

HASTÂNEDE YATAN TIBBÎ HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN İLİŞKİSİ

AMAÇ

Tıbbî hastalık mevcudiyetinin herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığı bilinmektedir (Gagnon ve Patten 2002). Hastânedeki yatan hastaların %30-60'ında tıbbî hastalıkları ile ilişkili bir psikiyatrik sendrom gözlenmektedir (Hall ve ark. 2002). Liyezon modelini temel alan bir yaklaşımla yapılan bir çalışmada, yatan hastaların %56'sında DSM-III-R kriterlerine göre çeşitli psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (Strain ve ark. 1991). Hastâneye yatıştan 7 gün sonraki ve yatıştan önceki psikiyatrik bozukluk oranlarını karşılaştıran bir çalışmada ise DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan hastaların oranı %27 bulunmuştur (Silverstone 1996). Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler (Özkan 2001a).

Bu çalışmada hastânedeki yatan tıbbî hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri kliniği dışındaki kliniklerde yatarak tedavi gören hastalar alınmıştır. Hastaların hangi kliniklerde yattığı Tablo

Kemal Yazıcı*, Şenel Tot*, Aylin Yazıcı*, Arzu Kanık**, Pervin Erdem***, Visal Buturak***, Yavuz Okyay***, Yıldırım Şimşek***

ÖZET

Amaç: Hastânedeki yatan tıbbî hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisinin incelenmesi.

Yöntem: Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yatarak tedavi gören hastalar alınmıştır. Hastalara, araştırmacılar tarafından hazırlanan form ve hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla Hastâne Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların cinsiyeti, medenî hâli, eğitim durumu, mesleği, hastalık süresi ve yatışı kliniğinin, HAD depresyon ve anksiyete puanlarını etkilemediği saptanmıştır. HAD depresyon alt ölçek puanı ile yaş arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ile HAD depresyon puanı arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır.

Tartışma: Depresyon puanlarının yaşla orantılı olarak artması, yaşlı hastaların bu açıdan daha dikkatli değerlendirilmesinin iyi olacağını göstermektedir. Çalışmamızda hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmelerinin depresyon düzeyini olumlu yönde etkilediğini gösterdik. Hekimin hastayı hastalığı hakkında bilgilendirmesi, hastanın tedavide etkin rol almasını ve ruhsal durumlarının iyileşme göstermesini sağlar.

Sonuç: Hastânedeki yatan yaşlı hastaların depresyon açısından risk altında olduklarını unutmamak gerekir. Fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle hastânedeki yatan hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi ile hastalardaki depresif semptomatolojinin azalması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, bilgilendirme, depresyon, hastânedeki yatan hastalar

THE ASSOCIATION OF ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS AND SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS IN MEDICALLY ILL INPATIENTS

ABSTRACT

Objective: To examine the relationship between anxiety and depression levels and sociodemographic factors in medical inpatients.

Method: Inpatients in hospital of Mersin University School of Medicine were included in the study. All patients were administered a questionnaire and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) to determine their level of anxiety and depression.

Results: We found that sex, marital status, education, occupation, duration of illness and the type of the clinic admitted were not associated with HAD depression and anxiety scores. Age was positively correlated with HAD depression subscale score. Patients' level of information about their illnesses were negatively correlated with HAD depression score.

Discussion: Age-related increase of depression scores indicates that older patients should be evaluated more carefully on this issue. We showed that informing patients about their illnesses positively influence the level of depression. Giving information to patients provides active participation of the patients in treatment process and improves their mental well-being.

Conclusion: It should be kept in mind that medically ill older inpatients are at a greater risk for depression. It is possible to decrease depressive symptomatology in physically ill inpatients by giving information about their illnesses.

Keywords: anxiety, depression, information, inpatients

* Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD / Tel: 0324 337 43 00-1110 / 0532 527 40 22 / Fax: 0324 337 43 05 e-mail: kemalyazici@mersin.edu.tr

** Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD

*** Arş.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

1'de verilmiştir. 1 haftadan kısa süredir yatan hastalar, genel durumu nedeni ile kooperasyon kurulamayan hastalar ve çocuk hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Hastalara, çalışma hakkında bilgi verilip izinleri alındıktan sonra, alınması istenen bilgiler doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan form verilmiş ve eksiksiz doldurmaları istenmiştir. Okuma yazması olmayan hastalara araştırmacılar yardımcı olmuştur. Hazırlanan formda "Hastalığınız hakkında ne kadar bilgilendirildiğinizi düşünüyorsunuz?" sorusu sorulmuş, Likert tipi 7'li bir ölçek oluşturulmuş ve hastanın bu ölçeği işaretlemesi istenmiştir.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Hastâne Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

Hastâne Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Zigmond 1983), hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve arkadaşlarının yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur (Aydemir ve ark. 1997). Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

İstatistik

İstatistiksel değerlendirmede çok yönlü ANOVA kullanılmıştır. Depresyon ve anksiyete skorları bağımlı değişken, buna etki ettiği düşünülen değişkenler ise bağımsız değişken olarak modele alınmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastalar (n=239) genel olarak değerlendirildiğinde HAD-depresyon alt ölçek puanları 0-21 arasın-

da değişmektedir (ortalama 7.7 ± 4.5), HAD-anksiyete alt ölçek puanları ise 0-20 arasında değişmektedir (ortalama 8.2 ± 4.8). Kesme puanlarına göre değerlendirildiğinde hastaların 116'sı (%48.5) depresyon alt ölçek puanına göre kesme puanın üstünde, 65'i (%27.2) ise anksiyete alt ölçek puanına göre kesme puanının üstünde bulunmuştur.

Hastaların cinsiyet, medenî hâl, eğitim durumu, meslek, hastalık süresi ve yattığı kliniğe göre HAD depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Bu değişkenler açısından ölçek skorları arasında fark saptanmamıştır.

Hastaların yaşları 15-87 arasında değişmekteydi, ortalama 45.3 ± 17.2 idi. HAD depresyon alt ölçek puanı ile yaş arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur, yani yaş arttıkça hastaların depresyon düzeyleri artmaktaydı.

Hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ile HAD depresyon alt ölçek puanı arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır. Hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri düşmekteydi.

TARTIŞMA

Hastânede yatan hastaların neredeyse %30-60'ında tanı konabilir psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmiştir (von Ammon ve ark. 1989, Strain 1982). Özkan (2001a) epidemiyolojik araştırmalarda yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde depresif semptomatolojinin geliştiğini, %11-26'sında ise klinik psikopatolojik anlamıyla depresif sendrom tablosu geliştiğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da hastalar genel olarak değerlendirildiğinde %48.5'inin depresyon açısından, %27.2'sinin ise anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu görülmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık depresif epizod yaygınlığının ortalama %4, herhangi bir epizod yaygınlığının ortalama %6.7 bulunduğunu dikkate alınırsa (Erol ve ark. 1998), bizim örneklem grubumuzda kesitsel olarak saptanan

Tablo 1: Hastaların yattıkları klinikler

Dahili Klinikler			Cerrahi Klinikler		
Klinik	n	%	Klinik	n	%
Dahiliye	63	26,4	Genel Cerrahi	15	6,3
Nöroloji	25	10,5	Üroloji	15	6,3
Kardiyoloji	25	10,5	Kadın hastalıkları ve doğum	11	4,6
Enfeksiyon Hastalıkları	15	6,3	Göğüs kalb damar cerrahisi	11	4,6
Dermatoloji	14	5,9	Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	11	4,6
Göğüs Hastalıkları	8	3,3	Ortopedi	10	4,2
Fizik Tedavi ve rehabilitasyon	1	0,4	Kulak burun boğaz	7	2,9
			Beyin cerrahisi	7	2,9
			Göz hastalıkları	1	0,4

Tablo 2: Hastaların HAD ölçek puanları

	n	HAD-D*	HAD-A*
Cinsiyet			
<i>Kadın</i>	104	8.7±0.7	8.3±0.7
<i>Erkek</i>	135	9.3±0.7	8.4±0.7
Medenî hâl			
<i>Bekâr</i>	47	8.5±0.8	8.3±0.7
<i>Evli</i>	177	8.6±0.6	8.6±0.6
<i>Dul</i>	15	10.0±1.2	7.9±1.2
Eğitim			
<i>Okuma yazma yok</i>	15	9.9±1.3	8.8±1.2
<i>İlköğretim</i>	129	9.2±0.7	8.8±0.7
<i>Lise</i>	53	8.7±0.8	8.1±0.7
<i>Üniversite</i>	42	8.3±0.9	7.4±0.8
Meslek			
<i>İşsiz</i>	14	8.1±1.2	9.4±1.1
<i>Ev hanımı</i>	67	9.8±0.8	8.9±0.8
<i>Memur</i>	47	9.4±0.9	8.9±0.8
<i>Serbest</i>	60	9.7±0.8	7.6±0.8
<i>Emekli</i>	33	8.9±1.0	6.5±0.9
<i>Öğrenci</i>	18	8.2±1.3	8.3±1.3
Hastalık süresi			
<i>1 aydan kısa</i>	38	8.5±0.9	7.3±0.8
<i>1-6 ay</i>	88	9.9±0.7	8.1±0.6
<i>6-12 ay</i>	19	8.3±1.1	8.9±1.0
<i>1-5 yıl</i>	46	9.2±0.8	9.1±0.7
<i>5 yıldan uzun</i>	48	9.3±0.8	7.9±0.8
Yattığı klinik			
<i>Dahili</i>	151	8.9±0.6	8.2±0.7
<i>Cerrahi</i>	88	9,1±0,7	8,3±0,7
* hastaların ölçek puanları arası.ndaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir			

oranların büyüklüğü daha iyi anlaşılmaktadır. Hemen hemen aynı deseni kullanarak İskoçya'da yapılan bir çalışmada ise bu oranlar muhtemel depresyon için %19, muhtemel anksiyete için de %23 oranları saptanmıştır (Beausang ve Syed 1998). Bizim hasta sayımıza benzer sayıda (256) hasta ile CES-D ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada ise puanı kesme puanının üzerinde olan hastaların oranı yaklaşık %60 bulunmuştur (Soskolne ve ark. 1996).

Rodin ve arkadaşları (1991) depresyon oranlarının kadınlarda, partneri olmayanlarda, yalnız yaşayanlarda ve muhtemelen yaşlılarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Soskolne ve arkadaşları (1996) kadınlarda depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu, ancak depresif belirtile-

rin yaş, eğitim, medenî hâl, toplumsal destek, yattığı klinik ve hastanede yatış süresi ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Beausang ve arkadaşları (1998) ise cinsiyet ve yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki bulamamıştır. Biz çalışmamızda, depresyon ve anksiyete puanları açısından cinsiyeti, medenî hâli, eğitim durumu, meslek, dâhili veya cerrahi hastalık olması, şu anki hastalığın süresi, hastaneye yatış süresi ve daha önce hastaneye kaç kez yattığının fark oluşturmadığı sonucuna ulaştık. Bizim çalışmamızda da yaşlı hastalar depresyon açısından riskli grubu oluşturmaktadırlar. Yaşlı hastaların tıbbî değerlendirmesinde bu riskin dikkate alınması gerekmektedir.

Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilenmesi, Lizbon Bildirgesi'nde bir hak olarak bildirilmiştir: "Hastanın yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeme veya yadsımaya hakkı vardır" (Dünya hekimler kurultayı 1981). Türk Hekimler Birliği'nin yayınladığı "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları"nda da madde 26'da aydınlatılmış onam başlığı altında hekimin hastalığı ve tedavisi hakkında hastayı bilgilendirmesi gerektiği bildirilmiştir. Özkan (2001b) hastada tıbbî ve cerrahi işlemler yapan hekimin hastayı işlemler hakkında bilgilendirmesi gerektiğini, bu bilgilendirmenin hastanın tedavisinde etken rol almasını, katılımını sağladığını, ruhsal yönden olumlu etki ettiğini, hekimin hasta ile ilişkisini işlevsel kıldığını belirtmiştir. Biz de çalışmamızda bunu destekler şekilde, hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmelerinin depresyon açısından riski azalttığını saptadık. Ancak, bu konu için ayrıcalıklı durumlar da söz konusudur. Acil durumlarda, yetersizlik durumlarında, hasta haklarından vazgeçmişse veya hekimin hastaya zararlı olacağını düşündüğü durumlarda hasta bilgilendirilemeyebilir (Simon 2002). Bunun dışındaki durumlarda, hastanın hastalığına ve tedaviye uyumu ve işbirliğinin sağlanmasının yanı sıra daha ileri davranış sorunlarının ortaya çıkmasının önüne geçilebilmesi için hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi gereklidir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, hastalar ile tanı koydurucu psikiyatrik görüşmelerin yapılmamış olması, tıbbî hastalıkların şiddetinin değerlendirilmemiş olması sayılabilir. Ayrıca çalışmanın kesitsel olması depresif belirtiler ile tıbbî hastalıkların nedensel ilişkisi konusunda bir yorum yapmamıza imkân vermemektedir.

SONUÇ

Fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle hastanede yatan hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi ile hastalardaki depresif semptomatolojinin azalması mümkündür. Dahili ve cerrahi kliniklerdeki hekimlerin bu konuda bilgilendirilmeleri hastalardaki psikiyatrik morbiditenin azalmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 8: 280-287.
- Beausang P, Syeed R (1998) Screening for anxiety and depression in adult general medicine in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J*; 43: 177-180.
- Dünya Hekimler Kurultayı (1981) "Hastanın Hakları" Lizbon Bildirgesi, Lizbon, Portekiz.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1. baskı, Ankara.
- Gagnon LM, Patten SB (2002) Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*; 47: 149-152.
- Hall RCW, Rundel JR, Popkin MK (2002) Cost-effectiveness of the Consultation-Liaison Service. Wise MG, Rundell RJ, editors. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 25-32.
- Özkan S (2001a) Genel tıpta depresyon. *Hipokrat Dergisi*; 10: 79-83.
- Özkan S (2001b) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamasında etik ve mediko-legal konular. *Hipokrat Dergisi*; 10:153-157.
- Rodin R, Craven J, Littlefield C (1991) Depression in the Medically Ill. An Integrated Approach. NewYork: Brunner/Mazel.
- Silverstone PH (1996) Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*; 184: 43-51.
- Simon R (2002) Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry 2nd Edition. Wise MG, Rundel JR, editors. Legal and Ethical Issues. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 167-186.
- Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY (1996) Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med*; 26: 271-285.
- Strain JJ (1982) Needs for psychiatry in the general hospital. *Hosp Community Psychiatry*; 33: 996-1002.
- Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovit SA, Paddison PL, Snyder S, Strauss E, Burton R, Nuber G (1991) Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*; 148: 1044-1049.
- VonAmmon R, Cavanaugh S, Wettstein RM (1989) Emotional and cognitive dysfunction associated with medical disorders. *J Psychom Res*; 33: 505-514.
- Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*; 67: 361-370.