

**KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOSOSYAL SORUNLAR VE BAKIM**

PSYCHOSOCIAL PROBLEMS AND CARE OF CHRONIC DISEASES

Geliş Tarihi:14.12.2012, Kabul Tarihi:11.03.2013

Ülkü ÖZDEMİR\*  
Sultan TAŞCI\*\*

**ÖZET**

Kronik hastalıklar tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır. Psikososyal bakımda hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek, uyumsuzlukları önlemek ve hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır. Bu makalenin amacı; kronik hastalığı olan bireylerde görülen psikososyal sorunları ve psiko sosyal bakım sürecinde hemşirenin rolünü ele almaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Hastalıklar, Psiko- sosyal Sorunlar, Hemşirelik, Uyum

**ABSTRACT**

Chronic illness are conditions not cured by medical intervention and requiring periodic monitoring and supportive care to reduce the degree of illness and to maximize the person' s functioning and responsibility for self- care. Psychosocial problems may occur with chronic illness patients such as anger, helplessness, constant crying, despair, anxiety, social withdrawal, loss of role of family and work life, reduced self-confident, fear of death, fear of becoming dependent, body image changes and life-style distortion, depressed image and social isolation. For this reason, management of chronic conditions includes the management psychological and social issues as well as physiological issues management. The role of the nurse for psychosocial care to help to adapt to changes in lifestyle, to prevent incompatibilities and to increase the compliance to the disease of patients and their families by developing their coping skills. The purpose of this article is to deal with psychosocial problems, seen in persons with chronic diseases and the role of the nurse in the process of psychosocial care.

**Key Words:** Chronic Illnesses, Psycho-social Problems, Nursing, Compliance

\*Ülkü Özdemir, Öğr. Gör.  
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Talas/KAYSERİ

\*\*Sultan Taşcı, Doç. Dr.  
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Talas/KAYSERİ

## GİRİŞ

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır (Gorman, Sultan et al. 1996; WHO 2012).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıklar günden güne artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin sebebini en çok bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar oluşturmaktadır. 2008 yılında 36 milyondan daha fazla insan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan ölmüştür. Bu oran 2008' de meydana gelen 57 milyon ölümün % 63' ünü oluşturmaktadır. Bu hastalıklar başlıca; kardiyovasküler hastalıklar (% 48), kanserler (% 21), kronik solunum hastalıkları (% 12) ve diyabet (% 3)' tir. Kronik hastalıklardan ölümlerin 9 milyondan daha fazlası 60 yaşından önce meydana gelmekte ve büyük oranda önlenbilir nedenlere bağlıdır. Kronik hastalıklardan erken ölümler erkekler arasında % 22 iken kadınlarda % 35'tir (World Health Organization, September 2011). 2010 ile 2020 yılları arasında kronik hastalıklardan ölümlerin % 15 (yaklaşık 44 milyon ölüm) artacağı belirtilmektedir (World Health Organization, April 2011). 2020 yılında dünyada tüm ölümlerin % 75' inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir (Pınar 2010; İncirkuş ve Nahcivan 2011).

Ülkemizin nüfus yapısı halen genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelerdekine benzemektedir. Ülkemizde son yıllarda ana-

çocuk sağlığı, aşılama ve bulaşıcı hastalıklar alanında önemli başarılar meydana gelmesine rağmen, ölüm sebepleri bakımından gelişmiş toplumlardakine benzer biçimde kronik hastalıklar öne çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). DSÖ' nün 2011 yılında yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıklar ülke profillerinde açıklandığı üzere 2008 yılında ülkemizde tüm ölümlerin % 85' ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (% 49), kanser (% 18), solunum hastalıkları (% 9), diyabet (% 2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (% 7) dir. 2008' de ülkemizde 60 yaş altında tüm kronik hastalıklardan ölümün erkeklerde % 30. 8, kadınlarda % 22. 9 olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, September 2011).

Kronik hastalıklar sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kişileri hızla fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Kronik hastalıklar düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde daha ağır bir yük oluşturmakta ve ölümlerin % 80' ini oluşturmaktadır (Erkoç ve Yardım 2011; World Health Organization, April 2011). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve üretim kaybı meydana getirmektedir. Bu kayıp doğrudan sağlık maliyetinden dört kat daha yüksektir (Erkoç ve Yardım 2011).

Kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, beraberinde getirdiği bir takım faktörler (tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı vs.) stresör kaynağı

olabilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010). Beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma ve rol değişiklikleri söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (Akdemir ve Birol 2005; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

## **KRONİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL SORUNLAR**

Yapılan çalışmalarda (Kömürçüoğlu, Balcıoğlu ve ark. 2000; Sukan 2005; Yeşilbalkan, Akyol ve ark. 2005; Akın ve Durna 2006; Bahar, Sertbaş ve ark. 2006; Çam ve Saka 2006; Blumenthal, Babyak et al. 2012; Gallagher, O'Regan et al. 2012) diyabet, kanser, kalp damar hastalıkları, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikososyal sorunlar görülmektedir. Psikososyal sorun görülme bakımından nörolojik bozukluklarda, kalp hastalıklarında, kronik akciğer hastalıklarında, kanserde, sakatlıklar ve artritlerde risk daha yüksektir (Mete 2008).

Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır (Akdemir, Bostanoğlu ve ark. 2011). Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte ortaya çıkabilmektedir (Roelofs K, Spinhoven et al. 2005).

### **Endokrin Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar**

Beyin fizyolojisini değiştiren hastalıklar davranış, duygulanım ve düşünceleri bozabilmektedir. Birçok endokrin hastalıkta

beyin işlevleri etkilenmektedir. Bu etkinin şiddeti ve süresi arttığında, organik ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Endokrin hastalıklarda en sık gelişen psikiyatrik bozukluklar; deliryum, anksiyete bozukluğu, kişilik değişiklikleri, depresyon, şizofreni benzeri duygular ve demanstır (Özkan 1993). Depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar daha fazla görülmektedir (Mete 2008). Yapılan bir çalışmada ise diyabet ve obez olanlarda depresyon skoru her iki grupta da yüksek değerde bulunmuştur (Tav, Özenli ve ark. 2010).

Okanovich ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında diyabetlilerde depresif bozukluk oranı % 33 olarak saptanırken, ülkemizde yapılan bir çalışma sonucuna göre bir diyabet merkezine başvuran hastaların % 30. 8' inde anksiyete, % 51. 1' inde ise depresyon saptanmıştır (Bahar, Sertbaş ve ark.. 2006).

Diyabetes mellitus (DM)' li bireylerde gelişen depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Kohen, Burgens et al. 1998). Başka bir çalışmada ise, diyabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğu, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, diyabetik komplikasyon varlığı, insülin kullanımı, düzenli olmayan metabolik değerlerin hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği, depresif semptomları artırdığı ve major depresyona eğilimi artırdığı saptanmıştır (Güven 2007).

Karataş' ın (2009) tip II DM ve demans ilişkisini incelediği çalışmasında, tip II DM' li bireylerin, hasta olmayanlara göre ve insülin direnci yüksek düzeyde olanların, düşük düzeyde olanlara göre demans göstergesi olarak kullanılan Mini Mental Test Skoru değerlerinin anlamlı olarak düşük olduğu

belirtilmektedir. Buna göre diyabetli ve insülin direnci yüksek olan bireylerin bilişsel yeteneklerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

### **Bağ Dokusu Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar**

Bağ dokusu hastalıklarında merkezi sinir sisteminin (MSS) tutulması, MSS’ de vaskülit gelişimi, başta steroid olmak üzere tedavide kullanılan ilaçların (salisilat, indometazin, non steroid antiinflamatuvar gibi) nöropsikiyatrik yan etkilerinin olması, bu hastalıkların böbrek- karaciğer yetmezliklerine yol açması ve kronik hastalığın getirdiği sınırlılıklar, psikososyal sorunlara, uyum güçlüğünden major depresyon gelişimine ulaşabilen (Özkan 1993).

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE)’de fiziksel işlevlerin azalması, yorgunluk, cinsel işlevlerde bozulma, kendi kendine yeterliliğin azalması, bağımlılık, ölüm korkusu, güneşten sakınma zorunluluğu, hastalık ve tedavi yöntemlerinin etkilerine tepki olarak depresif duygu durumu ile uyum güçlükleri gelişebilir (Özkan 1993).

Romatoid artritli bireylerde fiziksel işlevlerde bozulma ve hareketlerde azalma vücut bütünlüğünde bozulma duygusu, özürülük endişesi ve yas tepkisine yol açar. Hastalığın ilerlediği dönemde uyumsuzluk, kaygı, düşmanca duygular ve öfke görülmektedir (Özkan 1993). Romatoid artritli bireylerde anksiyete ve depresyon gelişmesine neden olan durumlar; hastalığın geriye dönüşsüz, kronik, ilerleyici, ciddi deformite ve sakatlıklar oluşturması ile bireylerin baş etmede yaşadıkları güçlükler, bağımsızlıklarının kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, iş kaybı, aile içi rollerde değişiklikler, ekonomik

ve sosyal sorunlardır (Bourguignan, Labyak et al. 2003).

### **Kalp Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar**

Kalp hastalıklarında kaygı bozukluğu, depresyon, deliryum, somatizasyon bozukluğu, psikoseksüel bozukluklar görülmektedir (Özkan 1993). Depresyon kardiyak hastalığı olan bireylerde oldukça sık görülen bir durumdur (Blumenthal, Babyak et al. 2012; Ha ve Wong 2011).

Kalp hastalıklarından özellikle akut miyokard infarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en sık geliştiği hastalıktır. MI’ da akut dönemde ciddi emosyonel zorlanma vardır. Bunun temel nedeni ölüm korkusudur. İkinci neden ise, sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. Hastalar en fazla kısıtlamaları ve ne yapamayacaklarını düşünerek kayıp duygusu yaşamakta ve bu durum depresyon gelişimine yol açmaktadır. MI sonrası görülen depresif semptomların klinik depresyondan daha çok kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin habercisi olduğu belirtilmektedir (Özkan 1993; Zuidersma, Conradi et al. 2012).

Yapılan bir çalışmada ise depresyonun koroner arter by- pass grefti (CABG) sonrası ölümün bağımsız bir habercisi olduğu belirtilmektedir (Blumenthal, Lett et al. 2003).

### **Solunum Sistemi Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar**

Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, kaygı ve korkuya neden olmaktadır. En yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygı hiperventilasyona yol açar; hasta dispne yaşadığı zamandan daha

çok endişe duyar ve korku gelişir. Solunum sistemi hastalıklarında uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon, kişilik değişiklikleri görülür. Aynı zamanda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan bronkodilatör, semptomimetik ve dekonjestanlar da kaygı, depresyon ve psikotik semptomu yol açmaktadır (Özkan 1993).

Kömürcüoğlu ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin 1/ 3'üne depresyon tanısı konulduğu, yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bunun nedeni, başka bir çalışmada KOAH' lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme gücü gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltması olarak gösterilmiştir (Korkmaz ve Tel 2010).

### **Nörolojik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar**

MSS tümörleri, travma, konvülsiyon, enfeksiyon gibi nörolojik sistem hastalıklarına bağlı gelişen psikiyatrik bozukluklar, genel emosyonel ve kognitif belirtilere, tutulan MSS bölgesine özgü davranış bozukluklarına neden olur. Frontal lob bölgesi etkilendiğinde kişilik değişikliği, irritabilite, öfori, apati, sosyal ve bilişsel kayıp, uygunsuz davranışlar, motivasyonel bozukluklar, amnestik davranışlar ortaya çıkmaktadır. Temporal bölge lezyonlarında kişilik değişikliği, sosyal ve bilişsel kayıp, uygunsuz davranışlar, motivasyonel bozukluklar, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, agresif psikotik davranış görülmektedir. Parietal bölge tümörlerinde vücut imajı bozuklukları ve disfazi görülürken, oksipital bölge lezyonlarında ise

görsel halüsinasyonlar görülebilmektedir. Limbik sistem tutulması ile emosyonel değişiklik, şiddetli duygusal tepkiler, depresyon, öfke yaşanabilmektedir (Özkan 1993; Balkan 2005; Kulaksızoğlu 2009; Karaman 2012).

Parkinsonda en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Depresyon gelişimine etki eden faktörler fiziksel özürülük ve hastalığın neden olduğu psikososyal güçlükler ve beyin biyokimyasındaki değişikliklerdir. Bunun yanı sıra antiparkinson ilaçlar, psikoze alevlendirme riski taşımakta, antipsikotikler de parkinson gelişmesine ve şiddetlenmesine yol açabilmektedir (Özkan 1993).

Özkul' un (2011) çalışmasında, parkinsonlu bireylerde kognitif yetmezliği olanların daha yaşlı ve daha yüksek depresyon skoruna sahip olduğu belirtilmektedir.

Multipl sklerozda (MS); organik ruhsal bozukluklar (bilişsel ve entelektüel yıkım), öfori, depresyon, kişilik- mizaç değişiklikleri, somatizasyon ve regresyon görülmektedir (Özkan 1993). Hastalığın oluşturduğu artmış fiziksel yeti yitimiyle gelişen fonksiyon kaybı ve hastalık semptomlarının ilerlemesi ve alevlenmesi MS' li bireylerde duygusal stresi artırmaya katkı sağlamaktadır (Devins ve Seland 1987).

Epilepside kişilik değişiklikleri en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. En belirgin özellikler artmış dinsel uğraş, viskozite ve cinsel davranış değişikliğidir. Ayrıca yoğun ve labil duygulanım ile huzursuz davranışlar da izlenebilmektedir. Epilepsili bireylerin yaklaşık olarak % 17' sinde belirgin sosyal problemler, % 50' sinde ciddi mesleki problemler görüldüğü belirtilmektedir (Yapıcı, Güvenç ve ark. 2003).

### **Kanserde Psikososyal Sorunlar**

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler (Yıldırım ve Gürkan 2010). Kanserli bireylerde uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromları (deliryum, demans) ve kişilik bozuklukları görülmektedir. Depresyon ve organik beyin sendromları en sık görülen bozukluklardır (Özkan 1993; Bostancı 2007; Küçükkaya 2007; Yıldırım ve Gürkan 2010).

Yeşilbalkan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında kemoterapi alan hastaların en sık kızgınlık ve gelecek hakkında ümitsizlik yaşadıkları belirtilmektedir. İleri yaştaki hastaların genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıkları, ilerleyen yaş ile birlikte bireylerin hem psikolojik hem de sosyal destek gereksinimlerinin arttığı bildirilmektedir.

### **Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar**

Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlardır (Özkan 1993). Bir çalışma sonucuna göre depresyon, diyalizden ayrılmanın işaretçisidir (McDade-Montez, Christensen et al. 2006).

Karabulutlu ve Okanlı' nın çalışmasında (2011) hemodiyaliz hastalarının en fazla güç kaybı ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirtilmektedir. Yetişkin'in (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan grupta kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiştir.

KBY grubunda yeti yitiminin yüksek olduğu, eğitimsiz ve ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir.

Mutlu' nun (2007) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında, hastaların eğitim seviyesi ve aylık ortalama gelirleri arttıkça benlik saygısının yükseldiği, yeşil kartlı hastaların en düşük benlik saygısına sahip olduğu, empatik ve maddi sosyal destek alan hastaların benlik saygılarının almayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastalığın hasta bireylerin yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azalmasına, diğer insanlara karşı beklentilerinin artmasına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ve yaşadıkları çevreyi değiştirmelerine sebep olduğu belirtilmektedir.

### **Organ Nakli Olan/ Olacak Hastalarda Psikososyal Sorunlar**

Transplantasyon öncesi, sırası ve sonrasında psikososyal sorunlar olabilmektedir. Uygun bir organ almayı ümit eden hastalar birçok kaynaktan (internet, destek grupları, organ nakli olan bireyler) tıbbi bilgilerini artırmaya çalışmaktadırlar. Bu bilgilendirme sonucunda organ bulunamama, bağışın kesin olmaması ve naklin tedavi sağlamayabileceğinin bilinmesi anksiyete yaşanmasına yol açmaktadır. Bu genel belirsizlik nakil öncesinde bireylerde psikososyal sorun gelişimine neden olmaktadır (National Register of Health Service Providers in Psychology Continuing Education 2012). Birçok hastada duygusal ve ruhsal güçlükler, yabancılaşma ve kimlik sorunları görülebilmektedir (Özkan 1993; National Register of Health Service Providers in Psychology Continuing Education 2012).

Hastaların çoğu yeni organın beyinlerini, duygularını, kişiliklerini nasıl etkileyeceğini merak ederler. Örneğin, bir kadının organını alan bir erkek hasta “kadınlaşır mıyım” endişesini taşıyabilir. Kişilerde beden imajına, kimliğe ve özlük duygusuna ilişkin sorunlar da gündeme gelebilmektedir (Özkan 1993).

Nakil sürecinin başlangıç evresinde stres; alıcının fiziksel yeteneğinde değişimle ilgili aile rolünde değişim, gelecek endişesi ve korku, rahatlık, bağımsızlık, otonomi ve mahremiyetin kaybı, arkadaş ve iş çevresiyle ilgili ilişkilerde zorlanmada artma gibi temel psikososyal sorunlara sebep olur. Bu sorunlara nakil süreci boyunca sağlık uygulamalarında ve nakil sonrası sağlık durumunda yetersizlikle ilgili olarak anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlar eşlik edebilir (Özkan 1993; National Register of Health Service Providers in Psychology Continuing Education 2012).

Hastane sürecinde anksiyete bozuklukları, bilişsel yetersizlik, depresyon, posttravmatik stres bozuklukları ortaya çıkabilir. Ayrıca nakil hastalarında intihar, kronik organik beyin sendromu, delirium, kızgınlık, inkar gibi psikososyal rehabilitasyon sorunları görülebilmektedir (Özkan 1993; Mutlu 2007; National Register of Health Service Providers in Psychology Continuing Education 2012).

Nakil sonrasındaki işlemler, yeni bir yaşam şekline uyum sağlama ile ilgili psikososyal durumlar taburculukta anksiyeteye neden olur. Uyum korkusu, aile ve iş rolünü yeniden düzenleme sürecinde aile ve toplumdaki yabancılaşma, artmış fiziksel ve fonksiyonel yetersizlik nakil sonrası görülebilen psikososyal sorunlardır (Özkan 1993; Mutlu 2007; National Register of Health Service

Providers in Psychology Continuing Education 2012).

### **AIDS Olan Hastalarda Psikososyal Sorunlar**

AIDS’de hastalığın niteliği, anlamı, çağrışımları, bulaşıcı özelliği ve ölümcül oluşu, korku, inkâr, suçluluk, çaresizlik, terk edilme, suçlanma, görünüm ve vücut işlevlerinde bozulma durumu kendine saygıda zedelenmeye, belirsizlik ve ölüm düşüncelerine, kayıp ve elem tepkisine yol açmaktadır (Özkan 1993).

### **Cilt Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar**

Özellikle yüz ve eller gibi görünür bölgelerde bulunan deri lezyonları kişilerde utanma, düşük benlik saygısı, özgüven kaybı ve sosyal çekingenlik yaratarak diğer insanlarla olan ilişkileri ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Demirbağı ve Güngörmüş 2012).

Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarıyla yapılan bir çalışmada, her iki grupta da kontrol grubuna göre daha fazla sayıda ve şiddette stres yaşama, daha fazla somatik duyum algılama, daha düşük kendilik saygısı ve daha fazla cinsel sorunların olduğu saptanmıştır (Sukan 2005).

*Kronik hastalıkların her evresinde hem tıbbi hem de psikososyal boyutta farklı problemler ortaya çıkabilmektedir.*

### **KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOSOSYAL UYUM SÜRECİ**

Hastalık kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara kadar

değişebilir. Uyum çabaları bazen hastaların hastalıkla baş etmede çok işine yaramayan bir şekilde sonuçlanabilir (Metz 2008).

### **Psikolojik Uyum**

Psikolojik uyum hastanın yaşamında elde ettiği kazançlar, kayıplar, mücadelelerle ilişkili biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Psikolojik uyum teşhis ve tedavi için hastaneye yatma, hastalığın kötüleşmesi, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere bağlıdır. Hasta için çok stresli olan bu süreçte özellikle hastalık kötüleştikçe, depresyon görülebilir. Hasta ve ailesi rollerini, beklentilerini ve yaşam hedeflerini yeniden tanımlamak durumunda kalır (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Kronik hastalığı olan bireyde duyu kaybı, önsezi ve kontrol kaybı, mortalitenin artması, önemli rollerin ve arkadaşlığın kaybı, seksüel yetenek kaybı, geleceğin belirsizliği, yaşamın anlam ve amacının kaybı, prosedürlerden korkma, ölümden korkma gibi kaygı ve korkular görülmektedir (Cimili 2001; Karadakovan ve Eti Aslan 2010). Diğer taraftan geleceğe yönelik plan ve hedeflerde, roller, arkadaşlık ilişkisi, günlük rutinler, sağlığın sürdürülmesi, aktivite ve uyku ile fiziksel görünüşteki değişimin yanı sıra mali kaynaklarda azalma ve mutlu edici davranışların kaybı gibi kişisel değişim olayları da görülmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Bireyin önceki yaşam deneyimleri, ilgileri, hafızası, öğrenme kapasitesi, davranış değişikliği, diğer kişilerle ilişkileri ve problem çözme davranışı uyum sağlamasına yardım eden kişisel kaynaklardır. Uyumun sağlanmasında en önemli nokta, bireyin

hastalık süresince fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerini tanınması ve uyumda etkili olan yöntemleri belirlemesidir. İnkâr, ümit, güven, güçlük ve kontrol duygusunu içeren psikolojik faktörlerin, pozitif uyum davranışları olduğu belirtilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

### **Sosyal Uyum**

Kronik hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, aile, iş ve eğlence gibi özellikleri sosyal rollerini etkiler. Sosyal uyumun etkilendiği faktörler ise fiziksel görünüş, iletişim yeteneği, fizik çevre, insan, para ve toplumsal hizmetler gibi sosyal kaynaklar, bireysel ve toplumsal inanç, değer ve tutumlardır. Bireyin sahip olduğu değer ve inançlar iş ve eğlence hayatı, yaşadığı çevre ve sağlık bakım sistemlerinden etkilenmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Hastalığa uyum çabaları ve tepkiler ile ilgili değişkenler; hastalık özellikleri, hastanın özellikleri ve sosyal çevre olarak belirtilmektedir (Bkz.Tablo 1).

Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunun psikososyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre çocuk sayısı, aile tipi, eğitim, meslek, gelir, hastalık tanı süresi ve hastalığın yaşam üzerindeki etkileri uyumu etkileyen faktörlerdir. Buna göre tek çocuğu olan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi yetersiz olan, hastalık nedeniyle yaşamı olumsuz etkilenen ve yeni tanı konmuş hastaların psikososyal uyumunun daha kötü olduğu, eğitim düzeyi yüksek ve emekli olan hastaların ise psikososyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (Çam ve Saka 2006).



**Tablo 1. Hastalığa Uyum Çabaları ve Tepkiler ile İlgili Değişkenler (Metz 2008)**

Hastalık özellikleri	Hastanın özellikleri	Sosyal çevre
Tanı	Yaş, cinsiyet, eğitim	Aile, arkadaş desteği
Genel durumu bozma	Kültürel yapı	Desteklerin ulaşılabilirliği
Yerleşim yeri	Kişilik yapısı	Rol işlevlerinde bozulma
Uygulanan sağıaltımlar	Savunma düzenekleri	(eş, anne-baba, çalışan biri)
Ağrının varlığı	Hastalık öncesi uyum düzeyi	Bozulan işlevlerin yakınla- rınca tamamlanabilme düzeyi

Akın ve Durna' nın (2006) yaptığı çalışmada, kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumları mesleki-iş çevresi, sosyal çevre ve psikolojik alanda olumsuz yönde etkilenmektedir. Erkek ve evli hastalarda cinsel ilişkiler olumsuz etkilenirken, öğrenim düzeyi düştükçe aile çevresi olumsuz etkilenmekte, gelir durumu iyi olan hastalarda aile çevresi daha az etkilenmektedir. Hastaneye sık yatışlar mesleki / iş çevresini olumsuz etkilemekte ve fonksiyonel durumun iyileşmesi uyuma olumlu etki yapmaktadır.

### **KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOSOSYAL BAKIM**

Kronik hastalıklarda psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçası (Kocaman 2005). Çünkü bireylerin uyumunu ve sosyal iletişimin sürdürülmesini gerektiren kronik hastalıklarda depresyon, uyku bozuklukları, iştah kaybı ve bitkinlik gibi sorunlar görülebilmektedir (Fortinasit ve Holoday 1996).

Psikososyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır (Yıldırım ve Gürkan 2010). Kronik hastalıklar bireylerin yaşamını her açıdan etkilediği için sağık çalışanları tarafından uzun süreli olarak izlemi gerektirmektedir (Fortinasit ve Holoday 1996). Psikolojik bakım dört düzeyde ele alınmaktadır (Bkz Tablo 2).

**Psikolojik bakımın ilk düzeyi:** Bu düzey temel iletişim ve tanılama becerileridir. Bu beceriler, hasta veya onların aileleri / yakınlarıyla doğrudan ilişki kuran tüm disiplinlerdeki ekip üyeleri tarafından kullanılan, bakımın minimum standartlarını sağlamak için gerekli olan becerilerdir. Psikososyal problemlerin en aza indirilebilmesi için iyi bir iletişim esas noktayı oluşturur (Kocaman 2005). İyi bir iletişim hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını artırır. Bunun yanı sıra anksiyeteyi azaltır ve bakımla ilgili memnuniyeti artırır. Sağık önerilerine uyumu artırır, hatalı ya da yanlış uygulama iddialarını azaltır (Royal College of Psychiatrists Council, January 2003).

**Tablo 2. Psikolojik Bakım Düzeyleri (Kocaman,2005)**

<b>Düzyey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri</b>	Bilgi verme, Görüşme, Dinleme ve empati becerisi, Psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme ve sunabilme, Aktarılan problem hakkında bilgili olma.
<b>Düzyey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım</b>	Hasta/ailesinin stresle baş etme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, Duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, Aktarılan problem hakkında bilgili olma.
<b>Düzyey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler</b>	Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
<b>Düzyey IV: Terapi</b>	Bilişsel terapi, Davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişki “güven” üzerine temellenir. İlişkide açık, dürüst, anlayışlı ve saygılı davranılırken, hastanın “sözel olmayan” (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır. Sözsüz iletişim hastalar için iyi ya da kötü bir haberin göstergesi olabilmektedir. “Sözlü iletişim” ilişkiyi kurmak ve sürdürmek için, bilgi aktarımı, destek sağlamak ve tedavi kararlarını görüşmek için önemlidir. Kişinin hastalığı ve tedavisi hakkındaki algısı, inançları ve endişeleri anlaşılmalı çalışılmalıdır. Açık uçlu sorular sorarak hastanın görüşleri araştırılmalı, sorularını tartışmaya fırsat verilmeli, kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımı kolaylaştırılmalı ve cesaretlendirilmelidir (Kocaman 2005; Legg 2011).

Psikososyal bakım uygulamasında “aktif dinleme” çok önemlidir. Çoğu insan diğer insanların, psikolojik, sosyal ve duygusal olarak varlığını ister. Bu nedenle bakım veren kişinin hasta için fiziksel ve duygusal olarak

gerçekten “orada olması” gerekir. Aktif dinleme bireyin sözel olmayan davranışlarını gözlemeyi, sözlü mesajlarını dinlemeyi ve anlamayı, yaşamındaki sosyal alanın içeriğini anlamayı, bireyin söylediği yanlış bilgileri dinlemeyi içerir ve bireyin kişisel problem çözebilme yeteneğini güçlendirir (Vancarolis 1998; Kocaman 2005).

“Dokunma” önemli bir iletişim aracıdır. Önyargısız, kabullenici, güvenli bir ilişki, hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını kolaylaştırır. Hastaya psikolojik yaklaşım kavrayıcı, empatik, destekleyici ve etik ilkelere uygun olmalıdır (Kocaman 2005). Zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasının ve önerilere uymamasının en yaygın nedenlerindedir. Hastayla kurulan ilişkide kısacası, görmeksizin bakmaktan, işitmeksizin dinlemekten, hissetmeksizin dokunmaktan, farkında olmaksızın davranmaktan, anlamaksızın konuşmaktan sakınılmalıdır (Kocaman 2005; Yarış ve Dikici 2012).

Hemşirelerin psikososyal bakımda hastanın bireysel gereksinimleri ile ilgili kaynak sağlayabilme ve eğitim verme gibi rolleri vardır (Legg 2011). Bu bağlamda “bilgi verme” diğer önemli bir beceridir. Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bildiklerindeki yanlışlıklar, eksiklikler, istediği bilginin tipi, miktarı, hemşireden beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için fırsat verilmelidir. Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler ve mesleki terminoloji kullanılması, hastanın görme, işitme duyularında, konuşmasında ve bilişsel özelliklerinde problemler, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık ve çok olması gibi faktörler anlama ve hatırlama için önemli engellerdir. Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin görüşmenin başlangıcında ve sonunda tekrar edilmesi, o konuda sağlık personeli arasında görüş birliği olması gereklidir (Royal College of Psychiatrists Council, January 2003; Kocaman 2005).

*Hemşire, hastaların psikososyal durumunu periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmelidir.*

**İkinci düzeydeki beceriler:** Hasta ve ailesinin yaşadığı stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir. Psikoterapötik ilişkide sorun çözmeye yönelik girişimlerden önce duyguların, tutumların, düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi önceliklidir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının hastalara güvenli ilişki ve iletişim kurmak için, rahat hissedebilecekleri bir ortam yaratmaları gerekir. Bu terapötik

ilişkinin hasta ve ailenin hemşireye güvenmesinde hayati bir rolü vardır (Kocaman 2005; Legg 2011).

Psikolojik bakımın bu düzeyi, gittikçe artabilecek problemleri önleyebilir ve sistemli psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabilir. Hastanedeki her servisin, hastaların ihtiyaçlarına yönelik bakım standartları ve prosedürlerinin belirlenmiş olması gereklidir (Kocaman 2005). Planlanmış tıbbi bir uygulamaya ya da cerrahi bir işleme hastayı hazırlama anksiyeteyi azaltır ve iyileşmeyi hızlandırır (Royal College of Psychiatrists Council, January 2003).

Hasta ve ailesini bakıma dahil etme, psikososyal problemlerin yönetiminin önemli bir parçasıdır. Hastalar onlara söylenen şeyleri birkaç kez duyma gereksinimi duyarlar. Yazılı bilgilendirme destek sağlasa da sözlü iletişimin yerini almamalıdır. Hastaların hastalığın yol açacağı değişiklikleri bilmek istemeleri normal bir psikolojik yanıtıdır. Bu ruh hali devam eden yetersizliğe uyum sağlayana kadar devam eder (Royal College of Psychiatrists Council, January 2003).

Hasta, hastalık ve hastaneye yatış sonrası günlük yaşamında sıklıkla kullandığı sorun çözme yöntemlerini kullanamayabilir ya da bu baş etme yöntemleri yetersiz kalabilir. Bu nedenle öncelikle hastanın kullandığı baş etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir (Kocaman 2005).

**Üçüncü düzeydeki beceriler:** Sorun çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleri gibi amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özelleşmiş becerilerdir. Hemşirelerin, hastaların bazı psikolojik problemleriyle

uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir. Üçüncü düzeydeki uygulamada uzman klinik hemşire, sosyal çalışmacı, konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresi, psikolog ve psikiyatrist hasta ve yakınlarına doğrudan veya danışmanlık yolu ile dolaylı olarak hizmet verebilir. Gevşeme ve solunum egzersizi gibi spesifik teknikler hastalarda anksiyete azaltıcı teknikler olmakla beraber titreme, parestezi ve kas gerginliği gibi anksiyetenin bazı istenmeyen sonuçlarını azaltır ve semptomların alevlenmesini önlemeye yardımcı olur. Gevşeme teknikleri ayrıca, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yararlıdır. Özellikle stresle ilgili hastalığı olan bireylerde gevşeme tekniklerinin etkin olduğu bilinmektedir (Gorman, Sultan et al. 1996; Royal College of Psychiatrists Council, January 2003; Kocaman 2005).

**Dördüncü düzeydeki beceriler;** Bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri içeren, bunun için terapistin özelleşmiş eğitim alması ve konusunda uzman bir terapistten danışmanlık alması gereken yaklaşımlardır. (Kocaman 2005).

Hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine bütüncül bakım verilmesinde KLP hemşiresi, bu servislerde çalışan hemşirelerle ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışır. Hemşireler ve diğer sağlık personeli çözümlenmesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar ve şiddet gibi birçok konuda KLP hemşiresinden bilgi ve destek alabilir (Ekinci 2001; Kocaman 2005).

*Çözümü güç olan klinik problemlerde multidisipliner ve interdisipliner işbirliği yapılmalıdır.*

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikososyal bakımda hemşire kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır (Karadakovan ve Eti Aslan 2010; Yıldırım ve Gürkan 2010). Ayrıca hemşire, hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli, temel iletişim ve tanılama becerilerini etkin kullanmalı ve hastayla terapötik ilişki kurabilme becerilerini geliştirmelidir (Fortinasit ve Holoday 1996; Young ve Unachukwu 2012). Hemşire sorun çözme becerileri ve anksiyete ile baş etme teknikleri gibi özelleşmiş becerilerde de kendini geliştirmelidir. Çözülmesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar, şiddet gibi konularda KLP hemşiresi ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır.

## KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2005: 193-200.

Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S ve ark. Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J 2011; 38(1): 57- 65.

Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10 (2):1- 8.

Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 18- 26.

Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C. Effects of exercise training on depressive

symptoms in patients with chronic heart failure: The HF-ACTION randomized trial. JAMA 2012; 308(5): 465- 74.

Balkan S. Serebral fonksiyonların fonksiyonel anatomisi. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler). İç hastalıkları, 2. Baskı, Cilt:2, Ankara: Güneş Kitabevi; 2005: 3533-40.

Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA at all. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet 2003; 362: 604-09.

Bostancı N. "Psikososyal sorunlar-anksiyete". Can G (Editör). Onkoloji Hemşireliğinde kanıt Dayalı Semptom Yönetimi. Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık, 2007: 229- 39.

Bourguignan C, Labyak SE, Taibi D. Investigating sleep disturbances in adults with rheumatoid arthritis. HolistNurs Pract 2003; 17: 241- 49.

Chronic diseases. Erişim: 10.03.2012, <http://www.who.int/topics/chronicdiseases/en/>

Cimili C. Diyabette ve kronik hastalıklarda ruh sağlığı. Akalın MA (Editör). Birinci basamakta diyabetik hastanın yönetimi. İzmir, 2001: 91-100. Erişim: 10.03.2012. [http://www.academia.edu/434069/BIRINCI\\_BASAMAKTA\\_DIYABETIK\\_HASTANIN\\_YONETIMI](http://www.academia.edu/434069/BIRINCI_BASAMAKTA_DIYABETIK_HASTANIN_YONETIMI)

Çam O, Saka Ş, Gümüş A B. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2009; (5)12: 73- 84.

Demirbağı BC ve Güngörmüş Z. Vitiligo. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 11(1): 41- 50.

Devins GM, Seland TP. Emotional impact of multiple sclerosis: Recent findings and

suggestions for future research. Psychological Bulletin1987; 101(3): 363- 75.

Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4 (2) : 75-80.

Erkoç Y, Yardım N (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Anıl Matbaası; 2011: 15-17.

Fortinasit KM, Holoday Worret PA. Psychiatric mental health nursing. USA: Mosby-Year Book; 1996: 678- 9.

Gallagher D, O’Regan C, Savva GM et al. Depression, anxiety and cardiovascular disease: Which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? Journal of Affective Disorders, 2012; 142(1-3): 132-138. Erişim:29.08.2012, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712002765/>.

Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis’ s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company;1996: 436-47.

Güven T. Diyabetes Mellitüslü Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2007.

Ha JH, Wong CK. Pharmacologic treatment of depression in patients with myocardial infarction, Journal of Geriatric Cardiology 2011; 8: 121- 6.

İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu’ nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4 (1): 102-109. Erişim: 10.03.2012, [http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109\\_incirkusoz.pdf](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkusoz.pdf)

Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14 (4): 25-31.

Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.

Karaman Y. Frontotemporal Demanslar. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Kayseri. Erişim: 27. 08.2012. <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/128.pdf>

Karataş Ş. Tıp II Diyabetes Mellitus ve Demans İlişkisi. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, İstanbul, 2009.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1): 49- 51.

Kohen D, Burgens AP, Catalan J, Lant A. The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. Qual Life Res 1998; 7: 197-204.

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(4): 79-86.

Kömürcüoğlu B, Balcıoğlu M, Öztuna I, ve ark. KOAH'lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi, 2000; 1(3):31- 4.

Kulaksızoğlu IB. Nörolojik hastalıkların psikiyatrik yansımaları. İÜ İstanbul Tıp

Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2009. Erişim: 27. 08. 2012. <http://www.itfnoroloji.org/psikiyatrik/Psikiyatrik.htm/>

Küçükkaya P G. Psikososyal Sorunlar-Anksiyete. Can G,ed. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık; 2007: 243- 51.

Legg M J. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients, Journal of advanced nursing, 2011; 28 (3): 61-67. Erişim: 25.08. 2012, [http://www.ajan.com.au/Vol28/28-3\\_Legg.pdf/](http://www.ajan.com.au/Vol28/28-3_Legg.pdf/)

McDade-Montez EA, Christensen AJ, Cvengros JA, et al. The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. Health Psychol 2006; 25: 198- 204.

Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008; 11(Ek 3):3-18.

Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

National register of health service providers in psychology continuing education website. Erişim: 23.08.2012. [http://www.e-psychologist.org/index.iml?mdl=exam/show\\_article.mdl&Material\\_ID=103/](http://www.e-psychologist.org/index.iml?mdl=exam/show_article.mdl&Material_ID=103/)

Okanovic MP, Peros K, Szabo S et al. Depression in croatian type 2 diabetic patients: prevalence and risk factors. A croatian survey from the european depression in diabetes research consortium. Diabet Med 2005; 22: 942-5.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche; 1993: 83-291.

Özkul A. Parkinson hastalığında depresyon ve demans. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14(4): 295- 9.

Pınar R. Türkiye’ de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri 2010; 26- 30. Erişim: 10.03.2012, <http://www.engelsizengelliler.org/wp-content/uploads/2012/01/T%C3%BCrkiyede-Evde-Bak%C4%B1mda-Mevcut-Durum.pdf/>

Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P et al. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease 2005; 193(8): 508– 14.

Royal College of Psychiatrists Council (January 2003). Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, The psychological care of medical patients A practical guide (Report No: CR108). Erişim: 25.08. 2012, <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr108.pdf>

Sukan M Y. Vitiligo Hastalarının Psikiyatrik Değerlendirmesi ve Kronik Ürtiker Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2005.

Tav AŞ, Özenli Y, Ünsal A, ve ark. Tip 2 diabetes mellitus ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2010; 14(1): 22- 5.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol

Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara; Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2008. Erişim: 10.03.2012,

[http://www.tkd-online.org/PDFs/Turkiye\\_kalp\\_ve\\_damar\\_hastaliklarini\\_onleme\\_ve\\_kontrol\\_programi.pdf](http://www.tkd-online.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf)

Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. USA: Saunders Company;1998: 181-204.

World Health Organization (April 2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. Erişim: 26.08.2012, [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)

World Health Organization (September 2011), Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Erişim: 26.08.2012. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283\\_eng.pdf/](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf/)

Yapıcı A, Güvenç C, Ceylan M, ve ark. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. Düşünen Adam 2003; 16 (4): 240- 8.

Yarış F, Dikici M F. Hastaların tedaviye uyumu ve iletişim. Aile Hekimliği Dergisi 2012; 2(3): 40-43. Erişim: 28.08.2012. [http://www.ailehekimligi.com.tr/userfiles/hastalarin\\_tedaviye\\_uyumu\\_ve\\_iletisim.pdf/](http://www.ailehekimligi.com.tr/userfiles/hastalarin_tedaviye_uyumu_ve_iletisim.pdf/)

Yeşilbalkan Ö U, Akyol A D, Çetinkaya Y, ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (1): 13-31.

Yetişkin Ş. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul, 2008.

Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26 (1) : 87-97.

Young E E, Unachukwu C N. Psychosocial aspects of diabetes mellitus. African Journal of Diabetes Medicine 2012; 20 (1): 5-7. Erişim: 29.08. 2012, [http://www.africanjournalofdiabetesmedicine.com/articles/May\\_2012/AJDM%20May%20pp%205-7.pdf/](http://www.africanjournalofdiabetesmedicine.com/articles/May_2012/AJDM%20May%20pp%205-7.pdf/)

Zuidersma M, Conradi HJ, Melle JPV et al. Self-reported depressive symptoms, diagnosed clinical depression and cardiac morbidity and mortality after myocardial infarction. Int J Cardiol 2012 (doi:10.1016/j.ijcard.2012.07.002). Erişim:29.08.2012, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527312009394#/>