

İNME TANILI HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Meryem USLU*

Gönül ÖZGÜR**

Aysun BABACAN GÜMÜŞ***

Kabul Tarihi: 15.10.2006

ÖZET

Bu araştırma, inme tanılı hastaların depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine Şubat-Nisan 2004 tarihleri arasında kontrole gelen 100 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, varyans analizi ve t-testi kullanılmıştır. Hastaların %40'ı 41-60 yaş grubunda, %50'si kadın, %50'si evli, %47'si ilköğretim mezunudur. Hastaların BDE toplam puan ortalaması 29.13±14.41 olup, %74'ünün depresyon düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon düzeylerinin medeni duruma, sosyoekonomik düzeye, çalışma durumuna, aile tipine, sosyal güvence durumuna, en uzun süre yaşanan yere, genel sağlık algısına, sağlık kontrolü yaptırma durumuna, hareket durumuna, hastalık süresine ve algılanan kişilerarası ilişkilere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. İnme sonrası hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve depresyonu azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, hasta, depresyon, sosyodemografik özellikler

ABSTRACT

Depression Levels of the Patients who Diagnosed Stroke and Effective Factors

It is a descriptive research carried out in order to evaluate of the depression levels of the patients who diagnosed stroke. 100 patients, were the sample of the study who applied to İzmir Atatürk Education and Research Hospital Neurology Polyclinic between February-April 2004. Data was collected with "Personal Data Form" and "Beck Depression Inventory (BDI)". Data were evaluated by percentage, variance analysis and t-test. 40% of the patients were between the age group of 41-60, 50% of the patients were women, 50% of the patients were married, 47% of the patients were graduated from primary school. The point mean of the BDI of the patients was 29.13±14.41. The depression levels of 74% of the patients were high. In the depression levels of the patients there was a significant difference depending on marital status, socioeconomic situation, working situation, family type, insurance situation, the place lived for the longest time, assessment of general health, health control situation, activity situation, illness period and perceived interpersonal relations in the depression levels of the patients. It is suggested that the patients after the stroke should be evaluated in a holistic approach and nursing interventions should be implemented to lessen depression.

Keywords: Stroke, patient, depression, sociodemographic characteristics

GİRİŞ

İnme (stroke), gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedeni olmasının yanı sıra en fazla özür lülüğe yol açan hastalıklardan biridir (Burvill et al. 1995, Sudlow and Warlow 1996, Yamashita et al. 1998, Kotila et al. 1998). İnme, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar başta olmak üzere hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmakta,

bunun yanı sıra hem hastalar hem de aileleri için ciddi duygusal etkiler yaratmaktadır. İnme, sıklıkla bireyin biyopsikososyal gereksinimleri üzerinde yıkıcı sonuçlara neden olmaktadır. Bu nedenle inme sonrası hastalığa uyum sürecinde, hastaya ve ailesine psikososyal destek verme gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Kotila et al. 1998, Chang et al. 1999, Bogousslavsky 2003, Visser-Meily et al. 2005).

*Hemşire, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Yrd. Doç. Dr. Ege Üniversitesi HYO Psikiyatri Hemşireliği AD

***Arş. Gör. Ege Üniversitesi HYO Psikiyatri Hemşireliği AD (e-mail: aysun.gumus@ege.edu.tr)

İnme geçiren hastalarda akut ve kronik dönemde birçok komplikasyon gelişebilir. Gelişen en önemli komplikasyonlardan biri ise psikososyal sorunlar doğrultusunda gelişen duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikoseksüel bozukluklar ve uyum bozukluğu gibi ruhsal bozukluklardır (Canbek 1996, Özgüven 1996, Sacco 2000). Duygudurum bozuklukları arasında en fazla sözü edilen de depresyondur (Burvill et al. 1995, Canbek 1996, Yamashita et al. 1998, Kotila et al. 1998, Visser-Meily ve ark. 2005) Depresyon inme hastalarında tedavi edilmediğinde iyileşme ve rehabilitasyonun başarısını düşüren önemli bir komplikasyondur (Kotila et al. 1998, Pohjasvaara et al. 1998, Aben et al. 2002, Bhogal et al. 2004).

Diğer taraftan inme sonrası ölüm oranları gün geçtikçe azalmakta ve hastaların yaşam süresi uzamaktadır. Bunun nedenleri olasılıkla tedavi ve bakım kalitesinin yükselmesine ve ikincil komplikasyonların önlenmesine bağlanmaktadır (Abbott et al. 1994, Haacke et al. 2006). Ancak bu durum inme sonrası daha fazla sayıda hastayı çeşitli bedensel, sosyal, mesleki yetersizlik ve işlev kayıplarıyla yüz yüze getirmektedir.

İnme sonrası meydana gelen bedensel yetersizlikler hastalarda umutsuzluk, çaresizlik, utanma gibi duyguların yanı sıra, iş kaybı, aile ilişkilerinin ve kişilerarası ilişkilerin bozulması, sosyal izolasyon gibi sorunlara neden olabilir (Özgüven 1996). Aynı zamanda inme sonrası yürüyemeyen ya da koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı araç kullanan kişilere toplumun bakış açısı da (acıyarak bakma, onlar için her şeyi yapma) hastalarda psikolojik sorunların daha fazla yaşanmasına yol açmaktadır.

Birey biyopsikososyal bir bütündür ve biyolojik fonksiyonlarındaki bir aksama psikolojik ve sosyal yaşamını etkilemektedir. Hemşirelik de bireyi bütüncül ve hümanistik bir yaklaşımla ele

alan bir meslektir. Bu bakış açısı ile, inme sonrası hasta bakımında depresyonun göz ardı edilmeyerek, hemşirelik girişimlerinin planlanması, hasta bakım kalitesini arttırmada son derece önemlidir.

Söz konusu gerekçelerden hareketle bu araştırmanın amacı; inme tanılı hastaların depresyon düzeylerini belirlemek ve hastaların tanıtıcı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkileri saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına ulaşma güçlüğü nedeni ile evren sayısına ulaşamamıştır. Hastaların seçiminde olasılıksız örneklem yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Şubat - Nisan 2004 tarihleri arasında kontrole gelen, iletişim kurma engeli olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar (100 kişi) oluşturmuştur. Polikliniğe başvuran tüm hastalara araştırma hakkında kısaca bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve sözlü onamları alınan hastalara görüşme tekniği ile anket formları uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar ise çalışma dışında bırakılmıştır. Veriler, etik ilkeler gereğince araştırmanın yapıldığı kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır;

Tanıtıcı Bilgi Formu;

araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve inme sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını belirlemeyi amaçlayan 23 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri:

Deneklerin depresyon açısından risk

durumlarını belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ölçmek ve şiddet değişimini saptamak amacıyla hazırlanmış bir araçtır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Toplam 21 sorudan oluşan envantere yer alan maddeler 0 ile 3 arasında puan almakta, bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Envanterden alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin kesme puanı ise 17'dir, bu puanın üstünde değer alan hastaların depresif belirti düzeyi ve şiddeti yüksek olarak değerlendirilmektedir (Savaşır ve Şahin 1997, Aydemir ve Köroğlu 2000).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, en uzun yaşanılan yer, aile tipi, sosyal güvence durumu, hastalık süresi, genel sağlık algısı, diğer insanlarla ilişki durumu, aileyle ilişki durumu, yardımcı araç kullanma durumu, hareket durumu, düzenli kontrol yaptırma durumu, insanların tutumlarında değişiklik durumu, gerginlik yaratan durumlar, gerginlikle baş etme yöntemleri ve ruhsal yardım alma durumu.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Hastaların Beck Depresyon Envanteri'ne verdikleri yanıtların puan ortalaması.

Araştırmada veriler SPSS 10.0 paket programında değerlendirilmiş, verilerin dökümü sayı, yüzde dağılımı olarak verilmiş, verilerin analizinde Kruskal Wallis varyans analizi ve "t" testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Hastaların yaş ortalaması 62.12±16.45 olup, %40'ının 41-60 yaş grubunda, %50'sinin kadın, %50'sinin evli, %47'sinin ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %46'sının ekonomik durumunu "yetersiz" olarak değerlendirdiği, %72'sinin bir işte

çalışmadığı, %56'sının çekirdek aileye sahip olduğu, %28'inin en uzun süre ilçede yaşadığı, %25'inin emekli sandığına bağlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların inme sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal durumları

Hastalık süresi ortalamasının 4.31 ± 3.35 yıl olduğu, %62'sinin 1-4 yıldır inme tanısına sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %63'ünün düzenli olarak sağlık kontrollerine geldiği, %74'ünün yardımcı bir araç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların inme sonrası hareket durumları incelendiğinde; %38'sinin koltuk değneği, %20'sinin tekerlekli sandalye kullandığı, %16'sının ise yatağa bağımlı olduğu bulunmuştur. Hastaların %43'ü genel sağlık durumunu "kötü", %34'ü "orta", %23'ü "iyi" olarak değerlendirmiştir. Bu bulgulara göre, hastaların önemli bir kısmının genel sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendirmesi, büyük çoğunluğunun yardımcı bir araç kullanması veya yatağa bağımlı olmasından kaynaklanabilir.

Hastaların inme sonrası gerginlik yaşama durumları incelendiğinde; %56'sının "kendi kendine yetememe", %76'sinin "kendini kötü hissetme", %17'sinin "sosyal yaşama katılamama" durumunda gerginlik yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların gerginlikle baş etmede kullandıkları yöntemler ise sırasıyla; "ağlama" (%25), "başkalarıyla konuşma" (%14), "TV/radyo/gazete/kitap ile vakit geçirme" (%13), "uyuma" (%10), "yalnız kalma" (%9), "içki/sigara/yatıştırıcı ilaç içme" (%7), "dua etme" (%6), "bağırma/kızma" (%5) olarak saptanmıştır. Hastaların kullandığı bu yöntemler genel olarak duygu odaklı baş etme yöntemleri olarak değerlendirilebilir.

Hastaların %65'i insanlarla ilişkilerini, %72'si ailesiyle ilişkilerini "iyi" olarak değerlendirmiştir. Hastaların %74'ü, inme sonrası ailelerinin ve diğer insanların kendisine yönelik tutum ve davranışlarının değiştiğini belirtmiştir. Hastalar değişen bu tutum ve davranışlar

hakkındaki düşüncelerini ise sırasıyla; “insanların kendisine acıması” (%58.1), “yapabileceği işleri kendisine yaptırmamaları” (%20.3) ve “insanlar tarafından sevilmemesi” (%17.6) olarak ifade etmişlerdir. Hastaların %40’ı ise ruhsal sorunlar yaşadığında psikiyatrik yardım aldığını belirtmiştir.

Hastaların depresyon düzeyleri

Hastaların BDE toplam puan ortalamasının 29.13 ± 14.41 olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon düzeyleri, ölçeğin kesme noktasına (Kesme puanı = 17) göre değerlendirildiğinde, %74’ünün depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların BDE’ye göre depresyon düzeylerinin dağılımı (n=100)

Depresyon Düzeyi	S	%	Puan aralığı
17 puanın altında - depresyon düşük	26	26	0-63
17 puanın üstünde - depresyon yüksek	74	74	0-63

Kotila ve arkadaşlarının (1998) ve Aben ve arkadaşlarının (2002), Beck Depresyon Envanterini kullanarak, inmeli hastalarla yaptıkları çalışmalarda, depresyon kesme noktası “ 9 ” olarak kabul edilmiştir. Bu kesme noktasına göre bizim çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, hastaların %23’ünün hafif düzeyde, %25’inin orta düzeyde, %47’sinin şiddetli düzeyde depresyonda olduğu söylenebilir. Yukarıda belirtildiği gibi (17 kesme noktasına göre) hastaların büyük çoğunluğunun depresyon düzeyinin yüksek bulunması bu değerlendirmeye de örtüşmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin depresyon düzeylerine etkisi

BDE toplam puan ortalamaları 80 yaşına kadar yükselirken, 80 yaş sonrasında düşme göstermiştir. Kadınlarda BDE toplam puan ortalaması, erkeklerden daha yüksek olarak

Elde ettiğimiz bu sonuç, yapılan çalışmalardan daha yüksek düzeydedir (Özpoyraz ve ark. 1995, Canbek 1996, Kotila et al. 1998, Pohjasvaara ve ark. 1998, Aştı ve Kaya 2000, Dilek ve ark. 2005, Hackett et al. 2005). Hackett ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan sistematik gözden geçirmede inme sonrasında hastaların %33’ünün depresyon deneyimlediği bildirilmiştir. Pohjasvaara ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada inme sonrası depresyon oranı %40.1, Özpoyraz ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmada ise %48.2 olarak belirtilmiştir.

Buna karşın hastaların yaş grupları ve cinsiyetlerine göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Bu bulgu literatürle uyumludur (Burvill et al. 1995, Canbek 1996).

Hastaların medeni durumlarına göre, BDE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Bu sonuçlara göre dul / boşanmış olan hastaların depresyon düzeylerinin evli ve bekarlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2). Bu bulgu evli olan hastalarda aile desteğinin depresyonu azaltmada olumlu bir faktör olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ilkökul mezunu olan hastaların depresyon düzeyleri ortaokul, lise ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 2).

Hastaların ekonomik durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları

incelendiğinde; “düşük” ekonomik düzeye sahip hastaların depresyon düzeyinin “orta” ve “yüksek” ekonomik düzeye sahip hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Bu sonuç, düşük ekonomik düzeyin depresyonda etkili bir faktör olduğunu göstermektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; bir işte çalışmayan hastaların çalışanlara göre depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2). Hastaların çeşitli işlevsel kayıplar nedeniyle büyük çoğunluğunun çalışmaması, literatürle uyumlu bir sonuç olup (Özgüven 1996), bu hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olması ise iş ve mesleki yaşamlarını bırakmak zorunda kalmalarının getirdiği olumsuz duyguların bir göstergesi olabilir. Ayrıca depresyon düzeyi yüksek olan hastaların ekonomik düzeylerini “kötü” olarak değerlendirmeleri ve bir işte çalışmama durumları da birbirini destekleyen sonuçlardır.

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yere göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; köyde yaşayan hastaların ilçede ve kentte yaşayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları aradaki farkın anlamlı

düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 2). Bu sonuç, köyde yaşayan hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kurumlarına daha uzak olmaları nedeniyle gerektiğinde sağlık kurumlarına ulaşamama korkusu yaşamalarından kaynaklanabilir.

Hastaların aile tiplerine göre BDE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup ($p<0.01$), yalnız olarak yaşayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu bulgu, araştırmada saptanan dul ve bekar hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek bulunmasıyla da paralel bir sonuçtur (Tablo 2). Ayrıca Aström ve arkadaşları (1993) inmeli hastalarla yaptıkları çalışmada yalnız yaşamının depresyonu arttırdığını belirtmişlerdir.

Hastaların sosyal güvence durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmış, sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon düzeylerinin emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur ve yeşilkart hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 2). Bu sonuca göre, sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeni, inmenin uzun süreli bir hastalık olmasının getirdiği ekonomik sıkıntılar ve yüksek tedavi giderleri olarak düşünülebilir.

Tablo 2. Hastaların BDE toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=100)

Sosyodemografik özellikler	S	$\bar{X} \pm SD$	KW	T	p
Yaş grubu					
21-40	11	24.45 ± 12.16	5.479		0.140
41-60	40	26.83 ± 14.64			
61-80	33	33.85 ± 13.98			
81 ve üzeri	16	28.38 ± 14.74			
Cinsiyet					
Erkek	50	28.26 ± 13.19		-0.602	0.549
Kadın	50	30.00 ± 15.61			
Medeni durum					

Evli	50	23.94 ± 12.12	16.311	0.000
Bekar	17	27.65 ± 12.89		
Dul / Boşanmış	33	37.76 ± 14.62		
Eğitim düzeyi				
İlkokul	47	33.19 ± 15.63	7.432	0.059
Ortaokul	20	26.10 ± 13.13		
Lise	21	23.43 ± 10.68		
Üniversite	12	28.25 ± 13.80		
Ekonomik durum				
Düşük	46	35.65 ± 14.28	18.302	0.000
Orta	35	25.29 ± 11.21		
Yüksek	19	20.42 ± 13.30		
Çalışma durumu				
Evet	28	23.61 ± 11.71	-2.451	0.016
Hayır	72	31.28 ± 14.85		
En uzun yaşanılan yer				
Köy	25	37.84 ± 16.72	10.102	0.018
Kasaba/ilçe	28	28.21 ± 12.49		
Şehir	22	24.77 ± 12.65		
Büyükşehir	25	25.28 ± 12.17		
Aile tipi				
Çekirdek aile	56	25.88 ± 12.89	14.609	0.001
Geniş aile	22	26.86 ± 13.39		
Yalnız olarak	22	39.68 ± 14.61		
Sosyal güvence				
Emekli sandığı	25	21.36 ± 12.70	15.542	0.004
Bağ-kur	16	29.88 ± 11.13		
SSK	19	24.79 ± 9.81		
Yeşilkart	24	32.96 ± 10.84		
Yok	16	39.94 ± 20.41		

Hastaların inme sonrası fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının depresyon düzeylerine etkisi

Hastaların hastalık süresine göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; 5 yıl ve daha fazla süreden beri inme tanısı alan hastaların, 1-4 yıldan beri hasta olanlara göre depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). Uzun süreden beri inmeli olan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olması, hastalığın meydana getirdiği yeti yitimlerine daha fazla maruz kalma olarak düşünülebilir.

Hastaların genel sağlık algılarına göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; sağlığını “kötü” olarak algılayan hastaların “orta” ve “iyi” düzeyde algılayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 3). Bu sonuca göre, sağlığını “kötü” olarak algılanmasının depresyonu arttıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Genel olarak insanlarla ilişkilerini “kötü” olarak değerlendiren hastaların depresyon düzeyleri “orta” ve “iyi” değerlendiren hastalara göre daha yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde bu farkın anlamlı düzeyde

olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 3). Hastaların aileleriyle ilişkilerine göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ilişkilerini “kötü” olarak değerlendiren hastaların “orta” ve “iyi” düzeyde algılayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 3). Bu iki sonuç, kişilerarası ilişkilerin “kötü” olarak algılanmasının depresyon üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Hastaların yardımcı araç kullanma durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları incelendiğinde; araç kullanan hastaların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmış fakat bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Hastaların hareket durumları incelendiğinde; hareketli durumda olan hastaların depresyon puan ortalaması yatağa bağımlı olan, tekerlekli sandalye ve koltuk değneği kullananlardan daha düşük olarak belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). Bu bulgu hastaların hareketlilik düzeyinin arttıkça, depresyon düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Bu sonuç yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumludur (Pohjasvaara et al. 1998, Berg et al. 2003).

Hastaların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları arasında anlamlı

düzeyde farklılık saptanmış ($p<0.01$), düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan hastaların, yaptırana göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

İnsanların kendisine yönelik tutumlarında değişiklik algılayan hastaların depresyon puan ortalaması, algılamayanlara göre daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 3). Bu sonuca göre, inme sonrasında insanların hastalara yönelik tutumlarında değişiklik olması depresyonu arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Hastalarda gerginlik yaratan durumlar incelendiğinde; fizik ve ruh sağlığını “kötü” olarak algılayan hastaların depresyon düzeyi, kendi kendine yetemeyen ve sosyal yaşama katılmayan hastalardan daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Bu bulguya göre sağlığın “kötü” olarak algılanmasının hastaların depresyon düzeylerini yükselttiği söylenebilir.

Hastaların ruhsal yardım alma durumlarına göre BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ruhsal yardım almayan hastaların alanlara göre depresyon düzeyi daha yüksek olarak bulunmasına karşın bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların BDE toplam puan ortalamalarının inme sonrası fiziksel psikolojik ve sosyal durumlarına göre dağılımı (n=100)

İnme sonrası	S	$\bar{X} \pm SD$	KW	T	p
Hastalık süresi (yıl)					
1-4	62	26.69 ± 13.31		-2.202	0.030
5 ve üstü	38	33.11 ± 15.39			
Genel sağlık algısı					
İyi	23	20.22 ± 10.55	25.448		0.000
Orta	34	24.56 ± 11.83			
Kötü	43	37.51 ± 13.73			

Diğer insanlarla ilişkiler				
İyi	65	25.34 ± 13.36	21.422	0.000
Orta	26	31.15 ± 10.81		
Kötü	9	50.67 ± 11.11		
Aileyle ilişkiler				
İyi	72	26.24 ± 12.92	14.886	0.001
Orta	20	31.10 ± 11.42		
Kötü	8	50.25 ± 16.77		
Yardımcı araç kullanma				
Evet	74	30.34 ± 14.88	1.422	0.158
Hayır	26	25.69 ± 12.59		
Hareket durumu				
Hareketli	26	25.69 ± 12.59	8.059	0.045
Koltuk değneği	39	27.00 ± 14.41		
Tekerlekli sandalye	19	29.58 ± 10.74		
Yatağa bağımlı	16	39.38 ± 17.23		
Düzenli kontrol yaptırma				
Evet	63	25.41 ± 12.55	-3.560	0.001
Hayır	37	35.46 ± 15.30		
İnsanların tutumlarında değişiklik				
Var	74	32.11 ± 14.48	4.325	0.000
Yok	26	20.65 ± 10.43		
Gerginlik yaratan durumlar				
Kendi kendine yetememe	56	29.77 ± 14.34	5.726	0.057
Fizik ve ruh sağlığını olumsuz yönde algılama	27	32.22 ± 13.87		
Sosyal yaşama katılamama	17	22.12 ± 13.95		
Ruhsal yardım alma				
Evet	40	25.90 ± 13.95	-1.853	0.067
Hayır	60	31.28 ± 14.41		

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnme tanılı hastaların depresyon düzeylerinin “yüksek” düzeyde olduğu bulunmuş ve depresyon düzeylerinde medeni durumun, ekonomik durumun, bir işte çalışma durumunun, en uzun süre yaşanan yerin, aile tipinin, sosyal güvence durumunun, genel sağlık algısının, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumunun, hareket durumunun, insanlarla ve aileyle ilişkilerin ve insanların inme sonrası hastalara yönelik tutumlarındaki değişikliklerin etkili faktörler olduğu saptanmıştır. Buna karşın hastaların depresyon düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yardımcı araç kullanma

durumu, gerginlik yaratan durumlar ve ruhsal yardım alma durumundan etkilenmediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;

İnme sonrasında hastalarda depresyon düzeyinin yüksek bulunması, bütüncül yaklaşımın önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda hastaların değerlendirilmesinde depresyon düzeylerinin düzenli olarak kontrol edilmesi,

İnme sonrası depresyonun önemi göz önünde bulundurularak hastaların depresyonunu önleyici ve azaltıcı girişimlerde bulunulması,

Depresyonda etkili faktörlerin (yalnız yaşama, köy ortamında yaşama, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal güvencenin olmaması, yetersiz kişilerarası ilişkiler gibi) dikkate alınarak hasta bakım hizmetlerinin planlanması,

İnmeli hastaların bakımında sağlığın korunması ve yükseltilmesi, kliniksel ve rehabilite edici uygulamaları geliştirmek için yeni araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abbott RD, Rrodriguez BL, Burcfiel CM et al.** (1994). Physical activity in older middle-aged men and reduced risk of stroke: The Honolulu Heart Program. *American Journal of Epidemiology* 139: 881-893.
- Aben I, Denollet J, Lousberg R et al.** (2002). Personality and vulnerability to depression in stroke patients: A 1-year prospective follow-up study. *Stroke* 33: 2391-2395.
- Aström M, Adolffson R, Asplund K** (1993). Major depression in stroke patients: A 3-year longitudinal study. *Stroke* 24: 976-982.
- Aydemir Ö, Köroğlu E** (2000). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, İzmir, 121-125.
- Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M et al.** (2003). Poststroke depression: An 18-month follow-up. *Stroke* 34: 138-143.
- Bhogal SK, Teasell R, Foley N et al.** (2004). Lesion location and poststroke depression: A systematic review of the methodological limitations in the literature. *Stroke* 35: 794-802.
- Bogousslavsky J** (2003). William Feinberg Lecture 2002: Emotions, Mood and behavior after stroke. *Stroke* 34: 1046-1050.
- Burvill P, Johnson GA, Jamrozik KD et al.** (1995). Prevalence of depression after stroke: The Perth Community Stroke Study. *The British Journal of Psychiatry* 166: 320-327.
- Canbek Ö** (1996). Serebrovasküler hastalıklarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi* 33(3): 140-147.
- Chang AM, Mackenzie AE, Yip MP et al.** (1999). The psychosocial impact of stroke. *Journal of Clinical Nursing* 8: 477-478.
- Dilek A, Karataş M, Erkan H ve ark.** (2005). İnme sonrası gelişen depresyonun fonksiyonel bozukluk ve rehabilitasyon sonuçlarına etkileri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 5(4): 120-122.
- Haacke C, Althaus A, Spottke A et al.** (2006). Long-term outcome after stroke:

- Evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke* 37: 193-198.
- Hackett ML, Parag V, Anderson CS** (2005). Frequency of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke* 36: 1330-1340.
- Kotila M, Numminen H, Waltime O et al.** (1998). Depression after stroke: Results of the Finnstroke Study. *Stroke* 29: 368-372.
- Özguven HD** (1996). Süregen ilerleyici nörolojik hastalıkların psikolojik ve etik yönleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 33(1): 39-44.
- Özpoğraz N, Özeren A, Demirkıran M ve ark.** (1995). İnme sonrası depresyon ve deksametazon supresyon testi. *Nörolojik Bilimler Dergisi* 12(3-4): 361-366.
- Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I et al.** (1998). Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke* 29: 2311-2317.
- Sacco RL** (2000). Pathogenesis, clasification and epidemiology of serebrovascular disease. In Rowland LP (ed): *Merits textbook of Neurology, USA, 10th edition, Williams Wilkins Wowerly Company, 217-229.*
- Savaşır I, Şahin NH** (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. No:9, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Özyurt Matbaacılık, 23-38.*
- Sudlow CLM, Warlow CP** (1996). Comparing stroke incidence worldwide: What makes studies comparable? *Stroke* 27: 550-558.
- Visser-Meily A, Post M, Meijer AM et al.** (2005). When a parent has a stroke: Clinical Course and prediction of mood, behavior problems and health status of their young children. *Stroke* 36: 2436-2440.
- Yamashita K, Ouchi K, Shirai M et al.** (1998). Distribution of chlamydia pneumoniae infection in the arteriosclerotic carotid artery. *Stroke* 29: 773-778.