

Yatan Hastalarda Anksiyete Depresyon Distres ve Stresle Baş Etme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Ağrı İli Örneği

Examining the Relationship Between Anxiety, Depression, Distress and Coping with Stress among Inpatients: The Case of Ağrı Province

Şevin UÇAK 

Volkan GÖKMEN 

Burcu DEMİR GÖKMEN 

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ağrı, Türkiye

Öz

Amaç: Bu araştırma yatarak tedavi gören hastalar arasındaki anksiyete, depresyon, distres ve stresle baş etme düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Nisan-Haziran 2024 tarihleri arasında kesitsel ve ilişkisel tipte tasarlanan araştırma, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören dahiliye kliniklerindeki 213 hastayla yürütülmüştür. Veriler; Tanıtıcı Soru Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Distress Termometresi ve Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yatan hastaların %52,6'sı erkek, %72,3'ü evli, yaş ortalaması 55,04±18,57'dir. Yatan hastalar Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin "Sosyal Destek Arama" alt boyutundan (2,05±0,49) en yüksek puanı almıştır. Hastaların anksiyete, depresyon ve distres düzeyleri orta seviyededir. Hastaların anksiyete, depresyon, sıkıntı ve stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Sonuç: Araştırmaya katılan hastalarda stresle baş etmede kendilerine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımları arttıkça anksiyete, depresyon ve distresin azaldığı görülmektedir. Hastaların anksiyete, depresyon ve distres düzeyleri yükseldikçe çaresiz, suçlayıcı ve boyun eğici şeklindeki stresle baş edemedikleri yaklaşımlarının da arttığı belirlenmiştir. Hastalara stresle etkili bir şekilde başa çıkabilecekleri, kronik hastalığı yönetebilecekleri ve anksiyete ve depresyon riskini azaltabilecekleri yapılandırılmış hemşirelik girişimleri uygulanabilir ve sonuçları değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, psikiyatri hemşireliği, sıkıntı, stresle baş etme, yatan hasta

ABSTRACT

Objective: This study evaluated the interrelations of anxiety, depression, distress, and coping with stress among inpatients.

Methods: This cross-sectional correlational study included 213 inpatients and was conducted in the Internal Medicine clinics of Agri Training and Research Hospital from April to June 2024. The data were collected using a Descriptive Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Distress Thermometer and Ways of Coping Inventory. Descriptive statistics, independent groups t test, ANOVA and Pearson correlation test were used to analyze the data.

Results: Among the inpatients, 52.6% were male and 72.3% were married; the mean age was 55.04±18.57 years. The highest subscale score on the Coping with Stress Scale was "Seeking Social Support" (2.05±0.49). Levels of anxiety, depression, and distress were moderate. There were significant associations between anxiety, depression, distress, and stress ($p < .05$).

Conclusion: As patients' use of self-confident, optimistic, and social support-seeking coping approaches increased, their anxiety, depression, and distress decreased. Whereas increases in anxiety, depression, and distress corresponded to higher reliance on maladaptive coping (helpless, self-blaming, and submissive). Structured nursing interventions can be implemented and evaluated to help patients cope more effectively with stress, manage chronic illness, and reduce the risk of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, depression, distress, inpatient, psychiatric nursing, stress coping

Bu araştırma, 16-19 Nisan 2025 tarihleri arasında Diyarbakır/Türkiye'de düzenlenen 16-19 Nisan 2025 tarihleri arasında, gerçekleştirilen 8. Uluslararası ve 12. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

This research was presented as an oral report at the 8th International and 12th National Psychiatric Nursing Congress held in Diyarbakır/Turkey between 16-19 April 2025, among the participants between 16-19 April 2025.

Geliş Tarihi/Received 30.06.2025
Kabul Tarihi/Accepted 30.10.2025
Yayın Tarihi/Publication Date 02.11.2025

Sorumlu Yazar/Corresponding author:

Burcu Demir Gökmen

E-mail: burcudmr04@gmail.com

Cite this article: Uçak, Ş., Gökmen V., & Demir Gökmen B. (2025). Examining the Relationship Between Anxiety, Depression, Distress and Coping with Stress among Inpatients: The Case of Ağrı Province. *Current Research in Health Sciences*, 2(3), 102-110.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Giriş

İnsanın yaşam sürecinde ortaya çıkan hastalıklar; bireyi birçok yönden etkileyen, fizyolojik, biyolojik, psikolojik bir süreç olup, kişiyi sosyal, çevresel, ailesel, parasal ve zihinsel açıdan zorlayan bir varoluşsal krizdir (Kelleci vd., 2009). Bireyin normal yaşam sürecine devam ederken fiziksel, ruhsal veya sosyal yönden iyilik halinin bozulmasıyla sağlığını kaybetmesi sonucunda hastalık rolü ortaya çıkmaktadır. Hastalıklar bireyin kendisine özgü yaşamışlıklar ve algılarla birlikte ruhsal durumunu etkilenmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993; Blumenfield & Tiamson, 2003). Hastalığın şiddeti ile süresi, bireyin belirli fonksiyon ve aktiviteleri yerine getirebilmesi için başkasının yardımına gereksinim duymasına, bağımlı olmasına neden olmaktadır. Bireyin bir başkasına bağımlı olması, hastalıkla başa çıkma, ne yapacağını bilememe, yeni duruma alışabilme, değişen yaşam biçimi, mevcut işlerinin kesintiye uğraması, yaşam sınırlılıklarının ortaya çıkması gibi sonuçlar doğurabilir. Bu sonuçlar hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber bireylerde, psikopatolojik süreçlerin yaşanmasına neden olarak kızgınlık, öfke, pişmanlık, suçluluk, anksiyete, değersizlik ve depresyon gibi duygu durumları oldukça sık hissedilmektedir (Kelleci vd., 2009; Seki Öz ve Öz 2019).

Benlik bütünlüğüne karşı hissedilen gerilim olan anksiyete; bir çeşit alarm duygusudur. Anksiyete hastalarda herhangi bir fiziksel semptomla bağlı olabileceği gibi var olan ruhsal sorunlar ya da semptomlara eşlik eden duygusal sorunlarla da görülebilir ve anksiyetenin şiddetini etkileyebilir. Sonuç olarak literatür incelendiğinde hastalığa karşı geliştirilen duygusal tepkilerden en önemlisinin anksiyete olduğu ve genellikle hem klinik özellikleri hemde epidemiyolojik özellikleri bakımından depresyon ile birlikte incelendiği görülmektedir. İkisinin birlikte görülme oranı %9-40'tır (Ateşçi vd., 2000). Dünya genelinde fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete eğiliminin oldukça sık görüldüğü bildirilmektedir (Karahan ve Setbaş, 2007; Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Albekairy vd., 2017; Ayalew vd., 2022; Kaçan ve Bayram Değer, 2024). Çeşitli tanı grubuyla yapılan çalışmalarda ise hastaların sosyodemografik özelliklerine eğitim durumları, gelir ve medeni durumlarına, yaşlarına, tanılarına, çoklu tanılarına ve hastalık süresine göre anksiyete ve depresyonun önemli bir risk olduğu bildirilmektedir (Ayalew vd., 2022; Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Kaçan ve Bayram Değer, 2024; Karahan ve Setbaş, 2007). İki bozukluğun bir arada bulunması beraberinde daha fazla problemi de ortaya çıkarabilmektedir (Ateşçi vd., 2000). Hastalık sürecinin uzaması ve hastalıkların kronikleşmesi hastalar için önemli bir stresör olup, olumsuz duyguların yaşanmasına ilerleyen süreçle birlikte duygu durumlarının değişmesine en sık depresyona neden olabilmektedir (Kelleci vd., 2009; Gerges vd., 2023; Goldstein vd., 2020). Bu durum hastalıkla başa çıkma şeklini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, stresle normal baş etme yeteneklerini kullansalar dahi her zamankinden daha fazla güçlük yaşamaktadırlar (Akanlar Çoban ve Polat Olca, 2023; Kaçan ve Bayram Değer, 2024). Stresle başa çıkma tarzları, bireylerin kişilik özellikleri, psikolojik sağlamlıkları, sosyal destekleri, yaşam kaliteleri, ekonomik durumları ve çevre gibi bir çok faktöre göre değişebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993; Crespo vd., 2001; Seki

Öz ve Öz 2019). İnsan yaşamında hastalıkların ve stresin olmadığı bir yaşam sürdürmek mümkün değildir. Distres stresin olumsuz tarafını özellikle birey için negatif olan fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan zorlandığı durumları kapsamaktadır (Carlson, 2019). Yaşamın devamı için her bireyin karşılaştığı zorluklarda stresle mücadele etmesi başa çıkma stratejilerini öğrenmesi ve geliştirmesi gerekmektedir. Hastaların özellikle hastalık sürecinde yaşadığı sıkıntılı durumları, duyguları anlamaları ve üstesinden gelebilmeleri için desteğe ihtiyaçları olduğu unutulmamalıdır. Hemşireler bu süreçte hastaların bu durumlarını tespit edebilecek, başa çıkmalarını destekleyebilecek ve hastaları motive edebilecek donanıma sahiptirler (Aslan vd., 2003). Bu nedenle bu araştırma belirli bir bölgede hastanede yatan hastalarda anksiyete, depresyon, distres ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Literatürde yapılan benzer çalışmalar mevcuttur; ancak bu araştırma, sunduğu güncel veriler ve ortaya koyduğu bölgesel farklılıklarla alan yazına özgün bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca araştırma ileride yapılacak olan çalışmalarda; hastaların duygusal durumlarını anlama ve stresle başa çıkma konusundaki kendi farkındalıklarını geliştirebilecek hemşirelik uygulamalarına yol gösterebilir.

Yöntem

Etik Onay

Araştırma için Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Enstitü Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.01.2024 tarihinde 02 sayılı karar (E-95531838-050.99-92512) ile etik izin alınmıştır. Ağrı Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 06.03.2024 tarihinde E-57212153-799-209042478 sayılı karar ile kurum izni alınmıştır. Bireylere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllülük prensibi temel alınarak 'Aydınlatılmış Onam', alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere önem verilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcılara, araştırmanın amacı, nerede kullanılacağı veya yayınlanabileceği, detaylı bir şekilde aktarılmış, kişisel bilgilerin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı konusunda gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Helsinki bildirgesi prensiplerine uyulmuştur.

Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel ve ilişkisel tarama modelinde tasarlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Dahiliye kliniklerine başvuran yatarak tedavi gören, 18 ve üstü yaşı olan hastalar oluşturmıştır. Araştırmada örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 213 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; dahiliye (Göğüs Hastalıkları, Genel Dahiliye, Nefroloji, Endokrinoloji, Nöroloji) kliniklerinde yatarak tedavi görmek, bilinci açık, algılama

ve tepki verme yetileri sağlam olmak, en az bir haftadır yatışı olmak, dil ve iletişim güçlüğü olmamak, görüşmeyi gönüllü olarak kabul etmektir. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, 213 hastadan elde edilen güç analizi sonunda etki büyüklüğü için ($r=.24$) araştırmanın gücünün %95 güven düzeyinde %85 olduğu tespit edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı Soru Formu: Hasta bireylerin sosyodemografik verilerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumları ile ilgili 8 sorudan oluşan bir formdur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen, Aydemir (1997) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek anksiyete ve depresyon eğilimini belirlemektedir. Ölçek 14 soru, 2 alt boyut (anksiyete ve depresyon) ve 4'lü likert yapıdadır. Ölçek puanlaması 0-21 arasında olup, sorularda tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Ölçekten anksiyeteyi gösteren maddelerden alınan toplam puan 10'un üstünde ise anksiyetenin var olduğunu, depresyonu belirten maddelerden alınan toplam puanın 7' nin üstünde olması depresyon varlığını göstermektedir (Aydemir, 1997). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach Alfa değeri anksiyete için 0,82, depresyon için ise 0,79 olarak bulunmuş olup, bu araştırmada Cronbach Alfa değeri anksiyete için 0,75, depresyon için 0,75 olarak belirlenmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Ölçek Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 4'lü (0-3) likert tipinde, 30 madde ve 5 (Kendine güvenli, iyimser, sosyal destek alma, çaresiz/suçlayıcı, boyun eğici) alt boyutludur. Alt boyutları "İyimser", "Kendine Güvenli Yaklaşım", "Çaresiz Yaklaşım", "Boyun Eğici Yaklaşım", "Sosyal Desteğe Başvurma" şeklindedir. Ölçekte ters puanlanan 2 madde (1. ve 9. madde) vardır. Alt boyutlar birbirinden bağımsız puanlanmakta ve o boyuttan alınan puan yükseldikçe bireyin o boyuttan stresle başa çıkamadığını ifade eder (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında 'kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, çaresiz/suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarının sırasıyla Cronbach Alfa değerleri 0,68; 0,80; 0,47; 0,73; 0,70; olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise aynı sıraya göre Cronbach Alfa değerleri 0,76; 0,79; 0,59; 0,73; 0,65'dir.

Distres Termometresi: Roth vd. (1998) tarafından geliştirilen, Türkçeye direk çevrilerek kullanılabilen bir sorudan oluşan termometre şeklinde görsel bir analog ölçektir. Uygulayıcı son bir haftada yaşadığı distresi bu termometre üzerindeki 0' dan 10'a kadar olan rakamlar aracılığıyla ifade etmektedir. Bireyin hiç distres yaşamadığını 0 puan gösterirken, distresinin çok yüksek olduğunu 10 puan göstermektedir (Özalp vd., 2007).

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri klinikte tedavi olmak için yatışı yapılan hastalar arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan bireylerle ön görüşme yapıldıktan sonra Nisan- Haziran 2024

tarihleri arasında toplanmıştır. Ön görüşmede araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş ve onamları yazılı olarak alınmıştır. Hasta bireylerle görüşmeler hasta için uygun olan zamanda yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından bire bir, yüz yüze görüşülerek soru cevap şeklinde ortalama 25 dk içinde toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS v.23 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, ABD) programı ile analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov analizine göre verilerin normal dağılmadığı, ancak çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Örneklem sayısının elliden büyük olması ve Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerinin -2 ile +2 arasında olması durumunda verinin dağılımı normal kabul edilebilmektedir (George ve Mallery 2010). Buna göre ikili gruplarda bağımsız gruplar t testi, üç ve üzeri gruplarda tek yönlü varyans (ANOVA) ve değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. Elde edilen analiz sonuçlarında, önemlilik düzeyi $p<.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları minimum, maksimum, ortalama puanları Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların %52,6'sı erkek, %72,3'ü evli, %75,6'sının geliri giderine denk, %48,8'i ilköğretim mezunu ve %48,8'i çalışmamaktadır. Hastaların %58,7'si sigara kullanmamakta, %61,5'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $55,04\pm18,57$ 'dir. Hastaların Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından sırasıyla aldıkları puan ortalamaları; 'Kendine Güvenli Yaklaşım', $2,00\pm0,44$, 'İyimser Yaklaşım', $1,99\pm0,40$, 'Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım', $1,26\pm0,48$, 'Boyun Eğici Yaklaşım', $1,45\pm0,41$ ve 'Sosyal Destek Arama' $2,05\pm0,49$ 'dir. Araştırmaya katılan hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise 'Anksiyete' $7,50\pm3,53$ ve 'Depresyon' $7,64\pm3,98$ 'dir. Son olarak 'Distres' termometresinin puan ortalaması $5,21\pm1,57$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2'de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' alt boyutlarının, 'Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği' alt boyutlarının ve 'Distres Termometresi' puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve sigara kullanımına göre SBCTÖ'nin 'Kendine Güvenli Yaklaşım' alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). Ancak hastaların çalışma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Ayrıca hastaların yaşları ile kendine güvenli yaklaşım düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.05$). Araştırmaya katılan hastaların herhangi bir iş veya meslek grubunda çalışanlar ile hiçbir şekilde çalışmayan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, emekli olan

ve serbest meslek çalışanların puan ortalamasından daha yüksektir. Kronik hastalığı olan hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması kronik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamasından daha düşüktür.

Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalıklar durumu ve sigara kullanımlarına göre SBÇTÖ'nin 'İyimser Yaklaşım' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık elde edilememiştir ($p>,05$, Tablo 2).

Tablo 1.

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri ve ölçeklerden alınan puan ortalamaları (n=213)

Özellikler	n(sayı)	%
Cinsiyet		
Kadın	101	47,4
Erkek	112	52,6
Medeni Durum		
Evli	154	72,3
Bekar	59	27,7
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Fazla	28	13,1
Gelir Gidere Denk	161	75,6
Gelir Giderden Az	24	11,3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	62	29,1
İlköğretim	104	48,8
Lise	26	12,2
Üniversite	21	9,9
Çalışma Durumları		
Serbest meslek	57	26,8
Memur-işçi	22	10,3
Emekli	30	14,1
Çalışmıyor	104	48,8
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	88	41,3
Hayır	125	58,7
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	131	61,5
Hayır	82	38,5
Yaşı (Ort.±SS)	55,04±18,57	
Ölçek ortalama puanları (Ort.±SS)		
Kendine güvenli yaklaşım (0-3)	2,00±0,44	
İyimser Yaklaşım (1-3)	1,99±0,40	
Çaresiz\Kendini Suçlayıcı Yaklaşım (0-3)	1,26±0,48	
Boyuneğici Yaklaşım (0-3)	1,45±0,42	
Sosyal Destek Arama (0-3)	2,05±0,49	
Anksiyete (0-20)	7,50±3,53	
Depresyon (0-21)	7,64±3,97	
Distres (1-9)	5,21±1,57	
Toplam	213	100.0

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, gelir durumu ve sigara kullanımlarına göre SBÇTÖ' nin 'Boyun Eğici Yaklaşım' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık elde edilememiştir ($p>,05$). Ancak hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların yaşları ile boyun eğici yaklaşım düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$). Üniversite mezunu hastaların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması diğer eğitim kademelerindeki hastaların puan ortalamasından daha düşüktür. Araştırmada evli olan, serbest meslekte çalışan, emekli olan ve kronik hastalığı bulunan hastaların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2; $p<,05$).

Tablo 2'de hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara kullanımlarına ve kronik hastalıklar durumlarına göre SBÇTÖ'nin 'Sosyal Destek Arama' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık elde edilmemiştir ($p>,05$).

Tablo 2 ele alındığında araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve sigara kullanım durumu özelliklerine göre HADÖ 'Anksiyete' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p>,05$). Ancak hastaların çalışma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<,05$). Bu farklılığa göre, çalışmayan ve kronik hastalığı olan hastaların anksiyete düzeyleri diğer gruplardan daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve sigara kullanım durumu özelliklerine göre HADÖ 'Depresyon' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p>,05$). Ancak hastaların eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<,05$). Ayrıca hastaların yaşları ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<,05$). Elde edilen bulgulara göre, okuryazar olmayan, ilköğretim mezunu olan hastaların depresyon düzeyleri üniversite mezunu olan hastaların düzeylerinden daha yüksektir. Hiçbir şekilde çalışmayan ve memur-işçi olarak çalışan hastaların depresyon düzeyleri daha yüksektir. Kronik hastalığı olan hastaların depresyon düzeyleri olmayanlardan daha yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2 ele alındığında araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve sigara kullanım durumu özelliklerine göre 'Distres' termometresi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p>,05$). Ancak hastaların çalışma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<,05$). Ayrıca hastaların yaşları ile distres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$). Bu farklılığa göre, çalışmayan ve kronik hastalığı olan hastaların distres düzeyleri diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 2.

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, hastane anksiyete depresyon ölçeği alt boyutlarının ve distress termometresi skalasının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Kendine Güvenli X±SS	İyimser X±SS	Çaresiz/ Kendini Suçlayıcı X±SS	Boyuneğici X±SS	Sosyal Destek Arama X±SS	Anksiyete X±SS	Depresyon X±SS	Distres X±SS
Cinsiyet								
Kadın	1,96±0,43	1,94±0,36	1,31±0,46	1,48±0,45	2,10±0,50	7,92±3,38	7,56±3,9	5,35±1,57
Erkek	2,03±0,44	2,03±0,43	1,21±0,49	1,43±0,38	2,00±0,48	7,13±3,63	7,71±4,02	5,09±1,56
TEST	t= -1,11 p=,27	t= -1,64 p=,10	t= 1,51 p=,13	t= 0,99 p=,32	t= 1,48 p=,14	t=1,65 p=,10	t=-0,26 p=,80	t=1,20 p=,23
Medeni Durum								
Evli	1,97±0,43	1,98±0,41	1,24±0,48	1,50±0,39	2,07±0,47	7,55±3,66	7,72±3,98	5,25±1,55
Bekar	2,07±0,44	2,01±0,39	1,30±0,46	1,32±0,44	1,99±0,46	7,37±3,20	7,42±3,98	5,12±1,61
TEST	t= -1,45 p=,15	t= -0,47 p=,64	t= -0,78 p=,44	t= 2,82 p=,005*	t= 1,06 p=,29	t=0,33 p=,74	t=0,49 p=,63	t=0,53 p=,59
Gelir Durumu								
Gelir Giderden Fazla	2,04±0,36	2,02±0,45	1,34±0,42	1,35±0,44	2,05±0,43	7,43±2,97	8,29±3,63	5,14±1,24
Gelir Gidere Denk	1,99±0,46	1,98±0,40	1,23±0,49	1,47±0,43	2,06±0,51	7,59±3,68	7,49±3,96	5,26±1,62
Gelir Giderden Az	2,04±0,37	2,02±0,32	1,32±0,41	1,48±0,30	1,99±0,46	7,00±3,15	7,88±4,55	4,96±1,55
TEST	F= 0,26 p=,77	F= 0,24 p=,79	F= 0,85 p=,43	F= 0,97 p=,38	F= 0,20 p=,82	F=0,30 p=,74	F=0,52 p=,59	F=0,42 p=,66
Eğitim Durumu								
(1) Okur-yazar değil	1,94±0,45	2,00±0,41	1,30±0,49	1,60±0,41	2,04±0,52	8,24±3,94	8,50±4,36	5,56±1,54
(2) İlköğretim	1,98±0,43	1,98±0,41	1,25±0,47	1,47±0,38	2,06±0,45	7,40±3,36	7,80±4,03	5,21±1,61
(3) Lise	2,07±0,41	1,95±0,44	1,27±0,44	1,38±0,34	2,04±0,63	6,77±3,36	7,15±2,92	5,08±1,41
(4) Üniversite	2,17±0,48	2,07±0,35	1,13±0,53	1,06±0,45	2,00±0,45	6,48±3,16	5,00±2,83	4,38±1,50
TEST	F= 1,28 p=,28	F= 0,33 p=,86	F= 0,61 p=,66	F= 7,72 p=,000* 4<1,2,3,	F= 0,28 p=,89	F=1,54 p=,19	F=3,32 p=,012* 1,2,3>4	F=2,38 p=,05
Çalışma Durumu								
(1) Serbest meslek	1,98±0,37	1,95±0,39	1,31±0,46	1,46±0,33	1,90±0,48	7,32±3,27	8,04±3,86	5,04±1,45
(2) Memur-işçi	2,20±0,49	2,10±0,53	1,13±0,48	1,25±0,42	2,08±0,51	5,82±3,32	5,82±2,79	4,55±1,50
(3) Emekli	1,96±0,46	2,06±0,45	1,14±0,49	1,48±0,38	2,17±0,37	6,93±3,38	7,67±4,61	5,07±1,51
(4) Çalışmıyor	2,11±0,45	2,03±0,36	1,23±0,54	1,30±0,49	2,05±0,49	7,17±3,22	6,53±3,74	4,77±1,58
TEST	F= 2,97 p=,020* 4<1,3	F= 1,28 p=,28	F= 1,47 p=,21	F= 4,42 p=,002* 1<2,3,4, 3<4	F= 2,10 p=,082	F=3,33 p=,011* 4>1,3	F=2,64 p=,035* 2>1,3 4>1,3	F=4,99 p=,001* 4>1,3
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	2,03±0,45	1,97±0,38	1,36±0,47	1,45±0,42	1,99±0,49	7,73±3,30	7,92±3,81	5,23±1,58
Hayır	1,98±0,42	2,00±0,42	1,18±0,47	1,46±0,42	2,09±0,49	7,34±3,69	7,44±4,09	5,20±1,56
TEST	t= 0,88 p=,38	t= -0,47 p=,64	t= 2,77 p=,006*	t= -0,21 p=,83	t= -1,52 p=,10	t=0,78 p=,44	t=0,87 p=,39	t=0,13 p=,90
Kronik Hastalık Durumu								
Evet	1,95±0,45	2,00±0,42	1,28±0,49	1,55±0,38	2,04±0,51	7,91±3,58	8,40±4,26	5,38±1,57
Hayır	2,08±0,41	1,97±0,37	1,22±0,45	1,30±0,43	2,06±0,46	6,85±3,37	6,43±3,14	4,94±1,53
TEST	t= -2,20 p=,029* r= -0,27 p=,000*	t= 0,51 p=,61 r= -0,05 p=,43	t= 0,99 p=,32 r=0,08 p=,27	t= 4,5 p=,000* r=0,26 p=,000*	t= -0,27 p=,78 r= 0,037 p=,59	t=2,14 p=,03* r=0,12 p=,094	t=3,88 p=,000* r=0,31 p=,000*	t=2,02 p=,04* r=0,16 p=,02*

Not: *= $p<0,05$, **= $p<0,01$, ' = Pearson Korelasyon, t= Bağımsız Gruplar T Testi, F= Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi

Tablo 3’de ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları’ ölçeğinin alt boyutları ile ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’ ve ‘Distres’ boyutları arasındaki ilişki sonuçlarına bakıldığında; HADÖ ‘Anksiyete’ alt boyutu ile SBÇTÖ ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’, ‘İyimser Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Destek Arama’ alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, ‘Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım’ alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt boyutu arasında

ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların Tablo 3’de HADÖ ‘Depresyon’ alt boyutu ile SBÇTÖ’nin ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde, ‘İyimser Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Destek Arama’ alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, ‘Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım’ alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt boyutu arasında

ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$).

Tablo 3 incelendiğinde, 'Distres' termometresi ile SBÇTÖ'nin, 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'İyimser Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, 'Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım' ve 'Boyun Eğici Yaklaşım' alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$). 'Distres' termometresi ile HADÖ'nin, 'Anksiyete' ve 'Depresyon' alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<,05$).

Tablo 3.

SBÇTÖ, HADÖ alt boyutları ve distres termometresi arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon testi sonuçları ve anlamlılık düzeyleri

SBÇTÖ	Anksiyete		Depresyon		Distres	
	r	p	r	p	r	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	-,20	,003*	-,38	,000*	-,21	,002*
İyimser Yaklaşım	-,25	,000*	-,27	,000*	-,18	,008*
Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	,39	,000*	,34	,000*	,29	,000*
Boyun Eğici Yaklaşım	,16	,02*	,27	,000*	,18	,010*
Sosyal Destek Arama	-,19	,006*	-,18	,009*	-,15	,03*
Distres	,52	,000*	,50	,000*	1	

Not: * $p<,05$ r: korelasyon, p: anlamlılık düzeyi

Tartışma

Dahiliye kliniğinde yatarak tedavi alan hastalardan elde edilen bulgular, alan yazındaki benzer çalışmalar eşliğinde tartışılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği alt boyutlarından sırasıyla aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, stresle başa çıkma düzeylerinin ve distres termometresi düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hastaların özgüvenleri, iyimser yaklaşımları, sosyal desteğe başvurma yaklaşımları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarından yüksektir. Araştırma sonucunun başka çalışmaların sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir (Akanlar Çoban ve Polat Olca, 2023; Seki Öz & Öz, 2019; Swathi vd., 2023). Ancak literatürde hastalık tanılarının ötürü ve yaşlılık nedeniyle stresle başa çıkma tarzlarında elde edilen düzeylerin bu araştırmaya göre daha düşük ya da daha yüksek seviyelerde olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Çalışkan vd., 2017; Demirbaş ve Kaya, 2022; Kaçan ve Bayram Değer, 2024). Fakat araştırmada sosyodemografik veriler açısından hastalar arasındaki farklar Tablo 2'de incelendiğinde; araştırmada hastaların yaşlandıkça ve kronik hastalıkları olduğunda distres düzeylerinin arttığı gösteren sonuçlar alan yazındaki çalışmalarla benzerdir (Andreescu & Lee 2020; Hacıhasanoğlu vd., 2010; Kaçan ve Bayram Değer, 2024).

Araştırmada hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise anksiyete puanının 10 kesme değerinin altında olduğu, depresyon puanının ise 7 kesme değerinde olduğu belirlenmiştir. Buna göre hastaların anksiyete düzeylerinin düşük, depresyon düzeylerinin ise orta seviyede olduğu söylenebilir. Araştırma sonucuna benzer çalışma sonuçlarının olduğu görülmektedir (Akanlar Çoban ve Polat Olca, 2023; Aydemir vd., 2015; Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Günalay

vd., 2016; Kocaman vd., 2013). Bu araştırmanın aksine miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri çok daha yüksektir. Bu hastaların yaşadıkları miyokard enfarktüsünün yaşamı doğrudan tehdit eden bir kriz olayı olmasından dolayı hissettikleri yoğun stresten kaynaklandığı şeklinde açıklanmıştır (Özer vd., 2009). Ayrıca yapılan çalışmalarda; Oflaz'ın (2010) yatan hastaların dörtte birinde anksiyete yarısında ise depresyon ve Kutlu vd. (2016) ise yatan hastaların yarısında anksiyete çoğunda depresyon tespit edilmiştir. Birçok çalışmada depresyonun anksiyeteden daha fazla görüldüğü sonucu bu araştırma sonucu ile uyumludur (Bunevicius vd., 2007; Kelleci vd., 2009). Araştırmada anksiyete düzeyinin düşük olması hastaların yanında refakatçisinin bulunmasından kaynaklanabilir. Hastaların bakım vericilerinden ve ziyaretçilerinden almış oldukları güç ve desteğin, hastaneye yatma sürecinin ve hastalığın oluşturduğu anksiyete ile başa çıkabilmelerini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre SBÇTÖ'nin 'Kendine Güvenli Yaklaşım' alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; her hangi bir iş veya meslek grubunda çalışmayan hastaların daha fazla kendilerine güvenli yaklaşım sergiledikleri görülmektedir. Elde edilen sonuçların bu şekilde yansımalarının nedeni hastaların herhangi bir iş veya meslek grubunda çalışmaması neticesinde çalışma hayatında karşılaşılabilecek stresörlerin yokluğuna bağlı olarak stres tarzını etkilemiş olabilir. Araştırmada kronik bir hastalığı olmayan hastalar, kronik hastalığı olanlardan daha fazla kendilerine güvenli yaklaşım sergilemektedirler (Tablo 2). Sonuç olarak kronik bir hastalığın varlığı birey için yeni bir rol ve bu rolün getirdiği sorumlulukları ortaya çıkartmaktadır. Hasta bireyin hiç bilmediği bu role alışması ya da bu rolü etkili bir şekilde sürdüremediği, stresle başa çıkamadığı söylenebilir. Özellikle hastalarda kronik hastalık sayısı ve hastalık şiddeti arttıkça kendine güvenli yaklaşımın azaldığı belirtilmektedir. Literatür sonuçları araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Akanlar Çoban ve Polat Olca, 2023; Demirbaş ve Kaya, 2022; Kaçan ve Bayram Değer, 2024).

Araştırmada hastaların sigara kullanım durumlarına göre SBÇTÖ'nin 'Çaresiz/Kendini Suçlayıcı Yaklaşım' alt boyutu puan ortalamaları arasında farklılık değerlendirildiğinde; sigara kullanan hastaların sigara kullanmayanlara göre kendilerini daha fazla suçladıkları ve çaresizlik hissettikleri söylenebilir. Birçok kaynakta stresle etkisiz başa çıkma yöntemleri arasında sigara tüketiminin yer aldığı bilinmektedir. Sigaranın sağlığa olan zararları bilinmesine rağmen tüketiminin sürdürülmesinin temelinde doyurulmamış duygusal bir açlıktan, ilgisizlikten, onaylanmamaktan ve kabullenilmemekten bahsedilir (Baltaş ve Baltaş, 1993; Fırat vd., 2022; Mehari, et al., 2023). Buradan yola çıkarak hastaların duygusal açıdan hissettikleri çaresizlikle başa çıkmak için sigara kullandıkları düşünülmektedir. Ayrıca hastaların sosyal destek arama yaklaşımları da sigara tüketimini doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkilemiş olabilir. Bu durum hastaların yalnızlık gibi olumsuz duygularla başa çıkmak için etkili olmayan başa çıkma yöntemlerinden sigarayı kullandıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumlarına göre SBÇTÖ'nin

‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt boyutu puan ortalamaları arasında farklılık ele alındığında; evli olan, serbest meslekte çalışan, emekli olan ve kronik hastalığı bulunan hastalar daha fazla boyun eğici yaklaşım göstermektedir. Boyun eğici yaklaşım, bireyin istemediği ya da onaylamadığı halde gerçekleştirdiği eylemi ifade etmektedir. Bu durumda evli olan bireylerin bekarlara göre eş ve çocuklarına olan bağlılık ve bağımlılıkları eylemlerinde daha fazla boyun eğici yaklaşım sergilemelerinin nedeni olabilir. Yine emeklilerde yaşla beraber gelişen bilişsel olgunlaşma ya da kronik hastalıklara bağlı olarak yetersizlik hissedildiğinde bir başkasına olan bağımlılığın artması strese yaklaşımının boyun eğici tarzda sergilenmesinin kaynağı olabilir. Hastaların eğitim seviyesi arttıkça boyun eğici yaklaşım göstermelerinin sebebi ise sorunlara empatik yaklaşım ve çözüm odaklı yaklaşım sergilemelerinden kaynaklanabilir. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde popülasyonun eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin ortalama seviye ve altında olduğu söylenebilir. Serbest meslek çalışanlarının gelir gider dengesinin sabit olmaması da strese karşı olan direnci etkileyebilir. Bu durumlar serbest meslek çalışanlarının daha fazla boyun eğici yaklaşım göstermelerine neden olabilir. Ayrıca kültürel açıdan bölge halkının sağlık çalışanlarını otoriter olarak kabul etmeleri hastaların strese yaklaşımlarının boyun eğici tarzda olmasına katkı sunabilir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre HADÖ ‘Anksiyete’ alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark ele alındığında; çalışmayan ve kronik hastalığı olan hastaların anksiyete düzeyleri diğer gruplardan daha yüksektir (Tablo 2). Bireyler için hastaneye yatış süreci anksiyete ve buna bağlı bir çok olumsuz duygu durumlarının başlıca faktörü olarak ifade edilmektedir (Mehari vd., 2023; Palmer vd., 2021). Her hangi bir işte çalışmama durumu mali açıdan her bireyi etkileyen bir durumdur. Hastalığın getirdiği maddi yük ve hastalıktan dolayı çalışmama durumu sonucunda bireyin ihtiyaçlarını karşılayamaması önemli bir anksiyete kaynağıdır. Lübnan’da yapılan bir çalışmada da hastalıktan dolayı artan ekonomik yükün önemli bir anksiyete kaynağı olduğu belirtilmektedir (Gerges vd., 2023). Sosyal güvencenin olmayışı ve kronik hastalık varlığının anksiyete seviyesini arttırdığını belirten bir çok çalışma sonucu bu araştırma sonucunu desteklemektedir (Albekairy vd., 2017; Ayalew vd., 2022; Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Kaçan ve Bayram Değer, 2024; Kayahan ve Sertbaş, 2007; Oflaz ve Varol, 2010). Elbette, düşük gelir gerekli tedavi ve bakım masraflarının karşılanmasını zorlaştırarak hastalıkların ilerlemesini neden olabilmelerinden dolayı bireyleri anksiyeteye yatkın hale getirebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık durumlarına göre HADÖ ‘Depresyon’ alt boyutu puan ortalamaları arasında fark incelendiğinde; hastaların yaşları arttıkça ve eğitim seviyeleri düştükçe depresyon eğiliminin de arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonucunu destekleyen çalışma sonuçları bulunmaktadır (Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Kutlu vd., 2016; Özer vd., 2009; Swathi et al., 2023). Kronik hastalığı bulunan, hiçbir işte çalışmayan ve memur-işçi olarak çalışan hastaların depresyon eğilimi daha fazladır (Tablo 2).

Çalışmalarda hastalık süresi uzun olan ya da kronik bir veya birden fazla hastalığı olan hastalarda depresyon eğiliminin yüksek olduğu görülmektedir (Buldan ve Kuzu Kurban, 2018; Kaçan ve Bayram Değer, 2024; Karahan ve Setbaş, 2007; Oflaz ve Vural, 2010; Özer vd., 2009). Araştırma sonucu literatürdeki çalışma sonuçları ile uyumludur. Araştırmada memur ve işçi olarak çalışan hastalarda da depresyon eğilimin fazla görülmesinin nedeni, günümüz koşullarında ülkemizdeki geçim sıkıntısı ve ekonomik güvensizliğin yaşama uyumu zorlaştırdığını düşündürmektedir. Bu durum depresyona yönelimi arttırabilir. Sonuç olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalarda daha fazla depresyonun görüldüğünü bildiren çalışma sonuçları bu araştırma sonuçları ile uyumludur (Fattouh, 2019; Gerges vd., 2023; Goldstein vd., 2020; Weiss vd., 2015).

Araştırmaya katılan hastalarda ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin alt boyutları ile ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’ alt boyutları ve ‘Distres’ arasındaki ilişkiler incelendiğinde; hastaların stresle etkili bir şekilde başa çıkabildiklerinde, kendilerine olan güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşım tarzlarının anksiyete, depresyon ve distres düzeylerini azalttığı görülmektedir. Kendine olan güven özgüveni temsil etmektedir. Hastaların hastalık sürecini yönetebilmeleri, tedavi ve bakıma aktif katılım sağlayabilmeleri ve sorumluluklarını üstlenebilmeleri durumunda iyimser yaklaşımları özgüvenlerini de arttırmaktadır. Bu yaklaşım tarzı aynı zamanda bir başkasına olan bağımlılığı da azalttığı için hastaların sosyalleşme sürecini desteklediği söylenebilir. Yatan hastalarda sosyal desteğin artırılması yönelik yapılacak uygulamalar depresyon ve anksiyeteyi azaltmada önemli klinik etkilere sahiptir (Fattouh vd., 2019; Mehari vd., 2023). Yine araştırmada hastaların stresli durumlardan kendilerini sorumlu tuttuklarında, suçladıklarında, çaresizlik hissettiklerinde ve boyun eğici yaklaşım sergilediklerinde anksiyete depresyon ve distres seviyelerinin attığı belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonucun nedeni, hastaların hastalığı kabullenme sürecini gösterebilir ve dini inançları gereği hastalığın ilahi güçten gelen bir ödül veya ceza olarak nitelendirmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çaresizlik farkında olarak ya da farkında olmadan bireyi yardıma açık hale getirebilmektedir. Bu süreçte yeterli sosyal desteği alamayan hastalar stresle etkili baş edemedikleri için anksiyete, depresyon ve distres eğilimleri artabilir. Myokard infarktüsü hastalığı olan hastalarla yapılan bir çalışmadan da elde edilen sonuçların bu araştırma sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir (Demirtaş ve Kaya, 2022). Literatürde kalp hastaları, multiple skleroz hastaları ve farklı tanılanmış diğer popülasyonlar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde stresi kontrol edemeyen etkili bir şekilde yönetebilme becerisi olmayan distres seviyeleri fazla olan hastaların, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha fazla

bulunmuştur (Dağlar ve Nur, 2014; Erşan vd., 2013; Polat vd., 2025; Seki Öz ve Öz, 2019).

Araştırmanın belirli tarihler arasında yapılması, yalnızca dahiliye kliniklerine gelen hastalar arasından seçilmesi bu araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

Sonuç

Dahiliye kliniğinde yatarak tedavi alan hastaların stresle başa çıkma düzeyleri orta, anksiyete düzeyleri düşük, depresyon düzeyleri, distres düzeyleri orta seviyededir. Her hangi bir iş veya meslek grubunda çalışmayan ve kronik bir hastalığı olmayan hastalar kendilerine daha fazla güvenli yaklaşım sergilemektedir. Sigara kullanan hastaların kendilerini daha fazla suçladıkları ve çaresizlik hissettikleri tespit edilmiştir. Araştırmada evli olan, serbest meslekte çalışan, emekli olan ve kronik hastalığı bulunan hastaların daha fazla boyun eğici yaklaşım gösterdikleri görülmektedir. Her hangi bir işte çalışmayan ve kronik bir hastalığı olan hastaların anksiyete, depresyon ve distres eğilimleri ve serbest meslek çalışan hastaların depresyon eğilimi daha fazladır. Araştırmada hastaların yaşları arttıkça depresyon ve distres eğiliminin, eğitim seviyeleri düştükçe depresyon eğiliminin arttığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda kendilerine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımları arttıkça anksiyete, depresyon ve distresin azaldığı görülmektedir. Hastaların anksiyete, depresyon ve distres düzeyleri yükseldikçe çaresiz, suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşımlarının da arttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, depresif/anksiyete semptomlarının önlenmesine ve tedavisine yardımcı olmak ve hastaların stresle başa çıkmalarını desteklemek için hasta-hemşire işbirliği önemsenerek, hemşireler psikoterapötik yaklaşımları öğrenerek sağlık hizmetleri ortamlarında ve hizmet içi eğitimler olarak uygulayabilir geliştirebilir ve sonuçlarını değerlendirebilirler. Buna yönelik girişimlerin sınırlı olduğu görülmekte olup, uzman hemşirelerin hastane ortamdaki hemşireleri çok yönlü olarak desteklemesi gerekmektedir. Ayrıca hastanın sosyal etkileşimi güçlendirmek için yakınlarının nasıl bir katılım gösterecekleri araştırılabilir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Enstitü Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.01.2024 tarihinde 02 sayılı karar (E-95531838-050.99-92512) ile etik izin alınmıştır.

Katılımcı Onamı: Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere bilgi verildi ve gönüllü onam formları imzalatıldı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Konsept –B.D.G., Ş.U.; Tasarım – V.G., Ş.U.; Kaynaklar – B.D.G., Ş.U.; Veri Toplanması ve/veya İşleme – V.G., Ş.U.; Analiz ve/veya Yorum – V.G., B.D.G.; Literatür Taraması – V.G., Ş.U.; Yazım – B.D.G., Ş.U.; Eleştirel İnceleme – V.G., B.D.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında 1919B012324726 proje kodu ile desteklenmiştir.

Yapay Zeka Kullanımı: Yazarlar, bu çalışma için yapay zekâ destekli uygulama kullanmadığını beyan etmiştir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of the Institute of Health Sciences at Ağrı İbrahim Çeçen University with decision number 02 (E-95531838-050.99-92512) dated January 25, 2024.

Informed Consent: All individuals included in the study were informed and signed voluntary consent forms.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept –B.D.G., Ş.U.; Design – V.G., Ş.U.; Supervision – B.D.G., V.G.; Resources – B.D.G., Ş.U.; Data Collection and/or Processing – V.G., Ş.U.; Analysis and/or Interpretation – V.G., B.D.G.; Literature Search – B.D.G., S.U.; Writing– B.D.G., Ş.U; Critical Review – B.D.G.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: This study was supported by TÜBİTAK 2209-A Research Projects Support Programme for University Students under project code No: 1919B012324726.

Use of Artificial Intelligence: The authors declared that they did not use an AI-supported application for this work.

Kaynaklar

- AlBekairy, A., AbuRuz, S., Alsabani, B., Alshehri, A., Aldebasi, T., Alkatheri, A., & Almodaimagh, H. (2017). Exploring factors associated with depression and anxiety among hospitalized patients with type 2 diabetes mellitus. *Medical Principles and Practice*, 26(6), 547-553.
- Akanlar Çoban, B., & Polat Olca, S. (2023). Lösemi hastalarının ruhsal sorunları ve stresle başa çıkma tarzları. *Journal of 5N1Quality*, 1(2), 74-87. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8244899>
- Andreescu, C., & Lee, S. (2020). Anxiety disorders in the elderly. In Y. K. Kim (Ed.), *Anxiety disorders. Advances in experimental medicine and biology*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_28
- Aslan, S., Candansayar, S., Coşar, B., & Işık, E. (2003). Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, 41, 31-38.
- Ateşçi, F. Ç., Karadağ, F., Karagöz, N., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2000). *Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı*. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı, Edirne, 748.
- Ayalew, M., Deribe, B., Duko, B., Geleta, D., Bogale, N., Gemechu, L., Gebretsadik, A., & Bedaso, A. (2022). Prevalence of depression and anxiety symptoms and their determinant factors among patients with cancer in southern Ethiopia: A cross sectional study. *BMJ Open*, 12(1), e051317.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Baltaş, A., & Baltas, Z. (1993). Stres ve başa çıkma yolları (13. basım). Remzi Kitabevi.
- Blumenfield, M., & Tiamson, M. (2003). *Consultation liaison psychiatry: A practical guide*. Lippincott.
- Buldan, Ö., & Kuzu Kurban, N. (2018). Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.
- Bunevicius, A., Peceliuniene, J., Mickuviene, N., Valius, L., & Bunevicius, R. (2007). Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depression and Anxiety*, 24, 455-460.

- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K. I., Sundstrom, L., Jobin, C. T., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2019). Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 5-21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1521490>
- Crespo, D., Gil, A., & Porras Chavarino, A. (2001). Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 29, 75-83.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., & Tekgündüz, A. İ. E. (2017). Distress, anxiety and depression in patients who have received hematologic cancer diagnosis. *Acta Oncologica Turcica*, 50(3), 207-217. <https://doi.org/10.5505/aot.2017.70298>
- Dağlar, G., & Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441. <https://doi.org/10.7197/cmj.v36i4.5000076793>
- Demirbaş, E., & Kaya, Y. (2022). Relationship between anxiety, depression levels and coping style with stress and sleep quality of patients with myocardial infarction. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3), 344-355. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1089634>
- Erşan, E. E., Kelleci, M., & Baysal, B. (2013). Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16, 214-224.
- Fattouh, N., Hallit, S., Salameh, P., Choueiry, G., Kazour, F., & Hallit, R. (2019). Prevalence and factors affecting the level of depression, anxiety, and stress in hospitalized patients with a chronic disease. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 592-599.
- Firat, M., Demir Gökmen, B., & Karakurt, P. (2022). An investigation of smoking habits and mental well-being in healthcare personnel during COVID-19. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 108-113. <https://doi.org/10.1111/ppc.12819>
- George, D., & Mallery, M. (2010). *Windows için SPSS adım adım: Basit bir kılavuz ve referans* (17.0 Güncellemesi, 10. Baskı). Pearson.
- Gerges, S., Hallit, R., & Hallit, S. (2023). Stressors in hospitalized patients and their associations with mental health outcomes: Testing perceived social support and spiritual well-being as moderators. *BMC Psychiatry*, 23, 323. <https://doi.org/10.1186/s12888023-04833-6>
- Goldstein, E., Benton, S., & Barrett, B. (2020). Health risk behaviors and resilience among low income, Black primary care patients: Qualitative findings from a trauma-informed primary care intervention study. *Family & Community Health*, 43(3), 187-199. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000260>
- Günalay, S., Taşkıran, E., Demir, B., Erdem, S., Mergen, H., & Akar, H. (2016). Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glikemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(1), 16-19.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Kaçan, H., & Bayram Değer, V. (2024). Hastanede yatan yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete ve baş etme düzeyleri ile etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 51(1), 117-127. <https://doi.org/10.5798/dicletip.145173>
- Kayahan, M., & Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.
- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 90-98.
- Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F., & Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 252-259.
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Civi, S., & Can, A. (2015). Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Turkish Journal of Cardiovascular Surgery*, 23, 524-531.
- Mehari, E. A., Rahawa Birhane Kidane, R. B., Areki, M. E., Seid, A. M., & Tewab, A. (2023). The magnitude and associated factors of anxiety and depression among non-communicable chronic disease patients during COVID-19 pandemic in a resource-limited setting. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 21, 101274
- Oflaz, F., & Varol, H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-7.
- Özalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Geyik Özdemir, P., & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(4), 304-311.
- Özer, Z. C., Şenuzun, F., & Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*, 37(8), 557-562.
- Palmer, P. K., Wehrmeyer, K., Florian, M. P., Raison, C., Idler, E., & Mascaro, J. S. (2021). The prevalence, grouping, and distribution of stressors and their association with anxiety among hospitalized patients. *PLoS One*, 16(12), e0260921.
- Polat, H., Maden, C., & Ergun, N. (2025). Investigation of depression, coping with stress, and sleep quality according to relapse status in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Medical Science*, 14(1), 196-200.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908.
- Seki Öz, H., & Öz, F. (2019). Multiple sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzları ve psikiyatrik belirtileri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10, 251-261.
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Swathi, M., Manjusha, S., Isatrin, J., Vadakkiniath, A., & Gururaj, A. (2023). Prevalence and correlates of stress, anxiety and depression inpatients with chronic diseases: Across sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 21(30), 66. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00340-2>
- Weiss Wiesel, T. R., Nelson, C. J., & Tew, W. P. (2015). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(6), 712-717. <https://doi.org/10.1002/po.3638>