

Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi Öncesi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon

Gülten Karadeniz¹, Serdar Tarhan², Emre Yanikkerem³, Özden Dedeli³, Erkan Kahraman⁴

¹Yrd.Doç.Dr., ³Öğr.Gör., Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, ²Doç.Dr., Tıp Fakültesi, ⁴Sağlık Memurluğu Öğrencisi, Manisa

ÖZET

Amaç: Tanımlayıcı tipteki araştırma, hastaların manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi öncesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Nisan 2006-Nisan 2007 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji ünitesine başvuran 116 hasta ile yapılmıştır. Veriler, işlem öncesinde hastalardan, sosyodemografik soru formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS for Windows version 10.0 istatistik programı ile yapılmıştır. İstatistiksel analizlerinde ortalama, yüzde dağılımları, ANOVA, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Örneklem yaş ortalaması 41.36 14.78 olup, %64.3 kadın hastalardır. Manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi öncesi hastaların anksiyete ölçeği Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği-Anksiyete) ortalaması 8.2 3.8 olup (en düşük=0, en yüksek=20) olarak bulunmuştur. 10 kesme noktasına göre örneklem büyük çoğunluğu (%63.7) anksiyete yönünden risk altında olduğu görülmüştür. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği-Depresyon ortalaması 7.7 2.5 olup (en düşük= 0, en yüksek= 21) olarak belirlenmiş ve 7 kesme noktasına göre örneklem %12.5'inin depresyon yönünden risk altında olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi gibi, hastaların ileri tetkik olarak algıladıkları endişe ve korku yaratan tanı işlemlerinin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediğini göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, anksiyete, depresyon.

(*Klinik Psikiyatri* 2008;11:77-83)

Bu çalışma 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

SUMMARY

Anxiety and Depression in Patients Before Magnetic Resonance and Computer Tomography

Objective: The aim of this descriptive study was to determine anxiety and depression level of patients before Magnetic Resonance and Computer Tomography procedures. **Method:** The study has been done between April 2006 and April 2007. We used the radiology unit of Training and Research Hospital of The University of Celal Bayar Medical School, which is located in Manisa province of Turkey as the research setting. There were 116 patients in the study. Data has been collected by using questionnaire which included sociodemographics and Hospital Anxiety Depression Scale. Data was analysed by SPSS 13.0 version. Medium, percentage, Independent sample t test, ANOVA and correlation analysis were used for statistical analysis. **Results:** Mean age was 41.36±14.78. The majority of the patients in the study sample was female (64.3%). The mean score of Hospital Anxiety Depression Scale before Magnetic Resonance and Computer Tomography was 8.2±3.8 (0-20). Taking 10 as cutting point, 63.7% of patients had anxiety. Mean score was 7.7±2.5 (0-21). Taking 7 as cutting point depression was present among 12.5 % of patients. **Conclusion:** The results in this study suggest a role for Magnetic Resonance and Computer Tomography on anxiety and depression levels of patients. The Magnetic Resonance and Computer Tomography procedures effected anxiety and depression level of patients in this study. This negative effect was caused by the anxiety and fear, the patients felt before Magnetic Resonance and Computer Tomography procedures.

Key Words: Magnetic Resonance, Computer tomography, anxiety, depression.

GİRİŞ

Stres, insan organizmasının iç ya da dış etkenlere karşı homeostatik dengeyi korumak için verdiği bir seri reaksiyonları içermektedir. Organizmayı tehdit eden veya tehdit etme olasılığı bulunan, iç ve/veya dış çevreden kaynaklanan ve organizmanın uyum reaksiyonu başlatmasına neden olan uyarıların hepsine stresör adı verilmektedir. Stresörlerle karşılaşan organizmada otonom sinir sistemi, hipotalamus, hipofiz, adrenal korteks ve adrenal medullanın uyarılması ile bir dizi yapısal ve kimyasal değişiklik meydana gelmektedir. Vücut fizyolojik olarak strese karşı immün ve nöroendokrin yanıtlar vererek iç dengeyi sağlamaya çalışır (Akdemir ve Birol 2005, Çakırcalı 2000). Strese verilen fizyolojik cevapların, kalp vuruş sayısında artma, kan basıncında yükselme, göğüste sıkışma, solunum güçlüğü, ellerde terleme, titreme, tik, kasılmalar, boyun ve sırt kaslarında kasılmalar, baş ağrısı, sık idrara çıkma, göz bebeklerinde büyüme olduğu bildirilmiştir (Akdemir ve Birol 2005, Çakırcalı 2000).

Bireyler strese maruz kaldığında anksiyete (bunaltı) oluşmaktadır (Fellahoğlu 1996). Bunaltı korkuya benzer bir duygudur. Kişi bunu, içinde sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir endişe olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilmektedir. Bunaltı, bireyin gündüz uyanikken yaşadığı daha uzun süren ve kaynağı kişi tarafından açıklanamayan bir durumdur. Hastaların öznel bunaltı duygusu yanı sıra en önemli belirtiler otonomik kamçılanış ile ilgili olanların; kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dökülmesi, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada güçlük, hava açlığı, ellerde ayaklarda soğuma karıncalanmadır. Bütün bu belirtiler organizmanın bir tehlike ve/veya tehdit karşısında otonom sinir sisteminin uyarılarak aşırı etkinliğe geçmesi ile ilgili objektif belirti ve bulgulardır (Öztürk 1997).

Bilinmeyen herhangi bir tehlike karşısında bireyde uyanıklık oluşur. Bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korkuda paniğe neden olmaktadır. Birey için, hasta olma, hastaneye yatma tanı veya tedavi amaçlı tıbbi bir işleme maruz kalma

başlı başına bir stres olduğu ve bireyin yaşamını etkileyerek kızgınlık, korku, öfke, kaygı, endişeye neden olabilmektedir (Akdemir ve Birol 2005, Fellahoğlu 1996). Hastalar hastanede, aşına olmadıkları bir çevrede ve koşullarda buldukları, yabancı ve bilmedikleri birçok araç-gereç, koku, ses nedeniyle güvenliklerini tehdit altında hissedebilir ve anksiyete (bunaltı) yaşayabilirler (Akdemir ve Birol 2005, Fellahoğlu 1996). Anksiyeteyi yaşama, bireyin yaşına, yaradılışına ve bu deneyimi daha önce geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişmektedir (Fellahoğlu 1996). Yapılan çalışmalara göre fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik hastalıkların önemli bir kısmını da anksiyete bozuklukları oluşturduğu ve hastaneye yatan veya ayaktan tedavi gören hastalardaki anksiyete bozukluğu ya da anksiyete belirtilerinin yaygınlığının %10-70 arasında olduğu bildirilmektedir (Öztürk 1997, Yazıcı ve ark. 2003). Toplumumuzda oldukça sık görülen (%3.7-6.7) önemli klinik bir olgu da depresyondur. Hastaneye ayaktan müracaat eden hastalarda yaygınlığının %9-16 arasında olduğu bildirilmektedir (Yazıcı ve ark. 2003a, b).

Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi gibi ileri teknoloji gerektiren tanı yöntemleri, hastanede bulunma, beden bütünlüğüne yönelik, bilmedikleri anlayamadıkları işlemlere maruz kalmanın hastalarda stres yaratarak, anksiyete ve depresyon düzeylerini de arttırabileceği düşünülmektedir (Karadeniz ve ark. 2005). Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, hastaların manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) öncesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek, elde edilen bulgular doğrultusunda anksiyete ve depresyonu azaltmaya yönelik hekim ve hemşirelere uygulayabilecekleri girişimler ve bu girişimlerin önemini vurgulamak amacıyla uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Nisan 2006-Nisan 2007 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji ünitesine başvuran 116 hasta ile yapılmıştır. Veriler, işlem öncesinde hastalardan, sosyodemografik soru formu (cins, yaş, medeni durum, eğitim durumu, iş/meslek, varsa hastalık tanıları), daha önce invaziv veya non-invaziv işlem geçirme durumları, kaçınıcı

MR veya BT olduğu, yaşam bulgularını kayıt etmeye yönelik soru formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. HAD ölçeğinin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte birinci faktörde anksiyete belirtileri, ikinci faktörde depresyon belirtileri yer almaktadır. ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. HAD ölçeği depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Aydemir 1997). Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden ilgili izinler alınmış olup, araştırma süresince etik ilkelere uygun çalışılmıştır. Verilerin analizi SPSS for Windows version 10.0 istatistik programı ile yapılmıştır. İstatistiksel analizlerinde ortalama, yüzde dağılımları, t testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklemin yaş ortalaması 41.36 ± 14.78 olup, büyük çoğunluğu (%64.3) kadın hastalardır. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların %62,0'sini (72 kişi) ayaktan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların hastane yatma, kronik hastalık durumları ve hastanede daha önce vücuduna her hangi bir işlem (tanı ve/veya tedavi amaçlı olarak uygulanan invaziv veya non-invaziv işlemlerin tümü) deneyimi geçirme durumları incelendiğinde; %55.1'i daha önce hastaneye yatmış, %62.9'unun kronik bir hastalığı yok, %49.1'i ise daha önce herhangi bir işlem deneyimi geçirmemiştir. Hastaların kaçınıcı MR veya BT deneyimi olduğu sorulduğunda %44.8'inin ilk, %21.5'inin ikinci, %18.9'unun üçüncü, %14.6'sının ise dört ve üzeri olduğu belirlenmiştir. İşlem hakkında bilgi sahibi olma durumları sorulduğunda ise %32.7'si kısmen, %37.0'si ise işlem hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Araştırma grubunun hastane, tanı ve/veya tedavi amacıyla uygulanan invaziv ve non-invaziv işlem deneyimi, MR-BT deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	74	64,3
Erkek	41	35,7
Yaş		
15-35	46	39,7
36-45	23	19,8
46-64	37	31,9
65 yaş ve üzeri	10	8,6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6	5,2
İlkokul	36	31,0
Ortaokul	11	9,5
Lise	33	28,4
Fakülte\Yüksekokul	30	35,8
Medeni durum		
Evli	90	84,9
Bekar	16	15,1
Dul	10	8,6
Meslek		
İşçi	8	8,9
Memur	30	33,3
Serbest	21	23,3
Emekli	21	23,3
Ev hanımı	10	11,1
Sosyal güvence		
Yok	5	4,8
SSK	23	21,9
Emekli sandığı	64	61,0
Bağkur	7	6,7
Yeşil kart	6	5,7
Toplam	116	100

MR ve BT öncesi hastaların anksiyete ölçeği HAD ortalaması 8.2 ± 3.8 (en düşük=0, en yüksek=17) olarak bulunmuştur. 10 kesme noktasına göre örneklemin büyük çoğunluğu (%63.7) anksiyete

Tablo 2. Araştırma grubunun hastane, invaziv veya non-invaziv bir işlem deneyimi, MR ve BT ile ilgili özellikleri

Özellik	Sayı	%
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Yatmış	64	55.1
Yatmamış	52	44.8
Kronik bir hastalık varlığı		
Var	43	37.0
Yok	73	62.9
Vücuduna herhangi bir işlem deneyimi		
Var	59	45.6
Yok	57	49.1
MR veya BT'ye girme nedeni		
Tanı	56	48.2
Kontrol	60	51.7
Kaçıncı MR veya BT		
1.	52	44.8
2.	25	21.5
3.	22	18.9
4 ve üzeri	17	14.6
İşlem hakkında bilgi sahibi olma durumu		
Evet	35	30.1
Hayır	43	37.0
Kısmen	38	32.7
Toplam	116	100

yönünden risk altında olduğu görülmüştür. Hastaların depresyon ölçeği HAD ortalaması 7.3 ± 2.5 (en düşük= 0, en yüksek= 15) olarak belirlenmiş ve 7 kesme noktasına göre örneklemin %12.5'inin de depresyon yönünden risk altında olduğu belirlenmiştir. Hastaların, cinsiyet ($t=1.2$ $p>0.01$), medeni durum ($F=0.02$ $p>0.01$), eğitim durumu ($F=0.9$ $p>0.01$), meslek ($F=0.8$ $p>0.01$), daha önce hastaneye yatma ($t=0.6$ $p>0.01$), vücuduna herhangi bir işlem deneyimi ($t=0.2$ $p>0.01$), kronik bir hastalığın varlığı ($t=0,8$ $p>0,01$), kaçınıcı MR veya BT olduğu ($F=0.7$ $p>0.01$) ve işlem hakkında bilgi sahibi olma durumlarına ($F=0.8$ $p>0.01$) göre anksiyete ve depresyon HAD ölçeği

puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak tanı amaçlı giren hastaların anksiyete HAD ölçeği puan ortalaması (3.9 ± 1.2) kontrol amaçlı giren hastalara (4.2 ± 1.6) göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun da hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur ($t=4.8 \pm p<0.01$). Ayrıca, anksiyete HAD ölçeği puan ortalaması ve yaş arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=-0.76$ $p<0.05$).

Hastaların BT veya MR öncesi ve sonrası yaşam bulguları değerlendirildiğinde işlem öncesi ve sonrası vücut ısısı ve solunum değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak

Tablo 3. Araştırma grubunun BT veya MR öncesi ve sonrası yaşam bulguları ölçümlerinin karşılaştırılması

Ölçüm	İşlem Öncesi	İşlem Sonrası	t	p	n
	Ort±ss	Ort±ss			
Vücut sıcaklığı (°C)	36.22±0.65	36.22±0.57	-0.03	>0.05	116
Nabız (dakika)	78.69±1.17	76.52±1.15	2.80	<0.05	116
Solumum(dakika)	21.11±4.73	20.66±4.55	1.62	>0.05	116
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	127.22±23.5	120.09±20.9	3.6	<0.01	116
Diastolik kan basıncı (mm Hg)	75.87±12.2	74.73±13.3	1.9	<0.05	116

işlem öncesi ve sonrası sistolik ve diyastolik kan basınçları ve nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Tablo 3'te MR veya BT öncesi ve sonrası yaşam bulgularının ölçümleri ve ilgili istatistiksel analiz sonuçları verilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Fiziksel hastalıkları nedeniyle hastanede yatan, invaziv veya non-invaziv işlemler deneyimleyen hastalar endişe ve korku yaşamakta, bu durum da anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırmaktadır. Hastanede yatan hastaların %30-60'ında tanı konulabilir psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan bir başka çalışmada yatan hastaların %23'ünde anksiyete, %19'unda da depresyon saptanmıştır (Yazıcı ve ark. 2003a). Tanı veya tedavi amaçlı uygulanan invaziv işlemler uygulanan hastalarda anksiyet ve depresyonu inceleyen yurt dışındaki çalışmalarda, diyaliz hastalarında depresyon prevalansının %62, ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %67.5 olduğu bildirilmektedir (Yazıcı ve ark. 2003b). Koroner anjiyografi öncesi hastalarda anksiyete ve depresyonun incelendiği başka bir çalışmada hastaların %31.3'ünde anksiyete,%67.5'inde ise depresyon olduğu belirlenmiştir (Karadeniz ve ark. 2005). Bu çalışmada da MR ve BT öncesi hastaların büyük çoğunluğunun anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, daha önce hastaneye yatma, vücuduna herhangi bir işlem deneyimi, kaçınıcı MR veya BT olduğu, işlem hakkında bilgi sahibi olma durumları,

kronik hastalık varlığının MR ve BT öncesi anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememesi hastaların demografik özelliklerinden bağımsız olarak işlemin doğrudan kendisinin hastanın anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan anksiyete yaşayan hasta birey oranının depresyon yaşayan hasta oranından fazla olması, tanı amaçlı giren hastaların anksiyete HAD ölçeği puan ortalaması (3.9±1.2) kontrol amaçlı giren hastalara (4.2±1.6) göre daha düşük olması, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmasının da bu bulguyu desteklediği düşünülmektedir. Buna ilave olarak literatürde sadece anksiyete belirtileri depresif bozukluğun bir belirtisi olarak %60 ile %80'lere varan oranlarda görülebildiği belirtilmiştir. Anksiyete HAD ölçeği puan ortalaması ile yaş arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır (r=-0.76 p<0.05). Örneklemin yaş ortalaması incelendiğinde hasta grubunun genç ve orta yaş bireylerden oluştuğu görülmektedir. İstatistiksel olarak belirlenen negatif yönde korelasyon da yaş azaldıkça hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığını göstermektedir. Genç bireylerin beden bütünlüğü ileri yaştaki bireylere göre daha önemlidir. Benlik algısının tam olması için beden bütünlüklerinin de tam olması gerekmektedir. Hastanede uygulanan invaziv veya non-invaziv işlemlerin birçoğu beden bütünlüğünü bozmaya yöneliktir. Buna ilave olarak ileri bir tetkik yöntemi ile önemli bir hastalık tanısı alma olasılığı da genç bireylerde anksiyete riskini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir. Her iki durumun da, yaş azaldıkça hastaların anksiyete düzeylerinin artmasına ve istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde bir korelas-

yon bulunmasına neden olduğunu düşünebilir. Diyaliz ve kemoterapi gibi invaziv yöntemlerle tedavi edilen hastalarda anksiyete ve depresyonu inceleyen çalışmalar, anksiyete ve depresyon HAD ölçeğinden alınan puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre anlamlı farklar oluşturmadığı belirtilmiştir (Çelik ve Acar 2007, Özgür ve ark. 2003, Beser-Gördeles ve Öz 2003). Yazıcı ve ark.'nın (2003) çalışmasında yaş ile HAD depresyon alt ölçek puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu, yaş arttıkça hastaların depresyon düzeyinin arttığı belirtilmiştir (Yazıcı ve ark. 2003b).

Hastaların yaşadığı stres durumu içerisinde anksiyete ve depresyon kombinasyonu hastanın fiziksel ve psikolojik durumunu etkileyerek psikofizyolojik strese tepki oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumda otonom sinir sisteminin aktivasyonu, hipotalamik-pitüter-adrenal bezlerin uyarımı bireylerde bazı fiziksel ve fizyolojik yanıtlara neden olmakta ve anksiyetenin objektif olarak da değerlendirilebilmesini sağlamaktadır (Akdemir ve Birol 2005, Çakırcalı 2000, Fellahoğlu 1996, Öztürk 1997). Hastaların MR ve BT öncesi ve sonrasında yaşam bulguları değerlendirildiğinde kan basıncı ve nabızın işlem öncesinde daha yüksek değerlere sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, hastaların büyük çoğunluğunun anksiyete yaşadığı bulgusunu da desteklemektedir. Hastaların kan basıncı ve nabız değerleri işlem sonrasında daha düşük olduğu için değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı düşünülmektedir. Koroner anjiyografi öncesi ve sonrası hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyini inceleyen bir çalışmada hastaların anjiyo öncesi ve sonrası vücut ısısı ve nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Kan basıncı değerlerinin de işlem öncesinde daha yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir.

Bireylerin genel olarak hastalığa gösterdikleri en belirgin tepki sırası ile anksiyete, korku ve paniktir.

Bu tepkilerin hasta iyileşmesinde ve davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Hastalarda gerginlik, öfke, bağımlılık, çaresizlik duyguları da gözlenebilmektedir. Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve daha fazla tehdit hissettiklerinde (ileri tetkik, cerrahi girişim gibi) normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler (Kayahan ve Sertbaş 2007).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, MR ve BT gibi, hastaların ileri tetkik olarak algıladıkları endişe ve korku yaratan tanı işlemlerine giren bireylerin anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğunu göstermiştir. Hastalarla tanı koydurucu psikiyatrik görüşmelerin yapılmamış olması, tıbbi tanı veya hasta şiddetinin değerlendirilmemiş olması çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Hasta grubunda anksiyete ve depresyon oranının yüksek bulunması hastaların psikososyal desteğe gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Bireylerin hastaneye geliş nedenleri, işlemleri veya tanıları ne olursa olsun hekim ve hemşirelerin hastaların anlayabilecekleri bir dille uygulanan tanı ve/veya tedavi işlemleri, tanıları hakkında bireyleri bilgilendirilmesi, daha fazla zaman ayrılarak korku ve endişeleri hakkında soru sormalarına izin vermesi, hastanın bedensel ve ruhsal olarak hastane ortamına ve tanı ve/veya tedavi işlemlerine hazırlanması ile bireylerdeki anksiyete ve depresif semptomolojinin azaltılmasının mümkün olacağı düşünülmektedir. Buna ilave olarak ayaktan veya yatan hastaların yaygın görülen psikiyatrik hastalıkların tanılanabilmesi açısından psikiyatri ekibi tarafından da değerlendirilmesi önerilmektedir.

Yazışma adresi: Özden Dedeli, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Manisa, ozdendedeli@yahoo.co.uk

KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L (2005) İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 141-153.

Çakırcalı E (2000) Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar, 3. Baskı, İzmir, Güven & Nobel Tıp Kitabevleri, s.2-5.

Fellahoğlu Z (1996) Akıl sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Muğla, İnşirah Sahaf & Kitabevi, s.15-20.

Öztürk MO (1997) Ruh sağlığı ve bozuklukları 7. Basım Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.261-293.

Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A ve ark. (2003) Bedensel hastalığı olan

kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? Klinik Psikiyatri, 6:27-31.

Yazıcı K, Töt Ş, Yazıcı A ve ark. (2003) Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. Yeni Symposium, 41:120-124.

Karadeniz G, Altıparmak S, Aydemir Ö ve ark. (2005) Koroner anjiyografi öncesi anksiyete ve depresyon. 3P Dergisi, 13:43-47.

Aydemir Ö (1997) Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4):280-287.

.....http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/ltamam/sunum/2005_ank_siy%C3%B6z%20depresyon.pdf (set:07/07/2008).

Çelik HC, Acar T (2007) Kronik hemodiyaliz hastalarında

depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 12:23-27.

Özgür B, Kürşat S, Aydemir A (2003) Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12:113-116.

Beser-Gördeles N, Öz F (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7:47-58.

Kayahan M, Sertbaş G (2007) Dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:113-120.