

# Glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumları

## *Coping strategies with depression and anxiety in glaucoma patients*

Selma Çetinkaya\*, Ayşe Vural Özeç, Deniz Özdemir, Önder Kavakcı, Haldun Sümer, Haydar Erdoğan

Tıp Eğitimi Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. S. Çetinkaya), Göz Hastalıkları Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. A. V. Özeç, Prof. Dr. H. Erdoğan), Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (Psk. D. Özdemir), Psikiyatri Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. Ö. Kavakcı), Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Prof. Dr. H. Sümer), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas

### Özet

**Amaç.** Glokom genellikle ileri yaşlarda görülen, tedavi edilmezse körlükle sonuçlanan kronik bir hastalıktır. Bu çalışma glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntemler.** Kesitsel bir araştırma olarak planlanan çalışma Kasım 2007-Mayıs 2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göz Ana Bilim Dalı glokom birimine başvuran glokom hastalarında yapılmıştır. Çalışmaya 170 glokom hastasından 144'ü (%84,7) alınmıştır. Kontrol grubu olarak, kronik hastalıklar nedeniyle diğer polikliniklerde takip edilen 152 hasta alınmıştır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Ankette hastaların sosyodemografik özelliklerini, glokom hastalığı ile ilgili bilgileri ve psikolojik durumunu değerlendiren sorular sorulmuştur. Psikolojik değerlendirmede, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılmıştır. **Bulgular.** Çalışma grubu ile kontrol grubunun BDÖ, STAI-I ve STAI-II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışmaya katılan hastalarda kesme puanı üzerinde grubunda depresyon belirtileri görülme düzeyi %45,8, kontrol grubunda %38,5'dir. Çalışma ve kontrol grubundaki kadın hastaların depresyon puan ortalamaları erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmada her iki grubun en sık duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını kullandıkları saptanmıştır. Duygusal başa çıkma yöntemlerinden ilk sırayı dini olarak başa çıkma, ikinci sırayı pozitif yeniden yorumlama ve gelişme yöntemi almıştır. Üçüncü olarak sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden çalışma grubunda aktif başa çıkma, kontrol grubunda yararlı sosyal destek kullanma yöntemi takip etmiştir. Gruplar arasında inkar dışında diğer baş etme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). **Sonuç.** Glokom hastalarında depresyon ve anksiyete oldukça sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Bu nedenle hasta grubunun düzenli göz muayeneleri ile birlikte psikiyatrik değerlendirmeye ve tedaviye alınması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Glokom, depresyon, anksiyete, başa çıkma tutumu

### Abstract

**Aim.** Glaucoma is usually seen in older age, resulting in a chronic disease leading to blindness if not treated. This study was performed to evaluate depression and anxiety symptoms levels as well as coping strategy in glaucoma patients. **Methods.** This study, which was a descriptive cross-sectional research, was performed with 144 glaucoma patients out of 170 who were admitted to Cumhuriyet School of Medicine, Department of Practice and Research Hospital eye unit between November 2007 and May 2009. As a control group, 152 patients whose were admitted to other out patients clinics with different chronic disorders were taken. The data were collected by questionnaire method. Questions were asked to determine the demographic profile and psychological status of the patients as well as their knowledge about glaucoma. Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory I-II (STAI-I, STAI-II) and Coping Strategies with Stress Inventory (COPE) were used for psychological evaluation. **Results.** There was a statistically significant difference between study and control group in terms of BDI, STAI-I and STAI-II mean points ( $p<0.05$ ). In patients of study group, incidence of depression symptoms over the cut point was 45.8% while it was 38.5% in the control group. In both groups, average depression points of

women patients were found to be significantly higher compared to male patients ( $p<0.05$ ). The most frequent overcoming methods in the study group were overcome religiously, positive reevaluation and progress, active overcoming, respectively. In control group, it was overcome religiously, positive reevaluation and progress, and getting social support. It has been found that emotional-focused coping was the most used method in both groups. Within the emotional coping methods, religious coping was in the first place and positive interpretation and development was in the second place. In the third place, as problem focused coping methods, it was active coping in the study group whereas it was beneficial social support in the control group. In terms of overcoming methods, there was statistically significant difference between groups except denial ( $p<0.05$ ). **Conclusion.** Glaucoma commonly causes depression and anxiety in patients. Therefore, during regular eye examinations of glaucoma patients, psychiatric evaluation and treatment should be performed.

**Keywords:** Glaucoma, depression, anxiety, coping strategie

**Geliş tarihi/Received:** 08 Mayıs 2012; **Kabul tarihi/Accepted:** 04 Şubat 2013

**\*İletişim adresi:**

Dr. Selma Çetinkaya, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-58140 Sivas. E-posta: drselmacetinkaya@hotmail.com

## Giriş

Glokom genellikle ileri yaşlarda görülen, tedavi edilmezse körlükle sonuçlanan kronik bir hastalıktır [1]. Glokomun, 1970'li yıllarda ABD de körlük nedenleri arasında katarakt ve yaşlılığa bağlı makula dejenerasyonundan sonra üçüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir [2]. Leske, çalışmasında glokomun iki gözü birden etkileyerek körlüğe neden olan en sık ikinci hastalık olduğunu belirtmiştir [3]. Glokom yaygınlığı 100 binde 16,2 olarak bildirilmiştir. Hollanda'da 1994 de yapılan bir çalışmada %1,0 saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu bir çalışmada 3 milyonu kör olmuş 40 yaş üzerinde 13,5 milyon açık açılı glokom saptanmıştır. Bu sayının 2010 yılında 60 ve 2020 yılında 80 milyona ulaşacağı var sayılmaktadır [2].

Glokom hastalarında görmede azalmanın başlaması, ilerleyen zaman diliminde hastalığının körlüğe yol açacağına bilinmesi, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını kaybetme korkusu beraberinde bir takım ruhsal sıkıntıları meydana getirmektedir. Bunların başında da depresyon ve anksiyete yer almaktadır [4-7]. Depresyon, günlük faaliyetleri yapmak da isteksizlik, yaşamdan zevk almama, üzüntü, keder, mutsuzluk, umutsuzluk, karamsarlık duygularının ön planda olduğu ruhsal bir bozukluktur [8]. Bedensel rahatsızlığı olanlarda depresyon belirtileri sık görülmekte olup bu durum hastaların ruhsal ve sosyal yaşantılarını olumsuz olarak etkilemesine neden olmaktadır [9]. Anksiyete ise, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten veya dıştan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında; korku, endişe, gerginlik gibi subjektif olarak hissedilen bir durumdur ve kişinin bütünlüğünü tehdit edildiği her durumda ortaya çıkabilir [10]. Bedensel rahatsızlığı olan kişilerde depresyon ile birlikte anksiyete de çok sık görülmektedir. İkişinin birlikte görülme oranı %9,0-40,0 arasında değişmektedir [8]. Kişiden kişiye değişmekle birlikte sağlığını kaybetme düşüncesi bireyde strese neden olmaktadır. Stres de kişilerin hem bedensel hem de ruhsal sağlığını doğrudan etkilemektedir [11]. Yeteri kadar bu sıkıntıları ile baş edemeyen kişilerde ileri dönemlerde depresyon ve anksiyete gelişir. Bir kısır döngü olarak depresyon ve anksiyete ise kişinin mevcut rahatsızlığı ile ilgili baş çıkma tutumunu doğrudan etkilemektedir. Başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır [12].

Bu çalışma glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve yöntem

Kesitsel bir araştırma olarak planlanan çalışma Kasım 2007-Mayıs 2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göz Ana Bilim Dalı Glokom Birimine başvuran Primer Açık Açılı Glokom (PAAG), Oküler Hipertansiyon (OH) ve Normotansif Glokom (NO) hastalarında yapıldı. Çalışmaya 170 glokom hastasından 144'ü (%84,4) alındı. On sekiz (%10,6) hasta işitme kaybı nedeniyle iletişim kurulamadığı, 8 (%4,7) hasta da çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Kontrol grubu olarak, kronik hastalıkları nedeniyle diğer polikliniklerde takip edilen, yaş ve cinsiyet açısından çalışma grubuna benzeyen 152 kişilik bir hasta grubu alındı.

Çalışmanın verileri başhekimlikten gerekli izinler alındıktan sonra anket yöntemiyle toplandı. Anketler bu konuda eğitim almış iki anketör tarafından yapıldı. Hastalara bilgi verildikten sonra anket formu çalışma grubuna görme engelleri nedeni ile kontrol grubuna da standardı sağlamak için anketörler tarafından tek tek okunarak dolduruldu. Anket formunda hastaların sosyodemografik özelliklerini, glokom hastalığı ile ilgili bilgileri, sigara içme durumunu ve psikolojik durumunu değerlendiren sorular soruldu. Psikolojik değerlendirmede, BDÖ, STAI-I ile STAI-II ve BÇTDÖ ölçeği kullanıldı. Her bir uygulama yaklaşık 25-30 dakika sürdü. Hastalar anketten sıkıldığında ya da kendini yorgun hissettiğinde anketlere ara verildi, kendini iyi hissettiği anda devam edilerek aynı gün içinde bitirildi.

Hastaların aldıkları antiglokomatöz tedavi, alfa ve beta blokorler (timolol, betaxolol), prostaglandin analogları (latanoprost, travoprost, bimatoprost), karbonik anhidraz inhibitörleri (dorzolamid, brinzolamide) ve kombine tedaviler (timolom-dorzolamid ve timolol-latanoprost) olarak kaydedildi. Glokom ilacı alma süreleri 1 yıldan az, 1-5 yıl arası, 5 yıldan uzun süreli olmak üzere gruplandırıldı. Eşlik eden sistemik hastalık, daha önce cerrahi geçirip geçirmediği kaydedildi.

**Beck depresyon ölçeği:** Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için 1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. 1988 yılında Hisli tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [13-14]. Ölçek 21 maddeden oluşmakta olup kişinin kendini değerlendirdiği dört seçenek sunulmuştur. Her madde 0-3 arasında giderek artan bir puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek maksimum puan 63 olup, kesme puanı Türkçe formunda 17'dir [15].

**Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI-I, STAI-II):** Spielberger ve ark. [16] tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup 14 yaş üzerinelere uygulanabilen bir testtir. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte [17] tarafından yapılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kendi kendine doldurulabilecek bir testtir. Durumluk kaygı ve süre giden kaygıyı ölçmeye yönelik 20 soru vardır. Durumluk kaygı ölçeğindeki ifadeler için; hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamıyla (4), Sürekli kaygı ölçeğinde; hemen hiç bir zaman (1), bazen (2), çok zaman (3), hemen her zaman (4) seçenekleri vardır. Durumluk kaygı ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan sürekli kaygı ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.

**Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği:** Carver ve ark. [18] tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek Ağargün ve ark. [12] tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik

ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenir. Soruların dört seçeneği vardır. Seçenekler “1=Asla böyle bir şey yapmam; 2= Çok az böyle yaparım; 3= Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım” şeklindedir. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler şu başlıklardan oluşur:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme,
2. Zihinsel boş verme,
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma,
4. Yararlı sosyal destek kullanımı,
5. Aktif başa çıkma,
6. İnkâr,
7. Dini olarak başa çıkma,
8. Şakaya vurma,
9. Davranışsal olarak boş verme,
10. Geri durma,
11. Duygusal sosyal destek kullanımı,
12. Madde kullanımı,
13. Kabullenme,
14. Diğer meşguliyetleri bastırma,
15. Plan yapmadır.

Her alt ölçek dörder sorudan oluşup başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Her alt ölçekten alınacak puanın yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından kullanıldığı hakkında fikir verir.

### ***İstatistiksel değerlendirme***

Verilerin istatistiksel analizi SPSS for Windows 10.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde kıkare, t-testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını tespit etmek için varyans analizi, ikili karşılaştırmalarda varyans sonrası posthoc Tukey testi, korelasyon karşılaştırmalarında Pearson testi ve lineer regresyon testi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Çalışma grubuna 58’i (%40,3) erkek, 86’sı (%59,7) kadın olmak üzere toplam 144; kontrol grubuna da 74’ü (%48,7) erkek, 78’i (%51,3) kadın olmak üzere 152 hasta alınmıştır. Grupların yaş ortalamaları ( $t=1,899$ ,  $p=0,060$ ) ve cinsiyetleri ( $\chi^2=2,115$ ,  $p=0,090$ ) arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır.

Depresyon puanında kesim noktasını 17 olarak alındığında çalışma grubunun depresyon belirti düzeyi %45,8, kontrol grubunun %38,5’tir. Çalışma ve kontrol grubunun BDÖ, STAI-I, STAI-II ve BÇTDÖ puan ortalamaları Tablo 1’de verilmiştir. Çalışma grubunun BDÖ, STAI-I ve STAI-II puan ortalamaları sırasıyla  $19,2\pm 12,6$ ,  $41,2\pm 6,2$ ,  $51,5\pm 8,1$ , kontrol grubunun  $15,5\pm 10,6$ ,  $36,9\pm 6,2$ ,  $48,6\pm 7,8$  olup her iki grubun BDÖ, STAI-I ve STAI-II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (sırasıyla:  $t=2,683$ ,  $p=0,008$ ;  $t=6,087$ ,  $p=0,000$ ;  $t=3,483$ ,  $p=0,001$ ). Çalışmada kadın hastaların BDÖ puan ortalamaları ( $20,3\pm 12,5$ ) erkek hastalara ( $13,4\pm 9,4$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $t=-5,205$ ,  $p=0,000$ ). Bu farklılık grupların kendi içinde anlamlı derecede yüksek olup çalışma grubundaki kadın hastaların BDÖ puan ortalaması  $22,9\pm 13,3$ , erkek hastaların  $13,7\pm 9,0$  ( $t=-4,608$ ,  $p=0,000$ ), kontrol grubundaki kadın hastaların BDÖ puan ortalaması  $17,4\pm 10,9$ , erkek hastaların  $13,7\pm 9,9$  ( $t=-2,107$ ,  $p=0,037$ )’dir. Çalışma grubunda depresyon ile medeni durum ( $\chi^2=9,540$ ,  $p=0,008$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun BDÖ, STAI-I, STAI-II ve BÇTDÖ puan ortalamaları.**

Ölçekler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	t	p
BDÖ	19,2±12,6	15,5±10,6	2,683	0,008
STAI-I	41,2±6,2	36,9±6,2	6,087	0,000
STAI-II	51,5±8,1	48,6±7,8	3,483	0,001
<b>BÇTDÖ</b>				
<b>Sorun odaklı başa çıkma</b>				
Yararlı sosyal destek kullanma	10,1±3,1	8,9±5,1	2,209	0,028
Aktif başa çıkma	12,5±2,7	8,8±4,8	7,929	0,000
Geri durma	11,0±2,3	7,6±4,2	8,235	0,000
Diğer meşguliyetleri bastırma	10,1±2,5	8,2±4,7	4,185	0,000
Plan yapma	12,7±2,9	5,5±5,5	12,596	0,000
<b>Duygusal odaklı başa çıkma</b>				
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12,9±2,4	9,5±4,1	7,096	0,000
Dini olarak başa çıkma	15,2±2,3	12,6±6,3	4,904	0,000
Şakaya vurma	6,9±3,7	5,6±4,1	2,817	0,005
Duygusal sosyal destek kullanma	10,7±3,4	8,7±4,9	3,849	0,000
Kabullenme	12,3±2,3	8,9±4,9	7,258	0,000
<b>İşlevsel olmayan başa çıkma</b>				
Zihinsel boş verme	9,9±2,7	7,3±4,4	5,918	0,000
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10,2±3,1	8,6±4,9	3,094	0,002
İnkâr	7,3±3,4	6,6±4,0	1,760	0,079
Madde kullanımı	4,9±2,3	3,5±2,4	4,738	0,000
Davranışsal olarak boş verme	7,8±2,6	6,5±3,8	3,349	0,005

**BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **STAI-I:** Durumluk kaygı ölçeği, **STAI-II:** Sürekli kaygı ölçeği  
**BÇTDÖ:** Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği

Çalışmada hastaların en sık duygusal başa çıkma yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Duygusal başa çıkma yöntemlerinden her iki grupta ilk sırayı dini olarak başa çıkma, ikinci sırayı pozitif yeniden yorumlama ve gelişme yöntemi almıştır. Üçüncü olarak sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden çalışma grubunda aktif başa çıkma, kontrol grubunda yararlı sosyal destek kullanma yöntemi takip etmiştir. Çalışma ve kontrol grubu arasında inkâr dışında diğer baş çıkma yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Baş çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Kontrol grubunda cinsiyet açısından başa çıkma tutumlarında farklılık saptanmazken, çalışma grubunda kadın hastalarda işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından olan zihinsel boş verme ( $t=-2,481$ ,  $p=0,014$ ) ve inkârda ( $t=-2,885$ ,  $p=0,005$ ) fark saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubunda hastaları 50 yaşın altında ve üstü olarak değerlendirdiğimizde kontrol grubundaki hastaların başa çıkma tutumlarında bir fark saptanmazken, çalışma grubundaki 50 yaşın altındaki hastalarda madde kullanımında fark saptanmıştır ( $t=2,806$ ,  $p=0,006$ ). Öğrenim durumu ile başa çıkma tutumlarından zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanma ve kabullenme arasında fark saptanmıştır. Zihinsel boş verme tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında okuryazar olanlar ( $10,6±2,5$ ) ile üniversite mezunu olanlar ( $7,6±2,8$ ) arasında fark bulunmuştur ( $F=2,558$ ,  $p=0,042$ ). Yararlı sosyal destek kullanma tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında okuryazar olanlar ( $11,3±3,0$ ) ile ilköğretim mezunu olanlar ( $9,0±3,7$ ) arasında fark saptanmıştır ( $F=2,922$ ,  $p=0,024$ ). Kabullenme tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında lise mezunu olanlar ( $10,6±3,4$ ) ile okur yazar ( $12,4±2,0$ ), okur yazar olmayan ( $12,7±1,4$ ) ve ilköğretim mezunları arasında ( $12,6±2,2$ ) arasında fark bulunmuştur ( $F=3,475$ ,  $p=0,010$ ).

Depresif belirti gösteren ve göstermeyen glokom hastalarının devamlı ve sürekli kaygı puanları ile başa çıkma tutum puanlarının ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. BDÖ puan ortalaması yüksek olan çalışma grubundaki hastalarda (BDÖ +) sürekli ve durumluk kaygı puanları ile stresle başa çıkma tutumlarından; inkâr, şakaya vurma, geri durma, kabullenme ve diğer meşguliyetleri bastırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 2. Depresif belirti gösteren (n=66) ve göstermeyen (n=78) Glokom hastalarının devamlı ve sürekli kaygı puanları ile başa çıkma tutum puanlarının ortalamaları.**

<b>Stresle başa çıkma tutumları</b>		<b>Ortalama±SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
STAI-I	(BDÖ -)	40,0±5,8	3,110	0,002
	(BDÖ +)	43,7±6,5		
STAI-II	(BDÖ -)	48,4±7,0	6,803	0,000
	(BDÖ +)	57,7±6,6		
<b>Sorun odaklı başa çıkma</b>				
Yararlı sosyal destek kullanma	(BDÖ -)	9,9±3,2	0,381	0,704
	(BDÖ +)	9,9±3,6		
Aktif başa çıkma	(BDÖ -)	12,3±2,2	1,268	0,207
	(BDÖ +)	13,2±1,9		
Geri durma	(BDÖ -)	10,6±1,9	2,593	0,011
	(BDÖ +)	11,8±2,0		
Diğer meşguliyetleri bastırma	(BDÖ -)	9,6±1,9	2,558	0,012
	(BDÖ +)	11,1±2,2		
Plan yapma	(BDÖ -)	11,9±2,4	1,558	0,122
	(BDÖ +)	12,8±2,6		
<b>Duygusal odaklı başa çıkma</b>				
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	(BDÖ -)	12,7±1,7	1,159	0,249
	(BDÖ +)	13,1±2,2		
Dini olarak başa çıkma	(BDÖ -)	15,0±2,3	0,831	0,408
	(BDÖ +)	15,3±1,6		
Şakaya vurma	(BDÖ -)	5,6±2,5	4,840	0,000
	(BDÖ +)	7,6±3,3		
Duygusal sosyal destek kullanma	(BDÖ -)	10,5±2,7	0,519	0,605
	(BDÖ +)	10,8±3,8		
Kabullenme	(BDÖ -)	11,9±1,6	2,051	0,042
	(BDÖ +)	12,0±2,2		
<b>İşlevsel olmayan başa çıkma</b>				
Zihinsel boş verme	(BDÖ -)	9,6±2,1	1,762	0,080
	(BDÖ +)	11,0±2,5		
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	(BDÖ -)	9,7±2,6	1,906	0,059
	(BDÖ +)	11,1±3,1		
İnkâr	(BDÖ -)	5,9±2,2	6,066	0,000
	(BDÖ +)	8,0±3,1		
Madde kullanımı	(BDÖ -)	4,6±1,3	1,679	0,096
	(BDÖ +)	6,3±3,8		
Davranışsal olarak boş verme	(BDÖ -)	7,4±2,0	1,803	0,074
	(BDÖ +)	8,0±2,0		

Çalışma grubundaki hastaların depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile diğer faktörler arasındaki korelasyon Tablo 3'de, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile bazı değişkenler arasındaki regresyon analizi Tablo 4'te gösterilmiştir. Çalışma grubunda depresyon ile yaş, durumluk ve sürekli kaygı, stresle başa çıkma tutumlarından inkar, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı arasında yüksek düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Lineer regresyon analizine göre durumluk ve sürekli kaygı ile madde kullanımı depresyonu bağımsız etkileyen faktör olarak bulunmuştur.

Durumluk kaygı ile depresyon, sürekli kaygı, stresle başa çıkma tutumlarından pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, aktif başa çıkma, inkar, şakaya vurma, geri durma, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma arasında korelasyon bulunmuştur. Lineer regresyon analizine göre depresyon, sürekli kaygı ve başa çıkma tutumlarından inkar, diğer meşguliyetlerle bastırma durumluk kaygıyı bağımsız etkileyen faktör olarak saptanmıştır.

**Tablo 3. Çalışma grubundaki hastaların depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile diğer faktörler arasındaki korelasyon.**

	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Depresyon</b>		
Durumluk kaygı	0,208	0,025
Sürekli Kaygı	0,487	0,000
İnkâr	0,444	0,000
Madde kullanımı	0,258	0,003
<b>Durumluk kaygı</b>		
Depresyon	0,208	0,025
Sürekli kaygı	0,692	0,000
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	0,462	0,000
Zihinsel boş verme	0,336	0,000
Aktif başa çıkma	0,475	0,000
İnkâr	0,625	0,000
Şakaya vurma	0,468	0,000
Geri durma	0,531	0,000
Kabullenme	0,235	0,016
Diğer meşguliyetleri bastırma	0,537	0,000
Plan yapma	0,433	0,000
<b>Sürekli kaygı</b>		
Depresyon	0,487	0,000
Durumluk kaygı	0,692	0,000
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	0,397	0,000
Zihinsel boş verme	0,382	0,000
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	0,207	0,034
Aktif başa çıkma	0,404	0,000
İnkâr	0,553	0,000
Dini olarak başa çıkma	0,293	0,000
Şakaya vurma	0,451	0,000
Geri durma	0,531	0,000
Diğer meşguliyetleri bastırma	0,493	0,000
Plan yapma	0,379	0,000

**Tablo 4. Depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile bazı değişkenler arasındaki regresyon analizi.**

Özellik	β	p	%95 Güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
<b>Depresyon</b>				
STAI-I	-0,190	0,013	-0,562	-0,066
STAI-II	0,324	0,000	0,235	0,642
Madde kullanımı	0,126	0,033	0,042	1,027
<b>STAI-I</b>				
Depresyon	-0,169	0,028	-0,183	-0,010
STAI-II	0,774	0,000	0,478	0,710
İnkâr	0,433	0,000	0,640	1,455
Diğer meşguliyetlerle bastırma	0,222	0,022	0,103	1,263
<b>STAI-II</b>				
Depresyon	0,359	0,000	0,177	0,356
Durumluk kaygı	0,617	0,000	0,648	0,961
Aktif başa çıkma	0,203	0,014	0,159	1,362
İnkâr	0,330	0,001	0,443	1,577
Dini olarak başa çıkma	0,173	0,027	0,079	1,273
Şakaya vurma	0,258	0,011	0,173	1,270
Duygusal destek kullanma	-0,172	0,041	-0,899	-0,018

Sürekli kaygı ile depresyon, durumluk kaygı, stresle başa çıkma tutumlarından pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma arasında korelasyon tespit edilmiştir. Lineer regresyon analizine göre depresyon, durumluk kaygı ve başa çıkma tutumlarından aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal destek kullanma sürekli kaygıyı bağımsız etkileyen faktör olarak saptanmıştır.

Çalışma grubundaki hastaların %13,7'si glokom hastalığı için ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir. %53,0'ı kombine, %18,8'i prostaglandin grubu, %6,8'i beta bloker, %4,3'ü karbonik anhidraz inhibitörü ve %3,4'ü de alfa bloker grubu ilaç kullandığı saptanmıştır. Beta bloker kullanan hastalarda kullanmayan hastalara göre depresif belirti göstermeleri arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.

## Tartışma

Yaşın ilerlemesiyle birlikte gözün önemli bir sağlık problemi olan glokom prevalansı da artmaktadır [1]. Farklı toplumlarda yapılan çalışmalar 40 yaş ve üzeri nüfusta primer açık açılı glokom (PAAG) sıklığının beyaz ırkta %0,4 ile %3,3, siyah ırkta ise %4,7 ile %8,8 arasında değiştiğini göstermektedir [19-21]. Başka bir ifade ile PAAG sıklığı beyazlarda %1,9, Asya kökenlilerde ise %0,6'dır. Glokom konusunda toplumsal bilinçlendirme programlarının uygulandığı gelişmiş ülkelerde dahi glokom olgularının en az yarısının tanı almadığı düşünülmektedir [22]. 2004 yılında ABD'de 2 milyon PAAG hastasının olduğu ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte bu rakamın 2020 yılında 3 milyonu aşabileceği tahmin edilmektedir [23].

Gelişmekte olan ülkelerde de beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte glokom olgularının sayısında da artış beklenmektedir. Bu nedenle ülkemizde de ortalama yaşamın giderek yükselmesine bağlı olarak artan miktarda glokom, depresyon ve anksiyete olgularıyla daha sık karşılaşabiliriz. Glokom, kronik fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra hasta açısından ruhsal, duygusal, sosyal birtakım sorunların meydana gelmesine yol açan bir durumdur. Bu durum hastalığın algılanmasına bağlı olabileceği gibi hastalığın yarattığı olumsuz sonuçlar sonucu (görme azalması, körlük) birtakım psikiyatrik belirtilere sebep olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda katarakt, glokom, maküler dejenerasyon, Behçet Hastalığı gibi görme kaybına neden olan kronik göz hastalıklarına bağlı gelişen görme bozuklukları ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiler ele alınmıştır [4, 5, 7, 24-26]. Mevcut depresyon, kişilerin kronik fiziksel bir rahatsızlığına bağlı gelişebileceği gibi görme kaybının kişinin günlük yaşamını kısıtlamasının bir sonucu da olabilir [27, 28]. Cumurcu ve ark. [7] glokom hastalarında yapmış oldukları çalışmada depresyon görülme düzeyini %24,7, Keklikçi ve ark. [29] %25,2 olarak belirtmiştir. Çalışmamızda BDÖ kesim noktası 17 olarak alındığında glokom hastalarında bu düzey %45,8 olarak saptanmış ve yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma grubumuzu oluşturan glokom hastalığının kronik bir hastalık olmasından dolayı, depresyonun anlamlı derecede yüksek çıkmasının, kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından önemlidir. Diğer kronik hastalıklarda kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü bildirilmektedir [30-32]. Keklikçi ve ark. [29], Kayahan ve Sertbaş [33], Yazıcı ve ark. [34] yaptıkları çalışmalarında cinsiyet açısından depresyon görülme düzeyinde fark saptamamışlardır. Çalışmamızda hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek düzeyde depresif belirtiler tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubunda medeni duruma göre depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Depresyon düzeyinin dul hastalarda en yüksek, evli hastalarda ise en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu grupta depresyon düzeylerinin yüksek olmasını; içinde yaşadığımız toplumun dul kesime ön yargılı bakışından, aile sorumluluklarının fazla olmasından, yaşamış olduğu ekonomik sıkıntılarının fazlalığından kaynaklanmış olabileceği kanısındayız.



Watson ve Clark [35], depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğunu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir. Erb ve ark. [25] glokomlu hastaların anksiyete skorlarını daha yüksek bulurken Cumurcu ve ark. [7] fark saptamamışlardır. Çalışma grubunun durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hem klinik hem de klinik dışı örnekleme gerçekleştirilen çalışmalarda duygusal odaklı başa çıkma tutumları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olduğu belirtilmiştir [36-38]. Sorun çözmeye yönelik başa çıkma tutumları ruhsal sıkıntıyı azaltırken, duygusal odaklı yaklaşımlar artırabilmektedir. Çalışmamızda bunu destekler nitelikte olup her iki grubun en sık duygusal başa çıkma tutumunu sergiledikleri saptanmıştır. Hastaların en sık kullandığı yöntem duygusal başa çıkma yöntemlerinden “dini olarak başa çıkma”, “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” yöntemidir. Üçüncü olarak sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden çalışma grubunda “aktif başa çıkma”, kontrol grubunda “yararlı sosyal destek kullanmadır.”

Hoffart ve ark. [39]’nın agorafobik hastalarla major depresyonlu hastaları karşılaştırdıkları çalışmasında duygusal odaklı ve kaçınma grubu başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıkları; tedaviyle duygusal odaklı tutumlarının azaldığı, kaçınma grubu tutumların arttığı bulunmuştur. Erdem ve ark. [40]’nin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastaların başa çıkma tutumlarını araştırdıkları çalışmasında YAB olan hastaların soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma başta olmak üzere işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıklarını bulmuşlardır.

Baş çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi çok çeşitli etkenlere ve stresör yaşantıların derecesi derecesine bağlı olarak değişebilmekte ve bireye özgü nitelik taşımaktadır [12]. Kontrol grubunda cinsiyet açısından başa çıkma tutumlarında farklılık saptanmazken, çalışma grubunda kadın hastaların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarında olan “zihinsel boş verme” ve “inkar” başa çıkma tutumunda fark saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubunda hastaları, 50 yaşın altında ve üstü olarak değerlendirdiğimizde kontrol grubundaki hastaların başa çıkma tutumlarında bir fark saptanmazken, çalışma grubundaki 50 yaşın altındaki hastalarda “madde kullanımı”nda fark saptanmıştır ( $p=0,006$ ). Öğrenim durumu ile başa çıkma tutumlarından “zihinsel boş verme”, “yararlı sosyal destek kullanma” ve “kabullenme” arasında fark saptanmıştır. Zihinsel boş verme tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında okuryazar olanlar ile üniversite mezunu olanlar arasında fark bulunmuştur ( $p=0,042$ ). Yararlı sosyal destek kullanma tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında okuryazar olanlar ile ilköğretim mezunu olanlar arasında fark saptanmıştır ( $p=0,024$ ). Kabullenme tutumu ikili olarak karşılaştırıldığında lise mezunu olanlar ile okur yazar, okur yazar olmayan ve ilköğretim mezunları arasında fark bulunmuştur ( $p=0,010$ ).

Glokom tedavisinde topikal olarak uygulanan beta blokerlerin depresyon gibi psikiyatrik bazı sorunlara neden olduğunu ya da mevcut belirtilerin daha da kötüleştiğinin belirtmiştir [41-43]. Bazı çalışmalarda topikal beta bloker kullanımının psikiyatrik sorunlarla ilişkili olmadığını ifade etmiştir [29, 44]. Çalışmamızda glokom tedavisinde topikal beta bloker kullanan hastaların BDÖ ile diğer grup ilaçları kullanan hastalar arasında fark saptanmamıştır.

Bu araştırma da glokom hastalarının çeşitli sosyodemografik etkileşimler ve karıştırıcı faktörlerle beraber depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiği, diğer kronik hastalıklara göre daha fazla depresif belirtiye sahip oldukları saptanmıştır. Yaşamış oldukları problemler içinse çeşitli baş çıkma tutumlarını kullanmışlardır. İnsanın önemli yaşamsal işlevlerinde kayba neden olabilecek hastalığa sahip olan glokom hastalarının düzenli poliklinik ve psikiyatrik takiplerinin yapılması gerekir. Bu takipler sırasında depresyon ve anksiyetesi yüksek olan hastaların daha sık kontrol edilmesi, psikolojik destek sağlanması, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini artırabilecektir.

## Kaynaklar

1. Thylefors B, Negrel AD. The global impact of glaucoma. *Bulletin of the World Health Organization* 1997; 72: 323-6.
2. Hikmet Özçetin. Klinik göz hastalıkları. Nobel kitabevleri 2003; s: 154-5.
3. Leske MC. The Epidemiology of open-angle glaucoma: a review. *Am J Epidemiology* 1983; 118: 166-91.
4. Karlıdağ R, Ünal S, Evereklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 670-5.
5. McGwin G Jr, Li J, McNeal S, Owsley C. The impact of cataract surgery on depression among older adults. *Ophthalmic Epidemiol* 2003; 10: 303-13.
6. Wilson Mr, Coleman AL, Yu F, Fong Sasaki I, Bing EG, Kim MH. Depression in patients with glaucoma as measured by self-report surveys. *Ophthalmology* 2002; 109: 1018-22.
7. Elbozan Cumurcu B, Cumurcu T, Çam Çelikel F, Etikan İ. Glokomlu hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Journal*, 2007; 44: 7-13.
8. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanoğlu NK. Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri (21-23 Haziran 2000, Edirne) Kongre Kitabı; s: 748.
9. Özmen E. Genel tıpta depresyon. *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1997; s: 16-117.
10. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13: 78-87.
11. Erdoğan T, Ünsar A, Süt N. Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009; 14: 447-61.
12. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer OA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği: Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-6.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
14. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6: 118-22.
15. Aydemir O, Köroğlu E. Beck Depresyon Envanteri. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ajans Matbaacılık 2000; s: 121-5.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist's Pres, Palo Alto 1970; s: 23-49.
17. Öner N, Le Compte A. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983; s: 1-26.
18. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
19. Bourne RR, Sukdom P, Foster PJ, Tantisevi V, Jitapunkul S, Lee PS, Johnson GJ, Rojanapongpun P. Prevalence of glaucoma in Thailand: a population based survey in Rom Klao District, Bangkok. *Br J Ophthalmol* 2003; 87: 1069-74.
20. Quigley HA, Vitale S. Models of open-angle glaucoma prevalence and incidence in the United States. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1997; 38: 83-91.
21. Yoshida M, Okada E, Mizuki N, Kokaze A, Sekine Y, Onari K, Uchida Y, Harada N, Takashima Y. Age-specific prevalence of open-angle glaucoma and its relationship to refraction among more than 60,000 asymptomatic Japanese subjects. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 1151-8.
22. Tielsch JM, Sommer A, Katz J, Royall RM, Quigley HA, Javitt J. Racial variations in the prevalence of primary open-angle glaucoma. The Baltimore Eye Survey. *JAMA* 1991; 266: 369-74.

23. Friedman DS, Wolfs RC, O'Colmain BJ, Klein BE, Taylor HR, West S, Leske MC, Mitchell P, Congdon N, Kempen J; Eye Diseases Prevalence Research Group. Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004; 122: 532-8.
24. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, Smith AR, Lau PW, Dolnak D, Rapaport MH, Kaplan RM, Brown SI. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2001; 108: 1893-900.
25. Erb C, Batra A, Lietz A, Bayer AU, Flammer J, Thiel HJ. Psychological characteristics of patients with normal-tension glaucoma. *Graefe's Arch Clin Exp ophthalmol* 1999; 237: 753-7.
26. Yaşan A, Keklikçi U, Tamam U, Ünlü K. Topikal Beta Bloker Kullanımı Sonrası Gelişen Depresif Bozukluk: Bir Olgu Nöropsikiyatri Arşivi, 2007; 44: 124-6.
27. Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2101-7.
28. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216-26.
29. Keklikçi U, Yaşan A, Ünlü K, Ceylan V, Balsak S. Glokom ve Topikal Antiglokom İlaçların Depresyonla İlişkisi. *Glo-Kat* 2007; 2: 255-9.
30. Çelik HC, Acar T. Kronik HD Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2007; 12: 23-7.
31. Özdemir AK, Özdemir HD, Coşkun A, Taşveren S. Dişhekimliği Fakültesinde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2001; 4: 71-4.
32. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Nephrol* 2008; 3: 56-63.
33. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 52-61.
34. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium Dergisi* 2003; 41: 120-4.
35. Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 3-14.
36. Ravindran AV, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Primary dysthymia: A study of several psychosocial, endocrine and immune correlates. *J Affect Disord* 1996; 40: 73-84.
37. Roy-Byrne PP, Vitaliano PP, Cowley DS, Luciano G, Zheng Y, Dunner DL. Coping in panic and major depressive disorder. Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 179-83.
38. Whatley SL, Foreman AC, Richards S. The relationship of coping style to dysphoria, anxiety, and anger. *Psychol Rep* 1998; 83: 783-91.
39. Hoffart A, Martinsen EW. Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid in-patients: A longitudinal study. *Br J Med Psychol* 1993; 66: 143-55.
40. Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatol J Clin Invest* 2008; 2: 101-5.
41. Crick RP. Epidemiology and screening of open-angle glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol* 1994; 5:3-9.
42. Granström PA, Norell S. Visual ability and drug regimen: relation to compliance with glaucoma therapy. *Acta Ophthalmol* 1983; 61: 206-19.

43. Polk JJ. Drug compliance in the elderly. JAMA 1982; 248: 1239.
44. Kaiserman I, Kaiserman N, Elhayany A, Vinker S. Topical beta-blockers are not associated with an increased risk of treatment for depression. Ophthalmology 2006; 113: 1077-80.