
<b>Ek skala</b>	Alan	10	1.64	1.09	688.50	.02*
	Almayan	249	.83	.70		

Tablo 42’de hastaların hastaneye yattığı süre boyunca konsültasyon alıp almadığına göre psikolojik belirtilerin dağılımı için yapılan Mann Whitney U testi yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların hastaneye yattığı süre boyunca konsültasyon alıp almadığına göre tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p<.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlarda konsültasyon alan bireylerin, psikolojik belirti puanları, konsültasyon almayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya alınan toplam 260 hastanın 120'si (%46,2) kadın, 140'ı (%53,8) erkektir. Çalışmaya alınan vakaların 57'si (%21,9) dahiliye, 73'ü (%28,1) ortopedi ve 130'u (%50) genel cerrahi servislerinde yatmaktadır. Vakaların 180'i (%69,2) evli, 50'si (%19,2) bekar, 28'i (%10,8) boşanmış/dul, 2'si (%0,8) eşinden ayrı yaşamaktadır. Vakaların 27'si (%10,4) yalnız, 53'ü (%20,4) sadece eşiyile, 128'i (%49,2) eş ve çocuklarıyla, 25'i (%9,6) anne ve babasıyla, 27'si (%10,4) de diğer kişilerle yaşamaktadırlar. Vakaların 139'u (%53,5) ilköğretim, 75'i (%28,8) lise, 46'sı (%17,7) yüksekokul veya üniversite mezunudur. Vakaların 10'u (%3,8) köyde, 30'u (%11,5) kasabada, 220'si (%84,6) de şehirde yaşamaktadır. Vakaların beraber yaşadıkları kişiler dışında sosyal desteğini hissettikleri kişi olanların sayısı 134 (%51,7), böyle bir sosyal desteğe sahip olamayanların sayısı da 125 (%48,3) tir. Vakalar, ekonomik durum algılarıyla alakalı ise 83'ü (%32,0) kötü, 160'ı (%61,8) orta, 16'sı (%6,2) ise iyi cevabını vermiştir. Vakaların 107'si (%41,3) sigara kullanırken, 152'si (%58,7) sigara kullanmamaktadır. Vakaların 117'sinin (%45,2) kronik hastalığı bulunurken, 142'sinin (%54,8) kronik hastalığı bulunmamaktadır. Vakalardan daha önce ruh sağlığı hizmeti alan sayısı 42 (%16,2), almayan sayısı ise 217 (%83,8)'dir. Bu vakalardan hiç çocuğu bulunmayanların sayısı 55 (%21,2), 1 çocuğu olanların sayısı 13 (%5,0), 2 çocuğu olanların sayısı 54 (%20,8), 3 çocuğu olanların sayısı 42 (%16,2), 4 çocuğu olanların sayısı 37 (%14,3), 5 çocuğu olanların sayısı 58 (%22,4)'dir. Hali hazırda vakaların 112'si (%43,1) herhangi bir yerde çalışırken, 148'i (%56,9) ise herhangi bir yerde çalışmamaktadır. Çalışmaya alınan vakalardan düzenli egzersiz yapanların sayısı 10 (%3,84) iken, 250'si (%96,16) ise egzersiz yapmamaktadır. Vakalardan ilk kez hastaneye yatanların sayısı 93 (%35,8), daha önce de hastanede yatış yapmış hastaların sayısı 167 (%64,2)'dir. Toplam vakanın 3'ü (%1,2) teşhis, 78'i (%30,4) tıbbi tedavi, 176'sı (%68,5) da operasyon için hastaneye yatmıştır. Vakaların anne babaları hayatta olanların sayısı 94 (%36,2), yalnızca biri sağ olanların sayısı 74 (%28,5), anne babasından her ikisinin de sağ olmayanların sayısı ise 92 (%35,4)'dir. Vakaların 137'sinin (% 52,7) uyku alışkanlığı düzenliyken, 123'ünün (%47,3) ise düzenli bir uyku alışkanlığına sahip değiller. Hastaneye yattığı süre boyunca psikiyatrik konsültasyon alanların sayısı 10 (%3,84) iken, almayanların sayısı ise 250 (%96,16) dir.

Yapılan analizler sonucunda çalışmaya alınan 260 hasta Genel Sağlık Anketine göre değerlendirildiğinde, %48,8'i ruh sağlığı bozukluğu açısından riskli bulunurken,

Belirti Tarama Testine göre bakıldığında; %16,9'unun Somatizasyon, %10'unun Obsesif Kompulsif Bozukluk, %13,8'inin Kişiler Arası Duyarlılık, %20'sinin Depresyon, %8,1'inin Anksiyete, 10,4'ünün Öfke-Düşmanlık, %5'inin Fobik Anksiyete, %11,1'inin Paranoid Düşünce, % 12,2'sinin Psikotizm ve %19,2'sinin ise Ek Maddeler (uyku bozuklukları, yeme bozuklukları ve suçluluk) yönünden riskli olduğu saptanmıştır. Bilge'nin 2008 yılında 424 kronik fiziksel hastalığı olan bireyle yaptığı çalışmada, hastalara PRIME MD uygulayarak psikiyatrik bozukluk düzeylerini ölçmüştür. Çalışma sonucuna göre bu 424 bireyden 165'inin (% 41.3) bir PRIME MD tanısı (Duygudurum bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu) aldığını bildirmiştir [135]. Belçika'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada 2316 kişinin % 42.5'inde bir psikiyatrik rahatsızlık olduğu belirlenmiştir [136]. Clarke ve arkadaşları, hastanede yatan 209 hastada gerçekleştirdikleri çalışmada psikiyatrik bozukluk oranını % 30, depresif bozukluk oranını % 12 olarak bildirmiştir [137]. Abiodun ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada psikiyatrik bozukluk oranını % 40, depresif bozuklukları % 30.4, anksiyete bozukluklarını % 21.9 oranında bildirmişlerdir [138]. Ateşçi ve arkadaşlarının çalışma sonucuna göre, genel servislerde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı % 23.4 olarak saptamışlardır ve psikiyatrik bozukluk tanısı konan bu hastaların % 38.3'ü (18 hasta) dahiliye, % 29.8'i (14 hasta) cerrahi, % 23.4'ü (11 hasta) kadın doğum, % 8.5'i (4 hasta) ise nöroloji servislerinde yattıklarını bildirmişlerdir [139]. Saravay ve Lavin çalışmalarında, cerrahi ve dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda %30-60 oranlarında psikiyatrik bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir [140]. Katon ve Gonzales (1994) çalışmalarında, hastanede yatarak tedavi gören hastalarda majör depresif bozukluk ve distimi oranı %40, somatizasyon bozukluğu oranı %20, anksiyete bozuklukları oranı %21.8, panik bozukluk oranı %12 ve alkol madde kullanımı oranı %5 olduğu belirtilmiştir [141]. Ülkemizde fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatanlarda yapılan çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik tanılar arasında depresif bozukluk (%9.6-44.6), organik mental bozukluk (%4.8-27.6), anksiyete bozukluğu (%2.8-24.4) yer almaktadır [142]. Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda ruhsal sorunların bu kadar fazla olması; hastalığın getirdiği fiziksel ve sosyal kısıtlamalar, kişiyi rahatsız eden tanı ve tedavi yöntemleri, gelecek kaygısı, ölüm korkusu, aile içi süreçlerde bozulma, maddi sorunlar, hastane ortamında bulunma, evden, aile ve arkadaşlardan uzak kalma, hastalık ve tedaviye bağlı gelişen semptomlar (ağrı, bulantı, kusma, kaşıntı v.b) gibi sebeplerle açıklanabilir.

Çalışmaya alınan 140 erkek ve 120 kadın hastanın genel sağlık anketi ve psikolojik belirti puanları karşılaştırıldığında iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır,  $p>.05$ . Bahar ve arkadaşları (2006), dahili ve cerrahi servislerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada, kadınlarda anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir ve anksiyete ile cinsiyet arasında anlamlı fark olduğunu saptamışlardır ( $p<0.05$ ). Depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır [143]. Okanlı ve arkadaşları (2005), yaptıkları çalışmada cinsiyet ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı fark bulunduğunu saptamışlardır [144]. Kayahan 2005 yılında yaptığı çalışmada kadın hastaların anksiyete puanlarını erkek hastalardan anlamlı ölçüde yüksek olarak bulmuştur [145]. Tel ve arkadaşları da (2005) yaptıkları çalışmada kadın cinsiyet ile anksiyete arasında ilişki olduğunu belirlemişlerdir [146]. Yapılan analizler sonucunda bu çalışmada kadın ve erkek cinsiyet arasında psikiyatrik belirti yönünden bir fark olmamasına rağmen, diğer birçok çalışmada kadın cinsiyetin ruhsal hastalıklara daha yatkın olduğu belirtilmiştir. Bunun nedeni, kadınların biyolojik ve ruhsal yapıları gereği duygusal yönden daha hassas olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, hastaların genel sağlık anket puanları yattıkları servise göre anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ). Belirti tarama testine göre ise; Depresyon ve Paranoid düşünce alt boyutlarında Dahiliye bölümünde yatan hastaların psikolojik belirti puanları Ortopedi ve Genel cerrahi bölümünde yer alan hastalara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkarken; Ek skala alt boyutunda Dahiliye ve Ortopedi bölümünde yer alan hastaların puanı Genel Cerrahi bölümünde yer alan hastalara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Bahar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2006), cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastaların hem anksiyete hem de depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamışlardır. Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının, dahili kliniklerde yatan hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir [143]. Tel ve arkadaşları (2005) 'da yaptıkları çalışmada benzer yönde sonuçlar bulduklarını bildirmişlerdir [146]. Kayahan (2005) ise çalışmasında, cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete puan ortalamasını dahili kliniklerde yatan hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur [145]. Ateşçi ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada da, genel servislerde yatan hastalar içerisinde psikiyatrik tanı konan hastaların çoğunluğunu (% 38.3) dahili servislerde yatan hastaların oluşturduğunu bildirmişlerdir [139]. Fiziksel hastalığa bağlı psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı birçok çalışmada, psikiyatrik bozukluğu olan

hastaların genellikle dahili kliniklerde yattıkları ve hipertansiyon, diyabet, kanser, inme gibi hastalıklarda daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir [139, 147, 148]. Genel olarak dahili kliniklerde yatan hastaların psikolojik belirti puanlarının yüksek olmasının sebebi; bu kliniklerde yatan hastaların genellikle kronik hastalığa sahip olmaları, daha önce hastaneye yatmış olmaları, fiziksel semptomlarının daha fazla olması, genellikle ölümcül ve ileri yaş hastalıklarının olması, hastanede daha uzun süre kalma durumları gibi faktörlerle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Yapılan analiz sonucunda, Evli ( $x=25.92$ ) ve Boşanmış/Dul ( $x=27.71$ ) olanların genel sağlık anketi puanları Bekar olanlara ( $x=23.05$ ) göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Psikolojik belirti puanı ise en düşük olan grup bekarlar, daha sonra evliler ve en yüksek olan grup ise boşanmış/dul ve eşinden ayrı yaşayanlar olarak bulunmuştur. Tel ve arkadaşları (2005) çalışmalarında, dul olan bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır [146]. Bahar ve arkadaşları da (2006), depresyon ve anksiyete ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ve dul hastalarda puan ortalamalarının bekar ve evlilere göre daha yüksek olduğu bildirmişlerdir [143]. Yapılan çalışmada da sonuçlar diğer çalışmalara paralellik göstermektedir. Bunun nedeninin; dul bireylerin yalnız yaşamaları, çevresel destek faktörlerinin azlığı, toplumun olumsuz bakış açısı ve sosyokültürel diğer faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, bireylerin evde yaşadığı kişiye göre genel sağlık anketi puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Belirti tarama testine göre ise; Somatisasyon, Kaygı ve Psikotizm alt boyutunda anne ve babasıyla birlikte yaşayanlar, yalnız, sadece eşiyle yaşayan, eş ve çocuğuyla yaşayanlara göre daha düşük psikolojik belirti puanına sahiptir. Depresyon alt boyutunda eş ve çocuğuyla yaşayanların ve anne-babasıyla birlikte yaşayanların psikolojik belirti puanları diğerlerine göre daha düşük iken; Ek skala alt boyutunda eş ve çocuğuyla yaşayanların ve anne-babasıyla birlikte yaşayanların psikolojik belirti puanları sadece eşiyle yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ay'ın 2011 yılında yaşlı hastalarla yaptığı çalışmada, hastane dışında kimlerle yaşadığının depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı ile ilişkisini değerlendirmiştir, tanı varlığı ile evde kiminle birlikte yaşadığı değişkeni arasında ilişki olmadığını bildirmiştir. Literatürde, ileri yaş bireylerde sosyal desteğin az olması, depresyon oranını artırdığı bildirilmektedir [149].



Yapılan analiz sonucunda, Lise ( $x=24.89$ ) ve Yüksekokul/Üniversite ( $x=23.46$ ) mezunu olanların genel sağlık anketi puanları, İlköğretim mezunu olanlara ( $x=26.62$ ) göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır. Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon, Depresyon, Kaygı, Fobik anksiyete ve Ek skalar alt boyutlarında Yüksekokul ve üniversite mezunları ile lise mezunlarının psikolojik belirtileri puanları, ilköğretim mezunu olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi ve depresyon arasında önemli fark bulunurken, eğitim düzeyinin anksiyete puan ortalamasını yeterince etkilemediğini bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre, hastaların eğitim düzeyleri arttıkça depresyon puan ortalamalarının düştüğünü bildirmişlerdir [150]. Güz ve arkadaşlarının (2007) fiziksel hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada, düşük eğitim düzeyinin depresyon riski açısından önemli olduğunu bildirmişlerdir [151]. Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının diğer hastalara göre yüksek olduğu ve bu farkın önemli ölçüde yüksek olduğu belirtilmiştir [152]. Yapılan başka bir çalışmada, okuryazar olmayan hastalarda depresyon puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir [153]. Eğitim düzeyleri ve psikolojik belirtiler arasında bulunan bu farkın; düşük eğitim düzeyine sahip hastaların, kendi hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi edinme, bilgiye ulaşma ve anlayıp yorumlama becerilerinin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucunda, hastaların yaşadıkları yere göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur. Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon ve Obsesif kompulsif alt boyutlarında köyde ve şehirde yaşayanların psikolojik belirtileri kasabada yaşayanlara göre daha yüksek çıkarken; Öfke-Düşmanlık, Paranoid düşünce, Psikotizm ve Ek skala alt boyutlarında şehirde yaşayanların psikolojik belirtileri kasabada yaşayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucuna göre ise, bireylerin yerleşim yerlerinin anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını anlamlı olacak şekilde etkilemediğini bildirmişlerdir [150]. Çelik ve Acar'ın çalışmasında da, yerleşim yerinin anksiyete ve depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği saptanmıştır [154].

Çalışma sonuçları incelendiğinde, kendi ekonomik durumunu Orta ( $x=24.78$ ) ve İyi ( $x=22.21$ ) olarak değerlendirenlerin genel sağlık anketi puanları, ekonomik durumunu

kötü ( $x=27.60$ ) olarak değerlendirenlere göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır. Belirti tarama testine göre ise; Kişiler arası duyarlılık alt boyutunda ekonomik durumunu kötü ve iyi olarak belirtenlerin psikolojik belirtileri ekonomik durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksek iken; Depresyon alt boyutunda ekonomik durumunu kötü olarak belirtenlerin psikolojik belirtileri ekonomik durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksektir. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışma sonucunda, gelir seviyesi gider seviyesinden az olan hastaların, gelir ve gider seviyeleri eşit olan ve gelir seviyesi gider seviyesinden daha fazla olan hastalara oranla anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlar, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı oluşturmadığı belirtilmiştir [150]. Çelik ve Acar'ın ise yaptıkları çalışmada gelir durumunun anksiyete ve depresyon puan ortalamasını anlamlı bir şekilde etkilemediğini belirtmişlerdir [154]. Bahar ve arkadaşları, gelir durumunun hastaların depresyon puan ortalamasını anlamlı şekilde etkilemezken, anksiyete puanını önemli ölçüde etkilediğini çalışmalarında bildirmişlerdir [152]. Yapılan diğer çalışmalar ve bu çalışmanın sonucu genel itibariyle paralellik göstermektedir. Ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde psikolojik belirtilerin yüksek olması, kişinin mevcut hastalığına ve bununla ilişkili sorunlara ek olarak; geçim sıkıntısı, iş kaybı korkusu, evin ve ailenin maddi ihtiyaçlarını karşılayamama, tedavi maliyeti gibi stresörlerin de bulunması ile açıklanabilir.

Yapılan analiz sonucunda, hastaların sigara kullanım durumlarına göre genel sağlık durumlarında anlamlı farklılık yoktur, Belirti tarama testine göre ise; Sigara kullanan bireylerin ( $x=.78$ ) Öfke-Düşmanlık puanı sigara kullanmayanlara ( $x=.54$ ) göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, hastaların kronik bir rahatsızlıklarının bulunup bulunmamasına göre genel sağlık anketi puanları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır,  $t(257)= 5.439$ ,  $p<.05$ . Kronik bir rahatsızlığı bulunan ( $x=27.56$ ) bireylerin genel sağlık anketi puan ortalamaları, kronik rahatsızlığı olmayanlardan ( $x=23.85$ ) daha yüksek çıkmıştır. Belirti tarama testine göre ise; tüm psikolojik belirtilerde anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p<.05$ . Kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin tüm psikolojik belirti puanları, kronik rahatsızlığı bulunmayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Bilge'nin 2008 yılında 424 kronik hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların 165'inin (% 41.3) en az bir psikiyatrik tanı (Duygudurum bozukluğu, olası alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu) aldığını bildirmiştir [135]. Belçika'da birinci

basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada da 2316 kişinin % 42.5'inde psikiyatrik rahatsızlık olduğu belirlenmiştir [136]. Niti ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin depresyon açısından riskli olduklarını bildirmişler ve depresyon oranını gastrik problemleri olan hastalarda %23.7, kalp krizi geçiren hastalarda %22.3, astım hastalarında %22.3 olarak bulmuşlardır [155]. Diabetes mellitus'lu hastalarla yapılan bir çalışmada, bu bireylerde ki depresyon oranının %11-31 arasında değiştiği bildirilmiştir [156]. Bahar ve arkadaşları (2006), yatarak tedavi goren hastaların, hastalık durumlarına gore (kronik veya akut) anksiyete ve depresyon puan ortalamalarını incelemişlerdir. Kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek çıktığını ve bu farkın anlamlı olduğunu bildirmişlerdir [143]. Aslan ve arkadaşları (2003), kronik hastalığa sahip kişilerde yaşam boyu ruhsal bozukluk oranının %42 olduğunu ve bunların çoğunluğunu anksiyete ve duygudurum bozukluklarının oluşturduğunu bildirmişlerdir [142]. Wells ve arkadaşları kronik hastalığa sahip bireyleri incelemişler ve bu kişilerde % 41 oranında daha fazla psikiyatrik bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir [147]. Kronik hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik bozukluklara daha yatkın olması; hastanede yatış süresinin uzun olması, uzun süreli ilaç tedavisi, fiziksel ve sosyal kısıtlılıklar, uzun vadede organ ve sistemlerin işlevselliğinde bozulma, birden çok hastaneye yatış deneyimi, iş kaybı korkusu, aile içi süreçlerde bozulma gibi faktörlerle açıklanabilir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, hastaların daha önce ruh sağlığı hizmeti alma durumlarına gore genel sağlık anketi puanlarında anlamlı farklılık yoktur,  $t(257)= 1.742$ ,  $p>.05$ . Belirti tarama testine gore ise; Somatizasyon ( $U=4148.50$ ,  $p>.05$ ) ve Fobik anksiyete ( $U=4055.00$ ,  $p>.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmezken, diğer tüm psikolojik belirtilerde anlamlı farklılık görülmektedir,  $p<.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlarda daha önce psikiyatriste giden bireylerin psikolojik belirti puanı, gitmeyenlere gore daha yüksek çıkmıştır. Keskin ve arkadaşlarının (2012) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada, daha önce psikiyatrik destek almadığını belirten 1096 kişinin; 150'sinde (%13,7) somatoform bozuklukları, 346'sında (%31,6) duygudurum bozuklukları, , 253'nde (%23) anksiyete bozuklukları ve 69'unda (%6,3) OAKK gözlemlediklerini bildirmişlerdir [157]. Ay'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada, daha önceden ruh sağlığı hizmeti almış olma durumu (psikiyatrik tanı veya ilaç kullanımı) ile depresif ve anksiyete bozukluğu tanısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş, daha önce ruh sağlığı hizmeti alan kişilerde depresyon ve

anksiyete bozukluğu oranı anlamlı oranda yüksek çıktığını bildirmiştir [149]. Bunun sebebi ise, daha önce ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin, altta yatan ve tam olarak tedavi edilmemiş bir ruhsal bozukluğun varlığı veya kişisel özelliklerinin ruhsal bozukluklara daha yatkın olması durumu ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan analiz sonucunda, hiç çocuğu olmayan bireylerin ( $x=22.98$ ) genel sağlık anketi puanları, çocuk sayısı 2 ( $x=25.36$ ), 3 ( $x=26.02$ ), 4 ( $x=26.18$ ), 5 ve üzeri ( $x=27.85$ ) olan bireylere göre anlamlı oranda daha düşüktür. Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon ( $\chi^2=12.374$ ,  $p<.05$ ) alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p>.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar arasında, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 5 ve üzeri çocuk sahibi olan bireylerin psikolojik belirtileri, çocuğu olmayan, bir ve iki çocuk sahibi olan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre genel sağlık anketi puanlarında anlamlı farklılık vardır,  $t(258)=-4.345$ ,  $p<.05$ . Her hangi bir işte çalışan hastaların ( $x=23.83$ ) genel sağlık anketi puan ortalamaları, çalışmayan hastalara ( $x=26.87$ ) göre daha düşüktür. Belirti tarama testine göre ise; hastaların şu an herhangi bir işte çalışma durumuna göre tüm psikolojik belirtilerde anlamlı farklılık görülmektedir,  $p<.05$ . Tüm alt boyutlarda herhangi bir işte çalışan bireylerin psikolojik belirti puanları, çalışmayan bireylere göre daha düşüktür. Bahar ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, mesleki durum ile anksiyete arasında anlamlı fark bulmuşlardır, Çalışma sonucuna göre, anksiyete puan ortalaması en yüksek grubu ev hanımlarının oluşturduğunu bildirmişlerdir [143]. Tel ve arkadaşları da (2005) yaptıkları çalışmada ev hanımlarının anksiyete ve depresyon puanlarını yüksek bulmuşlardır [146]. Bunun aksine, Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, hastaların çalışma durumlarının depresyon ve anksiyete puan ortalamalarını etkilemediğini bildirmişlerdir [150]. Çalışma sonuçlarına göre, belli bir işi ve uğraşı olan bireylerin ruhsal bozukluk ortalamalarının düşük olmasının sebebi, bireylerin sosyal açıdan daha aktif olmaları ile açıklanabilir.

Yapılan analiz sonucunda, daha önce hastaneye yatma durumuna göre genel sağlık anketi puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Daha önce hastaneye yatan

bireylerin puanı yatmayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon ( $U=5628.50$ ,  $p<.05$ ) ve Fobik Anksiyete ( $U=6462.50$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almamaktadır,  $p>.05$ . Somatizasyon ve Fobik anksiyete alt boyutlarında daha önce hastaneye yatan bireylerin psikolojik belirti puanı yatmayanlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tel ve arkadaşları (2005) daha önce hastane deneyimi olan kişilerde anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir [146]. Bahar ve arkadaşları (2006), çalışmalarında daha önce hastane deneyimi bulunan bireylerin anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır [143]. Daha önce hastaneye yatan bireylerde bu tür ruhsal belirtilerin yüksek olmasının nedeni, kişilerin daha önce hastanede yaşadıkları olumsuz deneyim ve tecrübelerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre genel sağlık anketi puanlarında anlamlı farklılık yoktur,  $F(2,254)=.564$ ,  $p>.05$ . Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon ( $\chi^2=13.556$ ,  $p<.05$ ), Fobik anksiyete ( $\chi^2=5.214$ ,  $p<.05$ ) ve Ek skala ( $\chi^2=6.251$ ,  $p<.05$ ) alt boyutunda anlamlı farklılık görülürken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almamaktadır. Somatizasyon, Fobik-Anksiyete ve Ek skala alt boyutlarında Teşhis nedeniyle hastaneye yatan bireylerin psikolojik belirtileri Tıbbi tedavi ve Operasyon amacıyla hastaneye yatan bireylerden daha yüksektir. Bunun sebebi olarak, tıbbi teşhis konması sırasında maruz kalınan işlemler, kişinin belirsizliğe karşı duyduğu korku ve endişeler gösterilebilir.

Yapılan analiz sonucunda, anne babasından ikisi de sağ ( $x=23.95$ ) ve yalnızca biri sağ ( $x=24.99$ ) olanların genel sağlık anketi puanı, anne babasından ikisi de sağ olmayan ( $x=27.66$ ) bireylere göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır. Belirti tarama testine göre ise; Somatizasyon, Depresyon, Fobik anksiyete ve Ek skala alt boyutlarında, anne babasından ikisi de sağ olmayan bireylerin psikolojik belirti puanları, anne babasının ikisinin de sağ olduğu veya anne babadan sadece birinin sağ olduğu bireylere göre daha yüksektir. Aile, birey için en önemli sosyal destek faktörüdür. Bu yüzden anne ve babasını kaybetmiş bireylerde psikiyatrik belirti oranı daha yüksektir.

Çalışma sonuçları incelendiğinde, uyku düzenine göre genel sağlık anketi puanlarında anlamlı farklılık vardır,  $t(258)=-4.668$ ,  $p<.05$ . Uyku düzeni düzenli

olanların ( $x=24.04$ ) genel sağlık anketi puanı, uykusu dzensiz olanlara ( $x=27.25$ ) göre daha düşüktür. Belirti tarama testine göre ise; fke-Dmanlık ( $U=7435.00$ ,  $p>.05$ ) ve Paranoid düşünce ( $U=7795.50$ ,  $p>.05$ ) alt boyutlarında anlamlı farklılık yer almazken, diğer tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık yer almaktadır,  $p<.05$ . Anlamlı farklılık görülen alt boyutlarda dzensiz uykusu olan bireylerin psikolojik belirti puanları, düzenli uykuya sahip olan bireylere göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Uyku, bireyi hem fiziksel hem de ruhsal olarak dinlendiren bir unsur olduğundan dolayđ, hastalığa ve/veya hastane ortamına bağlı uyku sorunu yaşayan bireylerde psikolojik belirtilerin daha yüksek olması bu sebeple açıklanabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerdeki psikiyatrik belirti düzeylerini incelemek amacıyla genel cerrahi, dahiliye ve ortopedi servislerinde yatan toplam 260 hasta ile çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda;

- Hastaların Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puan ortalamaları; % 29,6'sında düşük, %21,5'inde orta, %48,8'inde ise yüksek düzeyde çıkmıştır.
- Hastaların SCL-90 R Belirti Tarama testine göre ise; %9,2'sinin genel psikolojik belirti puanı yüksek çıkmıştır. Belirti tarama testinin alt boyutlarında ise vakaların; %16,9'unun Somatizasyon, %10'unun Obsesif Kompulsif Bozukluk, %13,8'inin Kişiler Arası Duyarlılık, %20'sinin Depresyon, %8,1'inin Anksiyete, 10,4'ünün Öfke-Düşmanlık, %5'inin Fobik Anksiyete, %11,1'inin Paranoid Düşünce, % 12,2'sinin Psikotizm ve %19,2'sinin ise Ek Maddeler (uyku bozuklukları, yeme bozuklukları ve suçluluk) puan ortalamaları yüksek çıkmıştır.
- Hastaların; cinsiyet, yattığı servis, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışıp çalışmama durumu, anne-babanın hayatta olma durumu, uyku düzeni, hastaneye yatış nedeni, çocuk sayısı ve birlikte yaşadığı kişiler psikiyatrik belirti düzeylerini anlamlı olarak etkilemektedir.
- Hastalığın kronik olma durumu psikiyatrik belirti düzeyini önemli ölçüde artırmaktadır.
- Daha önce ruh sağlığı hizmeti alanlarda ve daha önce hastane deneyimi olan bireylerin de psikiyatrik belirti düzeyler, anlamlı oranda yüksek çıkmıştır.

Araştırma sonuçlarına dayanarak;

- Genel cerrahi, dahiliye ve ortopedi servislerinde yatan bireylerin, yattığı süre boyunca psikiyatrik belirtiler yönünden takip edilmesi,
- Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik bozukluklar açısından kapsamlı olarak değerlendirilmesi,
- Daha önce hastane deneyimi olan bireylerin psikiyatrik belirtiler açısından daha iyi gözlemlenmesi,
- KLP hemşiresinin riskli servislerde (genel cerrahi, dahiliye ve ortopedi) yatan hastalara koruyucu ruh sağlığı hizmeti vermesi,

- Genel cerrahi, dahiliye ve ortopedi servislerde çalışan hemşirelerin hastanın bakımı ve tedavisi sırasında, hastanın ruhsal durumunu da göz önünde bulundurarak bütünleştirici bakım vermesi,
- Hastaneye tekrarlı yatışlarda hastaların ruhsal belirtilerinin nitel çalışmalar ile incelenmesi önerilmektedir.





## KAYNAKÇA

1. Özdemir ŞS. *Konsültasyon İstenen ve İstenmeyen Yatan Hastaların Psikiyatrik Morbidite Açısından Karşılaştırılması* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2012.
2. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, Roche Yayınları, İstanbul, 1993.
3. Videbeck SL. *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 5. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, Ankeny, Iowa, 2011: 2-3.
4. McMillan I, “Insight into bedlam: One hospital’s history”, *Journal of Psychosocial Nursing*, 3(6); 28–34.
5. Doğan S, Kelleci M. “Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyi”, *Hemşirelik Dergisi*, 2004, 13(52).
6. Alaca Ç. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinimin İncelenmesi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
7. Birol L. “*Hemsirelik Süreci*”, Bozkaya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Sti, İzmir, 2000.
8. Kocaman N. “Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım”, *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2006, 2(47); 97-107.
9. Silverstone P. “Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients”, *J Nerv Ment Dis*, 1996, 184(1); 43-51.
10. Kocaman N. “Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği rolleri”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 8(3);109-116.
11. Baly M. “A leading light”, *Nursing Mirror*, 1982, 155(19); 49–51.
12. Polat A. *Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
13. Acaray A. *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle*

- Karşılaştırılması* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2003.
14. Hiçdurmaz D. *Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.
15. Kaçmaz N. *Böbrek Transplantasyonlu Hastaların Psikolojik Gereksinimi, Hacettepe Üniversitesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1997.
16. Taddeo D, Egedy M, Frappier Y. “Adherence to treatment in adolescents”, *Paediatr Child Health*, 2008, 13(1); 19-24.
17. Erkan Zorlu A. *Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum, I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanımlar ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Tedavi Uyumu Üzerine Etkileri* (Tez). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
18. Strain JJ. “Consultation-Liasion Psychiatry”, Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Philedelphia, 2000: 1876–1887.
19. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/377-genel-tan%C4%B1m.html>
20. Karakaya B. *Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi* (Tez). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
21. World Health Organization (WHO) (2008).World health statistics. 2008, ISBN 978 92 40682740 (electronic version).
22. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. “Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 11:13-31.
23. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarli B, Karadağ, F, Özdel, O, Karagöz N, “Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14, 145-152.

24. Ünal D. *Baş-Boyun Kanseri Nedeniyle Radyoterapi Alan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk İle Beslenme Durumu, İnflamasyon Ve Radyoterapi'ye Bağlı Toksikite Arasındaki İlişki* (Tez). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2011.
25. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T vd. "Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer", *Cancer*, 2000, 88: 2817-23.
26. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. "A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer", *Palliat Med*, 2004, 18: 558-63.
27. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J vd. "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients", *JAMA*, 1983, 249:751-7.
28. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. "Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors", *J Clin Oncol*, 2004, 22: 1957-65.
29. Burkberg J, Penman d, Hollnad JC. "Depression in hospitalized cancer patients", *Psychosom Med*, 1984, 46: 199-212.
30. Lansky SB, List MA, Herrmann CA, Ets-Hokin EG, DasGupta TA, Wilbanks GD, Hendrickson FR. "Absence of majör depressive disorder in female cancer patients", *J Clin Oncol*, 1985, 3: 1553-1560.
31. Diabetes mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. *Türkiye Endokrinoloji ve metabolizma Derneği*, 12; 95-124, 2009.
32. Demir M. *Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam ve Uyku Kalitesi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2013.
33. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. "Depression and type 2 diabetes over the lifespan", *Diabetes care*, 2008, 31.12: 2383-2390.
34. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K. "Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis", *European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium*, 2010.
35. İnhanlı D. *Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında İnflamatuvar Belirteçler, Leptin Ve Ppar-Gamma Düzeylerinin Majör Depresif Bozukluk Mevcudiyeti*

- İle İlişkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2017.
36. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur, Z, Kültür, S. “Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(2); 89-98.
37. Özkan S, Turgay M. “Tip I-II diabetik hastalarda psikiyatrik morbidite ve hastalıkla baş etme güçlükleri”, Editör: S Özkan, *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*, 1. baskı, İstanbul, 1994: s.398-407.
38. Popkin MK, Callies AL, Lentz RD vd. “Prevalance of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus”, *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45: 64-68.
39. Ceyhun H. *Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek nakli yapılan hastalarda psikiyatrik belirti ve tanı dağılımı* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
40. Akıncı F. “Hemodiyalize Giren Hastaların Psikososyal Sorunları ve Hemşirelerin Sorumlulukları”, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2000, 3(2); 1.
41. Craven JL, Rodin GM, Johnson L, Kennedy SH. “The diagnosis of major depression in renal dialysis patients”, *Psychosomatic Medicine*, 1987, 49(7); 482-492.
42. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. “Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease”, *The American journal of medicine*, 1998, 105(3); 214-221.
43. Şentürk, A. *Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Psikopatoloji* (Tez). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 1999.
44. Rodin G, Abbey S. “Kidney Transplantation”, Editör: Rodin GM, Craven J, *Psychiatric Aspects Of Organ Transplantation*, Oxford Medical Pres, Oxford, 1992.
45. Simmons RG, Abress L. “Quality-of-life issues for end-stage renal disease patients”, *American Journal of Kidney Diseases*, 1990, 15(3); 201-208.
46. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. “Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi”. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2015, 5(4).

47. Grippo AJ, Johnson AK. "Biological Mechanisms in the Relationship Between Depression and Heart Disease. Neuroscience and Biobehavioral Reviews", 2002, 26(8):941-962.
48. Aydemir O, Guvenir T. "Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale", *Turk J Psychiatry*, 1997, 8: 280–287.
49. Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. "Prospective Examination of Anxiety Persistence and Its Relationship to Cardiac Symptoms and Recurrent Cardiac Events", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2004, 73(6); 344–352.
50. Eken C, Oktay C, Bacanlı A, Gulen B, Koparan C, Ugras SS, Cete Y. "Anxiety and Depressive Disorders in Patients Presenting with Chest Pain to the Emergency Department: a Comparison Between Cardiac and non-cardiac Origin", *Journal Emergency Medicine*, 2010, 39(2); 144-5.
51. Şengül C. *Genç yaşta miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda klasik ve psikososyal risk faktörlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi* (Tez). Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.
52. Zellweger MJ, Osterwalder HR, Langewitz W, Pfisterer EM. "Coronary artery disease and depression", *European Heart Journal*, 2004, 25: 3–9.
53. Vural M. ve Başar E. "Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi?", *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2006, 6: 55-59.
54. Burker JS, Colquhoun MD, Esler DM, Hickie BI, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg FB, Peach GH, Ruth D, Tennant CC, Tonkin MA. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *MJA*, 2003, 178: 272–276.
55. Çiftçi S. *Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Problem Çözme Becerisi Ve Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişki* (Tez). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
56. Özkan S. "Kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri", *İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi*, 2002, 1: 44-55.
57. Başyığıt, İ. "KOAH Tanımı ve Klinik Özellikleri", *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010, 1(2); 102-104.

58. Toğluk S. *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölümlü Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
59. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi”, *Cumhuriyet Medical Journal*, 2012, 34(3); 260-267.
60. Van Ede L, Yzermans CJ, Brouwer HJ. “Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review”, *Thorax*, 1999, 54: 688-92.
61. Yohannes AM, Roomi J, Waters K, Connolly MJ. “Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors”, *Respir Med*, 1998, 92: 1231-6.
62. Kömürcüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, Büyükdşirin M, Işık E, Kunter P. “KOAHA’lı erkek olgularda depresyon”, *Toraks Dergisi*, 2000, 1(3); 31-34.
63. Sözer K, Öngen G, Sungor A. “Diffüz obstrüktif akciğer hastalıklarında depresyon ve anksiyete görülme sıklığı”, *Solunum*, 1990, 18: 1-7.
64. Yumru M, Sırmatel F, Vırit O, Savaş E, Savaş HA, Herken H. “İnterferon Tedavisi Alan ve Almayan Hepatit C Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri”, *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2006, 16(3).
65. Ergün C. *Kronik karaciğer hastalıklarında tümör belirleyicileri* (Tez), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.
66. Balcıoğlu İ, Özdemir S. “Kronik Hepatitli Hastalarda Nöro-psikiyatrik Bulgular”. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. *Viral Hepatit 2005*, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Ankara, 2005: 76-82.
67. Alter MJ. “Epidemiology of hepatitis C”, *Hepatology*, 1997, 26: 62–65.
68. Renault PF, Hoofnagle JH, Park Y, Mullen KD, Peters M, Jones DB, Rustgi V, Jones EA. “Psychiatric complication of long-term alpha therapy”, *Arch Intern Med*, 1987, 147: 1577–1580.
69. Golden J, O’Dwyer AM, Conroy RM. “Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors”, *Gen Hosp Psychiatry*, 2005, 27: 431-438.

70. Tosun S. “Türkiye’de viral hepatit B epidemiyolojisi: yayınların metaanalizi”. Tabak F, Tosun S. *Viral Hepatit 2013*, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Ankara, 2013, 25-80.
71. Foster GR, Golden RD, Thomas HC. “Chronic Hepatitis C Infection Causes A Significant Reduction in Quality Of Life in The Absence Of Sirhosis”, *Hepatology*, 1998, 27: 209-212.
72. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK. “Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluk Dağılımı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1(3): 148-156.
73. Kunkel EJS, Kim JS, Hann HW vd. “Depression in Korean immigrants with hepatitis B and related liver diseases”, *Psychosomatics*, 2000, 41(6); 472-80.
74. Yiğit Ö, Ural O, Demir NA, Sümer Ş, Güler Ö, Demir LS. “Kronik hepatit B hastaları ve inaktif hepatit B virusu taşıyıcılarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Klinik Dergisi*, 2017, 30(3); 136.
75. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. “Cancer statistics, 2012”, CA: a cancer journal for clinicians, 2012, 62(1); 10-29.
76. Ataseven A, Kutaniş R. *Meme Hastalıkları*, Güney Matbaası, İstanbul, 1990, p. 369-71.
77. Girişken Velioğlu E. *Meme Kanseri Hastalarında Depresyon, Anksiyete İle Utanç, Suçluluk İlişkisinin Değerlendirilmesi* (Tez). Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
78. Mehnert A, Koch U. “Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors”, *Journal of psychosomatic research*, 2008, 64(4); 383-91.
79. Ramirez A, Richards M, Jarrett S, Fentiman I. “Can mood disorder in women with breast cancer be identified preoperatively?”, *British journal of cancer*, 1995, 72(6); 1509-12.
80. Stanton AL, Wiley JF, Krull JL, Crespi CM, Hammen C, Allen JJ vd. “Depressive episodes, symptoms, and trajectories in women recently diagnosed with breast cancer”, *Breast Cancer Research and Treatment*, 2015, 1-11.

81. Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Yasuda N, Shibusawa M, Kusano M. "Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients", *International journal of clinical oncology*, 2005, 10(6); 411-417.
82. Karakaya B. *Meme, tiroid, kolorektal ve over kanseri nedeni ile cerrahi uygulanmış kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik saygısının değerlendirilmesi* (Tez). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
83. Szczechowski M, "Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century?", *Acta Chir Jugosl*, 49:45-55.
84. Karadağ A, Menteş BB, Üner A. "Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies", *Int J Colorectal Dis*, 2003, 18: 234-238.
85. Blumenfield M, Tiamson MLA. *Consultation Liasion Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003.
86. Knowles SR, Wilson J, Wilkinson A, Connell W, Salzberg M, Castle D, Kamm MA. "Psychological well-being and quality of life in Crohn's disease patients with an ostomy: a preliminary investigation", *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2013, 40(6); 623-629.
87. Michelone ADPC, Santos VLGC. "Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2004, 12(6); 875-883.
88. Thomas C, Madden F, Jehu D. "Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery", *Psychosom Res*, 1987, 31: 311-6.
89. Kuchenhoff J. "Coping with a stoma -a comparative study of patients with rectal carcinoma of inflammatory bowel diseases", *Psychother Psychosom*, 1981, 36; 98-104.
90. Tanık N. *Multipl Skleroz'da Depresyon Ve Hastalık Parametreleri İle İlişkisi* (Tez), Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006
91. Rothwell PM, McDowel JD, Wong CK, Dorman PJ. "Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis", *BMJ*, 1997, 314; 1580- 83.
92. Butler MA, Bennett TL. "Insearch of a conceptualization of multiple sclerosis: a historical perspective", *Neuropsychol Rev*, 2003, 13: 93-111.



93. Feinstein A. "The neuropsychiatry of multiple sclerosis", *Can J Psychiatry*, 2004, 49: 157-63.
94. Patten SB, Beck CA, Williams JVA, et al. "Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective", *Neurology*, 2003, 61:1524-7.
95. Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D, Ukmar M, Mucelli RP, Cazzato G, ... & Zivadinov R. "Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects", *Journal of neurology*, 2001, 248(5); 416-421.
96. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henricksen N vd. "Suicide and multiple sclerosis an epidemiological investigation", *J Neurol Neurosurgery Psychiatry*, 1992, 55; 542-5.
97. Joffe RT, Lippert GP, Gray TA vd. "Mood disorder and multiple sclerosis", *Arch Neurol*, 1987, 44; 376-8.
98. Stepleman, LM, Jumb R, Shelton SF, ve Hughes MD. "Psychological Consultation services at a Multiple Sclerosis Clinic", *Internal Journal of MS Care*, 2009, 11: 180-186.
99. Hyphantis NT, Christou K, Kontoudoki S, Mantas C, Papamicheal G, Goulia P vd. "Disability status, disease parameters, defense styles and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis", *Internal Journal Psychiatry in Medicine*, 2008, 38(3); 307-327.
100. Gümüşiş G. "Romatoid artrit". Doğanavşargil E, Gümüşiş G. *Klinik Romatoloji*, Deniz Matbaası, İstanbul, 1999: 269-78.
101. Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF. "Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (< or = 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (> or = 10 years duration)", *Patient Educ Couns*, 1999, 38(3);195-203.
102. Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK vd. "Effects of psychological therapy on pain behaviour of rheumatoid arthritis patients", *Arthritis Rheum*, 1987, 30; 1105-15.
103. Murphy S, Creed FH, Jayson MIV. "Psychiatric disorders and illness behaviour in rheumatoid arthritis", *Br J Rheumatol*, 1988, 27; 357-63.
104. Katz PP, Yelin EH. "The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis", *Arthritis Rheum*, 1995, 38; 49-56.
105. Eberhardt K, Larsson BM, Nived K. "Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis", *Patient Educ Counseling*, 1993, 20; 93-100.

106. El-Miedany YM, El-Rasheed AH. "Is anxiety amore commen disorder than depression in Rheumatoid Arthritis?", *Joint Bone Spine*, 2002, 69; 300-6.
107. Pinals RS. "Survival in rheumatoid arthritis", *Arthritis Rheum*, 1987, 30; 473-475.
108. Altan, L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. "Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon", *Romatizma*, 2004, 19(1); 7-13.
109. El-Miedany YM, El Rasheed AH. "Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis?", *Joint Bone Spine*, 2002, 69: 300-306.
110. Bambal G. "Epilepsi oluşum mekanizmaları", *Konuralp Tıp Dergisi*, 2011, (3); 42-45.
111. Cankurtaran EŞ, Uluğ B, Saygi S. "Epilepsiye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar", *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2004, 14(2).
112. Edeh J, Toone BK. "Antiepileptic therapy, folate deficiency, and psychiatric morbidity: A general practice survey", *Epilepsia*, 1985, 26: 434-440.
113. Indaco A, Carrieri PB, Nappi C, Gentile S, Striano S. "Interictal depression in epilepsy", *Epilepsy Res*, 1992, 12: 45-50.
114. Gureje O. "Interictal psychopathology in epilepsy. Prevalence and pattern in a Nigerian clinic", *B J Psychiatry*, 1991, 158: 700-705.
115. Manchanda R, Schaefer B, McLachlan RS, Blumer WT. "Interictal psychiatric morbidity and focus of epilepsy in treatment- refractory patients admitted to an epilepsy unit", *Am J Psychiatry*, 1992;149: 1096-1098.
116. Stuart GW. *Principles and Practise of Psychiatric Nursing*, 10. Baskı, Elsevier Mosby, Missouri, 2013: 2-10.
117. Bowling A. "The professionalization of psychiatric nursing: from doctors' handmaidens to empowered professionals", *J Psychosoc Nurs*, 2003, 41: 26.
118. Bennett A, Eaton J. "The role of the psychiatric nurse in the newer therapies", *Am J Psychiatry*, 1951, 108: 165.
119. Mellow J. "Nursing therapy", *Am J Nurs*, 1968, 68: 2365.
120. Tudor G. "Sociopsychiatric nursing approach to intervention in a problem of mutual withdrawal on a mental hospital ward", *Psychiatry*, 1952, 15: 193.
121. Peplau H. *İnterpersonal relations in nursing*, GP Putnam's Sons, New York, 1952.
122. Buzlu S. "Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19(3); 187-193.

123. Varcarolis EM, Halter M J. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence- Based Care*, Saunders Elseiver, China, 2009.
124. Johnson BS. *Psychiatric Mental Health Nursing "Adaptation and Growth"*, 4. Baskı, Lippincott, Philadelphia, 1997: 10-17.
125. Videbeck SL. *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 5. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, Ankeny, Iowa, 2011: 8-11.
126. Beck RW, *Mental Health-Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach*, 3. Baskı, Mosby Year Book, Missouri, 1993: 17-18.
127. Cristopher MB. "The role of liaison psychiatry. Psychiatric Aspects of Physical Disease". Editör: House A, Mayou R, Mal-linson C, *Royal College of Physicians And Royal College of Psychiatrists*, London, 1995.
128. Robinson L. "Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1994-1995". Editör: Özkan S, *IV. Ulusal KLP Kongresi Ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı*, Phizer, İstanbul, 1994.
129. Nelson JKN, Schilke DA, "The Evo-lution of psychiatric liaison nursing", *Pers-pectives in Psychiatric Care*, 1976, 14(2); 60-65.
130. Kaçmaz N. *Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yasayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2003.
131. Çakırcalı E. *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*, Güven Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir, 2000: 1-5.
132. Lipowski ZJ, "Consultation-liaison psychiatry: an overview", *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131(6): 623-630.
133. Aydemir Ö, Köroğlu E, "Clinical scales used in psychiatry", *Turkey: Physicians Publication Association*, Ankara, 2000.
134. Dağ I. "Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991.
135. Bilge U. *Bazı Kronik Hastalıklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2008.

136. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, Smedt JD, Haute MVD, Mijnsbrugge DV. "High prevalence of mental disorders in primary care", *Journal of Affective Disorders*, 2004, 78: 49-55.
137. Clarke MD, Minas IH, Stuart GW. "The prevalence of psychiatric morbidity in general hospital inpatients", *Aust NZJ Psychiatry*, 1991, 25: 322-329.
138. Abiodun OA, Ogunremi OO, "Psychiatric morbidity in medical and surgical wards of a Nigerian general hospital", *J Psychosom Res*, 1990, 34: 409-417.
139. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, "Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı/The distribution of psychiatric disorders among inpatients in an university hospital", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1(3); 148.
140. Saravay SM, Lavin M. "Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a critical review of outcome studies", *Psychosomatics*, 1994, 35: 233-252.
141. Katon W, Gonzales J, "A review of randomized trials of psychiatric consultationliaison studies in primary care", *Psychosomatics*, 1994, 35: 268-278.
142. Aslan S, Candansayar S, Coşar B vd. "Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi", *Yeni Symposium*, 2003, 41(1); 31-38.
143. Bahar A, Taşdemir HS. "Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon", *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2008, 11(2).
144. Okanlı A, Özer N, Akyıl R vd. *Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2005.
145. Kayahan M. *Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.
146. Tel H, Sabancıoğulları S. *Hastanede yatan hastalarda uyku, anksiyete ve depresyon*, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 2005: 7-10.

147. Wells KB, Golding JM, Burnom A. "Psychiatric disorder in a sample of the general population without chronic medical conditions", *Am J Psychiatry*, 1988, 145: 976-981.
148. Fink P. "Mental illness and admission to general hospitals: a register investigations", *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 82: 458-462.
149. Ay F. *Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk Ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik Ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2011.
150. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. "Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon" *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(3); 209-216.
151. Güz H, Yaman MA, Dilbaz N. "Fiziksel Hastalığı Olan Yaşlılarda Depresyon ve Diğer Psikiyatrik Belirtiler", *Psychiatry in Türkiye*, 2007, 9(1); 44-49.
152. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. "Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 18-26.
153. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. "Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri", *Türkiye Klinikleri J. Nephrol*, 2008, 3(2); 56-63.
154. Çelik HÇ, Acar T. "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi", *Fırat Tıp Dergisi*. 2007, 12(1); 23-27.
155. Niti M, Ng TP, Kua EH vd. "Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status", *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, 22: 1087- 1094.
156. Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE vd. "The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A metaanalysis", *Diabetes Care*, 2001, 24: 1069-1078.
157. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. "Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi", *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi*, 2013, 50(4).

## EK 1. Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız?

.....

2.Cinsiyet

- a) Erkek    b) Kadın

3.Tıbbi tanınız nedir?

.....

4.Medeni Durumunuz

- a) Evli  
b) Bekar  
c) Boşanmış/Dul  
d) Eşinden ayrı yaşıyor

5.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız  
b) Sadece eşinizle  
c) Eş ve çocuklar  
d) Anne ve baba  
e) Diğer

6.Eğitim düzeyiniz?

- a) İlköğretim  
b) Lise  
c) Yüksek okul veya üniversite  
d) Okur-yazar değil

7.Şu an yaşadığınız yer?

- a) Köy  
b) Kasaba  
c) Şehir

8.Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

- a) Evet  
b) Hayır

9.Sizce aşağıdakilerden hangisi ekonomik durumunuzu en iyi ifade eder?

- a) kötü
- b) orta
- c) iyi

10.Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11.Kronik bir hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Daha önce hiç psikiyatri doktoruna gittiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

13.Sahip olduğunuz çocuk sayısı ve yaşları?

.....

14.Şu anda herhangi bir yerde çalışıyor musunuz?

- a) Evet (Süresi:.....)
- b) Hayır

15.Düzenli olarak egzersiz yapar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

16.Hastaneye ilk yatışınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17.Hastaneye yatış nedeni?

- a) Teşhis
- b) Tıbbi Tedavi
- c) Operasyon

18. Anne ve babanız hayatta mı?

- a) İki de sağ
- b) Yalnızca biri sağ
- c) İkisini de kaybettim

19. Uyku alışkanlığınız nasıldır?

- a) Düzenli
- b) Düzensiz

20. Hastaneye yattığı süre boyunca psikiyatri konsültasyonu atılıp atılmadığı?

- a) Evet
- b) Hayır





## EK 2. Genel Sağlık Anketi (GSA)

<b>1- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz ?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>2- Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz ?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>3- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>4- Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>5- Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz ?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>6- Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz ?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>7- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?</b>
Hiç çekmiyorum ( ) Her zamanki kadar ( ) Her zamankinden sık ( ) Çok sık ( )
<b>8- Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?</b>
Her zamankinden çok ( ) Her zaman ki kadar ( ) Her zamankinden az ( )
Her zamankinden çok daha az ( )
<b>9- İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz ?</b>
Her zamankinden çok ( ) Her zaman ki kadar ( ) Her zamankinden az ( ) Her zamankinden çok daha az ( )
<b>10- Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?</b>
Her zamankinden çok ( ) Her zaman ki kadar ( ) Her zamankinden az ( ) Her zamankinden çok daha az ( )
<b>11- Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz ?</b>
Her zamankinden çok ( ) Her zaman ki kadar ( ) Her zamankinden az ( )
Her zamankinden çok daha az ( )
<b>12- Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?</b>
Her zamankinden çok ( ) Her zaman ki kadar ( ) Her zamankinden az ( )
Her zamankinden çok daha az ( )

### **EK 3. Belirti Tarama Testi (SCL-90 R)**

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

*Örnek: 1. ( 2 ) Baş ağrısı*

<i>Hiç : 0 Çok az : 1 Orta derecede : 2 Oldukça fazla : 3 İleri derecede : 4</i>
--

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma

24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar.
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Herşey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilme hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması

53. ( ) Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek hissi
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan ve hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma

*Hiç : 0 Çok az : 1 Orta derecede : 2 Oldukça fazla : 3 İleri derecede : 4*

82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

## EK 4. Etik Kurul Onayı

### OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 05.06.2017

Toplantı Sayısı: 84

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

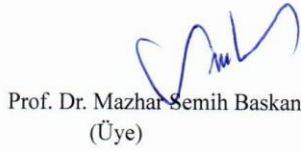
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.06.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 23.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü–Hemşirelik Bölümünden **Ümit ATASEVER**'in “**Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Psikiyatrik Belirtilerin İncelenmesi (Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi)**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



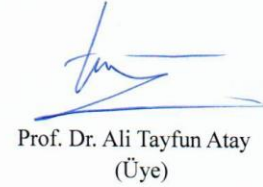
Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)



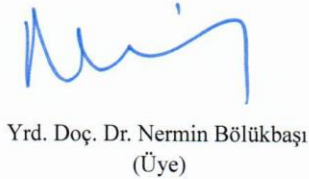
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan  
(Üye)



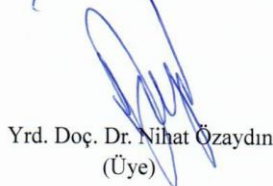
Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)



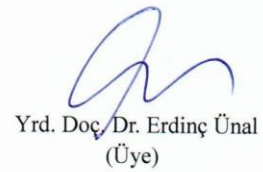
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)



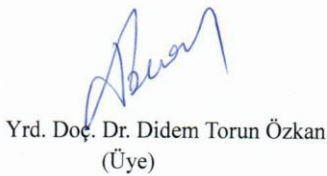
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



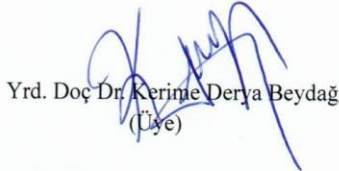
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye)

## EK 5. Hastane İzin Yazısı

06.07.2017

İSTANBUL S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL  
S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ EVRAK BİRDİMİ  
06/07/2017 08:41 - 80929729-000-16255



S.B.Ü KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

07.07.2017-15.09.2017 tarihleri arasında hastanemizin Genel Cerrahi, Dahiliye ve Ortopedi servislerinde toplam 260 hastada "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Psikiyatrik Belirtilerin İncelenmesi" başlıklı çalışmam için yapılacak olan anket (Genel Sağlık Anketi, Kişisel Bilgi Formu ve Belirti Tarama Testi) çalışmam için izin istemekteyim.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Ümit ATASEVER  
Hemşire

*Sahibeköşk Mekeci'ne uygundur.*

*Doç. Dr. Yunus Murat Aksoy*

S.B. TÜRKİYE HASTANE KURUMU  
İSTANBUL ÇENKİŞİRE BÖLGESİ KANUNİ HASTANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. Yunus Murat AKSOY  
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Görevlisi  
Diploma Tescil No:113166/7194

İSTANBUL S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL  
S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ EVRAK BİRDİMİ  
06/07/2017 08:41 - 80929729-000-16255

*Yunus Murat Aksoy*

HASTANE YÖNETİCİSİ



## EK 6. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Sayın Gönüllü,

Katıldığımız bu çalışma Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, Dahiliye ve Ortopedi kliniklerinde yapılacak bir çalışma olup, vermiş olduğunuz yanıtlarla hastanede yatarak tedavi gören hastalardaki psikiyatrik belirtilerin bazı sosyo-demografik özelliklerle(yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı çevre v.b) ilişkisini incelemek ve konsültasyon-liyezon hizmetlerinin (Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, herhangi bir hastalığı olan kişilere ve cerrahi girişim uygulananlara, psikiyatrik tıp hizmeti ile psikososyal destek sunan psikiyatri üst disiplindir.) gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek Kişisel Bilgi Formu ve Genel Sağlık Anketi ve Belirti Tarama Testi(SCL-90 R) sırasıyla doldurulacaktır.

Araştırmaya katılmanız durumunda bize bildirdiğiniz kişisel bilgileriniz gizli kalacak ve hasta mahremiyetine uygun bir tavır içinde olacağız. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak kesinlikle kişisel bilgileriniz üçüncü şahıslara verilmeyecektir. Araştırmada yapılacak harcamalarda hiçbir şekilde sizden para talep edilmeyecek ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde her türlü tıbbi müdahale sağlanacaktır.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. (Bizleri zor durumda bırakmamak için çekilmenizi önceden bildirmenizi rica ederiz.) Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığınızda Hemş. Ümit ATASEVER'i arayabilirsiniz. Araştırmaya katılmanız zorunlu değildir ve katılmama hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı redderseniz bu hasta/hemşire ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyecektir.

### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Çalışmaya katılmadan önce yukarıdaki bilgilendirme yazısını okudum. Ayrıca bu konu ile ilgili bana sözlü açıklama yapıldı. Hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının:

Adı Soyadı: Ümit ATASEVER

E-mail: [atasever\\_99@hotmail.com](mailto:atasever_99@hotmail.com)

Telefon: 0541 5301855

**Katılımcının:**

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

**Araştırmacının:**

Adı Soyadı:

İmza:



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Ümit	<b>Soyadı</b>	Atasever
<b>Doğum Yeri</b>	Narman	<b>Doğum Tarihi</b>	01.01.1992
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	
<b>E-mail</b>	umit.atasever@uskudar.edu.tr	<b>Tel</b>	

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun Olduğu Kurum Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	2016-Halen
<b>Lisan</b>	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2014
<b>Lise</b>	Narman Lisesi	2010

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Öğretim Görevlisi	Üsküdar Üniversitesi	2017-Halen
Hemşire	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi	2015-2017