

# Fiziksel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastaların Hemşirelik Bakımı (\*)

## *Nursing Care of the Patients Having Depression With Physical Disorders*

Meral Kelleci\*

İletişim / Correspondence: Meral Kelleci, Adres / Address: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu SİVAS  
E-mail: meralkelleci@yahoo.com

### ÖZ

*Depresyon genel kliniklerde hemşirelerin en sık karşılaştıkları ruhsal hastalıktır. Fiziksel hastalık depresyonun nedeni ya da ortaya çıkarıcı bir faktör olabilir. Depresyonun belirlenmemesi ya da gerekli olan yardımın yapılmaması birey, aile ve toplum olarak kaynakların gereksiz yere tüketilmesine, zaman ve enerji kaybına, hastalık sürecinin uzamasına, iyileşme yönünde motivasyonun azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açar. Oysa hemşireler çalıştıkları birimlerde gözlem yapma, iletişim teknikleri ve bilgilerini kullanarak depresif semptomları erken dönemde belirleyebilir ve bireylere gereksinimleri olan yardımı ekip iş birliği içerisinde sunabilirler.*

**Anahtar Kelimeler:** Fiziksel hastalık, Depresyon, Hemşirelik

### ABSTRACT

*Depression is the most common nurses encounter with in the general clinics. Physical disorder might be the reason or a factor leading to the depression. Not detecting depression or not providing the required support cause wasting the sources, loss of the timeenergy, prolonging the period of disorder, decreasing the motivation on the way of recovery, diminishing the quality of life as individuals, families and society. However, nurses can detect depressive symptoms in the early period by using observation, communication techniques and their knowledge in the units they work and they can also provide individuals the assistance they need by teamwork.*

**Key Words:** Physical disorder, Depression, Nursing

### GİRİŞ

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Aşkın 1999). Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması ve fiziksel hastalıklar gibi durumlar nedeniyle günümüzde yaygınlığı artmıştır (Gagnon ve Patten 2002, Ögel 1996).

Depresyon genel kliniklerde hemşirelerin en sık karşılaştıkları ruhsal hastalıktır (Cohen ve Rodgers 1997). Yapılan çalışmalar, fiziksel hastalığa ve depresyon için benimsenen tanı kriterlerine göre

değişmekle birlikte %12-60 oranında depresyon gelişebileceğini ortaya koymaktadır (Creed 1997, Özmen 1996, Özkan 1999). Kırpınar'ın (1994) yaptığı bir çalışmada psikiyatri kliniğinden istenen konsültasyonların değerlendirilmesi sonucunda, fiziksel bir hastalık nedeniyle tedavi gören hastaların %66.6'sının depresyon tanısı aldığı saptanmıştır.

Fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon, her hasta için değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle hastalık ve onun yarattığı gerçek yada potansiyel sonuçlardan bireyin psikolojik olarak etkilenmesi depresyona neden olan en önemli faktörlerden birisidir (Barry 1989, Fawcett 1993, Özkan 1999). Yatağa bağımlı olma, ağrıacı çekme, yalnızlık, beden işlev ve fonksiyonlarının değişmesi, bir organı kaybetme yada kay-

(\*) Yard.Doç.Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

betme tehlikesi gibi bir çok sorun bireyin ruhsal durumunun etkilenmesine neden olmaktadır. Bunun yanında fiziksel hastalığın yada kullanılan ilaçların beyni fizyolojik olarak etkilemesinin de depresyona neden olduğu bildirilmektedir. Örneğin; nörolojik bozukluklar (Parkinson hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, multipl skleroz, epilepsi vb.), endokrin bozukluklar (troit, paratroit bezi hastalıkları, DM), enflamatuar hastalıklar, vitamin yetmezlikleri, kardiyopulmoner hastalıklar, böbrek yetmezliği, kanser gibi durumlarda sinaptik transmisyonunda gerekli olan norepinefrin, dopamin, serotonin ve asetilkolin gibi nörotransmitter maddelerin çeşitli nedenlerle azalmasına bağlı olarak depresyon görülebilmektedir. Ayrıca, antihipertansif, sedatif, steroid ve kalp glikozitleri gibi ilaçların da nörotransmitter maddeleri etkileyerek depresyon gelişmesinde etkili olabileceği bildirilmektedir (Creed 1997, Rodin ve Voshart 1986, Özkan 1999, Özkan 2001). Bununla birlikte tedavi ekibi ile ilişkilerde yaşanan güçlükler, uygulanan tedavilerin sık değişmesi, tedaviden olumlu sonuç alınmaması gibi bir çok sorun bireyi ruhsal yönden olumsuz etkileyerek depresyon için risk oluşturabilmektedir (Cohen ve Rodgers 1997). Bu nedenlerden dolayı her türlü fiziksel hastalığın bireyde ikincil bir sorun olarak depresyona yol açabileceği belirtilmektedir (Özkan 1999, Özkan 2001). Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda fiziksel hastalığı olanların ortalama %33'ünde orta şiddette depresyon, %27'sinde major depresyon ortaya çıktığı bildirilmiştir (Boswell, Anfinson ve Nemerof 1997, Özkan 1999).

Yaşamdan zevk alma, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, geleceğe umutla bakma ve bir amaç çerçevesinde yaşamı sürdürme, insana değerli olma duygusunu yaşatan, sorunları ile baştmesini sağlayan ve üretmesine katkı veren temel öğelerdir. Umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, üzüntü, keder, karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşünceleri içeren depresyon durumunda ise yaşam anlamını yitirmiş, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanları olumsuz yönde etkilenmiştir (Arzık ve Redephan 1993).

Çalışmacılara göre ortaya çıkan depresif durum, bireyin kendine bakımının ve iyileşme yönünde motivasyonunun bozulmasına, birincil hastalığın tedavisine direnmesine, bununla bağlantılı olarak iyileşmenin gecikmesine, tedavi süresinin uzamasına ve tedavi masraflarının artmasına yol açmaktadır (Aşkın 1999, Özkan 1999). Diğer önemli bir nokta ise fiziksel hastalıkla birlikte görülen depresyonun mortalite ve morbiditeyi arttırmasıdır (Boswell ve ark.1997, Caress ve ark. 2001). Buna karşılık depresyonun tedavi edilmesi durumunda hastaların yaşam kalitelerinin arttığı ve yaşama sürelerinin uzadığı bildirilmiştir (Özkan 1999).

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı fiziksel bir hastalık nedeniyle hastaneye yatan bireylerin ruhsal yönden hastalıktan etkilenimlerinin belirlenmesi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır. Böylece riskli hastaların erken dönemde saptanması, olası depresyon belirtilerinin uygun müdahalelerle ele alınarak depresyonun bireyin yaşamı ve fiziksel hastalık üzerindeki olumsuz sonuçlarının önlenmesi mümkün olabilecektir.

### **GENEL KLİNİKLERDE YATAN VE DEPRESYONU OLAN HASTALARA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Hastane ortamında hemşireler, hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan ve bireylere gereksinimleri olan destek ve yardımları verebilecek nitelikteki profesyonellerdir. Hemşirelik bireylerin hastalık durumlarına verdikleri tepkilerin tanı ve tedavisi ile ilgilenen, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine odaklanan bir meslektir (Fortinash, Holoday-Worret 1996, Özcan 1996). Price (1990) hemşirelerin hastaların korku, umutsuzluk, çaresizlik duyguları ile yakından ilgilenen, diğer gruplardan farklı olarak sürekli yakın bir yatak başı bakım sağlayan, hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini bir bütün olarak ele alabilen profesyoneller olduklarını belirtmektedir. Roy (1984) depresyonu olan bireye yardım edebilecek kişinin onun için

önemli birisi olması gerektiğini vurgulamakta ve hastane ortamında bu sorumluluğu en etkili olarak hemşirelerin yürütebileceğini vurgulamaktadır.

Hemşirenin depresyonu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle beden-ruh etkileşimi, depresyon, depresyonu olan bireylerin hemşirelik bakımı ve iletişim gibi konularda bilgi ve becerilerini kullanması gerekmektedir (Barry 1989). Morse (1997) hemşirelerin hastalara ancak onlarla iletişime girerek yardım edebileceklerini, bu durumun depresyonu olan hastalara yaklaşımda daha da önemli olduğunu bildirmektedir. Orlando'ya (1961) göre, hastalar içinde buldukları duygu durumunu ve ne tür bir gereksinim içinde olduklarını her zaman açık bir şekilde anlatamaz, kendilerini dolaylı yollarla ifade etmeye çalışırlar. Depresyonu olan bireyler de isteksizlik, çaresizlik, değersizlik, umutsuzluk gibi olumsuz duygu ve düşünceleri nedeniyle genellikle sorunlarını ifade edemeyebilir ve farklı anlatım yolları bulabilirler. Bundan dolayı hemşirelerin hastaları ile kurdukları terapötik ilişki yolu ile onları daha iyi anlayabilmeleri, gereksinimlerini saptayabilmeleri, sorunların çözümünde yardım edebilmeleri ve yaşama umudunu geliştirmeye çalışmaları gerekmektedir (Barry 1989, Fortinash, Holoday-Worret 1996). Ancak Özcan'ın (1996) da belirttiği gibi fiziksel bir sorun nedeniyle hastaneye yatan bireylerin duygusal gereksinimleri hemşireler tarafından yeterince fark edilememekte dolayısıyla da bu gereksinimler karşılanamamaktadır.

Haytural ve Atalay'ın (1990) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin yarımından fazlasının zorunlu işler dışında hastaları ile iletişim kurmadıkları belirlenmiştir. Uzun ve Bölükbaş (1992) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve hemşirelerin yarımından fazlasının "hastalarla iletişim kuracak zamanımız yok" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Oysa başka bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu hastane ortamında kendilerini dinleyen profesyonellere ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Güler 1995). Kelleci ve Doğan (1998) tarafından genel kliniklerde yatan

hastaların depresyon durumlarını hemşirelerin saptama ve yardım etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da hemşirelerin tamamına yakınının hastaların depresyon belirtilerini fark etmedikleri belirlenmiştir.

Bu konuyla ilgili olarak Roy (1984) hemşirelerin depresyonu olan hastalarla çalışma konusunda kendilerini hazır hissetmediklerini, bu hastalarla daha çok psikiyatristlerin ve servis doktorlarının ilgilenmeleri gerektiği düşüncesinde olduklarını belirtmiştir. Oysa hemşirelikle ilgili literatürlerde hemşirelerin bireylerin umutsuzluk, çaresizlik, benlik kavramında bozulma, sosyal izolasyon, rol performansında bozulma, uyku sorunları gibi problemlere doğrudan müdahale edebilecekleri belirtilmekte ve bu sorunlar birer hemşirelik tanısı olarak ele alınmaktadır (Barry 1989, Hagert 1996, Fortinash, Holoday-Worret 1996, Rawlins ve Heacock 1988).

#### BAKIMIN PLANLANMASI

Hemşirelik sürecinin hasta bakımında kullanılması hastaya etkili ve doğru yaklaşımın sunulmasını, bakımın kalitesinin artmasını sağlar. Hemşirelik sürecinin etkili kullanılması hemşirenin hemşirelik, psikoloji, tıp gibi diğer bilimlere ait bilgileri kullanmasını gerektirir. Bilindiği gibi hemşirelik süreci altı basamaktan oluşan bir problem çözme ve karar verme sürecidir. Bu süreçte hemşire bilgi ve becerilerini kullanarak hastasına yardım eder.

Fiziksel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastaya yardım edilmesi bir ekip işidir. Bu ekipte, hemşire ile birlikte hastanın doktoru ve psikiyatrist de bulunmaktadır. Mümkünse, bu süreçte psikiyatrinin bir alt birimi olan Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi ekibi ile işbirliği içinde bulunmak gerekmektedir (Fortinash, Holoday-Worret 1996, Varcaloris 1998).

**a) Veri toplama:** Veri toplama hemşirelik sürecinin en önemli aşamalarından birisidir. Hemşire bu aşamada hastasına yardım edebilmek için onun sağlık durumunu belirlemek amacıyla çeşitli kay-

nakları kullanarak veri toplar. Hemşire bu verileri iletişim ve gözlem yolu ile elde eder. Kliniğin özelliğine ve benimsenen kuramlara uygun olarak bir veri toplama formu kullanılabilir.

Depresyon, fiziksel hastalığın çeşidine, şiddetine, sürece göre değişen yoğunlukta ve şiddette olabilir. Bu hastalara verilecek bakımda farklı olacaktır. Örneğin, kanser hastasının tepkileri ve bu hastalara verilecek bakımla, kronik böbrek yetmezliği, myokard enfarktüsü yada mastektomi yapılan hastaların bakımları farklılık gösterecektir. Bu makalede genel olarak depresyonla ilgili olan boyut ele alınmıştır.

- Sosyodemografik özellikler: Depresyon her bireyde görülebilecek bir hastalık olmasına karşın yaşlılar, kadınlar, sosyoekonomik durumu yetersiz olanlar, sosyal destekleri kısıtlı olanlar depresyon yönünden daha fazla risk taşımaktadırlar (Barry 1989, Rodhschild 1996).
- Hastanın sözel ve sözel olmayan tepkileri: Hemşire hastasının sözel ve sözel olmayan tepkilerinin farkında olmalıdır. Ağlamaklı yüz ifadesi, ilgisiz, isteksiz davranışlar, az konuşma veya konuşmama ya da çok soru sorma, yapılan uygulamalara aşırı tepki gösterme, öfkeli davranışlar, reddedici bir tutum içinde olma veya tepki göstermeme gibi davranışların mutlaka farkında olunmalıdır. Ayrıca “nasıl olsa hiç bir şey düzelmeyecek!”, “yapacağında ne olacak!” “ben bunları hak ettim!”, “ölsem de kurtulsam!”, “benim için uğraşmayın!” şeklindeki ifadeler mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu duygu, düşünce ve davranışlar çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik gibi belirtilerin bir ifadesidir. Ayrıca negatif tutumlar sergileme, bireyin içinde yaşadığı çatışmaları çözümleyememesi veya benlik saygısının azalması nedeniyle kullandığı savunma düzenekleri olabilir. Hemşire bu davranışlar altında başka sorunların olduğunu bilmeli, hastasını kabullenmeli ve anlamaya çalışmalıdır (Rawlins ve Heacock 1998, Terakye 1995).
- Kişilerarası ilişkilerin niteliği ve niceliği: Konuşmama, yalnızca soru sorulduğunda tepki verme, sürekli aynı sözleri tekrarlama, zamanın ço-

ğunu duvara yada pencereye bakarak geçirme gibi davranışlar bireyin içe döndüğünü, zihninin sürekli düşüncelerle meşgul olduğunu ve baş etmede güçlük yaşadığını gösterir (Barry 1989).

- Fiziksel hastalığın şiddeti, süresi ve bireyin kullandığı ilaçlar: Hemşire fiziksel hastalığın şiddeti, süresi ve bireyin kullandığı ilaçlar konusunda bilgi edinmelidir. Bu yolla olası bir sorunu saptayabilir ve daha dikkatli olabilir. Ayrıca birey depresyona yol açabilecek antihipertansif, steroid gibi ilaçlar kullanıyorsa bu konuda da dikkatli olunmalıdır (Fortinash, Holoday-Worret 1996, Özkan 1999).
- Bireyin hastalığı algılama ve değerlendirme biçimi: Hemşire bireyin hastalığı algılama ve değerlendirme biçimini araştırmalıdır. Çünkü depresyon bireyin içinde bulunduğu durumu olumsuz algılama ve değerlendirme biçimine bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır (Fortinash, Holoday Worret 1996).
- Bireyin sorunlarla baş etme gücü, sorun çözme yöntemleri ve destek kaynaklarının niteliği: bireyin sorun çözme biçimi, sorunlarla baş etme yöntemleri ve destek kaynaklarının özellikleri depresyonla baş etmesinde önemli faktörlerdir (Rothschild 1996).
- Depresyon belirtileri: Hemşire depresif duygular, ilgi azalması-isteksizlik, ümitsizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, değersizlik düşünceleri, suçluluk duyguları, anksiyete, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, uyku bozukluğu, iştahsızlık gibi belirtilerin varlığını araştırmalıdır. Ancak iştahsızlık, kilo kaybı, uyku bozukluğu gibi belirtiler fiziksel hastalık nedeniyle olabilir. Bu nedenle daha fazla depresyonun duygusal ve bilişsel belirtileri araştırılmalıdır (Özkan 1999).
- Premorbid dönem: Hemşire bireyin hastalanmadan önceki davranış biçimi, iletişim özellikleri, kişilik özellikleri konusunda bilgi edinmelidir. Bu veriler bireyin şu anda ki durumunun daha da açıklık kazanmasına yardım edecektir (Barry 1989).

**b) Hemşirelik Tanıları:** elde edilen veriler analiz edildikten sonra uygun olan tanılar belirlenir. Tanılar PES formatına (Problem/gereksinim, Etiyoloji, Semptom/belirti yada risk faktörleri) uygun olarak ifade edilir. Tanıları PES formatı ile ifade etme bilimsel bir yöntemle hastaya yardım etmeyi sağlar (Fortinash, Holoday-Worret 1996).

Depresyonu olan hastaya uygulanacak bakımda yer alabilecek hemşirelik tanıları şunları içerir:

- Kendine yönelik şiddet potansiyeli (İntihar potansiyeli)
- Beslenmede bozulma
- Öz bakım yetersizliği
- Uyku alışkanlığında bozulma
- Umutsuzluk
- Güçsüzlük
- Benlik kavramında bozulma
- Sosyal etkileşimin bozulması
- Sözel etkileşimin bozulması
- Etkisiz bireysel baş etme
- Rol performansında değişim

Bu tanılar bireyin kişisel özelliklerine, yaşadığı sorunu algılama biçimine, baş etme gücüne, destek kaynaklarının niteliğine, olaylara verdiği tepkilere, fiziksel hastalığın tanısı, şiddeti ve süresine göre değişebilir.

**c) Amaçların belirlenmesi:** Hemşire belirlenen tanıya uygun olarak kısa ve uzun vadeli amaç belirlemeli, mümkünse amaçlar hasta ile birlikte tartışılmalıdır.

**d) Planlama ve uygulama:**

• Hemşire hastasının güvenliğini sağlamalıdır. Depresyonu olan hastalarda intihar, bir düşünce yada eylem olarak her an ortaya çıkabilir. Hasta ile iletişim içinde olmak, onu anlamaya çalışmak, dinlemek, duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak onu bir çeşit psikolojik korumaya alacaktır. Psikolojik korumanın yanı sıra fizik-

sel korumada dikkate alınmalı ve hastanın çevresi ona zarar verecek materyallerden arındırılmalıdır (Cohen ve Rodgers 1997, Varcaloris 1998). Hasta yakından gözlenmelidir.

• Hemşire bakım verdiği hastasının duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için ortam sağlamalı, terapötik iletişim becerilerini kullanarak onu anladığını ve değer verdiğini göstermelidir. İlg göstermek, saygılı davranmak, empati yapmak, aktif dinlemek gibi yaklaşımlar hastada kendisine değer verildiği ve önemsendiği duygularını uyandıracaktır (Barry 1989, Hagert 1996, Özcan 1996).

• Hastanın öz bakımının karşılanması yada yardım edilmesi, kendini değerli görmesine ve benlik saygısının yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Hemşire bu aktiviteyi yerine getirirken sözel ve sözel olmayan davranışların uyumlu olmasına dikkat etmelidir (Fortinash, Holoday-Worret 1996).

• Depresyonu olan bireylerin önemli gereksinimlerinden birisi de baş etme güçlerini arttırılmasıdır. Hemşire hastasını bireysel güçlerini ön plana çıkartması için cesaretlendirmelidir. Depresyondaki hastalar genellikle kendilerini desteksiz ve yardımsız görürler. Kimsenin kendilerine yardım edemeyeceğini düşünürler. Hastanın destek kaynaklarının farkına varması, yaşamındaki olumlu yönleri görmesine dolayısıyla da baş etme gücünün artmasına yardım edecektir. Hastanın yaşadığı sorunlarla ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, hastanın sorunu üzerinde düşünmesinin sağlanması, sorun çözme biçiminin farkına varmasına yardım edilmesi, çözüm yollarını üretmesinde desteklenmesi ve bir çözümü seçerek uygulamaya koyması konusunda yapılan yardımlar baş etme gücünün artmasını sağlayacaktır. Ayrıca depresyonu olan bireyler tüm olayların olumsuz yönlerini düşünmekte, her şeyi değersiz, anlamsız ve boş olarak görmektedirler. Bu bireylere olumlu düşünme ve sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesi yararlı bir aktivite olarak değerlendirilmektedir (Hagert 1996).

• Umudun sürdürülmesi ve desteklenmesi depres-

yonu olan bireylerin önemli gereksinimleri arasındadır. Hemşire hastasının umutsuzluk duygularını sözcüklerle ifade etmesine yardım etmelidir. Aynı zamanda olumlu düşünce geliştirme ve gelecekle ilgili plan yapmasını desteklemelidir (Barry 1989).

- Hemşire hastasıyla gün boyu belirli zamanlarda birlikte olmaya özen göstermelidir. Bu uygulama hastaya önemli bir birey olduğunu hissettirecektir. Hastanın yakınları ile görüşmesi yada haberleşmesi sağlanmalı ve yakınlarına hastanın onların desteğine ihtiyacı olduğu iletilmelidir (Fawcett, Holoday Worret 1996).

- Depresyonu olan bireyin bakımında önemli olan diğer bir nokta ise güçsüzlük problemidir. Depresyonu olan bireyler kendilerini, yorgun, bitkin ve güçsüz hissederler. Hemşire bu durumun hastanın fiziksel hastalığı ile ilişkisine bakmalı ve hastanın yapabileceği aktiviteleri bağımsız olarak yapması konusunda cesaretlendirmelidir. Hastanın önceki ile şu andaki durumu arasındaki farklılıkları görmesine ve yaşamında başarılı olduğu durumları hatırlamasına yardım etmelidir. Böylece hastanın tekrar kontrolü ele alması sağlanabilir (Barry 1989, Hagert 1996).

- Hemşire bakım süreci boyunca aile ile işbirliği içinde olmalı ve gereksinimleri olan bilgi, destek ve yardımları vermelidir. Aynı zamanda ailenin hasta yararına bakıma katılması onun kendini güvende hissetmesi açısından yararlı bir etkinliktir (Fawcett 1993).

- Tedavi süreci boyunca hastada meydana gelen değişimlerin farkında olunmalı ve geri bildirim verilmelidir. Bu aktivite umudun gelişmesi açısından yarar sağlar (Özcan 1996, Terakye 1995).

- Hastaya durumu ile ilgili bilgi verilmeli, endişeleri paylaşılmalıdır. Çünkü bilinmezlik anksiyete ve umutsuzluğa yol açar (Özcan 1996, Terakye 1995).

- Hastanın uyku problemi, ağrı, iştahsızlık gibi sorunları ele alınmalı ve rahatlatılmaya çalışılmalıdır (Fortinash-Holoday-Worret 1996).

- Hastanın durumu ile ilgili gelişimler ekip üyeleri ile paylaşılmalı ve tartışılmalıdır. Gerekirse yeni düzenlemeler yapılabilir.

- Hasta ile fiziksel hastalığı konusundaki bilgileri, duygu ve düşünceleri konuşulmalıdır. Burada önemli olan bireyin hastalığına ve yaşama karşı tutumlarının ortaya çıkartılması ve fark etmesinin sağlanmasıdır. Bu durum hastanın iyileşme yönünde motivasyonunun artmasına yol açacaktır.

- Destek gruplarının oluşturulması da önemli bir aktivitedir. Örneğin; mastektomi yapılacak hastalar, diyabetik ayağı olan hastalar vb.

- Önerilen antidepresan ilaçları düzenli bir şekilde alması sağlanmalı ve yan etkileri gözlenmelidir. İlaç kullanma konusundaki duygu ve düşünceleri konuşulmalı ve ilaç yönetimi konusunda bilgilendirilmelidir (Barry 1989, Fortinash-Holoday-Worret 1996).

**Sonuç olarak;** Depresyon önemli bir sağlık sorunudur. Fiziksel hastalık depresyonun nedeni yada ortaya çıkarıcı bir faktör olabilir. Depresyonun belirlenmemesi yada gerekli olan yardımın yapılmaması birey, aile ve toplum olarak kaynakların gereksiz yere tüketilmesine, zaman ve enerji kaybına, hastalık sürecinin uzamasına, iyileşme yönünde motivasyonun azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açacaktır. Oysa hemşireler çalıştıkları birimlerde gözlem yapma, iletişim teknikleri ve bilgilerini kullanarak depresif semptomları erken dönemde belirleyebilir ve bireylere gereksinimleri olan yardımı ekip iş birliği içerisinde sunabilirler

## **KAYNAKLAR**

Arzık AC, Rodogman A. (1993) Tıbbi Hastalıklarla Birlikte Görülen Depresyon ve Tedavi Yaklaşımları. Depresyon Monografileri Serisi 10. Hekimler yayın Birliği. Ankara:459-476.

Aşkın A (1999) Depresyon El Kitabı. Roche Müstahzarları A.Ş. İstanbul.

Barry PD (1989) Psychosocial Nursing Assessment and Intervention Care of the Physically III. Person. Second Edition. Lippincott Company. London.

Boswell EB, Anfinson TJ, Nemeroff CB.(1997) Depression Associated with Endocrine Disorder. Depression and Physical

- Illness. Ed: MM. Robertson, CLE. Katona. John Wiley & Sons, Toronto: 258-259.
- Caress AL, Luer KA, Owens GA. (2001) A Descriptive Study of Meaning of Illness in Chronic Renal Disease. *Journal of Advanced Nursing*. 32(6):716-727.
- Cohen S., Rodgers J.(1997) Helping Depressed Patients in General Nursing Practice. *American Journal of Nursing* 97(6):1007-1041.
- Creed F (1997) Assessing Depression in the Context of Physical Illness. *Depression and Physical Illness*. Ed: M.M. Robertson, C.L.E. Katona. John Wiley & Sons, Toronto: 5
- Fawcett CS(1993) *Family Nursing Psychiatry*. Mosby Company. Boston:313-327.
- Fortinash KM, Holoday-Worret PA. (1996) *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby Company, London; 266-282.
- Gagnon LM, Patten SB (2002) Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*; 47: 149-152.
- Güler H (1995) *Histerektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Baş etmede Hemşirelik Müdahalesinin Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.
- Hagert B (1996) *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby Company. London:251-284.
- Haytural H, Atalay M. (1990) Hemşirelerin Bağımlı Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. İzmir:568-577.
- Kelleci M, Doğan S. (2001) Fiziksel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. Cilt 2, Sayı 3.
- Kırpınar İ. (1994). Ağrı ve Depresyon. *Depresyon II*. Anadolu Psikiyatri Günleri. İnkılap Matbaacılık. Trabzon:231-242.
- Morse J (1997) Patient Communication in a Long Term Care Facility. *Journal of Psychosocial Nursing*. 35(5):34-39.
- Ögel K. (1996) Depresyonla İlgili Gerçekler ve Rakamlar. *Aktüel Literatür Dergisi*. 3(35):15
- Özcan A (1996) *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. Saray Medikal Yayıncılık. İzmir.
- Özmen E (1996) Depresyon:Genel Bir Gözden Geçirme (I). *Depresyon Dergisi I(I):3-13*.
- Özkan M. (1999) Genel Tıpta Depresyon. *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. Düz: Sedat Özkan. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi. İstanbul:109-117.
- Özkan S. (2001) Genel tıpta depresyon. *Hipokrat Dergisi* 10:79-83
- Price B (1990) *Body İmage*. Nursing Concept and care. Prentice-Hall İnc. London.
- Rawlins RP, Heacock PE (1988) *Clinical Manuel of Psychiatric Nursing*. Mosby Company. Toronto.
- Rodin G, Voshart K. (1986) Depression in the Medically İll: An Overview. *American Journal Psychiatry* 143(6):696-704.
- Rothschild J (1996) Patient Care. *American Journal of Nursing* 96(3):22-24.
- Roy SC (1984) *Introduction to Nursing an Adaptation Model* Prentice-Hall İnc. New Jersey
- Uzun Ö, Bölükbaş N (1992) Cerrahi Kliniklerde hemşirelerin Uyguladıkları Hasta Bakımının Değerlendirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık. Sivas:184-190.
- Varcaloris EM. (1998) *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. W.B.Saunders Company, London; 545-593.
- Terakye G.(1995) *Hasta-Hemşire İlişkileri*. 4. Basım. Aydoğdu Ofset. Ankara:53.