T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA 18 YAŞ VE ÜZERİ KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE GÖRÜLEN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ VE HASTALIK ALGISI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Aydan Arslan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA 18 YAŞ VE ÜZERİ KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE GÖRÜLEN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ VE HASTALIK ALGISI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Aydan Arslan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan kendisini gördüğümde mutluluk duyduğum, kendimi iyi hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında maddi manevi yanımda olan ve stresli dönemlerime duyarlılıkla yaklaşan sevgili ablama ve özellikle hayatın zorluklarına karşı beni yetiştiren anneme teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım ve tez yazım sürecinde bana desteğini esirgemeyen arkadaşım Esra Özpolat'a teşekkürlerimi sunarım.

Beni hiç kırmadan anketlerimi sabırla dolduran tüm hastalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aydan ARSLAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ŞEKİL LİSTESİ vi
ÖZET vi
ABSTRACT iix
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1. KRONİK HASTALIKLAR KAVRAMI 3
2.1.1.Kronik Hastalıkların Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi 3
2.2. ANKSİYETE 5
2.2.1. Kronik Hastalıklar ve Anksiyete İlişkisi 6
2.3. DEPRESYON 8
2.3.1. Kronik Hastalıklar ve Depresyon İlişkisi 9
2.4. HASTALIK ALGISI 11
2.4.1.Hastalık Algısında Anksiyete ve Depresyon İlişkisi 12
3.GEREÇ VE YÖNTEM 14
3.1 ETİK KURUL İZNİ 14
3.2.ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ 14
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ 14
3.4.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ 14
3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 14
3.5.1.Sosyodemografik Bilgi Formu 14
3.5.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) 14
3.5.3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) 15
3.6.İSTATİSTİKSEL ANALİZ 16
4.BULGULAR 18
4.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELİKLERİ 18

4.2.HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ… 19
4.3. HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON ORANI VE HASTALIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 20
4.4.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN HAD VE HAÖ PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI 22
4.5.ANKSİYETE VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 32
4.6.DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 33
4.7. ANKSİYETE, DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 34
5. TARTIŞMA 36
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRMESİ 36
5.2.KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRMESİ 37
5.3. ANKSİYETE, DEPRESYON ORANI VE HASTALIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 37
5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER İLE HAD VE HAÖ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 38
5.5.ANKSİYETE VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ..... 42
5.6.DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ..... 43
5.7. ANKSİYETE, DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ..... 43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 44
7. KAYNAKLAR 46
8. EKLER ……..55
9. ÖZGEÇMİŞ 66

KISALTMALAR

AK **:** Ayrılma Kaygısı

COPD **:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

HAD-A **:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeği

HAD-D **:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Ölçeği

HADÖ **:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HAÖ **:** Hastalık Algısı Ölçeği

KOAH **:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH **:** Kardiyovasküler Hastalıklar

ME : Miyokard enfarktüs

ÖF **:** Özgül Fobi

PB **:** Panik Bozukluğu

SF **:** Sosyal Fobi

SM **:** Seçici Mutizm

YKB **:** Yaygın Kaygı Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri 19
Tablo 2:Katılımcı Açısından Hastalığına Neden Olan İkinci Önemli Faktör..... 21
Tablo 3:Katılımcı Açısından Hastalığına Neden Olan Üçüncü Önemli Faktör..... 22
Tablo 4: Cinsiyete Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 23
Tablo 5: Medeni Durumlarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 23
Tablo 6:Çocuk Sayılarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD Ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 24
Tablo 7:Eğitim Düzeyine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 25
Tablo 8: Mesleklerine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ puanları Açısından Karşılaştırılması 26
Tablo 9: Gelir Düzeyine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 27
Tablo 10: Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD Ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 28
Tablo 11: Yaş ve Hastalığın Süresi ile HAD ve HAÖ Puanları Arasında Korelasyonlar..... 29
Tablo 12: Kronik Hastalıklarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 30
Tablo 13: Anksiyete veya Depresyon Tedavisi Alıp Almadıklarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması .. 32
Tablo 14: Anksiyete Olup Olmamasına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 32
Tablo 15: Depresyon Olup Olmamasına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması 33
Tablo 16:HAD Puanları ile HAÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi 34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri …….18

Şekil 2: Katılımcıların Özgeçmiş Özellikleri ……...19

Şekil 3: Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Tedavi Görme Oranı ……20

Şekil 4: Katılımcıların Depresyon ve Anksiyete Oranı…….20

Şekil 5: Hastalığa Neden Olan En Önemli Faktörler…….21

ÖZET

AMAÇ: Birinci basamakta 18 yaş üstü kronik hastalığı olan bireylerde görülen Anksiyete ve Depresyon düzeyi ve hastalık algısı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ YÖNTEM: Çalışmamıza Ocak 2021-Mart 2021 tarihleri arasında İstanbul Güngören Tozkoparan Uhud Aile Sağlığı Merkezine başvuran; çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü kronik hastalığı olan 224 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama kriteri olarak mental retarde, demans, psikozu olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme olarak belirlenmiştir. ASM' ye başvuran hastalara yüzyüze görüşme şeklinde sosyodemografik bilgi formu, HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) ve HAÖ (Hastalık Algısı Ölçeği) anketleri uygulanmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %59,8' i kadın, %40,2 erkekti. Katılımcıların %71'i evli %2,2 bekar, %22,3 dul, %4,2 boşanmış idi. Katılımcıların yaş ortalaması 62,42 ± 9,33 iken, kronik hastalıkların süresi 10,95 ± 6,83 idi. Katılımcıların %58,8' inde diyabetesmellitus, %27,8' inde hipertansiyon, %6,5' inde iskemik kalp hastalığı, %0,5' inde serebrovasküler hastalık, %0,9 osteoartrit, %1,9' unda troid hastalığı, %3,7 astım ve KOAH vardı. Kadınlarda HAD-A ve HAD-D değerleri erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Evli olanlarda depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur. HAD-A ve HAD-D düzeylerinin okur-yazar olmayanlarda en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşük olduğu gözlenmiştir. HAD-A ve HAD-D düzeylerinin çalışmayan grupta en yüksek olduğu, beyaz yakalılarda daha düşük, mavi yakalılarda en düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %67,4' ü hastalıklarının en önemli nedenin stres olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %19,2' sinde anksiyete riski, %37,1' inde depresyon riski bulunmuştur. Hastalık Algı Ölçeği alt boyutları ilişkisi incelendiğinde; hastalık süresi, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller ile HAD-A ve HAD-D arasında zayıf pozitif korelasyon izlenmiştir. Kişisel kontrol ile HAD-A ve HAD-D arasında zayıf negatif korelasyon bulunmuştur.

SONUÇ: Kronik hastalığı olan kişilerin depresyon düzeyi daha yüksek olup, psikiyatrik bozukluklar ile hastalık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyodemografik özellikler anksiyete, depresyon ve hastalık algısı üzerinde anlamlı

etkiye sahiptir. Araştırmamızda elde ettiğimiz veriler, kronik hastalığı olan kişilerin toplumda en yaygın görülen psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon ve anksiyete bozukluklarının etkilediği hastalık algısına yönelik önleyici çalışmalarda önemini vurgulamaktadır. Bu noktada çalışmamız sadece ruh sağlığı açısından değil, tüm kronik hastalıkların tedavi sürecine de olumlu katkı sağlama önemine de sahiptir.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

OBJECTIVE: In this study, we aimed to examine the relationship between anxiety and depression levels and perception of the disease for the patients with chronic disease who are above 18 years old.

MATERIAL AND METHODS: We evaluated the cases in January March 2021-January 2021, 224 patients with chronic disease over the age of 18 who were admitted to the Güngören Tozkoparan Uhud Family Health Center in Istanbul and who agreed to participate in the study were included in the study. As the exclusion criterion, mentalretarde was identified as having dementia, psychosis, and not agreeing to participate in the study. Sociodemographic data form, HAD (Hospital Anxiety And Depression Scale) and HAÖ (disease perception scale) questionnaires were applied to patients admitted to ASM in the form of face-to-face interviews.

RESULTS: 59.8% of respondents were female and 40.2% were male. 71% were married, 2.2% were single, 22.3% were widowed, and 4.2% were divorced. The average age of participants was 62.42 ± 9.33 (which will be plus and minus in a row), while the duration of chronic diseases was 10.95 ± 6.83. 58.8% of participants had diabetes, 27.8% had hypertension, 6.5% had ischemic heart disease, 0.5% had cerebrovascular disease, 0.9% had osteoarthritis, 1.9% had Troid disease, 3.7% had asthma and COPD. HAD-A and HAD-D values were found to be higher in women than in men. Depression levels were found to be lower in those who were married. HAD-A and HAD-D levels were highest in the illiterate, lower in the high school and six groups, and lowest in the high school and above group. HAD-A and HAD-D levels were found to be highest in the non-working group, lower in white collars and lowest in blue collars. 67.4% of participants stated that stress was the most important cause of their illness. 19.2% of participants had a risk of anxiety and 37.1% had a risk of depression. Examining the relationship between sub-dimensions of the disease perception scale; a weak positive correlation between disease duration, results, treatment control, disease understanding, duration (cyclical), emotional representations and HAD- A and HAD-D was observed. A weak negative correlation was found between personal control and HAD-A and HAD-D.

CONCLUSION: People with chronic disease have a high level of depression, and there is a significant association between psychiatric disorders and perception of the disease. Sociodemographic features have significant effects on perception of anxiety, depression and disease. The data obtained in our research highlights the importance of people with chronic diseases in preventive studies for the perception of diseases affected by depression and anxiety disorders, which are one of the most common psychiatric diseases in society. At this point, our study has the importance of making a positive contribution not only to mental health, but also to the treatment process of all chronic diseases.

Key words: Chronic disease, anxiety, depression

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde dünya genelinde kronik hastalıkları olanların sayısı her geçen gün artış göstermektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de günümüzde ülkeler için temel ölüm nedenini kronik hastalıkların oluşturacağını bildirmiştir (2). Kronik hastalıklar, uzun süreli olması, hastalar üzerinde olumsuz etkiler bırakması ve maliyetleri kaynaklı değerlendirilmesi ve incelenmesi gereken en önemli güncel halk sağlık sorunları arasında sayılmaktadır (3,4).

Kronik hastalıklar bireyler için uzun vadede fiziksel ve mali sorunlara yol açmasının yanı sıra psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. Bu nedenle uzun yıllardır kronik hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar ilişkisi dikkat çekmiş ve araştırma konusu olmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında ise kronik hastalıkların sıklıkla depresyon ve anksiyete birlikteliği gösterdiği görülmüştür (5-7). Kronik hastalığı olan kişilerde depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek seyretmektedir. Ancak çalışmaların genellikle belirli (diabet, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kanser, kronik böbrek yetmezliği gibi) kronik hastalıklar üzerinde yoğunlaştığı, anksiyete ile depresyonun ayrı ayrı ele alındığı ve birlikte ele alınan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (8-12).

Son yıllarda kronik hastalıklarla ilişkili olan bir kavram olan hastalık algısı da giderek önem kazanmıştır. Hastalık algısı, kronik hastalıklarda gözlenecek bu bireylere, hastalık süreci, psikopatoloji üzerinde doğrudan ve kritik etkisi olan bir kavramdır (13). Bu noktada kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklarına ilişkin algılarının olumlu yönde değişiminin sağlanması ve olumlu olması sadece hastalığın prognozunun iyileşmesinde değil gözlenecek psikiyatrik bozuklukların azalmasında da etki sağlamaktadır (14,15). Ancak yapılan çalışmalarda kronik hastalıkları olan kişilerin hastalık algısı ile anksiyete ve depresyon üzerine sınırlı sayıda çalışmanın olduğu gözlenmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa yönelik algısında olumsuz inançlara sahip olduğunda anksiyete ve depresyon düzeyinde artış olduğu gözlenmiştir (16-19).

Kronik hastalığı olanların, tedaviye uyumlarının yüksek, hastalık süreçlerinin iyi olması ve psikolojik iyi oluşlarının sağlanması üzerine bu kişilerde anksiyete, depresyon ve hastalık algısı etmenleri kapsamlı bir biçimde incelenip, sonuçların

çerçevesinde öneriler verilmesinin klinik pratiğe ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca kronik hastalıklarda eş tanısı olarak görülen anksiyete ve depresyonun gözlenmesinde etkisi olan hastalık algısının ortaya koyulmasının kronik hastalıkların tedavi ve uyum sürecine, süreç içerisinde psikolojiyi olumsuz etkileyen anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalmasına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir

Bu nedenle bu çalışmada 1. Basamakta 18 yaş üzeri kronik hastalık tanısı almış kişilerin anksiyete ve depresyon düzeyi ve hastalık algısı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIKLAR KAVRAMI

Gelişen ve değişen dünyada yaşam şartlarının ve sağlık sistemlerinde gözlenen değişimler yaşam süresinin artmasına yol açmıştır. Yaşlanmanın artması ile birlikte de birlikte hastalık örüntüleri değişmiş, dünya genelinde kronik hastalıklar nedeniyle sakatlıklar ile ölümler artış göstermeye başlamıştır (3). Bununla birlikte olumsuz çevresel ve sosyal etmenlerin (çevre kirliliği, radyasyon gibi) artması sonucunda da tüm toplumlarda kronik hastalıklarda artış gözlenmiştir. Bu nedenle de kronik hastalıkları önde gelen sağlık sorunlarından biri haline getirmiştir (20).

İlk kez Mayo (1956) tarafından tanımı ortaya konan kronik hastalıklar; normalden sapma ya da bozukluk gösteren, organ işlevlerini yerine getirme kapasitesini tehdit eden, geri dönüşü olmayan, kalıcı yetersizlik bırakabilen, patolojik değişimler sonucu oluşan, bireyin rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süreli gözetim, denetim ve bakım gerektireceği beklenen durumlardır (21). Başka bir tanıma göre ise kronik hastalıklar; uzun süreli, kendiliğinden iyileşmeyen ya da tam tedavi edilemeyen, gözlenebilen, hissedilebilen değişimlere yol açan, kişinin fiziksel işlev kapasitesini azaltarak sürekli tıbbi destek almasına yol açan ve gündelik yaşamını kısıtlayabilen karmaşık bir hastalıklar grubudur (22).

Kronik hastalıklar, içinde birçok hastalığı barındıran çok geniş bir terimdir. Ancak en önde gelen kronik hastalıklardan dördünü KVH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kanser ve diyabetes mellitustan oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve kronik hava yolu hastalıkları da kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (23). Ülkemizde prevalans ve insidansları açısından en dikkat çekici artış yaşanan kronik hastalıklar ise KVH, diyabetes mellitus (tip 2), hipertansiyon ve kanserdir (7).

2.1.1.Kronik Hastalıkların Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi

Bir bireyin sağlığı hem fiziksel hem de psiko-duygusal durumlarından etkilenmektedir. Kronik hastalıklar, bireyin uyum kapasitesini ve yaşam biçimini değiştiren başlıca stres etmenlerinden biri olması kaynaklı kişilerin psikolojilerini

olumsuz etkileyebilmektedir (24). Bu nedenle kronik hastalıklar fizyolojik semptomlar ile görülmesiyle birlikte aynı zamanda psiko-sosyal tarafı da olan bir olgudur (3).

Kronik hastalığın beraberinde getirdiği tedavi süreci, ilaç kullanımı ve beden imajında gözlenen değişim ya da bozulmalar gibi birçok etmen de hastalar için başlıca stres kaynağı olabilmektedir. Bireylerin yaşam biçiminde ve işlevlerinde bozulmalara yol açan kronik hastalıklar aynı zamanda hastaların rol değişimlerine ve ilişkilerinde bozulmalara da yol açabilmektedir (25). Kronik hastalığın akut olmaması, işlev yitimine yol açması ve bireylerin yaşam biçimlerindeki değişikliklere yol açması, tanı, tedavi ve kontrollere yönelik yapılan uygulamalar bireylerde; stres, kaygı, mutsuzluk, öfke, bitkinlik, çaresizlik, umutsuzluk, enerji yitimi, anhedoni ve sorumluluklarını yerine getirmede aksaklıklara yol açmaktadır (26). Bu nedenle kronik hastalık süreci, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-duygusal ve sosyal sorunların yönetimini de içermektedir (27).

Kronik hastalıkların biyopsikososal işlevselliği bozması, hastalığa uyum ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemesi kaynaklı da hastalar psikiyatrik bozukluklara daha yatkın hale gelebilmektedirler (28). Kronik hastalıklarda komorbid gelişen psikiyatrik bozuklukların prevalansı %10-40 oranında değiştiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda kronik hastalıklar ile psikiyatrik bozukluklar arasında önemli ve güçlü bir ilişki olduğu ve yüksek bir prevalans sergilediği gözlenmektedir (29).

Kronik hastalıklarda en yaygın gözlenen psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete olarak öne çıkmaktadırlar (3,7,30). Bununla birlikte bu iki bozukluk semptomlarının benzerliği açısından çok sık biçimde birlikte ortaya çıkmakta ve gözlenmektedir (31). Kronik hastalıklarda komorbid gözlenen anksiyete ve depresyon semptomları genellikle kronik hastalık tanısının yeni konduğu, hastalık prognozunun kötüleştiği, tedavi planlandığı ve terminal evreye ulaştığı dönemlerde daha sık ortaya çıkmaktadır (5).

Kronik hastalığa sahip bireyler aynı zamanda psikiyatrik bir bozukluk da gösterdiğinde hastalığı ve prognozunu anlamakta zorlanmakta, hastalık algıları olumsuz olmakta ve hastalıklarına ilişkin bireysel kontrollerinin olmadığını düşünmektedirler. Bu durum da tedavi sürecini olumsuz etkilenmesine ve kronik hastalığın semptomlarının olumsuzlaşması ile başka kronik hastalık gösterme

riskinin artmasına yol açmaktadır (18). Bu nedenle psikiyatrik bozukluklular ile kronik hastalıklar çift yönlü bir ilişkiye sahiptir. Kronik hastalıklar psikiyatrik bozuklukları tetiklerken psikiyatrik bozukluk tanısı alma da kronik hastalık gösterme yaygınlığını arttırmaktadır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda kronik hastalıkların prevalansı %4-58 oranları arasında değişmektedir (32). Çalışmalar da psikiyatrik bozuklukları olanlarda kronik hastalıkların görülme ya da kronik bir hastalıkları varsa ikinci bir kronik hastalığa sahip olma oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (33,34).

2.2. ANKSİYETE

Anksiyete, kişi tarafından dış dünyadan kaynaklanan gerçek bir tehdit ya da tehlike ya da öznel algıda tehlike ya da tehdit olan algılanan bir durum karşısında yaşanan sıkıntı duygusudur (35). Başka bir ifade ile belirlenebilir bir olay, nesne ya da kişi ile orantılı olmayan tedirginlik, korku gibi olumsuz duygularla tanımlanan ve bu duygular kaynaklı genel işleyişte kötüleşmeye yol açan çeşitli uyumsuz rahatsızlıkları için kullanılan bir bozukluktur (36). Kişi, nedeni belli olmayan biçimde sanki her an kötü bir şey olacak hissinde ve bir alarm durumundadır. Anksiyete tanısı alan kişiler nesnel bir tehdit ya da tehlike olmamasına rağmen gerçeküstü ve uyumsuz biçimde yorumlanacak düzeyde, baş edemeyecekleri bir kaygı duyarlar (37).

Anksiyetenin normal bir duygu olan kaygıdan ayrılması ve patolojik olarak tanılanması; duygunun süresi, şiddeti ve kişinin mesleki, ailevi ve ilişkisel alanlarda işlevselliğini bozmasına bağlı olarak belirlenmektedir (38). Buna ek olarak bu bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini düşürürken toplum sağlığını da ciddi düzeyde etkilemektedir (39).

Anksiyetenin semptomları arasında irritabilite, psikomotor ajitasyon, sese karşı aşırı hassasiyet, konsantrasyon güçlüğü ve hafızanın zayıflaması sayılabilir. Bununla birlikte, hiperventilasyon, taşikardi, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissetme, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik semptomlar da gözlenmektedir (40). Anksiyete gösteren kişiler otonom sistemine aşırı yoğunlaşması sonucunda fiziksel semptomlara aşırı hassasiyet göstererek onları felaketleştirmelerine, abartmalarına ve yanlış yorumlamalarına (ciddi fiziksel

hastalıklar, ölüm gibi) neden olmaktadır (38). Bu durum da kişilerin bilişsel bozulmalar ve çarpıtmalar, ölüm ve çıldırma korkusu, gerçek dışı korkular, bedenini yabancı olarak algılama ve rahatsız edici saplantılar gibi psikolojik semptomlar göstermelerine yol açabilmektedir (41). Bu durum anksiyete tanısı konan bireylerinin gösterdiği somatik semptomların sıklığı ve yoğunluğunda artmaya yol açar (42).

Yaşam boyu prevalansı %3-8 olan anksiyete bozuklukları toplam nüfusun %15'inden fazlasını etkilemektedir (39). Kadınlarda başlama yaşının daha erken ve yineleme oranının daha yüksek olması kaynaklı kadınlarda anksiyete bozukluğu erkeklere oranla iki kat daha yaygın olmaktadır. Prevalans oranları erkeklerde bir yıllık %2, yaşam boyu %4; kadınlarda bir yıllık %4, yaşam boyu %7 oranındadır (38). Genellikle, erken yaşlarda başlayan bu bozukluk ergenlik dönemi başında ve genç yetişkinlikte daha belirgin biçimde görülmektedir (43).

DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu; ayrılma kaygısı (AK), seçici mutizm (SM), özgül fobi (ÖF), sosyal fobi (SF), panik bozukluğu (PB), agorafobi ve yaygın kaygı bozukluğu (YKB) kategorilerine ayrılarak farklı biçimlerde ele alınmıştır (39).

2.2.1. Kronik Hastalıklar ve Anksiyete İlişkisi

Anksiyete, hastaların kişisel özelliklerine (genetik, çevre, yetiştirilme biçimi gibi) göre değişkenlik göstermekle birlikte birçok kronik hastalık komorbiditesinden sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardandır.

Literatürde genellikle kronik hastalık ve depresyon ilişkisini açıklayan çalışmalara ağırlık verilmiştir (8,9,12). Bu durum da kronik hastalıklar ve anksiyete ilişkisinin geri planda kalmasına yol açmıştır. Son yıllarda kronik hastalıklar üzerine yapılmış çalışmalar; kronik hastalıklar ve anksiyetenin birliktelik gösterdiğini ortaya koymuştur. Kronik bir hastalığı olan kişilerin %10'dan fazlasının anksiyete bozukluğu gösterdiği; kronik hastalığı olanlarda herhangi bir anksiyete bozukluğu oranının normal popülasyona oranla fazla olduğu belirlenmiştir (30). Bu doğrultuda hastalar ile hastalığın sürecini etkilemesi ve yüksek prevalans göstermesi kaynaklı anksiyetede kronik hastalıklarla ilişkisi açısından en az depresyon kadar önemli bir yer tutmaktadır (45-47).

Kronik hastalıklarda görülen anksiyetenin; hasta ortamında olma, hareket kısıtlılığı, iletişim kuramama, ağrılı işlemlerin sıklığı, kronik hastalığın bir bileşeni,

ilaçların yan etkileri ile ölüm korkusu gibi fiziksel ve psikolojik nedenlerle ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (3,5,7).

Sağlıklı kontrol grubu ile kronik hastalık gösteren bireylerin anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, HAD-A puanlarının kronik hastalarda sağlıklı gruba oranla anlamlı ve daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (48).

KVH ve anksiyete bozuklukları ilişkisi hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde anksiyete düzeylerinin KVH olmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle KVH tanısı olan hastalarda daha yaygın biçimde YAB, PB ve SF görüldüğü ve anksiyete bozukluklarının %36 prevalans gösterdiği belirlenmiştir. KVH olan hastalarda anksiyete semptomlarının yoğun olması komorbid bir sağlık sorunu yaşanmasını tetiklemesi ile kısa-uzun vadede sağlık sorunlarıyla ilişkili çeşitli komplikasyonların gelişmesi açısından da önemli bir risk etmeni olmaktadır (49-51).

Dünya genelinde giderek artan bir prevalans gösteren diyabetes mellitus ile anksiyete bozukluklarının ilişkisinde de diğer kronik bozukluklarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışma sonuçları, diyabetes mellitus (tip 1 ve tip 2) tanısı almış olmanın anksiyete semptomlarının gelişmesi ya da anksiyete bozukluğu görülme oranını arttırabileceğini yönündedir. Buna göre, diyabetes mellitus hastalarının %14'ünde YAB ve %40'ında ise yoğun anksiyete semptomlarının olduğu görülmüştür. Anksiyete belirtilerinin tip1 ve tip2 diyabetes mellitus farklılık göstermediği ancak kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (6,52,53). Bu durumun, hastalık semptomlarıyla ilişkili kaygılar ve hastalığın seyri ile ilgili durumlar gibi bilişsel düşüncelerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (54). Ülkemizde kronik hastalıkların birlikte ele alındığı bir çalışmada diyabetes mellitus hastalarında %42, hipertansiyon hastalarında %32, her iki kronik bozukluğa da sahip olanlarda %41 oranında anksiyete bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (11).

Ülkemizde yüksek prevalans gösteren kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyonda da; hipertansiyon göstermeyen bireylerden daha yüksek düzeyde anksiyete bozukluğu gösterdiği belirlenmiştir. Hastaların yaş oranı arttığında özellikle 18 yaş ve üzerinde anksiyete bozukluğunun anlamlı olarak yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (55-57). Hipertansiyonu bulunan hastalarda anksiyete bozukluklarının görülmesi, hastanın tedaviye yanıtını ciddi olarak etkilemekte ve kullanılan ilaç sayısının artışına yol açması kaynaklı kritik bir önem taşımakta ve

tedavisi önemli olmaktadır (58). Birçok araştırmacı da hipertansiyona yol açabilecek psikolojik etmenler arasında psikiyatrik bozukluğun yer aldığını ortaya koymuştur. Bu bozukluklardan herhangi birine sahip olan bireylerde hipertansiyon gelişme riskinin, %8 daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu bozukluklar arasında da en çok göze çarpan psikiyatrik bozukluk arasında anksiyetenin yer aldığı belirlenmiştir. Şiddetli anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin hipertansiyon geliştirme olasılığının 2-3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (59-61).

Son olarak kanser hastalarının anksiyete düzeylerinin incelendiği çalışmalarda da kanser hastalarının yüksek düzeyde anksiyete gösterdiği ortaya koyulmuştur. Genellikle kadın, genç ve orta yaştaki kanser hastaları ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (40,62,63). Kronik hastalıklardan en çok gözlenenlerden biri olan kanserde anksiyete düzeyinin yüksek oluşunun tanı ve tedavi sürecini, hastalığı kabullenme, tedaviye uyum gösterme ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ortaya koyulmuştur. Bu nedenle anksiyete bozuklukları kronik hastalıkların prognozunu olumsuz etkilemesi, tedaviyi zorlaştırması, hastalık semptomlarını daha da ciddi hale getirebilmesi ve hastalar üzerinden olumsuz etkilere yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (58).

2.3. DEPRESYON

Hem bir klinik sendrom hem de semptomlar birleşimi olan depresyon; bireyin yaşam arzusu ve hazzın yitirilmesine, temel ihtiyaçlarını (uyku, yemek gibi) gidermede sorun yaşamasına, gelecek hakkında olumsuz ve karamsar düşünmesine, suisid düşüncesi ya da girişiminde bulunmasına ve bazen ölümle sonuçlanmasına yol açan bir duygu durum bozukluğudur (64).

Depresyonun klinik görünümü çökkün ve mutsuz duygu durum, enerji yitimi, benlik saygısında azalma, uyumda zorluk, iştah değişimleri (artış ya da azalma), suisid düşünceleri ile birlikte konuşma, düşünce, davranış ve fizyolojik işlevlerde retardasyon ya da aijtasyon semptomları ile karakterizedir (36). Duygu-durum bozukluğu olarak tanımlanan depresyona değersizlik, karamsarlık, suçluluk, güçsüzlük duyguları, anhedoni, kendine, dünyaya ve geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerde yoğun biçimde eşlik etmektedir (41). Depresyon tanısı almış kişilerde

yaşamın anlamsızlaşması, kişisel bakımda azalma, monoton ve yavaş ses tonu ile konuşma, çevreye tepkisizlik ve huzursuzluk gözlenmektedir (65).

Depresyon, fiziksel ya da psikolojik bir hastalıktan bağımsız biçimde ortaya çıkabilirken, fiziksel ve psikolojik hastalıklarda semptom ya da komorbid olarak da görülebilmektedir (41).Bu noktanın en önemli ve dikkat çeken görünümü de kronik hastalıklardaki komorbiditesidir.

2.3.1. Kronik Hastalıklar ve Depresyon İlişkisi

Depresyon, kronik hastalıklara karşı bireyin gösterdiği en temel psikolojik tepkilerdendir. Bu nedenle kronik hastalık komorbiditesinde en sık karşılaşılan bir diğer psikiyatrik bozukluk depresyon ve sürekli olarak artan depresif semptomlardır (66).

Genellikle anksiyeteye oranla daha sıklıkla gözlenen ve araştırmalara konu olan depresyon semptomları kronik hastalığın getirdiği umutsuzluk duyguları ile kendini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda kronik bir hastalık nedeniyle tedavi gören kişilerde majör depresyon görülme oranlarının %9-16; minör depresyon oranlarının ise %23-64 aralığında olduğu tespit edilmiştir (67,68).

Kronik hastalıklarda gözlenen depresyonda hastanın, hastalığını algılama biçimi, başa çıkma becerileri, sosyal destek azlığı, kronik hastalıktan etkilenen organ ya da organların bireydeki anlamı, uyum süreci, tedavi yöntemi ve hastane deneyimi önemli rol oynayan etmenlerdendir (69). Bunlara ek olarak hastane ortamı, hastalığın etkisi, bireyin yaşantısında yol açtığı sınırlılıklar ile hastalık sürecinin beyin işlevlerini bozması da depresyon patolojisini ortaya çıkarabilmektedir (3).

Kronik hastalıklarda; hem hastalığın kendisi hem de bireylerde yol açabileceği yeti yitimi, kendine yetememe ya da başkalarına muhtaç olma gibi nedenler depresyon semptomlarını tetiklemektedir (70). Tıbbi hastalarda gözlenen depresif semptom ve sendromlar hastaların uyumunu ve tedaviye yanıtını olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte hastaların ilişkilerinde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte, tedaviye uyumunu ve prognozunu bozmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta, hastaneye yeniden yatış riskini morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalarda gözlenen depresyonun tanılanması, ortaya koyulması ve tedavisi önemlidir (71,72).

Hipertansiyon tanısı olan kişilerle yapılan çalışmalar hipertansiyonu olan hastalarda depresyon görülme insidansının yüksek olduğunu saptamıştır (73-75). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik hastalıklar birlikte ele alınarak depresyon gösterme oranları incelenmiştir. Bulgular sonucunda diyabetes mellitus hastaların %32, hipertansiyon hastalarında %29, hem diyabet hem de hipertansiyon grubunda ise %32 oranında depresyon gözlendiği ortaya koyulmuştur (11). Buna göre hipertansiyon hastaları diyabetes mellitus hastalarına oranla daha az depresyon bozukluğu gösterirken, komorbid hastalık örüntüsü gösterdiğinde bu oranlar artmaktadır. Depresyon kronik bir hastalığın prognozunu kötüleştirirken aynı zamanda kronik bir hastalığa da yol açabilmektedir. Depresyon tanısı alan hastalarda hipertansiyon ve KVH tanılarına daha sık rastlanmıştır (75,77). Yapılan çalışmalarda depresyon, anksiyete ya da depresyon ve anksiyete komorbiditesi görülen kişilerde hipertansiyon yaygınlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kesitsel çalışmalar bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olmasının hipertansiyon görülme riskini arttıracağını ortaya koymaktadır (78,79).

Diyabetes mellitus gösteren hastalarda, psikiyatrik bozukluk oranlarının ve risk etmenlerinin incelendiği çalışmalarda; diyabetes mellitus hastalarının %6-43'ünün depresyon gözlendiği ortaya konmaktadır. Sağlıklı bireylerle karşılaştırılan çalışmalar tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus gösteren hastaların 2-3 kat daha yüksek düzeyde depresyona sahip olduğunu ortaya koymuştur karşılaştırıldığında (80-82).Diyabetes mellitus hastalarının % 50'sinin hafif; %20'sinin orta düzeyde depresyon semptomları gösterirken, kadınlar ve ileri yaşlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(83). Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da, diyabetes mellitus gösteren hastaların sağlıklı gruba oranla depresyon tanısı alma oranının anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (6,84,85).

KOAH hastaları arasında, depresyon yaşama olasılığı KOAH olmayan hastalara oranla 2 kat daha fazla ve depresyon prevalansları %8-80oranlarındadır (86). Depresyon, KOAH'lı hastalar arasında mortalitede artışa, tedaviye uyumun azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve KOAH'ın şiddetlenmesine yol açabilir. KOAH hastaları arasında depresyon tanımlanmadığı ve tedavi edilmediğinde, fiziksel performans, enerji, sosyal davranış ve sağlık hizmeti kullanımı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (87-89).

Bireyler için büyük fiziksel ve psikolojik sonuçları olan kanser hastaları arasında depresyonun yaygın olduğu ortaya koyulmuştur. Ancak depresyon insidansı ve semptom şiddetlerinin kanser çeşidi ile hastalık süresine göre değişmektedir (90,91). Kanser hastalarında ülkeler arasındaki farklılığa bağlı olarak depresyon prevalansı % 7-50 oranında gözlenirken; beyin tümörü olanlarda %45-95 ve pankreas kanseri olan hastalarda %50 oranında gözlendiği saptanmaktadır (92,93).

KVH olan hastalarda depresyonun sadece ayakta tedavi gören değil aynı zamanda hastanede yatan ve kalp transplantasyonu müdahalesi bulunulanlarda da yüksek prevalansa sahip olduğu gösterilmiştir (51,94,95). KVH'lerde depresyon prevalansı ve depresif semptomların %30-45 arasında değiştiğini göstermektedir (96,97). KVH olan hastalarda depresyon semptomların uzun süre devam ettiği, özellikle de miyokard enfarktüs (ME) sonrasında depresyon semptomları yaygınlığının %30-40 arasında olduğu ve 1 yıla kadar görüldüğü tespit edilmiştir. ME geçiren hastalarda depresyon görüldüğünde kişinin tedaviye uyumunun bozulduğu ve hastane başvurularının arttığı belirtilmektedir (26,98,99). KVH hastalarının depresyon düzeyi yüksek olduğu gibi depresyon tanısı aldıktan sonra KVH tanısı alanlara da sıklıkla rastlanmaktadır. Yapılan kesitsel çalışmalarda depresyon tanısı almanın KVH yakalanma riskini 1,5 kat arttırdığı; ME öyküsü bulunanlarda KVH, anginapektoris ve yeni ME gibi sağlık sorunları gösterme üzerinde büyük etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (100,101).

2.4. HASTALIK ALGISI

Kronik hastalar tecrübeleri, bilgileri, inançları ve ihtiyaçları doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Bu noktada hastalık algısı, hastaların kendi hastalıkları hakkında sahip oldukları bilişsel temsiller ya da inançlardır. Hastalık ve semptomlarını anlayıp bunlarla başa çıkabilmek için kullanılan bu bilişsel temsiller, hastalık süreci, başa çıkma mekanizmaları, yaşam kalitesi ve psikiyatrik bozukluk gelişimi dahil olmak üzere kronik hastalıktaki bir dizi sonuçla doğrudan ilişkilidir (102,103).

Kronik hastalarda hastalık algısı, hastanın kendi ya da diğer kronik hastaların hastalığa ilişkin beklenti ya da inançlarından oluşurken, hastaların deneyimleri ve çeşitli çevresel etmenlerin birleşimiyle de oluşabilmektedir (104). Hastanın tanı

aldığı hastalığa yönelik algılaması, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini belirleyici rol oynayan etmenlerdendir (105).

Hastalık algısı, hastalıkla ilgili daha önceki deneyimler ile bütünlük kazanmaktadır. Bu algılar ve belirtileri hastalık kavramının subjektif boyutlarının da olması kaynaklı kronik hastalara özgü olmakta ve hastalıklara yüklenen anlamlar çerçevesinde farklılaşabilmektedir (106). Bununla birlikte kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyi oluşlarına, bireysel algılarına, hastalık çeşidine, evresine, genetik özelliklerine ve kültürel yatkınlıklarına göre de değişebilmektedir (107).

Yapılan çalışmalar kronik hastalığa sahip olanların hastalık algısının olumsuz olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların hastalığın fiziksel, sosyal, psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili olan bu olumsuz algılama biçiminin de hastalık ve tedavi uyumunu azalttığı, disfonksiyon ile psikiyatrik bozukluklara yol açtığı ve sağlıkla ilgili sonuçları olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Kronik hastaların olumlu hastalık algısı; hastalığını anlama düzeyi, hastalığın prognozu ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısı, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını arttırması kaynaklı fonksiyonel kapasitesi, yaşam kalitesini arttırmakta ve psikiyatrik bozukluk görülme oranlarını azaltmaktadır (13,14, 18,108-110). Bu nedenle kronik hastaların hastalığı anlamlandırma biçimleri, hastalığına ilişkin düşüncelerinde, fizyolojik ve psikolojik iyi oluşları ile tedavi sürecinde çok önemli bir role sahiptir.

2.4.1.Hastalık Algısında Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Kronik bir hastalığı olanlarda hastalık algısını değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Literatürde kronik hastaların hastalıklarının uzun süreceği ve iyileşmeyeceği algısına ya da hastalıklarına yönelik olumsuz algılayışlara sahip olduğunda hastalıklarıyla ilgili kişisel kontrollerinin olmadığı gözlenmektedir. Bununla birlikte psikiyatrik bozukluklarla komorbid olan kronik hastalıklarda, hastalık algılarının olumsuz olduğu gözlenmiştir. Özellikle de depresyon ve anksiyetesi olan hastaların hastalık algılarının olumsuz olduğu saptanmıştır (16,19,111).

Diyabetes mellitus hastaları üzerine yapılan çalışmalarda hastaların psikiyatrik bozukluk komorbiditesi olduğunda hastalığı ve prognozu anlamakta daha

zorlandıkları ve hastalıklarıyla ilgili kişisel kontrollerinin olmadığını düşündükleri için hastalık algılarının olumsuz olduğu gözlenmiştir. Özellikle anksiyete, depresyon ya da her iki psikiyatrik bozukluğu olan hastaların hastalık algısının olumsuz olduğu saptanmıştır (16,112,113).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların hastalık algıları üzerine yapılan çalışmalarda; hastalık algısının yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon patolojilerinden etkilendiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu hastalarda artan anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olmasının hastaların olumsuz hastalık algılarına sahip olmasına yol açtığı tespit edilmiştir (3,114-116).

Kanser hastalarının hastalık algısı ve psikiyatrik bozukluk ilişkisine bakıldığında; kanser tanısı almış hastaların anksiyete, depresyon ve hastalık algıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlenmiştir. Kanserli bireylerin anksiyete ve depresyon patolojilerine sahip olduklarında hastalık algılarının bundan olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (18,19,117).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapılmıştır. (Tarih: 16.06.2020 ve Onay No: 2828)

3.2.ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın evrenini, Ocak 2021-Mart 2021 tarihleri arasında, İstanbul Güngören Tozkoparan Uhud Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalıklara sahip 18 yaş ve üstü hastalardan oluşturmuştur. Bu araştırma tek merkezli, tanımlayıcı niteliktedir.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1- Güngören Tozkoparan Uhud Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak

2- 18 yaş üstü ile kronik hastalığı olan bireyler

3- İletişim engeli olmayan bireyler

4- Çalışmaya katılmayı kabul edenler

3.4.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

1- Cevapları etkileyebilecek Nörolojik ve Psikiyatrik hastalığı olan bireyler (demans, şizofreni, psikoz v.b.)

2- İletişim veya Zihinsel engeli olanlar

3- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

4-18 yaş altı bireyler

3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1.Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmamızda katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgilerine yönelik literatür taramaları doğrultusunda geliştirilmiş bir form hazırlanarak kullanılmıştır. Bu bilgi formunda hastaların sosyodemografik özelliklerinden olan cinsiyet, medeni

durum, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler yaş ve hastalık süresi gibi bilgiler yer almaktadır. Bunların yanı sıra klinik özelliklerinden olan kronik hastalıkları ve anksiyete, depresyon tedavisi görüp görmediği bilgileri de yer almaktadır.

3.5.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Zigmond ve Snaith (118) tarafından ayaktan tedavi gören hastaların anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, patolojilerin düzeyi ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (119) tarafından yapılan ölçek 14 sorudan (tek sayılar anksiyete alt ölçeği, çift sayılar depresyon alt ölçeği) oluşan dörtlü Likert tipinde oluşturulmuştur. Ölçekte her bazı maddeler (madde 1, 3, 5, 6., 8., 10., 11. ve 13.) ters hesaplanırken diğerleri düz hesaplanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmaktadır.

3.5.3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Weinmann ve arkadaşları (120) tarafından geliştirilmiş, Moss-Morris ve arkadaşları (121) tarafından yenilenmiş ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları (107) tarafından yapılmıştır. Ölçek, hastalık tipi, hakkındaki görüşler ve nedenleri olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin birinci boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.89; ikinci boyutun 0.69-0.77 ve son boyutun ise 0.25-0.72 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Hastalık tipi boyutu: Bu boyutta sık görülen 14 hastalık semptomunu (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içermektedir. Bu semptomlardan her biri için kişiye önce, "bu semptomu hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı", daha sonra "bu semptomu hastalığıyla ilişkili görüp görmediği" sorulmaktadır. Bu boyut, her semptom için iki soruya da evet-hayır biçiminde cevap verilecek biçimde

düzenlenmiştir. İkinci soruda verilen evet cevaplarının toplamı hastalık tipi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşler boyutu: Bu boyut, bireylerin var olan hastalıkları hakkındaki algılarını yansıtan 38 maddeden 5'li Likert tipinde (1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 5: kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulmuştur. Bu boyut 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçeklerden ilki ve ikincisi bireyin hastalığının süresiyle ilgili algılarını değerlendiren süre (akut/kronik) ve süre (döngüsel/epizodik) olarak ele alınmaktadır. Bu ölçeklerin üçüncüsü hastalığın şiddeti ile fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilişkili algılarını içeren sonuçlar bölümüdür. Dördüncü ölçek olan kişisel kontrol; hastalığının süresi, gidişatı ve tedavisi üzerindeki içsel kontrol algısını incelemektedir. Tedavi kontrolü; bireyin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını içermektedir. Hastalığı anlayabilme; bireyin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığıdır. Sonuncu ölçek olan duygusal temsiller ise kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini incelemektedir.

Anketteki semptomlar, süre (akut/kronik), süre (döngüsel/epizodik), sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçeklerdeki puan artışı hastalık ile ilişkilendirilen semptom sayısının daha fazla olduğunu, hastalığın kronik bir durum olduğunu düşünme, hastalığın döngüsel niteliği algısının daha fazla olduğu, hastalığın olumsuz sonuçlarının ve hastalıkla ilişkili anksiyete ve depresyonun daha fazla olduğunu, gösterir. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt ölçeklerindeki puan artışı ise hastalık ve tedavi üzerindeki kontrol algısının arttığını ve hastalığını daha iyi anladığını gösterir.

Hastalık nedenleri boyutu: Bu alt boyut hastalık ya da hastalıkların oluşumundaki olası nedenlerini içeren 18 maddeden 5'li Likert tipinde (1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 5: kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulmuştur. Bu boyut 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; psikolojik atıflar (stres ya da anksiyete, duygusal durum, aile sorunları, kişilik özellikler, aşırı çalışma gibi); risk etmenleri (genetik, alkol-sigara kullanımı, yemek alışkanlıkları, kötü tıbbi bakım, yaşlanma gibi); bağışıklık (mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin az olması gibi); kaza ya da şanstan (kaza/yaralanma, şans/kötü talih gibi) oluşmaktadır.

Bu ölçeğin sonunda, niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç etmeni yazması istenmektedir.

3.6.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

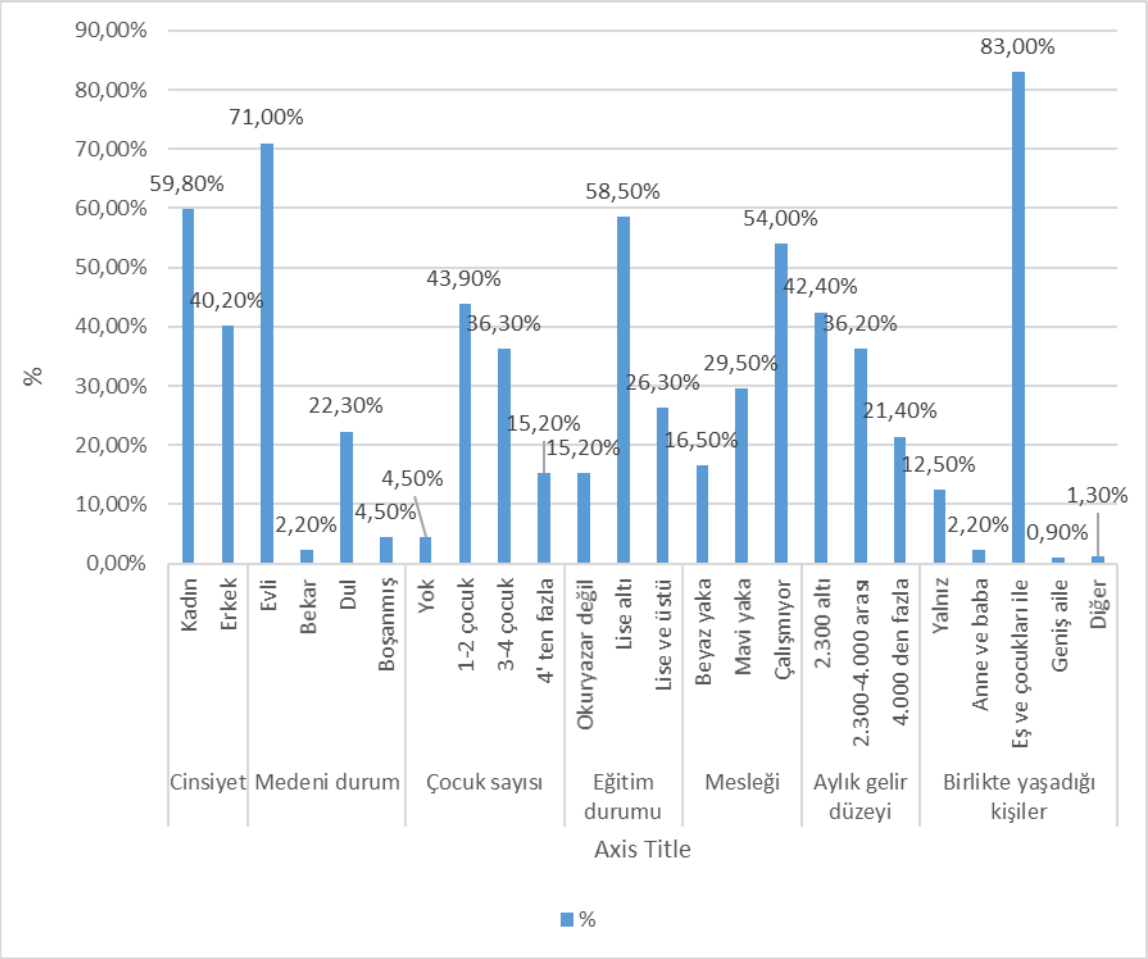
Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan minimum-maksimum) ve yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin analizinde non-parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırılması amacıyla ise Kruskal Wallis testleri uygulandı. Korelasyon testlerinde Spearmann testi uygulandı. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı 0.856 olarak tespit edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELİKLERİ

Toplam 224 kronik hasta çalışmaya katıldı. Katılımcıların 134'ü (%59.8) kadın, 90'ı (%40.2) erkekti. Katılımcıların 159'u (%71) evli, 5'i (%2.2) bekar, 50'si (%22.3) dul, 10'u (%4.5) ise boşanmıştı (Şekil 1).



Şekil 1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

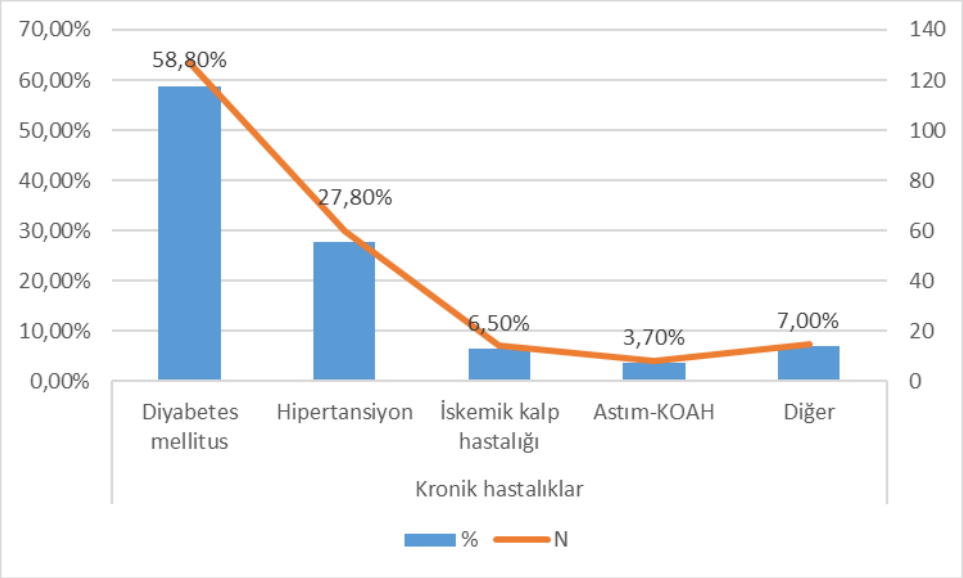
Katılımcıların yaş ortalaması 62.42±9.33 iken, kronik hastalıklarının süresi 10.95±6.83 idi (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Ortalama	Standart sapma
Yaş	62,42	9,33
Hastalığın süresi	10,95	6,83

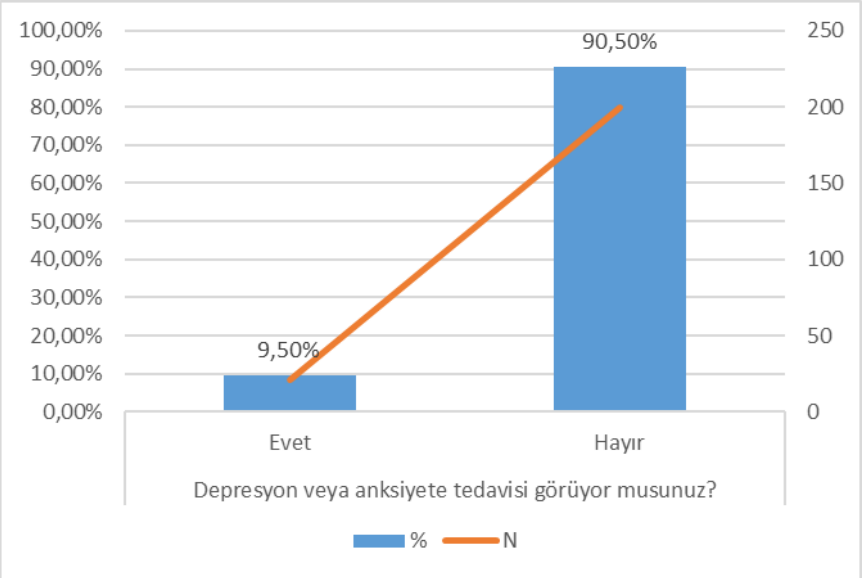
4.2.Katılımcıların özgeçmiş özelliklerinin değerlendirilmesi

Katılımcıların 127'sinde (%58.8) diyabetes mellitus, 60'ında (%27.8) hipertansiyon, 14'ünde (%6.5) iskemik hastalığı, 1'inde (%0.5) serebrovasküler hastalık, 2'sinde (%0.9) osteoartrit, 4'ünde (%1.9) tiroid hastalığı, 8'inde (%3.7) astım veya KOAH vardı (Şekil 2).



Şekil 2: Katılımcıların özgeçmiş özellikleri

Katılımcıların 21'i (%9,5) depresyon ya da anksiyete tedavisi görmekte, 203'ü (%90,50) depresyon ya da anksiyete tedavisi görmemektedir (Şekil 3).

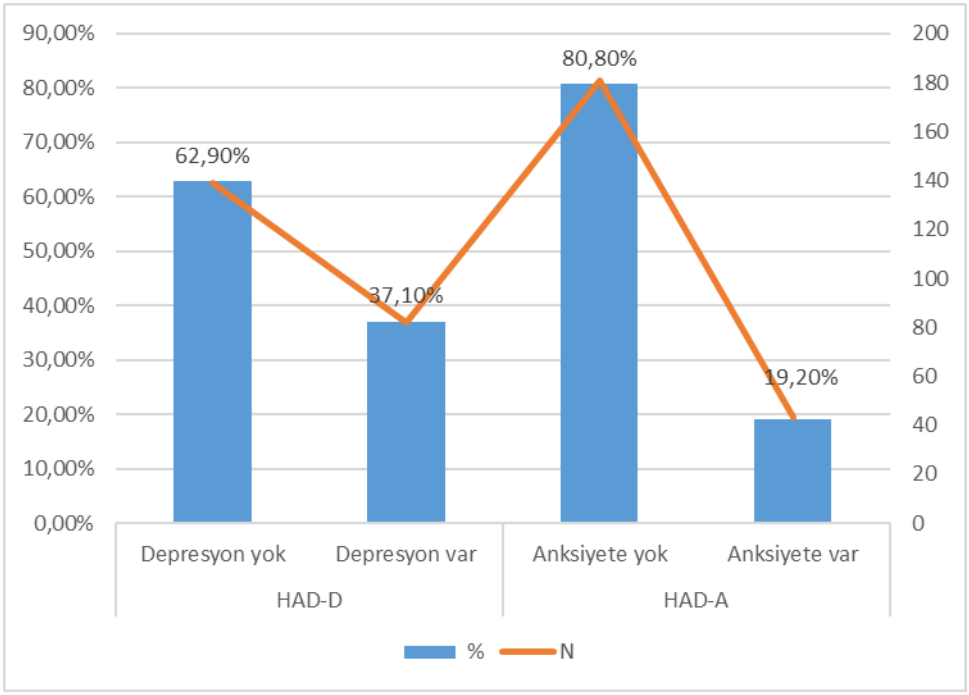


Şekil 3: Katılımcıların depresyon ve anksiyete tedavi görme oranları

4.3. HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON ORANI VE HASTALIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

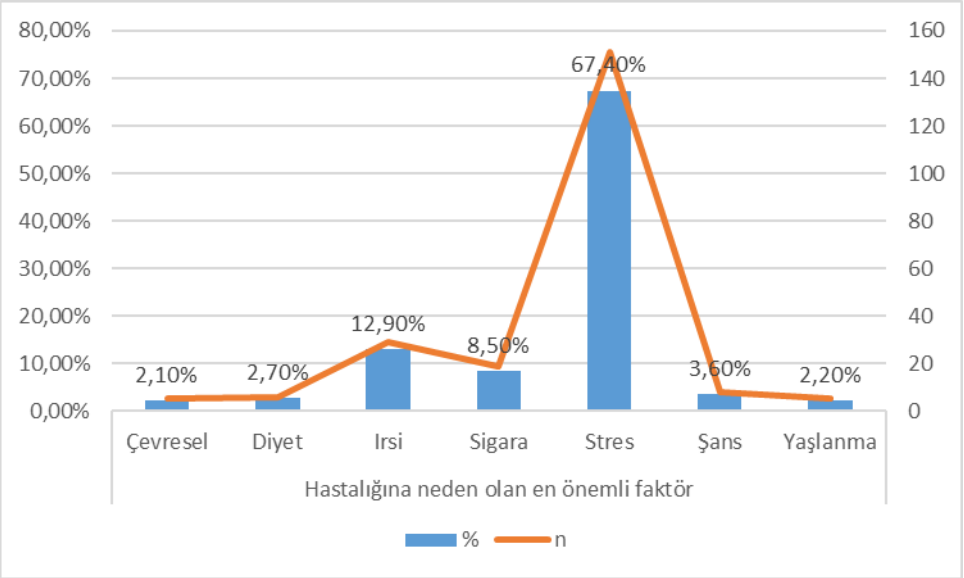
HAD-D alt ölçeği için cut-off değeri 7 olarak kabul edilmiştir. Buna göre katılımcıların %37.1'inde (n=82) depresyon tespit edilmiştir.

HAD-A için cut-off değeri 10 olarak kabul edilmiştir. Bu durumda katılımcıların %19.2'sinde (n=43) anksiyete tespit edilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4: Katılımcıların depresyon ve anksiyete oranı

Katılımcıların %67,4'ü (n=151) hastalıklarının en önemli nedeninin stres olduğunu düşünürken, %12,9'u ırsi, %8,5'i sigaraya, %3,6'sı şansa, %2,7'si diyete, %2,2'si yaşlanmaya, %1,3'ü aşırı çalışmaya bağlıyordu. Aile problemleri ve çevre kirliliği ise düşünenlerin oranı ise %1'di (Şekil 5).



Şekil 5: Hastalığa neden olan en önemli faktörler

Katılımcılar açısından ikinci önemli faktörler arasında hastalığın ırsi olması (%54,5), diyete (%12,5) ve şansa (%8,9) bağlı olmasıydı (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcı Açısından Hastalığına Neden Olan İkinci Önemli Faktör

	n	%
Aile problemleri	5	2,2%
Alkol	3	1,3%
Aşırı çalışma	3	1,3%
Çevre kirliliği	11	4,9%
Diyet	28	12,5%
Duygusal durumum	1	0,4%
Hava kirliliği	1	0,4%
Irsi	122	54,5%
Kendi davranışım	2	0,9%
Kişilik özelliklerim	1	0,4%
Kötü bakım	4	1,8%

	Mikrop,virüs	2	0,9%
	Sigara	3	1,3%
	Stress	7	3,1%
	Şans	20	8,9%
	Vücut direnci azalma	1	0,4%
	Yaşlanma	7	3,1%
	Yeme alışkanlığı	2	0,9%

Katılımcıların belirttikleri üçüncü önemli faktörler arasında şans (%22,8) en yüksek orandadır. Bunu vücut direncinde azalma (%19,2), aile problemleri (%12,5) ve diyet-yemek (%8,9) izlemektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcı Açısından Hastalığına Neden Olan Üçüncü Önemli Faktör

		n	%
	Aile problemleri	28	12,5%
	Alkol	1	0,4%
	Aşırı çalışma	11	4,9%
	Çevre kirliliği	10	4,5%
	Diyet	5	2,2%
	Diyet – yemek	20	8,9%
	Irsi	8	3,6%
	Kendi davranışım	4	1,8%
	Kötü bakım	15	6,7%
	Mikrop – virüs	3	1,3%
	Sigara	11	4,9%
	Stress	2	0,9%
	Şans	51	22,8%
	Vücut direnci azalma	43	19,2%
	Yaralanma	1	0,4%
	Yaşlanma	8	3,6%

4.4.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN HAD VE HAÖ PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcılar, cinsiyete göre sınıflandırıldıklarında, kadınlarda HAD-A ve HAD-D değerleri erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Her ikisinde de fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.001$).

Hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve bağışıklık puanları kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek iken (sırasıyla p=0.008, p<0.001, p<0.001 ve p=0.020), risk etkenleri puanı kadınlarda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p=0.002) (Tablo 4).

Tablo 4: Cinsiyete Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Erkek (n=90)	Kadın (n=134)	
	Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
Anksiyete	2.0[0.0-6.75]	8.0[4.0-10.0]	<**0.001**
Depresyon	2.0[0.0-6.0]	6.0[3.0-9.0]	<**0.001**
Hastalık tipi boyutu	2.0[0.0-3.0]	4.0[3.0-6.0]	<**0.001**
Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.816
Sonuçlar	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-17.0]	0.158
Kişisel kontrol	22.0[18.0-22.0]	20.0[18.0-22.0]	0.327
Tedavi kontrolü	16.0[16.0-18.0]	18.0[16.0-19.0]	**0.008**
Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-14.0]	12.0[12.0-17.50]	0.160
Süre (Döngüsel)	10.0[10.0-16.0]	16.0[10.0-16.0]	<**0.001**
Duygusal temsiller	14.0[14.0-18.0]	20.0[14.0-22.0]	<**0.001**
Psikolojik atıflar	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	0.320
Risk etkenleri	22.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	**0.002**
Bağışıklık	4.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	**0.020**
Kaza veya şans	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.221

*Mann Whitney U test

Katılımcılar medeni durumlarına göre sınıflandırıldıklarında, bekar, boşanmış, evli ve dul gruplar arasında HAD ve HAÖ puanları açısından evli olanlarda HAD-D değerleri diğer gruplara göre daha düşük tespit edilmiştir. (p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 5: Medeni Durumlarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Bekar (n=5)	Boşanmış (n=10)	Dul (n=50)	Evli (n=159)

		Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	P*
	Anksiyete	4.0[4.0-5.0]	7.0[2.75-10.50]	7.0[4.0-9.0]	6.0[2.0-9.0]	0.336
	Depresyon	5.0[4.0-5.0]	5.50[3.50-6.75]	6.0[3.0-10.0]	4.0[1.0-7.75]	**0.035**
Hastalık tipi boyutu		3.0[0.0-5.0]	3.0[3.0-3.75]	4.0[2.0-5.0]	3.0[1.0-5.0]	0.761
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.495
	Sonuçlar	16.0[16.0-22.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.792
	Kişisel kontrol	22.0[18.0-22.0]	18.0[18.0-22.0]	20.50[18.0-22.0]	21.0[18.0-22.0]	0.889
	Tedavi kontrolü	16.0[16.0-18.0]	17.0[16.0-18.0]	18.0[16.0-19.0]	16.0[16.0-18.0]	0.392
	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-12.0]	12.0[12.0-15.0]	12.0[12.0-14.0]	12.0[12.0-16.0]	0.879
	Süre (Döngüsel)	10.0[10.0-12.0]	15.50[10.0-16.0]	16.0[10.0-16.0]	12.0[10.0-16.0]	0.146
	Duygusal temsiller	16.0[14.0-18.0]	15.50[14.0-18.0]	18.0[14.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	0.569
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	0.244
	Risk etkenleri	22.0[22.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	0.608
	Bağışıklık	4.0[4.0-4.0]	4.50[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.351
	Kaza veya şans	6.0[6.0-6.0]	5.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.252

*Kruskal Wallis Test

Katılımcılar çocuk sayılarına göre sınıflandırıldıklarında, çocuk yok, 1-2 çocuk,3-4 çocuk ve 4 üzeri çocuk gruplar arasında HAD ve HAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05) (Tablo 6).

Tablo 6: Çocuk Sayılarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD Ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Çocuk yok (n=10)	1-2 çocuk (n=98)	3-4 çocuk (n=81)	4 üzeri çocuk (n=34)	
		Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	Medyan [25 - 75. Persantil]]	P*
	Anksiyete	5.0[4.0-7.75]	6.0[2.0-9.0]	6.0[2.0-9.0]	5.0[3.0-9.0]	0.881
	Depresyon	5.0[4.0-7.0]	4.0[2.0-7.0]	4.0[0.0-9.25]	7.0[4.0-8.0]	0.141
Hastalık tipi boyutu		3.0[3.0-4.0]	3.0[1.0-5.0]	3.0[1.75-	4.0[3.0-5.0]	0.136

				5.0]		
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.242
	Sonuçlar	16.0[16.0-19.50]	16.0[16.0-17.75]	16.0[16.0-16.0]	16.0[15.25-16.0]	0.098
	Kişisel kontrol	22.0[18.50-22.0]	22.0[18.0-22.0]	20.0[18.0-22.0]	18.0[18.0-22.0]	0.076
	Tedavi kontrolü	18.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-18.0]	17.0[16.0-19.0]	18.0[16.0-19.50]	0.084
	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-12.0]	12.0[12.0-14.0]	12.0[12.0-16.0]	13.0[12.0-17.75]	0.123
	Süre (Döngüsel)	11.0[10.0-15.0]	13.0[10.0-16.0]	12.0[10.0-16.0]	16.0[10.0-16.0]	0.341
	Duygusal temsiller	18.0[14.50-22.0]	15.50[14.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	18.0[14.0-22.0]	0.371
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-15.50]	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	0.389
	Risk etkenleri	21.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	22.0[20.0-22.0]	0.943
	Bağışıklık	4.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.283
	Kaza veya şans	6.0[4.50-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.476

*Kruskal Wallis Test

Eğitim düzeyine göre kategorize edilen katılımcılarda HAD-A ve HAD-D düzeylerinin okuryazar olmayanlarda en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşük olduğu gözlenmiştir: Fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.001$).

Hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları da aynı şekilde okuryazar olmayan en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşüktür (sırasıyla $p<0.001$,$p=0.048$, $p=0.002$ ve $p=0.012$).

Kişisel kontrol puanı ise lise ve üstü grupta en yüksek, lise ve altı daha düşük grupta okuryazar olmayan grupta ise en düşüktür. ($p=0.001$) (Tablo 7).

Tablo 7: Eğitim Düzeyine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Okur yazar değil (n=34)	Lise altı (n=131)	Lise ve üstü (n=59)	
	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
Anksiyete	9.0[7.0-11.0]	5.0[2.0-8.50]	4.0[0.0-8.0]	**<0.001**
Depresyon	7.0[5.0-10.0]	5.0[2.0-8.0]	3.0[0.0-7.0]	**<0.001**

Hastalık tipi boyutu		3.00[2.00,5.00]	3.0[2.0-5.0]	2.0[1.0-4.0]	**<0.001**
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.291
	Sonuçlar	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-18.0]	0.999
	Kişisel kontrol	18.0[18.0-20.0]	20.0[18.0-22.0]	22.0[19.0-22.0]	**0.001**
	Tedavi kontrolü	18.0[16.0-19.75]	17.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-18.0]	**0.048**
	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-18.0]	12.0[12.0-16.0]	12.0[12.0-12.0]	0.308
	Süre (Döngüsel)	16.0[14.25-16.0]	12.0[10.0-16.0]	10.0[10.0-16.0]	**0.002**
	Duygusal temsiller	20.0[16.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	14.0[14.0-21.0]	**0.012**
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	0.076
	Risk etkenleri	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	0.272
	Bağışıklık	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.416
	Kaza veya şans	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.574

*Kruskal Wallis Test

Katılımcılar mesleklerine göre sınıflandırıldıklarında, HAD-A ve HAD-D düzeylerinin çalışmayan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek olduğu, beyaz yakalılarda daha düşük, mavi yakalılarda en düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları çalışmayan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek, beyaz ve mavi yakalılarda ise benzerdir (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.004$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Risk etkenleri puanı ise mavi yakalılarda yüksek, beyaz yakalılar ve çalışmayan grupta benzerdir ($p=0.020$) (Tablo 8).

Tablo 81: Mesleklerine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ puanları Açısından Karşılaştırılması

	Beyaz yaka (n=37)	Mavi yaka (n=66)	Çalışmıyor (n=121)	
	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
Anksiyete	6.0[2.0-9.0]	2.50[0.0-6.75]	7.0[4.0-9.0]	**<0.001**
Depresyon	4.0[0.0-7.0]	3.0[0.25-5.75]	6.0[2.50-9.0]	**<0.001**

Hastalık tipi boyutu		2.00[0.75,4.00]	2.0[1.0-3.0]	4.0[3.0-6.0]	<**0.001**
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.286
	Sonuçlar	16.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.999
	Kişisel kontrol	22.0[18.0-22.0]	22.0[18.0-22.0]	20.0[18.0-22.0]	0.172
	Tedavi kontrolü	16.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-18.0]	18.0[16.0-19.0]	**0.004**
	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-12.0]	12.0[12.0-13.50]	12.0[12.0-18.0]	0.071
	Süre (Döngüsel)	10.0[10.0-16.0]	10.0[10.0-16.0]	16.0[10.0-16.0]	<**0.001**
	Duygusal temsiller	14.0[14.0-22.0]	14.0[14.0-18.0]	20.0[14.0-22.0]	<**0.001**
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	0.150
	Risk etkenleri	20.0[20.0-22.0]	22.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	**0.020**
	Bağışıklık	6.0[4.0-6.0]	5.50[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.485
	Kaza veya şans	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.420

*Kruskal Wallis Test

Katılımcılar gelir düzeylerine göre sınıflandırıldıklarında duygusal temsiller puanı 2300 TL altında gelir düzeyi olan grupta en yüksek, 4000 TL üstü gelir düzeyi olan grupta daha düşük, 2300-4000 TL arası gelir düzeyi olan grupta en düşüktür (p=0.028) (Tablo 9).

Tablo 9: Gelir Düzeyine Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

		2300 TL altı (n=95)	2300-4000 TL (n=81)	4000 TL üstü (n=48)	
		Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
	Anksiyete	6.0[2.0-9.0]	5.00[2.00,8.00]	6.0[2.0-9.0]	0.585
	Depresyon	5.50[2.0-8.0]	4.00[1.50,8.00]	4.0[2.0-7.0]	0.248
Hastalık tipi boyutu		4.0[2.0-5.0]	3.00[1.00,5.00]	3.0[1.0-5.0]	0.135
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.00[16.00,16.00]	16.0[16.0-16.0]	0.273
	Sonuçlar	16.0[16.0-16.75]	16.00[16.00,16.00]	16.0[15.50-18.0]	0.290
	Kişisel kontrol	20.50[18.0-22.0]	20.00[18.00,22.00]	22.0[18.0-22.0]	0.900
	Tedavi kontrolü	17.0[16.0-18.0]	17.00[16.00,18.00]	16.0[16.0-18.0]	0.333

	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-16.0]	12.00[12.00,12.00]	12.0[12.0-14.0]	0.180
	Süre (Döngüsel)	14.0[10.0-16.0]	14.00[10.00,16.00]	10.0[10.0-16.0]	0.723
	Duygusal temsiller	18.0[14.0-22.0]	14.00[14.00,20.00]	17.0[14.0-22.0]	**0.028**
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-16.0]	14.00[14.00,14.00]	14.0[14.0-14.0]	0.444
	Risk etkenleri	21.50[20.0-22.0]	20.00[20.00,22.00]	20.0[20.0-22.0]	0.105
	Bağışıklık	6.0[4.0-6.0]	6.00[4.00,6.00]	6.0[4.0-6.0]	0.236
	Kaza veya şans	6.0[4.0-6.0]	6.00[4.00,6.00]	6.0[4.0-6.0]	0.669

*Kruskal Wallis Test

Katılımcılar, birlikte yaşadığı kişiler açısından yalnız yaşayan, anne-baba, eş ve çocuklarla yaşayan ve diğerleri olarak sınıflandırıldığında, HAD ölçeği ve HAÖ ölçeği skorlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık izlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 10).

Tablo 20: Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD Ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Birlikte yaşadığı kişiler	Anne ve baba (n=5)	Eş ve çocuklar (n=186)	Yalnız (n=28)	Diğer (n=3)	P*
		Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	
	Anksiyete	7.0[4.0-11.0]	6.0[2.0-9.0]	4.0[1.75-8.25]	5.0[5.0-8.0]	0.479
	Depresyon	5.0[5.0-6.0]	4.0[2.0-8.0]	6.0[3.50-9.0]	5.0[4.0-6.50]	0.105
Hastalık tipi boyutu		4.0[3.0-5.0]	3.0[1.0-5.0]	3.0[2.0-4.0]	3.0[1.50-3.0]	0.368
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.447
	Sonuçlar	16.0[16.0-22.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-18.0]	0.551
	Kişisel kontrol	18.0[18.0-22.0]	21.0[18.0-22.0]	22.0[18.0-22.0]	22.0[20.0-22.0]	0.625
	Tedavi kontrolü	18.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-18.0]	17.50[16.0-18.0]	18.0[17.0-18.0]	0.920
	Hastalığı anlayabilme	12.0[12.0-14.0]	12.0[12.0-16.0]	12.0[12.0-12.50]	12.0[12.0-12.0]	0.381
	Süre	12.0[10.0-	14.0[10.0-	13.0[10.0-	10.0[10	0.753

	(Döngüsel)	12.0]	16.0]	16.0]	.0-13.0]	
	Duygusal temsiller	18.0[17.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	16.0[14.0-20.25]	14.0[14.0-18.0]	0.621
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-15.0]	0.562
	Risk etkenleri	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	22.0[20.0-22.0]	22.0[21.0-22.0]	0.943
	Bağışıklık	4.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	4.0[4.0-4.0]	0.296
	Kaza veya şans	6.0[6.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	5.0[4.0-6.0]	6.0[6.0-6.0]	0.381

*Kruskal Wallis Test

Yaş ve hastalığın süresi ile HAD ve HAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, HAD-A ve yaş arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon (p=0.029, rho=-0.146), HAD-A ve hastalığın süresi arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon tespit edilmiştir (p=0.049, rho=0.132).

Hastalık tipi (p=0.003, rho=0.197), süre (akut/kronik) (P<0.001, rho=0.271) ile hastalığın süresi arasında zayıf pozitif korelasyon gözlenmiştir. Kişisel kontrol (p=0.038, rho=-0.140) ile hastalığın süresi arasında zayıf negatif korelasyon izlenmiştir.

Tedavi kontrolü ve yaş arasında zayıf pozitif korelasyon görülmüştür (p=0.017, rho=0.160) (Tablo 11).

Tablo 11: Yaş ve Hastalığın Süresi ile HAD ve HAÖ Puanları Arasında Korelasyonlar

		Yaş	Hastalığın Süresi
	rho	-0,146*	0,132*
	P	**0,029**	**0,049**
	N	224	222
	rho	0,048	0,119
	P	0,482	0,078
	N	221	219
	rho	-0,015	0,197**
	P	0,821	**0,003**
	N	222	220
	rho	0,128	0,271**
	P	0,057	**<0,001**
	N	223	221

	rho	-0,050	0,037
Sonuçlar	P	0,457	0,586
	N	223	221
	rho	-0,088	-0,140*
	P	0,192	**0,038**
	N	223	221
	rho	0,160*	0,094
	P	**0,017**	0,165
	N	224	222
	rho	0,080	0,000
	P	0,230	0,994
	N	224	222
	rho	-0,046	-0,069
	P	0,496	0,309
	N	224	222
	rho	-0,046	0,021
	P	0,492	0,758
	N	224	222
	rho	-0,102	0,120
	P	0,133	0,078
	N	220	218
	rho	0,086	-0,081
	P	0,200	0,232
	N	223	221
	rho	0,042	0,082
	P	0,532	0,221
	N	224	222
	rho	-0,014	-0,128
	P	0,837	0,057
	N	224	222

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır
** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır

Katılımcılar kronik hastalıklarına göre sınıflandırıldıklarında, tiroid ve astım /KOAH hastalarında hastalık tipi alt boyutu puanları en yüksek gelirken, diyabetes mellitus ve hipertansiyon hastalarında daha düşük, iskemik kalp hastalarında en düşük gelmiştir (p=0.002).

HAD ölçeği ve diğer HAÖ skorlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık izlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 32: Kronik Hastalıklarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Astım/KOAH (n=8)	Diyabetes Mellitus (n=127)	Hipertansiyon (n=60)	İskemik kalp hastalığı (n=14)	Tiroid hastalığı (n=4)	
		Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
	Anksiyete	3.50[0.0-6.0]	6.0[2.0-9.0]	6.0[0.0-9.0]	2.0[0.0-7.75]	8.00[4.75-10.25]	0.266
	Depresyon	1.0[0.0-4.0]	5.0[2.0-8.0]	4.50[2.0-7.0]	4.0[0.0-8.0]	2.50[2.00-3.75]	0.340
Hastalık tipi boyutu		4.50[2.75-7.0]	3.0[2.0-5.0]	3.0[1.0-4.0]	1.50[0.0-2.75]	4.50[3.25-5.75]	**0.002**
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	15.50[15.00-16.00]	0.111
	Sonuçlar	15.50[14.0-18.50]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-17.50]	16.00[13.50-18.50]	0.842
	Kişisel kontrol	18.0[18.0-20.50]	21.0[18.0-22.0]	19.50[18.0-22.0]	22.0[18.50-22.0]	22.50[21.00-23.00]	0.544
	Tedavi kontrolü	17.0[15.50-18.50]	17.0[16.0-18.0]	17.0[16.0-18.0]	16.0[16.0-17.75]	17.00[16.00-18.00]	0.416
	Hastalığı anlayabilme	12.50[12.0-16.0]	12.0[12.0-15.0]	12.0[12.0-14.25]	12.0[12.0-13.50]	12.00[12.00-14.00]	0.664
	Süre (Döngüsel)	16.0[11.50-16.0]	14.0[10.0-16.0]	13.0[10.0-16.0]	10.0[10.0-10.0]	16.00[14.50-16.00]	0.058
	Duygusal temsiller	14.0[14.0-17.0]	18.0[14.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	14.0[14.0-17.0]	16.00[14.00-19.00]	0.573
	Psikolojik atıflar	13.0[12.0-14.0]	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	14.0[14.0-14.0]	14.00[14.00-14.00]	0.104
	Risk etkenleri	21.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	22.0[20.0-22.0]	19.00[17.50-20.50]	0.324
	Bağışıklık	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	4.0[4.0-6.0]	5.00[4.00-6.00]	0.852
	Kaza veya şans	6.0[5.50-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	6.00[6.00-6.00]	0.443

*Kruskal Wallis Test

Depresyon ve anksiyete tedavisi alan hastalarda, tedavi almayanlara göre HAD-A puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.004$). HAD-D puanlarında her iki grup arasından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

HAÖ ölçeği alt boyutlarından sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller puanları depresyon ve anksiyete tedavisi alan hastalarda, tedavi almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.024$, $p=0.016$) (Tablo 13).

Tablo 13: Anksiyete veya Depresyon Tedavisi Alıp Almadıklarına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAD ve HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Tedavi alıyor (n=21) Medyan [25 - 75. Persantil]	Tedavi almıyor (n=200) Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
	Anksiyete	8.0[6.0-11.0]	5.0[2.0-9.0]	**0.004**
	Depresyon	7.0[3.0-9.25]	4.0[2.0-8.0]	0.120
Hastalık tipi boyutu		4.0[3.0-6.0]	3.0[2.0-5.0]	0.065
	Süre (Akut/Kronik)	16.0[16.0-16.0]	16.0[16.0-16.0]	0.418
	Sonuçlar	18.0[16.0-19.0]	16.0[16.0-16.0]	**<0.001**
	Kişisel kontrol	20.0[18.0-22.0]	21.0[18.0-22.0]	0.746
	Tedavi kontrolü	16.0[14.0-20.0]	16.0[16.0-18.0]	0.152
	Hastalığı anlayabilme	13.0[12.0-18.0]	12.0[12.0-14.0]	**0.024**
	Süre (Döngüsel)	16.0[10.0-16.0]	13.0[10.0-16.0]	0.267
	Duygusal temsiller	22.0[14.0-22.0]	16.0[14.0-22.0]	**0.016**
	Psikolojik atıflar	14.0[14.0-16.0]	14.0[14.0-14.0]	0.381
	Risk etkenleri	20.0[20.0-22.0]	20.0[20.0-22.0]	0.989
	Bağışıklık	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.549
	Kaza veya şans	6.0[4.0-6.0]	6.0[4.0-6.0]	0.786

*Mann Whitney U test

4.5.ANKSİYETE VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anksiyete olup olmamasına göre sınıflandırılan katılımcılar HAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, hastalık tipi boyutu anksiyete tespit edilen hastalarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda süre (akut/kronik) ve duygusal temsiller alt boyutları anksiyeteli hastalarda daha yüksekken (sırasıyla $p=0.07$ ve $p<0.001$), kişisel kontrol alt boyutu anksiyeteli hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.014$) (Tablo 14).

Anksiyete Olup Olmamasına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Anksiyete yok (n=181) Medyan	Anksiyete var (n=43) Medyan	P*

		[25 - 75. Persantil]	[25 - 75. Persantil]	
Hastalık tipi boyutu		3.00[1.00,4.00]	5.00[3.00,6.00]	**<0.001**
	Süre (Akut/Kronik)	14.00[16.00,16.00]	16.00[16.00,16.00]	**0.007**
	Sonuçlar	16.00[16.00,16.00]	16.00[16.00,18.50]	0.190
	Kişisel kontrol	22.00[18.00,22.00]	18.00[18.00,22.00]	**0.014**
	Tedavi kontrolü	16.00[16.00,18.00]	18.00[16.00,20.00]	0.202
	Hastalığı anlayabilme	12.00[12.00,14.00]	12.00[12.00,18.00]	0.280
	Süre (Döngüsel)	12.00[10.00,16.00]	16.00[10.00,16.00]	0.063
	Duygusal temsiller	14.00[14.00,20.00]	22.00[19.00,22.00]	**<0.001**
	Psikolojik atıflar	14.00[14.00,14.00]	14.00[14.00,16.00]	0.159
	Risk etkenleri	20.00[20.00,22.00]	20.00[20.00,22.00]	0.842
	Bağışıklık	6.00[4.00,6.00]	4.00[4.00,6.00]	0.173
	Kaza veya şans	6.00[4.00,6.00]	6.00[4.00,6.00]	0.900

*Mann Whitney U test

4.6.DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Depresyon olup olmamasına göre sınıflandırılan katılımcılar HAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, hastalık tipi boyutu depresyon tespit edilen hastalarda daha yüksek bulunmuştur (p<0.001). Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda süre (akut/kronik) (p=0.012), tedavi kontrolü (p<0.001), süre (döngüsel) (p<0.001) ve duygusal temsiller (p<0.001) puanları depresif hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Kişisel kontrol puanları ise depresif hastalarda anlamlı olarak daha düşüktür (p<0.001).

Hastalık nedenleri boyutunda ise psikolojik atıflar ve kaza veya şans puanları depresif hastalarda istatistiksel açından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (p=0.047) (Tablo 15).

Tablo 45: Depresyon Olup Olmamasına Göre Sınıflandırılan Katılımcıların HAÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Depresyon yok (n=139) Medyan [25 - 75. Persantil]	Depresyon var (n=82) Medyan [25 - 75. Persantil]	P*
Hastalık tipi boyutu	3.00[1.00,4.00]	4.00[3.00,6.00]	**<0.001**
Süre (Akut/Kronik)	14.00[16.00,16.00]	16.00[16.00,16.00]	**0.021**
Sonuçlar	16.00[16.00,16.00]	16.00[16.00,18.00]	**0.002**
Kişisel kontrol	22.00[18.00,22.00]	18.00[18.00,22.00]	**<0.001**
Tedavi kontrolü	16.00[16.00,18.00]	18.00[16.00,20.00]	**<0.001**

Hastalığı anlayabilme	12.00[12.00,12.00]	12.00[12.00,18.00]	0.270
Süre (Döngüsel)	12.00[10.00,16.00]	15.50[10.00,16.00]	**<0.001**
Duygusal temsiller	14.00[14.00,18.00]	22.00[18.50,22.00]	**<0.001**
Psikolojik atıflar	14.00[14.00,14.00]	16.00[14.00,16.00]	**0.042**
Risk etkenleri	20.00[20.00,22.00]	20.00[20.00,22.00]	0.516
Bağışıklık	6.00[4.00,6.00]	6.00[4.00,6.00]	0.620
Kaza veya şans	4.00[4.00,6.00]	6.00[4.00,6.00]	**0.047**

*Mann Whitney U test

4.7. ANKSİYETE, DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Süre (akut/kronik) (sırasıyla p=0.012, rho=0.169 ve p=0.025, rho=0.151), sonuçlar (sırasıyla p<0.001, rho=0.261 ve p<0.001, rho=0.292), tedavi kontrolü (sırasıyla p=0.029, rho=0.146 ve p<0.001, rho=0.279), hastalığı anlayabilme (sırasıyla p<0.001, rho=0.270 ve p<0.001, rho=0.324), süre (döngüsel) (sırasıyla p<0.001, rho=0.271 ve p=0.004, rho=0.192), psikolojik atıflar (sırasıyla p=0.004, rho=0.193 ve p=0.002, rho=0.207) ve kaza veya şans (sırasıyla p=0.112, rho= 0.107, p=0.009, rho= 0.174) ile HAD-A ve HAD-D arasında pozitif ve zayıf korelasyon tespit edilmiştir.

Kişisel kontrol ile HAD-A ve HAD-D arasında zayıf negatif korelasyon izlenmiştir (sırasıyla p<0.001, rho=-0.229 ve p<0.001, rho=-0.238).

Duygusal temsiller ile HAD-A ve HAD-D arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur (sırasıyla p<0.001, rho=0.592 ve p<0.001, rho=0.590) (Tablo 16).

Tablo 16: HAD Puanları ile HAÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların İncelenmesi

		HAD-A	HAD-D
	Rho	0.126	0.101
	P	0.060	0.135
	N	222	224
	Rho	0,169*	0,151*
	P	**0,012**	**0,025**
	N	223	220
	Rho	0,261**	0,292**
	P	**<0,001**	**<0,001**
	N	223	220
	Rho	-0,229**	-0,238**
	P	**<0,001**	**<0,001**

	N	223	220
	Rho	0,146*	0,279**
	P	**0,029**	**<0,001**
	N	224	221
	Rho	0,270**	0,324**
	P	**<0,001**	**<0,001**
	N	224	221
	Rho	0,271**	0,192**
	P	**<0,001**	**0,004**
	N	224	221
	Rho	0,592**	0,590**
	P	**<0,001**	**<0,001**
	N	224	221
	Rho	0,193**	0,207**
	P	**0,004**	**0,002**
	N	220	217
	Rho	-0,048	-0,022
	P	0,478	0,748
	N	223	220
	Rho	-0,013	0,008
	P	0,851	0,906
	N	224	221
	Rho	0,107	0,174**
	P	0,112	**0,009**
	N	224	221

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır ** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır

5. TARTIŞMA

Araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen veriler literatürde yer alan diğer bulgular doğrultusunda tartışılacaktır. Araştırmada, diyabetes mellitus, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, osteoartrit ya da troid gibi kronik hastalıkları olan hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile hastalık algılarının etkileşiminin incelenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, kronik hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikler ile depresyon, anksiyete düzeyleri ve hastalık algıları açısından incelenmesi de amaçlanmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRMESİ

Çalışma örnekleminin %59.8'i kadınlardan oluşmaktadır. Genellikle ülkelerde yapılan araştırmalarda kronik hastalığı olan kadınların oranın erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür (3,7). Ancak gelişmiş ülkelerde birbirine yakın oranlar da saptanmıştır (122,123). Gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olan kişilerde erkeklerin araştırmaya katılmaya daha istekli olduğu ve sorunları gizlemediği söylenebilir.

Literatürde evli olanların bekarlara ya da boşanmış kişilere oranla hem fiziksel hem de zihinsel olarak daha sağlıklı olma eğilimindedir. Evli olmanın sosyal destek üzerinde olumlu etkisinin olması kronik hastalık hastalar için daha iyi fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları sağlayabilmektedir (124). Ancak çalışmamızda katılımcıların evlilik oranları %71, dul olma oranı %22.3, boşanma oranı %4.5 ve bekar olma oranı %2.2'dir. Bulgularımıza benzer biçimde Buldan, çalışmasında kronik hastalığı olanların %86,6'sının evli olduğunu bildirmiştir (3). Kronik hastalıkların görülme sürecinde fizyolojik ve biyolojik etmenlerin olması bu durumu açıklar biçimdedir. Medeni durum kronik hastalığın görülmesinden çok süreç içerisinde oluşabilecek duygusal ve psikolojik sorunların önlenmesinde etki sağlayabilir.

Örneklemin yaş ortalaması 62.4 idi. Bu durumun kronik hastalıkların yaşlılık dönemlerinde daha yaygın görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşla birlikte bireylerde kronik hastalık görülme oranı da artmaktadır. Literatürde de

kronik hastalık insidansının yaşla birlikte keskin biçimde arttığı ve kronik bir rahatsızlığı olan hastaların çoğunun 60 yaşın üzerinde olduğu görülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada da yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %80'inin bir kronik hastalığı vardır ve yaklaşık % 50'sinde en az iki hastalık olduğu belirtilmiştir (125).

5.2.KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRMESİ

Araştırma katılanların kronik hastalıklarının süresi ortalama 10.95 yıldır. Hacıhasanoğlu ve arkadaşları da birinci basamak sağlık merkezinde yer alan kronik hastalar ile yaptığı çalışmasında katılımcıların hastalık süresinin ortalama 10.59 olduğunu tespit etmiştir (126). Kronik hastalıkların uzun bir süre görülmesi ve zamanla ilerleyici olarak kalıcı olmasının bulguları açıkladığı düşünülmektedir (21,22).

Katılımcıların %58.8'inde diyabetes mellitus, %27.8'inde hipertansiyon, %6.5'inde iskemik kalp hastalığı, %3.7'sinde astım veya KOAH, %1.9'unda tiroid, %0.9'unda osteoartrit ve %0.5'inde serebrovasküler hastalık vardı. Ostbye ve arkadaşları birinci basamak sağlık hizmetlerine gelen hastaların çoğunluğunun hipertansiyon, diyabetes mellitus, osteoartrit, astım ve KOAH hastalığı gösterdiği tespit edilmiştir (127). Dünya genelinde en yaygın görülen hastalıkların KVH, KOAH, kanser ve diyabetes mellitus; ülkemizde ise hipertansiyonun görülmesi bulguları açıklar niteliktedir (7, 23).

5.3. ANKSİYETE, DEPRESYON ORANI VE HASTALIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerin depresyon gösterme oranının anksiyeteye oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir (14, 48, 67,68). Çalışmalar anksiyete oranının da normalin üzerinde (%10) gözlendiğini ortaya koysa da bu oran depresyon kadar fazla olmamaktadır (30). Literatürle uyumlu biçimde araştırmaya katılanların %37.1'inde depresyon ve %19.2'sinde anksiyete tespit edilmiştir.

Katılımcıların %67,4'ü hastalıklarının en önemli nedeninin stres, %12,9'u ırsi, %8,5'i sigaraya, %3,6'sı şansa, %2,7'si diyete, %2,2'si yaşlanmaya, %1,3'ü aşırı çalışma ve %1'i aile problemleri ve çevre kirliliği olduğunu düşünüyordu. İkinci önemli etmenler arasında hastalığın %54,5'i ırsi olması, 12,5'i diyete ve %8,9'u şansa bağlı olmasıydı. Üçüncü önemli etmenler arasında %22,8'i şans, %19,2'si vücut direncinde azalma, %12,5'i aile problemleri ve %8,9'u diyet-yemek olarak belirledi. Liman çalışmasında katılımcıların hastalığa neden olan etmenlerde en önemlisinin %21 oranında stres; ikinci önemli etmenin %12 oranında ırsi ve üçüncü etmenin ise %9 oranında diyet ve %4 oranında şans olduğunu belirtmiştir (5). Hayıroğlu da çalışmasında katılımcıların %50'sinin hastalığın en önemli nedeninin stres, %27'sinin ırsi, %13'ünün sigaraya, %3'ünün diyet, %3'ünün kötü şans, %2'sinin yaşlanmaya, %1'i aşırı çalışma ve %0.6'sı aile problemleri ve çevre kirliliği olduğunu düşünüyordu. İkinci önemli etmenler arasında hastalığın %43.3'ü ırsi olması, 16.7'si diyete ve %10'u kötü şans olarak tespit edilmiştir (128).

5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER İLE HAD VE HAÖ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Literatüre bakıldığında kadınların depresyon ve anksiyete açısından bir risk etmen olarak görülmüştür. Kadınların biyolojik ve psikolojik açılardan depresyon ve anksiyeteye yatkın oldukları belirtilmiştir (129,130). Literatürle paralel biçimde araştırmamız bulgularında, cinsiyete göre sınıflandırıldıklarında, kadınlarda HAD-A ve HAD-D değerleri erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Her ikisinde de fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buldan, Arıcı ve Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da bulgularımızla uyumlu biçimde anksiyete ve depresyon oranları kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (3, 7, 126).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında kadın ve erkek arasında hastalık algıları arasında farklar olduğu görülmüştür. Kadınlar erkeklere göre hastalıklarına yönelik daha fazla duygusal temsile sahip olabilmekte, hastalık süresinin uzayacağını düşünmekte ve daha fazla hastalık semptomu göstermektedir (131,132). Literatürle uyumlu biçimde hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve bağışıklık puanları kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha

yüksek iken, risk etkenleri puanı kadınlarda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bulgularımızla benzer biçimde Ciddi'nin hastalık algısını incelediği çalışmasında süre (döngüsel), tedavi kontrolü, duygusal temsiller ve bağışıklık puanlarının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (133).

Katılımcılar medeni durumlarına göre sınıflandırıldıklarında, bekar, boşanmış, evli ve dul gruplar arasında HAD ve HAÖ puanları açısından evli olanlarda HAD Depresyon değerleri diğer gruplara göre daha düşük tespit edilmiştir. Kayacan kronik hastalardaki hastalık algısını incelediği çalışmasında medeni durumun hastalık algısını etkilemediği belirlenmiştir (134). Bulgularımızla paralel biçimde evli olmanın sosyal desteği etkilemesi kaynaklı depresyonu önleyici etkisi olduğu belirtilmiştir (124).

Katılımcılar çocuk sayılarına göre sınıflandırıldıklarında, çocuk yok, 1-2 çocuk,3-4 çocuk ve 4 üzeri çocuk gruplar arasında HAD ve HAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ercan yaptığı çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin çocuk sayısı ile HAD puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (135). Hastalık algısına yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında çocuk sayısı değişkeninin incelenmediği görülmüştür.

Eğitim düzeyine göre kategorize edilen katılımcılarda HAD-A ve HAD-D düzeylerinin okuryazar olmayanlarda en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşük olduğu gözlenmiştir: Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kayır, kronik hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu tespit etmiştir. İlkokul mezunu olanlarda en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşük olduğu tespit edilmiştir (11). Sun ve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada eğitim durumu düşük olanların daha fazla anksiyete ve depresyon gösterdiğini bildirmektedir (136). Eğitim düzeyinin yüksek oluşu olumlu yaşam koşulları ve kronik hastalıkla başa çıkma ile bilgilenmede olumlu bir etkiye sahip olabilmektedir. Bu durum bulguları açıklar niteliktedir.

Hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları da aynı şekilde okuryazar olmayan en yüksek, lise ve altı grupta daha düşük, lise ve üstü grupta ise en düşüktür. Kişisel kontrol puanı ise lise ve üstü grupta en

yüksek, lise ve altı daha düşük, grupta okuryazar olmayan grupta ise en düşüktür. Aydın, kronik hastaların hastalık algısının eğitim düzeyine göre değiştiğini ortaya koymuştur. Bulgularımızdan farklı biçimde Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarından olan tedavi kontrolü ve duygusal temsiller puanlarının ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirtilmiştir. Bulgularımızla benzer biçimde süre (döngüsel) ve hastalığı anlayabilme puanı eğitim düzeyi ilköğretim olanlarda, eğitim düzeyi lise ve üniversite olanlara göre daha yüksektir. Kişisel kontrol puanı ise eğitim düzeyi ile birlikte artmakta ve eğitim düzeyi üniversite olanlarda daha yüksektir. Eğitim düzeyi düşük olan kişiler sorunlarla başa çıkma ve bilgi sahibi olma noktasında zorlandığı için hastalık süresini daha döngüsel algılama eğiliminde olmakta ve hastalık üzerinde kontrol sağlayamamaktadır (137).

Katılımcılar mesleklerine göre sınıflandırıldıklarında, HAD-A ve HAD-D düzeylerinin çalışmayan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek olduğu, beyaz yakalılarda daha düşük, mavi yakalılarda en düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hastalık tipi boyutu, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları çalışmayan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek; beyaz ve mavi yakalılarda ise benzerdir. Risk etkenleri puanı ise mavi yakalılarda yüksek, beyaz yakalılar ve çalışmayan grupta benzerdir. Bulgularımızdan kısmen benzer biçimde Ayyıldız, çalışmasında çalışmayan bireylerde duygusal temsiller, süre (döngüsel) ve hastalığı anlayabilme puanları çalışanlardan anlamlı olarak yüksek olmakta; risk etkenleri ve tedavi kontrolü puanları çalışan ve çalışmayan gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır (15). Bu durum, çalışan ve yüksek düzeyde bir iş statüsüne sahip bireylerin hastalıklarına yönelik korku ve anksiyetelerinin daha düşük olduğu, hastalıklarını ve hastalığın seyrini anlayabildiklerini göstermektedir. Bu durum da, çalışan bireylerin eğitim düzeyleri ve maddi kazançlarının yüksek oluşu ile açıklanabilir.

Katılımcılar gelir düzeylerine göre sınıflandırıldıklarında duygusal temsiller puanı 2300 TL altında gelir düzeyi olan grupta en yüksek, 4000 TL üstü gelir düzeyi olan grupta daha düşük, 2300-4000 TL arası gelir düzeyi olan grupta en düşüktür. Aydın, çalışmasında bulgularımızdan farklı biçimde duygusal temsiller puanının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılığa yol açmadığını belirtmiştir (137). Bulgularımızla benzer biçimde Boonsatean, çalışmasında kronik hastalığı olan

hastalarda gelir düzeyi düşük olanların duygusal temsillerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Gelir düzeyi düşük hastaların hastalıkları ile ilgili bilgileri ve yaşanan değişimleri daha az anladığı için duygusal temsillerinin fazla olduğu söylenebilir. Bununla birlikte gelir düzeyi yüksek olanların daha iyi bir tedavi ve hastalığa yönelik daha fazla bilgiye ulaşabilme imkanlarının olması da bulgularımızı açıklar niteliktedir.

Katılımcılar, birlikte yaşadığı kişiler açısından yalnız yaşayan, anne-baba, eş ve çocuklarla yaşayan ve diğerleri olarak sınıflandırıldığında, HAD ölçeği ve HAÖ ölçeği skorlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık izlenmemiştir. Bulgularımızla benzer biçimde Akın, çalışmasında yalnız yaşayan, anne-baba, eş, eş ve çocukla, eş, çocuk ve diğerleri ile yaşama ile anksiyete, depresyon ve hastalık algısı puanlarının anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (139).

Yaş ve hastalığın süresi ile HAD ve HAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, HAD-A ve yaş arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon; HAD-A ve hastalığın süresi arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bulgularımızla benzer biçimde literatürde yer alan çalışmalarda da yaş ile anksiyete düzeyi arasında negatif; hastalık süresi ile ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (3, 7, 40). Hastaların yaşı arttıkça hastalığa yönelik kabul ve uyum ile anksiyetelerinin azaldığı ancak hastalık süresi uzadıkça kayıp ve ölüm korkuları kaynaklı anksiyetenin arttığı söylenebilir.

Hastalık tipi boyutu, süre (akut/kronik) ile hastalığın süresi arasında zayıf pozitif korelasyon gözlenmiştir. Kişisel kontrol ile hastalığın süresi arasında zayıf negatif korelasyon gözlenmiştir. Tedavi kontrolü ve yaş arasında zayıf pozitif korelasyon görülmüştür. Bulgularımızla benzer biçimde Ayyıldız çalışmasında kronik hastalığın süresi ile süre (akut/kronik), kişisel kontrol ve duygusal temsiller arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte yaş arttıkça süre (akut/kronik), tedavi kontrolün azaldığı gözlenmiştir (15).

Kronik hastalıkları olanların hastalık algılarının hastalık uyumu ve süreci üzerinde etkisi olduğu bilinse de çalışmalar farklı kronik hastalıkları ele almamıştır. Bu hastalıklardan en çok hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kanserin yer aldığı görülmektedir. Astım/KOAH, iskemik kalp hastalıkları ve tiroidin çok fazla ele alınmadığı görülmüştür (13-15,17,18). Araştırma bulgularımızda da katılımcılar

kronik hastalıklarına göre sınıflandırıldıklarında, tiroid ve astım /KOAH hastalarında hastalık tipi alt boyutu puanları en yüksek gelirken, diyabetes mellitus ve hipertansiyon hastalarında daha düşük, iskemik kalp hastalarında en düşük gelmiştir.

Kronik hastalıkları olan hastalar anksiyete ve depresyon semptomları açısından yüksek risk altında olsalar da çok az çalışma bu konuda farklı kronik rahatsızlıkları olan hastaları karşılaştırmıştır. Farklı kronik rahatsızlıkları olan hastalar arasında yapılan bir karşılaştırmada kronik böbrek yetmezliğinin, astım/KOAH, diyabetes mellitusun, osteoartritin ve iskemik kalp hastalarına göre şiddetli depresyon ve anksiyete düzeylerine yatkın olduğu saptanmıştır (140). Ancak bulgularımızda HAD ölçeği ve diğer HAÖ skorlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarına başvuran hastalar genellikle psikolojik semptomlarını inkar ederek, sadece fiziksel yakınmalarını dile getirirler. Bazı hastalar da hafif ya da spesifik olmayan psikolojik yakınmalarının olduğunu bildirirler (141). Bu nedenle de anksiyete ve depresyon tedavisi alma noktasında sorun yaşamakta ve psikolojik sorunları artmaktadır. Kronik hastalığı ile birlikte anksiyete ve depresyonu olan hastaların tedavi alanlara oranla daha az semptom gösterdiği belirtilmiştir (3,5,7). Araştırma bulgularımızda da depresyon ve anksiyete tedavisi alan hastalarda, tedavi almayanlara göre HAD-A puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti. HAD-D puanlarında her iki grup arasından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

HAÖ ölçeği alt boyutlarından sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller puanları depresyon ve anksiyete tedavisi alan hastalarda, tedavi almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar da kronik hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresyonun olumsuz hastalık algısına yol açtığını ortaya koymuştur. Buna paralel olarak da bu kişilerin hastalığının yaşamı üzerinde ciddi etkileri olduğunu düşünme, hastalığı daha zor anlamakta ve duygusal temsilleri daha fazla olmaktadır (5, 17,18).

5.5.ANKSİYETE VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anksiyete olup olmamasına göre sınıflandırılan katılımcılar HAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, hastalık tipi boyutu anksiyete tespit edilen hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda süre (akut/kronik) ve duygusal temsiller alt boyutları anksiyeteli hastalarda daha yüksekken, kişisel kontrol alt boyutu anksiyeteli hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür. Bulgularımızla benzer biçimde Liman, duygusal temsiller ve sürenin (akut/kronik) anksiyete ile pozitif; kişisel kontrol ile negatif yönde ilişkide olduğu bulunmuştur (5). Bununla birlikte yurtdışında yapılan çalışmalarda da tedavilerine yönelik kontrollerinin düşük olduğu algısına sahip olanların daha fazla anksiyete gösterdiği tespit edilmiştir (143). Yoğun bir korku ve endişe yaşanan anksiyete bozukluğu bireylerin kendine ve dünyaya olan bakışlarının çarpıtılarak algılanmasına yol açabilmektedir. Her şeye yönelik olumsuz inanç sistemine sahip olan bu bireyler kendi hastalıklarına yönelik olarak da yanlış yorumlamalarla çarpık duygusal temsiller geliştirebilir ve kişisel kontrolü kaybetme hissi yaşayabilirler (38).

5.6.DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Depresyon olup olmamasına göre sınıflandırılan katılımcılar HAÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, hastalık tipi boyutu depresyon tespit edilen hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda süre (akut/kronik), tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları depresif hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Kişisel kontrol puanları ise depresif hastalarda anlamlı olarak daha düşüktür. Hastalık nedenleri boyutunda ise psikolojik atıflar ve kaza veya şans puanları depresif hastalarda istatistiksel açından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir Murphy ve arkadaşları kronik hastalığı ve eşlik eden depresyonu olan kişilerin hastalığının tedavi edilemeyeceği inancına ve hastalığı üzerinde düşük kişisel kontrole sahip olduğunu saptamıştır (143). Yapılan bir başka çalışmada da kronik hastalığa eşlik eden depresyon tanısında hastalık nedenlerinin en çok stres ya da kaza

veya şans olarak belirttiğini ortaya koymuştur (38). Bir başka çalışmada Law ve arkadaşları da kronik hastalığı ve depresyonu olan hastaların hastalık nedenleri arasında en çok şans veya kötü talih ve psikolojik atıfları (içsel faktörler) olduğunu tespit etmiştir (144). Literatüre bakıldığında depresyon tanısı alan hastaların hastalık nedenlerini daha çok psikolojik atıf ya da şans gibi içsel etmenlere bağladığını ve bunlarla başa çıkamadıkları için hastalık algılarının olumsuz olduğunu ortaya koymuştur (145-146).

5.7. ANKSİYETE, DEPRESYON VE HASTALIK ALGISI BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Süre (akut/kronik), sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), psikolojik atıflar ve kaza veya şans ile HAD-A ve HAD-D arasında pozitif ve zayıf korelasyon tespit edilmiştir. Kişisel kontrol ile HAD-A ve HAD-D arasında zayıf negatif korelasyon saptanmıştır. Duygusal temsiller ile HAD-A ve HAD-D arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Bulgularımızla benzer biçimde Aksan ve Gizir, süre akut/kronik, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve depresyon ile anksiyete arasında pozitif; kişisel kontrol ile negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır (19). Benzer biçimde Ünal da duygusal temsiller, süre (akut/kronik) ve psikolojik atıflar arasında pozitif; kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutları arasında ise zayıf negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir (14).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığa sahip olmak bireylerin uzun vadede hem fizyolojik hem psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalığa sahip olanlarda en çok anksiyete ya da depresyon gözlenmektedir. Bu noktada gözlenen anksiyete ve depresyon semptomları kronik hastalığın prognozunu kötüleştirmekte, tedaviye uyumu düşürmekte ve hastalığa yönelik algıları da olumsuz etkilemektedir. İki yönlü etkileşime sahip olan psikiyatrik bozukluklar ve hastalık algısı kronik hastalığa yönelik birçok alanı etkileyen önemli bir etkendir.

Kronik hastalıkları olan kişiler ile yaptığımız araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre, 18 yaş üstü kronik hastalığı olan kişilerin anksiyete ve depresyon tanısı ile hastalık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı. Çalışmaya katılanların büyük oranda depresyon gösterdiği, anksiyete tanısının da azımsanamayacak ölçüde olduğu gözlendi. Kronik hastalığı olan kişilerin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile anksiyete, depresyon ve hastalık algıları arasında anlamlı farklılıklara rastlandı.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Sosyodemografik değişkenler çok sayıda çalışmada incelenmiş ancak çalışmada ele alınan sosyodemografik değişkenlerden birçoğu hastalık algısı ve psikiyatrik tanılarla ilişkilerde değerlendirilmemiştir. Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda bu değişkenlerin dahil edilerek genişletilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

- Kronik hastalığı olan kişiler özelliklerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından hastalık algısının yordayıcısı niteliğindedir. Bu nedenle çalışma örnekleminin farklı il ve hastanelerin dahil edilerek yapılmasının, toplumda en yaygın görülen psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon ve anksiyete bozukluklarının etkilediği hastalık algısına yönelik önleyici çalışmaların yapılabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

-Birden fazla kronik hastalık sahibi olma ile birlikte anksiyete ve depresyon tanısı almak hastalık algısını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan kişilerin ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların arttırılmasının ve hastalık algısına olan

etkisinin ayrıntılı biçimde ele alınmasının toplum ruh sağlığı ve tedaviye uyum ile prognozunu iyileştirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

- Literatürde çoklu hastalıklarda anksiyete, depresyon ve hastalık algısı ile yapılan çalışmaların sınırlı olduğu ve yapılan çalışmaların tek bir hastalık üzerinden geliştirildiği görülmektedir. Bu nedenle alanda kronik hastalıklar ve ele aldığımız değişkenlerin dahil edildiği ilerleyici çalışmalar yapılmasının ve çalışmaların arttırılmasının sadece ruh sağlığı açısından değil, tüm kronik hastalıkların tedavi sürecine de olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409-416.

2. World Health Organization (WHO) (2007). *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva: World Health Organization.

3.Buldan, Ö. (2017). *Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Denizli.

4. Evans, D. L. & Charney, D. S. (2003). Mood disorders and medical illness: A major public health problem.*Society of Biological Psychiatry,* 54, 177-180.

5. Liman, T. (2011).*Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algılamaları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki.*Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

6.Atasoy, V., Anaforoğlu, İ., Algün, E. & Kutanis, R. (2013). Depression, anxiety and quality of life among adult turkish patients with type 1 diabetes mellitus. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism,* 17(2), 28-32.

7.Arıcı, H. (2018). *Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özellikleri Etkileşimi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Gaziantep.

8.Gagnon, L. M. & Patten, S. B. (2002). Major depression and its association with long-term medical conditions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 149-152.

9.Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J. & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care,* 27(5), 1066-1070.

10.Baktıroğlu, G. (2010). *Hemodiyalize Giren ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması*.Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul.

11.Kayır, T. (2019). *Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma*.Uzmanlık Tezi. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çorum.

12.Orhan, Ç. (2019). *Meme Kanserli Kadınlarda Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Edirne.

13. Armay,Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan,S.(2007). Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*,10,192-200.

14.Ünal, Ö. (2015). *Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesi, Fonksiyonel Kapasite, Özürlülük ve Depresyonla İlişkisi*.Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,Samsun.

15.Ayyıldız, N. (2016). *Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi*.Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Erzurum.

16. Kocaman,N., Okanlı, A., Yılmaz, E., Karahisar, F., Ozkan, S., Uysal, Y. & Akpınar, E. (2013).Illness perception and depression of type 2 diabetic patients. *Cukurova Medical Journal*,38:31-40.

17.Uysal, Y. ve Akınar,E. (2013). Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,38(1),1-40.

18.Kantarcıoğlu, A., Demirkaya,M. & Sevinir,B.(2019). Kanser tanısı alan ergenlerde hastalık algısı ve duygu durumunun incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*,26(2),81-88.

19.Aksan, A. & Gizir,A.C.(2019). Meme kanseri tanısı almış kadınların hastalık temsilleri ve başa çıkma tarzları ile kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi.*Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*,9(54), 623-658.

20. Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.

21. Gültekin G. & Baran G. Hastalık ve çocuk. *Aile ve Toplum,* 2005; 2 (9):1-8.

22.World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

23.World Health Organiztion (WHO)(2020).Chronic diseases and health promotion. https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/

24. Morris, G. C. (2002). *Psikolojiyi anlamak:Psikoloye giriş*. Çev: İ. Dağ.Ankara:Türk Psikologlar Derneği.

25. Özdemir, Ü. & Taşçı,S.(2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,1(1),57-72.

26. Akdemir, N. & Birol L. (2020). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*.Ankara:Akademisyen Kitabevi.

27. Polat,S. & Kutlu,Y.F.(2019). Ruhsal bozukluklarda hastalık yönetimi ve iyileşme programı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 111-115

28. Ateşci, F. Ç., Karadağ, F. & Oğuzhanoğlu, N. K. (2000). Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 148-156.

29. Emiroğlu,N.F. ve Akay,A.(2008). Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,22(2),99-105

30. Wells, K. B., Golding, J. M. & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American journal of psychiatry*, 145(8), 976-981.

31. Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*,4,12-16.

32. Demir, S., Bulut, M., İbiloğlu, O.A., Güneş,M. ve diğ. (2016). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki komorbid somatik hastalıklar. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg.,*7(26),1-10.

33. Jones, D. R., Macias, C., Barreira, P. J., Fisher, W. H., Hargreaves, W. A. & Harding, C. M. (2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *55*(11), 1250-1257.

34. Lambert, T. J., Velakoulis, D. & Pantelis, C. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, *178*(9), 67-70.

35. Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P. ve diğ. (2003).Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? *Klinik Piskiyatri*,6, 27-31.

36. Budak,S.(2009).*Psikoloji sözlüğü*.Ankara:Bilim ve Sanat.

37.Davison, G.C. & Neale, J.M. (2011). Anormal psikolojisi.Çev:İ.Dağ.Ankara Türk Psikologlar Derneği

38.Özakkaş T. (2014). *Anksiyete bozuklukları ve tedavisi*. İstanbul:Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

39. Gökalp, P.G. (2003). *Stress, anksiyete ve kadın*. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, 165-173.

40. Şahin, L. (2015). Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İzmir.

41. Öztürk, M.O. & Uluşahin, N.A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

42. Sayar K, Ak İ (2001) The predictors of somatization: A review. *Bull Clin Psychophar*, 11,266-271.

43.Alkın, T. &Alptekin, K. (1995). Yaygın anksiyete bozukluğu.*Anksiyete Monografları Serisi*, (4),149-188.

44. Köroğlu, E. (2014). Amerika Psikiyatri Birliği (APA). DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.

45. Harter, M. C., Conway, K. P. & Merikangas, K. R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 313-320.

46.Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. et al. (2008).Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 208-225.

47. Korkmaz, T. & Tel, H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete,depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi***,**13(2),79-86.

48. Altan, L.,Bingöl, Ü., Sağırkaya, Z., Sarandöl, A. & Yurtkuran, M.(2004).Romatoid artritli hastalarda Anksiyete ve depresyon. *Romatizma*,19(1),7-13.

49. Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., An, K. & Sheahan, S. (2007). Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69(1),10-16.

50. Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Koenig, W. & Brenner, H. (2007). Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(4), 547-554.

51. Erşan,E.E., Kelleci,M. & Baysal,B.(2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış.*J Clin Psy*.,16(4),214-224.

52. Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. and Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of* 74 *Psychosomatic Research*, 53(6), 1053-1060.

53. Beyoğlu,M.M.(2019). *Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması*.Uzmanlık Tezi.Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,Van.

54. Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G. et. al.(2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*(2), 89-99.

55. Baysal, Z. B., Seber, G., Kaptanoğlu, C. & Tekin, D. (1994). Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda kişilik değerlendirmesi:Kısa hipertansiyon ölçeği.*Psikiyatri,Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi,* 2(2), 147-150.

56. Cheung, B., Au, H.Y, Chan, S.Y., Lam, C.M.et al.(2005). The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese.*Exp Clin Cardiol*,10(1),21-24.

57.Tabakçı, S. (2019). *Hipertansiyon nedeniyle takipli hastalar ile kronik hastalığı olmayan çocukların anksiyete düzeylerinin ve ailelerinin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması*.Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.

58. Aydoğan, Ü., Mutlu, S., Akbulut, H., Taş, G. ve diğ. (2012). Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*,4(2),1-5.

59.Jonas, B.S., Franks, P. & Ingram, D.D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med*.,6,43–49.

60. Markovitz, J.H., Jonas, B.S. &, Davidson, K. (2001).Psychologic factors as precursors to hypertension. *Curr Hypertens Rep*.,3,25–32.

61. Rutledge, T. & Hogan B.E. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med*.,64,758–766.

62.Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L. ve diğ. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*,17,87-93.

63. Ünüvar,E.(2017).*Erken evre kanser hastalarında psikoeğitimin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi*.Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir

64. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2014). *Dsm-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

65.Türkçapar, H. (2018). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: Depresyon*.İstanbul:Epsilon.

66. Tsay, S.L. & Healstead, M. (2002). Self-care self efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 39*(3), 245–251.

67. Silverstone, P.H. (1996). Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in the medically ill. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2), 161–170.

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

69. Cavanaugh, S.V.A., Furlanetto, L.M., Creech, S.D. & Powell, L.H. (2001). Medical ıllness, past depression, and present depression: A predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry***,**158, 43-48.

70. Tamam, L. & Öner, S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi***,**1, 50-60.

71.Simon,G. (2001). Treating depression in patients with chronic disease. *West J Med*.,175(5),292–293.

72.Unützer, J., Patrick, D. L., Marmon, T., Simon, G. E. & Katon, W. J. (2002). Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2,558 older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 521-530.

73.Baycılı, Ü., Arkonaç,O. & Erkoç,Ş.(1991). Hipertansiyonda mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları.*Düşünen Adam*,4(2),55-57.

74.Scalco, A.Z., Scalco, M.Z., Azul, J.B.S., & Lotufo, F. (2005). Hypertension and depression. *Clinics*, 60(3), 241–250.

75.Mete, H. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri,11(3),3-18.

76.Adamis, D. & Ball, C. (2000) Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: Prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 248-253.

77. McLaughlin, K.A. (2011). The public health impact of major depression:A call for ınterdisciplinary prevention efforts. *Prevention Science,*12(4), 361–371.

78. Jonas, B.S., Franks, P. & Ingram, D.D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Evaluation Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of Family Medicine*,6,43–49.

79. Grimsrud, A., Stein, D. J., Seedat, S., Williams, D. & Myer, L. (2009). The association between hypertension and depression and anxiety disorders: Results from a nationally representative sample of South African adults. *PloS One*, 4(5), 1-9.

80.Demirok, A. (2006). *Elazığ ilinde diabette depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler*.Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Elazığ.

81.Roy, T. & Lloy C.E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes:A systematic review.J Affect Disord, 142, 8-21.

82.Ren, Y., Yang, H., Browning, C., Thomas, S. & Liu,M.(2014).Prevalence of depression in coronary heart disease in China:A systematic review and meta-analysis.*Chin Med J,* 127 (16),2991-2998.

83.Rekleiti M, Roupa Z, Ioannis,K. & Wozniak,G.(2012).Self-assessment of depression in patients with diabetes mellitus and its correlation with complications. *Arch Hell Med*.,29,599-605.

84.Yıldırım, İ. (2018). *Bir tıp fakültesi hastanesi diyabet polikliniğine başvuran tip 2 diabetes mellitus'lu bireylerde depresyon semptomları ve özbakım aktiviteleri*.Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi,İstanbul.

85.Yiğitbaş, D. (2020). *Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda uyku kalitesi ve depresyonun iyilik durumu üzerine etkisi*.Uzmanlık Tezi.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi,Hatay.

86.Lou, P., Zhu, Y., Chen, P., Zhang, P. et al. (2012). Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study.*BMC Pulmonary Medicine*, 12(1),1-9.

87.Sode, B.F. Dahl, M. & Nordestgaard,B.G.(2011).Myocardial infarction and other co-morbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Danish nationwide study of 7.4 million individuals.

Eur Heart J., 32(19),2365-2375.

88.Doyle, T., Palmer, S. Johnson, J.,Babyak, M.A. & Smith, P. (2013).Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease.*Int J Psychiatr Med*., 45(2),189-202.

89.Salte, K. Titlestad, I. & Halling,A.(2015).Depression is associated with poor prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease-a systematic review.*Dan Med J*., 62 (10),5-17.

90. Hong, J.S. & Tian,J.(2014).Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients.*Support Care Canc*, 22(2),453-459.

91.Krebber, A.,Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I. et al.(2014).Prevalence of depression in cancer patients:A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments.*Psycho Oncol*, 23(2),121-130.

92. Clarke, D.M. & Currie, K.C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases:A review of the epidemiology, risk and treatment evidence.*Med J Aust*,190 (7),54-S60.

93. Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. & Greig,D.(2012).Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age.*J Affect Disord*,141(2),343-351.

94. Sullivan, M.D., Levy, W.C., Crane, B.A. Russo, J.E. et. al. (2004).Usefulness of depression to predict time to combined end point of transplant or death for outpatients with advanced heart failure**.***Am J Cardiol*, 94 (12),1577-1580.

95.Yohannes, A., Willgoss, T., Baldwin, R. & Connolly,M.(2010).Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease:Prevalence, relevance, clinical implications and management principles.*Int J Geriatr Psychiatr*, 25 (12),1209-1221.

96.Rudisch, B. & Nemeroff,C.B.(2003).Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression.*Biol Psychiatry*, 54 (3),227-240.

97. Ren, Y., Yang, H., Browning,C., Thomas, S. et. al. (2014).Prevalence of depression in coronary heart disease in China: a systematic review and meta-analysis.*Chin Med J.*, 127(16),2991-2998.

98. Alegre,P.(1999). The role of depression in coronary artery disease. *Arq. Bras. Cardiol*.,73(2),244-250.

99.Frasure-Smith, N. & Lespérance, F. (2006). Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*,51(12), 730–737.

100.Ladwig, K.W., Kieser, M., Konig, J., Breithardt,G. et al. (1991). Affective disorders and survival after acute myocardial infarction: results from the post-infarction late potential study. *Eur Heart J*.12,959-964.

101.Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B., Blumenthal, J. A. et. al. (2008). Depression and five year survival following acute myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Affective Disorders,* 109(1-2), 133–138.

102. Petrie, K. J., Jago, L. A. & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.

103.Husson, O., Thong, M.S., Mols, F., Oerlemans, S. et al. (2013).Illness perceptions in cancer survivors: What is the role of information provision? *Psychooncology*,22,490-498.

104. Foxwell, R., Morley, C. & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research,* 75(3), 211–222.

105. Armay, Z. (2006). *Hastalık Algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul.

106. Acehan, O. (2010). *Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi*.Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,Adana.

107.Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. & Özkan,S.(2007). Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,8, 271-280.

108. Aberkane,S.(2016). Illness perceptions and disability levels among older adults with chronic illness. *Iran J Public Health*,45(5),710–712.

109. Choudhry, F.R., Mani, V., Ming, L. & Khan, T.M. (2016).Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*,12, 2807-2818.

110. Tiemensma, J., Kaptein, A. A, Pereira, A. M., Smit, J. W.A., Romijn, J. A. & Biermasz, N. R. (2011). Negative illness perceptions are associated with impaired quality of life in patients after long-term remission of Cushing's syndrome. *European Journal of Endocrinology*, 165, 527–535.

111. Husain, M. O., Dearman, S. P., Chaudhry, I. B., Rizvi, N. & Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *4*, 4-8.

112. Wisting, L., Bang, L., Skrivarhaug, T., Dahl, K. et. al. (2015).Adolescents with type 1 diabetes-the ımpact of gender, age, and health-related functioning on eating disorder psychopathology.*PloS One*,10(11),1-10.

113. Albargawi, M., Snethen, J., Gannass, A. A. L., & Kelber, S. (2016). *Perception of persons with type 2 diabetes mellitus in Saudi Arabia. International Journal of Nursing Sciences,* 3(1), 39–44.

114. Theophilou, P. (2012).Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. *Int Urol Nephrol*,44,245-253.

115. Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016). Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. *Clinical Kidney Journal*, 9(3), 494–502.

116. Dilek,A.(2018). *Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda tedaviye uyumla ilişkili faktörler:Anksiyete, depresyon, hastalık algısı*.Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Aydın.

117.Hopman, P. & Rijken, M. (2014). Illness perceptions of cancer patients:Relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11–18

118.Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*,67,361-370.

119.Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. & Kültür, S. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,8(4), 280-287.

120. Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne,R.(1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 11,431-445.

121. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie,K., Horne, R. et al. (2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*, 17,1-16.

122. Gutierrez, J. & Long, J.A. (2011). Reliability and validity of diabetes specific health beliefs model scales in patients with diabetes and serious mental illness. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92(3),342-347.

123. Peyrot, M., Rubin, R.R., Kruger, D.F. & Travis, L.B. (2010).Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care*, 33(2),240-245.

124. Sherbourne, C.D. & Hays,R.D.(1990). Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. J Health Soc Behav.,31(4),328-343.

125. Prasad, S., Sung, B., & Aggarwal, B. B. (2012). Age-associated chronic diseases require age-old medicine*: Role of chronic inflammation. Preventive Medicine*, 54, 29-37.

126. Hacıhasanoğlu, R.,Karakurt, P.,Yıldırım,A. &. Uslu,S.(2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*,9(3),209-216.

127. Ostbye, T., Yarnall, S.H., Krause, M.K.,. Pollak, I.K. & Gradison, M. (2005). Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *The Annals of Family Medicine*,3(3), 209–214.

128. Hayıroğlu,S.(2018). *Kas iskelet sistemi kökenli kronik hastalıklardan fibromiyalji, romatoid artrit, generalize osteoartrit ve nöropatik ağrıda hastalık algısının önemi.*Uzmanlık Tezi.Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,İstanbul.

129.Boyd, J. H. & Weissman, M. M. (1981). Epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 38(9), 1039-1046.

130.Ünal, S. & Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.

131. O'Neill, E.S. (2001). The Symptom Experience of Women with Chronic Illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33,257-268.

132. Grace, S.L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H. et al. (2005). İllness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Phsychosomatic Research*,59,153-160.

133. Ciddi,S. (2010). Kalp yetmezliği olan bireylerde cinsiyetin hastalık algısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

134.Kayacan,Ç.(2010). *Kronik hastalıklarda hastalık algısının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul.

135.Ercan,C.M.(2014).*Hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeği'nin ergen yaş grubunda geçerlik ve güvenirlik çalışması*.Uzmanlık Tezi.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,İzmir.

136. Sun, N., Lou, P., Shang, Y., Zhang, P. et. al. (2016). Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(8),1-8.

137.Aydın,B.H.(2019).*Kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik özellikleri ve stresle baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.*Yüksek Lisans Tezi.Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü,Muğla.

138. Boonsatean, W., Rosner, D.I. Carlsson, A. & Östman,M.(2016). The influences of income and education on the illness perception and self-management of thai adults with type 2 diabetes.*Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*,3(17),1-8.

139.Akın,İ.A.(2013).*Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyon.* Yüksek Lisans Tezi,Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul.

140. Bayat, N., Alishiri, H.G.,Salimzadeh, A. & Izadi,M.(2011). Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions.*Journal of research in medical sciences*,16(11),1441-1447.

141. Sertöz, Ö.Ö. & Mete, H.E. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon.*Klinik Psikiyatri*,7(2),63-69.

142. Skinner, T.C. & Edgar, K.A. (2003).Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7),485–493.

143.Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. & Bernstein, R. (1999). Depression,illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*,46(2),155–164.

144. Law, G.U., Kelly, T.P., Huey, D. & Summerbell, C. (2002). Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: Do illness representations play a regulatory role? *Journal of Adolescent Health*,31,381-385.

145. Rutter, C. & Rutter, D. (2002).İllness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). British Journal of Health Psychology,7,377–391.

146.Wilgen, C.P., Ittersum, W.M., Kaptein, A. & Wijhe, M. (2008). İllness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthrıtıs & Rheumatısm*,58(11),3618-3626.

8. EKLER

EK-1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

ADI-SOYADI :

YAŞ :

CİNSİYETİ :

MEDENİ DURUM : a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

ÇOCUK SAYISI : a) Yok b) 1-2 çocuk c) 3-4 çocuk d) 4' ten fazla

EĞİTİM DURUMU : a) Okuryazar değil b) Lise altı c) lise ve üstü

MESLEĞİ : a) Beyaz Yaka b) Mavi Yaka c) Çalışmıyor

AYLIK GELİR DÜZEYİ : a) 2.300 altı b) 2.300-4.000 arası c) 4.000 den fazla

BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER : a) Yalnız b) Anne ve/veya baba c) Eş ve çocukları ile d) Geniş aile e) Diğer

KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI ? : a) Var b) Yok

VARSA HANGİLERİ ? : a) Diyebetes mellitus b) Hipertansiyon c) İskemik kalp hastalığı d) Serebro vasküler hastalık e) Osteoartrit f) Troid g) Astım-KOAH h) İnkontinans

HASTALIĞINIZ SÜRESİ NE KADAR ? :

DEPRESYON VE ANKSİYETE TEDAVİSİ GÖRÜYOR MUSUNUZ? : a) Evet b) Hayır

KULLANDIĞINIZ İLAÇLAR :

EK-2 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç

gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki

kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu

olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman

- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az

- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-3 Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim: Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

Hastalığımın başlangıcından

	Bu belirti bu belirtiyi yaşadım		*hastalığımla bu yana ilgili*
Ağrı	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Boğazda yanma	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Bulantı	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Soluk almada güçlük	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Kilo kaybı	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Yorgunluk	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Eklem sertliği	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet
Gözlerde yanma	Evet Hayır	Hayır	---------- Evet

Hırıltılı soluma	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet
Baş ağrıları	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet
Mide yakınmaları	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet
Uyku güçlükleri	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet
Sersemlik hissi	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet
Güç kaybı	Evet Hayır	Hayır ----------	Evet

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					

17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virus					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					

Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

1.
2.
3.