Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış

An Overview on Psychosocial Adaptation, Depression, Anxiety and Stress Levels in Patients with Heart Disease

Etem Erdal Erşan[1], Meral Kelleci[2], Berna Baysal[3]
[1]Uz.Dr., Sivas Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, [2]Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas,
[3]Hemşire., Özel Reyap Hastanesi Kardiyoloji ve Kalp damar Cerrahi Servisi, Çorlu, Tekirdağ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada farklı kalp hastalığı tanılarına sahip hastaların yaşadığı psikososyal sorunları ve bunu etkilediği düşünülen bazı değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. **Yöntem:** Araştırma bir üniversite hastanesinin Kardiyoloji Merkezi'nde yapıldı. Araştırmanın örneklemini yatarak tedavi gören, çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında sosyodemografik bilgi formu, Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği kullanıldı. İstatistiksel olarak veriler SPSS 14.0 programı aracılığıyla değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmamızda psikososyal uyum-öz bildirim ölçeğinin aile çevresi alt boyutu açısından; kadınların erkeklere göre, ev hanımlarının diğer meslek gruplarına ve ekonomik durumu çok iyi olanların kötü olanlara göre; cinsel ilişkiler yönünden; herhangi bir işte çalışmayanların çalışanlara göre; geniş aile ilişkileri yönünden; ekonomisi kötü olanların iyi olanlara göre psikososyal uyumlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Toplam depresyon puanları; dul olanlarda, herhangi bir işte çalışmayanlarda ve yalnız yaşayanlarda; Toplam depresyon ve anksiyete puanları; kadın hastalarda, ekonomik durumu kötü olanlarda ve ev hanımlarında; toplam anksiyete ve toplam stres puanlarının okuryazar olmayan grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). **Sonuç:** Çalışmada, kalp hastalıklarında psikososyal uyumun bozulduğunu, depresyon, anksiyete ve stresin arttığını belirledik. Bu tablonun düzelmesi için psikososyal anlamda yapılması gerekenler önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kalp hastalığı, psikososyal uyum, depresyon, anksiyete, stres

SUMMARY

Objectives: The relation between psychosocial problems and some variables in the patients with various heart disease was examined in this study. **Method:** This study was held Cardiology Unit of University Research Hospital in Sivas. The study was realized on 150 hospitalized patients who accepted to participate in the study. In the collection of data, socio demographic data form, Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report and Depression Anxiety Stress Scale were used. The data were statistically evaluated with SPSS 14.0 software, **Results:** In our study, in terms of family environment of psychosocial adaptation scale, compared to males, females, and compared to professionals those housewives and compared to those persons with insufficient income, those with good economic status and In terms of sexual relations, those unemployed compared to the employed ones, and in terms of great familial relations, those having insufficient economic status compared to those good economic status had insufficient psychosocial adaptation ($p<0.05$). Total depression scales were detected to be higher in those persons who are widow, and those unemployed, as well as those living alone ($p<0.05$). Total depression and anxiety scores were detected to be higher in females, those with insufficient economic income and housewives ($p<0.05$). Total anxiety and stress scores were detected to be higher in illiterates ($p<0.05$). **Conclusion:** In this study we found out that psychosocial adaptation was deteriorated, and depression, anxiety as well as stress were enhanced. To remediate this table studies on psychosocial perspective is important.

Key Words: Heart disease, psychosocial adaptation, depression, anxiety, stress.

(Klinik Psikiyatri 2013;16:214-224)

Makalenin geliş tarihi: 12.11.2012, Yayına kabul tarihi: 18.07.2013

GİRİŞ

Ciddi kronik bir hastalığa yakalanmanın bireylerde hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara dek bir çok probleme neden olduğu belirtilmektedir (Ackermann ve ark. 2005, Bunevicius ve ark. 2007, Burg ve Abrams 2001, Derogatis 1986, Niti ve ark. 2007, Reddy 2008). Günümüz çağdaş tıbbının ve insanlığın en önemli ve güncel sorunlarından birisi olan kalp hastalıkları; hastanın bedeninde, duygusal hayatında, yaşamında ve hayat tarzında ciddi değişikliklere neden olan karmaşık bir hastalıktır (Bunevicius ve ark. 2007, Kelleci ve ark. 2009). Majör depresyon, panik bozukluğu ve akut anksiyeteden; sosyal destek yetersizliği, düşük ekonomik düzey ve öfkeye kadar değişen bir tabloda çeşitli psikososyal faktörler kardiyak hastalıklarla ilişkilidir (Halperin 2002, Yazıcı ve Yazıcı 2003). Bugüne kadar yapılmış olan çalışmalar hem majör depresyonun, hem de depresif belirtilerin kardiyovasküler hastalık riski artışı ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Görünür kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde depresyon, kardiyak mortalite artışı için belirgin bir risk etkenidir (Ertekin ve Yazıcı 2006).

Psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların hastalığa uyumu ise, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, sosyokültürel özelliklerine, psikososyal stresörlere, hastalıkla ilgili olumsuz duygulara, baş etme yöntemlerine, geçmiş deneyimlere, yaşam tarzına, kalıtımsal özelliklere, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türüne ve tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir (Nehir ve Çam 2010). Kalp hastalığı nedeniyle hastanede yatan hastaların eğitim, evlilik, iş yaşamı, iş yaşamındaki fiziksel zorlanma, aile hayatı, aile hayatındaki memnuniyetsizlik, ekonomik durumla ilgili memnuniyetsizlik, yaşam olayları, otonomik sağlık denetimi gibi prognostik önemi olan konular psikososyal uyum düzeylerini bozmaktadır (Burg ve Abrams 2001, Carney ve ark. 2002, Dickens ve ark. 2008, Welin ve ark. 2000).

Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır. Kalp hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin arttırılması bakımın öncelikli amaçlarından biridir. Bu amaca ulaşabilmek için öncelikle biyopsikososyal açılardan bireyin değerlendirilmesi gerekmektedir. Kalp hastalığı olan bireylerin psikososyal sorunlar açısından değerlendirilmeleri liyezon psikiyatrisinin önemli çalışma alanlarından birisidir. Ancak ülkemizde psikososyal boyutta değerlendirmelerin yapıldığı yeterli sayıda çalışmanın olmadığı dikkati çekmektedir. Oysa bu tür çalışmalar bu gruptaki hastaların özelliklerinin tanınması, risklerin belirlenmesi, bakım ve tedavinin yönlendirilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı: kalp hastalığı nedeniyle hastanede yatan hastaların cinsiyet, eğitim, evlilik, iş yaşamı, ekonomik durum, aile hayatı gibi prognostik önemi olan konularda psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemektir. Çalışmamız da farklı kalp hastalığı tanılarına sahip hastaların yaşadığı psikososyal sorunları ve bunu etkilediği düşünülen bazı değişkenler (demografik özellikleri, psikososyal uyum düzeyleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri) arasındaki ilişki incelenmiştir. Psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres açısından kalp hastalığı olan bireylerin değerlendirilmeleri ile sorunların belirlenmesi daha sonra yapılacak uygulamalara yol gösterebilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli ve Örneklemi

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi (CÜTF) Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı, 2008 yılında açılan; 100 yatak kapasiteli Kardiyoloji Merkezi'nde (Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Kardiyoloji Kliniği ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Kliniği) yapılmıştır. Araştırma 16-12-2010/31-03-2011 tarihleri arasında, yatarak tedavi gören 150 hastada yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında bizim çalışma yaptığımız günlerde merkezde 172 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hastalardan 14'ü anketlere yanıt vermek istemediğini belirtmiştir. Üç hasta anket sorularını uzun bulduğunu söyleyerek devam etmek istememiştir. Beş hasta ise işitme sorunu yaşaması

nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Araştırmaya başlamadan önce, Kurumdan yazılı izin alınmıştır. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş, sözlü onamları alınmış ve gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri olarak:

- 18 yaş üstü
- En az 1 gündür hastanede yatmakta olan
- Hastalığın terminal döneminde olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü
- İletişim kurabilen bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Çalışmamızın sınırlılığı olarak verilerin bölümlere göre ayrılmamasını, tanı gruplarına göre karşılaştırma yapılmamasını ve tüm kalp hastalarını yansıtmamasını söyleyebiliriz.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu, hastalığa psikososyal uyumu ölçen Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek-I): Formda bireylerin sosyo demografik özellikleri ve hastalığa yönelik sorular bulunmaktadır.

Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illnes Scale-Self-Report PAIS-SR) (EK-II): Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan etmenlerle karşılıklı etkileşimini ölçer (Degoratis 1986, Kaçmaz 2003). PAIS-SR ölçeği 46 maddeden oluşur, bu sorular hastalığa uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; Sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı şeklindedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinden puanlanır. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar "kötü psikososyal uyumu" gösterir.

PAIS-SR'in geçerlik ve güvenilirliği Kalp, akciğer ve böbrek hastalarında yapılan çalışmada Cronbach alfaları 0.80 ile 0.90'nın üzerinde bulunmuştur (Kaplan 1982, Kaçmaz 2003). Ülkemizde Adaylar (1995), (Kaçmaz 2003) tarafından akut ve kronik hastalığı olan hastalarda kullanılarak, Türkçeye uyarlaması yapılmıştır.

Depresyon Anksiyete Stres Skalası (The Depression Anxiety Stres Scale DASS-42) (EK-III): Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir (Bilgel ve Bayram 2009). Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilgel ve Bayram (2009) tarafından yapılmış, Uncu ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek, uygulandığı andan itibaren geçtiğimiz haftada dahil olmak üzere mevcut olan depresyon, anksiyete, stres semptomlarını ölçmek için oluşturulan 42 maddelik bir dökümandır. 14'er soruyu kapsayan bu üç skalanın her birine 0-3 arası cevaplar verilir. Kabul edilebilir sınırlar içinde 0-9 puan aralığı normal depresyon, 0-7 puan aralığı normal anksiyete ve 0-14 puan aralığı normal stres için bir göstergedir. Bu aralığın üstündeki skorlar problemin ılımandan aşırıya gittiğini işaret eder (Bilgel ve Bayram 2009).

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri SPSS (14.0) programına yüklenerek değerlendirildi. Araştırmanın verileri tablolarda aritmetik ortalama, standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi kullanarak belirlendi. İki grubun ortalamaları arasındaki farkın tespiti için Parametrik olanlarda bağımsız örneklem t testi, parametrik olmayanlarda Mann Whitney U testi, gruplar arasındaki farkın tespiti için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Tukey testi, parametrik olmayan verilere sahip ikiden fazla grubun ölçümlerinin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi uygulanmıştır.

Çalışmamızda Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Merkezinde yatarak tedavi gören 150 hasta değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılanların sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi yaş ortalaması 63.86 olan örneklem grubunun yarı-

Tablo 1. Olguların sosyo demografik özelliklerinin dağılımı

Yaş (n=150)	**Minimum**	**Maximum**	**Ortalama±sd**
	35.00	86.00	63.86±11.27
		Sayı	**%**
Cinsiyet	Kadın	54	36.0
	Erkek	96	64.0
Eğitim düzeyi	Okuryazar	15	10.0
	İlkokul	54	36.0
	Ortaokul	11	7.3
	Lise	8	5.3
	Üniversite	5	3.3
	Okuryazar değil	57	38.0
Sağlık Güvencesi	Var	144	96.0
	Yok	6	4.0
Medeni Durum	Evli	107	71.3
	Bekar	1	.7
	Dul	42	28.0
Kiminle yaşadığı	Yalnız yaşıyor	19	12.7
	Anne Baba ile	1	.7
	Eşi ve Çocuklarıyla	62	41.3
	Yakınıyla	19	12.7
	Eş Çocuk ve Yakınıyla	2	1.3
	Eşiyle	47	31.3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	10.7
	Çalışmıyor	134	89.3
Ekonomik Durum	Kötü	44	29.3
	Orta	57	38.0
	İyi	44	29.3
	Çok iyi	5	3.4
Meslek	Memur	3	2.0
	İşçi	4	2.7
	Serbest	8	5.3
	Emekli	63	42.0
	Ev hanımı	52	34.7
	Çiftçi	16	10.7
	Muhasebeci	1	.7
	Şoför	2	1.3
	Çoban	1	.7

Tablo 2. Çalışmaya alınan bireylerin tanılara göre dağılımı

Hastalık tanısı	Sayı	%
Miyokard enfarktüsü (MI)	74	49.3
Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY)	12	8.0
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	15	10.0
Unstabil Anjina Pectoris (USAP)	3	2.0
USAP + MI	3	2.0
YVHAF + MI	2	1.3
Mitral Yetmezliği (MY)	2	1.3
AKS	1	.7
Ventriküler Taşikardi (VT)+ KAH +MI	1	.7
Atrial Fibrilasyon (AF)	1	.7
Mitral Darlığı (MD)	2	1.3
AVR/MVR+MI	2	1.3
Aritmi	1	.7
Dilate Kardiyo Miyopati (DKMP)	1	.7
KKY + MI	7	4.7
KAH +MI	14	9.3
KAH + USAP	1	.7
Atrioventriküler Tam Blok+ MI	2	1.3
AKS + MI	2	1.3
MI + KKY + KAH	4	2.7

Tablo 2. MI: Miyokard Enfarktüsü, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği, KAH: Koroner Arter Hastalığı, USAP: Unstabil Anjina Pectoris, YVHAF: Yüksek Ventrikül Hızlı Atrial Fibrilasyon, MY: Mitral Yetmezliği, AKS: Akut Koroner Sendrom ,VT: Ventriküler Taşikardi, AF: Atrial Fibrilasyon, MD: Mitral Darlığı, AVR/MVR: Aort Valve Replasmanı/ Mitral Valve Replasmanı, DKMP: Dilate Kardiyo Myopati

dan fazlasını (%64) erkekler oluşturmaktadır. Olguların %36.0'sı ilkokul mezunu olup, %38'i ise okuma yazma bilmemektedir. Olguların %71.3'ü evlidir, araştırmaya katılan bireylerin %41.3'ü eşi ve çocuklarıyla yaşarken, %31.3'ü ise yalnızca eşiyle yaşamaktadır. Olguların çoğunluğu (%89.3) herhangi bir işte çalışmamakta ve gelir durumunun orta düzeyde olduğunu belirtmektedirler.

Çalışmaya katılanların tanılara göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre; bireyler en fazla miyokard enfarktüsü, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tanılarını almışlardır. Bireylerin klinikte kalış süreleri minimum gün sayısı 1 maksimum gün sayısı 16 olup yatış gün sayıları 2.86±2.49 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların cinsiyete ve çalışma durumuna göre psikososyal uyum- öz bildirim ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Cinsiyetlere göre değerlendirmede; kadın ve erkek bireylerin psikososyal uyum-öz bildirim ölçeğine ilişkin puanları karşılaştırıldığında aile çevresi yönünden cinsiyetler arası fark istatitiksel açıdan önemli çıkmıştır (p=0,033). Kalp hastalığı olan erkekler kadınlara göre aile çevresi yönünden daha iyi psikososyal uyuma sahiptir.

Çalışmaya katılan hastalarada, çalışmayanların çalışanlara göre cinsel ilişkiler yönünden psikososyal uyumu anlamlı derecede kötü çıkmıştır

Tablo 3. Cinsiyete ve Çalışma durumuna göre Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin puan ortalaması dağılımı

		Cinsiyet				Çalışma durumu		
		Ortalama	SD	p		Ortalama	SD	p
Sağlık bakımına	Kadın	11.66	2.48	p=0.555	Çalışıyor	11.37	2.30	p=0.868
oryantasyon	Erkek	11.42	2.32		Çalışmıyor	11.52	2.38	
Mesleki	Kadın	9.00	2.24	p=0.282	Çalışıyor	9.07	.86	p=0.064
çevre	Erkek	8.73	1.04		Çalışmıyor	8.14	1.06	
Aile	Kadın	14.07	2.52	p=0.033*	Çalışıyor	12.53	2.64	p=0.393
çevresi	Erkek	12.85	2.55		Çalışmıyor	13.25	2.58	
Cinsel	Kadın	10.62	2.10	p=0.943	Çalışıyor	9.64	1.44	p=0.024*
ilişkiler	Erkek	10.59	1.48		Çalışmıyor	10.75	1.61	
Geniş Aile	Kadın	7.87	1.75	p=0.147	Çalışıyor	7.25	1.48	p=0.346
ilişkileri	Erkek	7.46	1.53		Çalışmıyor	7.65	1.64	
Sosyal	Kadın	9.03	.97	p=0.215	Çalışıyor	8.75	.77	p=0.343
çevre	Erkek	8.87	.61		Çalışmıyor	8.95	.76	
Psikolojik	Kadın	10.07	2.53	p=0.634	Çalışıyor	9.87	2.57	p=0.518
baskı	Erkek	10.26	2.14		Çalışmıyor	10.23	2.25	

*p<0.05 önemli

(p=0.024). Gruplar arasında eğitim düzeyine göre psikososyal uyum açısından fark yoktur (p>0.05).

Çalışmaya katılanların meslek ve ekonomik durumlarına göre psikososyal uyum- öz bildirim ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4a ve 4b'de gösterilmiştir.

Mesleğe göre bireylerin aile çevresi puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p=0.001). Gruplar arasındaki bu fark ev hanımları ile diğer meslek grupları arasında bulunmuştur (Tablo 4a). Aile çevresi açısından, ev hanımlarının psikososyal uyumu diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede daha kötüdür.

Bireylerin ekonomik durumlarıyla aile çevresi (p=0.001) ve geniş aile ilişkileri (p=0.025) puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Aile çevresi açısından ekonomik durumu iyi olanların kötü olan gruba göre, geniş aile ilişkileri açısından ise ekonomik durumu kötü olanların iyi olan gruba göre psikososyal uyumları anlamlı ölçüde kötü bulunmuştur.

DASS ölçeğinden alınan puan ortalamaları Tablo 5' de toplu olarak gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların toplam depresyon puanları değerlendirildiğinde; kadınların erkeklere göre (p=0.001), okur-yazar olmayanların diğer gruplara göre (p=0.001), eşinden ayrılmış/dulların evlilere göre (p=0.005), yalnız yaşayanların eşiyle, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlara göre (p=0.004), çalışmayanların çalışanlara göre (p=0.002), ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre (p=0.009) ve ekonomik durumu kötü olanların iyi ve çok iyi, orta olanların çok iyi olanlara göre (p=0.001) depresyonları anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır.

Toplam anksiyete puanları değerlendirildiğinde, kadınların erkeklere göre (p=0.001), okur-yazar olmayanların diğer gruplara göre (p=0.001), ve ekonomik durumu kötü ve orta olanların çok iyi olanlara göre (p=0.003) anksiyeteleri anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır.

Bireylerin toplam stres puanları karşılaştırıldığında ekonomik durumu kötü ve orta olanların çok iyi

Tablo 4a. Mesleğe ve ekonomik duruma göre psikososyal uyum-öz bildirim ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımı

	Sağlık bakımına oryantasyon			Mesleki çevre			Aile çevresi		
	Ort.	Sd	Test P	Ort.	Sd	Test P	Ort.	Sd	Test p
Meslek									
Memur	12.60	2.45	kw=2.94	9.42	.97	kw=3.84	13.28	1.49	kw=18.69
Serbest	11.55	2.45	p=0.401	8.50	.54	p=0.279	13.44	1.81	p=0.001*
Emekli	11.39	2.34		7.66	1.52		13.47	2.18	
Ev Hanımı	11.69	2.39		-	-		14.00	2.54	
Çiftçi	10.68	2.27		8.75	.50		9.84	2.96	
Ekonomik durum									
Kötü	12.13	2.29	kw=6.01	8.50	.57	kw=0.85	11.60	1.99	kw=15.51
Orta	11.17	2.39	p=0.111	9.00	.94	p=0.652	13.09	2.70	p=0.001*
İyi	11.52	2.28		8.50	1.37		14.23	2.45	
Çok İyi	9.80	2.68		8.72	.62		12.60	1.34	

olanlara göre (p=0.006) stresleri anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda CÜTF Hastanesi Kardiyoloji Merkezi'nde yatarak tedavi gören, farklı kalp hastalığı tanılarına sahip hastaların yaşadığı psikososyal sorunları ve bunu etkilediği düşünülen bazı değişkenler (demografik özellikleri, psikososyal uyum düzeyleri, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri) arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çıkan sonuçlara göre kalp hastalığı olan erkekler kadınlara göre aile çevresi yönünden daha iyi psikososyal uyuma ve daha düşük depresyon, anksiyete ve strese sahiptir. Toplumsal olarak kadınların sosyal statü olarak yeri bu durumu açıklayabilir. Ayrıca sonuçlarımız genel popülasyonda kadınlarda depresyon ve anksiyete sıklığının fazla görülmesi ile paralellik göstermektedir. Güneş ve ark. (2002), Kelleci ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada da kadın kalp hastalarının depresyon ve anksiyete puanları yüksek olduğunu bildirmişlerdir. MI sonrası kadınlarda erkeklerden daha fazla depresyon görüldüğü geniş çaplı bir araştırmada bildirilmiştir (Malik ve ark. 2006).

Bununla beraber her iki grup ta depresyon, anksiyete ve stres puanları yüksek çıkmıştır. Kalp hastalığı olanlarda depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal durumların daha fazla görüldüğünü söyleyebiliriz. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Arslan ve ark.'nın (2011) yaptıkları çalışmada MI hastaları ile sağlıklı gönüllülerin depresyon ve anksiyete düzeyleri birbirine benzer bulundu. Fakat tek bir hastalık grubunda bu sonucun çıkması, çalışma örnekleminin ve yöntemlerinin farklı olması bu durumu açıklayabilir.

Eğitim düzeyine göre bireylerin psikososyal uyum-öz bildirim parametreleri karşılaştırıldığında fark çıkmamıştır. Çıkan sonuçlar Çam ve Nehir'in (2011) yaptıkları çalışmayla uyumludur. Akın ve Durna (2006) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi düşük kişilerde eğitim düzeyi yüksek kişilere kıyasla aile ilişkileri alanının ve total hastalığa psikososyal uyumun daha fazla etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar eğitim düzeyi ile KAH sıklığı ve mortalitesi arasında ters ilişki göstermiştir (Kornitzer 2000).

Okur-yazar olmayanların diğer gruplara göre depresyon, anksiyete ve stresleri yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde Kelleci ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olanların depresyon

Tablo 4b. Mesleğe ve ekonomik duruma göre psikososyal uyum-öz bildirim ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımı

	Cinsel ilişkiler			Geniş aile ilişkileri			Sosyal çevre			Psikolojik baskı		
	Ort.	Sd	Test p	Ort.	Sd	Test p	Ort.	Sd	Test p	Ort.	Sd	Test p
Meslek												
Memur	9.83	1.16	kw=4.52	7.40	1.64	kw=1.27	9.00	.00	kw=1.72	9.50	1.90	kw=0.70
Serbest	9.88	1.83	p=0.210	7.22	1.64	p=0.736	8.55	1.01	p=0.631	10.33	3.08	p=0.873
Emekli	10.81	1.47		7.39	1.52		8.93	.53		10.34	2.14	
Ev Hanımı	10.82	1.89		7.96	1.72		9.03	.98		10.03	2.56	
Çiftçi	10.15	1.67		7.68	1.62		8.75	.77		10.43	1.63	
Ekonomik durum												
Kötü	11.09	1.22	kw=4.45 6	8.06	1.67	kw=9.36	8.77	.67	kw=3.90	10.00	2.65	kw=6.18
Orta	10.26	1.73	p=0.21	7.68	1.57	p=0.025*	9.03	.88	p=0.272	10.49	1.83	p=0.103
İyi	10.68	1.61		7.15	1.56		8.95	.71		10.27	2.35	
Çok iyi	10.80	2.16		6.80	1.30		9.00	.00		7.80	1.78	

puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Okur-yazar olmayanların üniversite mezunlarına göre stresleri anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Çıkan bu sonuçlara göre eğitim arttıkça depresyon, anksiyete ve stres azalmaktadır. Ruhsal hastalıklarda; eğitimin önemli bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

Medeni duruma göre bireylerin toplam depresyon puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur. Eşi olmayanlarda puanlar oldukça yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde Mallik ve ark. (2006), Kelleci ve ark. (2009), Çam ve Nehir (2011), çalışmalarında da evli olmayanların depresyon puanlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu farklılığın sebebinin evli olmayanların sosyal desteğin azlığı, duygusal desteği yetersizliği ve yalnız yaşamaktan dolayı daha fazla strese maruz kalmaları olabilir. Özer ve ark. (2009) çalışmasında ise evlilerde depresyon puanlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Bireylerin birlikte yaşadığı kişilerle psikososyal uyum-öz bildirim parametreleri karşılaştırıldığında farklılık bulunmamıştır. Çam ve Nehir (2011)'e göre bekâr ya da yalnız yaşayanlarda, hastalığa psikososyal uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır.

Yalnız yaşayanların eşiyle ve eş ve çocuklarıyla yaşayanlara göre depresyon puanları istatistiksel olarak yüksek çıkmıştır. Bizim sonuca benzer şekilde Kelleci ve ark. (2009) çalışmalarında yalnız yaşayan kalp hastalarının depresyon oranın yüksek olduğunu bulmuşlardır. Sosyal destek azlığı veya duygusal desteğin yetersiz olmasının KAH sıklığını 2-3 kat artırdığını bildiren çalışmalar vardır (Rozanski ve ark. 1999). Yine burada yalnız yaşamanın sosyal ve duygusal yönden yetersizliğe yol açtığını ve bu nedenle depresyonun daha fazla görüldüğünü söyleyebiliriz.

Çalışma durumlarına göre bireylerin psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği parametreleri karşılaştırıldığında cinsel ilişkiler yönünden çalışmayanlarda psikososyal uyum anlamlı ölçüde kötü çıkmıştır. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında ise kalp yetmezliği hastalarının cinsel ilişkiler alanının evli olan kişilerde ve erkek hastalarda daha fazla etkilendiğini belirtmiştir. Bu farklılığın her iki grubun kalp hastalığı tanılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmayanlarda toplam depresyon puanları da anlamlı derecede farklı çıkmıştır. Özer ve ark. (2009) çalışmalarında ise benzer şekilde çalışmayan/emekli hastaların depresyon puanlarının

Tablo 5. Sosyodemografik özelliklere göre grupların DASS ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımı

		Toplam Depresyon			Toplam Anksiyete			Toplam Stres		
Özellikler	**Ort.**	**Sd**	**Test/p**	**Ort.**	**Sd**	**Test/p**	**Ort.**	**Sd**	**Test/p**	
Cinsiyet	Kadın	28.31	10.64	t=5.90*	20.01	10.42	t=6.02*	21.92	12.83	t=1.51
	Erkek	16.26	12.68	p=0.001*	10.87	7.95	p=0.001*	18.64	12.60	p=0.113
Eğitim	Okuryazar değil	19.33	12.21	kw=38.84	18.24	10.98	kw=22.96	23.51	13.40	
durumu	Okuryazar	16.86	11.69	p=0.001*	10.00	6.22	p=0.001*	14.93	11.79	
	İlkokul	13.36	11.25		13.37	8.95		20.31	12.32	
	Ortaokul	11.54	10.65		12.45	7.75		16.90	6.99	
	Lise	7.25	8.18		6.50	5.55		12.50	11.10	
	Üniversite	5.20	5.97		4.80	5.06		5.60	5.68	
Medeni	Evli	18.69	13.45	t=2.88	13.54	10.48	t=1.23	20.85	13.04	
durum	Dul	25.50	11.63	p=0.005*	15.76	8.18	p=0.221	17.16	11.67	
Birlikte	Yalnız yaşıyor	28.40	11.37	F=4.71	17.60	9.43	F=1.36	20.50	12.24	
yaşadığı	Eş ve çocuklarla	17.59	13.33	p=0.004*	12.64	10.28	p=0.256	21.32	12.21	
insanlar	Yakınıyla	25.23	9.62		15.14	7.86		16.85	12.32	
	Eşiyle	19.17	13.85		14.27	10.30		18.87	13.84	
Çalışma	Çalışıyor	10.75	8.08	p=0.002*	10.62	8.77	p=0.110	18.62	8.35	
Durumu	Çalışmıyor	21.77	13.31		14.58	9.99		19.95	13.18	
Meslek	Memur	14.30	11.10	kw=11.51	13.70	9.01	kw=7.66	14.20	9.29	
	Serbest	10.66	8.58	p=0.009*	8.88	6.41	p=0.053	20.55	6.28	
	Emekli	17.49	13.29		11.41	8.11		19.12	13.78	
	Ev H.	28.44	10.61		20.01	10.59		21.80	13.06	
	Çiftçi	16.87	13.14		9.25	7.73		19.25	11.68	
Ekonomik	Kötü	24.86	12.82	kw=16.26	16.29	9.92	kw=14.13	20.88	12.80	
durum	Orta	21.68	13.99	p=0.001*	15.28	10.51	p=0.003*	21.91	11.61	
	İyi	16.84	11.05		11.86	8.44		17.97	13.31	
	Çok iyi	3.80	5.35		3.00	3.08		3.00	4.24	

anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Genel yaşam koşulları ile değerlendirdiğimizde özellikle işsiz hiçbir işle meşgul olmayanlar birçok açıdan sıkıntı yaşamaktadırlar. Ruhsal hastalıkların zemininde bu tür ekonomik ve sosyal koşulların önemli olduğu bir gerçektir. Bu bağlamda çalışmayanlarda depresyon gibi ruhsal problemlerin daha fazla görüldüğünü söyleyebiliriz. Çam ve Nehir (2011) çalışma durumları yönünden psikososyal uyum, depresyon ve anksiyete puanlarında farklılık bulmamışlardır.

Ev hanımı olanların diğer meslek gruplarına göre, psikososyal uyumları aile çevresi açısından daha kötü ve depresyonları daha yüksek çıkmıştır. Belli nedenlerle işini kaybeden ya da işi olmadığı için çalışamayan insanlarda da kalp damar hastalık riskinin işsizliğe bağlı aşırı stres nedeniyle arttığı belirlenmiştir (Kınıkoğlu 2009). İşsizliğin; psiko-

sosyal açıdan birçok ruhsal hastalık için risk etkeni olduğunu söyleyebiliriz.

Aile çevresi yönünden ekonomisi iyi olanların kötü olanlara göre, geniş aile ilişkileri açısından ekonomisi kötü olanların çok iyi olanlara göre psikososyal uyumunun yetersiz olduğu görülmüştür. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında gelir düzeyi daha iyi olan bireylerin aile çevresi yönünden psikososyal uyumlarının daha olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde Çam ve Sever'e (2011) göre de gelir durumu düşük olanlarda, hastalığa psikososyal uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır.

Ekonomisi kötü ve orta olanların iyi ve çok iyi olanlara göre depresyon, anksiyete ve stres puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Kelleci ve ark. (2009), Mallik ve ark. (2006) bizim çalışmamızda olduğu gibi çalışmalarında ekonomik düzeyi düşük olanların depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Güneş ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete ile düşük ekonomik düzey arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ekonomik durumun kötüleşmesinin strese ve dolayısıyla buna bağlı depresyon ve anksiyeteye yol açtığını söyleyebiliriz.

SONUÇ

Çalışmamızda; yatarak tedevi gören kalp hastalarında; psikososyal uyum bozukluklarını, depresyon, anksiyete ve stres durumlarını araştırdık. Klinikte yatarak tedavi gören kalp hastalarında; depresyon, anksiyete, stres ve psikososyal uyum sorunlarını kapsadığı alt ölçekleriyle sosyodemografik özeliklere göre inceledik.

Kalp hastalarında psikososyal uyumun birçok faktöre bağlı olarak bozulduğunu ve depresyon, anksiyete ve stres gibi ruhsal durumların yüksek oranda görüldüğünü söyleyebiliriz. Psikososyal uyumu, birçok faktör etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir.

Hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak neden sonuç ilişkisi açısından birbirine bağlı olan bu tablonun düzelmesi için psikososyal uyumun değerlendirilmesi ve sonuç olarak psikososyal anlamda yapılması gerekenler önem taşımaktadır. Bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr.Etem Erdal Erşan, Sivas Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Sivas, eerdalersan@hotmail.com

KAYNAKLAR

Ackermann RT, Rosenman MB, Downs SM (2005) Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. Gen Hosp Psychiatry; 27: 338-343.

Adaylar M (1995) Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul.

Akın S, Durna Z (2006) Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 1-8.

Arslan H, Aktar H, Danaoğlu Z (2011) Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14:143-149.

Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N ve ark. (2007) Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. Depression Anxiety, 24: 455-460.

Bilgel N, Bayram N (2009) Depresyon anksiyete stres ölçeğinin (DASS-42) Türkçeye uyarlanmış şeklinin psikometrik özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi, 47: 118-126.

Burg MM, Abrams D (2001) Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. Psychotherapy in Practice, 57: 1323-1337.

Carney RM, Freedland KE, Miller GE ve ark. (2002) Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity, Areview of potential mechanisms.J Psychosom Res; 53: 897-902.

Çam O, Nehir S (2011) Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 27:47-59.

Derogatis LR (1986) The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). J Psychosom Res, 30: 77-79.

Dickens C, McGowan L, Percival C ve ark. (2008) New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. Psychosom Med, 70: 450-455.

Ertekin Yazıcı A, Yazıcı K (2006) Koroner kalp hastalığı için bir risk etkeni olarak depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:99-106.

Güneş M, Efe Sevim M, Özden SY (2002) Akut miyokard enfarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 6:70-72.

Halperin P (2002) Heart Disease. Textbook of Consultation-

Liaison Psychiatry, MG Wise, JR Rundell (Ed), Washington, American Psychiatric Publishing, s.536-545.

Kaçmaz N (2003) Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Kaplan D (1982) Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodyalsis patient. J Psychosom Res, 26:11-12.

Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S ve ark. (2009) Hastanede yatan kalp hastalarında depresif belirtilerin bazı değişkenler yönünden incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 12:90-98.

Kınıkoğlu M (2009) Kalbinize Sahip Çıkın. İstanbul, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic A.Ş. s.25-33.

Kornitzer M (2000) Psychosocial variables and coronary heart disease. Acta Cardiol, 55:277-281.

Lovibond SH, Lovibond PF (1995) Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney Psychology Foundation, 107:520-526.

Mallik S, Spertus JA, Reid KJ ve ark. (2006) Depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for highest rates in younger women. Arch Intern Med, 166:876-783.

Nehir S, Çam O (2010) Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26:73-84.

Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RCM, Tan CH (2007) Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. Int J Geriatr Psychiatry; 22: 1087-1094.

Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y (2009) Miyokart Enfarktüslü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi. Türk Kardiyol Dern Arş, 37:557-562.

Reddy P, Dunbar JA, Morgan MAJ ve ark. (2008) Coronary heart disease and depression: getting evidence in to clinical practice, Stress Health; 24: 223-230.

Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J (1999) Impact of psychosocial factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation, 99:2192-2217.

Yazıcı K, Ertekin Yazıcı A (2003) Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:106-112.

Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L (2000) Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. J Intern Med, 247:629-639.