

T. C .
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OSTOMİLİ HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN, BAKIM VERİCİLERİN DEPRESYON DÜZEYİ İLE
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan
Azize EMEK**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER**

İstanbul – 2016

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Azize EMEK
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin, Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi İle İlişkisinin Araştırılması
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 24/11/2016
- SAYFA SAYISI** : 98
- TEZ DANIŞMANLARI** : Yrd.Doç.Dr.Güzin Mukaddes Sevinçer
- DİZİN TERİMLERİ** : Stoma, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Kolostomi
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu araştırma stomalı hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile stomalı hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada stomalı hastalara ve bu hastalara bakım veren bireylere anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığı sonuçlarına ulaşılmıştır.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Azize EMEK

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**OSTOMİLİ HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN, BAKIM VERİCİLERİN DEPRESYON DÜZEYİ İLE
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Azize EMEK

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İstanbul – 2016

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Azize EMEK

24/11/2016

JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Azize EMEK' in "Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin, Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi İle İlişkisinin Araştırılması" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Yrd. Doç. Dr. Necmettin AKSOY

Üye

Yrd. Doç. Dr. Güzin M. SEVİNÇER
(Danışman)

Üye

Yrd. Doç. Dr. Onur Okan DEMİRCİ

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... / / 2016

İmzası

Doç. Dr. Ragıp Kutay KARACA

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın amacı kolostomili ve ileostomili hastalarda depresyon anksiyete ve yaşam kalitesi faktörlerini incelemek, bu faktörleri etkilediğini düşündüğümüz stoma bakımı ile ilgilenen hasta yakınının depresyon ve anksiyetesini araştırmak, hasta yakınının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile hastaların depresyon ,anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır. Araştırmanın örneklemini 29 erkek ve 21 kadın olmak üzere 50 hasta, 39 kadın ve 11 erkek olmak üzere 50 hasta yakını oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak depresyon düzeyini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği, yaşam kalitesini ölçmek amacıyla ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeği ve sosyodemografik özellikleri araştırmak amacıyla kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hasta ve hasta yakınlarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının depresyon düzeyinin hastaların depresyon düzeyini etkilediği ve hasta yakınının depresyon düzeyi arttıkça hastanın da depresyon düzeyinin arttığı görülmüştür. Hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastaların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu ve hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin bundan olumsuz etkilendiği ortaya konulmuştur.

Demografik değişkenler açısından bakıldığında hem hastalarda hem de hasta yakınlarında anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Hasta yakınları ve hastaların çalışma durumlarına göre çalışanların anksiyetelerinin yüksek olduğu, yaş arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı, evli bireylerin anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, öğrenim süresi daha fazla olanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, kadınların anksiyete düzeylerinin ise daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bakım veren hasta yakınının depresyon ve anksiyete düzeyi azaldıkça hastalarında depresyon ve anksiyetelerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Stoma, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Kolostomi

SUMMARY

This study aims to examine the quality of life and to compare with colostomy patients and patients relatives. The sample of the research carried out with 50 patients who are 29 men and 21 women, and 50 patients relatives who are 39 women and 11 men. Target of this study/ research is depression, anxiety level and examination of the quality of life and comparison with each other of colostomy the patients and the patient relatives.

Several data collection techniques are/were used in the study. Beck depression scale is/was used to the purpose of the level of depression. Beck anxiety scale was used for/to measure the level of anxiety. The measure quality of life scale was used for/to quality of life inventory. Personal information form was used for/to the socio-demographic characteristics.

According to research results, the patients and the patient relatives, there is a significant relationship in terms of depression, anxiety and quality of life. The Level of depression of patient relatives are effects level of depression of the patient. Level of depression of the patient relatives and anxiety effects quality of life of the patient. And also, the patient relatives of Level of depression and anxiety effects the quality of life of patient. while quality of life of the patient has effected negative, the patient relatives level of depression and anxiety increases. both the patient relatives and the patient found out significant results In terms of demographic variables. The Patients relatives, work status of the patient, age, sex(gender), marital status, period of education were concluded to be effective in/on depression and anxiety.

Keywords: stoma, colostomy, depression, anxiety, quality of life.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
SUMMARY	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar LİSTESİ	VI
EKLER LİSTESİ	X
ÖNSÖZ	XI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	4
1.1. PROBLEM	4
1.1.1. Problemler.....	4
1.2. HİPOTEZLER	6
1.3. SINIRLILIKLAR	6
1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	7
İKİNCİ BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	8
2.1. STOMA	8
2.1.1. Kolostomi	13
2.1.1.1. Kolonun Açıldığı Bölgeye Göre Kolostomi Tipleri.....	14
2.1.1.2. Yapılış Şekillerine Göre Kolostomiler.....	15
2.1.2. İleostomi.....	16
2.1.2.1.İleostomi tipleri	16
2.1.3. Stoma Süresi Bakımından Stoma Tipleri	17
2.1.3.1.Kalıcı Stomalar	17

2.1.3.2. Geçici Stomalar	17
2.2. DEPRESYON	18
2.2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi.....	18
2.2.2. Depresyonun Belirtileri	23
2.2.3. Depresyonun Tanı Ölçütleri	24
2.2.4. Depresyonun Nedenleri.....	27
2.2.5. Sağlık ve Depresyon	29
2.2.6. Kişilik Yapıları ve Depresyon	29
2.2.7. Depresyonu Açıklayan Kuramlar	30
2.3. ANKSİYETE	33
2.3.1. Anksiyetenin Tanımı	33
2.3.2. Anksiyete Belirtileri.....	35
2.3.3. Anksiyete Bozuklukları	36
2.4. STOMA YAŞAM KALİTESİ.....	38
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinin Klinikte Yararları.....	41
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM ve TEKNİKLERİ.....	42
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	42
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	42
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)	42
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri(BDE)	43
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	43
3.3.4. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	43
3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	43
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	45
ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI	77

SONUÇ VE ÖNERİLER	88
SONUÇ.....	88
ÖNERİLER	95
KAYNAKÇA	97
EKLER	-
ÖZGEÇMİŞ	-



TABLolar LİSTESİ

		Sayfa
Tablo 1	Araştırmaya Katılan Hastaların Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=50)	44
Tablo 2	Hastaların Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı	47
Tablo 3	Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı	47
Tablo 4	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	48
Tablo 5	Hastaların Yaşları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	49
Tablo 6	Hastaların Öğrenim Süreleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	50
Tablo 7	Hastaların Beden Kitle Endeksleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	51
Tablo 8	Hastaların Çalışma Durumları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması	52
Tablo 9	Hastaların Medeni Durumlarına Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	53
Tablo 10	Hastaların Hangi Tür Stoma Tipine Sahip Oldukları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması	54
Tablo 11	Hastaların Ostomi Yaşama Süreleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları	55

	Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Tablo 12	Hastaların Gördükleri Tedavi Türlerine Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	56
Tablo 13	Hastaların Başka Rahatsızlıkları Olup Olmamasına Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	57
Tablo 14	Hastaların Bakımlarını Nasıl Yaptıkları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması	59
Tablo 15	Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi	60
Tablo 16	Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi	61
Tablo 17	Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Anksiyete Üzerine Etkisinin İncelenmesi	61
Tablo 18	Hastaların Anksiyete Ölçeğinden ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
Tablo 19	Hastaların Depresyon Ölçeğinden ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	63
Tablo 20	Hastaların Anksiyete Ölçeğinden ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	64
Tablo 21	Araştırmaya Katılan, bakımını üstlenen primer aile bireylerinin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=50)	64
Tablo 22	Bakım Veren Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı	66
Tablo 23	Bakım Veren Bireylerin Yakınlarının Kim Olduğu İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması	67
Tablo 24	Bakım Veren Bireylerin Sosyal Güvencesinin Olup Olmamasına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları	67

	Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	
Tablo 25	Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermek Psikolojik Değişiklik Yaşamaya Sebep Olma Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	68
Tablo 26	Bakım Veren Bireylerin Ostomi Bakımı ile İlgili Eğitim Alıp Almadığına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	69
Tablo 27	Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	70
Tablo 28	Bakım Veren Bireylerin Öğrenim Süreleri İle Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	71
Tablo 29	Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	71
Tablo 30	Bakım Veren Bireylerin Yaşları İle Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	72
Tablo 31	Bakım Veren Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	72
Tablo 32	Bakım Veren Bireylerin Tıbbi Bir Hastalığı Olup Olmadığına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması	73
Tablo 33	Bakım Veren Bireylerin Anksiyete Ölçeğinden ve Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	74
Tablo 34	Bakım Veren Bireylerin Depresyon Ölçeğinden ve Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	75
Tablo 35	Bakım Veren Bireylerin Anksiyete Ölçeğinden ve Hastaların	75

Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 36

Bakım Veren Bireylerin Depresyon Ölçeğinden ve Hastaların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

76



EKLER LİSTESİ

- EK-A** KİŞİSEL BİLGİ FORMU(HASTALAR)
- EK-B** KİŞİSEL BİLGİ FORMU(HASTA YAKINLARI)
- EK-C** BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ
- EK-Ç** BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ
- EK-D** STOMA YAŞAM KALİYESİ ÖLÇEĞİ
- EK-E** BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
- EK-F** ANKET UYGULAMASI İÇİN ETİK KURUL RAPORU
- EK-G** ANKET UYGULAMA İZİNİ İÇİN BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

ÖNSÖZ

Bu çalışma stoma ile yaşayan bireyin ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini göz ardı etmemek, biyolojik olarak iyileştirme çalışmalarının yanında ruhsal ve sosyal yönden de desteklenmesi gerekliliğini ortaya koymak adına yapılmıştır. Stoma ile yaşayan bireyin bu süreci atlatmasında yakın çevresinden, ailesinden bir bireyin de bakımı üstlenip stoma bakımı ile ilgili eğitim aldıktan sonra stomalı bireye destek olduğu bilinmektedir. Stomalı bireye destek olan bakım verici genelde anne, baba, evlat ya da eş olabilmektedir. Bakım verici de bu süreçte hiç karşılaşmadığı birtakım olaylarla baş etmek zorunda kalmakta, stomanın varlığından en az hastalar kadar endişe duymaktadır. Bu süreç hem stomalı bireyi hem de bakım vericiyi depresyon ve anksiyete bakımından ne derece etkilediği ortaya konulmaya çalışılmıştır. Böyle sıkıntılı bir süreçte olmalarına rağmen yaşantılarını benimle paylaşıp bu çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan hasta ve hasta yakınlarına teşekkürü bir borç bilir, bundan sonraki yaşamlarını umut ve mutluluk dolu geçirmelerini dilerim.

Bu çalışmayı yaparken her aşamada bilgi, birikim ve tecrübeleriyle yanımda olan ve tezimi başarıyla tamamlamamda yardımlarını esirgemeyen tez danışmanın Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her adımında destek olan aileme, tezin ilerleyişine ivme kazandıran her duraksamamda enerjime enerji katarak destek olan biricik sözlüm Serdar Cıbrır'a, tezimin muhatablarına uygun hale getirilmesinde üstün editörlük yeteneği ile katkıda bulunan Usman Rustamov'a, cerrahi klinik şefi Doç. Dr. Hasan Bektaş'a, özgün fikirleri ile destek veren Doç. Dr. Soykan Arıkan'a, sabrıyla bana destek olan cerrahi sorumlu hemşiresi Cemile Sarımeahmetoğlu'na, fikirleri ve yüreklendirmeleri ile bana destek olan tüm arkadaş ve hocalarıma teşekkür ederim.

GİRİŞ

Stoma Yunancadan gelen bir kelime olup ağız açıklık anlamına gelmektedir. Gastrointestinal kanalda hekimler tarafından iç organların cerrahi müdahale ile vücut dışına ağızlaştırılması anlamında da kullanılmaktadır.¹ Başlıca stoma tipleri ileostomi, kolostomi ve üreterostomidir. Kolostomi; kalın bağırsağın karın dışına herhangi bir sfinkter kontrolü olmaksızın ağızlaştırılmasıdır. İleostomi ise ince bağırsağın ağızlaştırılmasıdır. Kolostomi ve ileostomi koruyucu ve tedavi edici amaçla uygulanır. Kolostomi ve ileostomiler bu amaçlar doğrultusunda değişik hastalık durumlarında veya acil cerrahi girişimler sırasında açılmaktadır. Hastalar gerek esas hastalığı ve gerekse oluşturulan yeni yaşam tarzı nedeni ile bu ameliyatın sonuçlarından büyük rahatsızlık duyar ve genellikle bu ameliyatı bir olumsuzluk olarak algırlarlar.²

O' Shea (2001)'ye göre ostomi cerrahisi planlandığı zaman cinsiyet ayrımı olmaksızın beden imajındaki bozulmadan dolayı anksiyete ve depresyon yaşarlar. Ameliyat öncesi eğitim bu duyguların azalmasına, sürecin daha uyumlu ve kolay atlatılmasına yardımcı olur. Böylelikle kişilerin yaşam kaliteleri de yükseltilmiş olur. Fatma Vural ve Figen Erol hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde uzmanlaşmış danışmanlığın olumlu etki yaratacağını savunmuştur. Hasta ve ailesine ostomi yönetimi, sağlık ve öz-bakım yeterliliği ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini söylemişlerdir.³

Depresyonun kökü Latineden "depressus" olarak gelmektedir ve anlamı "aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, kederli, meyas etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırıp durgunlaştırmak" demektir. Aynı zamanda biyo-psiko ve sosyal nedenlere bağlı olan duygu durum bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Depresyon sözlük anlamı olan çökkünlük olarak da tanımlanabilmektedir⁴. Köknel (1989)'e göre depresyon ruhen ve fiziksel faaliyetlerde yavaşlamışlık, gündelik normal işleri

¹ İkbal Çavdar. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2005, s.51. (**Doktora Tezi**)

²Ekrem Kaya. Stoma Tipleri ve Sorunları. O. M. Ü. Tıp Dergisi, 2000. s. 38

³. Fatma Vural, ve Figen Erol. Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir? Deuhydo Ed. 2013. s. 36.

⁴Nurten Kimter. Gençlikte Din Ve Depresyon: Üniversiteli Gençler Üzerinde Ampirik Bir Araştırma. EKEV Akademi Dergisi, 60(60), 2013, s. 82.

gerçekleştirmeye karşı cesaretsizlik ve kendisinde iş yapma kuvveti bulamama olarak ifade edilebilir.⁵

Stoma ile karşılaşmak hasta ve ailesi için psikolojik ve sosyal travmaya neden olur.⁶ Ostominin psikolojik etkilerini araştıran bir çalışmada %22 oranında psikiyatrik belirtiler gözlemlendiği ve bunların arasında psikiyatrik bozukluk riski ve hastalık öyküsünün varlığından bahsedilmiştir.⁷ Rektum kanserli veya inflamatuvar bağırsak hastalıkları olan hastaların karşılaştırmalı bir çalışması yapıldığında stoma sonrası depresyon oranlarının daha yüksek olduğu ve daha az sosyal aktivite yaptıkları saptanmıştır.⁸

Anksiyete kelimesi endişelenme, korkma, meraklanma anlamlarını taşımaktadır. Freud anksiyetenin birey benliğini muhtemel tehditlere karşılık olarak savunma düzeneklerini işler hale getirdiğini ifade etmiştir. Sözcüğünün kökü eski Yunanca "anxietas" olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir.⁹

Yaşam kalitesi; bireylerin bedenen ve zihnen zinde olma hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise kişilerin sağlıklarını etki altına alan ya da sağlıklarından etkilenen hayat olaylarında bulunan doyum alma ve mutlu olmayı ifade etmektedir. Yaşam kalitesini etkileyen birçok etken mevcuttur; öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik ve yaşam doyumu belirleyiciler arasındadır. Bunlarla birlikte ostomi açılması da yaşam kalitesini etkilemektedir.¹⁰

Altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ve hastanın durumunu iyileştirmek amacıyla açılan ostomiler aynı zamanda bireyin tüm yaşantısını etkilemektedir. Ostominin açılması hem ilk görüldüğü anda, hem de taburculuktan sonra bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Ostominin kalıcı ve geçici olmasına bakılmaksızın fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, yaygın şekilde depresyon ve anksiyeteye yol açtığı bulunmuştur.¹¹

⁵Süleyman Korkmaz. Üniversite Öğrencilerinde Depresyonun Yordanması: SosyoDemografik Değişkenler, Olumsuz Yaşam Olayları, Algılanan Beklentiler, Algılanan İlişkiler, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, 2006, s. 29. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

⁶Gürkan A, Eti Aslan F, Akgün M, Şelimen D. İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma. Hemşirelik Forumu 1999;2: 223-40

⁷Thomas C, Madden F, Jehu D (1987) Psychological effects of stomas- -I. Psychosocial morbidity one year after surgery. Psychosom Res, 31(3): 311-6.

⁸Cotrim, Hortense, and Graça Pereira. "Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care." European Journal of Oncology Nursing 12.3 (2008): 217-226.

⁹Orhan Öztürk ve Aylin Uluşahin. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara, 2011, s. 356.

¹⁰Diler Güler. Mastalji, Yaşam kalitesi ve depresyon. TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği, İstanbul, 2006, s.64. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

¹¹Esra Kılıç, Oktay Taycan, Ahmet Korkut Belli ve Mine Özmen. Kalıcı Ostomi Ameliyanın Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, s. 306.

Hastalar stomanın varlığından hem fiziksel hemde psikolojik olarak etkilenebilmektedir. Hastalık sürecinde aile ve bakımı üstelenen primer aile bireyinin süreçten psikososyal olarak etkilenebileceğini gösteren çalışmalar vardır.^{12, 13, 14} Babaoğlu ve Öz (2003)'e göre yapılan çalışmalarda hastanın bakımını üstlenen primer aile bireyinin anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğu gibi sağlık problemleriyle baş başa kaldığı, ailesinde problemlerle karşılaştıkları ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmişlerdir. Kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin düştüğü ve depresyonun gelişme ihtimalinin yüksek olduğu durumlara rastlanmıştır. Karabuğa ve Pınar (2013)'in kanserli hastaların yakınları ile yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düşük olduğu ve hasta yakınlarının psikiyatrik durumlarının olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımını; 'sosyal, psikolojik ve fizyolojik yönden tam bir iyilik halidir.' olarak tanımlaması 'yaşam kalitesi kavramını daha da önemli hale getirmiştir.¹⁶ Genel yaşam kalitesi ölçekleri ostomili hastalar için yetersiz kalmaktadır. Bunun için daha spesifik bir ölçüm aracı kullanılması gerekmektedir. Stomalı hastalar beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumu sorunları, ostominin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla içe kapanma, yalnız kalma isteği, sosyal izolasyon ve depresyon gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Bu gibi pek çok sorun da yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Ostomi yaşam kalitesi ölçekleri bakım kalitesini yükseltmeyi hedef alan sorular içermelidir.¹⁷

¹²Lambert, Sylvie D., et al. "Walking a mile in their shoes: anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and 12 months post-diagnosis." *Supportive Care in Cancer* 21.1 (2013): 75-85.

¹³Kitrungrote, Luppana, and Marlene Z. Cohen. "Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review." *Oncology nursing forum*. Vol. 33. No. 3. 2006.

¹⁴Cotrim H., and Graça P. a.g.e. s.217-226

¹⁵Hatice Karabuğa ve Rukiye Pınar. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2013, 15(2). s. 1-16.

¹⁶Güler D. Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2006; 63- 64. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

¹⁷Erol, Figen. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. Diss. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, s. 57.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. PROBLEM

Yapılmış çalışmalar stoma uygulamasının bireylerin psikolojik durumları üzerinde etkili olabileceğini ortaya koymuşlardır.^{18, 19, 20, 21} Stoma uygulanan hastalarda anksiyete, depresyon ve stoma yaşam kalitesi durumu nedir? Stoma uygulanan hastanın ailesinden bakımı üstlenmiş primer hasta yakınının anksiyete ve depresyon durumu nedir? Hasta yakınının depresyon ve anksiyetesi hastanın depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır?

1.1.1. Alt Problemler

1. Stomalı hastaların cinsiyetinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır?
2. Stomalı hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Hastanın stoma ile yaşama süresinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır ?
4. Stomalı hastaların yaşları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Stomalı hastaların öğrenim süreleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

¹⁸ Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, Mcpherson L, Owen N, Leggett B, Newman B, Aitken J. Dimensions of Quality of Life and Psychosocial Variables Most Salient to Colorectal Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 2006;15; 20-30

¹⁹ Sucu, N. "Abdominal stomalı hastaların bireysel özellikleri ile benlik saygıları arasındaki ilişki." MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998. **(Yüksek Lisans Tezi)**

²⁰ Yaşan A, Ünal S, Gedik E, et al. Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9: 162-168

²¹ Üstündağ, Hülya, et al. "Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı." *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 27 (2007): 522-527

6. Stomalı hastaların beden kitle endeksleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
7. Stomalı hastaların çalışma durumları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
8. Stomalı hastaların medeni durumları ile hastaların anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
9. Stomalı hastaların hangi tür stoma tipine sahip oldukları ile hastaların anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
10. Stomalı hastaların gördükleri tedavi türü ile depresyon ,anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
11. Stomalı hastaların ek hastalıkları olup olmadığı ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
12. Stomalı hastaların bakımını nasıl yaptıkları ile hastanın depresyon anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
13. Bakım vericinin stomalı hasta ile yakınlık derecesi ile hastanın anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
14. Bakım vericinin sosyal güvencesinin olup olmaması ile bakım vericinin depresyon ve anksiyetesi arasında ilişki var mıdır?
15. Bakım vericinin stoma bakımı eğitimi alıp almama durumu ile bakım vericinin depresyon ve anksiyetesi arasında ilişki var mıdır?
16. Bakım vericinin medeni durumu ile anksiyete ve depresyonu arasında ilişki var mıdır?
17. Bakım vericinin öğrenim süresi ile anksiyete ve depresyonu arasında ilişki var mıdır?
18. Bakım vericinin cinsiyeti ile anksiyete ve depresyonu arasında ilişki var mıdır?
19. Bakım vericinin yaşı ile anksiyete ve depresyonu arasında ilişki var mıdır?

20. Bakım vericinin bir işte çalışıp çalışmaması ile depresyon ve anksiyetesi arasında ilişki var mıdır?

21. Bakım vericinin hastalık durumunun olup olmaması ile depresyon ve anksiyetesi arasında ilişki var mıdır?

1.2. HİPOTEZLER

1. Stoma uygulamasının bireylerin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

2. Stoma uygulamasının bireylerin depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

3. Stomalı hastalarda depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Stomalı hastaların sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.3. SINIRLILIKLAR

1. Bu araştırma İstanbul ilinde bulunan Fatih Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı eğitim araştırma hastanelerinde genel cerrahi servisinde yatarak tedavi gören stoma uygulaması yapılmış hastalar ve hasta yakınları ile sınırlıdır.

2. Depresyon üzerinde etkili olabilen çok fazla faktör bulunurken bu araştırma yalnızca stoma, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından incelenmiştir.

3. Yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilen çok fazla faktör bulunurken bu araştırma yalnızca stoma, anksiyete ve depresyon açısından incelenmiştir.

4. Depresyon puanlarına ilişkin veriler depresyon ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

5. Yaşam kalitesi puanlarına ilişkin veriler stoma yaşam kalitesi ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

6. Anksiyete puanlarına ilişkin veriler anksiyete ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

1.4. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın amacı stomalı hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini incelemek ve bunları etkileyip etkilemediği açısından hasta yakınının depresyon ve anksiyetsini değerlendirmektir.

Hastalık sürecinde etkili sosyal desteğin sağlığı olumlu etkileyebildiği düşünülmektedir. Bakım veren bireylerin hastaların ihtiyaçlarını karşılama konusunda yetersizlik yaşamaları, aynı doğrultuda hastaların sağlık durumlarını da etki altında bırakacaktır. Bu paraleldeki çalışmalarda yetersizlik yaşayan bakım verenlerin depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır.²²

²²Karabuğa ve Pınar, a.g.e. s. 13

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. STOMA

Stoma 'ağız' olarak ifade edilebileceği gibi daha genel bir şekilde abdominal duvara tıbbi bir müdahaleyle geçici/kalıcı bir açıklık oluşturabilmek olarak da açıklanır.

Black (1994)'e göre stomanın tarihsel gelişimiyle ilişkili yapmış olduğu çalışmalarda; Kutsal kitapta Moob Kralı Eglon'un hançerlenişi ve bağırsak atıklarının dışarıya çıkışından , Celsus'un bağırsağın penetrasyonunda bir şey yapmamak gerektiğini kaydettiğinden ve kalın bağırsakta bulunan penetrasyonlar için kalın bağırsağın abdomene sütürle birleştirilebileceğinden bahsetmiştir.²³

1706 senesinde İngilizler ve Fransızlar arasında gerçekleşen Ramilles mücadelesinde George Deppe adlı askerin yara almasıyla ilk stomanın meydana geldiği varsayılmaktadır. Literatürde stoma doktor aracılığıyla iyileştirilmesi nedeniyle ilk kullanılmaya başlanmasının William chelselden (1688-1752)le ortaya çıkarıldığı ve daimi kolostominin yirminci yüzyılın başlarında rektum kanser hastalarının iyileştirilmesinde Miles tarafından imar edildiği ve 1908'de ilk olarak Lancet'te yayınlandığı ifade edilmektedir.²⁴

Hatipoğlu (1997), 1944 senesinde ilk stoma için modern anlamda uygulamalar yapıldığını ve bu yapılan uygulamaları kanserli hastaların iyileştirmesi adına geliştirilen abdomino-parienal rezeksiyon veya extra-peritoneal kolostomi açmanın takip ettiğinin görüldüğünü belirtmiştir. 1700 yıllar ve 1944'lü yıllarda yapılan çalışmalarda önerilen stomaya ince bir torba veya gümüştan bir boru geçirilmesi veya kıyafet altında tutulması, plastik bir kolostomi torbasının vücut derisine yapıştırılarak orada tutturulması vasıtasıyla gayitanın bir torbada depolanmasıdır. Bu öneriye göre ostomi ameliyatı olan kimya öğrencisi Koeng'in tecrübelerine dayandırılan çizimlerle uygulanmak amacıyla somutlaştırılıp ve ilgilenen firmalar aracılığıyla da imar edilerek bugüde olabildiğince uygulama kolaylığını sağlamak amacıyla araç-gereç üretiminin ortaya koyulacağı görülmektedir. Stomalar, Gastro-intestinal (GİS) tamamlılığın elde edilmesinin elverişli olmadığı ve tehlikeli olduğu vaziyetlerde açılmaktadır. Stoma

²³Çavdar, a.g.e. s.54.

²⁴Kaya, a.g.e. s. 287.

endikasyonları, tıkaçıcı ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları, intestinal yaralanmalar ve genel olarak kolorektal kanserlerden meydana gelmektedir. Anaraki ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada stomanın %77.5' inin kolorektal kanser, %2'sinin crohn hastalığı, % 8.8'inin ülseratif kolit, %10'unda başka rahatsızlıklara bağlı olduğu ve açıldığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada stomanın kolorektal kansere ilişkin açılma oranının belirgin yüksek olmasına karşın stoma uygulamaları gerek kanser hastaları, gerek kanser olmayan hastalar için sorunlara neden olduğu görülmektedir. Stomalı hasta sayısı son zamanlarda artış göstermektedir. Dünyadaki stoma hastalarına baktığımızda; Kuzey Amerika'da 800000, Hong Kong'da takriben 15000 hasta mevcuttur. Stoma açılan kişi sayısı ABD'de ve Kanada'da her sene 120.000 den fazla, İngiltere'de ise takriben sene de 13.500 kişi olarak ifade edilmektedir. Stomalı birey sayısına kesin olarak ulaşılamamaktadır. Nedeni ise Türkiye'de kurumların kendilerinin yaptığı kayıtlar haricinde verilere sahip olmadığı veya istatistiklerin yeterli olmamasıdır.²⁵

Genel olarak birbirlerinin yerine kullanılsalar da ostomi ve stoma terimleri farklı anlamlar içerirler. Solunum, sindirim veya üriner sistemde geçici olarak ya da bir açıklık, ağzılaştırma meydana gelmesi için yapılan cerrahi işlemlerin genel adı ostomi olarak adlandırılır. Yunan dilinden gelen bir sözcüktür. Açıklık, ağız anlamlarına gelen veya dış kısmından görünen tomurcuk şeklindeki yapıya Stoma denilmektedir.²⁶ İntestinal stoma bağırsağın karın duvarına ağzılaştırılması olarak tanımlanır ve cerrah tarafından oluşturulmuş enterokutanöz bir anastomozdur. Boşaltım nedeniyle açılmış intestinal stomalar açıldıkları bağırsak bölgesine bağlı olarak ileostomi veya kolostomi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İleostomi; ince bağırsağın son bölümü olarak adlandırılan ileumun karın duvarına ağzılaştırılmasıdır. Buna karşın kolostomi; kolon lümeninin karın duvarına ağzılaştırılması olarak ifade edilmektedir.²⁷ Stoma, birden çok sebebe bağlı olarak açılırken, hastalarının yaşam şanslarını arttırabilen bir uygulamadır. İntestinal stomaların açılma nedenlerini; kolorektal kanserler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit ve crohn hastalığı), divertikülit, familial polipozis, konjenital anomaliler veya intestinal yaralanmalar olarak sıralayabiliriz.²⁸

²⁵Vural ve Erol, a.g.e. s. 37.

²⁶Robert Krouse, Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex, Journal of Clinical Oncology, 2009, 27(28), s.4664-4670.

²⁷Erhan Zekeriya Akgün ve Tayfun Yoldaş, "İntestinal Stomalar", Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 2012, No: 22, s. 138.

²⁸Eray Alabaz ve Tolga Akçam, Comparison of Diverting Colostomy and Bowel Management Catheter Applications in Fournier Gangrene Cases Requiring Fecal Diversion, Indian Journal of Surgery, 2015, 77(2), s. 440.

Ostomiyle istemli kontrolün sağlanıp sfinkter kasın devre dışı kalmasına, bağırsak hareketleri üzerindeki istemli kontrolün yok olmasına ve bu durumda da atık maddenin depolanabileceği bir keseye ihtiyaç duyulmasına sebep olur. Cerrahi müdahalelerde sıklıkla kullanılan ostomi çeşitleri kolostomi, ileostomi veya ürostomidir. Geçici ve kalıcı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kalıcı ostomi hayat boyu kalmaktadır. Geçici ostomiler ise adına bakıldığında da anlaşılacağı üzere ostomi açılması durumunu yok edildikten sonra kapatılır. Gastrointestinal kanserler ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn hastalığı vs.) bağırsak ostomi endikasyonlarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.²⁹

Bağırsak kanserleri stoma açılmasını yaygın olarak gerektirir. Bundan ayrı olarak bağırsak stoması crohn hastalığı, divertikülit, travma, ileus, ülseratif kolon veya familial adenomatoz koli gibi bir takım hastalıklar sebebiyle de açılabilir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da kadınlarda ikinci, erkeklerde ise üçüncü sırada sıklıkla görülen kanser tipi olarak bağırsak kanseri dünyada her sene 782 bin insanda görülebilmektedir. Kaynaklara bakılırsa ; ABD'de her sene 150.000 kişiden fazla bağırsak kanseri olduğu varsayılmaktadır. Türkiye'de alınan kayıtların çok güvenilir olmamasına karşın kadınlarda %4,26, erkek bireylerde %3,69 kolon kanseri sıklığı görülmektedir. Rektum kanseri görülme sıklığı ise kadınlarda %3,10, erkeklerde %3,30 olarak belirtilmektedir.³⁰ Eğer hastaların çoğunluğunda bağırsak stoması açıldığını düşünecek olursak kanser ve stomanın hasta bireylerin yaşamlarını etkileyen iki durumun birlikte görülmesi sık rastlanan bir durumdur.³¹

Cerrahi müdahalelerde sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri gastrointestinal sistemin bağırsak devamlılığının elde edilmediği durumlarda bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılıp stoma oluşturulmasıdır. Bağırsak sistemine ilişkin problemler arasında ve özel olarak kanser hastalarında boşaltımın sağlanması için bağırsağın geçici yada sürekli karın duvarına ağızlaştırılması olarak tarif edilebileceği gibi genel olarak insan yaşamı için yapılması gerektiği düşünülen durumlarda(ileus,yaralanma vb) da uygulanmaktadır.³²

Bağırsağın geçici ve kalıcı olarak vücut yüzeyine yapay bir şekilde ağızlaştırılması abdominal bağırsak ostomisi olarak adlandırılmaktadır.Kalın bağırsağın ağızlaştırılması kolostomi olarak ifade edilirken, ince barsağın cilde

²⁹Michael Anthiny Silva, Geethani Ratnayake ve Kemal I, Deen. Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy, World Journal of Surgery, 2003,27(4), s. 423.

³⁰Sultan Ayaz, Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2007, 27(1), s. 87.

³¹Bülent Aşkaroğlu, Lokal İleri Evre Rektum Kanseri Tanılı Olgularda Tedavi Sonuçları, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul, 2006, s. 42. (Uzmanlık Tezi)

³²Dalkılıç ve ark., On Yıllık Stoma Komplikasyonları Deneyimimiz. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, 2005, s. 134.

ağızlaştırılması ise ileostomi olarak tanımlanır. Hasta bireylerde kalış zamanına göre ileostomi ve kolostomi kalıcı ve geçici olarak değişmektedir. Kalıcı ostomiler distalde bulunan organ veya organların rezeksiyonuyla boşaltımın insan yaşam sürecinin batin duvarına alınmasını hedeflemektedir. Geçici ostomiler ise 2-6 ay süre aralıklarıyla uygulanabilmektedir.³³ Hayland (2002)'in düşüncesine göre ostomiler yapılış çeşitlerine göre sınıflandırılır. Bunlar; uç ostomiler ve loop ostomiler olarak ifade edilir. Kolon ya da ileumun tek bir açıklık ile vücut yüzeyine tüm lümenin ağızlaştırılması ile oluşmuş uç ostomi, kolon veya ileum lümeninin bir bölümü kesilip çift açıklık ile içerisinden cam ya da plastik bir çubuk geçirilip vücut yüzeyine ağızlaştırılmasına loop ostomi denilmektedir. Schmelzer'in düşüncesine göre ürostomi; genellikle idrara mesaneden yeni bir yol oluşturup vücut yüzeyine ostomi açılmasıdır. Ürostomi türlü yollarla oluşturulur. Aynı zamanda bu oluşumlara göre isimlendirilmektedir. Üreterlerin vücut yüzeyine ağızlaştırılmasına üreterostomi denilmektedir. Aynı zamanda ileumdan 12 cm kesilip üreterlerin ileuma anastomozu yapılarak oluşturulan ostomiye ise ; "ileal konduit üreterostomi" denilmektedir.³⁴

Stoma endikasyonlarını Kapan ve arkadaşları (2010) olarak beş esas grup olarak belirtmişlerdir:

- Distal bölgede olan patolojik bölgeden dışının geçişini engellemek nedeniyle (rektum yaralanmaları, ülseratif kolit, crohn hastalığı, rektovezikal vb).
- Distal bölgesinde tümöre benzeyen ve yer kaplayan patolojiye bağlı olan tıkanıklık sebebiyle kolonu boşaltmak.
- Anorektal olan kanserler amacıyla çıkarılmış anüsün görevini yapması nedeniyle.
- Kolektal alan yaralarda genişliği yüksek defektlerde
- Anal inkontinans ve perinenin genişliği yüksek yanıklarına benzer nadir durumlarda Sigmoid kolon volvulusu uygulanmaktadır.³⁵

³³ Ayişe Karadağ. S., Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies, International Journal of Colorectal Disease, 2003, 18(3), s. 236.

³⁴ Figen Erol, Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011, s. 57. **(Yüksek Lisans Tezi)**

³⁵ Selda Karaveli, Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014, s. 33. **(Doktora Tezi)**

Mahjoubi ve arkadaşlarına (2009) göre temelde altta yatıyor olan patolojiyi yok etmek veya kişinin yaşamını sürdürmesi amacıyla açılrsa bile stoma uygulaması kalıcı fiziksel kusur bırakabilen, vücut işlevlerinin önemli kayıp yaşanmasına sebep olabilen, kişisel hijyenin değişimine neden olduğu ve kişiyi birden çok fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen radikal bir tedavi yöntemidir. Mahjoubi ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada yaş oranı yükselip eğitim seviyesi düştüğünde stoma hastalarının karşılaşılabileceği psikolojik komplikasyonların artacağını gözlemlemişlerdir. Buna ek olarak stomalı kadınların erkek hastalara oranla daha çok dayanağa ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.³⁶

Çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların deneyimlendiği araştırmalarla saptanmıştır. Bunlar; beden algısını değiştirme, benlik saygısının düşmesi, cinsel olan işlevlerde bozulma görülmesi, eş uyumu problemleri, stomanın sızıntı veya koku yaratacağından duyulan korku nedeniyle içe kapanma, bununla beraber yalnız kalma isteğinin olması, sosyal izolasyon ve depresyondur.³⁷

Yaşan ve arkadaşları (2008)'nin yaptığı çalışmalarda stoma hastalarının bağırsak boşaltım denetiminin olmaması, gaz denetiminde yetersizliklerin olması, iş yaşamlarındaki güçlükler ve ayarlama, cinsel aktivite seviyesinin düşmesi, boş zamanlarıyla ilgili güçlükler hakkında problem ve endişelerini ifade etmişlerdir. Blumenfield ve Tiamson (2003) literatürdestoma hastalarında oluşan reaksiyonların beden bütünlüğünün bozulduğu ampütasyon benzeri durumlarda ortaya çıkacak reaksiyonlarla benzer olabileceğini iddia etmişlerdir. Yaşan ve arkadaşları (2008)'nin araştırmalarına göre stoma hastalarında fizyolojik veya sosyal problemlerle birlikte psikolojik problemlerle de karşılaşılmaktadır. Bunların arasında beden imgesinde değişiminin olması, depresyon, cinsel problemler vb. bulunmaktadır.³⁸

Stoma hastaları başka insanların onlar hakkında olumlu intiba edinmelerini isterler ve içinde buldukları durumu açığa çıkarmak istemezler. Bu nedenle yalan söylemek veya buldukları durumu gizlemeye çalışmak zorunda hissettiklerini ifade ederler. Stoma sahibi olduğunu, kime açıklanması gerektiği ve kime açıklanmaması gerektiğiyle ilgili sorular yada normal görünümü olup, görüldüğü gibi olmama durumuyla alakalı çatışmadan doğan gerginliğin, stoma hastalarında benlik saygısının zedelenmesine ve psikolojik rahatsızlıkların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda stoma ameliyatı geçiren

³⁶Rabia Alp, Stomalı Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunların “Yaşam Modeli” Doğrultusunda Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, s. 45. **(Yüksek Lisans Tezi)**

³⁷Kılıç ve ark., a.g.e. s. 305.

³⁸Özge Tarı, Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, İstanbul Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011, s. 28. **(Yüksek Lisans Tezi)**

kadınlarda üç ay sonrasında %19'larda, erkek hastalarda ise %17'erde orta-ileri düzey psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir.³⁹

Stomanın varlığı kadar dışkıyı muhafaza etmek için kullanılan malzemelerin kullanılabilirliği de yaşam kalitesini etkilemektedir. Stoma bakım ürünleri birden çok komplikasyonu önlemekte ve tedavisinde etkili olabilmektedir. Doğru kullanılmadığı zamanlarda ise komplikasyonlara neden olabilmektedir. Örnek verecek olursak; yüzeysel konveks adaptör gerektiren stomada derin konveks adaptör veya kemer kullanmak mekanik travma durumuna neden olabileceği gibi peristomal basınç ülseri yaratabilir. Komplikasyonlar hasta bireylerde ağrı ve stres durumunun yaşanmasına, hastaneye daha sık başvurmaya, sağlık kaynaklarını gerektiği gibi kullanılmamasına, tedavi ve bakım maliyetinin yükselmesine neden olmaktadır.⁴⁰

Stomab bölgesi; stomanın rahat olması ve fonksiyonel durumda olması, bölgesine ve etrafındaki kaliteli deriye bağlanmaktadır. Stoma bölge seçimini yaparken temel kural bağırsakta gerilme olmadan yeterli bir şekilde kan akımıyla dışarı atılması olarak ifade edilir. Ek olarak Kumcağız ve ark., 2000 'nın yapmış olduğu çalışmaya göre stoma hasta bireylerin kolay görebileceği veya torbasını boşaltıp değiştirebileceği yere açılması gerekmektedir.

Stomada yer seçimi yaparken hastalık tipi kadar hasta olan bireyin vücut yapısı da etkili olabilmektedir. Stoma göbeğin alt kısmında karın bölgesinde sağda ve solda bulunan kadrana açılır. İleostomide sağ alt kadranda, transvers kolostomide üst orta kadranda, descendan ve sigmoid kolostomide sol alt kadranda kullanılabilir. Hasta stomayı göremeyeceği kadar şişman olduğunda veya hasta bireyin tekerlekli sandalyeye bağlı olduğu durumlarda üst kadranda bölgede de açılabilir. Aynı zamanda Karadağ, 2008 'a göre rektus kası lokalizasyonu, hasta görüş alanı, deri, kat yeri, skarlar yapışacak yüzeyin yeterli olması ve bel çizgisi, sarkık göğüs altları, kemik çıkıntılarında kaçınılması önem taşımaktadır.⁴¹

Martin ve Vogel (2012)' a göre stomalar yerleşim yerine göre (ileostomi-kolostomi) , sürecine ve amacına göre (geçici-kalıcı) aynı zamanda yapılmış olan ameliyat tekniğine bağlı olarak (loop-uç) sınıflandırılabilirliğini belirtmişlerdir.⁴²

³⁹Kılıç ve ark., a.g.e. s. 306.

⁴⁰<http://www.e-hemsire.com/stoma-bakim-hemsireligi.html> (Erişim Tarihi: 20.03.2010).

⁴¹Tarı, a.g.e. s. 32

⁴²Alp, a.g.e. s. 48.

2.1.1. Kolostomi

Kolostomiler genel olarak karının sol tarafında yer alır. Kolostominin esas görevi bağırsak içeriğini stoma ile atılmasını sağlamaktır⁴³.

Bireylerin yaşam süreci ve kalitesini derinden etkileyen kolostomilerin:

- Distal bölgedeki patolojik gelişim kısmından önce dışkı geçişini belli süreç içinde sağlayıp etkilenmiş alanı dinlendirme ve iyileşmesini sağlamak (rektum yaralanmaları, rektovezikal fistüller gibi),
- Distal bölgedeki tümöre benzer geçiş engelleyici patolojiye bağlı olarak tıkanıklık sebebi boşalamayan kolonu acil durumlarda boşaltmak,
- Anorektal kanserden dolayı rektum çıkarılmasında anüsün görevini yapması, gibi nedenlerle cerrahi operasyon gerçekleştirilir.⁴⁴

Kolostomiler, bazı nedenlere bağlı olarak açılabilir; kolorektal kanserler, ülseratif kolit, crohn hastalığı, divertiküler hastalıklar, imperfore anüs, travmalar, ailesel polipozis ve konjenital anomaliler, anastomozun muhafaza edilmesi.⁴⁵ Genel olarak kolostomiler karın duvarının sol alt kadran bölgesinde açılmaktadır. Kolostomilerde eliminasyon kontrol edilememektedir. Nedeni ise sfinkter bulunmadığıdır. Kolostomiler açılan kolon bölgesine, oluşturulan şekillere aynı zamanda süresine bağlı olarak sınırlandırılmaktadır.⁴⁶

2.1.1.1. Kolonun Açıldığı Bölgeye Göre Kolostomi Tipleri

- **Çıkan (ascending) kolostomi:** Stoma çevresinde bulunan deriyi tahriş edebilecek özelliktedir. Gaita sıvı veya yarı sıvı bir hale sahiptir.
- **Transvers kolostomi:** Gaita sıvıyla yarı koyu kıvama sahiptir. Nedeni ise bağırsağagaita transvers kolonunun sol tarafına ilerlendiğinde enzim miktarında azalma görülür.

⁴³Karaveli, a.g.e. s. 38.

⁴⁴Çavdar, a.g.e. s. 53

⁴⁵Mustafa Öncel, Paris Tekkis ve Heriot. Salvage or stoma after chemo radiotherapy for anal cancer: probability, predictors, and outcome. In DISEASES OF THE COLON & RECTUM. 2005, s. 357.

⁴⁶Dilek Aktaş. Stomalı Bireylerin Bedenlerine Yönelik Kendilerinin ve Eşlerinin Algılarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 49. **(Yüksek Lisans Tezi)**

- **İnen (descending) Kolostomi:** Dışkı tam ve ya yarı oluşmuş kıvama sahiptir. Nedeni ise sıvıların çoğu çıkan ve transvers kolonlar tarafından emilmiş olmasıdır.⁴⁷
- **Uç (Sigmoid) kolostomi:** Geçici yada kalıcı olmakla beraber kalın bağırsağın tam bir şekilde kesilmesi ve karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılması olarak belirtilir. Hartman predürü sonrasında oluşturulmuş uç kolostomiler fekal saptırma içerir ve genellikle geçicidir.⁴⁸

2.1.1.2. Yapılış Şekillerine Göre Kolostomiler

- **End kolostomi:** Öncel (2005)'in düşüncesine göre genel olarak inen kolon veya sigmoid kolon üstünde oluşturulur. Proksimal bağırsak ucu stoma karın cildine ağızlaştırıldıktan sonra distal uç ya müköz fistül tarzında karın cildine ağızlaştırılabilmekte ve ya distal uç dikilip karın içine bırakılabilmektedir.⁴⁹
- **Loop kolostomi:** Loop transvers kolostomi sıklıkla kullanılan geçici stoma çeşididir. Araştırmacılar loop kolostomilerin ilk üç ayda tam olarak saptırıcı olduğunu ifade ederler. Stomanın arka duvarının karın duvarının dışında olması, loop stomaların tam saptırıcılıklarının en önemli faktörüdür. Bunu sağlamak amacıyla farklı teknikler önerilir. Basit loop kolostomilerde üç ay da batın içine kısmi bir kaçma durumu odataya çıkmakta. Bu kaçma 3. aydan sonra, stomanın tam saptırıcılığını yok etmektedir.⁵⁰
- **Double barrel (çift namlulu) kolostomi:** Bağırsak cerrahi olarak ikiye ayrılır.⁵¹ Uçlar namluya benzetildiğinden çifte namlulu kolostomi olarak ifade edilmektedir. İki ucunda abdomen üzerine getirilmesi gerekmektedir. Distal uç kısmında sadece mukus salgısı görülürken, proksimal uç kısmından dışkı çıkışı sağlanmaktadır.⁵²

⁴⁷Aktaş, a.g.e. s. 53.

⁴⁸[http:// www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf](http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf) (Erişim Tarihi: 12.03.2010)

⁴⁹Aktaş, a.g.e. s. 49.

⁵⁰Tamer Kan, Stoma Kapatılma Komplikasyonları, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2006, s.

19. (Uzmanlık Tezi)

⁵¹Öncel ve ark., a.g.e. s. 357.

⁵²Aktaş, a.g.e. s.54.

- **Bölünmüş kolostomi:** Özdemir (2002)' e göre devine kolostomi olarak bilinen bölünmüş kolostomi, yeniden kolonik perforasyon ya da tümöre bağlı olan tıkanmalar sonucunda açılabilir. Ameliyat içeriği proksimal bağırsaktaki lezyonun çıkarılması ve kolostomi açılmasıdır.⁵³

Kolostominin hangi tip yapılabileceğine kolostomiye gerek duyulan hastalığın özelliklerine göre karar verilmektedir. En sık kullanılan tip lup kolostomidir. Çünkü hem daha kolay yapılabilir hem de ekstrapitoneal kapatmaya imkan verir. Fakat distal uçta olmak üzere prolapsus ile karşılaşma olasılığı bu tip ostomilerde daha sık ve daha yüksektir. Lup kolostominin bir diğer olumsuz özelliği proksimal ve distal uçlar tek bir kolostomi torbasında yer alacağından proksimalden gelecek olan dışkının distal uç kısmından yoluna devam ediyor olmasıdır. Eğer kolostomi distaldeki problemi korumak amaçlı yapılmışsa tasarlanmış olan ostomi tipi sakıncalıdır. Buna rağmen, kan dolaşımıyla ilgili problemler mezentereye dokunulmadığından yaşanmaz. Eğer kolostomi üriner ya da vajinal fistüllü bir anorektal malformasyon nedeniyle yapılıyorsa ilk şartımız diverjan olmasıdır. Dışkının distale geçişini kolostominin diverjan yapılması engeller. Anorektal malformasyon ve Hirschsprung hastalığı için diverjan kolostomi yapılırken distal ucun ağzı kapatılarak karın boşluğuna bırakılıp uç kolostomi yapılmamalıdır. Bu hastalıklarda distalden çıkış olmadığı için kapalı olan segment sorun yaratmaktadır.⁵⁴

2.1.2. İleostomi

İnce bağırsağın son kısmının karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Eğer kalın bağırsak ve rektum ameliyatla tamamıyla alındıysa veya devre dışı bırakıldığı koşullar varsa açılmaktadır. Dışkı çıkışı kontrol edilemez ve ileostomi sağ iliak fossaya açılmaktadır. İleostomide dışkı sıvı yakıcı ve çok miktarda olduğu için stoma çevresinde olan dokuyu veya deriyi tahriş edip deri sorunlarına ve beslenme problemlerine sebep olmaktadır.⁵⁵ Black (2000)'in düşüncesine göre cerrahi sonrası

⁵³Berna Dizer. Stomalı Hastaların Etkin Beslenme Stratejilerinin Belirlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009, s. 43. **(Uzmanlık Tezi)**

⁵⁴. Fatih Başak, Mahsuni Sevinç, Ali Tardu, Gürhan Çelik, Şefika Aksoy ve Acar Aren. Rektum Kanseri Transanal Lokal Eksizyon, İstanbul Tıp Dergisi, 2006, s. 17.

⁵⁵Patrick Marquis, Alexia Marrel ve Bernard Jambon. Quality of life in patients with stomas, the Montreux Study. Ostomy/Wound Management, 2003, 49(2), s. 51

stomadan gelen içerik günlük 1500 ml 'iken daha sonraları günde 600-800 ml 'ye azalma göstermektedir.⁵⁶

2.1.2.1.İleostomi tipleri

a. Kalıcı (Terminal-Uç) ileostomi: Bağırsağın büyük bölümü çıkarılmış ise ileostomi kalıcı olabilmektedir. Genel olarak sağ iliak kısmına açılmaktadır. Atık madde sindirim yönünden zengin bir içeriği olduğundan stoma derisi için tahriş edici olabilir. Bu nedenle atık maddeyle stoma derisinin doğrudan temas etmemesi gerekir.⁵⁷

b. Loop ileostomi: Genel olarak geçicidir. Fekal geçişin açısını kalıcı tip kolostomilerde distal uç abdominoperineal rezeksiyon (APR) yapılarak tamamıyla çıkarılmış veya hartmann kolostomi yapılarak distal ucun ağzı dikilerek kapatılma işlemi yapılmıştır. Değişirme (diversiyon) amaçlı açılmaktadır. Sık sık distal ileo-rektal yada kolo-anal anastomoz, ileal depolu (poş) anastomoz, fistül, rektum veya anüsteki akut Crohn hastalığında açılmaktadır.⁵⁸

2.1.3.Stoma Süresi Bakımından Stoma Tipleri

Stoma süresi yönünden iki tür stoma vardır. Bunlar;

2.1.3.1.Kalıcı Stomalar

Anüs ve rektumun çıkarılması gerektiği durumlarda, anüsün yerine gerçekleştirilmiş olan stomalardır. İdeal kalıcı bir stomanın tek ağızlı olması gerekir ve hastanın kolay ulaşabileceği bir yerde bulunması gerekmektedir. Kalıcı uç ileostomi ise inflamatuvar bağırsak hastalıkları, familial adenomatöz polipozis poli yada multipl yerleşimli olan kolon kanserleri sonrasında uygulanabilen total proktokolektomi sonrasında uygulanmaktadır.⁵⁹

2.1.3.2.Geçici Stomalar

Kapan ve arkadaşları (2010) geçici stomaların başka bir bağırsak ameliyatına yardımcı olabileceğini yada dışkıının belirli bir süre yönünün değiştirmesi gerektiği durumlarda meydana geldiğini belirtmişlerdir. Birkaç ay kullanılıp daha

⁵⁶Karaveli, a.g.e. s. 41

⁵⁷Aktaş, a.g.e. 46.

⁵⁸Dizer, a.g.e. 44

⁵⁹Alabaz ve Akçam, a.g.e. s. 673.

sonraları tekrar ameliyat ile kapatılmaktadır. Kapatıldıktan hemen sonra hasta bireylerin bağırsak işlevleri normale dönmektedir. Anüs hastalıkları veya yaralanmaları, bağırsak delinmesi ve yaralanmaları, bağırsakta yapılmış olan ameliyatın iyileşmesini sağlama, kolon tıkanmaları, konjenital bağırsak anomalileri koşullarında geçici stoma açılmaktadır.⁶⁰

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi

Literatüre göz atıldığında depresyonun çok fazla tanımı olduğu görülmektedir. Öztürk (2011)' e göre depresyon şu şekilde tanımlanır; Derin üzüntülü olma, bazı durumlarda hem üzüntülü hem de bunaltılı duygular hissetme, beraberinde konuşma, düşünme, fizyolojik olan fonksiyonlarda yavaşlama, durgun olma durumu, bunların beraberinde de hissedilen değersizlik, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirlenmiş bir sendromdur.⁶¹

Depresyonun kökü Latince'den "depressus" olarak gelmektedir. Aşağı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, kederli, meyas etmek, cesaretini kırmak, donuklaştırıp durgunlaştırmak anlamlarına gelmektedir. Aynı zamanda biyo-psiko ve sosyal nedenlere bağlı olan duygu durum bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Depresyon sözlük anlamı olan çökkünlük olarak da tanımlanmaktadır.⁶²

Beck (1972) göre depresyon; duygusal semptomlar, kederli hissetme, kendinden hoşnut olmama, doyumsuzluk, ilgi azalması, ağlama nöbetleri geçirilmesi ve neşesizlik olarak ifade edilir.

Depresyonlarda sıklıkla görülen ve ortak olan asıl bozukluklar; kederli hissetme, kederle beraber artan duygulanım, karamsar olma, kötümser olma, sıkıntılı hissetme, umutsuz olma durumu, yalnız olma gibi endişeli hissetme, zihinde olan işlevlerde azalış, buna bağlı olarak hareket konusunda yavaşlamanın olması ruh ile ilgili aktivitelerde azalmanın görülmesi ve yavaşlama olarak belirtmektedir.⁶³ Depresyon; ruhen ve fiziksel faaliyetlerde genel olarak yavaşlamanın olması, gündelik normal işleri gerçekleştirmeye karşı cesaretsizlik ve kendisinde iş yapma kuvveti bulamama olarak ifade edilebilir.⁶⁴

⁶⁰Karaveli, a.g.e. s. 44

⁶¹Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 357.

⁶²Korkmaz, a.g.e. s. 32

⁶³Nurten Kırtar. Gençlikte Din ve Depresyon: Üniversiteli Gençler Üzerinde Amprik Bir Araştırma, Ekev Akedemi Dergisi, 2014, Yıl: 18 Sayı: 60. s. 126.

⁶⁴Korkmaz, a.g.e. s. 52.

Karmaşık ruhsal bozukluk olan depresyon oluşma nedenleri, gidişatı ve tedavisi yönünden olabildiğince karmaşıktır. Depresyon yalnızca ruhsal olarak çökme durumu değil, depresyon olarak isimlendirdiğimiz bütün belirtiler ve bulgular kümesidir. Genel olarak bakıldığında depresyon derin üzüntü içinde düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama durgunlaşma, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, uzun süre dikkatli ve konsantre olamama, isteksizlik, motivasyonun azalması, karamsar olma duyguları ve düşünceleriyle fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtileri içeren sendrom olarak tanımlanır. Depresyon hangi anlamda değerlendirilse değerlendirilsin, keder doğrultusunda artan duygulanımın oluşturduğu duygu durumu temel bulgudur. Kişi özel yaşantısıyla duygu durumu arasında bir ilişki kurmaktadır. Böylelikle yeni bir yaşantıyı tecrübe edebilir.⁶⁵

Tedavi edilebilir tıbbi problemlerden bir tanesi olan depresyon, en az iki hafta sürer. Genellikle daha uzun süreç içinde devam eder ve işlevselliği büyük oranda bozar.⁶⁶ Aynı zamanda dünyada sıklıkla rastlanılan bozukluklardandır. Depresyon; ortaya çıkan problemler, engellenmeler ve hayal kırıklıkları gibi durumlara karşı verilen duygusal tepkidir. Sıklıkla rastlanır. Belirtileri olabildiğince fazla ve karmaşıktır. Aynı zamanda çökkünlük halinde olma, benlik saygısında azalma görülmesi temel özelliğidir. Bu belirtiler yaşla beraber değişebilmektedir.⁶⁷

Öztürk (2001) duygulanımda üzüntü ve acı duyma şeklinde artma görüldüğünü, sıklıkla ağlama nöbetlerinin olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bazı hastalarda üzüntünün yanında ağır bunaltının da olabileceğini ifade eder. Bununla birlikte, depresif kişi derin bir acı içinde olduğunda sevdiği insanlara karşı var olan tüm duygularını kaybetmiş gibi hissetme şeklinde duygulanım azalma belirtisi gösterebileceği; ailesi, eşi, yakınları, dostlarına karşı eski ilgisini yitirebileceği; kendinden memnun olmaması veya kendine yeterince güvenmemesi nedeniyle çevresinde bulunan insanlara daha bağımlı hale gelebileceği, onlardan gelen destek ve yardım olmadığı zaman düşünüp doğru karar vermeyeceği düşüncesine kapılacağı ifade edilmektedir.⁶⁸

Depresyonda olan kişinin konuşmasında hareketlerinde ve duygulanım sisteminde değişik türde bozukluklar olabilmektedir. Her zaman patolojik şekilde

⁶⁵Özcan Köknel, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 6. Baskı, 2005. s. 176

⁶⁶Ertuğrul Köroğlu, Depresyon nedir? Nasıl baş edilir? Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2. Baskı, 2005. S. 134.

⁶⁷Esra Ülev, Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014, s. 29. (Yüksek Lisans Tezi)

⁶⁸Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 369.

devam etmemekte ve belirtilerin sıklığı ve şiddeti depresyon tanısı koyduracak seviyede olmamakla beraber depresif belirtiler, insanların yaşamlarının farklı dönemlerinde sıklıkla karşılaşılabilen bir durumdur.⁶⁹ Depresyon; bireylerin hayatta kalma isteğinin ve yaşamdan almış olduğu zevkin kaybolduğu, insanın derin bir üzüntü içinde hissettiği, gelecek ile ilgili düşüncelerinde kötümser, karamsar olma, geçmiş ile ilgili düşüncelerinde pişmanlık, suçluluk duygusu ve ara sıra ölüm düşüncesi içinde olma, ölüm girişiminde bulunma ve sonuç olarak ölümün de olabileceği, fizyolojik değişkenlerde uyku, iştah, cinsel istek gibi belirli olan bozuklukların görüldüğü hastalıktır.⁷⁰ Klinik anlamda hastalık diye ifade edilen depresyon kavramı, hislerle alakalı bir tepkisellikten ziyade insanların yaşamlarına olumsuz olarak etki eden ve hayatındaki fonksiyonelliği bozabilen bir sendrom olarak ifade edilebilir.⁷¹ Aslında bu gibi duygular bireyin olumsuzluk yaşadıkları olaylara karşı sıklıkla verdiği tepki olarak görülse de, tepki olarak ortaya çıkmış her benzer duygu durumlarını bir depresyon atağı olarak varsaymamak gerekir. Nedeni ise gerçek olan bir depresyon atağında buna benzer duygular hem süreklilik gösterir hem de bireyin gündelik yaşamını bozacak seviyede yoğun olarak izlenebilmektedir.⁷²

Kimi mitolojilerde tanrıya başkaldıran ve insanlara karşı her türlü kötülüğe sebep olabilecek şeyin şeytan olduğu kabul edilmiştir. M.Ö. 1400-1500 senelerinde Hindistan halkı şeytanı depresyonun meydana çıkışında tek faktör olarak diye görmüşlerdir. Mutallimova (2014)' e göre Hindistan halkı yedi tip şeytan çeşidi olduğuna inanmıştır .Aynı zamanda bunlardan biri insan ruhunu elde ederse kişide çeşitli depresyonların ortaya çıktığına inanmışlardır.⁷³

Platon, ilk çağlarda ruhsal bozuklukların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını iddia etmiştir. Tanrıları ve doğaüstü güçleri, melankolinin nedeni olarak açıklar. Galen, kişilik yapısının beraberinde beynin işlevsel bozukluğunun ve iç salgı bezlerinin, melankoli ve maninin ortaya çıkmasında etkisi olduğunu belirtmiştir.⁷⁴

⁶⁹Ruhi Yiğit, İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Depresyon ve Sosyal Beceri Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008, s. 42 (**Doktora Tezi**)

⁷⁰Hilal Köse, Dağcılar ve Sedenterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Ankiyete ve Stres İlişkisi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 2009, s. 39 (**Yüksek Lisans Tezi**)

⁷¹Recep Koçak. Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Yalnızlığın Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2013, 2(19): s.19

⁷²Köknel, a.g.e. s. 187.

⁷³Sevinj Mutallimova. Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Anne Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014, s. 39. (**Yüksek Lisans Tezi**)

⁷⁴Müne Aktay. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı olarak bağlanma stilleri, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2014, s. 52. . (**Yüksek Lisans Tezi**)

Posidonius Romalı hekim orta çağ toplumunda M.S. 400 senelerinde 10 grup altında toplanmış olan akılla ilgili hastalıkların içine melankoliler ve manileri de katmıştır. Aegina şeytanın insanların ruhlarını ele geçirmesine bağlı olarak ortaya çıkan melankoli tiplerini ve melankoli maninin bulunduğu doğal nedenlere bağlı ortaya çıkan ruh hastalıklarını tanımlamıştır. İslam dünyası, orta çağda ruhsal bozuklukların ve hastalıkların tanımlanmasında ve sınıflara ayrılmasında önem kazanmıştır. Razi (M.S. 864-925) insanların yaşamını bitkisel, hayvansal, mantıksal olarak birbirinden ayrı üç durumun oluşturabileceğini iddia etmektedir. Bu üç ruh durumunun eksik ya da fazla oluşunun ruhsal bozukluklara neden olabileceğini belirtmiştir. Razi melankoli olmayı bu üç ruh durumunda oluşan bozukluklarla açıklamaya çalışmıştır.⁷⁵ Yeniçağda ruhsal bozukların ve hastalıkların sınıflara ayrılmasında Roma, eski İslam ve Yunan hekimlerinin fikirleri ön planda yer almıştır.⁷⁶

Yakınçağda ruh hastalıklarını tanımlama ve sınıflama konusunda farklı fikirler idda edilmiştir. Fransa'da Philippe Pinel yapısal bozukluğa sahip olmayan ruhsal hastalıklarda beyin sapıyla beyin kabuğu arasında yer alan bağlantıların fonksiyonlarında bozukluk olduğunu ifade etmiştir.⁷⁷

Depresyona ilişkin literatür de yer alan çok fazla yapılmış çalışma vardır. Depresyonu daha iyi tanıyabilmek amacıyla daha önceden yapılmış çalışmalara bakmak faydalı olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO)' nun yapmış olduğu son açıklama da depresyonda anlamı ciddi tehlike olarak bilinen "kırmızı hattın" aşıldığı ifade edilmiştir. 2020 yılında önlem alınmazsa kalp hastalıklarından sonra ikinci hastalığın depresyon olabileceği belirtilmektedir. Depresif belirti oranı dünyada son iki yıla bakıldığında %30 dan %50'ye çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamış olduğu verilere bakılırsa dünyada 340 milyon kişi depresyondadır. Amerika'da yetişkinlerin %17'si depresyondayken, %40'ında depresif belirtiler tespit edilmiştir. Türkiye'nin de depresyon halinden yeterince nasiplendiğini söyleyebiliriz. 3.5 milyon insan depresyonla mücadele etmektedir. Sağlık ocaklarına başvuran hasta bireylerin %26'sı depresyondan şikayet etmektedir. WHO dünya genelinde kadınların %30'unda, erkeklerin ise %12,6'sında depresif bozuklukların görüldüğünü belirtmektedir.⁷⁸ Depresyon ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma

⁷⁵Burcu Yarapsanlı. Çocuklarda Depresyon Belirtilerinin Yordanmasında Yaşanmış Olumsuz Olaylar, Algılanan Anne-Baba Tutumu, Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluğun Rolü, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011, s. 49. **(Yüksek Lisans Tezi)**

⁷⁶Mahir Şeker. Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014, s. 46. **(Yüksek Lisans Tezi)**

⁷⁷Köknel, a.g.e. s. 241

⁷⁸Aktay, a.g.e. s. 54

yapılmıştır. Depresyon genel olarak erkek bireylerden çok kadınlarda daha fazla görülmektedir. Adasal'ın yapmış olduğu çalışmaya göre mani-melankoli psikoza gösteren vakalarda %70'in kadınlardan, %30'un ise erkeklerden oluştuğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyona yatkınlığı arttıran etmenler arasında iç salgı bezlerinde oluşan işlevsel değişiklikler, regl döneminden önce oluşan gergin olma hali ve tedirginlik olarak kabul edilmiştir. Ayrıca kadını depresyon haline yatkın duruma getiren faktörler; kadın biyolojisi, ruhsal özellikleri, kişilikleri, toplumsal ve kültürel konumu, olaylara bakış tarzı, problemlerle baş etme biçimi olarak ifade edilebilir.⁷⁹

Depresyon olabildiğince yaygın görülen hastalık olduğundan bu durumun normal bir keder ve üzüntü yaşantısı olarak görülmesi gerektiğini savunanlar olabilmektedir. Ancak tedavi edilmediğinde depresyon vakalarının yaklaşık %10-15'inin intihar ile sonuçlandığını göz ardı etmememiz gerekmektedir. Depresyon belirtileri sebebiyle doktora başvurmuş bireylerin kesinlikle intihar riski yönünden değerlendirilmesi gerekir. Bütün intiharların %30-50'sinin nedeni depresyon olarak belirtilmektedir. İntihar tehlikesi yüksek ve ciddi depresyonda olan hastalar kendi varlıklarının kimseye yarar sağlamayacağına, ailesi ve çevresinde olan insanlara yük olduklarına inanırlar ve bu durumu sonlandırmak amacıyla intihar etmenin tek çare olduğunu düşünebilirler.⁸⁰

Ekonomik durumların ve toplumsal düzeylerin depresyonların ortaya çıkmasındaki etkisini incelemek amacıyla çalışmalar yapılmıştır. Saenger 1968 yılında depresyonlarla kültür arasında olan ilişkiyi incelemek amacıyla araştırmalar gerçekleştirmiştir. Yaptığı çalışmada ABD ve Hollanda'da bulunan hastanelerde yatan ve ayaktayken izlenen depresyonlu hastaları incelemeye çalışmışlardır. Gerçekleştirdiği araştırma sonucunda, ABD de bulunan hastalarda kaygı, gerginlik, saldırganlık, hızlı öfke duyma ve kendini öldürme fikirleri daha yaygın olarak görülmüştür. Buna karşın Hollanda'da bulunan hastalarda ise daha çok durgun, ilgisiz, isteksiz olma suçluluğu içeren his ve fikirlerden oluşan hezeyanların ortaya çıktığı görülmektedir. Wittkower' in yapmış olduğu araştırmada; suçluluk duygusu ve düşüncesini içeren hezeyanların Arap- İslam ülkelerinde depresyon belirtisi olarak görülmediğini vurgulamıştır.⁸¹

⁷⁹Köknel, a.g.e. s. 251

⁸⁰Cengiz Güleç, Psikiyatri'nin ABC'si, Say Yayınları, İstanbul, 2. Baskı, 2009, s. 189

⁸¹Köknel, a.g.e. s. 201

2.2.2. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun fiziksel ve bedensel olan belirtileri; iştahsızlık, cinsel dürtüde kayıp, yorgunluk, uyku bozukluğu olarak belirtilmektedir. Depresyon hastalarının bir çoğunda yemek yeme arzusunun azaldığını bununla beraber kısa zamanda kilo vermenin olduğunu, yemek ve yemek kokularından tiksime olduğunu, daha nadir olarak aşırı yeme sonucunda kilo almanın da görülebildiği ve genellikle enerji de azalma, güçsüzlük, halsizlik, çabuk yorulmaktan şikayet etme olduğu ifade edilmektedir. Uykuya geçerken yaşanan güçlük, uykunun sıklıkla bölünmesi ya da erken uyanma – bazı hastalarda uyku bozukluğu, uykuya aşırı meyilli olma- şeklinde görülebilmektedir. Bu belirtilerin yanında, hastalığın biyolojik belirtilerinden biri ve en kaygılandırıcı belirtisi olarak görülen bunaltılı depresyonlarda sabah erken uyanma ve uyandığı an ciddi bir sıkıntı hissetmedir.⁸²

Depresyonun belirtilerini şu şekilde açıklayabiliriz:

1. Çökkün mizaç, kederli olma, çaresiz hissetme, ümitsizlik, değersizlik duygularıyla belirginleşmektedir.

2. Sıklıkla görülen temel belirtileri iştah ve kilo değişikliğidir. Hastanın ağır iştahsız olduğu durumlarda fark edilecek kadar kilo kaybı yaşaması, haftada 5 kilodan daha fazla kayıp yaşaması, hekime depresyonun derinliği ve şiddetiyle ilgili mühim bilgiler vermektedir.

3.Uyku bozuklukları üç şekilde olabilmektedir. Birincisi; uykuya dalmada yaşanan güçlük biçiminde , ikincisi; uykuya daldıktan sonra sıklıkla uyanma, korkulu rüyalar görme, kabuslarla uyanma nedeniyle uyku kalitesinde ve süresinde bozulmalar görülmesi, üçüncüsüyse erken uyanmadır.⁸³

4.Enerjide azalma, bitkin olma ve çabuk yorulma biçiminde belirmektedir.

5. Dikkat azalmasını ve düşüncelerini belli bir noktada yoğunlaştıramama olarak belirtilir. Daha önceleri keyif alarak yaptığı işlerde bile dikkatlerinin çabucak dağılması bu sebeple üretken bir aktivitede bulunamaması durumudur.⁸⁴

⁸²Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 524

⁸³Süheyla Ünal, Levent Küey, Cengiz Güleç, Mehmet Bekaroğlu ve Yunus Emre Evlice. Depresif bozukluklarda risk etkenleri, Klinik Psikiyatri , 2002, 5, s. 12

⁸⁴Korkmaz, a.g.e. s. 46

6. Bütün hastalarda bulunan en tipik depresyon belirtisi, ilgi ve zevk alamamasıdır. Daha önceleri ilgi duyup keyifle yaptıkları işlere ve uğraşlara karşı isteksiz ve ilgisiz olma durumu görülür.⁸⁵

7. Kişinin kendi değerlerinin düşmesi olarak görülen belirtiler; benlik saygısında düşme olması, kişinin kendini değersiz görmesi, aşırı suçluluk duygusu, kendini eleştirme ve suçlama gibi duygu ve düşüncelerdir. Ağır depresyon geçiren hastalar kendilerini tedavi edilecek kadar değerli görmeyebilir ve tedavi işbirliğini reddedebilir.⁸⁶

8. Ölüm düşüncesi ve kendini öldürme girişimleri; hafif veya orta şiddette depresyon geçiren hastalar alışılmadık bir şekilde sıklıkla ölüm düşüncesiyle meşgul olmaya başlarlar. Böyle durumlarla karşılaşıldığında gerekirse hastanın hastaneye yatırılması uygun görülmektedir.⁸⁷

2.2.3 Depresyonun Tanı Ölçütleri

DSM-V'de Majör Depresif Epizod tanı ölçütleri şöyledir;

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri yağ (1) çökkün, duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsamaz.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günü büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Büyün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi de belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günü büyük bir bölümünde bulunur.

⁸⁵Korkmaz, a.g.e. s. 34

⁸⁶Ayfer Tezel, Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirt düzeyine etkisinin karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003, s. 65 (**Doktora Tezi**)

⁸⁷Tezel, a.g.e. s. 66

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin; bira içerisinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
 4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (acitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanmaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (örneğin; yas, batkınlık (parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde

azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlarda bir depresyon dönemi andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanısıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykünü ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sangılı bozukluk ya da şizofrenin açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış yada tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.⁸⁸

İki haftalık zaman dilimi içerisinde, eskisi gibi işlevselliğinin olmaması, beraberinde belirtilmiş bulgulardan beş yada daha fazlasının bulunuyor olması, semptomlardan en az bir tanesinin; "depresif duygudurum", "ilgi kaybı" veya "zevk alamama durumu" olması gerekir.⁸⁹ Durgun olma, ilgisiz ve isteksiz olma depresyonun temelini oluşturmaktadır. Depresif hasta hem ailesine, eşine dostuna eskiden var olan ilgisini kaybettiği için şikayet eder, hem de kendisinden memnun olmadığından onlara bağımlı hale gelir. Çevresinde olan insanlar yardımcı olmaz ve destek vermezse doğru düşünemez. Bunun sonucunda karar veremez. Genellikle depresyonda olan hastalar olayları olduğu şekliyle daha ciddi bir şekilde ele alır. Aynı zamanda olaylara karamsar olarak yaklaşırlar ve hasta bireylerde arada sırada ağlama nöbetleri de görülebilmektedir. Depresif hastalar geleceği olumsuz ve karamsar görmektedir. Ciddi depresyon geçiren hastalara göre gelecek karanlık ve umutsuzdur. Durumunun değişmeyeceğine ve iyileşemeyeceğine inanırlar. Buna ek olarak depresif hastalarda güdülenme azalabilmektedir. Ciddi depresyon geçiren hastalar yemek yemek, su içmek, yaşama katılma gibi etkinlikleri yapamazlar.⁹⁰

⁸⁸ Amikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukları Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013

⁸⁹Şeker, a.g.e. s.48

⁹⁰Köknel, a.g.e. s. 243.

2.2.4. Depresyonun Nedenleri

Depresyonun nedenleriyle alakalı çok fazla sayıda görüş öne sürülmüştür. Genel görüş depresyonun nedenlerinin çok faktörlü olduğunu ifade eder. Bir çok olguda genetik, psikososyal ve biyolojik etkenlerin birbirini etkilemesi olası görülür. Örnek verecek olursak; kişinin yakınıni kaybetmesi sonucu kişide bilişsel süreçlerin bozulmasıyla nörotransmitterlerde değişiklik oluşması ve kişi genetik olarak yatkınsa depresyonun görülmesi.⁹¹ Depresyon meydana gelmesinde hastalıklar, cinsiyetler, ailelere ait öyküler, stres düzeyi yüksek hayat durumları vb. pekçok psikososyal faktör etkili olabilmektedir.⁹²

Kabakçı (2001) 'nın düşüncesine göre bireylerin kişilik özellikleriyle eşleşmiş stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalması depresyonun gelişim göstermesinde önemli bir faktördür. Bu koşulda sadece kişilik özelliklerine karşı genel yaşadığı olaylar depresyona karşı meyil yaratacak ve tetikleyici olabilecektir. Diğer yaşanan olayların önemli bir etkisi görülmeyecektir.⁹³

Depresyon oluşumuna birden çok psikolojik ve sosyolojik faktör sebep olmaktadır. Örneğin anne veya babanın vefatı, kişilerarası yaşanan sorunlar, çevresel etkenler vb. gibi durumlardır.

Depresyon etiyojisi hala tam olarak aydınlığa kavuşturulmamıştır. Depresyonun belirgin hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, birbirinden farklı alt gruplara sahip olması ve oluş aşamasında çok fazla etkenin rol oynaması bunun nedenleri olabilir.⁹⁴ Fizyolojik, biyolojik, kalıtsal ve sosyal olan birden çok etken depresyonun meydana gelmesine neden olabilmektedir. Birden çok psikolojik ve sosyolojik faktörler depresyonun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durumlar anne babanın vefatı, kişilerarası yaşanan problemler, çevresel etkiler vb. olabilmektedir.⁹⁵

Depresyonları meydana getiren faktörler iki temel grupta toplanır. Bunlar yatkınlık hazırlayan faktörler ve tetikleyerek ortaya çıkaran faktörlerden oluşmaktadır. Birinci grupta kalıtım, aile düzeni, kişilik yapısı, genel kültür ve eğitim

⁹¹Beyazıt Yemez, ve Köksal Alptekin. "Depresyon Etiyojisi" Psikiyatri Dünyası Dergisi,1: 1998,s. 23

⁹²Ünal ve ark., a.g.e. s. 13

⁹³Yiğit, a.g.e. s. 49

⁹⁴Yemez ve Alptekin, a.g.e. 24

⁹⁵ Tayfun Doğan ve Bayram Çetin, Üniversite öğrencilerinin sosyal zeka düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, Uluslar Arası Bilimleri Dergisi. 2008,Cilt: 5 Sayı: 2.

düzeyi sayılabilirken ikinci grupta genel olan psiko-sosyal stres etkenleri sayılabilmektedir.⁹⁶

- **Biyolojik Nedenler**

Kalıtım: Aile kalıtım araştırmaları, duygudurum bozukluğuna sahip olan kişilerin akrabalarında hasta olma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Öztürk, 2004). Bu ailesinde depresyon geçirmiş herkesin depresyon geçirebileceği anlamını taşımaz. Fakat kişide depresyonun meydana gelme ihtimali aile içinde depresyon öyküsü var olduğu durumlarda artar. Kişilerde görölmüş depresyon çeşitlerini düşündüğümüz zaman; distimik bozukluk, minör depresyon veya hafif depresyonlarda kalıtımın etkisi olmamaktadır. Ama majör depresyonda ve psikotik depresyonda kalıtımının etkisi olduğu düşünölmektedir. Ruhsal olarak daha güçlü genetik eğilime sahip kişinin depresyon haline erken başlama yaşı, anksiyete ve alkol bağımlılığına işaret eder.⁹⁷

Bireylerin ailesinden depresyonu genetik olarak mı aldığın, öğrenme neticesinde mi olduğunu, depresyonda öğrenmenin mi yoksa genetik etkinin mi daha etkili olduğu bilinmeyen bir konudur. Depresif bir anne ve baba ile yaşam sürmek ya da ebeveynlerden her hangi birisi depresyon geçirdiği için gerekli olan besini (maddi-manevi) alamaması depresyona zemin hazırlayan nedenler arasında görölebilir. Bunun yanında, evlat edinilen ancak biyolojik ebeveynleri depresif belirtiler gösteren çocuklarda depresyon görölme ihtimali daha yüksek olacaktır. İkiizlerle yapılan çalışmalarda genetik bağın etkisi kesin bir şekilde görölmektedir. şayet eş yumurta ikiizlerinden birisi depresyon geçiriyorsa, diğerinin de %65 oranında depresyona girme olasılığı vardır. Bunun yanında çift yumurta ikiizlerinde bu oran yalnızca %14 olarak görölür. Eş yumurta ikiizleri farklı aileler tarafından evlatlık edinilse bile biri depresyondayken diğerinin de depresyona girme olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak ift yumurta ikiizlerinde böyle bir durum görölmez.⁹⁸

⁹⁶Güle, a.g.e. s. 201

⁹⁷Zerrin Binbay, Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa ıkma Yöntemleri. Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2011, S. 56.
(Tıpta Uzmanlık Tezi)

⁹⁸Müge Tamar ve Burcu Özbaran. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. Klinik Psikiyatri, 2004, Ek 2, s. 89

- **Biyo-kimyasal Nedenler**

Depresyonun biyolojik nedenleri olarak nöroadrenalin ve serotonin eksikliği üzerinde durulan konulardır. Birbirleriyle olan dengeleriyle alakalı problemler de mevcuttur.⁹⁹

- **Psiko-sosyal Nedenler**

İnsanlarda ortak görülen duygular acı, elem ve kederdir. Sosyal ve kültürel faktörlerden büyük ölçüde etkilenen aynı zamanda bu duyguların bireylerin varoluşlarına sahip olduğu hastalık yaşantısı depresyon olarak ifade edilir. Olumsuz sosyal ve ekonomik durumların depresyon gelişme riskini arttırdığı görülmüştür. Depresyonun oluşabileceğinin öngörülmesine neden olan en önemli yaşam olayı on bir yaşından önce anne ve baba kaybının yaşanmasıdır. Depresyonun başlamasına sebep olabilecek en önemli çevresel stres kaynağı faktörünün ise bireyin eş ve çocuk kaybının olmasıdır. Yaşam olaylarının birçoğu özgül olarak görülmez. Bu nedenle her kişide bu şekilde bir bozukluk başlamayabilir. Bu faktörler hastalığın başlaması sırasında biyolojik ve ruhsal meyil söz konusu olduğunda önemli olurlar.¹⁰⁰

2.2.5.Sağlık ve Depresyon

Sağlık insan yaşamının fizyolojik hayatı üzerinde olduğu kadar psikolojik hayatı üzerinde de etkili olabilmektedir. Sağlığını kaybetme durumu ya da buna yönelik kaygılar insanların duygu durumunu etkileyebilir ve yaşama karşı umutlu olmayı köreltebilir. Yaşama karşı umudun körelmesinin de depresyon ile ilişkili olabileceği ortaya konmuştur. Kronik ağrı hastalarının psikolojik durumlarını önemli oranda etkilemektedir. Kronik ağrıları olan kişilerin %30-60 kadarına depresyon bulguları eşlik eder. Depresyonun varlığı ağrı algısını değiştirip, onun olduğundan çok daha şiddetli hissedilmesine yol açar. Bunun yanında sürekli hissedilen ağrı ile birlikte kişinin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma da depresyona yatkınlık oluşturmaktadır. Kronik bel ağrıları ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur; hem kişinin motivasyonunu önemli ölçüde etkilemekte hem de fiziksel ve psikolojik

⁹⁹Mustafa Bilici, İlkten Çetin, Mehmet Bakaroğlu ve ark. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros- Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon,1999, s. 74

¹⁰⁰Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 452

sorunlar ortaya çıkararak maddi kayıplara yol açmaktadır.¹⁰¹ Havlucu ve arkadaşları (2011) çalışmalarında behçet hastalığının depresif etkiler yarattığını belirtmişler ve buna yönelik sonuçlar elde etmişlerdir.¹⁰²

2.2.6. Kişilik Yapıları ve Depresyon

Kişilerin kişilik yapısı ruhsal bozukluklara karşı eğilim göstermelerinde belirleyici olabilmektedir. Aynı zamanda herhangi bir kişilik tipine sahip bireyler depresyon geçirebilir. Hiçbir kişilik özelliği yalnızca depresyona meyilli olmayı yaratamaz. Genel olarak kimseyi incitmemeye çalışan, herkesi memnun etmeye, iyiliksever olmaya eğilim gösteren, aşırı duyarlı olan, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakın olduğu insanlara aşırı bağlı ve bağımlı olması, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentilere sahip olan, mükemmelliyetçi, onurlarına düşkün olan, öfke duygularını dışa vurmamak istemeyen, çok çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı olan, oral-bağımlılık gösteren, histriyonik kişilik özelliklerine sahip olan, içedönük bireyler genellikle depresyon geçirmeye meyilli bireylerdir.¹⁰³

2.2.7. Depresyonu Açıklayan Kuramlar

Freud'un kuramında depresyon şu şekilde açıklanır; başlangıçta sevgi nesnesinin kaybedilme durumuyla ilişkili meydana gelen 'yas reaksiyonu' gibi benzer semptomları gösterdiğinden bu şekilde açıklanmıştır. Daha sonraları melankoli vakalarındaki yas reaksiyonunda olduğu gibi gerçek veya hayali olan sevgi nesnesinin yitirilmesinin önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir.¹⁰⁴

Psikodinamik kurama benzer, kişilerarası ilişkiler yaklaşımında kişilerin yakın ilişkileri ve ilişkideki rolleriyle alakalı olduğunu, bu yaşanan kargaşanın yakın zamanda ya da geçmişte yaşanmış olabileceği ve rollerde yaşanan kargaşanın depresyonun ana kaynağı olarak görülebileceği belirtilmektedir.¹⁰⁵ Üniversite öğrencileri üzerinde boylamsal olarak yapılan bir çalışmada, gençlerin bir kaygı yaşamaması sonucu güvensiz bağlılık tarzı geliştirebileceğini, bir organın görevini yerine getirmemesine benzer olumsuz davranışlar sonrasında daha fazla

¹⁰¹ Saime Ay Ve Deniz Evcik. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi. **Yeni Tıp Dergisi** 2008;25: 228-231.

¹⁰² Deniz Yurtman Havlucu, Işıl İnanir Ve Ömer Aydemir, Behçetli Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon Ve Hastalık Hakkındaki Bilgiler. *Ajci*, 2011, 5(2), 82-88.

¹⁰³ Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 460

¹⁰⁴ Aktay, a.g.e. s. 47

¹⁰⁵ Alparslan Akdoğan. Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme ve Davranışlarının İncelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2013, s. 54. (Yüksek Lisans Tezi)

geliştirdiğini, düşük öz saygı ve depresif semptomların görüldüğünü ortaya koymuştur.¹⁰⁶ Bu verilere dayanılarak, kişilerarası iletişim eksikliği olması ve iletişimde yaşanan sorunların depresyonun nedenleri arasında olabileceği ileri sürülebilir.¹⁰⁷

Beck'in bilişsel modeline bakıldığında depresyonun özelliği olarak kabul edilen psikolojik yapılar 3 kavramla açıklanabilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz. Olumsuz bilişsel üçlü şemalar ve bilişsel hatalar (yanlış bilgi işleme süreci) dir.¹⁰⁸ Bu kurama bakılırsa, temel olarak bilişsel bozukluklar depresyonun sebebidir. Beck (1979)'e göre depresyonun meydana gelmesinde üç önemli bilişsel etken vardır. Olumsuz bilişsel üçlünün bileşimlerini insanın kendisini, dünyayı ve tecrübelerini, geleceği olumsuz algılaması olarak belirtmiştir.¹⁰⁹

- Kişinin Kendine Olumsuz Bakışı: Depresyon geliştiren bireyler kendileriyle alakalı olarak muhtaç, eksik, yenilmiş, değersiz ve yetersizmiş gibi hissederler. Sevilmediklerine karşı inanç geliştirirler. Beğenilmediklerini hissedip kendilerinde görmüş olduğu yoksunluklar sebebiyle kendilerini kabul etmezler.
- Deneyimlere Olumsuz Bakış: Depresyon geliştiren kişiler çevresindekilerle olan etkileşiminde yenilmiş ve eksik hissederler.
- Geleceğe Olumsuz Bakış: Kişiler geleceğe yönelik umutsuz, sonu belli olmayan, yoksun ve engellenmiş olarak görür.

Depresif kişiler kendilerini kusurlu, rahatsız ve yoksun olarak algılamakla beraber sahip olduğu sandığı eksiklik sebebiyle değersiz ve kendisini istenmeyen biri gibi düşünmekte. Nahoş tecrübelerini kendi psikolojik, ahlaki ve fiziksel noksanlıklarına yüklemektedir.¹¹⁰ İkinci bileşene ilişkin olarak kişi dünyayı amaçlarına ulaşmasına köstek olan başa çıkılamayacak engellerle çevrili olarak görmektedir. Kişi kusur ve noksanlığın temsili olarak düşündüğü canlı ya da cansız

¹⁰⁶Adnan Kulaksızoğlu, Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001.

¹⁰⁷İnci Yelkenci. Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon ile Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul,2009 s. 63. **(Yüksek Lisans Tezi)**

¹⁰⁸Şeker, a.g.e. s. 46

¹⁰⁹Ebru Ermiş, E. Kadın Sığınma Evlerinde Kalan ve Kalmayan Kadınlarda Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi ve Psikosomatik Belirtileri: Bursa İli Örneği, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul,2013, s. 39 **(Yüksek Lisans Tezi)**

¹¹⁰Nergüz Bozkurt. Depresyonda Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Kuramı. Ege Eğitim Dergisi 2003 (3) 2: s. 62.

çevreyle olan etkileşimlerini yanlış yorumlamaktadır. Üçüncü bileşense; kişinin geleceğe yönelik olumsuz bakış açısıyla alakalıdır. Depresif belirtiler gösteren kişiler o anda yaşamış oldukları acılar ve güçlüklerin süresiz olacağını ve uzun zaman aralıklı tasarılar yapmakta, geleceğin güçlükler, engellemeler, başarısızlıklar ve yitkilerle dolmuş olacağını düşünmektedirler.¹¹¹

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) tarafından yenilenerek tekrar düzenlenen öğrenilmiş çaresizlik kuramı kişinin olumsuz yaşam olaylarına ilişkin yapmış olduğu bilişsel yüklemelerle alakadar olmuştur. Kişi başarısız olduğu durumları kişisel veya çevresel, kalıcı veya geçici, özel veya genel sebeplere bağlayabilmektedir. Şayet kişi olumsuz yaşadığı olayları kişisel, kalıcı ve genel sebeplere yüklüyor ise depresyon geliştirme ihtimali artmaktadır. Kişi yaşamış olduğu kötü olayları kişisel olan sebeplere bağlıyorsa öz saygısında azalma olması ihtimaldir. Çaresizlik ve depresyonun kronikliği nedensel inançların sabitliği tarafından etkilenir. Bu sebeple kişi olumsuz yaşanan olayları kalıcı ve genel bir sebeple açıklarsa depresif olarak verilen tepkilerin de aynı zamanda kalıcı olma ihtimalini ve olayın sebebiyle oluşmuş zararın yayılması ihtimalini de arttıracaktır. Abramson, Metalsky ve Alloy (1989) umutsuzluk kavramını da eklemiş ve kuramı son şekline getirmişlerdir. Kişilerin istediği neticeye ulaşamayacağını veya istemediği bir netice oluşacağını ve bu doğan neticelerin değişmesinin mümkün olamayacağını düşünme yönünde beklenti gerçekleştirilmesi umutsuzluk olarak tanımlanmıştır. Umutsuz ve çaresiz hissetmenin olumsuz sonuç beklemeyi arttıracığına ve hayatın çoğu alanına genellenmesi ile genelleşmiş umutsuzluk ortaya çıkmakta ve bunun sonucunda da depresyon semptomlarının oluşmasına neden olmuştur.¹¹²

Bilişsel olan yaklaşımlarda depresyonun bilişsel süreçlerde meydana gelen bozulmalar sonucunda oluştuğu açıklanmaktadır. Beck'in depresyona bilişsel yaklaşımına göre depresyonun oluşmasının temel sebebi; çarpıtılmış ve hatalı bilişlerdir. Depresyonun oluşmasına neden olarak kişinin kendisi, çevresi ve

¹¹¹İpek Şenkal. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013 ,s. 53. (**Yüksek Lisans Tezi**)

¹¹²Nevzat Tarhan, Kendinizle Barışık Olmak. Duyguların Eğitimi, Timaş Yayınları, İstanbul, 2013, 20. Baskı, s. 263.

geleceğiyle alakalı bilişlerini içeriyor olan negatif ve işlevsel olmayan şemalar görülmektedir.¹¹³

Erteleme esas olarak bilişsel bir problemdir. Öğrenme kuramına bakıldığında depresyon görülen bireyler içinde buldukları zaman da yaşamış olduklarına konsantre olamamaktadırlar. Ergenlik döneminin görüldüğü ortaöğretim öğrencilerinde, bu dönemin yaratmış olduğu duygusal sebeplerden kaynaklanarak başarısız olma olasılığı söz konusu olabilmektedir. Sürekli duygusal gerginlik yaşayan ve dikkat dağınıklığı olan, aynı zamanda kendisine ait iç dünyaya çekilmiş olan bireyin okuldaki başarı düzeyi düşebilmektedir. Ailenin bireye yönelik olan tutumunun olumlu olmaması, otorite kurma, ilgili olmayan tavırlar sergilemeside bireyin okula yönelik alakasını azaltabilmektedir.¹¹⁴

Davranışçılardan olan Seligman tarafından ortaya atılmış "öğrenilmiş çaresizlik" modeli depresyonun açıklanmasında kullanılmıştır. Denek hayvanları ve insanlar üzerinde yapılmış olan araştırmalar sonucunda geliştirilmiş "öğrenilmiş çaresizlik" modeli depresyonu acı veren uyarıların kontrol altına alınamaması ya a bunlardan kaçınılmasının meydana getirdiği çaresizlik duygusunun zaman içinde öğrenilmesi olarak açıklanmaktadır.¹¹⁵

2.3. ANKSİYETE

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete kelimesi endişelenme, korkma, meraklanma anlamlarını taşımaktadır. Freud anksiyetenin birey benliğini muhtemel tehditlere karşılık olarak savunma düzeneklerini işler hale getirdiğini ifade etmiştir. Güncel anlamda ise anksiyete; kişinin kendi varoluşu için temel olarak algıladığı değerli noktaların yada durumların, belirli olmayan tehdit unsurları etkisinde kaldığının idrak edilmesi ve buna yönelik duyguların hissedilme durumu olarak ifade edilebilmektedir.¹¹⁶

Anksiyete kavramı; sıkıntılı, bunalımlı, korkulu, endişeli ve kaygılı olma kavramlarını içermektedir. Anksiyete duygudurum içerisinde yer almaktadır. Duygudurumun belirli bir boyutu olarak ifade edilmektedir. Anksiyete öznel ve nesnel

¹¹³Özlem Şireli. Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi- Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, 2012. s.57. (**Uzmanlık Tezi**)

¹¹⁴Bozkurt, a.g.e. s. 63

¹¹⁵Akdoğan, a.g.e. 56

¹¹⁶Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s. 624

emareleri bulunan, ruha ve bedene ilişkin bir kompleks olarak ifade edilebilir.¹¹⁷ Anksiyete durumunu normal ve sorunlu olmayan anksiyete olarak iki şekilde inceleyebiliriz: Normal olan anksiyete tüm insanlar tarafından paylaşılan bir tecrübedir. Korkuyla iç içe olan olumsuz beklentiler ve tedirgin hisler yaratan duygudurumdur. Bu algı farklı yoğunluklarda görülebilir. Şiddet düzeyi çoğaldıkça patolojikleşir. Ağır düzeyde olan bireyler bu sıkıntılı halden çıkabilmek için her türlü şeyi kabul edebileceklerini ifade ederler.¹¹⁸

Türkçe olarak anksiyete kavramı kaygılı olma, bunaltılı olma, canın sıkılması, arzu edilmeyen heyecanlı bir tedirginlik durumu gibi kavramlarla ifade edildiği görülmektedir.¹¹⁹ Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre anksiyete “üzüntü, endişe duyulan tasa” biçiminde tanımlanmıştır.¹²⁰

Spielberger (1966) senesinde kaygıyı iki farklı biçimde tanımlamıştır:

- Durumluk kaygı; bireylerin içerisinde buldukları stres düzeyi yüksek ortamların dışında hissetmiş oldukları bireysel korkular olarak ifade edilebilir.
- Sürekli kaygı; bireyin kaygılı olma eğiliminin olmasının, içerisinde bulunmuş olduğu durumları aşırı bir biçimde stres düzeyi yüksek olarak idrak etmesi ve yorumlamalarının genel olarak bu şekilde olması olarak ifade edilebilir.¹²¹

Anksiyete sözcüğü genel olarak tehlikeli durum beklentisi olan fakat koruyucu ve adapte edici fonksiyonu buluan nnormal bir duygudurumdur. Anksiyete türlerin devamlılığı için önemli şartların arasındadır. Bu durumların şiddet düzeyi ve rastlanma sıklığı normal gelişimsel olarak beklenen korku ve kaygılardan aşırı ve abartılı ise psikopatolojinin olduğundan söz edilebilir.¹²²

¹¹⁷Ahmet Hamdi Alpaslan. Ergen Yaştaki Lisanslı Sporcularda Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009. s. 64. **(Uzmanlık Tezi)**

¹¹⁸Türkan Öbekli, Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete Ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2013, s. 69. **(Yüksek Lisans Tezi)**

¹¹⁹Ömer Faruk Ar. Normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynler İle Otizmlı çocuğa sahip ebeveynlerin evlilik uyumu ve Anksiyete düzeylerinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2014,s. 58. **(Yüksek Lisans Tezi)**

¹²⁰Türk Dil Kurumu,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57503e2c5a10f4.88224260 (Erişim Tarihi: 21.03.2016)

¹²¹Serkan Sümer. Farklı öz-anlayış düzeylerine Sahip Üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008, s. 46. **(Yüksek Lisans Tezi)**

¹²²Halil Coşkun Çelik ve Tarık Acar. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2007, 12(1): s. 25

Sağlık hizmetlerine başvuruda bulunan 700 aile üzerinde yapılmış olan bir çalışmaya göre anksiyetenin görülme sıklığının %20 olduğu saptanmıştır.¹²³ Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ya da sosyal fobi türlerinin sıklıkla karşı karşıya kalınan anksiyete bozuklukları olduğu ve bir arada görülebileme olasılıklarının yüksek ihtimal olduğu belirtilmektedir.¹²⁴

2.3.2. Anksiyete Belirtileri

Duyulara ilişkin işaretler: düşünceli hal ve bulanıklaşmış zihin, bireyin etrafındaki objeleri kendine uzak ve bulanıkmiş gibi idrak etmesi, yüksek düzeyde uyanık olma, etrafını realiteden uzak olarak görme, gerçekçi olmayan duygular hissetme.

Düşüncelere ilişkin güçlükler: Konsantre olamama, insanın yaşamında olan kritik durumları anımsayamaması, sebep-sonuç ilişkisi kuramama, nesnel düşünebilmeyi gerçekleştiremeyip dikkatin dağınık olması.

Kavramlara ilişkin güçlükler: Akli yitireceğine dair korkular, bilişte sapmaların olması, baş edemeyeceğine dair korkular, başkalarının onu kötü değerlendireceğine dair korkuların olması, öleceğiyle ilgili korkular, kontrolünü kaybedebileceğine ilişkin korkular, korkutan imgelemeler.¹²⁵

Duyulara ilişkin işaretler: Çaresiz, korkulu, gergin, tedirgin hissetme, alarm durumunda olma, endişelilik, sinirli olma.¹²⁶

Anksiyeteli olma ile baş etmek için insanlar dört yöntem kullanabilirler. Bunlar; İç dünyaya dönüş, dışa vurmaya çalışma, kendi bedenine yansıtma eğilim ve problemleri çözme olarak ifade edilmektedirler. Bunların içerisinde olumlu olan ve çözüm yaratan madde problemleri çözme maddesidir.¹²⁷

¹²³Erdal Işık Ve Yasemen Taner. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parellel Kitabevi, 2006, s. 28.

¹²⁴Yelkenci, a.g.e. s. 65.

¹²⁵Erdal Işık, Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul Golden, 2006, s. 29.

¹²⁶Işık ve Taner, a.g.e. s. 31.

¹²⁷Fatma Öz, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010, 2. Baskı, s. 248.

DSM-5 Sınıflandırmasına Göre Anksiyete Bozukluklarının Dizilişi:¹²⁸

Panik Atak

Agorafobi

Panik Bozukluk

300.01 Agorafobi Olmaksızın Panik Bozukluk

300.21 Agorafobi İle Birlikte Panik Bozukluk

300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü Olmaksızın Agorafobi

300.29 Özgül Fobi (Önceki Basit Fobi)

300.23 Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)

300.3 Obsessif-Kompulsif Bozukluk

309.81 Post-travmatik Stress Bozukluğu

308.3 Akut Stres Bozukluğu

300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Çocukluk Döneminin Aşırı-anksiyete Duyuma Bozukluğunu Kapsar)

293.89 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu

300.00 Türlü Özgünleştirilemeyen Anksiyete Bozukluğu

2.3.3. Anksiyete Bozuklukları

- **Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılık anksiyetesi bir yaşını doldurmamış olan çocuklarda meydana çıkabilen genel gelişime ait bir durum olup, çocuğun farkındalık durumunun annesi yada bakımını üstlenen insandan ayrılmaya dikkat kesildiği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Normal olarak kabul edilen ayrılık anksiyetesi 9.-18. aylarda

¹²⁸Sümer, a.g.e. s. 51.

başlar ve 2.5 yaş civarı ortadan kalkar. Daha uzun süre ayrılık anksiyetesi durumu ise incelenmesi gereken ve yanlış zihinsel düzeneklerin oluştuğu durumlardır. ¹²⁹

- **Özgül/Basit Fobi**

Genetiğe bağlı etkenlerle beraber genetik dışı etkenlerin de rol oynayabildiği kaygı bozukluklarından biridir. Hastaların raporlarında sık olarak travma yaratan anılar ve tedirginlik yaratan eğitsel tesirler bulunmaktadır. En çok karşılaşılan kaygı bozukluklarından biri özgül fobidir. ¹³⁰

- **Sosyal Fobi**

Sosyal Fobi; eleştirileceğine ve kabul görmeyeceğine dair korkular veya başarılı olmanın beklendiği durumlar karşısında hasta olmaktan korkmak ve bu yüzden sosyal ortamlardan uzak durmaktır. ¹³¹

- **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

YAB gerçekçilikten uzak veya yüksek derecede sıkıntılı olma, kaygının ve tedirginliğin görülebildiği, insanların kaygılarını kontrol altına alma konusunda güçlük yaşadığı kaygı durumudur. Önem arz eden olaylardan evvel gergin, sinirli ve heyecanlı hissetme durumudur. ¹³²

- **Agorafobili ya da Agorafobisiz Panik Bozukluk**

Kalp çarpıntıları ve nefes almakta güçlük benzeri fiziksel emarelerin görüldüğü, aniden ortaya çıkan, yoğunluk düzeyi yüksek olan anksiyete nöbetleri panik atak olarak ifade edilmektedir. Klein ve Pine (2002) göre; ergenler ile yetişkinlerdeki klinik görünümün benzer olduğunu ifade etmişlerdir. ¹³³

- **Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Tekrarlayıcı bir biçimde insan zihnini meşgul edebilen, kaygı düzeyini yükselten düşünceler obsesif kompulsif bozukluk olarak tanımlanır. Ritüel

¹²⁹Benjamin James Sadock ve Virginia Alcott Sadock, Duygudurum Bozuklukları ve İntihar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, ed. Türkbay, I. 2012, s. 142.

¹³⁰Yasemen Işık Taner ve Ayla Soykan Aysev, Sosyal Fobi ve Özgül Fobi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007, Birinci Basım, s. 485.

¹³¹Beyhan Cengiz Özyurt ve Artuner Deveci. Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2010s. 21.

¹³²Denise Chavira ve ark., Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. Depress Anxiety, 200420: s. 160.

¹³³Özyurt, a.g.e. s. 21.

davranışlarla karakterize olan, kronik olarak süren, fonksiyon kaybına sebebiyet verebilen nöropsikolojik bir bozukluk olarak ifade edilmektedir..¹³⁴ Tanı için obsesyonların ve kompulsiyonların belli sürelerde belli bir şekilde devamlılığın sürmesi gereklidir.¹³⁵

- **Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

TSSB travma yaratma ihtimali olan bir durumla karşılaşmanın ardından hem fiziki hem de ruhsal olarak meydana gelen, insanın hayat kalite düzeyini, fonksiyonelliğini bozabilen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.¹³⁶ DSM-V ile hem çocuklara hem de yetişkinlere yönelik TSSB kriterleri açıkça düzenlenmiş ve belirtilmiştir.¹³⁷

2.4. STOMA YAŞAM KALİTESİ

Tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak yaşam kalitesi kavramı kronik hastalıklarda ve kanser yönetiminde giderek önem kazanmıştır. Bu kavram günlük yaşamda kullanıldığında yaşamın günlük gereksinimlerinden ekonomik, sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanmaktadır.¹³⁸

Dünya Sağlık Örgütü "Yaşam Kalitesi" kavramını; "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak bireyin yaşadığı kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi yaşamını algılama biçimidir." şeklinde tanımlamaktadır. Diğer bir deyişle yaşam kalitesi; bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevre ile olan ilişkilerinden etkilenen geniş, kapsamlı ve karmaşık bir kavramdır. Sağlık genel yaşam kalitesinin önemli alanlarından biri olmasına rağmen yaşam kalitesinin çalışma, barınma, eğitim, sosyal etkileşim, kültür, değerler ve maneviyat gibi birçok boyutu mevcuttur. Bu

¹³⁴Yasemen Işık Taner ve Ayla Soykan Aysev, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Aysev AS, Taner YI (eds.), İn: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007, Birinci Basım, s. 511.

¹³⁵Özyurt, a.g.e. s. 23.

¹³⁶ Ömer Saatçioğlu, Yaygın Anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, Klinik Psikiyatri Bülteni, 11(1) :2001, s. 68.

¹³⁷Saatçioğlu, a.g.e. s. 71.

¹³⁸Karabuğa, H.,& Pınar, R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Turkish Journal of Research & Development in Nursing,15(2). 2013, s. 10.

nedenle günümüzde sağlık alanındaki çalışmalarda "Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi" kavramının kullanımı ön planda yer almaktadır.¹³⁹

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; "bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. Diğer bir deyişle; bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hastalığın etkilerini, tedavinin yan etkilerini, fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarını içine alan çok boyutlu bir kavramdır.¹⁴⁰

Yaşam kalitesinin ölçümü, öncelikle beri araştırmalara konu olmuş ve bu alanda Bentham 1960'dan önceki yazısında yaşam kalitesi ölçümünün psikiyatrik olarak tanımlanmasının başlangıcı olmuştur.¹⁴¹ Bentham çevreyi haz ve elem olarak duyumsanması şeklinde tanımlamıştır. Daha sonra bunların yerini, 'yeti yitimi ve yaşam kalitesi' olarak değiştirmiştir. Bu tanımlamaların akabinde Tuhurdton ve Lillertson kullanılan yaşam kalitesi ölçeğini oluşturmuştur (1920-1930).¹⁴²

'Yaşam kalitesi; sosyal çevrenin bireye akseden yansıması tanımını İlk kez 1939'da yapmıştır. 1960'lı yıllarda ekonomi ile ilgilenenlerin dikkatini üzerine toplamıştır. Ekonomistler eğitim, sağlık, barınma alanlarında gayrisafi milli hasılayı hesaplarken yaşam kalitesini göz önüne almışlardır.¹⁴³

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlıyorsa da, yeni sorunlar da oluşturabilmektedir. Bireylerde yaşam tarzı değişikliklerine neden olabilen ve yaşam kalitesini etkileyen girişimlerden biri de bağırsak stoması açılmasıdır. Stoma açılması bireyin tüm yaşantısını derinden etkileyerek o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine uyum sağlamasını gerektirir. Çünkü sağlıklı bireyde boşaltım istemli olarak kontrol edilebilen, bağımsızca gerçekleştirilebilen fizyolojik bir durum iken stoma; boşaltım biçimini değiştirerek bireyi bağımsız durumdan bağımlı duruma getirmekte, beden bütünlüğünü bozmakta, birçok fiziksel ve psikososyal sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Dış görünüşünden memnun olan birey genellikle özgüveni yerinde bir bireydir. İşinde, sosyal ve cinsel yaşamında daha başarılı bir

¹³⁹Yavuz Selvi, Pınar Güzel Özdemir, Osman Özdemir, Adem Aydın ve Lütfullah Beşiroğlu. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23(4), 2010, s.

¹⁴⁰<http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> (Erişim Tarihi: 21.03.2016)

¹⁴¹Selvi ve ark., a.g.e. s. 241.

¹⁴²Fahriye Oflaz ve Huriye Vural. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(1). s. 5.

¹⁴³Oflaz ve Varol, a.g.e. s. 6.

kişilik sergilemektedir. Birey dış görünümünden memnun olmadığı zaman ise fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kolorektal cerrahi sonrasında açılan stoma, cerrahi nedeni ile oluşan şekil ve fonksiyonel bozukluk, kişinin beden algısında önemli rol oynayarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Literatürde; fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık/travma nedeniyle değişmesinin beden algısını ve benlik saygısını negatif yönde etkilediği, bu nedenle de bireyde ruhsal sorunların ortaya çıkabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle fiziksel görünümdeki değişiklikler ya da fonksiyon kaybına bağlı bireyde oluşan şekil bozuklukları olumsuz duygulara ve sosyal kısıtlamalara neden olmaktadır. Stoma ameliyatı nedeniyle bireyler fizyolojik olarak; boşaltım alışkanlığında değişme, boşaltım kontrolünün kaybı, istemsiz gaz çıkışı ve koku gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Fiziksel görünümdeki değişiklikler ve fizyolojik sorunlar; bireyin beden imajı algısını olumsuz yönde etkilemekte, kendini diğerlerinden farklı görmesine, kendinden utanmasına, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetmesine ve sosyal aktivitelerini sınırlamasına neden olabilmektedir.¹⁴⁴ Stomalı bireyler hastalık, tedavi süreci ve beden görünümündeki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesi gibi nedenlerle kendilerini sosyal ilişkilerde ve aktivitelerde kısıtlama eğilimindedirler.¹⁴⁵ Stomalı bireylerde ameliyattan sonra işi bırakma veya iş değiştirme, yakın arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, evlilik problemlerinde artma, sosyal aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon sık vurgulanan sorunlar arasındadır.¹⁴⁶ Yaşan ve arkadaşlarının aktardığına göre (2008) stoma gibi insan yaşamını çok yönlü etkileyen uygulamalardan sonra yaşam kalitesi etkilenmektedir.¹⁴⁷

Stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar ve ortaya çıkan komplikasyonların stoma fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Goozsen ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları çalışmada sızıntı, peristomal deri iritasyonu, retraksiyon ve prolapsus gibi komplikasyonların stomalı hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Pittman ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada özellikle deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen komplikasyonlar olduğu bulunmuştur.¹⁴⁸

¹⁴⁴Vural ve Erol, a.g.e. s. 38.

¹⁴⁵Ayaz, a.g.e. , 90.

¹⁴⁶Kılıç ve ark., a.g.e. s. 308.

¹⁴⁷Karaveli, a.g.e. s. 41.

¹⁴⁸Karaveli, a.g.e. s. 45.

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinin Klinikte Yararları

Yaşam kalitesinin ölçülmesi;

- Hastalıkların kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması,
- Tedavi sonuçlarının hastanın psikososyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi,
- Klinik araştırma, klinik denetleme, klinik değerlendirme, hastanın gereksinimlerine yanıt verebilme ve sağlık ekonomisinin değerlendirmesi amaçlı kullanılmaktadır.

Deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ölçülmesi ile sağlık hizmetlerinde verilecek öncelik, tanı ve tedavide yeni ilkelerin belirlenmesi açısından bilgilendirme de sağlanabilir. Son yıllarda özellikle kronik hastalıklar üzerinde yaşam kalitesi değerlendirilmesi önem kazanmış ve klinik çalışmalarda sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Klinik araştırmalarda yaşam kalitesinin ölçülmesi tedavi seçeneklerinin, tedavi öncesi-sonrası etkinlik değerlendirilmesi ve özellikle yeni tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesinde çok önemlidir.¹⁴⁹

Gill ve arkadaşlarına (1994) göre yaşam kalitesi testleri, hastanın hastalığına bakış açısını ve hastalığın medikal yönü dışında etkileyebileceği durumları da belirler. Testlerin hastanın kendisi tarafından uygulanması, sosyal çevre, aile ve sağlık personeli dışında asıl kaynak olmasını sağlamaktadır. Azalmış yaşam kalitesi fonksiyonel yetersizlik, üreticilikte azalma ve bazı psikiyatrik bozukluklara eğilim gösterir. Hastanın yaşam kalitesi değerlendirmesi hekim tarafından etkili bir biçimde yapılırsa, hastaların biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi sağlanmış ve prognoza katkısı olmuş olacaktır.¹⁵⁰

¹⁴⁹Esen Acıöz, Gonca Gökdemir ve Adem Köşlü. Dermatolojide yaşam kalitesi. *Türkderm*, 37(1), 2003, s. 19.

¹⁵⁰Burcu Tuğrul Ayanoglu. Behçet Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi ve Rekürren Aftöz Stomatitli Hastalarla ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, *Ufuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı*, Ankara, 2011, s. 46. (**Uzmanlık Tezi**)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM ve TEKNİKLERİ

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma “ilişkisel tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. İlişkisel tarama modelleri, geçmişte yada halen var olan bir durumu var olduğu en objektif yansıtımla betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırma için belirlenip konu edilen olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Hiçbir şekilde etkileme ve değiştirmeye yönelme olmaz.

3.2.EVREN VE ÖRNEKLEM

İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliğine bağlı eğitim araştırma hastanelerinde yatarak tedavi gören kolostomili ve ileostomili hastalar ve hastanın bakımını üstlenen pirimer aile bireyleri bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi ve Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören 29 erkek ve 21 kadın olmak üzere 50 kolostomili veya ieostomili hasta ve 11 erkek ve 39 kadın olmak üzere 50 hasta yakını oluşturmaktadır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Kişisel bilgi formu (KBF) araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. KBF’de katılımcıların cinsiyet, yaş, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumuna, evdeki birey sayısı gibi katılımcının sosyodemoğrafik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. KBF Ek 1’de verilmiştir.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri(BDE)

Bireylerin depresyon yönünden riskini belirleyen ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini değerlendiren bir ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Hastanın kendisinin doldurduğu bir

ölçektir. Puan aralığı 0–63 arasında değişir. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir. Türkiye için geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları Hisli N. Tarafından yapılmıştır.¹⁵¹

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Envanteri(BAE): Beck ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0–3 arası likert tipi puanlanan, hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0–63 tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilik - güvenirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır.¹⁵²

3.3.4. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği

Stoma yaşam kalitesi Ölçeği, Baxter ve arkadaşları tarafından ostomili bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Hem klinisyenler hem de araştırmacılar tarafından kullanılabilir çok boyutlu, basit, objektif ve güvenilir bir araçtır. Bu araştırmanın sonuçları 17 maddeden ve 3 alt gruptan oluşturulan Stoma yaşam kalitesi ölçeği'nin Türk toplumunda stoma (ileostomi, kolostomi ve ürostomi) açılan yetişkin bireyler için geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuştur¹⁵³

3.4. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ile Windows 21.0 programı kullanılarak analizi yapılmıştır. Toplanan veriler değerlendirme aşamasında tanımlayıcı istatistiksel metotlar sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi istatistiksel kullanılarak sonuca ulaşılmıştır.

Araştırmanın örnekleme parametrik testler için gerekli koşulları sağlamadığı için, istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Bunun için

¹⁵¹Cüneyt Ünsal. "Yaygın Anksiyete Bozukluğu" Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu ve QT Dispersiyonu, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2007, s. 37. (Uzmanlık Tezi)

¹⁵²Ünsal, a.g.e. s. 37.

¹⁵³Aişe Karadağ, Deniz Öztürk, Bülent Çelik "Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması". Kolon Rektum Hastane Dergisi, 2011, No:21 s,176

niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Araştırmanın yaşam kalitesi envanterinin alt ölçekleri, depresyon ve anksiyete ölçekleri arasındaki ilişkiye Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Kolostimi uygulamasının, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasındaki etkiye de regresyon analiz ile bakılmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliğine bağlı eğitim araştırma hastanelerinde yatarak tedavi gören 19-84 yaşındaki stomalı hastaların depresyon, anksiyete ve stoma yaşam kalitesi ölçeklerinden elde edilen veriler sıralanmıştır. Bunun yanında stomalı hastanın bakımını üstlenen her aileden bir primer hasta yakını seçilmiş ve hasta yakınına depresyon ve anksiyete ölçekleri uygulanmıştır. Hasta yakınından elde edilen bilgilere de aşağıdaki tablolarda yer verilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgi formundan elde edilen bulgular da yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hastaların Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=50)

Demografik ve Klinik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	29	58.0
Kadın	21	42.0
Yaş		
19-50 yaş arası	13	26.0
51-70 yaş arası	22	44.0
71 yaş ve üzeri	15	30.0
Doğum yeri		
İstanbul	6	12.0
İstanbul dışı	44	88.0
Öğrenim yılı süresi		
5 yıl ve altı	28	56.0
6-10 yıl arası	12	24.0
11 yıl ve üzeri	10	20.0
Beden kitle endeksi		
Zayıf (18.5 kg/m ² 'nin altı)	7	14.0

Normal kilolu(18.5-24.9 kg/m ² arası)	16	32.0
Fazla kilolu(25-29.9 kg/m ² arası)	17	34.0
1. derece obez(30-34.9 kg/m ² arası)	8	16.0
2. derece obez(35-39.9 kg/m ² arası)	2	4.0
Gelir düzeyi		
Yetersiz	4	8.0
Orta	41	82.0
İyi	5	10.0

Demografik Özellikler	Sayı	%
Çalışma durumu		
Çalışıyor	12	24.0
Çalışmıyor	21	42.0
Emekli	17	34.0
Medeni durum		
Bekar	3	6.0
Evli	36	72.0
Dul	11	22.0
Kimle yaşadığı		
Yalnız	2	4.0
Aile	46	92.0
Aile dışı kişilerle	2	4.0
Psikiyatrik hastalık durumu		
Yok	41	82.0
Var	9	18.0
Kullandığı ilaç		
İlaç kullanmıyor	43	86.0
Hidroksizin	2	4.0
Citalopram	1	2.0
Ketiyapin	1	2.0
Sertralin	1	2.0
Paroksetin	1	2.0
Escitalopram	1	2.0
Stoma açılma nedeni		

Kanser	34	68.0
Yaralanma	1	2.0
Crohn hastalığı	7	14.0
Diğer	8	16.0
Hangi tür stoma tipi		
Kalıcı kolostomi	13	26.0
Kalıcı ileostomi	4	8.0
Geçici kolostomi	28	56.0
Geçici ileostomi	5	10.0
Ostomi yaşama süresi		
5 yıl ve altı	37	74.0
6 yıl ve üzeri	13	26.0
Görülen tedavi		
Kemoterapi	16	32.0
Cerrahi tedavi	34	68.0

Demografik Özellikler	Sayı	%
Başka hastalık durumu		
Yok	30	60.0
Şeker	4	8.0
Hipertansiyon	12	24.0
KOAH	1	2.0
Kalp	2	4.0
Alzheimer	1	2.0
Bakımı kimin yaptığı		
Kendi	6	12.0
Yardımla	20	40.0
Her zaman bir başkası	24	48.0

Sosyal güvence		
Yok	6	12.0
Var	44	88.0
Ostomi sonrası iş yaşantısında değişim olma durumu		
Çalışmayı bıraktı	8	16.0
İş değiştirdi	1	2.0
Aynı işe devam ediyor	4	8.0
Emekli	35	70.0
Hiç çalışmadı	2	4.0
Ostomiden önceki şikayetler ile yaşamak ostomi ile yaşamaya tercih etme		
Evet	9	18.0
Hayır	41	82.0

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 50 hastanın 29'u (%58.0) erkeklerden ve 21'i (%42.0) kadınlardan oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalamasının 59.20±15.89 (min. da 19 yaşında, max.'da 84 yaşında) olduğu, 44'ü (%88.0) İstanbul dışında yaşamakta olduğu, 28'i (%56.0) öğrenim yılı 5 yıl ve altı olduğu, 17'sinin (%34.0) beden kitle endeksi 25-29.9 kg/m² arası fazla kilolu olduğu, 41'inin (%82.0) gelir düzeyi orta olduğu, 21'i (%42.0) herhangi bir işte çalışmamakta olduğu, 36'sı (%72.0) evli olduğu, 46'sı (%92.0) ailesiyle birlikte yaşamakta olduğu, 41'inin (%82.0) psikiyatrik hastalığı olmadığı, 43'ü (%86.0) psikiyatrik ilaç kullanmadığı, 34'ünün (%68.0) stoma açılma nedeni kanser olduğu, 28'inin (%56.0) stoma türü geçici kolostomi olduğu, 37'sinin (%74.0) ostomi yaşama süresi 5 yıl ve altı olduğu, 34'ünün (%68.0) gördüğü tedavi cerrahi tedavi olduğu, 30'unun (%60.0) başka bir hastalığı olmadığı, 24'ünün (%48.0) bakımı her zaman bir başkası tarafından yapıldığı, 44'ünün (%88.0) sosyal güvencesi olduğu, 35'i (%70.0) ostomi sonrası emekli olduğu ve 41'i (%82.0) ostomiden önceki şikayetler ile yaşamayı ostomi ile yaşamaya tercih etmedikleri görülmüştür

Tablo 2: Hastaların Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
--	-------------------

Anksiyete ölçeği	19.40±12.95
Depresyon ölçeği	19.30±9.03

Hastaların anksiyete ölçeğinin puan ortalaması 19.40 ve standart sapması 12.95 olduğu, depresyon ölçeğinin puan ortalaması 19.30 ve standart sapması 9.03 olduğu görölmüştür.

Tablo 3: Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
Genel memnuniyet alt ölçeği	51.20±23.93
İş/sosyal yaşam alt ölçeği	41.33±17.53
Beden imajı alt ölçeği	42.70±15.12
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	60.58±19.67
Yaşam kalitesi ölçeği (toplam skor)	48.20±13.61

Hastaların stoma fonksiyonu alt ölçeğinin puan ortalaması 60.58 ve standart sapması 19.67 olduğu, genel memnuniyet alt ölçeğinin puan ortalaması 51.20 ve standart sapması 23.93 olduğu, beden imajı alt ölçeğinin puan ortalaması 42.70 ve standart sapması 15.12 olduğu, iş / sosyal yaşam alt ölçeğinin puan ortalaması 41.33 ve standart sapması 17.53 olduğu ve yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalaması 48.20 ve standart sapması 13.61 olduğu görölmüştür.

Tablo 4: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçeği	Erkek	29	17.75	11.79	267.00	-.738
	Kadın	21	21.66	14.39		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Depresyon ölçeği	Erkek	29	18.31	9.00	272.00	-.640
	Kadın	21	20.66	9.11		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Genel memnuniyet alt ölçeği	Erkek	29	51.89	23.39	298.50	-.119
	Kadın	21	50.23	25.22		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Erkek	29	41.81	16.00	289.00	-.306
	Kadın	21	40.67	19.84		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Beden imajı alt ölçeği	Erkek	29	41.72	13.38	278.00	-.524
	Kadın	21	44.04	17.50		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>

Stoma fonksiyonu alt ölçeği	Erkek	29	64.08	17.12		
	Kadın	21	55.75	22.26	238.00	-1.31
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Yaşam kalitesi ölçeği	Erkek	29	49.20	12.35		-
	Kadın	21	46.82	15.39	270.50	.668
	Toplam	50				

Tablo 4’da görüldüğü gibi; hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete, depresyon, genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “Hastaların yaşları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 5: Hastaların Yaşları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Anksiyete ölçeği	R	-.090
	P	.536
Depresyon ölçeği	R	.061

	P	.676
Genel memnuniyet alt ölçeği	R	-.078
	P	.591
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	R	.046
	P	.750
Beden imajı alt ölçeği	R	.054
	P	.707
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	R	.205
	P	.154
Yaşam kalitesi ölçeği	R	.116
	P	.424

Tablo 5'de görüldüğü gibi; hastaların yaşları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak "Hastaların öğrenim süreleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 6: Hastaların Öğrenim Süreleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Öğrenim süresi
Anksiyete ölçeği	r	-.030
	p	.835
Depresyon ölçeği	r	-.194
	p	.178
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	.102

	p	.483
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	-.072
	p	.622
Beden imajı alt ölçeği	r	.077
	p	.594
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	.080
	p	.579
Yaşam kalitesi ölçeği	r	.080
	p	.581

Tablo 6'de görüldüğü gibi; hastaların öğrenim süreleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak "Hastaların beden kitle endeksleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 7: Hastaların Beden Kitle Endeksleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Beden kitle endeksleri
Anksiyete ölçeği	r	-.288
	p	.042*
Depresyon ölçeği	r	-.362
	p	.010*
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	.190
	p	.187
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	.172
	p	.233
Beden imajı alt ölçeği	r	.291
	p	.040*
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	.224
	p	.118
Yaşam kalitesi ölçeği	r	.297
	p	.036*

*p<0.05

Tablo 7’de görüldüğü gibi; hastaların beden kitle endeksleri ile hastaların genel memnuniyet, iş / sosyal yaşam ve stoma fonksiyonu ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların beden kitle endeksleri ile anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; r=-.288, p=.042 ; r=-.362 , p=.010). **Bir diğer deyişle bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça; anksiyete ve depresyon düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.**

Hastaların beden kitle endeksleri ile beden imajı ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde

ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.291$, $p=.040$; $r=.297$, $p=.036$). **Bir diğer deyişle bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça; beden imajı ve yaşam kalitesi düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “Hastaların çalışma durumları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 8: Hastaların Çalışma Durumları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	sd	KW	p	Anlamlı fark
Anksiyete ölçeği	Çalışıyor	12	14.83	14.81	2	3.28	.194	-
	Çalışmıyor	21	19.04	10.96				
	Emekli	17	23.05	13.52				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	sd	KW	p	Anlamlı fark
Depresyon ölçeği	Çalışıyor	12	16.75	10.74	2	2.73	.255	-
	Çalışmıyor	21	18.80	7.49				
	Emekli	17	21.70	9.44				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamlı fark
Genel memnuniyet alt ölçeği	Çalışıyor	12	49.58	26.41	2	.026	.987	-
	Çalışmıyor	21	48.33	27.03				
	Emekli	17	55.88	18.04				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	sd	KW	p	Anlamlı fark
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Çalışıyor	12	43.40	17.35	2	.401	.818	-
	Çalışmıyor	21	39.48	16.64				
	Emekli	17	42.15	19.48				
	Toplam	50						

		Toplam						
			50					
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamli fark
Beden imajı alt ölçeği	Çalışıyor	12	41.66	18.38	2	.147	.929	-
	Çalışmıyor	21	42.85	15.77				
	Emekli	17	43.23	12.49				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamli fark
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	Çalışıyor	12	66.31	19.33	2	5.44	.066	-
	Çalışmıyor	21	53.17	20.23				
	Emekli	17	65.68	17.08				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamli fark
Yaşam kalitesi ölçeği	Çalışıyor	12	50.46	14.27	2	1.68	.430	-
	Çalışmıyor	21	45.17	12.85				
	Emekli	17	50.35	14.15				
	Toplam	50						

Tablo 8’de görüldüğü gibi; hastaların çalışma durumlarına göre anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 9: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z
Anksiyete ölçeği	Bekar	14	18.85	15.94	228.50	-.508
	Evli	36	19.61	11.84		
	Toplam	50				

Grup		N	X	SS	U	Z
Depresyon ölçeği	Bekar	14	17.57	8.60	214.00	-.822
	Evli	36	19.97	9.22		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Genel memnuniyet alt ölçeği	Bekar	14	49.64	18.95	227.00	-.544
	Evli	36	51.80	25.83		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Bekar	14	42.26	21.29	249.00	-.065
	Evli	36	40.97	16.16		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Beden imajı alt ölçeği	Bekar	14	41.42	19.35	234.50	-.380
	Evli	36	43.19	13.42		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	Bekar	14	63.69	14.38	238.00	-.304
	Evli	36	59.37	21.44		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Yaşam kalitesi ölçeği	Bekar	14	49.12	13.87	241.00	-.238
	Evli	36	47.84	13.69		
	Toplam	50				

Tablo 9'da görüldüğü gibi; hastaların medeni durumlarına göre anksiyete, depresyon, genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış medeni durum açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 10: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z
Anksiyeteölçeği	Bekar	14	18.85	15.94	228.50	-.508
	Evli	36	19.61	11.84		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Depresyon ölçeği	Bekar	14	17.57	8.60	214.00	-.822
	Evli	36	19.97	9.22		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Genel memnuniyet alt ölçeği	Bekar	14	49.64	18.95	227.00	-.544
	Evli	36	51.80	25.83		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Bekar	14	42.26	21.29	249.00	-.065
	Evli	36	40.97	16.16		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Beden imajı alt ölçeği	Bekar	14	41.42	19.35	234.50	-.380
	Evli	36	43.19	13.42		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Stomafonksiyonu alt ölçeği	Bekar	14	63.69	14.38	238.00	-.304
	Evli	36	59.37	21.44		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Yaşam kalitesi	Bekar	14	49.12	13.87	241.00	-.238

ölçeği	Evli	36	47.84	13.69		
	Toplam	50				

Tablo 10’da görüldüğü gibi; hastaların medeni durumlarına göre anksiyete, depresyon, genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış medeni durum açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların ostomi yaşama süreleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 11: Hastaların Ostomi Yaşama Süreleri İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ostomi yaşama süreleri
Anksiyete ölçeği	r	.059
	p	.683
Depresyon ölçeği	r	.073
	p	.615
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	.225
	p	.116
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	.163
	p	.257
Beden imajı alt ölçeği	r	.023
	p	.876
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	.154
	p	.287

Yaşam kalitesi ölçeği	r	.124
	p	.389

Tablo 11’de görüldüğü gibi; hastaların ostomi yaşama süreleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların gördükleri tedavi türleri ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 12: Hastaların Gördükleri Tedavi Türlerine Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z
Anksiyete ölçeği	Kemoterapi	16	19.12	10.26	264.50	-.156
	Cerrahi tedavi	34	19.52	14.18		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Depresyon ölçeği	Kemoterapi	16	17.62	7.93	235.50	-.760
	Cerrahi tedavi	34	20.08	9.52		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Genel memnuniyet alt ölçeği	Kemoterapi	16	47.81	26.32	261.50	-.220
	Cerrahi tedavi	34	52.79	22.96		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Kemoterapi	16	42.96	10.51	257.00	-.313
	Cerrahi tedavi	34	40.56	20.10		

		Toplam	50			
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Beden imajı alt ölçęi	Kemoterapi	16	41.56	14.22	262.50	-199
	Cerrahi tedavi	34	43.23	15.70		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Stoma fonksiyonu alt ölçęi	Kemoterapi	16	64.06	15.72	240.00	-669
	Cerrahi tedavi	34	58.94	21.29		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Yaşam kalitesi ölçęi	Kemoterapi	16	49.53	8.86	247.50	-510
	Cerrahi tedavi	34	47.58	15.43		
	Toplam	50				

Tablo 12’de görüldüğü gibi; hastaların gördükleri tedavi türlerine göre anksiyete, depresyon, genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış tedavi türü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların başka rahatsızlıkları olup olmaması ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 13: Hastaların Başka Rahatsızlıkları Olup Olmamasına Göre Grupların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçęi	Yok	30	16.83	12.45	217.50	-1.63
	Var	20	23.25	13.04		

		Toplam				
		50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Depresyon ölçeği	Yok	30	17.50	9.86	204.00	-1.90
	Var	20	22.00	7.02		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Genel memnuniyet alt ölçeği	Yok	30	50.50	23.90	298.50	-.030
	Var	20	52.25	24.57		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	Yok	30	44.30	17.24	217.00	-1.65
	Var	20	36.87	17.43		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Beden imajı alt ölçeği	Yok	30	41.66	16.41	300.00	.000
	Var	20	44.25	13.20		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	Yok	30	61.25	20.76	293.50	-
	Var	20	59.58	18.39		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Yaşam kalitesi ölçeği	Yok	30	49.07	15.52	255.00	-.891
	Var	20	46.90	10.35		
	Toplam	50				

Tablo 13’de görüldüğü gibi; hastaların başka rahatsızlıkları olup olmasına göre anksiyete, depresyon, genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış rahatsızlık durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on sekizinci olarak “Hastaların bakımlarını nasıl yaptıkları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.



Tablo 14: Hastaların Bakımlarını Nasıl Yaptıkları İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Anksiyete ölçeği	Kendi	6	24.50	13.20	2	.863	.650	-
	Yardımla	20	19.45	14.89				
	Her zaman bir başkası	24	18.08	11.30				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Depresyon ölçeği	Kendi	6	26.83	6.96	2	4.64	.098	-
	Yardımla	20	17.65	10.38				
	Her zaman bir başkası	24	18.79	7.54				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>Sd</i>	<i>KW</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
Genel memnuniyet alt ölçeği	Kendi	6	60.83	14.28	2	1.56	.457	-
	Yardımla	20	51.25	26.20				
	Her zaman bir başkası	24	48.75	24.05				
	Toplam	50						
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>p</i>	<i>Anlamli fark</i>
İş / sosyal yaşam alt	Kendi	6	41.66	14.90	2	.116	.944	-
	Yardımla	20	39.37	19.93				
	Her zaman bir başkası	24	42.88	16.50				

ölçeği	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamlı fark
Beden imajı alt ölçeği	Kendi	6	34.16	15.94	2	2.30	.316	-
	Yardımla	20	44.50	17.83				
	Her zaman bir başkası	24	43.33	12.12				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamlı fark
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	Kendi	6	65.97	10.99	2	.842	.656	-
	Yardımla	20	56.66	24.12				
	Her zaman bir başkası	24	62.50	17.11				
	Toplam	50						
Grup		N	X	SS	Sd	KW	p	Anlamlı fark
Yaşam kalitesi ölçeği	Kendi	6	47.26	8.15	2	.151	.927	-
	Yardımla	20	46.84	17.25				
	Her zaman bir başkası	24	49.57	11.43				
	Toplam	50						

Tablo 14'de görüldüğü gibi; hastaların bakımlarını nasıl yaptıklarına göre anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve bakımlarını nasıl yaptıkları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi üçüncü olarak "Hastalara uygulanan kolostimi uygulamasının hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 15: Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Yaşam kalitesi düzeyi	Sabit	45.435	8.588	.000	.317	.576	.007
	Kolostimi uygulaması	1.108	.563	.576			

Tablo 15’de görüldüğü gibi; kolostimi uygulaması ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=.317$; $p=0.576>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastalara uygulanan kolostimi uygulamasının hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 16: Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Depresyon düzeyi	Sabit	24.635	7.193	.000	2.804	.101	.055
	Kolostimi uygulaması	-2.134	-1.674	.101			

Tablo 16’da görüldüğü gibi; kolostimi uygulaması ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.804$; $p=0.101>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi “Hastalara uygulanan kolostimi uygulamasının hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların üzerinde nasıl bir etkisi vardır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 17: Hastalara Uygulanan Kolostimi Uygulamasının Anksiyete Üzerine Etkisinin İncelenmesi

<i>Bağımlı Değişken</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>Model (p)</i>	R^2
<i>Anksiyete düzeyi</i>	<i>Sabit</i>	22.905	4.561	.000	.563	.457	.012
	<i>Kolostimi uygulaması</i>	-1.402	-.750	.457			

Tablo 17’de görüldüğü gibi; kolostimi uygulaması ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.804$; $p=0.101>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların anksiyete ölçeğinden ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 18: Hastaların Anksiyete Ölçeğinden ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Anksiyete ölçeği
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	-.371
	p	.008**
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	-.579
	p	.001**
Beden imajı alt ölçeği	r	-.585
	p	.001**
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	-.443
	p	.001**
Yaşam kalitesi ölçeği	r	-.731

	p	.001**
--	---	--------

**p<0.01

Tablo 18’de görüldüğü gibi; hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=-.371$, $r=-.579$, $r=-.585$, $r=-.443$ ve $r=-.731$). **Bir diğer deyişle anksiyete düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların depresyon ölçeğinden ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 19: Hastaların Depresyon Ölçeğinden ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Depresyon ölçeği
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	-.346
	p	.014*
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	-.545
	p	.001**
Beden imajı alt ölçeği	r	-.532
	p	.001**
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	-.432

	p	.001**
Yaşam kalitesi ölçeği	r	-.702
	p	.001**

**p<0.01 ; *p<0.05

Tablo 19’de görüldüğü gibi; hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; r=-.346, r=-.545, r=-.532, r=-.432 ve r=-.702). **Bir diğer deyişle depresyon düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi “Hastaların anksiyete ölçeğinden ve depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 20: Hastaların Anksiyete Ölçeğinden ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Depresyon ölçeği
Anksiyete ölçeği	r	.710
	p	.001**

**p<0.01

Tablo 20’de görüldüğü gibi; hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (r=.710, p=0.001). **Bir diğer deyişle anksiyete düzeyleri arttıkça; depresyon düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Bakım veren bireylerin tıbbi bir hastalığı olup olmadığı ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 21:Araştırmaya Katılan Hastanın Bakımını Üstlenen Primer Aile Bireyinin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=50)

Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	11	22.0
Kadın	39	78.0
Yaş		
21-50 yaş arası	30	60.0
51 yaş ve üzeri	20	40.0
Doğum yeri		
İstanbul	12	24.0
İstanbul dışı	38	76.0
Öğrenim yılı süresi		
5 yıl ve altı	24	48.0
6-10 yıl arası	7	14.0
11 yıl ve üzeri	19	38.0
Gelir düzeyi		
Yetersiz ve alt	8	16.0
Orta	37	74.0
İyi	5	10.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	19	38.0
Çalışmıyor	31	62.0
Medeni durum		
Bekar	10	20.0
Evli	38	76.0
Boşanmış	1	2.0

Dul	1	2.0
Psikiyatrik hastalık durumu		
Yok	46	92.0
Var	4	8.0
Kullandığı ilaç		
İlaç kullanmıyor	45	90.0
İlaç kullanıyor	5	10.0

Demografik Özellikler	Sayı	%
Hastayla yakınlık		
Eş	20	40.0
Anne baba	20	40.0
Kardeş	5	10.0
Çocuk	2	4.0
Diğer	3	6.0
Sosyal güvence		
Yok	11	22.0
Var	39	78.0
Çalışma durumu		
Çalışmayı bıraktı	9	18.0
İş değiştirdi	5	10.0
Aynı işe devam	16	32.0
Hiç çalışmadı	20	40.0
Tıbbi bi hastalık		
Yok	37	74.0
Tansiyon	8	16.0
Kanser	1	2.0
Şeker	2	4.0

Böbrek	1	2.0
Tiroid	1	2.0
Bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumu		
Hayır	31	62.0
Evet	19	38.0
Yaşanan psikolojik değişimlere karşı ilaç kullanma durumu		
Hayır	48	96.0
Evet	2	4.0
Yaşanan psikolojik değişimlere karşı profesyonel yardım alma durumu		
Hayır	48	96.0
Evet	2	4.0
Ostomi bakımıyla ilgili eğitim alma durumu		
Hayır	14	28.0
Evet	36	72.0

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 50 hastasına bakım veren bireylerin 39'u (78.0) kadınlar ve 11'i (%22.0) erkekler oluşturmaktadır. Bakım veren bireylerin yaş ortalamasının 45.82 ± 13.37 (min. da 21 yaşında, max.'da 75 yaşında) olduğu, 38'i (%76.0) İstanbul dışında yaşamakta olduğu, 24'ü (%48.0) öğrenim yılı 5 yıl ve altı olduğu, 37'sinin (%74.0) gelir düzeyi orta olduğu, 31'i (%62.0) herhangi bir işte çalışmamakta olduğu, 38'i (%76.0) evli olduğu, 46'sının (%92.0) psikiyatrik bir hastalığı olmadığı, 45'i (%90.0) psikiyatrik ilaç kullanmadığı, 20'si (%40.0) bakım verdiği yakınının eşi olduğu, 39'unun (%78.0) sosyal güvencesi olduğu, 20'si (%40.0) hiç çalışmadığı, 37'sinin (%74.0) tıbbi bir hastalığı olmadığı, 31'i (%62.0) bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığı, 48'inin (%96.0) yaşanan psikolojik değişimlere karşı ilaç kullanmadığı, 48'i (%96.0) yaşanan psikolojik değişimlere karşı profesyonel yardım almadığı ve 36'sının (%72.0) ostomi bakımıyla ilgili eğitim aldığı görülmüştür.

Tablo 22: Bakım Veren Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı

	Ort. ve SS
Anksiyete ölçeği	10.74±10.15
Depresyon ölçeği	11.08±10.28

Bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinin puan ortalaması 10.74 ve standart sapması 10.15 olduğu, depresyon ölçeğinin puan ortalaması 11.08 ve standart sapması 10.28 olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde "Bakım veren bireylerin yakınlarının kim olduğu ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 23: Bakım Veren Bireylerin Yakınlarının Kim Olduğu İle Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından "Kruskal Wallis H" Testi İle Karşılaştırılması

Grup	N	X	SS	sd	KW	p	Anla
------	---	---	----	----	----	---	------

							<i>mlı fark</i>
Anksiyete ölçeği	Eş	20	11.65	9.24			
	Anne/baba	20	11.25	11.42	2	1.80	.405
	Diğer	10	7.90	9.68			-
	Toplam	50					
							<i>Anla mlı fark</i>
<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>KW</i>	<i>p</i>	<i>Anla mlı fark</i>
Depresyon ölçeği	Eş	20	12.90	9.71			
	Anne/baba	20	11.00	11.68	2	2.80	.246
	Diğer	10	7.60	8.20			-
	Toplam	50					

Tablo 23’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin yakınlarının kim olduğuna göre anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla *Kruskal Wallis H-Testi* yapılmış ve yakınları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 24: Bakım Veren Bireylerin Sosyal Güvencesinin Olup Olmamasına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçeği	Yok	11	10.45	10.11		
	Var	39	10.82	10.29	211.50	-.071
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Depresyon ölçeği	Yok	11	13.90	11.99		
	Var	39	10.28	9.77	178.00	-.857
	Toplam	50				

Tablo 24’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin sosyal güvencesinin olup olmamasına göre anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış sosyal güvencesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Bakım veren bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumları ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 25: Bakım Veren Bireylerin Bakım Vermek Psikolojik Değişiklik Yaşamaya Sebep Olma Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçeği	Hayır	31	7.70	8.70	148.50	-2.93
	Evet	19	15.68	10.61		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Depresyon ölçeği	Hayır	31	7.38	7.52	136.50	-3.16
	Evet	19	17.10	11.47		
	Toplam	50				

** $p<0.01$

Tablo 25’da görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Anksiyete ölçeği puanları açısından bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=148.50$, $p=0.003$]. **Bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bakım veren bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.01$). Depresyon ölçeği puanları açısından bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=136.50$, $p=0.002$]. **Bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi ikinci olarak “Bakım veren bireylerin ostomi bakımı ile ilgili eğitim alıp almadığı ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 26: Bakım Veren Bireylerin Ostomi Bakımı ile İlgili Eğitim Alıp Almadığına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçeği	Hyır	14	7.64	9.32	174.00	-1.69
	Evet	36	11.94	10.33		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Depresyon ölçeği	Hyır	14	9.00	9.13	203.50	-1.05
	Evet	36	11.88	10.70		
	Toplam	50				

Tablo 26’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin ostomi bakımı ile ilgili eğitim alıp almadığına göre anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış ostomi bakımı ile ilgili eğitim alma açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Hastaların medeni durumları ile hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 27: Bakım Veren Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
<i>Anksiyete ölçeği</i>	Bekar	12	6.50	8.86		
	Evli	38	12.07	10.27	141.00	-1.98
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
<i>Depresyon ölçeği</i>	Bekar	12	10.33	10.89		
	Evli	38	11.31	10.22	204.00	-546
	Toplam	50				

Tablo 27’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin medeni durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Anksiyete ölçeği puanları açısından evli olan bireylerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=141.00$, $p=0.047$]. **Evli olan bireylerin bekar olan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bakım veren bireylerin medeni durumlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış medeni durum açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Bakım veren bireylerin öğrenim süreleri ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 28: Bakım Veren Bireylerin Öğrenim Süreleri İle Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Öğrenim süresi	
Anksiyete ölçeği	r	-.349	
	p	.013*	
Depresyon ölçeği	r	-.246	
	p	.084	

**p<0.01

Tablo 28’de görüldüğü gibi; hasta olan yakınlarına bakım veren bireylerin öğrenim süresi ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r=-.349$; $p=.013$). **Bir diğer deyişle bireylerin öğrenim süresi arttıkça; anksiyete düzeyi de düşmekte olduğu görülmektedir.**

Bakım veren bireylerin öğrenim süresi ile bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “bakım veren bireylerin cinsiyetleri ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 29: Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z	p
Anksiyete ölçeği	Erkek	11	8.45	14.01	139.00	-1.77	.076
	Kadın	39	11.38	8.90			
	Toplam	50					
Grup		N	X	SS	U	Z	p

Depresyon ölçeği	Erkek	11	12.09	13.92	208.50	-.141	.888
	Kadın	39	10.79	9.21			
	Toplam	50					

Tablo 29'da görüldüğü gibi; hasta olan yakınlarına bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 30: Bakım Veren Bireylerin Yaşları İle Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Envanterinin Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Anksiyete ölçeği	r	.362
	p	.010**
Depresyon ölçeği	r	.259
	p	.069

** $p<0.01$

Tablo 30'da görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin yaşları ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r=.362$; $p=.010$). **Bir diğer deyişle bireylerin yaşı arttıkça; anksiyete düzeyi de artmakta olduğu görülmektedir.**

Bakım veren bireylerin yaşları ile bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak "Bakım veren bireylerin çalışma durumları ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" yanıt aranmaktadır.

Tablo 31: Bakım Veren Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Anksiyete ölçeği	Çalışıyor	19	18.57	14.66	183.50	-2.22
	Çalışmıyor	31	19.90	12.02		
	Toplam	50				
<i>Grup</i>		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
Depresyon ölçeği	Çalışıyor	19	19.05	10.05	201.00	-1.87
	Çalışmıyor	31	19.45	8.52		
	Toplam	50				

*p<0.05

Tablo 14’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Anksiyete ölçeği puanları açısından çalışan bireylerin aleyhine anlamlı bir fark vardır [$U=183.50$, $p=0.026$]. **Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.**

Bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde “Bakım veren bireylerin tıbbi bir hastalığı olup olmadığı ile bireylerin anksiyete ve depresyon ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” yanıt aranmaktadır.

Tablo 32: Bakım Veren Bireylerin Tıbbi Bir Hastalığı Olup Olmadığına Göre Grupların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması

Grup		N	X	SS	U	Z
Anksiyete ölçeği	Yok	37	9.37	10.04	156.50	-1.86
	Var	13	14.61	9.80		
	Toplam	50				
Grup		N	X	SS	U	Z
Depresyon ölçeği	Yok	37	9.70	9.91	164.50	-1.68
	Var	13	15.00	10.69		
	Toplam	50				

Tablo 32'de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin tıbbi bir hastalıklarının olup olmamasına göre depresyon ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış hastalık olma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi dokuzuncu olarak "Bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden ve hastaların yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 33: Bakım Veren Bireylerin Anksiyete Ölçeğinden ve Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler	Anksiyete ölçeği	
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	-0.242
	p	.090
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	-0.185
	p	

		.199
Beden imajı alt ölçeği	r	-.146
	p	.310
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	-.099
	p	.495
Yaşam kalitesi ölçeği	r	-.233
	p	.103

Tablo 33’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve bir ilişki olduğu görülmemiştir ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuzuncu olarak “Bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden ve hastaların yaşam kalitesi envanterinin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 34: Bakım Veren Bireylerin Depresyon Ölçeğinden ve Hastaların Yaşam Kalitesi Envanterinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Depresyon ölçeği
Genel memnuniyet alt ölçeği	r	-.272
	p	.056
İş / sosyal yaşam alt ölçeği	r	-.234
	p	.102
Beden imajı alt ölçeği	r	-.221
	p	.122
Stoma fonksiyonu alt ölçeği	r	-.213
	p	.138
Yaşam kalitesi ölçeği	r	-.366
	p	.009**

**p<0.01

Tablo 34’de görüldüğü gibi; bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı ve stoma fonksiyonu ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve bir ilişki olduğu görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r=-.366$, $p=0.009$). **Bir diğer deyişle bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri azaldıkça hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin artmakta olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz birinci olarak “Bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden ve hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 35: Hasta Olan Yakınlarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete Ölçeğinden ve Hastaların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Anksiyete ölçeği
Anksiyete ölçeği	r	.326
	p	.021*
Depresyon ölçeği	r	.453
	p	.001**

**p<0.01, *p<0.05

Tablo 35’da görüldüğü gibi; hasta olan yakınlarına bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.326$ ve $r=.453$). **Bir diğer deyişle bakım veren bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz ikinci olarak “Bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden ve hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

Tablo 36: Bakım Veren Bireylerin Depresyon Ölçeğinden ve Hastaların Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		Depresyon ölçeği
Anksiyete ölçeği	r	.422
	p	.002**

Depresyon ölçeği	r	.517
	p	.01**

**p<0.01, *p<0.05

Tablo 36'de görüldüğü gibi; hasta olan yakınlarına bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (sırasıyla; $r=.422$ ve $r=.517$). **Bir diğer deyişle hasta olan yakınlarına bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmakta olduğu görülmektedir.**

ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI

- Bakım veren bireylerin yaşları ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşı arttıkça, anksiyete düzeyinin de artmakta olduğu görülmektedir.
- Bakım veren bireylerin öğrenim süresi ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin öğrenim süresi arttıkça, anksiyete düzeyinin de düşmekte olduğu görülmektedir.
- Hastaların beden kitle endeksleri ile anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmektedir.
- Hastaların beden kitle endeksleri ile beden imajı ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça, beden imajı ve yaşam kalitesi düzeylerinin de artmakta olduğu görülmektedir.
- Bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren bireylerin medeni durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Evli olan bireylerin bekar olan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren bireylerin bakım vermek psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bakım veren bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Bakım vermenin psikolojik değişiklik

yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeyleri de düşmekte olduğu görülmektedir.

- Hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresyon düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeylerinin düşmekte olduğu görülmektedir.

- Hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri arttıkça; depresyon düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur..

- Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin depresyon düzeyi azaldıkça hastaların yaşam kaliteleri düzeyinin artmakta olduğu görülmektedir.

- Bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin de artmakta olduğu görülmektedir.

- Bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin de artmakta olduğu görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Bu araştırmanın temel amacı kolostomi uygulaması yapılması ile depresyon düzeyi, anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ve bu değişkenler açısından hasta ve hasta yakınları arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının araştırılması, ayrıca bu değişkenlerin sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesidir.

Araştırma bulguları incelendiğinde hem kolostomi yapılmış hastaların hem de hasta yakınlarının cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyi açısından farklılaşmadığı görülmektedir. Yani hem hastalarda hem de hasta yakınlarında kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyi farklılık göstermektedir. Literatür incelendiğinde çalışmamızın tersi yönünde sonuçların bulunduğu rastlanmaktadır. Mahjoubi ve ark.'nın yaptığı araştırmada bulgular stomalı kadınların erkeklere oranla psikolojilerinin daha fazla etkilendiği ve daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları yönündedir.¹⁵⁴ Sonuçların bizim çalışmamızda farklı çıkması üzerinde araştırma grubunun bireysel farklılıklarının veya araştırma sorularını yeterince doğru cevaplamamış olma ihtimallerinin etkili olabileceği düşünülebilir.

Yaş değişkeni açısından incelendiğinde hastaların depresyon, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerinin yaşlarından etkilenmediği görülmektedir. Hasta yakınlarında ise yaşlarına göre anlamlı farklılıkların ortaya çıktığı saptanmıştır. Bakım veren bireylerin yaşları ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşı arttıkça, anksiyete düzeyinin de artmakta olduğu görülmektedir. Literatürde çalışmamıza paralel sonuçların bulunduğu görülmektedir. Anaraki ve arkadaşları ile Akgün ve Yoldaş (2012) çalışmalarında; stoma söz konusu olduğunda, yaşa oranla psikolojik özelliklerin değiştiği ve yaş arttıkça bu anlamda olumsuzlukların ortaya çıktığını saptamışlardır.¹⁵⁵ Bu sonuçların yaş arttıkça psikososyal anlamda hassaslığın artmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Yaşın artışına bağlı olarak yükselebilen hassasiyetin olumsuz yaşam olayları karşısında daha fazla psikolojik etki yaratabileceği düşünülebilir.

¹⁵⁴Alp, a.g.e. s. 86

¹⁵⁵Akgün ve Yoldaş, a.g.e. s. 14.

Araştırmamızda öğrenim süresi ile araştırma değişkenlerimiz arasında bir ilişkinin olup olmadığı araştırılmış ve kolostomi yapılmış hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin öğrenim süresinden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta yakınlarının ise anksiyete düzeylerinin öğrenim süresinden etkilendiği bulgusuna rastlanmıştır. Bakım veren bireylerin öğrenim süresi ile anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin öğrenim süreleri arttıkça, anksiyete düzeylerinde düşüş görülmektedir. İlgili yazının içerisinde öğrenim süresi ve araştırma değişkenlerimiz arasında ilişki araştıran çalışmaların bulunmadığı görülmektedir. Bakım vericinin stoma ile ilgili bakımı etkin bir biçimde verebilmesi için tıbbi kavramlara hakim ve öğrenme yeteneğinin gelişmiş olması gerekmektedir. Bu açıdan bakım verenin eğitim düzeyi ile uygulama anlatılarını ve hastalık ile ilgili kavramları anlaması ilişkilidir. Bu anlamda eğitim düzeyinin, bireylerin farkındalık ve dolayısıyla uyum düzeylerine etki edebileceği dikkate alınarak, bu faktörün de incelenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Sonuçlara göre; hasta yakınlarının öğrenim düzeylerinin düşüklüğü, onlarda daha fazla kaygı ve depresif belirtiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bu sonuçtan yola çıkarak hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin ve farkındalıklarının artırılmasının süreç açısından olumlu etkiler yaratabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hem hastaların hem de hasta yakınlarının beden kitle endeksleri ile depresyon anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Buna göre hasta yakınları açısından bir farklılık olmamasına karşın, hastaların beden kitle endeksleri ile çalışma değişkenlerimiz arasında anlamlı farklılıkların olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların beden kitle endeksleri ile anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça, anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşmekte olduğu görülmektedir. Hastaların beden kitle endeksleri ile beden imajı ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin beden kitle endeksleri arttıkça; beden imajı ve yaşam kalitesi düzeylerinde artış olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde beden imajının psikolojik özellikler üzerinde etkili olduğunu ortaya çıkmaktadır. Üstündağ ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada stomalı hastalarda beden imajı algısının bu durumdan olumsuz etkilenebildiği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵⁶ Güler (2015)'in çalışmasında bireylerin algıladıkları beden imgesinin umutsuzluk düzeyi ve

¹⁵⁶Üstündağ ve ark., a.g.e. s. 6.

yaşam doyumu üzerinde etkili olduğuna istatistiksel veriler sonucunda ulaşılmıştır.¹⁵⁷ Çalışmalar araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Bu durum beden memnuniyetinin psikososyal durum ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bireylerin beden orantılarının bireyleri sosyal yaşamlarındaki uyumları ve kendini iyi hissetmeleri üzerinde etkili olabilmesi, bireylerde beden memnuniyetinin anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir. Bu anlamda kolostomi uygulamasının da fiziki görüntü üzerinde değişiklik yaratıyor olmasının, bireylerin beden oranları ve imajı konusunda daha hassas ve kırılabilir olması üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Kanser hastaları grubun çoğunluğunu oluşturduğu için kanserle ilişkili kilo kaybı; yani kanserin ileri evre oluşunun göstergesi olarak kilonun azalmamış olması depresyon puanlarının düşük olması ile ilişkisini izah edebilir.

Çalışma durumuna göre; hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyeteleri incelenmiştir. Hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete açısından farklılık göstermedikleri saptanmıştır. Hasta yakınları açısından ise çalışma durumunun anksiyete üzerinde etkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bakım veren bireylerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beklenen sonuç; çalışmayan bireylerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasıydı. Çalışma durumunun kolostomi uygulanmış hastalar üzerinde nasıl psikolojik özellikler yarattığına dair literatür bulgularına rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda hastaların bu değişken açısından herhangi bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır. Fakat hasta yakınlarının farklılık göstermesinin kaynağında araçsal desteği sunabilmek için çalışıyor olmanın etkili olması düşünülebilir. Sağlık sorunlarının üstesinden gelirken sosyal desteğin önemli bir yer tuttuğu yapılmış çalışmalarda ortaya konmuştur. Maddi yardım ve malzeme desteğini içinde barındıran araçsal destekte sosyal desteğin önemli boyutlarından bir tanesidir. Dolayısıyla çalışma durumu bunu sağlayabilme açısından önemli olmaktadır. Çalışan hasta yakınlarının bunu sağlayabilecek olmaktan dolayı anksiyete düzeyinin daha düşük çıkması beklenirken, bulgularımız bunun tersi yönde çıkmıştır. Sonucun beklenenin dışında çıkması üzerinde hasta ve hasta yakını grubunun bireysel farklılıklarının ve çalıştıklarından dolayı hastalarına gerektiği kadar vakit ayıramamalarının etkili olmuş olabileceği düşünülebilir.

¹⁵⁷Kahraman Güler, Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajının Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyi Üzerine Etkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, s. 76. (Yüksek Lisans Tezi)

Çalışmamızda hasta ve hasta yakınlarının medeni durumlarına göre depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin değişip değişmediğine bakılmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre anlamlı farklılıkların oluşmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bakım veren bireylerin medeni durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Evli olan bireylerin bekar olan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Taycan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hastaların medeni durumlarına göre psikolojik özelliklerinin farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre evli olan ostomili hastaların psikolojik özelliklerinin daha olumlu seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵⁸ Vural ve Erol (2012)'un çalışmasında da evli olan kolostomili bireylerin yaşam kalitesinin bekar olan bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵⁹ Bizim çalışmamızda sonuçların anlamsız çıkması üzerinde çalışma sorularına doğru yanıtların verilmemiş olabilme ihtimalinin etkili olduğu düşünülebilir. Hasta yakınlarının ise, evli olanların anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun gene sosyal destek ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Tıbbi süreçler içerisinde sosyal destek unsurlarından olan duygusal desteğin bir eş tarafından karşılanıyor olmasının, bireylerin anksiyetelerini düşürebildiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda bakım vermenin psikolojik değişiklik sağlayıp sağlamadığına göre depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri incelenmiş; anksiyete ve depresyon açısından farklılığın olduğu görülmüştür. Bakım veren bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında anksiyete ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım veren bireylerin bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olma durumlarına göre gruplar arasında depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Bakım vermenin psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olduğunu düşünen bireylerin, psikolojik değişiklik yaşamaya sebep olmadığını düşünen bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun bireylerin hazırlandığı duruma uyum sağlamaya başlamış olmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Zorlu bir süreç kolostomi sürecinin kendilerini psikolojik açıdan değişikliğe uğratacağını düşünen bakım verenlerin, hem sürecin gerçek zorluğu hem

¹⁵⁸Taycan ve ark., a.g.e. s. 306.

¹⁵⁹Vural ve Erol, a.g.e. s. 38.

de zihinsel anlamda değişikliğe uğrayacaklarına olan zihinsel inançların bireylerde yeni durum ile ilgili olarak anksiyete ve depresyonu tetiklemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın temel amaçları çerçevesinde hastaların depresyon ve anksiyete düzeyinin bireyleri nasıl etkilediği araştırılmıştır. Bu çerçevede yapılan incelemeye göre şu sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir: Hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeylerinde düşüş olduğu görülmektedir. Hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresyon düzeyleri arttıkça; genel memnuniyet, sosyal yaşam, beden imajı, stoma fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzeylerinin de düşmekte olduğu görülmektedir. O'Shea (2001)' ya göre; ostomi cerrahisi planlandığı zaman birey, kadın ya da erkek olsun anksiyete, korku, beden imajı kaybı ve depresyon gibi çeşitli duygu durumları içerisine girmektedir. Ameliyat öncesi eğitim, bu duyguların azalmasına, hastaların iyileşmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına olumlu katkıda bulunabilmektedir. Ameliyat öncesi danışma; hastalık, iş durumu, fiziksel aktiviteler, finansal kaygı, ostomi malzemelerinin değerlendirilmesi için fırsat sağlar. Ostomi hemşiresinin bu alanlarda bireyin eğitimini tamamlaması gerekmektedir. Piwonka ve Merino (1999) yapmış oldukları beden imajı çalışmasında, ostomi ameliyatı sonrası ostomiden gelen sesler, koku ve kötü görüntü nedeniyle duyulan endişelerin bedenle ilgili beğenin azalmasında etken olduğu saptanmıştır.¹⁶⁰ Üstündağ ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmaya göre stomalı bireylerin beden imajı ve benlik saygılarının stoma sürecinden olumsuz etkilendiği ve bu uygulamanın beden imajı ve benlik saygısını düşürdüğü sonuçlarına ulaşılmıştır.¹⁶¹ Taycan ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada da stomanın beden imajı, benlik saygısı ve cinsel işlevler gibi değişkenler üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu ve stomanın bu değişkenler üzerinde bozulmalar yarattığı bulgularına rastlanmıştır.¹⁶² Görüldüğü gibi hem stomanın hem de anksiyete ve depresyon düzeyinin bireylerin beden imajı, yaşam kalitesi, stoma fonksiyonları gibi değişkenler üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu hem bizim çalışmamızda hem de literatürde saptanmıştır. Bu sonuçlar bireylerin

¹⁶⁰Vural ve Erol, a.g.e. s. 37.

¹⁶¹Üstündaę ve ark., a.g.e. s. 7.

¹⁶²Taycan ve ark., a.g.e. s.308.

anksiyete ve depresyon düzeylerinin tıbbi sürece ve sonrasına uyumu zorlaştırdığını göstermektedir. Psikolojik sağlamlığın kolostomi gibi zorlu bir süreç için ve sürecin başarıyla sonuçlanıp sonrasındaki yaşama adapte olabilmeye etki ettiği görülmektedir. Bu anlamda bu süreçler içerisinde bireylerin psikolojik destek almalarının tedavi uyumuna ve tedavi sonrası yaşama olumlu etki edebileceği düşünülebilir.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin birbirleri üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiş ve anlamlı sonuçların çıktığına rastlanmıştır. Hastaların anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Anksiyete düzeyleri arttıkça; depresyon düzeylerinin de artmakta olduğu görülmektedir. Görüldüğü üzere kolostomi süreci içerisinde kaygılı olmak ile depresif olmak arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu sonucun sağlıkla ilgili kaygılı duygudurumun bireyin diğer psikolojik özelliklerini de olumsuz etkileyebilmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Sağlık sorunları ve tedavi süreci insanların tarih boyunca kaygıyla yaklaştıkları bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler yaşamlarının devamlılığını ve bu devamlılık içerisinde sağlık anlamında yaşamlarını kaliteli ve iyi bir şekilde sürdürmek için çaba sarf etmektedirler. Bu devamlılığı tehdit edebilecek bir durumun varlığının da bireyleri sağlıklarının ve yaşamlarının devamlılığı konusunda kaygılandıkları düşünülebilir. Bu denli önemsenen sağlık ve yaşam ile ilişkili kaygı durumu da kolostomi gibi ciddi bir tedavi süreci içerisinde artış gösterebilmektedir. Anksiyetede bu artışın ise bireyleri yaşamlarında zevk alma ve iyi bir duyguduruma sahip olma konusunda olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Bu anlamda sağlıkları ve tedavileri ile ilgili olarak kaygı düzeyleri artan hastaların depresif duygudurum özellikleri göstermeleri de beklenen bir sonuç olmaktadır.

Araştırmamızın temel amacı çerçevesinde hasta ve hasta yakınları depresyon, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyi açısından incelenmişlerdir. Bu amaç çerçevesinde yapılan analizlerde şu sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür: Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşam kalite düzeyleri arttıkça; bakım veren bireylerin depresyon düzeylerinde düşüş olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde düşmekte olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile hastaların anksiyete ve depresyon

ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça; hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde düşüş olduğu görülmektedir. Sonuçlardan görüldüğü gibi kolostomi süreci içerisinde hasta ve hasta yakınlarının psikolojik durumlarının birbirini etkilediği anlaşılmaktadır. Kolostomi; gerek yapılma süreci gerekse sonraki süreç açısından zorluk düzeyi yüksek bir tedavi süreci olduğundan dolayı hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini etkilemesi beklenen bir sonuç olmaktadır. Daha önce bu alanda yapılmış çalışmalar incelendiğinde bu denli zorlu bir sürecin bireyleri olumsuz etkilediği sonuçlarıyla karşılaşılmaktadır. Bireyler sağlıkları ile ilgili olarak anksiyete taşıyabilmekte. Bu durum da bireylerin depresif belirtilerini arttırabilmekte ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Kolostomi özellikleri ve komplikasyonları risklerinden dolayı da, bireyler eski yaşamlarını sürdürmemeye ve bundan dolayı da umutsuzlaşabilmektedirler. Bu umutsuzluk yaşama, tekrardan motive olabilme ve eski keyif alınan aktiviteleri sürdürbilme konusunda kaygıyı tetikleyebilmektedir. Durumun bu şekilde olmasının ise bireylerin yaşamdan zevk alma, iyi hissedebilme, umutlu olma gibi depresyona ile ilişkin duyguları üzerinde olumsuz etkiler yaratabildiği düşünülebilir. Bu süreç hastalar için olduğu kadar sürecin büyük bir çoğunluğunda hastalarla birlikte olan ve zorlukların çoğuyla iç içe olan hasta yakınlarını da etkileyebilmektedir. Bu amaçla hasta yakınlarının da bu süreçten nasıl etkilendiği araştırılmıştır. Buna göre hasta yakınlarının da hastaların bu olumsuz duygudurumlarından etkilendiği anlaşılmıştır. Tedavi sürecini hastanede geçiren ve sevdikleri bireylerin zorlu süreçlerine tanıklık eden hasta yakınlarının da hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini paylaşmaları beklenen bir sonuç olmaktadır. Hasta yakınları da aynı zamanda kendi yaşam özellikleri ve aktivitelerinden bu süreç içerisinde uzaklaşabilmektedirler. Bu durum da onların ruh halleri üzerinde etkili olabilmektedir. Diğer bir boyutta düşünüldüğünde de hasta yakınları hastalarının sağlıkları ile ilgili olarak kaygı duyabilmekte ve zaman zaman bunu hastalara da yansıtabilmektedirler. Araştırma sonuçlarımızda hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitelerinin hasta yakınlarıyla ilişkili olmasının da bu durumlarla ilgili olduğu düşünülebilir. Böyle zorlu tedavi süreçlerinde moral ve motivasyonu gerek tedavi uyumu gerekse sonraki yaşam sürecine adapte olmak açısından önem taşıdığı hemen herkesçe ifade edilen bir gerçekliktir. Bu anlamda hasta yakınlarının hastalarına umut aşılmasının ve her ne kadar süreç zor olsa da hastaların sağlıklı bir duruma erişebilmelerine destek olmak için hasta yakınlarının, buna çok fazla dikkat etmelerinin önemli ve de faydalı olduğu düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarımız tartışma bölümünde ifade edilmiş ve ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Araştırma bulgularımız incelendiğinde çalışmamızda daha öncesinden belirtilmiş olan hipotezlerin doğrulandığı görülmektedir. Hastaların kolostomi sürecinde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından olumsuz etkilendiği ve bu değişkenlerin çeşitli sosyodemografik değişkenlerden de etkilendiği görülmektedir. Ayrıca hem hastalarda hem de hasta yakınlarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenlerinin birbirleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu durum kolostomi gibi zorlu tedavi süreçlerinde psikolojik durumların bir bütünlük gösterdiği ve bir alanda görülen bozulmaların diğer alanlara da yansiyabildiği hem hastalar hem de hasta yakınları açısından ortaya konulmuştur. Ayrıca çalışmamızın temel amaçlarından olan hasta yakınları ve hastaların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından birbirinden etkilendiği görülmüştür. Hastalardaki bozulmaların hasta yakınlarını, hasta yakınlarındaki bozulmalarında hastaları anksiyete ve depresyon açısından tetikleyebildiği anlaşılmıştır.

Araştırmamızın bu bölümünde ayrıca çalışmamızın sonuçları paralelinde bazı önerilerde bulunulacaktır. Gerek yaşam özelliklerini değiştirmesi gerekse sağlık açısından ciddi sorunlar yaratabilecek olan stoma uygulaması sırasında tedavi sürecini (olumlu veya olumsuz) etkileyebilen psikolojik özelliklerin saptanmasının gerek hastaların gerekse hasta yakınlarının sürece adaptasyonlarının ve süreci daha sağlıklı atlatmalarının yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin, hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum bize hasta yakınlarının süreç içerisinde sağlam ve pozitif durabilmelerinin hastaları da anksiyete ve depresyon anlamında olumlu etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca hastaların kendilerinin de tedavi olurken ruhsal açıdan iyi düzeyde olmalarının da tedavi motivasyonu ve uyumu açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu anlamda kolostomi gibi zorlu süreçlerde tıbbi tedavi uygulamaları ile beraber hem hastalara hem de hasta yakınlarına psikolojik destek sağlanmasının, tedavi sürecini fazlasıyla olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir. Aynı zaman da yaşam kalitesinin stoma gibi zorlu tedavi süreçlerinde önemli düzeyde etkilenebildiği göz önünde bulundurulduğunda, süreç uyumu ve sağlıklı sonuçlanabilmesi için hastaların yaşam kalitesinin yüksek düzeyde devam etmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda hastaların yaşam kalitelerini etkileyebilecek önemli düzeyde potansiyele sahip hasta

yakınlarının yaşam kalitesini artırma konusunda bilgilendirilmesi ve gerekirse bu anlamda psikolojik desteğin sağlanmasının da faydalı olacağı düşünülmektedir.

Stomalı hastaların psikolojik durumlarını incelemek ile ilgili yapılmış pek çok araştırmaya rastlanırken, çalışmanın içerisinde hasta yakınlarını da katan çalışmalara rastlanmamıştır. Hasta yakınlarının ostomi hastalarını depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından etkileyebildiği bu araştırma ile ilk kez ortaya konan bir bulgudur. Bu durum bu alanda yapılan çalışmaların yaygınlaştırılmasının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamız stomalı hastalarda ve hasta yakınlarında yalnızca anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini ortaya koymaya çalışmış ve anlamlı sonuçlar ortaya koymuştur. Bundan dolayı stomalı hasta ve hasta yakınlarına yönelik farklı psikolojik değişkenleri içeren çalışmaların da yapılmasının tedavi süreçlerine ışık tutabilmesi ve katkı sunabilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla beraber çalışmamız İstanbul ilinde belirli sayıda hasta ve hasta yakınıyla yapılmıştır. Bu da sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Farklı bölgelerde ve daha fazla sayıda katılımcıyla yapılacak olan çalışmaların stoma gibi hayati önem taşıyan sağlık sorunlarının etkili atlatılabilmesine katkıda bulunması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Çalışmamız genel anlamda sağlıklı kalabilmek ve yakınının sağlıklı kalabilmesi çerçevesinde insanların anksiyeteli olabildiklerini göstermiştir. Bu anksiyetenin sebeplerinden bir tanesinin de hastalık, tedavi türü ve uygulaması açısından bilgilendirmenin az olduğu düşünülmektedir. Hastalara hangi süreçlerden geçeceklerini, hasta yakınları da sevdikleri bireylerin hangi süreçlerden geçeceklerini detaylıca bilmediklerinde daha fazla anksiyete gösterebilmektedirler.

KAYNAKÇA

TEZLER

AKDOĞAN Alparslan, Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme ve Davranışlarının İncelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2013. **(Yüksek Lisans Tezi)**

AKTAŞ Dilek, Stomalı Bireylerin Bedenlerine Yönelik Kendilerinin ve Eşlerinin Algılarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 49. **(Yüksek Lisans Tezi)**

AKTAY Müne, Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı Olarak bağlanma stilleri, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2014. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ALP Rabia, Stomalı Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunların “ Yaşam Modeli” Doğrultusunda Değerlendirilmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, s. 45. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ALPASLAN Ahmet Hamdi, Ergen Yaştaki Lisanslı Sporcularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2009. s. 64. **(Uzmanlık Tezi)**

AR Ömer Faruk, Normal gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynler İle Otizmlili çocuğa sahip ebeveynlerin evlilik uyumu ve Anksiyete düzeylerinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi, İstanbul. **(Yüksek Lisans Tezi)**

AŞKAROĞLU Bülent, Lokal İleri Evre Rektum Kanseri Tanılı Olgularda Tedavi Sonuçları, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul, 2006, s. 42. **(Uzmanlık Tezi)**

AYANOĞLU Burcu Tuğrul, Behçet Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi ve Rekürren Aftöz Stomatitli Hastalarla ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması, Ufuk Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2011 s. 46. **(Uzmanlık Tezi)**

BİNBAY Zerrin, Majör Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2011. **(Tıpta Uzmanlık Tezi)**

ÇAVDAR İkbal. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2015. **(Doktora Tezi)**

DİZER Berna, Stomalı Hastaların Etkin Beslenme Stratejilerinin Belirlenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009, s. 43. **(Uzmanlık Tezi)**

ERCAN Nilay, Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010, s. 16. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ERMİŞ Ebru, Kadın Sığınma Evlerinde Kalan ve Kalmayan Kadınlarda Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi ve Psikosomatik Belirtileri: Bursa İli Örneği, İstanbul Arel Üniversitesi, 2013. İstanbul. **(Yüksek Lisans Tezi)**

EROL Figen, Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011, s. 57. **(Yüksek Lisans Tezi)**

GÜLER Diler, Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği, İstanbul, 2006. **(Uzmanlık Tezi)**

GÜLER Kahraman, Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajının Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeyi Üzerine Etkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, s. 76. **(Yüksek Lisans Tezi)**

KAN Tamer, Stoma Kapatılma Komplikasyonları, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2006, s. 19. **(Uzmanlık Tezi)**

KARAVELİ Selda, Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014, s. 33. **(Doktora Tezi)**

KORKMAZ Süleyman, Üniversite Öğrencilerinde Depresyonun Yordanası: Sosyo-Demografik Değişkenler, Olumsuz Yaşam Olayları, Algılanan Beklentiler, Algılanan İlişkiler, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, 2006. **(Yüksek Lisans Tezi)**

KÖSE Hilal, Dağcılar ve Sedenterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Ankiyete ve Stres İlişkisi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 2009, s. 39. **(Yüksek Lisans Tezi)**

MUTALLİMOVA Sevinç, Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Anne Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ÖBEKLİ Türkan, Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete Ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2013. **(Yüksek Lisans Tezi)**

SÜMER Serkan, Farklı öz-anlayış düzeylerine Sahip Üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ŞEKER Mahir, Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ŞENKAL İpek, Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ŞİRELİ Özlem, Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi- Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, 2012. **(Uzmanlık Tezi)**

TARI Özge, Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, İstanbul Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011, s. 28. **(Yüksek Lisans Tezi)**

TEZEL Ayfer, Postpartum depresyon riskli kadınlarda bakım ve eğitimin depresyon belirti düzeyine etkisinin karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2003. **(Doktora Tezi)**

ÜLEV Esra, Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ÜNSAL Cüneyt, "Yaygın Anksiyete Bozukluğu" Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu ve QT Dispersiyonu, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2007, s. 37. **(Uzmanlık Tezi)**

YARAPSANLI Burcu, Çocuklarda Depresyon Belirtilerinin Yordanasında Yaşanmış Olumsuz Olaylar, Algılanan Anne-Baba Tutumu, Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluğun Rolü, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011. **(Yüksek Lisans Tezi)**

YELKENCİ İnci, Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon ile Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2009. **(Yüksek Lisans Tezi)**

YİĞİT Ruhi, İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Depresyon ve Sosyal Beceri Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008, s. 42. **(Doktora Tezi)**

MAKALELER

ACIÖZ Esen, GÖKDEMİR Gonca ve KÖŞLÜ Adem, Dermatolojide Yaşam Kalitesi, *Türkderm*, 2003, 37(1), 16-23.

AKGÜN Erhan Zekeriya ve YOLDAŞ Tayfun, "İntestinal Stomalar". *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2012, No: 22, s. 138.

ALABAZ Eray ve AKÇAM Tolga, Comparison of Diverting Colostomy and Bowel Management Catheter Applications in Fournier Gangrene Cases Requiring Fecal Diversion, *Indian Journal of Surgery*, 2015, 77(2), s. 440.

AY Saime ve EVCİK Deniz, Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2008;25: 228-231.

AYAZ Sultan, Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2007, 27(1), s. 87.

BAG Beyhan, Kanser Hastalarında Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2014;6(2):186-198.

BAŞAK Fatih, SEVİNÇ Mahsuni, TARDU Ali, ÇELİK Gürhan, AKSOY Şefika ve AREN Acar, Rektum Kanserinde Transanal Lokal Eksizyon. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2006, 2, s. 17.

BİLİCİ Mustafa, ÇETİN İlken, BAKAROĞLU Mehmet ve ark., Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar Arası Kros- Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Trabzon, 1999, s. 74.

BOZKURT Nergüz, Depresyonda Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Kuramı, *Ege Eğitim Dergisi* 2003 (3) 2: 59-64.

CHAVİRA Denise ve ark., Child anxiety in primary care: prevalent but untreated, *Depress Anxiety*, 2010, 20: 155-164.

ÇELİK Halil Coşkun ve ACAR Tarık, Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 2007, 12(1): 23-27.

DALKILIÇ Gülay, MENTEŞ Cengiz, ÇALIKAPAN Murat, ONURAY Feyyaz, ACAR Hakan, ARSLAN Canan ve VURAL Selahattin, On Yıllık Stoma Komplikasyonları Deneyimimiz. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği, 2005, s. 134.

DOĞAN Tayfun ve ÇETİN Bayram, Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkinin İncelenmesi, *Uluslar Arası Bilimleri Dergisi*, 2008, Cilt: 5 Sayı: 2.

GÜLSEREN Leyla, HEKİMSOY Zeliha, GÜLSEREN Şeref, BODUR Zeynep ve KÜLTÜR Savaş, Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001. 12(2), 89-98.

HAVLUCU Deniz Yurtma, İNANIR Işıl ve AYDEMİR Ömer, Behçetli Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete Depresyon ve Hastalık Hakkındaki Bilgiler, *AJCI*, 2011.5(2), 82-88.

IŞIK Erdal, Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, *İstanbul Golden*, 2006. s:26-31.

KARABUĞA Hatice ve PINAR Rukiye, Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2013, 15(2). s. 1-16.

KARADAĞ Ayşe, A. S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 2003, 18(3), 234-238.

KAYA Ekrem, Stoma Tipleri ve Sorunları, *O.M.Ü Tıp Dergisi*, 2000,17(4): 284-292.

KILIÇ Esra, TAYCAN Oktay, BELLİ Ahmet Korkut ve ÖZMEN Mine, Kalıcı Ostomi Ameliyanın Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, s. 306.

KIMTER Nurten, Gençlikte Din ve Depresyon: Üniversiteli Gençler Üzerinde Ampirik Bir Araştırma, Ekev Akedemi Dergisi, 2014, Yıl: 18 Sayı: 60. s. 126.

KOÇAK Recep, Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Yalnızlığın Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2003, 2(19):15- 24.

KROUSE Robert, Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. Journal of Clinical Oncology, 2009, 27(28), s.4664-4670.

MARQUİS Patrick, MARREL Alexia ve JAMBON Bernard, Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy/wound management, 2003, 49(2), s. 51.

OFLAZ Fahriye ve HURİYE Vural, Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(1). S. 1-7.

ÖNCEL Mustafa, TEKKİS Paris ve Heriot, Salvage Or Stoma After Chemo Radiotherapy For Anal Cancer: Probability, Predictors and Outcome. In Diseases Of The Colon & Rectum, 2005, s. 357.

ÖZYURT Beyhan Cengiz ve DEVECİ Artuner, Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2010. s. 21.

SAATÇIOĞLU Ömer, Yaygın Anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001 ,11(1) : 60-77.

SELVİ Yavuz, ÖZDEMİR Pınar Güzel, ÖZDEMİR Osman, AYDIN Adem ve BEŞİROĞLU Lütfullah, Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23(4), 2010, s. 240.

SİLVA Michael Anthony, RATNAYAKE Geethani ve DEEN Kemal I., Quality Of Life Of Stoma Patients: Temporary İleostomy Versus Colostomy, World journal of surgery, 2003, 27(4), s. 423.

TAMAR Müge ve ÖZBARAN Burcu, Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 2: s. 89.

ÜNAL Süheyla, KÜEY Levent, GÜLEÇ Cengiz, BEKAROĞLU Mehmet ve EVLİCE Yunus Emre, Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, Klinik Psikiyatri, 2002, 5: 8-15.

ÜSTÜNDAĞ Hülya, DEMİR Necla, ZENGİN Neriman ve GÜL Asiye, Stomalı Hastalarda Beden İmaji ve Benlik Saygısı, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007, 27, 522-527.

VURAL Fatma ve EROL Figen, Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013, 6(1). S. 34-39.

YEMEZ Beyazıt ve ALPTEKİN Köksal, "Depresyon Etiyolojisi" Psikiyatri Dünyası Dergisi, 1998,1: 21 25.

KİTAPLAR

GÜLEÇ Cengiz, Psikiyatri'nin ABC'si, Say Yayınları, İstanbul, 2009, 2. Baskı.

İŞİK Erdal ve TANER Yasemen, Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, Asimetrik Paralel Kitabevi ,2006.

KÖKNEL Özcan, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2005, 6. Baskı.

KÖROĞLU Ertuğrul, Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006, 2. baskı.

KULAKSIZOĞLU Adnan, Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001.

ÖZ Fatma, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010, 2. Baskı, s. 248.

ÖZTÜRK Orhan ve ULUŞAHİN Aylin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, 2011, 11. Baskı.

SADOCK Benjamin James ve SADOCK Virginia Alcott, Duygudurum Bozuklukları ve İntihar, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış El Kitabı, ed. Türkbay, I. 2012, s. 142.

TANER Yasemen Işık ve Aysev Ayla Soykan, Sosyal Fobi ve Özgül Fobi.In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007, Birinci Basım.

TANER Yasemen Işık ve SOYKAN AYSEV Ayla, Obsesif Kompulsif BozuklukIn: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007, Birinci Basım.

TARHAN Nevzat, Kendinizle Barışık Olmak, Duyguların Eğitimi, Timaş Yayınları, İstanbul,2001, 20. Baskı.

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> (Erişim Tarihi: 21.03.2016)

<http://www.e-hemsire.com/stoma-bakim-hemsireligi.html> (Erişim Tarihi: 20.03.2010)

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.57503e2c5a10f4.88224260 (Erişim Tarihi: 21.03.2016)

<http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf> (Erişim Tarihi: 12.03.2010)

EKLER

Kişisel Bilgi Formu (Hastalar)

Yönerge: Bu Çalışma İstanbul Eğitim araştırma Hastanesinde ,genel cerrahi servisinde yatan ostomili hastaların depresyon düzeyi ile ostomili hastaya bakım verenin depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu konu hakkındaki görüş ve deneyimlerinizi öğrenmek bizim için önemlidir. Çalışmanın yararlı olması gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız .Sorularda 'doğru' ya da 'yanlış' cevap yoktur. Tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmamıza verdığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Vaka no:

Tarih:

Telefon No:

Adı-Soyadı:

- 1) Cinsiyet: 1. Erkek2.Kadın....
- 2) Doğum tarihi:...../...../..... yaş:
- 3) DoğumYeri :
- 4) Toplam öğrenim yılı:_____yıl
- 5) Boyunuz: _____cm
- 6) Şimdiki Kilonuz: _____kg
- 7) Sosyo-ekonomik durum:Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok yetersiz 2.Yetersiz 3. Orta 4. İyi 5. Çok İyi
- 8) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor
3.Emekli
- 9) Medeni durum: 1. Bekar 2.Evli 3. Boşanmış 4.Dul 5. Ayrı yaşıyor
- 10) Kiminle yaşıyorsunuz ? 1. Yalnız 2. Aile 3. Aile dışı kişilerle 5. Diğer
- 11) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık var mı?:
1. Yok 2. Var_____ (adını yazınız)Ne zamandır?_____
- 12) Kullandığınız psikiyatri ilacı var mı?:
1. Yok 2. Var_____ (adını yazınız)

- 13) Stoma açılma nedeniniz?: 1. Kanser 2. Yaralanma 3.crohn hastalığı
- 14) Hangi tür stoma tipine sahipsiniz?
1.Kalıcı kolostomi 2.Kalıcı İleostomi 3.Geçici Kolostomi 4.Geçici ileostomi
- 15) Ne zamandır ostomi ile yaşıyorsunuz? _____
- 16) Görülen Tedaviler: 1.Kemoterapi 2.Cerrahi tedavi 3.Tedavi Almadım
- 17) Ostomi dışında başka bir hastalığınız var mı?
1.Yok 2.Var _____(adını yazınız)
- 18) Bakımınızı Kim yapıyor?
1.Kendim 2.Yardımla 3.Her zaman Bir Başkası
- 19) Sosyal güvenceniz var mı? 1.Yok 2.Var _____(yazınız)
- 20) Ostomi Sonrası İş yaşantınızda Değişiklik oldu mu?
1.Çalışmayı bıraktım 2.İş değiştirdim 3.Aynı İşime devam ediyorum
4.emekli
5.Daha önce de çalışmıyordum
- 21)Ostomiden önceki şikayetlerim ile yaşamak ostomi ile yaşamaya tercih edilir.
1.Evet 2.Hayır

Kişisel Bilgi Formu (Hasta Yakınları)

Yönerge: Bu Çalışma İstanbul Eğitim araştırma Hastanesinde ,genel cerrahi servisinde yatan ostomili hastaların depresyon düzeyi ile ostomili hastaya bakım verenin depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu konu hakkındaki görüş ve deneyimlerinizi öğrenmek bizim için önemlidir. Çalışmanın yararlı olması gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız .Sorularda 'doğru' ya da 'yanlış' cevap yoktur. Tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Vaka no:

Tarih:

Telefon No:

Adı-Soyadı:

- 1) Cinsiyet: 1. Erkek2.Kadın....
- 2) Doğumtarihi :...../...../..... yaş:
- 3) DoğumYeri :
- 4) Toplamöğrenim yılı:_____yıl
- 5) Sosyo-ekonomik durum:Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. Çokyetersiz 2.Yetersiz 3. Orta 4. İyi 5. Çok İyi
- 6) Gelir getiren bir işte çalışıyormusunuz 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 7) Medeni durum: 1. Bekar 2.Evli 3. Boşanmış 4.Dul 5. Ayrı yaşıyor
- 8) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık var mı?
 1. Yok 2. Var_____ (adını yazınız)Ne zamandır?_____
- 9) Kullandığınız psikiyatri ilacı var Mı?
 1. Yok 2. Var_____ (adını yazınız)
- 10)Hastanızla yakınlık dereceniz?
 - 1.Eşim 2.Annem/Babam 3.Kardeşim 4.Çocuğum
 - 5.Diğer_____
- 10) Sosyal güvenceniz var mı? 1.Yok 2.Var_____ (yazınız)
- 11) Hastanıza bakabilmek için iş yaşantınızda değişiklik oldu mu?
 - 1.Çalışmayı bıraktım 2.İş değiştirdim 3.Aynı işime devam ediyorum
 - 4.daha önce de çalışmıyordum.

12) Tıbbi bir hastalığınız var mı?

1.Hayır 2.evet_____ (yazınız)

13) Hastanıza bakım vermek psikolojik değişiklikler yaşamanıza neden oldu mu?

1.Hayır 2.Evet_____ (yazınız)

14) Yaşadığınız psikolojik değişiklikler nedeni ile ilaç kullanıyor musunuz?

1.Hayır 2.Evet_____ (yazınız)

15) Yaşadığınız bu değişiklikler nedeniyle profesyonel bir yardım alıyor musunuz?

1.Hayır 2.Evet

16) Ostomi bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı?

1.Hayır 2.Evet



BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)**AÇIKLAMA:**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı :

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

E- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilirliğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- F- 0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- G- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- H- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- İ- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- J- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....				
Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.				
	Hİ Ç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat - lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.				
2. Sıcak/ ateş basmaları.				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.				
4. Gevşeyememe.				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.				
6. Baş dönmesi veya sersemlik.				
7. Kalp çarpıntısı.				
8. Dengeyi kaybetme duygusu.				
9. Dehşete kapılma.				
10. Sinirlilik.				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.				
12. Ellerde titreme.				
13. Titreklilik.				
14. Kontrolü kaybetme korkusu.				
15. Nefes almada güçlük.				
16. Ölüm korkusu.				
17. Korkuya kapılma.				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.				
19. Baygınlık.				
20. Yüzün kızarması.				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan).				

Toplam BECK-A skoru:.....

Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Bölüm 1. Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puan› daire içine alarak işaretleyiniz. 0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir. 0
 ____10____20____30____40____50____60____70____80____90____100

2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puan› daire içine alarak işaretleyiniz. 0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir. 0
 ____10____20____30____40____50____60____70____80____90____100

Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

İFADELER	ASLA 1	NADİREN 2	ARA SI- RA 3	SIK SIK 4	HER ZAMAN 5
3. Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum.					
4. Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum.					
5. Stomam okula devam etmeme veya çalışmama engel oluyor.					
6. Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor.					
7. Cinsel aktiviteden zevk alıyorum.					
8. Kendimi çekici hissediyorum.					
9. Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor.					
10. Başkalarının stomam öğrenmesi beni rahatsız ediyor.					
11. Torbamı boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum.					
12. Elbiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum.					
13. Yediğim yiyeceklerden memnunum.					
14. Koku problemim var.					
15. Bir arkadaşım ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum.					
16. Gaz çıkışından utanıyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu).					
17. Stoma malzemesinden sızıntı olduğundan endişe duyuyorum.					
18. Sosyal ortamlar sıkıntı duymama sebep oluyor.					
19. Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum.					

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Gönüllü olarak katılmış olduğunuz bu çalışma “Ostomili hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin ,bakım vericilerin depresyon düzeyi ile ilişkisinin araştırılması. “ adlı bilimsel bir çalışmadır.

Ostomili hastalar ve hasta yakını üzerinde yapılan bu çalışmada bilgilerinize başvurulacaktır. Araştırma yayınlansa dahi kimlik bilgileriniz kamuoyu ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum, araştırmacının anlattıklarını dinledim, anladım. Çalışmada kişisel bilgilerimin gizli tutulacağı ve araştırma dışında başka amaçlarla kullanılmayacağı bana açıklandı. Araştırma öncesinde istediğim soruları sordum ve cevaplarını aldım. Bu araştırmaya gönüllü olarak hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Gönüllü hasta yakınının Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Açıklamaları yapan;

İmza

Tarih

Hemşire Azize Emek

Tel: 0212 459 60 00

E-posta: azize.emek@gmail.com



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 08.01.2016
TOPLANTI SAYISI : 2016-02

KARAR NO:2016-2-3: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Azize EMEK tarafından hazırlanan, "Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin, Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi İle İlişkisinin Araştırılması" konulu tezi için hazırlanan anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespiti için, Etik Kurulumuzun 29.12.2015 tarih ve 2015-24 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim üyelerinin raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan anket uygulamasının etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Fevzi Rifat ORTAÇ
Rektör Yrd.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli (Fatih) Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi :05/04/2016
Başhekim :Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Üyeler :Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK – Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKİNPAŞA – Mükerrer
ALPAK – Gülay ALDEMİR – Serpil KAYALI – Elif UZEL

KARAR

İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 22/03/2016 tarih ve E.3495 sayılı yazısında adı geçen İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Azize EMEK'in "Ostomili Hastaların Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesinin Bakım Vericilerin Depresyon Düzeyi ile İlişkisinin Araştırılması" konulu çalışmasını hastanemizde gerçekleştirme talebi incelenmiştir.

Adı geçeninin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilerek hastanemizde gerçekleştirilmesinin uygun bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlanma zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.



Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Hastane Yöneticisi/Başhekim

Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK
Başhekim Yardımcısı

Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKİNPAŞA
İç Hast. Klin. Eğ. Gör.

Mükerrer ALPAK
İd. ve Mali İş. Müd.

Gülay ALDEMİR
Sağ. Bak. Hiz. Yütd.

Serpil KAYALI
İd. ve Mali İş. Müd. Yar.
Eğ. Ar.Ge. Sor.

Elif UZEL
Sağ. Bak. Hiz. Müd. Yar.

ÖZGEÇMİŞ

Azize Emek

1989'da Karabük'de doğdu. İlk okul,orta okul ve lise öğretimini Karabük'de tamamladı. 2007 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesinde Hemşirelik Sağlık Yüksek Okuluna başladı ve 2012 yılında tamamladı. Aynı yıl İstanbul Medipol Mega hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2013 yılında Özel Hayat sağlık meslek lisesinde meslek dersleri öğretmeni olarak çalıştı.Aynı yıl İstanbul Gelişim üniversitesinde psikoloji yüksek lisans öğrenimine başladı.2014 yılında sağlık bakanlığınca İstanbul Eğitim Araştırma hastanesine hemşire olarak ataması yapıldı. Halen İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışmayı sürdürmekte.

