



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER BY-PASS GREFTİ UYGULANAN HASTALARDA
TABURCULUK SÜRESİNİN DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

TÜLİN KARAKUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. KÜRŞAT ÖZDİLLİ

İSTANBUL-2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tülin KARAKUŞ tarafından hazırlanan "**Koroner Arter By-Pass Grefti Uygulanan Hastalarda Taburculuk Süresinin Depresyon Üzerine Etkisi**" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :26.10.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
:Haliç Üniversitesi / HYO.
(Danışmanı)

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
:Haliç Üniversitesi / HYO.

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Adnan İŞGÖR
:Haliç Üniversitesi / HYO.

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
:Marmara Üni./Sağ. Bil. Fakültesi

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi / HYO.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde, bana yardımcı olan Yrd.Doç.Dr. Kırşat ÖZDİLLİ'ye, fikirleriyle beni yönlendiren, çalışma süresince her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen Prof.Dr. Necmiye SABUNCU'ya, araştırmam süresince beni yönlendiren Öğrt.Gör. Fatma ÖZHAN'a, her zaman yanımda olan sevgili aileme ve eşime, yardımlarından dolayı Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma hastanesi başhemşiresine, KVC servis ve yoğun bakım sağlık çalışanlarına teşekkür ediyorum.

Tülin KARAKUŞ

2009-İSTANBUL

İÇİNDEKİLER

I)	TEŞEKKÜR	I
II)	İÇİNDEKİLER.....	II
III)	KISALTMALAR.....	VI
IV)	ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	VII

1.BÖLÜM

ÖZET.....	1
-----------	---

2.BÖLÜM

SUMMARY.....	2
--------------	---

3.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
3.1.Giriş.....	3
3.2.Amaç.....	4
3.3.Hipotezler.....	4

4.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	5
4.1.Koroner Arter Hastalıkları.....	5
4.1.1.Koroner Arter Hastalıklarının Görülme Nedenleri ve Sıklığı.....	5
4.1.2.Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri.....	6
4.1.3.Normal Koroner Arter Fizyolojisi.....	6
4.1.4.Koroner Aterosklerozun Patolojisi.....	7
4.2.CABG Endikasyonları.....	9
4.2.1.Öykü Anamnez.....	9
4.2.2.Fizik Muayene.....	9
4.2.3.Tanısal Çalışmalar.....	10
4.3.Koroner Arter By-Pass Cerrahisi Gerektiren Hastaların Tedavisi.....	12
4.3.1.Tarihçe.....	12
4.3.2.Preoperatif Değerlendirme.....	13
4.3.3.Standart Cerrahi Teknik.....	14
4.3.4.Postoperatif Bakım.....	14

4.4.Depresyon Kavramı.....	16
4.4.1.Depresyon Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	16
4.4.2.Depresyonun Belirti ve Bulguları.....	17
4.4.3.Depresyonun Nedenleri Üzerine Farklı Psikolojik Yaklaşımlar.....	17
4.4.3.1.Psikanalitik Yaklaşım.....	17
4.4.3.2.Davranışsal Yaklaşım.....	18
4.4.3.3.Bilişsel Yaklaşım.....	18
4.4.3.4.Biyolojik Yaklaşım.....	19
4.4.4.Depresyonun Türleri.....	19
4.4.4.1.Majör Depresyon.....	19
4.4.4.2.Reaktif Depresyon.....	19
4.4.4.3.Psikotik Depresyon.....	19
4.4.5.Depresyonun Tedavisi.....	20
4.4.6.Hastalık ve Depresyon.....	20
4.4.7.Depresif Bozuklukların Tanınması.....	21
4.4.8.Depresyon Tedavisi.....	22
4.5.Koroner Arter Hastalığı ve Depresyon ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	23

5.BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
----------------------	----

5.1.Araştırmanın Türü.....	25
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25
5.4.Veri Toplama Araçları.....	25
5.4.1.Hasta Tanılama Formu.....	26
5.4.2.Beck Depresyon Envanteri.....	26
5.5.Verilerin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.....	26
5.6.Araştırmanın Etik Yönü.....	26
5.7.Veri Toplama Yöntemi.....	27
5.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
5.9.Araştırmanın Sınırlılıklar.....	27

6.BÖLÜM

BULGULAR.....	28
---------------	----

6.1.Hastaların Sosyo-Demoğrafik Özelliklerine ve Hastanede Yatış Sürelerine Ait Bulgular.....	29
---	----

6.2.Hastaların Sosyo-Demoğrafik Özelliklerinin ve Hastanede Yatış Sürelerinin Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtileri İle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	37
---	----

7.BÖLÜM	
TARTIŞMA.....	58
7.1.Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Ve Yatış Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması..	58
7.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Beirtilerinin Tartışılması..	60
7.3.Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	60
7.4.Hastaların Değiştirilen Damar Sayısı ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	61
7.5.Hastaların Sistemik Hastalıkları ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin ile Tartışılması.....	61
7.6. Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması	62
7.7.Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Alabileceği Kişiler İle Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması	62
7.8.Hastaların Preoperatif Yatış Süresi İle Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	63
7.9.Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süresi ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	63
7.10.Hastaların Postoperatif yatış süresi ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	64
7.11.Hastaların Hastanede Yatış Süreleri ile Depresyon Belirtilerinin Tartışılması.....	64
8.BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
8.1. Sonuçlar.....	65
8.2 Öneriler.....	67
9.BÖLÜM	
KAYNAKLAR.....	68
10.BÖLÜM	
ÖZGEÇMİŞ.....	72

11.BÖLÜM	
EKLER.....	73
EK1 Hasta Tanılama Formu.....	73
EK2 Beck Depresyon Envanteri.....	74
EK3 Samsun Sağlık İl Müdürlüğü İzni-1.....	77
EK4 Samsun Sağlık İl Müdürlüğü İzni-2.....	78

III) KISALTMALAR

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KABG: Koroner Arter By-Pass Grefti

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DM: Diyabetüs Mellütüs

HT: Hipertansiyon

BDE: Beck Depresyon Envanteri

IV ŐEKİLLERİN VE TABLOLARIN LİSTESİ

i) Őekillerin Listesi

Şekil 1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	30
Şekil 2. Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	31
Şekil.3. Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Dağılımları.....	31
Şekil. 4. Hastaların Sigara Ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımları.....	32
Şekil. 5. Hastaların Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımları.....	32
Şekil 6. Hastaların Geçirdiği Ameliyatlara Göre Dağılımları.....	35
Şekil 7. Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerine Göre Dağılımları.....	35
Şekil 8. Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süresine Göre Dağılımları.....	36
Şekil 9. Hastaların Postoperatif Yatış Sürelerinin Dağılımı.....	36
Şekli 10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	39
Şekil 11. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	39
Şekil 12. Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	42
Şekil 13. Hastaların Yaşlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	42
Şekil 14. Hastaların Ameliyatlara Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	45

Şekil 15.	
Hastaların Ameliyatlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	45
Şekil 16.	
Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları	48
Şekil 17.	
Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Postoperatif Depresyon Düzeylerinin Dağılımları	48
Şekil 18.	
Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları	51
Şekil 19.	
Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları ...	51
Şekil 20.	
Hastaların Destek Alabilecekleri Kişilere Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları	53
Şekil 21.	
Hastaların Destek Alabilecekleri Kişilere Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımı	53
Şekil 22.	
Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerine Göre Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları.....	55
Şekil 23.	
Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Sürelerine Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları...	56

ii)Tabloların Listesi

Tablo 1.	
Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 2.	
Hastaların Geçirdiği Ameliyat ve Yatış Sürelerinin Dağılımları.....	33
Tablo 3.	
Hastaların Cinsiyetinin Preoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.	
Hastaların Cinsiyetinin Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması.....	38
Tablo 5.	
Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 6.	
Hastaların Yaşlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7.	
Hastaların Ameliyatları ile Peoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 8.	
Hastaların Ameliyatları ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9.	
Hastaların Sistemik Hastalıkları ve Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 10.	
Hastaların Sistemik Hastalıkları ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11.	
Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının ve Preoperatif Depresyon Belirtileri Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12.	
Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması....	50
Tablo 13.	
Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Kişiler ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14.	
Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerinin, Preoperatif Depresyon ve Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması.....	54

Tablo 15.	
Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süreleri ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması....	56
Tablo 16.	
Hastaların Postoperatif Yatış Süreleri ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 17.	
Hastaların Hastanede Yatış Sürelerinin Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması.....	57

1. BÖLÜM

ÖZET

Araştırma KABG (Koroner Arter Bypass Grefti) olan hastaların, hastanede yatış süresinin depresyon belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı, analitik olarak gerçekleştirildi.

Çalışmanın evrenini, Samsun Sağlık Müdürlüğünden alınan izin neticesinde, Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, KVC (Kardiyovasküler cerrahi) servis ve KVC yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalar; örnekleme ise 27 kadın, 64 erkek toplamda 91 erişkin hasta ile oluşturuldu.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu ve Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapıldı. Veri analizinde; oran, ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS), Oneway Anova testi, Mann Whitney U, Ki- Kare testi, Student testi, Kruskal Walls varyans analizi, Banferrani testi kullanıldı. Çalışmamızda, geçerlilik ve güvenilirlik analizinde sonuçlar, % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

KABG (koroner arter bypass greft) olan hastaların, depresyon düzeyleri, hastaların yaşı, cinsiyeti, var olan sistemik hastalıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, taburculuk sonrası destek alabilecekleri kişiler, preoperatif yatış süresi ve postoperatif yatış süreleri ile karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, sistemik hastalıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, değiştirilen damar sayıları ile peroperatif ve postoperatif depresyon belirtileri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra destek alabilecekleri kişiler varlığı ile preoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldıklarında ise anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$). Hastaların preoperatif yatış süresi ve postoperatif yatış süresi ile preoperatif depresyon belirtileri ve postoperatif depresyon belirtileri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$). Hastaların yoğun bakımda yatış süresi ve postoperatif depresyon düzeyleri arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Anahtar kelimeler: Koroner Arter Bypass Gerfti (KABG), depresyon, hastanede yatış süresi

2.BÖLÜM

SUMMARY

The Effect of Staying Time in Hospital on Depression in Patients With Coronary Arter Bypass Graft

The research was performed as descriptive and analytical with a view to determine the effect of staying time in hospital on depression symptoms in patients with CABG.

By the permit of Samsun Health Board, the horizon of the study was composed by the patients who have been treating in the departments and CVS (Cardiovascular Surgery) Intensive Care Units of Samsun Mehmet Aydın Training and Research Hospital, and the sample was composed by 91 adult patients, 27 of them were female and 64 were male.

The data were performed by using the information form that was prepared by investigator and Beck Depression Inventory. In the data analysis ; ratio, average (x), standart deviation (SS), Oneway Anova Test, Mann Whitney U, Chi-Square test, Student test, Kruskall Wallis Variance Analysis and Banferrani test were used. In our study, validity and confidence analysis results were evaluated by %95 confidence interval and significancy was evaluated as $p < 0,05$.

The depression levels of patients with CABG were compared with patient's ages, sex, present systemic disorders, smoking and alcohol habituitions, people that they can take support after discharge, preoperative staying time and postoperative staying time. No significant difference was found between patient's age, sex, systemic disorders, smoking and alcohol habituitions, changed vessel numbers and preoperative and postoperative depression symptoms ($p > 0,05$).

A significant difference ($p < 0,05$) was determined when we compared the people that the patients can take support after discharge with preoperative depression levels. A significant difference was found between preoperative staying time and postoperative staying time with preoperative depression symptoms and postoperative depression symptoms ($p < 0,05$). No significant difference was foun between staying time in intensive care units and postoperative depression symptoms ($p > 0,05$).

Keywords: Coronary Arter Bypass Greft (CABG), Depression, Staying time in hospital

3.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

3.1.Giriş

Hastalık tıbbi açıdan fizyolojik ve organik süreçlerle biyolojik, psikolojik, psikoseksüel, entellektüel, sosyal, çevresel ve ailesel çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir. Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığın kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir. Bu yeni rol bedensel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır. Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tümüyle kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir. Bu etkilenme sonucunda hastalığa ve hastaya göre değişmekle beraber, anksiyete, depresyon, regresyon, kızgınlık, matem reaksiyonu ve yadsıma gibi emosyonel tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görülen ise depresyondur. Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk, suçluluk ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşüncelerin almasıdır. Bu duygular ve düşünceler bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Bedensel hastalığı olanlarda da depresyon gerek belirti, gerekse sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir. Bedensel hastalığı olan bireylerde depresyonun sıklığını belirlemeye yönelik ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (44, 47, 48).

Yurt dışında yapılan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar yatarak tedavi gören hastaların %19-60'ında depresif belirtilerin görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda depresyon görülme oranı kanser hastalarında %58, diyabet hastalarında %24, inme (stroke) sonrası%50 olarak bulunmuştur. Bedensel hastalığa karşı geliştirilen emosyonel tepkilerden bir diğeri depresyondur. Ülkemizde bedensel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4'ünde depresyon bildirilmiştir(39). Yurt dışındaki bir çalışmada ise bu oran %23'tür (40, 42).

Bireyin hastalığa gösterdiği tepkilerden depresyon, onun hastalıkla başetme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve daha fazla tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler. Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin stresle başa çıkma tarzıda farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, ve depresyon ortaya çıkmaktadır. Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan, psikososyal stres düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (2, 7, 26).

Bedensel ve cerrahi hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan biri depresyondur. Bu psikiyatrik bozukluk, hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir (33, 40).

3.2. Amaç

Yukarıda belirtilen nedenlerle Koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı olmak amacıyla hastaneye yatan hastalarda, tedavi süresinin uzaması, hastanede yatış süresinin beklenenin üzerinde olması, günlük hayata uyumun bozulduğu, depresyon belirti ve bulgularının daha sık görülebileceğinden yola çıkılarak bu araştırma planlandı.

3.3.Hipotezler

Koroner Arter Bypass Grefti olan hastaların;

- Kadın hastaların peroperatif ve postoperatif depresyon belirtileri erkek hastalara oranla daha düşüktür.
- Sistemik bir hastalığın varlığı depresyon belirtileri üzerine etkilidir.
- Sigara ve alkol alışkanlığının preoperatif ve postoperatif depresyon belirtileri üzerine etkisi vardır.
- Yaşın preoperatif ve postoperatif depresyon belirtileri üzerine etkisi vardır.
- Taburculuk sonrası, destek kişilerin varlığı, depresyon belirtileri üzerine etkilidir.
- Preoperatif hastanede yatış süresinin uzaması depresyon belirtileri üzerine etkilidir.
- Yoğun bakımda yatış süresi uzadıkça, depresyon belirtileri artar.
- Postoperatif yatış süresi uzadıkça depresyon belirtileri artar.

4.BÖLÜM GENEL BİLGİLER

4.1. KORONER ARTER HASTALIKLARI

Tanım:

Kalbin kendisini besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere herhangi bir nedenle, yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokarda oluşan iskemi ve nekrozun derecesine göre değişen hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarının tümü koroner kalp hastalıkları (KAH) başlığı altında incelenmektedir.

Koroner kalp hastalıklarının esas nedeni, aterosklerotik sonucu koroner arterlerin daralması ve tıkanması olduğu için, aterosklerotik koroner arter hastalığı deyimi klinisyen ve patologlarca uygun bulunmuştur(45).

4.1.1 Koroner Arter Hastalıklarının Görülme Nedenleri ve Sıklığı

Koroner arter hastalıkları tüm ölümlerin % 33-50'nin kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise % 50-75'inin nedenidir.Bu rakamlar, koroner arter hastalıklarının bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, çok sık görülen hastalık gurubu olduğunu ve ölümlerin en başta gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır (41, 45).

Son 45 yılda koroner arter hastalıklarının tanı, tıbbi tedavi, cerrahi tedavi ve koruma yöntemlerinde çok önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak, 45 yıl öncesine göre koroner arter hastalıklarına bağlı ölümler istatistik rakamlarına göre büyük oranda azaltılmıştır. Bu hızlı gelişmeye rağmen, günümüzde de koroner hastalıklarının önemi yüksektir (41).

Koroner arter hastalıklarının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları, yaşa, cinse, diğer risk faktörlerine, toplumlara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Koroner arterleri daraltan temel etyolojik neden olan aterosklerozun oluşumunda, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, genetik faktör, sigara içimi... gibi risk faktörleri çok önemli rol oynamaktadır (32).

Koroner arter hastalığının görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yaşla da yakından ilgilidir. Yaşın ilerlemesi koroner arter hastalığının temel nedeni olan ateroskleroz oluşumunu hızlandıran önemli risk faktörlerindedir. 40 yaştan önce koroner arter hastalığı daha az görülmektedir. 40 yaşından sonra, ateroskleroz oluşumu ve buna bağlı koroner arter hastalığı görülme sıklığı, yaşam artışına paralel olarak artmaktadır. Koroner arter hastalığının en sık görüldüğü yaş, erkeklerde 50-60, kadınlarda ise 60-70 arasındadır (32,38).

Koroner arter hastalığının görülme sıklığı cinsler arasında farklılıklar göstermektedir. Koroner arter hastalığı erkekleri daha fazla etkiler.Cinsiyetin erkek olması bir risk faktörüdür.İlk akut miyokard infarktüsü sıklıkla erkeklerde 45-50, kadınlarda 50-55 yaşlarda oluşur. Koroner arter hastalığının görülme sıklığı,erkeklerle göre kadınlarda 10 yıl daha sonra artmaya başlar. Kadınlar menapozdan sonra bu artış özellikle hızlanır. 40 yaştan önce koroner arter hastalığının görülme sıklığının erkek/kadın oranı, 8/1'dir ve 40-60 yaş arası 4/1'dir.70 yaştan sonra ise kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir (11, 27).

4.1.2 Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri

Koroner kalp hastalıkları, dünyada ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Koroner arter hastalığına bağlı ölümler genelde genç ve orta yaşlarda ortaya çıkmakta ve kişiyi en verimli olduğu yaşta yakalamaktadır (11).

Serbest Pazar ekonomisine geçiş ülkeleri arasında değerlendirilen ülkemizde kalp ve damar hastalıkları günümüzde “bir numaralı öldürücü” olarak yerini korumaktadır. Türkiye özellikle kadınlarda kalp ve damar hastalıklarından ölümlerde avrupada en önsırada yer almaktadır. Batı tipi beslenmenin yaygınlaşması ve modern yaşamın getirdiği hareketsizlik ile son 10 yılda toplumumuzda obesite önemli bir sorun haline gelmiştir. Her iki erkekten biri ve her beş kadından biri sigara içmektedir. Ülkemizde 16 milyon hipertansif birey bulunmakta ve kan basıncı yüksek olanların ancak % 40'ı kan basınçlarının yüksek olduğunun farkındadır. Kolesterol yüksekliğinin yanında HDL düşüklüğü ve trigliserid yüksekliğinin de toplumumuzda risk oluşturduğu düşünülmektedir (32, 35).

1990-2004 yılları arasında koroner kalp hastalığı görülme sıklığı yılda % 5-6 artış göstermiştir. Bu artışın 2004-2015 döneminde % 7'ye çıkacağı öngörülmektedir. Önümüzdeki on yıl için yıllık artış hızının % 2'ye indirilmesi ve kalp ve damar hastalıklarından ölümlerde 10 yıl içinde % 30 azalma elde edilmesi hedeflenmektedir.(27, 45)

4.1.3. Normal Koroner Arter Fizyolojisi

Koroner kan akımı myokardın ihtiyacı olan metabolik substratları ve oksijeni temin ederken, eşzamanlı olarak transkapiller değişim ile açığa çıkan karbon dioksit ve metabolik ürünleri alır. Diğer organ sistemlerinin aksine myokard gram başına 0,7-0,9 ml ile gelen 0,1ml/g/dk oksijen gibi gayet yüksek bir enerji tüketimine sahiptir. Koroner kapiller yatağa gelen kandaki oksijenin tüketimi normal koşullarda %75 iken, stres altında % 100'e çıkabilir. Myokarda kan akımı, genişepikardiyal damarlar, bunlardan myokarda penetre olan arteriollerin sonlandığı kapiller pleksuslardan gelir. Koroner kan akımına karşı ilk rezistansın olduğu penetran arterler, rezistansarterleri olarak da adlandırılırlar. Kalbin yüksek metabolik hızı nedeniyle interkapiller mesafenin 17 µm'ye kadar düştüğü, yüksek kapiller bir yoğunluk vardır. Stres veya egzersiz nedeniyle artmış myokardiyal oksijen ihtiyacı, rezistans arterlerin genişlemesi ve ek kapiller ağların açılması ile kan akımı 3-4 katına çıkarılarak sağlanır. Yeni kapiller ağların açılması ile interkapiller mesafe azalır, böylece oksijen ve besinlerin myokardda diffüzyonla ilerleyecekleri mesafe kısalır. Sistolde myokard kasılmasına bağlı artan intramyokardiyal vasküler rezistans nedeniyle koroner kan akımı öncelikle diastolde gerçekleşir. Epikardiyumdan endokardiyuma doğru olan basınç gradienti nedeniyle, bu basınç gradientini dengelemek üzere, sol ventrikülde kapiller yoğunluk subendokardiyumda fazladır. Stres sırasında oksijen temini primer olarak vazodilatasyonla gelen kan akımı artırılarak sağlanır. Eğer yeterli perfüzyon basıncı mevcutsa, normal koşullarda total ve rejyonel myokardiyal kan akımı metabolik ihtiyaca göre otoregülasyonla, rejyonel rezistans ayarlanarak sağlanır. Yine endotel de lokal kan akımı regülasyonunda önemli bir role sahiptir. Endotel bunu salgıladığı vazoaktif EDRF ve EDCF (Endotelin) ile başarır. (38,39, 90)

Myokardiyum oksijenin ve substratların sağladığı enerjii dolaşimsal basınç ve akım olarak, ventriküler sarkomerlerin entegre toplamı şeklinde mekanik enerjiye çevirir. Eksternal basınç ve akım jenerasyonu (stroke work) şeklinde enerji üretimi, afterloaddaki fizyolojik değişimlerden ziyade, diastol sonu hacimle doğru orantılıdır. Kardiyak metabolik aktivite, zaman içerisinde myokardın oksijen tüketiminden hesaplanabilir, buna bağlı olarak myokard enerji

tüketimi oksijen tüketiminden hesaplanabilir. Myokard enerji tüketiminin 2 komponenti vardır; stroke work veya ventriküler basınç-hacim döngüsünün integrali olan eksternal enerji ve sistolik ventriküler basıncı belli bir hacimde tutmak için gerekli termodinamik sarfiyat, internal enerji. Çarpan kalbin oksijen tüketimi mekanik enerji tüketimi ile sıkıca ilintilidir. (45)

4.1.4. Koroner Aterosklerozun Patolojisi

Koroner aterosklerozisin, lipid metabolizmasıyla, özellikle de kolesterolle yakın ilişkili bir hastalık olduğu aşikardır. Kanda total kolesterol düzeyi, (özellikle LDL düzeyi) ne kadar yüksek olursa semptomatik KAH, fatal KAH veya kolesterol plağı gelişme riski de o derece fazladır. Diğer major risk faktörleri arasında sigara, hipertansiyon, diabetes mellitus (DM), obezite sıralanabilir. Aile öyküsü, sedanter hayat ve ileri yaş da ayrıca giderek önem kazanan faktörlerdir, ancak hiperkolesterolemi bilinen en önemli risk konumundadır.

Koroner arterlerin patolojik araştırmaları yaklaşık 100 yıldır sürmesine rağmen, aterosklerotik sürecin başlangıcı ancak yakın zamanlarda anlaşılabilmiştir. Aterosklerotik lezyonların oluşum mekanizmasının anlaşılması ile, tedavisi yönünde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Erken lezyon oluşum ve progresyonunda birçok risk ve patolojik faktör rol alır. Bütün bu risk faktörlerinin arteriyel endotelde fonksiyonel değişikliğe yol açarak, artmış lipid birikimi ve enflamatuar damar duvarı yanıtına yol açtığı düşünülmektedir. Bu süreç ayrıca monosit gibi diğer birtakım enflamatuar hücrelerin akümüasyonu ile hızlanmaktadır. Tetikleyici faktörlerin devamlılığı da kronik enflamatuar yanıtı, yetersiz doku iyileşmesine ve nihayetinde damarın trombüs ile tıkanması ile sonuçlanmaktadır. Total ve LDL kolesterol düzeylerinin klinik olarak koroner aterosklerozla ilişkili olduğu epidemiyolojik çalışmalar ile ortaya konmuştur. LDL, HDL, ve KAH gelişme riski arasındaki ilişki bugün artık çarpıcı bir şekilde ortaya konmuştur. Tersine kolesterol transportunun HDL kolesterol ile olduğu, dolayısıyla yüksek HDL konsantrasyonunun KAH gelişim riskinde azalmaya yol açtığı görülmüş. Böylece, HDL metabolizması, tersine kolesterol transportu ve insan aterogenezinin birbiriyle sıkı ilişkide olduğu, bu 3 farklı sürecin işleyişine göre KAH seyrinin değişebildiği saptanmış. HDL'nin ateroskleroz oluşumu ile olan ters ilişkisi, kısmen tersine kolesterol transportu dışı faktörlere bağlıdır. Örneğin koroner arter vazospazmında önemli olan vazomotor tonusu etkili olabilir veya LDL'nin oksitlenmesini önüyor olabilir. Bu nedenle kolesterol birikimi ve KAH oluşumunu sadece tersine kolesterol transportu bozukluğuna bağlamak doğru olmaz. Koroner ateroskleroz, çok erken yaşlarda, bebeklerde mikroskopik olarak başlayabilen progresif bir hastalıktır. İnternal elastik membranda kırılma, dejenerasyon ve rejenerasyon, endotel hücrelerinde ve fibroblastlarda çoğalma ve mukopolisakkarid depolanması, sürecin görülen erken lezyonlarıdır. Bu çok erken evrede lezyonlar çok küçük, hatta mikroskopik düzeydedir. İlk gelişen lezyonlar intimada gözle görülebilen lipoid materyaller şeklindedir ve hayatın ikinci dekadında yapılan kalp otopsilerinin yarısında gözlenebilmektedir. 1953 yılında Enos ve arkadaşları, Kore savaşında ölen genç askerlerde yaygın koroner arter ateroskleroz varlığını gösteren çarpıcı bir çalışma yapmışlardır. Yazarlar bu çalışmada, bu erkeklerde %10'u ciddi ilerlemiş evrede olmak üzere %77 olguda gross koroner ateroskleroz varlığı göstermişlerdir (61). Ciddi lezyonlu vakaların % 70'den fazlasında 1 veya 1'den fazla koroner damarda ciddi daralma olduğunu saptamışlardır (90). Diğer birtakım çalışmalar da, ciddi semptomlar belirene kadar sessiz kalabilen yaygın koroner aterosklerozun prevalansına işaret etmektedir. İntimal aterosklerotik bir plağın rüptürü, ardından trombosit birikimi ve trombüs oluşumu, koroner aterosklerozun son evresinde kliniği kötüleştiren dominant mekanizma olup, nihayetinde damarın tam oklüzyonu ve akut MI ile sonuçlanır. Anstabil anjina patogenezinde ise dinamik trombüslerin yarattığı subtotal oklüzyonlar major öneme sahip gibi görünmektedir. Bazı önemli patolojik gözlemler sayesinde koroner arterlerin CABG ile tedavisinde önemli mesafeler katedilmiştir. Birincisi aterosklerotik değişikliklerin genellikle koronerlerin proksimal 1/2-1/3 'ünü

tutuyor ve kısmen lokalize olma eğiliminde oluşudur. Bu gözlem ile proksimal lezyon başarılı bir şekilde bypass'lanıp damar distaline ve kapiller yatağa olan besleyici akım düzeltilmiştir. Aterosklerozun majör koronerleri tutma derecesi ve insidansını inceleyen çalışmalar LAD'nin en sık tutlan damar olduğunu, bunu sırasıyla RCA, Cx, LMCA'nın, en az sıklıkta da PDA'nın izlediğini göstermiştir (22, 38, 45).

4.2. KABG ENDİKASYONLARI

4.2.1.Öykü / Anamnez

KAH'ın birçok klinik prezentasyonda belirebilir, öyle ki, çoğu ciddi koroner okluzif hastalığa sahip hastada tipik anjina pektoris semptomları dahi olmayabilir. Benzer şekilde myokard enfarktüsü sessiz geçirilebilir, ya da öncesinde herhangi bir öykü olmamasına karşın elektrokardiografik olarak geçirildiği tespit edilebilen enfarktler olabilir. Anjina pektorisin tanısı, semptomların dikkatlice irdelenmesine bağlıdır. Bu nedenle öykü çok önemlidir, çoğu hasta göğüslerinde olan garip bir rahatsızlıktan şikayet ederler. Genellikle bu, ağrıdan ziyade hazımsızlık şikayetine benzer şekildedir. Stabil anjina pektoris tipik olarak egzersiz, duygusal stress veya yemek sonrası gibi myokardın oksijen ihtiyacının arttığı durumlarda ortaya çıkar ve dinlenmek veya sublingual nitroglicerine ile geriler. Anjinanın reflü özofajit, kolesistit, bursitis, veya servikal disk kompresyonu gibi diğer bazı semptomları taklit edebildiği 'atipik' formları da olabilir. %15 gibi anlamlı sayıda bir hasta grubunda ise myokard iskemisi sürmesine rağmen anjina olmayabilir (11, 27).

Bu 'sessiz anjina' genellikle diabet hastalarında olur ve stres testi sırasında yapılan elektrokardiyografik monitorizasyon gibi laboratuvar testleri ile tespit edilir. Anstabil anjinalı hastalarda ise egzersiz ile oksijen ihtiyacında gösterilebilen artış saptanmadığı halde myokard iskemisi meydana gelir. Bu semptomlar istirahatte veya hasta uyurken belirebilir, ve buna spontan koroner vazomotorik aktivitenin sebep olduğu marjinal bir myokardiyal kanlanmanın yol açtığına inanılmaktadır. Anstabil anjina tanımı aynı zamanda yeni başlayan veya uzun süre stabil gittikten sonra sıklığında ve şiddetinde değişme gösteren anjinalar için de kullanılır. Hekimler anjinayı sıklıkla Canadian Heart Association Sınıflamasına göre derecelendirirler; Class I hastaların semptomları yoktur, Class II hastalar ciddi egzersizle Class III hastalar orta şiddette egzersizle, Class IV hastalar istirahatte anjina geliştirirler. Myokard enfarktüsü koroner aterosklerozun hayatı tehdit eden en sık, en ciddi komplikasyonudur. Bugün A.B.D. de yılda yaklaşık 1 milyon yeni myokard enfarktüsü vakası görülmekte olup, hospitalize edilebilenlerinde mortalite %8'in altına düşmüştür. Enfarkt genellikle hastalıklı koroner arterdeki aterosklerotik plaklı lezyonun üzerine binen akut tromboz nedeniyledir. Ani ölüm ise hastalığın yaygınlığı ve ventriküler fonksiyonlarda yarattığı bozulmaya bağlıdır. Ölüm iskemisi veya enfarkt sonucu oluşan, genellikle ventriküler fibrilasyon gibi aritmiler nedeniyledir. Tipik anjina semptomları olmayan bir diğer hasta grubunda ise konjestif kalp yetmezliği gelişir. Bu hastalar incelendiğinde anlamlı koroner obstrüksiyona bağlı yaygın ventriküler fonksiyon kaybı saptanabilir. Bu hastaların bazılarında öyküde birden fazla enfarktüs olabilirken, bazıları belirgin bir klinik öykü olmadan, doğrudan ventriküler disfonksiyona sekonder konjestif kalp yetmezliği şikayetleri ile başvurabilirler (32,41).

4.2.2.Fizik Muayene

Fizik muayene, aterosklerotik KAH'lı hastalarda genellikle çok az şey ortaya çıkarır. Bunlarda kardiyovasküler sistem anomalileri hakkında fikir verecek, periferik damar veya oftalmolojik muayenede aterosklerozu saptamak önemlidir. Kan basıncı subnormal ile yüksek değerler arasında olabilir. Eşlik eden kapak hastalığı olmadığı sürece murmur veya kardiyomegali gibi anomaliler nadirdir. İstirahatte aritmiler nadir görülür ancak nadir ekstrasistoller olabilir. KAH'da öykü ve fizik muayene diğer cerrahi patolojilerdeki kadar bilgi

sağlamasa da , hiç şüphesiz kalp cerrahisi açısından önemlidir ve uygulanacak terapi öncesinde mutlaka dikkatle değerlendirilmelidir. Komorbiditelerin operatif riskeri ve uzun dönem operatif sonuçları etkilemesi nedeniyle hastanın genel sağlık durumu, aktivite düzeyi önemlidir. Kalp hastalığı nedeniyle kısıtlanan hastalar post-operatif belirgin bir şekilde düzelebilirken, organ disfonksiyonuna yol açan pulmoner, nörolojik, renal, gastrointestinal veya hematopoetik patolojilere sahip hastalar, kardiyak cerrahi öncesinde çok iyi değerlendirilmelidirler, çünkü bu hastalarda operasyonun erken ve uzun dönem sonuçları var olan koroner yetmezlikten çok komorbid hastalıkları tarafından şekillenebilir (22, 27).

4.2.3. Tanısal Çalışmalar

Myokariyal revaskülarizasyon için değerlendirilecek KAH'lı hastalarda planlanan ve rutin olarak uygulanan tanı çalışmalarında, akılda tutulması gereken bazı noktalar vardır. Öncelikle anemi, renal yetmezlik, pulmoner disfonksiyon, metabolik bozukluklar gibi cerrahi açıdan risk faktörü olan ve preoperatif düzeltilebilir nitelikteki rahatsızlıklara yönelik laboratuvar testleri yapılmalıdır. Herhangi bir koagülasyon veya nörolojik disfonksiyon öyküsü, cerrahi sonuçları doğrudan etkilemeleri nedeni ile derinlemesine araştırılmalıdır. Herhangi bir enfeksiyon varlığı veya şüphesi, öykü, fizik muayene, veya yara, kan, idrar, balgam kültürü gibi laboratuvar çalışmaları ile değerlendirilmelidir. Rutin posteroanterior ve lateral göğüs radiogramı, revaskülarizasyonahazırlanan her hastada kalp ebadını, akciğer enfeksiyonu varlığını, varsa evvelce tespit edilmemiş akciğer lezyonlarını ve koroner arterlerde veya aortada kalsifikasyon varlığını göstermesi açısından elzem bir tetkiktir (45).

Koroner arter hastalıklarının, kardiyak fonksiyonlar üzerindeki etkilerini saptamak üzeredir. Bunlardan istirahat elektrokardiyogramı, genellikle normal olmakla birlikte, geçirilmiş eski myokard enfarktüsünü, ventriküler veya atrial hipertrofiyi, ritm bozukluklarını veya kalp bloğunu, veya klinikle uyumdan ilerleyen bir iskemiye gösterebilir. Çoğu güçlü aile öyküsü veya risk faktörü taşıyan hasta klinik olarak asemptomatiktir. Diğer bazılarında semptomlar atipik olup, hastanın klinik problemini açıklamada, koroner hastalığı önemli bir faktör olarak ortaya koyabilir. Sol ana koroner arterin tutulduğu asemptomatik KAH formlarında, koroner anatomi tek başına bir müdahaleyi gerektirebilir. Bunun yanısıra, cerrahi prosedür için yüksek risk teşkil edebilen comorbiditelere sahip veya fizyolojik olarak anatomik hastalığı kompanze etmiş hastalarda, cerrahi müdahale kararı sadece hastaların fonksiyonel kapasitelerindeki bozukluğun derecesine bağlı olabilir. Çoğu hastada tanısal değerlendirmenin önemli bir parçasını egzersiz stress testi oluşturur. Egzersiz testi terimi egzersizin iki amaç için sistematik kullanılır: elektrokardiografik gözlem ve istirahat metabolik ihtiyacının üzerine çıkıldığında bunun fizyolojik ayarlamasının yapılabilme yeterliliğini değerlendirmek için. Multistage bisiklet veya treadmill testleri en sık kullanılan stres testleridir. Bu testler fiziksel güç sarfına göre derecelendirilir. Çeşitli düzeylerde 3 ile 5 dakikalık submaksimal egzersizler içerir ve sonunda kişinin yorulduğu, maksimal fiziksel iş kapasitesi (maximum physical working capacity) veya PWC Max olarak adlandırılan son noktaya gelir. Submaksimal iş seviyelerinde iş yükü, anjinal ağrı veya ST segment değişiklikleri gibi iskemik belirtiler ortaya çıkana kadar artırılır. Eğer bir kalp hastalığı saptanmışsa, bu şekilde işyükü daha kolay manipüle edilir ve hastanın fonksiyonel kapasitesi hakkında daha güvenilir, daha kantitatif bir fikir sahibi olunur. Stres testi ile tanı ve müteakip tedavi planı daha doğru yapılır, ancak test tarama amacı ile yapılıyorsa, maksimal olmasa da, o yaş için öngörülen maksimum kalp hızının %85'ine kadar çıkılması önerilir. Egzersiz elektrokardiyogramı sıklıkla, myokard iskemisi veya ritm bozukluklarını içeren şüpheli koroner hastalığın işaretlerini gösterir. Ancak hastalığın yerini ve yaygınlığını gösterememesi nedeni ile stres testinin verdiği bilgiler sınırlıdır. Aynı zamanda, ileri KAH'a sahip hastalarda koroner anjiogramlarda lezyon olmasına karşın, %25-40 arası yalancı-negatif sonuç verme

ihtimali vardır. Ek olarak egzersiz elektrokardiyogramları, digoxin ve beta-blokör gibi sık kullanılan ilaçlardan da etkilenirler. Yine sol ventrikül hipertrofisi de bu testin yorumunu etkileyebilir (27, 32, 45).

Tanı almış kardiyovasküler hastalığı olan vakalarda, egzersiz stres testi, hastanın fiziksel aktivite kapasitesi limitini ölçmede ve tedavisine yön vermede güvenilir, objektif veriler sunar. Egzersiz, stres testinin koroner kan akımına talebi artırması sebebiyle, KAH'a özgü bazı ipuçları açığa çıkar. Başlangıç bulgularının yaklaşık %30'u anjina pectoris şeklindedir ki bu da koroner kan akımının en alt kritik seviyeye indiğini gösterir. Kalbin normal elektriksel aktivitesindeki değişiklikler de yine yetersiz myokard oksijenasyonunu gösterir. Bazı hastalarda elektriksel değişiklikler T dalgası negatifleşmesi şeklinde olabilese de, koroner yetmezliği gösteren en önemli değişiklik horizontal ST segmentinin depresyonudur. Anlamli ST depresyonu olan hastalarda genellikle bir veya birden fazla koronerde %70'in üzerinde ciddi ve yaygın obstrüksiyon vardır. Yine, KAH'dan ölüm ihtimali ile ST depresyonu derecesi arasında kuvvetli bir ilişki söz konusudur (35, 45).

Egzersiz testi ile elektrokardiyogramda ST segment değişiklikleri görülebilmesi yanısıra, kalbin normal ve anormal ritmlerini gözleme şansını da verir. Kalp ritmindeki anlamli değişikliklerden birisi prematür ventriküler vurulardır (PVC). Egzersizle olan PVC'ler genellikle iki veya üç damarın tutulduğu ciddi koroner arter hastalığını düşündürür. Sık PVC'leri olan koroner hastalarında, olmayanlara göre ventriküler fibrilasyon nedeni ile ani ölüm insidansı 6-10 kat arası artmıştır. Standart stres testinin sensitivite, spesivite yönünden, hastanın tredmilde yürüyebilecek veya bisiklet pedalı çevirebilecek fiziksel yeterliliğe sahip olması gerekliliği gibi bazı kısıtlamaları vardır. Ancak spesivite talyum uygulaması ile artırılabilir. Talyum, potasyum gibi intrasellüler dağılım gösteren radyoaktif bir izotoptur, egzersiz sırasında verildiğinde ise iskemik alanlarda tutulum defekti meydana gelir, ve bu da radyonüklid görüntüleme ile myokarda görülür. İskeminin gerilemesi ile, canlı ancak test sırasında kanlanma bozukluğu olan myokard bölgeleri talyum tutmaya başlar. Egzersiz sonrasında halen talyum ile dolma defekti gösteren bölgeler varsa bunlar fikse myokard skarlanmasını gösterirler (11, 39, 45).

Standart egzersiz protokollerini yerine getiremeyecek fiziksel kısıtlamaya sahip hastalarda ise farmakolojik stres testi, adenosin veya dipiridamol uygulamasını müteakiben talyum görüntüleme sintigrafisi uygulanır. Bu ilaçlar koroner vazodilatatör etki gösterip, egzersiz testine benzer relatif kanlanma bozukluğu gösteren alanların talyum ile görüntülenmesine olanak verir. Egzersiz testi yapılamayacak veya adenosin veya dipiridamol verilemeyecek hastalarda ise istirahat talyum görüntüleme sintigrafisi bölgesel iskemileri gösterebilir. Bu hastalarda talyum enjeksiyonunun hemen ardından ve birkaç saat sonra tekrar görüntü alınır. Talyum sintigrafisinde hiç dolmayan bir bölge, geri dönüşümsüz hasarlı, cansız bir myokardiumu işaret eder. Myokard kontraksiyonunu ölçmek üzere yapılan diğer bir çalışma, myokard içinde hapsolan kan havuzunu tarayan radyonüklid anjiografidir. Bu çalışma, kontraktileiteyi ejeksiyon fraksiyonu(EF) şeklinde ifade eder. Normalde %50-70 arasında olan EF, egzersizle sağlam bir kalpte %75'in üzerine çıkar. Egzersizde EF düşmesi ise belirgin bir KAH'ı düşündürür. Ekokardiyografi bugün en sık kullanılan kardiyak tanısal yöntem olmuştur, kardiyak görüntüleme için ultrason ve yansıyan akustik dalgaları kullanır. Fiziksel kısıtlılık nedeni ile egzersiz testi yapılamayan hastalarda önemli bir non-invaziv test olan dobutamin stres ekokardiyografi uygulanabilir. Bu test duvar hareketlerini ve inotropik uyarımı ile meydana gelen duvar hareket anomalilerini ortaya koyar. Azalmış inotropik cevap iskemik alanların varlığını gösterir. Pozitron-emisyon tomografisi (PET) ise kalbin az kanlanan bölgelerinde kalan myokard dokusunun canlılığını tespit etmek üzere kullanılan yeni bir görüntüleme tekniğidir. Bu tekniğin sensitivitesi, kullanıldığı amaç itibarı ile talyum sintigrafisinden daha yüksektir ve pozitron yayan isotoplarla işaretlenmiş glukoz veya diğer maddelerin myokardiyal metabolizmalarını ölçme esasına dayanır. PET, özellikle myokard enfarktüsü geçirdiği sanılan bölgelerin canlılığını (hibernating myokardı), yani revaskülarizasyondan fayda görüp

görmeyeceğini anlamada özellikle faydalıdır. Kardiyovasküler tanı çalışmalarında üçüncü ve nihai amaç, koroner anatomiye ve ventriküler fonksiyon ve anatomisini saptamaktır. Aterosklerotik süreç, genellikle koroner arterlerin yarıdan fazlasını tutacak şekilde yaygındır. Koroner anjiyografilerde ikinci sık yanlış, bazen damarların bypass için çok ince olduğu düşüncesidir. İnce görünümün sebebi obstrüksiyonun distalindeki damara kollaterallerden yetersiz boya geçmesi veya normal perfüzyon basıncının olamaması nedeni ile damar duvarının yeterince gerilememesi olabilir. Ancak cerrahların tecrübelerine göre obstrükte segmentin distalinde %95 vakada bypass yapılabilecek en az 1mm internal çapa sahip koroner arter bulmak mümkündür. Diğer bir yanlış da ventrikülografide kasılma bozukluğu gösteren sahaların, geri dönüşümsüz olduğu ve buralara bypass yapmanın gereksiz görülmesidir. Gelecekte, konjestif kalp yetmezliği olan hastaların giderek artan oranda CABG'ye verilmesi ile PET gibi myokard viabilitesini araştıran yöntemlerin önemi artacaktır. Koroner bypass cerrahisinin ilk dönemlerindeki, kötü ventrikül fonksiyonu olan hastaların opere edilmediği zamanların aksine günümüzün modern cerrahi anlayışı, viable myokardiyum dokusu (hibernatig myokardiyum) gösterildiği takdirde, bu yüksek risk grubundaki hastaların revaskülarizasyondan en büyük faydayı görecekları inancındadır. Aksine, skar dokularını revaskülarize etmenin de, faydalı olmadığı yönünde kanıtlar vardır (27, 32)

4.3.Koroner Arter By-Pass Cerrahisi Gerektiren Hastaların Tedavisi

Koroner arter bypass greft cerrahisi bugün dünyada sık uygulanan bir işlemdir. A.B.D.'de koroner arter bypass grefti (KABG) kardiyovasküler tıpta en çok kaynak haracanan uygulamadır, 1999 yılında sadece A.B.D.'de tahminen 350,000 koroner arter bypass (KABG), 400,000 PTCA işlemi gerçekleşmiştir. Koroner arter bypass grefti (KABG) 1960'ların sonunda ilk kez yaygın klinik kullanıma geçtiğinde, cerrah olmayan birçok kişi tarafından riskli ve faydası ispatlanmamış bir işlem olarak eleştirilmiştir. Ancak ardından geçen yıllar boyunca üzerinde en çok çalışılan cerrahi haline gelmiş, endikasyonu ile gerçekleştirildiğinde en şüpheli insanlar tarafından bile faydası ve mükemmel sonuçları ile takdir görmüştür. Koroner arter bypass greftinin (KABG) kabul görmesindeki aşamalardan biri de gerekliliğine risk açısından değil de fayda/zarar oranı açısından bakılmaya başlanması ile olmuştur. Hastaların taşıdıkları risk faktörlerine göre bugün mortalitesi çok düşük (<%1) ile çok yüksek (>%20) arasında değişmektedir. Ancak hastalığın doğal seyri açısından bakıldığında, hastalar tedavi edilmese veya alternatif metodlarla tedavi edilse de cerrahi işlem, fayda/zarar açısından kıymetli bir iyileşme sunmaktadır (45).

4.3.1.Tarihçe

Bugün koroner arter hastalığı ile ilgili en eski belgeler İÖ 1550'li yıllarda yaşamış olan antik Mısır'lılara dayanmaktadır. Çok eski tarihlerden beri bilinen ve tedavisi geliştirilmeye çalışılan bu morbid ve mortal hastalığa karşı ilk ciddi tedavi alternatifleri 20. yüzyılın ortalarında şekillenmeye başlamıştır. Koroner arterlerin ilk revaskülarizasyon denemesi 1951 yılında Vineberg ve Miller tarafından, İMA myokard içerisine gömülerek yapılmıştır. 1962 yılında Sabiston reverse safen ven kullanarak başarısız bir koroner arter bypass greft operasyonu gerçekleştirmiş, hemen ardından DeBakey, Garret ve Dennis başarısız bir LAD endarterektomi operasyonunu, postoperatif 8. yılda halen patent olduğu gösterilen aorto-safen ven greftlemesi ile lehlerine çevirmişlerdir. Cleveland Clinic'te F. Mason Sones tarafında selektif anjiyografinin gerçekleştirilmesi ile, koroner arterlerin doğrudan revaskülarizasyonunda büyük bir ivmelenme olmuş, koroner arter bypass grefti (CABG) gelişiminde bir kilometre taşı aşılmıştır. 1960'ların sonunda Favalaro ve Johnson ve arkadaşları ise kardiyopulmoner bypass (CPB) altında direkt koroner revaskülarizasyonun kolaylığını göstermişlerdir. Koroner arter hastalığının tedavisinde

zaman içerisinde myokardiyal koruma tekniklerinin gelişimi, arteriel konduitletlerin, daha iyi anestetiklerin, sutur materyallerinin kullanıma girmesi, kan ürünlerinin kullanımı daha da önemlisi isabetli hasta seçimi için yapılan çalışmalar ile koroner arter bypass gerfti (KABG) etkin ve güvenli bir yöntem haline gelmiştir (22,27,45).

Günümüzde koroner arter bypass gerftinin daha az invaziv formları hakkında tartışmalar süregitmektedir, ancak koroner arter bypass gerftinin altın standardı olan CPB ile hasta damarının tamamının incelenebilme ve tamamen kansız bir ortamda greftlenebilme avantajları göz önünde bulundurularak, bu yeni tekniklerin kullanılabilirliği ve uzun dönemde sağlayacakları faydaları dikkatlice incelenmelidir (45).

4.3.2.Preoperatif Değerlendirme

Kardiyak anatomi ve hemodinamisi hakkında tam bir fikir sahibi olmak üzere hastanın anamnezi, fizik muayenesi, laboratuvar testleri ve kateterizasyon verileri dikkatle incelenmelidir. Ciddi bir postoperatif morbidite sebebi olan serebrovasküler komplikasyonlar nedeni ile, herhangi nörolojik bir defisit veya bulgu dikkatle değerlendirilmelidir. Hastada respiratuar, renal, koagülasyon fonksiyonları, dikkatle incelenmeli varsa herhangi bir enfeksiyon varlığı gözden kaçmamalıdır. Var olan diyabet, hipertansiyon veya endokrin bozukluklar gibi kronik hastalıklar, preoperatif ve postoperatif dikkatle izlenmeli, kontrol altında tutulmalıdır. Hastanın kullandığı ilaçlar dikkatle incelenmeli, gerekli ayarlamalar yapılmalı, postoperatif devamlılığı sağlanmalıdır. Koroner yetmezliğin akut fazında opere edilen çoğu hastaya koagülasyon sistemini modifiye eden ilaçlar verildiğinden, intra ve postoperatif dönemde kanama problemleri olabilir. Cerrahi öncesinde bu ilaçların bilinmesi gerekli farmakolojik önlemlerin alınmasında veya gerekli kan ürünlerinin temininde kolaylık sağlayacaktır. Hastalara anestezi induksiyonu öncesinde, operasyon sırasında ve postoperatif dönemde, mediastinit gibi ciddi enfeksiyonları önlemek üzere verilen geniş spektrumlu antibiyotikler nedeni ile, hastalarda allerji öyküsü dikkatle sorgulanmalıdır (11, 22).

Hastaya ve yakınlarına koroner arter bypass gerfti öncesinde işlemin amacı ve sonuçları, mutalaka ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Ayrıca böylesi önemli bir cerrahi prosedür öncesinde hasta, zaten var olan anksiyetesini artırmayacak şekilde cerrahinin potansiyel risk ve komplikasyonları hakkında bilgilendirilmelidir. Hasta ve yakınları ile preoperatif hazırlıklar sırasında geçirilen zamanlar postoperatif dönemde daha az komplikasyon, daha az duyu durum bozukluğu, ve daha sağlıklı bir süreç sağlayacaktır.

4.3.3.Standart Cerrahi Teknik

1970'li yıllardan bu tarafa KABG sürekli gelişmiştir, bu süreçte cerrahların kendi kişisel tecrübelerine kattığı küçük, özel farklılıklar olsa da, gelişen bazı prensipler, diğer bütün tekniklerin nazarında altın standardı temsil etmektedir. Bu standart teknikler median sternotomi, CPB ve aortik kros-klemp'ten sonra distal anastomozların yapılabilme performanslarından oluşur. Bunlarla kansız, sakin bir çalışma ortamında, mükemmel sonuçlar elde edilebilir. Safen ven çıkarıldığı sırada dikkatli bir kanama kontrolü ile median sternotomi yapılır. Daha sonra LİMA pedikülü serbestlenir, distalden transekte edilebilir veya edilmez. Perikard açılır, kenarlarından askı dikişleri alınır. Ardından, asendan aorta üzerinde arteriel ve kardiyopleji kanülü yerleştirilecek lokalizasyondan ve venöz kanülasyon için sağ atrial apendiksten purse-string dikişler geçilir (35, 38).

4.3.4. Postoperatif Bakım

Postoperatif bakım süreci myokardiyal revaskülarizasyonun kritik komponentlerindedir ve daha ameliyat odasında, CPB sonlanmasını müteakiben başlar. Operasyon sırasında myokardın korunma ve tam revaskülarizasyon performansı, postoperatif komplikasyonsuz geçecek bir sürecin en önemli göstergesidir. Buna rağmen, ilerlemiş hastalığa sahip olan, operasyon sırasında problemle karşılaşılacak hastalarda, cerrahi takiben çok yoğun bir “yoğun bakım” ihtiyacı olabilir. Yoğun bakımda, birçok alt sistemin periyodik olarak incelenmesine odaklanan sistemik bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Myokardiyal revaskülarizasyonun ardından postoperatif cerrahi bakım; kalp ve periferik vasküler sistem hemodinamik fonksiyonlarına periyodik olarak, kalp hızı ve ritmine, solunum fonksiyonları ve yeterli ventilasyona, metabolik, koagülatif, renal, nörolojik, gastrointestinal fonksiyonlar gibi önemli alt sistemlere odaklanmış, iyi tasarlanmış bir süreç olmalıdır. Günümüz cerrahi uygulamalarında hakim olan maliyeti düşürme anlayışı, myokardiyal revaskülarizasyona giden hastalar üzerinde de etkin olmuştur. Seçilmiş hastalarda Swan-Ganz kateteri, kan ve ürünlerinin kullanımından kaçınma, fast-track protokol uygulamaları, erken taburculuk gibi maliyet düşürücü önlemlerin sonuçları fazla etkilemediği görülmüştür. Tersine, tam revaskülarizasyonun gerçekleştirilemeyeceği, preoperatif yüksek riskler taşıdığı saptanan veya intraoperatif komplikasyonlarla karşılaşılacak hastalarda ihtiyaç duydukları bakım derecesi itina ile verilmelidir. Postoperatif ilk 12 saatte temel yaklaşım anlayışı; yeterli kan basıncı ve kalp debisinin sağlanması, koagülasyon bozukluklarının giderilmesi, intravasküler volümün stabilenmesi, periferik rezistansın kontrol edilmesi, eğer gerekiyorsa myokardın bozuk kasılmasının farmakolojik, inotropik ajanlarla desteklenmesi ve yeterli ventilatör desteği sağlanmasından oluşmaktadır. Veya en azından arteriyel kan basıncı, elektrokardiyogram, oksijen saturasyonu, pulmoner arter basıncı veya seçilmiş düşük riskli vakalarda sadece santral venöz basınç sürekli monitorize edilmelidir (45). İntravasküler kan hacmi intravenöz sıvı replasmanı ile dengede tutulur, periferik vasküler rezistanstaki değişimlere bağlı gelişen hipertansiyon ve hipotansiyon, vazokonstriktör veya vazodilatatör ajanlarla manipüle edilir. Yeterli myokardiyal koruma yapıldığı takdirde deprese myokardiyal kontraktilite görülme ihtimali azalır, ancak yine de dobutamin, dopamin veya amrinon gibi inotropik ajanlar gerekli dozlarda verilebilir. Ventilasyon iyi bir oksijenasyon sağlayıp, karbon dioksit'i uzaklaştıracak şekilde ayarlanmalıdır. Eğer postoperatif drenaj kanama devam ediyorsa, laboratuvar testleri ile bunun bir koagülopatiden mi kaynaklandığı veya yetersiz heparin nötralizasyonundan mı kaynaklandığı araştırılmalı, gerekli kan ürünleri veya eksik spesifik laboratuvar faktörlerine yönelik farmakolojik ajanlar verilmelidir. Çok fazla kanaması olan ve altta yatan mekanik bir neden veya artmış doluş basıncı (\uparrow CVP), deprese kardiyak debinin olduğu kardiyak tamponadı düşündüren durumlarda hasta tekrar ameliyat odasına alınmalı, kanama kontrolü yapılmalıdır. Altta yatan hastalık veya cerrahi prosedür sonucu volüm replasmanı ve farmakolojik terapiye cevapsız derin myokardiyal depresyon gelişen hastalar IABP'den fayda görebilirler. Bu işlem gerekiyorsa ameliyat odasında sternum kapanmadan, veya postoperatif yoğun bakımda gerçekleştirilebilir. Postoperatif gelişen aritmiler farmakolojik ajanlarla veya atrial veya ventriküler pacemaker desteği ile düzeltilebilir. Myokardiyal revaskülarizasyon yapılan her hastaya, yoğun bakıma kabulünden hemen sonra, varsa pnömotoraksı ve plevral sıvı kolleksiyonunu, endotrakeal tüpün yerini, monitorizasyon kateterlerinin yerini, mediastinal genişliği görmek üzere mutlaka göğüs radyogramı çekilir. Yine hastanın hemoglobin, hematokrit, trombosit sayısı, elektrolitleri, kan üre azotu, kreatinin, protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), arteriel kan gazı ve mixed venöz kan gazı basıncı değerleri mutlaka çalışılmalıdır. Myokardiyal revaskülarizasyon yapılan hastalarda her komplikasyon morbidite ve mortalite nedeni olabildiğinden, nekahat döneminin bu aşamasında rol alan anestezi ve hemşire ekibini koordine etmek, cerrahın sorumluluğundadır. Çoğu hastanın erken

postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyrederken, hastanın hemodinamisindeki ani bozulmalar, fazla kan kaybı, kardiyak tamponat veya greft oklüzyonuna bağlı kardiyak depresyon nedeni ile olabilir. Bu durumlar, derhal cerrahi müdahale gerektiren cerrahi acillerdir. Hastalar direkt ameliyata alınabilecekleri gibi, kateterle tıkalı greftler gösterildikten sonra bunların kateterle açılması veya hastanın reoperasyonu yoluna gidilebilir. Çoğu kardiyak cerrahi hastası yoğun bakıma entübe olarak getirilir. Bunlardan çoğu kullanılan anestetiğin tipine göre postoperatif 3-4 saatte respiratörden ayrılabilir, ekstübe edilebilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan veya uzun süreli sigara içme öyküsü bulunan hastalar uzamış mekanik ventilatör desteğine ihtiyaç duyabilirler. Ekstübasyon sonrasında, hemodinamik stabiliteden emin olunduktan sonra, hastanın eğer aritmisi de yoksa, hasta buradan, monitorize olarak izleneceği, rehabilite olabileceği, subakut bir bakım ünitesine (ara yoğun bakım) alınır. Çoğu nonkomplike KABG hastası, rvaskülarizasyonu takiben 4-5 günde hastaneden taburcu olabilir. Taburcu olan hastalara, kademeli olarak normal yaşamlarına dönme konusunda yapmaları gerekenler anlatılmalıdır (22, 38, 45).

4.4. DEPRESYON

Depresyon Kavramı

4.4.1. Depresyon Kavramının Tarihsel Gelişimi

Toplumda çok sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri olan ve Psikiyatrinin "soğuk algınlığı" olarak kabul edilen depresyonun ilk kez tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır. Bugünkü anlamına en yakın bir şekilde tanımlanması ise 1886 yılında Kraepelin tarafından yapılmıştır. Buna göre depresyonu kısaca kişide kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük hali olarak tanımlayabiliriz. Basit bir üzüntünün ötesine geçmiş olan depresif duygulanıma düşünce, davranış ve biyolojik işlev bozuklukları da eşlik eder ve bu şekildeki depresif duygudurum bozukluğu hemen her zaman kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile sonuçlanır. Epidemiyolojik çalışmalar, anksiyeteden sonra ikinci en yaygın ciddi zihinsel rahatsızlık olan depresyona ömür boyu yakalanma oranının erkekler için %5 - 12 arasında, kadınlar için ise %10 - 25 arasında olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre depresyon, anne ve babadan çocuklara geçebilmektedir. Massachusetts hastanesinde 380 çocuk denek üzerinde yapılan bir araştırmada, anne veya babası depresyon içinde olan çocuklarda aynı sorun, diğer çocuklara göre dokuz kez daha fazla görülmüştür (33, 34, 44, 49, 60, 84).

Yine yapılan araştırmalara göre yaşam boyu depresyon geçirme riski erkeklerde %15 dolayındadır. Kadınlarda bu oran %25'e kadar çıkmaktadır ve hemen hemen tüm toplumlarda depresyona kadınlarda iki kat daha fazla rastlanmaktadır. Kadın ve erkek arasındaki bu farkın ise kadın ve erkeğin toplumsal rollerinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Kadınlarda gebelikte, doğum sonrası dönemde ve menopozda depresyon geçirme riski artmaktadır. Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte hormonlarla alakalı bir durum olduğu düşünülmektedir. Çeşitli nedenlerden dolayı yaşlılarda da depresyon görülebilmektedir. Ayrıca sosyal çevre veya ekonomik şartlar da depresyona neden olabilmektedir. Aslında depresyon stres yaratan birçok duruma gösterilen normal bir tepkidir. Bir mizaç bozukluğu olarak nitelendirilebilen depresyonun dört belirgin grubu vardır (29, 34, 37).

Bunlar; duygusal, bilişsel, güdüsel ve fiziksel belirtilerdir. Depresyon tanısı koyabilmek için bu belirtilerin hepsinin varlığı gerekmemektedir, fakat belirtiler ne kadar çok ise depresyonun şiddeti de o kadar ağır olmaktadır (28, 34).

Depresyonda en çok göze çarpan duygusal belirtileri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Üzüntü ve keder. Kişi çaresizlik ve mutsuzluk hissetmekte, sık sık ağlamakta ve intihar etmeyi düşünmektedir.
- Haz ve yaşamdan zevk alma duygusunun kaybolması.
- Doyum sağlamak için yapılan etkinliklerin boş ve anlamsız olarak görülmesi.
- Hobilere, yaratıcılığa ve aile etkinliklerine duyulan ilginin dereceli olarak kaybedilmesi.
- Yaşamda en çok ilgilenilen şeylerin artık haz vermemesi veya başka insanlara karşı duyulan ilgi ve sevginin kaybedilmesi (28, 34).

4.4.2. Depresyonun Belirti ve Bulguları

Depresyon bir belirtiler grubudur. İlk iki belirtiyeye giriş kriteri denir ve depresyon tanısı koyabilmek için bu ikisinden en az birinin olması ve bunlarla birlikte beş belirtinin en az iki hafta süre ile ve kişinin yaşamını etkileyecek kadar şiddetli ve zamanın önemli bir kısmında olması gerekir.

Bu belirtiler;

- Mutsuzluk, hüznün, keder, ağlama,
 - Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik,
 - Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri,
 - Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri,
 - Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık,
 - Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
 - Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma,
 - İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme,
 - Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı,
- Olarak sıralanabilir (1, 4, 30).

4.4.3. Depresyonun Nedenleri Üzerine Farklı Psikolojik Yaklaşımlar

En yaygın bir biçimde görülen mizaç bozukluklarından biri olan depresyonun nedenleriyle ilgili olarak ortaya konan ortak bir görüş yoktur. Bu konuda psikoloji ekollerinin farklı yaklaşımları vardır. Bu psikolojik yaklaşımları; psikanalitik yaklaşım, davranışçı yaklaşım, bilişsel yaklaşım ve biyolojik yaklaşım olarak dört grupta ele alabiliriz (5, 6, 10).

4.4.3.1. Psikanalitik Yaklaşım:

Psikanalitik kurama göre depresyon kayba karşı bir tepkidir ve kökleri diğer ruhsal hastalıklar gibi çocukluk dönemine kadar uzanmaktadır. Kaybın niteliği ne olursa olsun kişi buna karşı yoğun bir tepki gösterir. Çünkü o anki durum çocuklukta ortaya çıkan bir kaybın bütün korkularını geri getirmektedir.

Psikanalitik yaklaşıma göre Kişinin sevgi ve ilgi gereksinimi, çocukluk döneminde herhangi bir şekilde karşılanmamışsa, daha sonraki yıllarda ortaya çıkan bir kayıp kişinin geçmişte yaşadığı o çaresizlik duygularına gerilemesine neden olacaktır. Psikanalitik kuramın temel bir yaklaşımına göre; depresyona giren kişi düşmanca duygularını bastırmayı öğrenmiş kişilerdir. Çünkü bunlar destek için ihtiyaç duydukları kişilerden uzaklaşmaktan korkarlar ve durum ağırlaşınca öfkelerini kendilerine yöneltirler (8,33). Depresyona giren kişinin özsaygısı öncelikle başkalarının onay ve desteğine yani dışsal kaynaklara bağlıdır. Bu destek gerçekleşmediğinde, kişi depresyona hazır bir hale gelmektedir.

Nitekim Rado depresyonu bir sevgi çılgılığı olarak tanımlamış ve depresyonda süperego'nun rolüne dikkat çekmiştir. Kişinin benlik saygısının aşırı olması sonucu, kendi dışındaki kişilerden beklenti ve istekleri yüksek olmakta ve bu kişilerin çevrelerinden bekledikleri narsistik destek gerçekleşmediğinde hayalkırıklığı ve engelleme meydana gelmektedir. Bu durumda da depresif reaksiyonlar kayıp nesnenin sevgisini tekrar kazanmak için biçimlenmiş, amaçlı dürtüsel tavırlar olarak ortaya çıkmaktadır (33, 43, 47).

4.4.3.2.Davranışsal Yaklaşım

Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" modeli davranışçı yaklaşımı yansıtmaktadır. "Öğrenilmiş çaresizlik" kavramı, bir organizmanın davranışlarıyla olumsuz olayları kontrol edemediği bir yaşantıdan geçtikten sonra, olumsuz olayları kontrol edebileceği durumlarda da gerekli davranışları yapmakta başarısız kalmasını tanımlar. Böylece yapacaklarının bir işe yaramayacağını düşünen birey, bir şeyler yapmaya kalkışmayacaktır. Gerçekte ise olay çaresizlikten çok umutsuzluk olayıdır. Davranışçılar pekiştirme noksanlığının depresyonda önemli bir rol oynadığını öne sürmektedirler. Depresif kişinin edilgenleşmesinin ve üzüntü duygularının, olumlu pekiştirme oranının düşük veya istenmeyen deneyimlerin oranının yüksek olmasından ötürü olduğu iddia edilmektedir. Sağlık sorunları gibi depresyondan önce gerçekleşen olayların çoğu alışılmış pekiştirmeyi azaltmaktadır. Ayrıca, depresyona giren kişi olumlu pekiştirme sağlamak veya olumsuz olaylarla etkin bir biçimde başa çıkmak için gerekli olan sosyal beceriden de mahrum olabilmektedir (9, 12, 24, 27).

Kişi depresyona girdiğinde veya edilgenleştiğinde, ana pekiştirme kaynakları akraba ve dostlarından gördüğü yakınlık ve ilgidir. Bu ilgi ağlamak, yakınmak, kendini eleştirmek, intihardan söz etmek gibi uyumsuz birçok davranışı pekiştirebilir. Fakat neşelenmeyi reddeden birinin varlığı yorucu olduğu için, depresyondaki kişinin davranışı sonunda en yakınındakiler bile ona karşı yabancılaşabilir. Bu ise pekiştirmenin azalmasına, kişinin sosyal soyutlanmışlık ve mutsuzluğunun artmasına neden olur. Düşük oranlı olumlu pekiştirme, kişinin etkinliklerini ve ödüllendirilebilecek davranışlarının ifadesini azaltır. Böylece hem etkinlikler hem de ödüller bir kısır döngü içinde azalır (9,13).

4.4.3.3.Bilişsel Yaklaşım

Depresyona bilişsel yaklaşım kuramı, kişilerin ne yaptıkları değil kendilerini ve dünyayı ne şekilde gördükleri üzerinde yoğunlaşır. Aaron Beck depresyondaki hastalarla yaşanan kapsamlı bir tedavi deneyiminden yola çıkarak en etkin bilişsel kuramlardan birini ortaya koymuştur.

Beck, bu hastaların olayları tutarlı bir biçimde olumsuz ve öz eleştirel bir bakış açısından değerlendirdiklerini, başarıdan çok başarısızlık beklediklerini ve kendi performanslarını değerlendirirken de başarısızlıklarını abartıp başarılarını küçümsediklerini ve işler kötüye gittiğinde şartlardan ziyade kendilerini suçlama eğiliminde olduklarını tespit etmiştir. Beck'e göre depresyondaki hastaların olumsuz düşünceleri hızla ve otomatik olarak ve neredeyse refleks halinde yükselme eğilimindeydi. Bu türden düşünceleri genelde üzüntü ve mutsuzluk gibi hoş olmayan duygular izliyordu. Hastalar bu düşüncelerinin tamamen farkındaydılar, fakat bunların otomatik düşünceler olduklarının farkında değillerdi. Beck, daha sonra daha ağır depresyon geçiren hastalarla çalıştıkça, olumsuz düşüncelerin artık çevresel olmadığını, bilinçte başat bir yer işgal ettiklerini ve tekrarladığını belirtmiştir (9, 20, 21).

Beck depresyondaki kişilerin olumsuz düşüncelerini bilişsel üçlü adını verdiği üç kategoriye ayırır. Bunlar; kişinin kendi benliği, o anki deneyimleri ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceleridir. Benlikle ilgili olumsuz düşünceler depresif kişinin değersiz ve yetersiz olduğuna ilişkin inancından ibarettir. Kişi karşılaştığı her olumsuz olayda sebep olarak bu kişisel yetersizlikleri ve kusurları görür. Hatta işlerin neden kötüye gittiğine ilişkin en makul açıklamaların olduğu durumlarda bile kendi kendisini suçlamaktan alamamaktadır. Depresyondaki kişinin gelecekle ilgili olumsuz düşünceleri çaresizliğe yol açar, yetersizliklerinin ve kusurlarının onu durumunu iyileştirmekten alıkoymasına inanır (14, 24

4.4.3.4.Biyolojik Yaklaşım

Ruhsal durumun, sinir itkilerini bir nörondan diğerine ileten nörotransmitterler tarafından etkilendiğini gösteren çok sayıda bulgu vardır. Mizaç bozukluklarında önemli bir rol oynadığına inanılan iki nörotransmitter, norepinefrin ve serotonin'dir. Biyolojik aminler denilen bileşikler grubuna dahil olan bu nörotransmitterlerin ikisi de beynin duygusal davranışını düzenleyen bölgelerine yerleşmiştir. Biyolojik yaklaşıma göre depresyon bu nörotransmitterlerden birinin ya da her ikisinin eksikliğiyle gerçekleşmektedir. İkizler üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilen bulgularda, özdeş ikizlerden birinde depresyon belirlendiğinde, diğer ikizinde de aynı bozukluğa uğrama olasılığının %69 olduğunu görülmüştür. Kardeş ikizlerde bu oran %19'dur. Uygunluk oranları olarak ifade edilen bu sayılar, ikizlerden her ikisinin de bir diğerinin taşıdığı özgül bir karakteristiğe sahip olma olasılığını gösterir. Özdeş ikizlerin depresyona uğramaları için uygunluk oranı %53, kardeş ikizlerin oranı ise %28'i aşmaktadır. Depresyonun nedenleriyle ilgili olarak geliştirilen bu yaklaşımlar yanında, depresyonu biyolojik, kalıtsal, nörofizyolojik ve biyokimyasal faktörlere bağlı olarak açıklayan izah tarzları da mevcuttur (20, 36, 37).

4.4.4.Depresyon Türleri

Depresyonu şiddeti, nedeni ve seyri açısından değerlendirildiğinde; major depresyon, reaktif depresyon, psikotik depresyon gibi sınıflara ayırabiliriz.

4.4.4.1Major Depresyon

Distimi diye de adlandırılan bu depresyon ağır, orta, hafif düzeyde seyretmektedir. Bir de başka nedenle ortaya çıkmış tam major depresyon olarak görülemeyen depresif sendromlar vardır. Nedenleri açısından bakılacak olursa depresyon kişide, görünür hiç bir neden yokken, kendiliğinden başlamış olabilir. Buna endojen (içsel) depresyon denmektedir ve bu durum kişinin biyolojik genetik yapısı ile ilgilidir ve olasılıkla ailesinin diğer bireylerinde de benzer bir durum olmuştur ya da olabilecektir. Bu biyolojik nedenler genellikle beyindeki çeşitli amin denenen maddeler düzeyinin düşük ya da bozulmuş olmasıyla açıklanır Bu görüşler genelde değişmekte ve gelişmektedir. Bilimsel araştırmalar arttıkça beyin biyokimyasına ilişkin çalışmalar da artacak ve depresyon veya diğer psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıkların nedenleri daha anlaşılır duruma gelecektir (24,26).

4.4.4.2.Reaktif Depresyon

Kişi yoğun bir stresle karşılaşmışsa, ekonomik iflas, boşanma, yakın ölümü,sağlık sorunları, geçirdiği cerrahi operasyon gibi bir olayın ardından o olaya tepki olarak reaktif depresyon yaşayabilir. Genellikle daha hafiftir, tedaviye daha iyi cevap verir ve psikoterapi yapılarak destek olunması daha kolaydır (27).

4.4.4.3.Psikotik Depresyon

Ses duyma, hayal görme, akıldışı şüpheler vb. düşüncelerin olduğu depresyon türüdür. Kişi yaşamında ilk kez depresyon geçiriyor ise bu durum ilk ve tek atak olarak adlandırılır. Diğer yandan kişi bir çok kez depresyon geçirmişse ve bu kez olan depresyon öncekilerin tekrarı ise o zaman buna tekrarlayıcı depresyon denmektedir (6, 21).

4.4.5. Depresyonun Tedavisi

Depresif hissetme varsa veya depresyona girilmiş ise, öncelikle hastanın fiziksel bir rahatsızlığının olup olmadığı araştırılır. Fiziksel bir hastalık görülmüşse, konuyla ilgili bir uzmana başvurulmalıdır. Fiziksel rahatsızlık tedavi edilirken ya da tedaviden sonra bir psikiyatristle görüşülerek, hastaya depresyon tedavisi uygulanmalıdır. "Fiziksel bir hastalığa bağlı olmayan travma" sonrası veya "Bir nedene bağlı olmayan bir depresyon" söz konusu ise, bir psikiyatr terapistine başvurulmalıdır. İlaç tedavisi ve terapötik yaklaşımla depresyon tedavi edilmelidir (50).

Depresyonda psikoterapi her bireyin kendi özgün dünyasındaki dinamikler, iş, eş, sosyal yaşamla ilgili sorunları ve bunlarla başa çıkma yöntemleri, hastanın genetik yapısı, çocukluğunda yaşadığı travmalar, davranış döngülerinin bugünle bağlantısı, yaşadığı olaylara getirdiği yorumlar, yetersizlik ve çaresizlik hissettiği durumlar, yeni bir düşünce sistemi geliştirmeyi öğrenebilmesi, algı çarpıklıkları düzeltilerek yapılır. Modern tıp günümüzde, tedavisi bittikten sonra da bir süre psikoterapi ve daha sonra da destekleyici psikoterapi ile hastanın güçlenmesini önermektedir. Nitekim eldeki verilere göre, günümüzde uygun tedavi alan depresyonlu hastalar %70-95 oranında ilaç veya psikoterapi yoluyla başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir. Kognitif terapist, kişi kendi kendisine depresyondan çıkmada yardımcı olabildiği ve olumlu sonuçlar elde edildiği için tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır. Ağır depresyon vakalarında ise tedavide davranışçı ve kognitif yaklaşımlar birlikte kullanılarak etkili sonuçlar elde edilebilmektedir (16, 40, 50).

4.4.6. Hastalık ve Depresyon

Depresyon çok yaygın bir hastalıktır. Her beş kişiden biri yaşamlarında bir dönem depresyon geçirebilir. Herhangi bir zamanda toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülmektedir. Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalanmakta ya da depresyon için yardım istemektedir. Kadınlar en çok 35-45, erkekler 55-70 yaşlarında depresyon geçirebilmektedir (50).

Ailede depresyon geçiren bir kişinin olması, kadın olmak, yalnız yaşamak, yoksul olmak depresyon geçirme riskini arttırmaktadır. Depresyon temel olarak bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığıdır. Kişiler hüznün, karamsarlık, isteksizlik ve daha önce kolayca yapılan işler gözünde büyümeye, zor gelmeye başlar. Depresyonu olan kişinin kendine güveni azalır, dikkatini toplamak, bir filmi baştan sona seyredebilmek, gazetede bir yazıyı okuyabilmek güçleşir. Unutkanlık, dalgınlık, basit kararları vermekte zorlanma olur. Hastalar güçlerinin, kuvvetlerinin eskisi gibi olmadığını, kendilerini cansız, enerjisiz hissettiklerini söylerler. Uyku sorunları uykuya dalmama, gece uyanma, sabah erken uyanma, sabahları dinlenmemiş uyanma ya da fazla uyuma biçimindedir. İştah genellikle azalır, kilo verilir bazen de sıkıntı ile fazla yeme görülebilir. Ölüm düşünceleri, ölen yakınların daha fazla düşünme, hastalıkla ilgili endişeler, ölüm korkusu olabilir. Depresyon döneminde bedensel sorunlar da artar. Düzenli giden tansiyon kontrol edilemez olur, kan şekeri iniş ve çıkışlar gösterir. Çoğu zaman kronik hastalıkların ilk çıkışı depresyon dönemlerindedir. Bir çok araştırma kalp krizi geçiren kişilerde depresyon tabloya eklendiğinde hastaların kalple ilgili sorunlarının, ikinci bir kriz geçirmenin riskinin arttığını göstermiştir Yani depresyon bir hastalığın gidişini kötüleştirebildiği gibi geçirilen bir hastalık ya da cerrahi girişim depresyona neden olabilir. Sağlığını yitirmek, hastalığın sınırlılıklarına katlanmak depresyona yol açabiliyor. Bazen de depresyon hastalıkla ilişkili nedenlerle olabilir. Örneğin, hipertiroide olduğu gibi hastalığa neden olan hormonlar depresyona yol açabilir, ya da tansiyon yüksekliğinde kullanılan bazı ilaçlar depresyona neden

olabilir. Bu konuda dikkat çeken bir başka durum ise depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların daha fazla görülmesidir (18, 25 ,40, 50).

4.4.7. Depresif Bozuklukların Tanınması

Depresyonun tanınması her zaman kolay değildir. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, ağrılardan, çarpıntı yada bulantıdan yakınarak kederlerini, yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Hasta keder, isteksizlik duygularını tanıyamayabilir yada bunları söylemekten utandığı, bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı endişesi ile hekime bedensel yakınmalarla, çarpıntı, nefes alamama, uyuşma ve karıncalanmalar, yaygın ağrılar, bayılmalar, sindirim yapamama, gaz, bulantı gibi mide barsak sorunları ile başvurabilir. Depresyon belirtileri soyut olduğu için bazı hastalara gayret etmeme, yetersizlik yada tembellik gibi gelebilir. Yakınlarının bunlara inanmayacağını, küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade edebilirler. Alkol, hap, esrar ve ağrı kesici kullanımı altta yatan depresyonu gizleyebilir. Depresyonun tanınabilmesi için tıbbi disiplinler arası işbirliği ve bunu geliştirmek önemlidir. Öncelikle ciddi bir hastalıkta üzgün karamsar olma 'normal' kabul edilip hastanın yaşamını nasıl etkilediğine dikkat edilmez. Bazen hastanın 'moralini bozmamak' için üzgün duruşu görmezden gelinir, hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınılır. Bir başka güçlük ise depresyon belirtilerinin birincil hastalık (diyabet, hipertansiyon) ya da tedavi yan etkileri ile ilgili olup olmadığının ayırt edilmesidir. Uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik, tıbbi durum, tedavinin yan etkileri, kan biyokimyası değişikliklerini sonucu da ortaya çıkabilir ve depresyon belirtilerine benzer. Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, yakınının yanından ayrılamama, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk gibi. Tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyon için risk etmenleri nevroitik özellikler, daha önce depresyon geçirme, ailede depresyon öyküsü, alkolizm, aile desteğinin olmayışı, ağrı, mutsuzluk, ilerlemiş hastalıktır (23, 47, 50).

Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, kolay kızma, işbirliği yapmama, öfke, anksiyete, uykusuzluk ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavisi ile düzelebilir (18, 21, 40).

Cerrahi girişimle birlikte görülen depresyonda; intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar girişimi öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, beden imgesinde yaşanacak değişiklikler, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk özkıyım girişimi için risk faktörleri olarak sayılabilir (40).

Tanıda hangi depresyon belirtilerinin öncelik taşıyacağı tartışılabilir; somatik belirtilerden çok güven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, özkıyım düşünceleri ile tanı koyulması uygundur (50).

4.4.8. Depresyon Tedavisi

Depresyon bedensel hastalığa normal bir yanıt değildir ve etkili bir şekilde tedavi edilmelidir. Depresyon belirtileri tedavi amaçlı hastanede yatmakta olan bir hastada görülüyorsa ve tedavi sürecinin uzamasına neden oluyor ise tedavi edilmelidir. Depresyon tedavisi ilaç tedavileri, psikoterapiler, elektro konvülsif tedavi ve ışık tedavisi olarak dört değişik şekilde yapılmaktadır (29).

Tedavi akut dönemde iyilik halinin sağlanması, sürdürme döneminde iyilik durumunun devamı, idame döneminde yeniden hastalanmanın engellenmesi amaçlıdır. Kronik hastalıkta depresyon tedavisi ilaç etkileşimleri, depresyon tedavisinin bedensel hastalığın gidişini etkileme riski yönünden bazı özellikler taşır (29, 40). Bu nedenle depresyon tedavisi aşamalarında göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalar şunlardır:

- Doğru tanı koymak,
- Hastaya tanı ve tedavi bilgisini verip tedavi anlaşmasını yapmak,
- Tedavi biçimi, süresi, yan etkileri ve olası risklerini anlatmak,
- Hasta ve ailesi ile işbirliği yapmak ve birlikte tedavi kararını vermek,
- Etkili bir tedaviyi en kısa sürede başlamak,
- Özkıyım riskini dikkate almak,
- İlaç etkileşimlerini dikkate almak, yeni başlanabilecek ilaçlarla ilgili uyarmak (84).

4.5. Koroner Arter Hastalığı ve Depresyon ile ilgili Yapılmış Araştırmalar

Koroner arter hastalığı ve depresyon ile ilgili yurtdışı ve yurtiçi birçok araştırma yapılmıştır.

Yazıcı (2005): Yaptığı araştırmasında hem majör depresyonun, hem de depresif belirtilerin kardiyovasküler hastalık riski artışı ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Teşhis edilmiş kardiyovasküler şikayetleri olan kişilerde depresyon, kardiyak mortalite artışı için belirgin bir risk etkeni olduğunu savunmuştur. Ancak depresyonun tedavi edilmesinin kardiyovasküler mortaliteyi azaltıp azaltmadığı ile ilgili kesin veriler yoktur. Depresyona, eşlik eden kardiyovasküler ya da başka kronik tıbbi hastalıklar olsun veya olmasın, belirgin ruhsal, toplumsal ve fiziksel yeti yitimine neden olduğundan, depresyonun etkin tedavisi bu hastaların yaşam kalitesini ve genel işlevselliğini artıracakını öne sürmüştür. Yinede kardiyovasküler hastalığı olan kişilerdeki depresyonda en uygun tedavi yönteminin belirlenmesi için yeni çalışmalara gerek olduğunu öne sürmüştür (51).

Whooley ve ark (2004): KAH olan 693 hasta ile yapılan bir çalışmada, majör depresyonu olan hastaların 24 saatlik idrar kortizol düzeyleri majör depresyonu olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kortizol akut kardiyak olayları tetikleyerek veya daha kötüleştirerek uzun dönemdeki mortaliteyi artırabilir. Endotel hasarı sonrası salınan bir vazokonstriktör olan tromboksan A2 ile kortizol arasında güçlü bir bağlantı vardır. Bunun yanı sıra, kortizolün vasküler endotelden nitrik oksit ve prostasiklin gibi vazodilatörlerin salınmasını baskıladığı gösterilmiştir. Ayrıca, depresif hastalarda psikolojik strese kortizol yanıtı artmıştır ve mental stres de hem kortizol salınmasını, hem de kardiyak iskemiye artırmaktadır. Bu nedenle kortizolün depresyonu olan hastalarda koroner olayları tetikleyerek daha kötü sonlanıma katkıda bulunacağı belirtilmiştir (49).

Rugulies'in (2002): depresyonun sağlıklı kişilerde KAH gelişiminde bir etkisinin olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yaptığı gözden geçirme ve meta analizde, depresyonun KAH'nı kestirip kestirmediğini araştıran ve ileriye dönük deseni olan toplam 11 çalışma yapmıştır. Bu 11 çalışmanın 7'sinde depresyon belirgin olarak artmış KAH ile ilişkili bulunmuş, diğer 4 çalışma da depresyon ile KAH arasında bazı ilişkiler gösterdiyse de birtakım uyumsuzluklar içerdiği saptanmış, bu gözden geçirme ve meta analiz depresyonun başlangıçta sağlıklı olan kişilerde KAH gelişimi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (46).

Carney ve ark (1989): depresyonla KAH arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmaların birinde koroner anjiyografi ile KAH olduğu saptanan 50 hastada, majör depresif bozukluk varlığının anjiyografiden sonraki ilk 12 ay içindeki kardiyak olaylar için en iyi kestirimci olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca majör depresyonun etkisinin en az sol ventrikül disfonksiyonu ve önceki Mİ öyküsü kadar güçlü olduğunu saptamışlardır (12).

Sayar ve ark (2002): majör depresyonu olan 50–70 yaşları arasındaki hastalarda yapılan bir çalışmada durumsal anksiyetenin kalp hızının barorefleks kontrol düzeyi (vagal kontrol) ile ters yönde bağıntılı olduğu, buna karşılık depresyon şiddetinin barorefleks kontrol ya da solunumsal sinüs aritmisi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Sayar ve ark. daha başka hastalığı olmayan depresyon hastalarında kalp hızı değişkenliğini sağlıklı kontrollerden farklı bulamamıştır. Özetle, sonlanmayla ilgili önemi henüz tam araştırılmamış olmakla birlikte, düşük kalp hızı değişkenliği KKH hastalarında mortalite riskini arttıran bir etken olabilir (48).

Altan ve ark (2004): Romatoid artritli (RA) 60 hastada anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada romatoid artritli hastalara uyguladığı beck depresyon envanteri sonucunda hastaların %28 de beck depresyon envanterinden elde edilen puanlar 17'nin üzerinde yan yüksek bulunmuştur.

RA'de depresyon ve anksiyetenin birden fazla nedeninin olabileceği savunulmuş, hastalığın gidişatının belirsizliği, getirdiği fonksiyonel bozukluk, ağrı ve hastalık nedeniyle gelişen sosyal izolasyonun kişide hem anksiyete hem de depresyon gelişmesine zemin hazırlayabileceği bildirilmiştir (3).

Çınar ve Kartal (2008): Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik veriler ile ilişkisi konulu çalışmalarında; yaşlıların genel olarak %53,2'si depresif belirti gösterirken, %10,3'ü şiddetli düzeyde depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir. Kadınların aldıkları Beck depresyon ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. toplum içinde yaşayan yaşlılarda depresif belirtiler yüksek bulunmuştur. Toplumumuzdaki yaşlılara hizmet sunarken bütüncül olarak yaklaşılmalı, bedensel sağlığın yanında ruhsal sağlık da göz ardı edilmemesi gerektiği savunulmuştur (15).

Edmondson (2001): Araştırmasında, kronik ağrılı hastalarda %20-80 gibi değişen oranlarda depresif belirtilere rastlamıştır. Bu değişken oran, hasta seçim yöntemi, çalışmanın yapıldığı hasta grubu ve kullanılan araştırma araçları ile ilgili olabilir. Ağrı ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda bedensel yıkım ve iş gücü kaybı daha ağır olduğundan bu gruplarla yapılan araştırmalarda depresyon oranları, sağlık ocağına başvuranlarda yapılan araştırmalardan daha yüksek bulunmuştur (19).

Ackermann (2005): Bir araştırmada diabet ve kalp yetmezliği olan 890 yetişkin telefonla aranarak depresif belirtiler açısından taranmış ve %51 oranında anhedoni ve depresif mizaç pozitif bulunmuş daha sonra eczane kayıtları taranarak son 3 ay antidepresan reçetelenmesi araştırılmıştır, Araştırılan her dokuz kişiden ikisi depresif bulunmuştur (1).

Dickens ve arkadaşları (2008): 2008 yılında yaptığı bir çalışmada Bir çalışmada kalp krizi geçirmiş 588 kişi bir yıl izlenerek kalp krizi sonrası yeni başlayan depresyonun kardiyak mortalite ve morbidite ile bağlantılı olduğunu bildiren sonucu bildirilmiştir (17) .

Bahar ve ark. (2006): Diyabetes mellitus tanısı alan 133 hasta ile yapılan bir çalışmada; depresyon ve anksiyete düzeyleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hastaneye yatış nedeni ve hastanede kalış süresinin hastane anksiyete ve depresyon üzerine etkili olduğu saptanmıştır (8).

5.BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Türü

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, KVC servis ve yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan yetişkin CABG operasyonu geçirecek ve geçirmiş hastalarda yatış süresinin depresyon belirti ve bulguları üzerine etkilerini incelemek üzere, tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, 04 Ocak 2009- 01 Mayıs 2009 tarihleri arasında, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nün Ve Sağlık Bakanlığının izniyle, Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapıldı.

Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun'da 1902 yılında, Samsun halkının ve tüccarlarının desteği ile sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. 1954 yılında ise 150 yatak kapasitesine ulaşmış devlet hastanesi adını almıştır. Her geçen gün halkın desteği ve devlet adamlarının da yardımıyla büyüyen hastane 1970 yılında 325 yatak kapasitesine ulaşmış, Samsun Devlet Hastanesi adını almıştır. Hastane 2009 yılında eğitim ve araştırma hastanesi olup, Samsun Mehmet Aydın Eğitim Ve Araştırma hastanesi adını almıştır.

Birçok sağlık dalında hizmet veren hastane kalp-damar cerrahisinde başarılı ameliyalar ile karadeniz'de tercih nedeni olmuştur. Kalp damar cerrahisi ünitesi olarak 24 yatak kapasitesi ile servis yatağı, 8 yatak kapasitesi ile yoğun bakım ünitesi vardır. 2008 verilerine göre 1484 hasta yatmış olup 338 hastaya da By- Pass uygulanmıştır

5.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmaya Ocak 2009 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak başlandı (Ek 3, Ek 4). Araştırmanın evrenini Ocak –Mayıs 2009 tarihleri arasında Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma hastanesinin KVC servis ve yoğun bakım ünitelerine yatırılan KABC operasyonu geçirmiş 92 hasta oluşturdu. Örneklemi ise; postoperatif dönemde exitus olan hastanın araştırmadan çıkarılması sonucu, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan, 27 kadın ve 64 erkek hasta olmak üzere 91 hasta oluşturdu.

Kriterler;

- On beş yaş üstü olmak
- Sadece KAH (koroner arter hastalığı) tanısı almış olmak
- Ameliyat olmayı kabul etmek

5.4.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanılama formu (Ek1), Beck Depresyon Envanteri (Ek2) kullanıldı.

5.4.1.Hasta Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan hasta tanılama formu 11 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanılama formunda;

- Hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, geçirdiği operasyon, sistemik hastalıkları, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı, (Her akşam iki kadehten fazla)
- Hastanın, hastaneye yatış tarihi, opere edildiği tarih, yoğun bakımdan çıkış tarihi, taburcu tarihi ve taburculuk sonrası destek kişilerin varlığı sorgulandı.

5.4.2.Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Beck Depresyon Envanteri'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. **Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirtilerinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir.** On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. Bek Depresyon Envanterinde;

Uygulama süresi: ortalama 10-15 dakika

En yüksek puan:63 puan

Depresyon yok:00-13 puan

Orta derecede depresyon: 14-24 puan

Ciddi derecede depresyon: 25 ve üzeri olarak değerlendirildi.

Beck tıbbi sorunları olan hastalarda depresyonun taranması amacıyla çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. Serebrovasküler hastalarla yapılan bir çalışmada BDE depresyon hastalarını tedavi ekibinden daha iyi tespit etmiştir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür.

5.5. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Beck Depresyon Envanterinin güvenirliği; Beck'in çalışmasında güvenirlik katsayısı 0,86, Hisli'nin (1989) çalışmasında güvenirlik katsayısı 0,60 – 0,87 arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik katsayılarının ise Hisli (1989) tarafından 0,65-0,68 arasında değiştiği belirtilmiştir. Çalışmamızda ise Beck Depresyon Envanterinin güvenirlik kat sayısı Cronbach's alpha katsayısı olarak $\alpha=0,732$ olarak bulunmuş olup, geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi. Geçerlik ve güvenirlik analizi ise Reability analiz ile yapıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.6.Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yapılabilmesi için, öncelikle, Sağlık Bakanlığı ve Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı onay alındı.

Araştırmaya katılana hastaların izni ve isteği doğrultusunda, hasta isimleri ve bilgileri gizli kalacak şekilde, etik ilkelere dikkat edilerek, araştırma gerçekleştirildi.

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler 04 Ocak 2009- 01 Mayıs 2009 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hastalarla karşılıklı görüşülerek toplandı. Hasta tanılama formu preoperatif dönemde uygulandı. Taburculuk tarihi ve taburculuk sonrası destek kişilerin varlığı kısmı ise taburcu olunmadan 2 gün önce dolduruldu.

Veriler toplanmadan ve Beck Depresyon Envanteri hastalara uygulanmadan önce, hastalara açıklama yapıldı. Beck Depresyon Envanteri örneklem gurubundaki hastalara preoperatif dönemde ve postoperatif dönemde (hastalar taburcu edilmeden 2 gün önce) uygulandı.

Hastalara araştırmacı tarafından Beck Depresyon Envanterinin cevaplandırılması hakkında açıklama yapılarak, dikkat edilecek hususlar üzerine duruldu. Okuma yazması olmayan, hastalara, Beck Depresyon Envanterinin doldurulmasında araştırmacı okuyarak verilen cevaplar işaretlendi.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistik analizleri istatistik uzmanı Yrd.Doç.Dr. Kamil Alakuş ve halk sağlığı uzmanı Doç.Dr. Leman Tomak danışmanlığında, SPSS (statistical Package for Social Science for Windows 16.0) programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayarda yapıldı. Elde edilen verilerin analizinde;

- **Tanımlayıcı istatistik yöntemler;** oran, ortalama (x) standart sapma (SS)
- **Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında;**
Normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında, student testi, One way Anova testi kullanıldı.
Normal dağılım göstermeyen, değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı.
- **Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında;**
Ki-Kare testi kullanıldı. Değişkenler arası korelasyonlar MWU varyans analizi ile yapıldı.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Hastaların araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, araştırmanın yapıldığı süre boyunca sınırlı sayıda KABG (Koroner Arter Bypass Greft) ameliyatının gerçekleşmesi, hastaların soruları doğru cevaplandırıldığı var sayılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

6. BÖLÜM

BULGULAR

Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma hastanesinde, KABG ameliyatı geçiren hastaların, hastanede yatış süresinin depresyon belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular, istatistik analizleri yapılarak sonuçları tablolar halinde sunuldu.

Çalışmada elde edilen bulgular;

6.1.Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve hastanede yatış sürelerine ait bulgular,

6.2.Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin ve hastanede yatış sürelerinin, preoperatif ve postoperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere iki başlık altında incelendi.

6.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE HASTANEDE YATIŞ SÜRELERİNE AİT BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

N:91

		n	%
Cinsiyet	Kadın	27	29.7
	Erkek	64	70.3
Yaş	46-56	17	18.7
	57-67	34	37.4
	67-78	40	44.0
Sistemik Hastalıklar	Yok	26	28.6
	KOAH	3	3.3
	DM	20	22.0
	HT	42	46.2
Alışkanlıkları	Yok	22	24.2
	Sigara	49	53.8
	Sigara+Alkol	20	22.0
Destek Kişiler	Eşi	45	49.5
	Çocukları	46	50.5

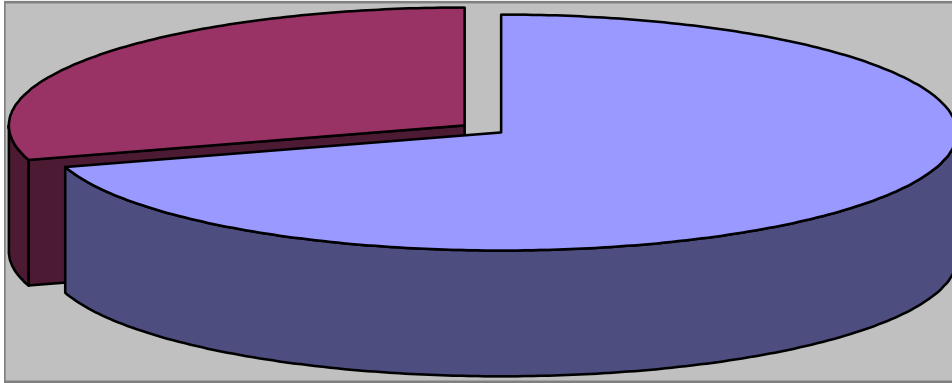
Tablo 1’de araştırmaya alınan hastalara ait sosyo-demografik veriler belirtilmiştir. Araştırmaya alınan 91 hastanın %29,7’si (n=24) kadın, %70,3’ü (n=64) erkek hastadır (şekil 1). Hastaların yaş ortalaması 65.45±8.55 (minimum 46, maximum 78) olarak saptandı. (şekil 2).

Araştırmaya alınan hastaların özgeçmişlerinde var olan sistemik hastalıklarına bakıldığında ise; %28,6 (n=26) hastanın özgeçmişlerinde herhangi bir hastalık olmadığı saptandı. %3,3 (n=3) hastanın ise KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olduğu, %22,0 (n=20) hastada DM (Diyabetüs mellütüs) olduğu, %46,2 (n=42) hastada ise HT (Hipertansiyon) olduğu saptandı (şekil 3).

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları incelediğinde; %24,2’sinin (n=22) sigara ve alkol kullanmadığı, %53,8’nin (n=49) sigara ve %22,0’nın (n=20) sigara ve alkol kullanma alışkanlığı olduğu saptandı (şekil 4).

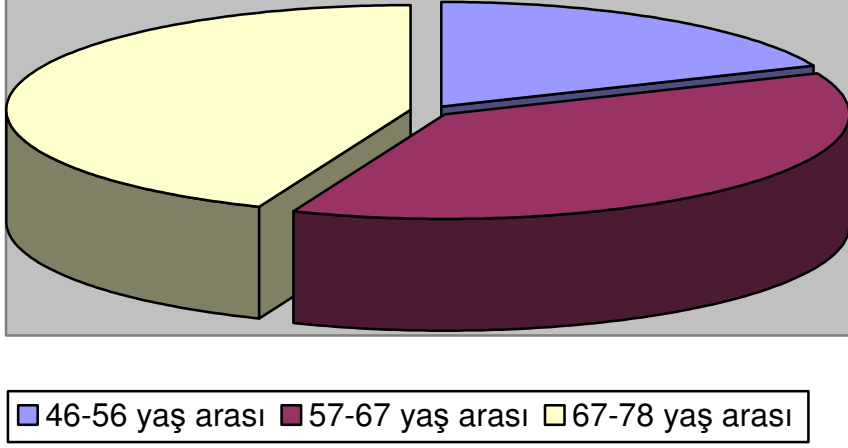
Hastaların taburculuk sonrası destek alabilecekleri kişilere bakıldığında ise; hastalardan 45’i (%49,5) eşinden, 46 ‘sı (%50,5) çocuklarından destek alabileceği saptandı (şekil 5).

şekil 1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

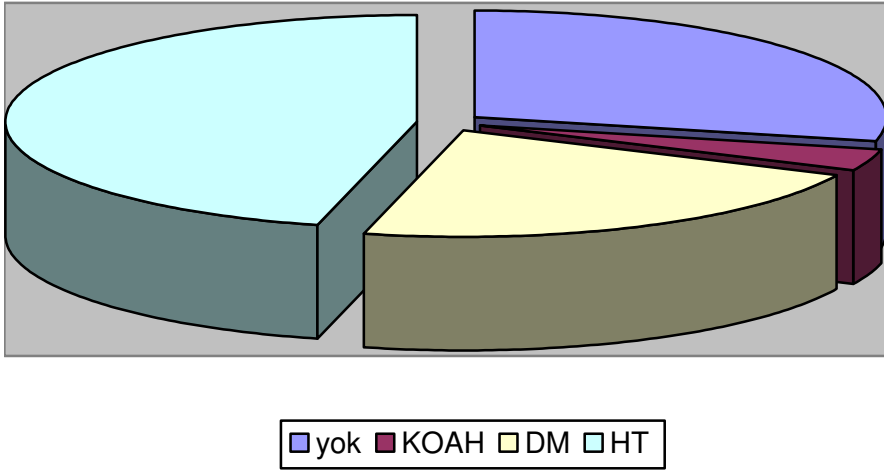


■ erkek hasta ■ kadın hasta

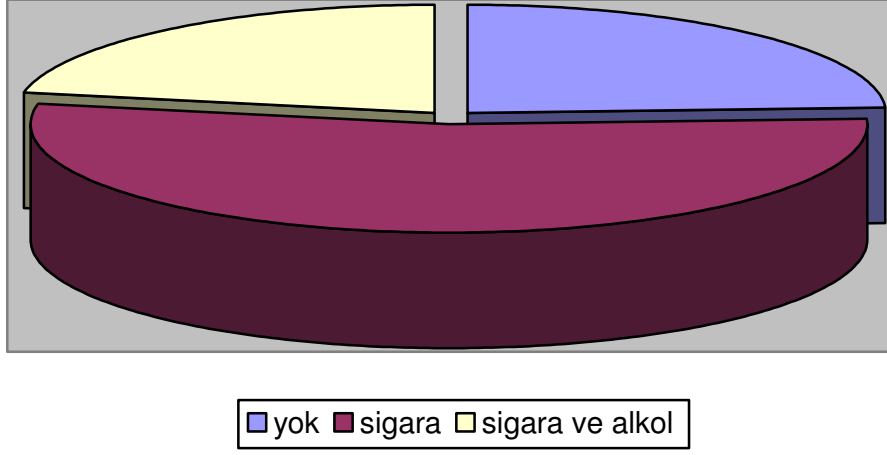
Şekil 2. Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı



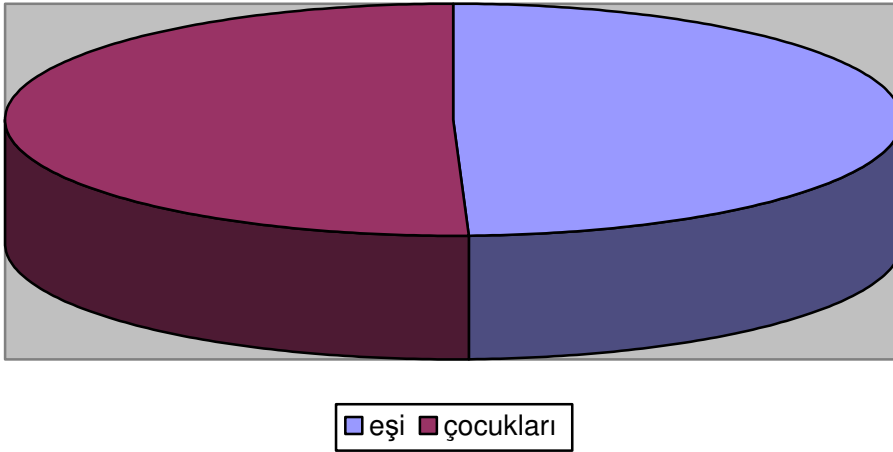
Şekil.3. Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Dağılımları



Şekil. 4.Hastaların Sigara Ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımları



Şekil. 5. Hastaların Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımları



Tablo 2. Hastaların Geçirdiği Ameliyat ve Yatış Sürelerinin Dağılımları

		N=91	
		N	%
Geçirdiği Ameliyat	KABG X 1	13	14,3
	KABG X 2	29	31,9
	KABG X 3	34	37,4
	KABG X 4	12	13,2
	KABG X 5	3	3,3
Preoperatif Yatış Süresi	2-7 Gün Arası	34	37,4
	8-15 Gün Arası	54	59,3
	16-23 Gün Arası	3	3,3
Yoğun Bakımda Yatış Süresi	1 Gün	6	6,6
	2 Gün	39	42,9
	3 Gün	35	38,5
	4 Gün	11	12,1
Postoperatif Yatış Süresi	5-8 Gün Arası	73	80,2
	9 Gün ve Yukarı	18	19,8
Hastanede Yatış Süresi	7-14 Gün Arası	19	20,9
	15-22 Gün Arası	55	60,4
	23 Gün ve Yukarı	17	18,7

Tablo 2’de araştırmada KABG (Koroner arter bypass greft) uygulanan hastalar değiştirilen damar sayısına göre gruplandırıldı. Buna göre; hastaların %14,3’ (n=13) KABG X 1 (1’li bypass), %31,9’ (n=29) KABG X 2, %37,4’ (n=34) KABG X 3, %13,2’si (n=12) KABG X4, %3,3’ (n=3) KABG X 5 operasyonu geçirmiştir (şekil 6).

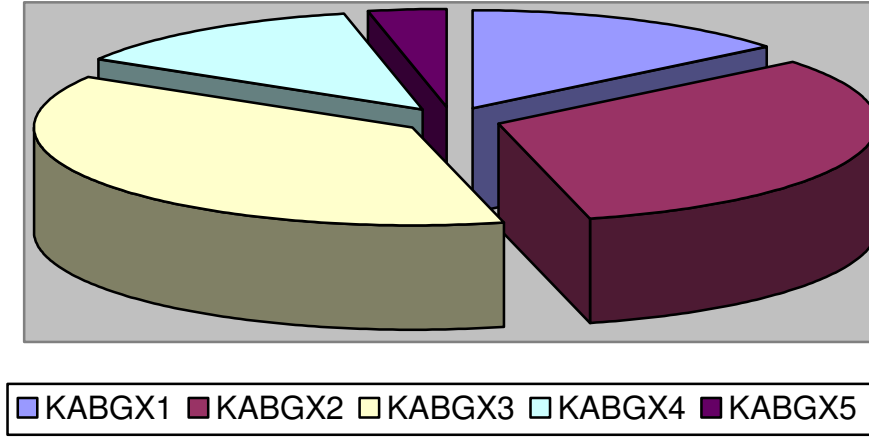
Araştırmaya katılan hastalar preoperatif yatış sürelerine göre gruplandırıldı. Buna göre hastaların preoperatif dönemde 1 ile 3 hafta kadar yattığı gözlendi. Yatış süreleri gruplandırılırken bu durum baz alındı. Buna göre; hastaların % 37,4’ (n=34) 1 hafta (2- 7 gün arası), %59,3’ (n=54) 2 hafta (8 – 15 gün arası), %3,3’ (n=3) 3 hafta (16-23 gün arası) yatmıştır. Preoperatif dönemde hastaların en az yatış süresi 2 gün (acil ameliyatlar için), en fazla yatış günü ise 23 olarak gözlendi. Hastaların preoperatif yatış süresinin ortalama değeri $8,82 \pm 3,56$ olarak saptandı (şekil 7).

Araştırmaya katılan hastalar ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresine görede gruplandırıldı. Buna göre hastaların % 6,6 sı (n=6) 1 gün, %42,9’ (n= 39) 2 gün, % 38,5’i (n=35) 3 gün, %12,1’i (n=11) 4 gün yoğun bakımda kalmıştır. Yoğun bakım ünitesinde en az kalış süresi 1 gün en fazla 4 gün olarak gözlenmiştir. Yoğun bakımda yatış süresi ortalama $2,56 \pm 0,79$ olarak saptandı (şekil 8).

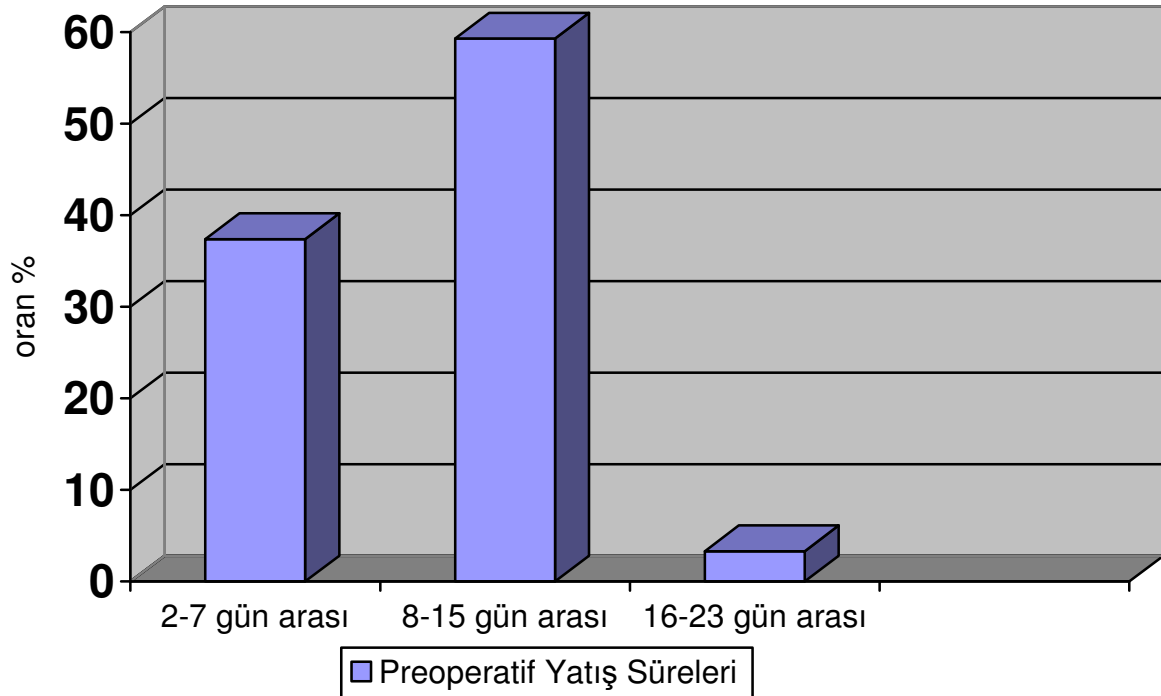
Araştırmaya katılan hastalar postoperatif yatış dönemlerine göre gruplandırıldı. Buna göre hastaların % 80, 2’si (n=73) 5-8 gün arası, %19,8’si (n=18) 9 gün ve daha fazla gün sayısı kadar yatmıştır. Posoperatif dönemde hastaların en az yatış süresi 5 gün, en fazla 13 gün olarak gözlenmiştir. Postoperatif dönemde ortalama yatış süresi ise $7,17 \pm 1,78$ olarak saptanmıştır (şekil 9).

Hastalar tedavileri süresince toplam hastane yatış süresi olarak da gruplandırıldı. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %20,9’ (n=19) 7- 14 gün arası, %60,4’  (n=55) 15-22 gün arası, %18,7’si (n=17) 23 gün ve daha fazla süre hastanede kalmıştır. Tedavi süresince hastanede en az kalış süresi 10 gün en fazla 33 dn olarak gözlendi. Ortalama yatış süresi ise $18,54 \pm 5,09$ olarak saptadı.

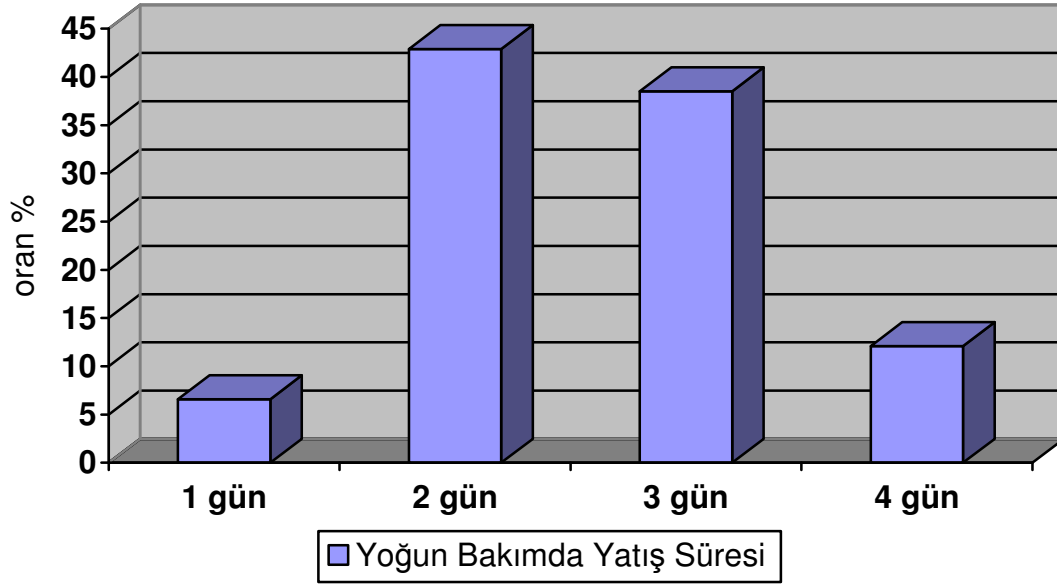
Şekil 6. Hastaların Geçirdiği Ameliyatlara Göre Dağılımları



Şekil 7. Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerine Göre Dağılımları

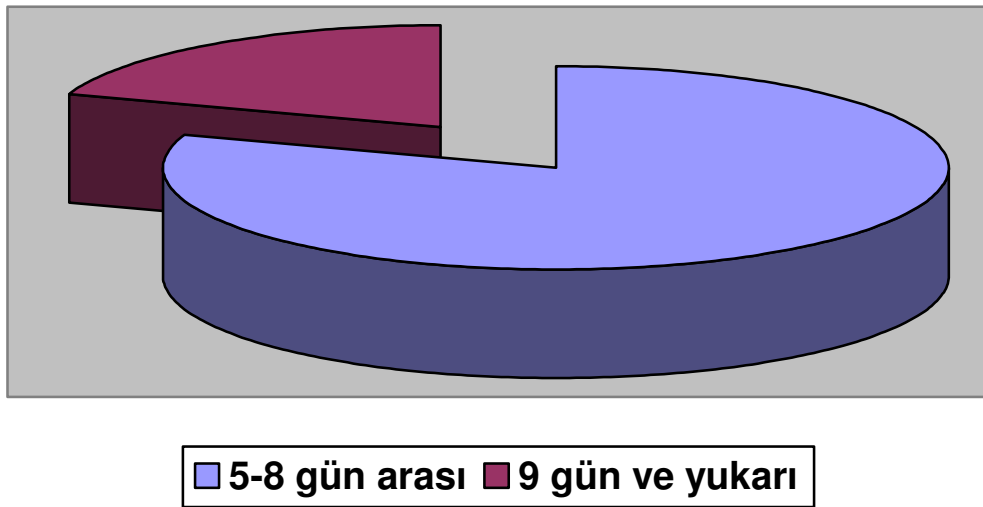


Şekil 8.Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süresine Göre Dağılımları



Şekil 9.Hastaların Postoperatif Yatış Sürelerinin Dağılımı

Postoperatif Yatış Süresi



6.2. HASTALARIN SOSYO-DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE HASTANEDE YATIŞ SÜRELERİNİN PREOPERATİF VE POSTOPERATİF DEPRESYON BELİRTİLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR

Tablo3. Hastaların Cinsiyetinin Preoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması.

			Preoperatif Depresyon Belirtileri		Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta derecede 14-24			
Cinsiyet	Kadın	n	23	4	27	1,000	0,524
		%	85,2	14,8	100		
	Erkek	n	53	11	64		
		%	82,8	17,2	100		

Fisher's testi $p>0,05$

Yukarıdaki tabloya göre, araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri, preoperatif dönemdeki depresyon belirtileri ile karşılaştırıldı (tablo 3). 27 kadın hastanın %85,2'sinde (n=23) depresyon belirtişi olmadığı, %14,8'inde (n=4) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 10).

Araştırmaya katılan 64 erkek hastanın %82,8'inde (n=53) depresyon belirtisi olmadığı, %17,2'sinde (n=11) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Hastaların, cinsiyetleri ile preoperatif depresyon belirtileri karşılaştırılarak, yapılan istatistiksel veri analizinde; P : 0,524 ($p>0,05$) olarak bulundu. Buna göre istatistiki olarak anlamlılık saptanmadı.

Tablo 4. Hastaların Cinsiyetinin Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması**N=91**

			Postoperatif Depresyon Belirtileri			Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri			
Cinsiyet	Kadın	n	10	14	3	27	0,727	0,695
		%	37	51,9	11,1	100		
	Erkek	n	29	27	8	64		
		%	42,9	45,1	12,1	100		

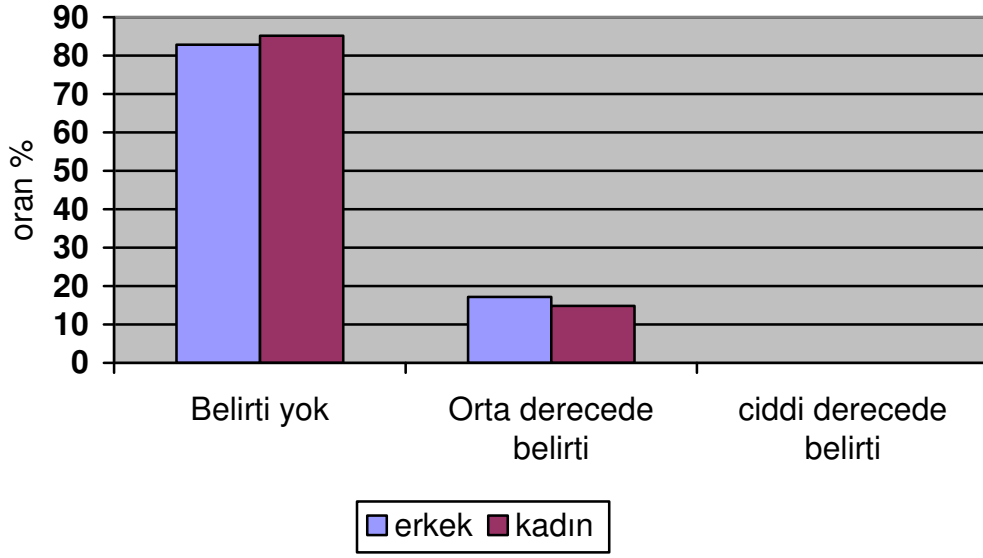
Ki-kare testi $p>0,05$

Tablo 4’de görüldüğü gibi, hastaların cinsiyetleri postoperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırıldı. Buna göre 27 kadın hastanın %37,0’ında (n=10) depresyon belirtisi olmadığı, %51,9’unda (n=14) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %11,1’inde (n=3) ileri derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 11).

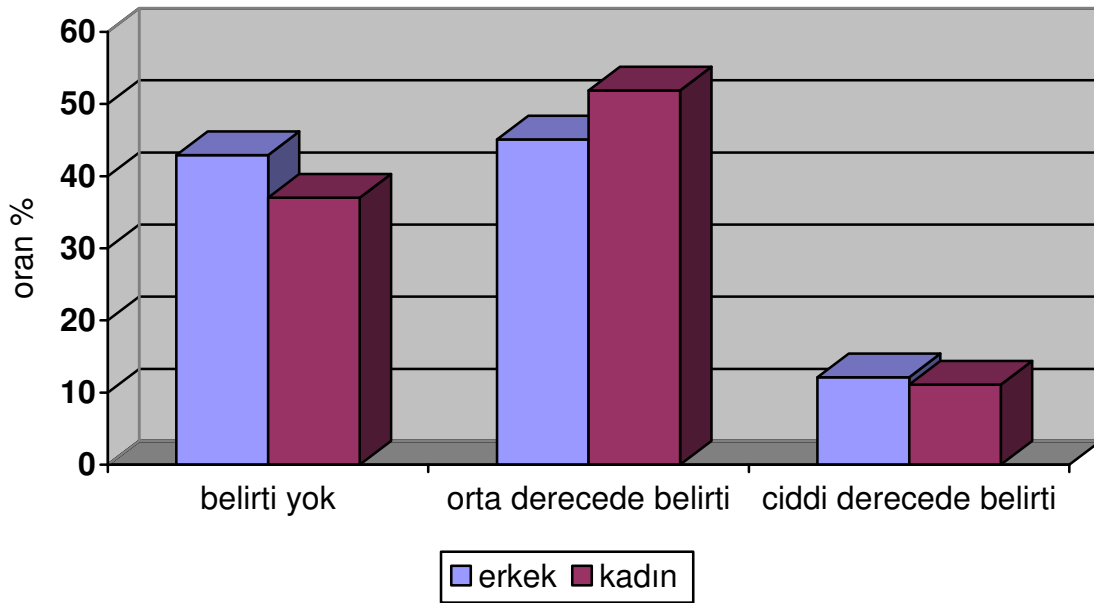
Araştırmaya katılan 64 erkek hastanın ise %42,9’unda (n=29) depresyon belirtisi olmadığı, %45,1’inde (n=27) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %12,1’inde ise (n=8) ileri derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Hastaların cinsiyetleri postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırılarak yapılan istatistiksel analizde, p ise 0,695 ($p>0,05$) olarak bulundu. Buna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Şekli 10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 11. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 5. Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

N=91

		Preoperatif Depresyon Belirtileri		Total	Test değeri	P	
		Yok 00-13	Orta Derecede 14-24				
Yaş Grupları	46-56	n	17	0	17	5,541	0,063
		%	100	0,0	100		
	57-67	n	29	5	34		
		%	85,3	14,7	100		
	68-78	n	30	10	40		
		%	75	25	100		

Ki-kare $p>0,05$

Araştırmaya katılan hastaların yaşlarının en az 46, en fazla 78 olduğu saptadı. Yaşları ortalaması ise $65,45 \pm 8,55$ bulundu.

Tablo 5’de hastaların yaşları ile preoperatif depresyon düzeyleri karşılaştırıldı.. Buna göre; 46-56 yaş arası hastaların %100,0’ında (n=17) depresyon olmadığı saptandı.

57-67 yaş arası hastaların %85,3’ünde (n=29) depresyon olmadığı, %14,7’inde (n=5) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

68-78 yaş arası hastaların ise %75’inde (n=30) depresyon olmadığı, %25’inde (n=25) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 12).

Hastaların yaşları ile preoperatif depresyon düzeyleri karşılaştırılarak yapılan istatistiksel analizinde; $p = 0,063$ ($p>0,05$) olarak bulundu. Buna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 6. Hastaların Yaşlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

			Postoperatif Depresyon Belirtileri			Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri			
Yaş Grupları	46-56	n	12	5	0	17	12,92	0,016
		%	70,6	29,4	0	100		
	57-67	n	14	18	2	34		
		%	41,2	52,9	5,9	100		
	68-78	n	13	18	9	40		
		%	32,5	45	22,5	100		

Ki-kare $p > 0,05$

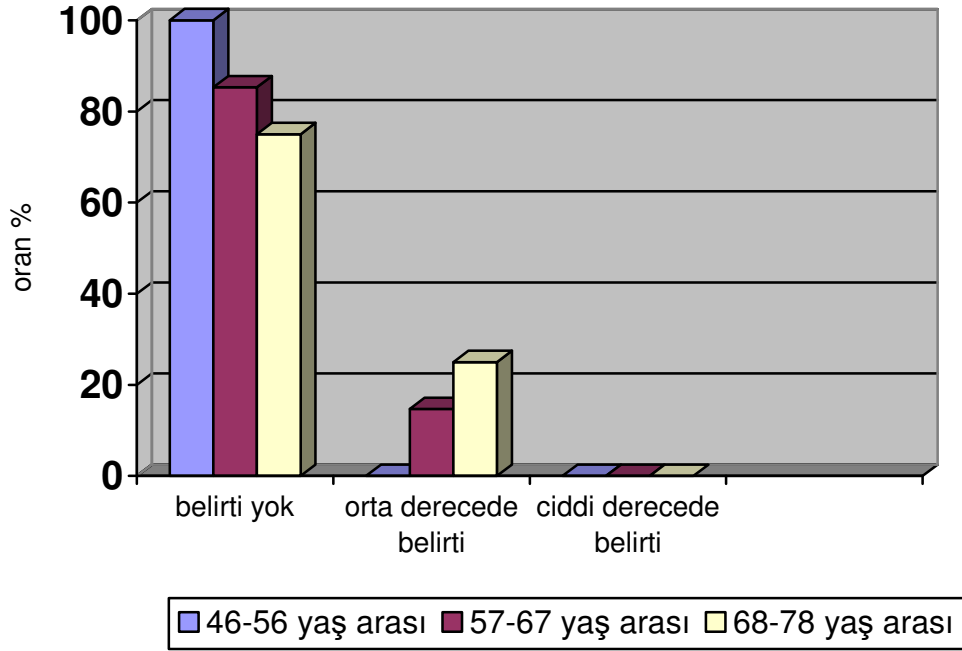
Tablo 6’da hastaların yaşları ile postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre araştırmaya katılan 46-56 yaş arası hastaların %70,6’sında (n=12) depresyon olmadığı, %29,4’ünde (n=59) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

57-67 yaş arası hastaların %41,2’inde (n=14) depresyon olmadığı, %52,9’unda (n=18) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %5,9’unda (n=2) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

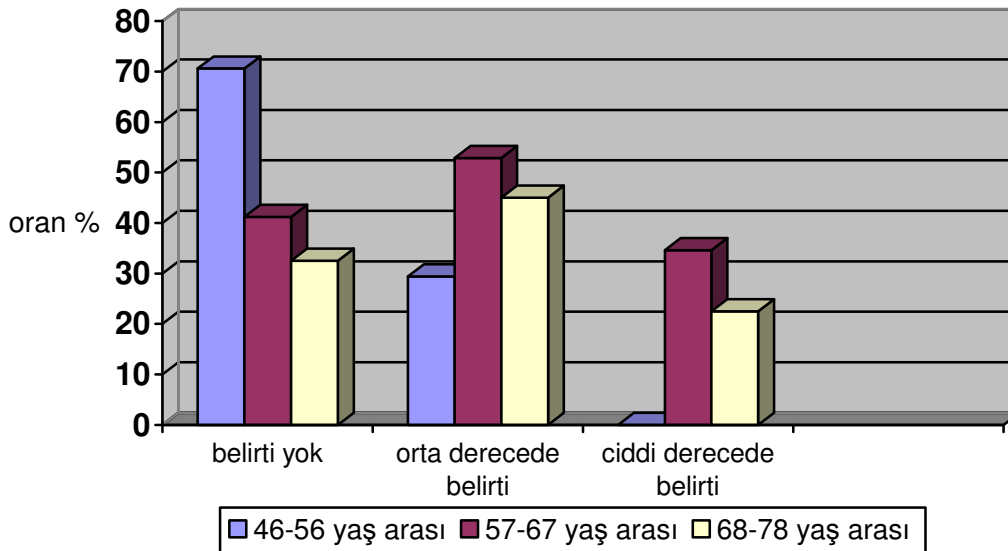
68-78 yaş arası hastaların %32,5’inde (n=13) depresyon olmadığı, % 45,5’inde (n=18) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %22,5’inde (n=9) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 13).

Hastaların yaşları ile postoperatif depresyon düzeyleri karşılaştırılarak yapılan istatistiksel analizinde; $p = 0,016$ ($p < 0,05$) olarak bulundu. Buna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Şekil 12. Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 13. Hastaların Yaşlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 7. Hastaların Ameliyatları ile Peoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

N=91

		Preoperatif Depresyon Belirtileri		Total	Test Değer	P	
		Yok 00-13	Orta Derecede 14-24				
Ameliyatlar	KABG X 1	n	12	1	13	7,787	0,098
		%	92,3	7,7	100		
	KABG X 2	N	20	9	29		
		%	69	31	100		
	KABG X 3	n	31	3	34		
		%	91,2	8,8	100		
	KABG X 4	n	10	2	12		
		%	91,7	8,3	100		
	KABG X 5	n	2	1	3		
		%	66,7	33,3	100		

Ki-kare $p>0,05$

Tablo 7’de hastaların değiştirilen damar sayıları preoperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırıldı. Buna göre KABG X 1 (1’li bypass) olan hastalardan %92,3’nde (n=12) depresyon olmadığı, %7,7’inde (n=1) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. KABG X 2 (2’li bypass) olan hastalardan %69,0’ında (n=20) depresyon olmadığı, %31,0’ında (n=9) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.. KABG X 3 (3’lü pypass) olan hastalardan %91,2’sinde (n=31) depresyon olmadığı, %8,8’inde (n=3) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı..KABG X 4 (4’lü bypass) olan hastalardan %91,7’sinde (n=10) depresyon olmadığı, %8,3’ünde (n=2) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. KABG X 5 (5’li bypass) olan hastalardan %66,7’sinde (n=2) depresyon olmadığı, %33,3’ünde (n=1) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 14).

Hastaların ameliyatlarının preoparetif depresyon belirtileri ile karşılaştırmak amacıyla yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Hastaların Ameliyatları ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması**N=91**

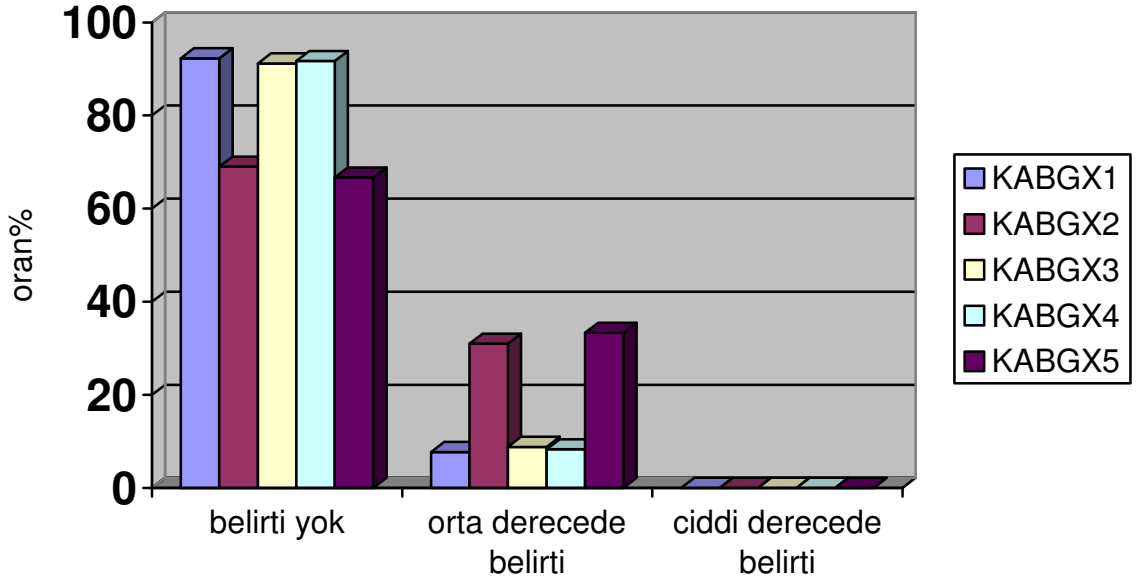
			Postoperatif Depresyon Belirtileri			Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri			
Ameliyatlar	KABG X 1	n	7	6	0	13	12,913	0,115
		%	53,8	46,2	0	100		
	KABG X 2	n	11	11	7	29		
		%	37,9	37,9	24,1	100		
	KABG X 3	n	18	14	2	34		
		%	52,9	41,2	5,9	100		
	KABG X 4	n	3	8	1	12		
		%	25	66,7	8,3	100		
	KABG X 5	n	0	2	1	3		
		%	0	66,7	33,3	100		

Ki-kare $p>0,05$

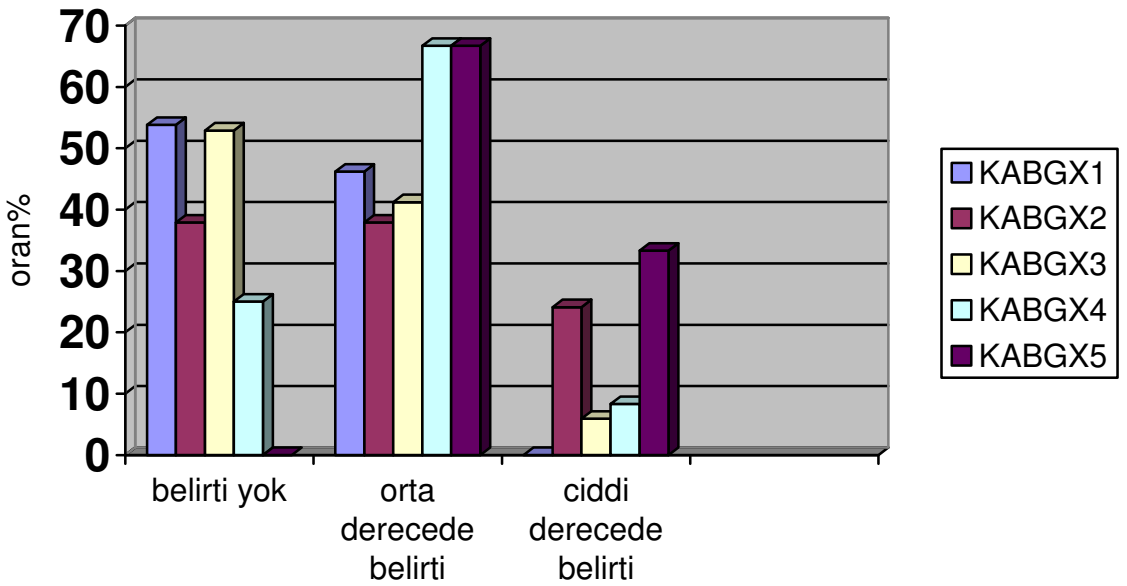
Tablo 8’de hastaların değiştirilen damar sayıları ile postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre KABG X 1 (1’li bypass) olan hastalardan %53’8’inde (n=7) depresyon olmadığı, %46,2’inde (n=6) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, hiç birinde ciddi derecede depresyon belirtisi olmadığı saptandı. KABG X 2 (2’li bypass) olan hastalardan %37,9’unda (n=11) depresyon olmadığı, %37,9’unda (n=11) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %24,1’inde (n=7) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. KABG X 3 (3’lü pypass) olan hastalardan %52,9’unda (n=18) depresyon olmadığı, %41,2’inde (n=14) orta derecede depresyon belirtisi olduğu %5,9’unda (n=29) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. KABG X 4 (4’lü bypass) olan hastalardan %25,0’ında (n=8) depresyon olmadığı, %66,7’inde (n=8) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %8,3’nde (n=1) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. KABG X 5 (5’li bypass) olan hastalardan, %66,7’inde (n=2) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %33,3’ünde (n=1) ise ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 15).

Hastaların ameliyatlarını postperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırmak amacıyla yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Şekil 14. Hastaların Ameliyatlarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 15. Hastaların Ameliyatlarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 9. Hastaların Sistemik Hastalıkları ve Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

			Preoperatif Depresyon Belirtileri		Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24			
Sistemik Hastalıklar	Yok	n	23	3	26	1,261	0,738
		%	88,5	11,5	100		
	KOAHA	n	2	1	3		
		%	66,7	33,3	100		
	DM	n	16	4	20		
		%	80,0	20,0	100		
	HT	n	35	7	42		
		%	83,3	16,7	100		

Ki-kare $p>0,05$

Tablo 9’da hastaların özgeçmişlerinde var olan sistemik hastalıkları ile preoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre her hangi bir hastalığı olmayan hastaların %88,5’inde (n=23) depresyon olmadığı, %11,5’inde (n=3) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Özgeçmişinde KOAHA (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olan hastalardan %66,7’inde (n=2) depresyon olmadığı, %33,3’ünde (n=1) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Özgeçmişinde DM (Diabetüs mellütüs) olan hastaların %80,0’ında (n=16) depresyon olmadığı, %20’inde (n=4) orta depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Özgeçmişinde HT (Hipertansiyon) olan hastaların %83,3’ünde (n=35) depresyon olmadığı, %16,7’inde (n=7) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 16).

Hastaların sistemik hastalıkları ile preoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizlerde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 10. Hastaların Sistemik Hastalıkları ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

			Postoperatif Depresyon Belirtileri			Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri			
Sistemik Hastalıklar	Yok	n	14	9	3	26	10,31	0,112
		%	53,8	34,6	11,5	100		
	KOAİ	n	0	2	1	3		
		%	0,0	66,7	33,3	100		
	DM	n	4	14	2	20		
		%	20,0	70,0	10,0	100		
	HT	n	21	16	5	42		
		%	50,0	38,1	11,9	100		

Ki-kare $p>0,05$

Tablo 10’da hastaların öz geçmişlerinde olan hastalıkları, postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre herhangi bir hastalığı olmayan hastaların %53,8’inde (n=14) depresyon olmadığı, %34,6’sında (n=9) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %11,5’inde (n=3) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

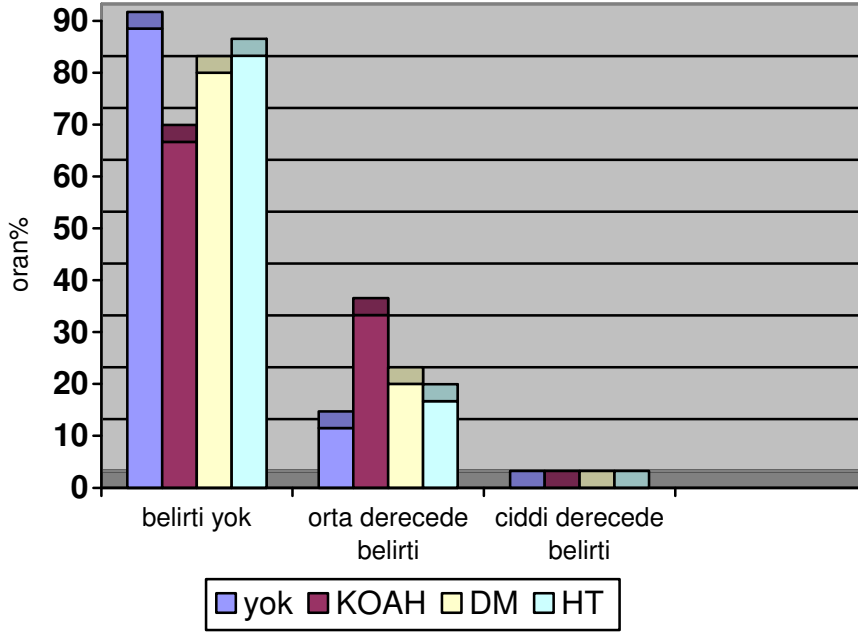
Özgeçmişinde KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olan hastalardan; %66,7’sinde (n=2) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %33,3’ünde (n=1) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı..

Özgeçmişinde DM (Diabetüs mellütüs) olan hastaların %20’sinde (n=4) depresyon olmadığı, %70’inde (n=14) orta derecede depresyon belirtisi olduğu %10’nunda (n=2) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

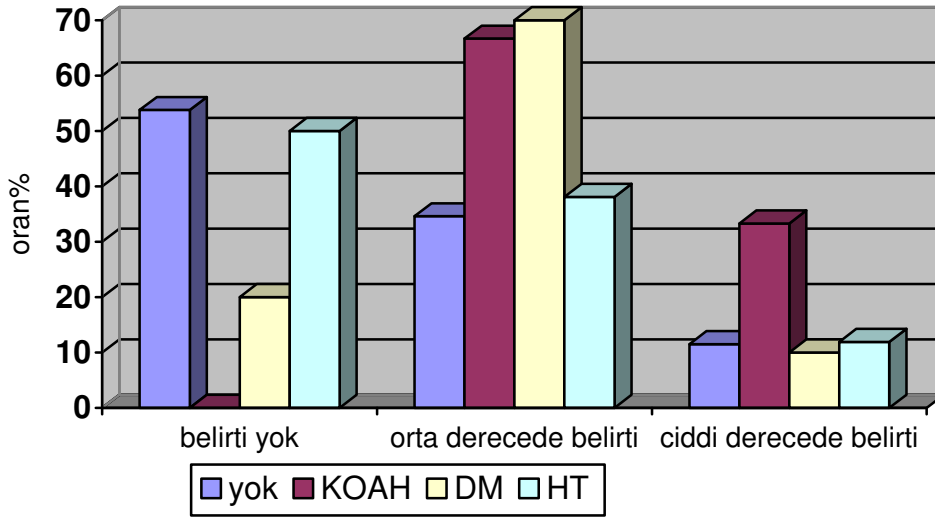
Özgeçmişinde HT (Hipertansiyon) olan hastaların %50’sinde (n=21) depresyon olmadığı, %38,1’inde (n=16) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %11,9’unda (n=5) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 17).

Hastaların sistemik hastalıkları ile postoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Şekil 16. Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 17. Hastaların Sistemik Hastalıklarına Göre Postoperatif Depresyon Düzeylerinin Dağılımları



Tablo 11: Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Preoperatif Depresyon Belirtileri Karşılaştırılması

N=91

			Preoperatif Depresyon Belirtileri		Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24			
Sigara ve Alkol Alışkanlıkları	Yok	n	19	3	22	1,288	0,525
		%	86,4	13,6	100		
	Sigara	n	39	10	49		
		%	79,6	20,4	100		
	Sigara ve Alkol	n	18	2	20		
		%	90,0	10,0	100		

Ki-kare $p>0,05$

Tablo 11’de hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları ile preoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre sigara ve alkol alışkanlığı olmayan hastaların %86,4’nde (n=19) depresyon belirtisi olmadığı, %13,6’sında (n=3) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Sigara kullanan hastaların %79,6’sında (n=39) depresyon belirtisi olmadığı, %20,4’nde (n=10) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 18).

Hem sigara hem de alkol kullanan hastaların %90’nında (n=18) depresyon belirtisi olmadığı, %10’nunda (n=2) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları ile preoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 12. Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarının Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması

N=91

			Postoperatif Depresyon Belirtileri			Total	Test Değer	P
			Yok 00-13	Orta Derecede 14-24	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri			
Sigara ve Alkol Alışkanlıkları	Yok	n	8	11	3	22	4,314	0,365
		%	36,4	50,0	13,6	100		
	Sigara	n	20	21	8	49		
		%	40,8	42,9	16,3	100		
	Sigara ve Alkol	n	11	9	0	20		
		%	55,0	45,0	0,0	100		

Ki-kare $p>0,05$

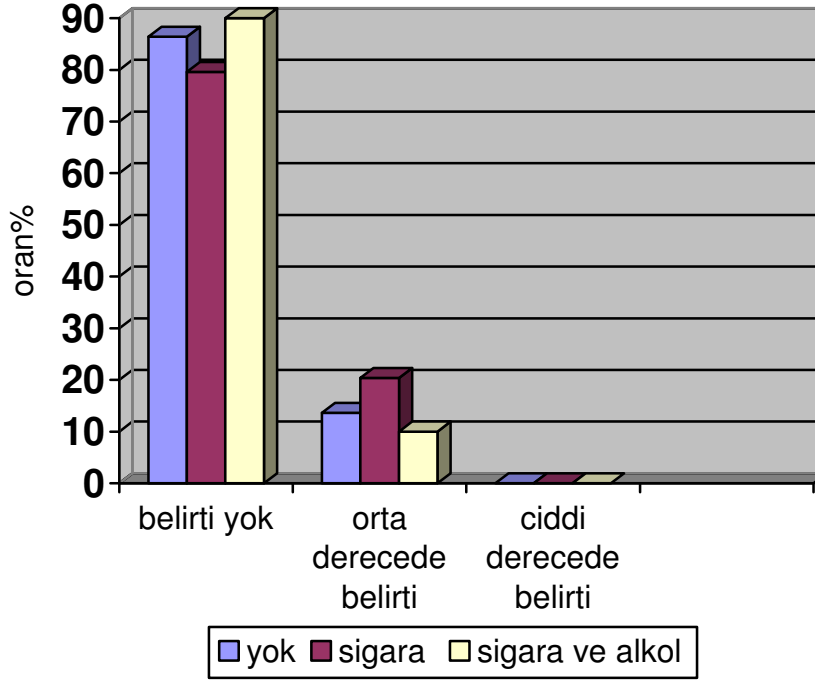
Tablo 12’de hastaların alışkanlıkları ile postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre sigara ve alkol alışkanlığı olmayan hastaların %36,4’ünde (n=8) depresyon belirtisi olmadığı, %50’sında (n=11) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %13,6’sında (n=3) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Sigara kullanan hastaların %40,8’inde (n=20) depresyon belirtisi olmadığı, %42,9’unda (n=21) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %16,3’ünde (n=8) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

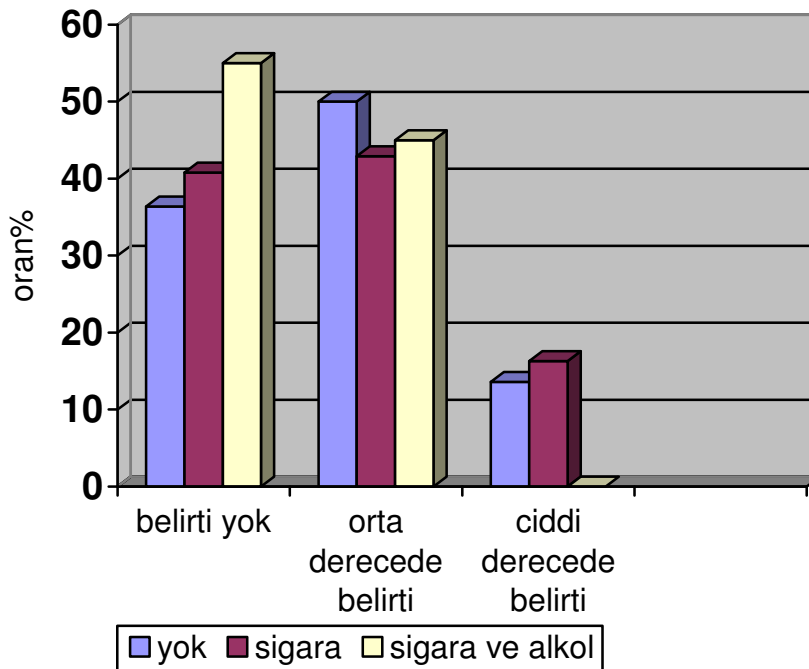
Hem sigara hem de alkol kullanan hastaların %55’inde (n=11) depresyon belirtisi olmadığı, %45’inde (n=9) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 19).

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları ile postoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Şekil 18. Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 19. Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 13. Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Kişiler ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

Destek Kişiler		Eş		Çocuklar		Toplam		Test Değer	P
		n	%	n	%	n	%		
Preoperatif Depresyon Belirtileri	Yok 00-14	44	97,8	32	69,6	76	83,5	11,182	0,001
	Orta Derecede 14-24	1	2,2	14	30,4	15	91,0		
Postoperatif Depresyon Belirtileri	Yok 00-14	26	57,8	13	28,3	39	42,9	15,544	0,000
	Orta Derecede 14-24	19	42,2	22	47,8	41	45,1		
	Ciddi Derecede 25 ve Üzeri	0	0,0	11	23,9	11	91,0		

Ki-kare $p < 0,05$

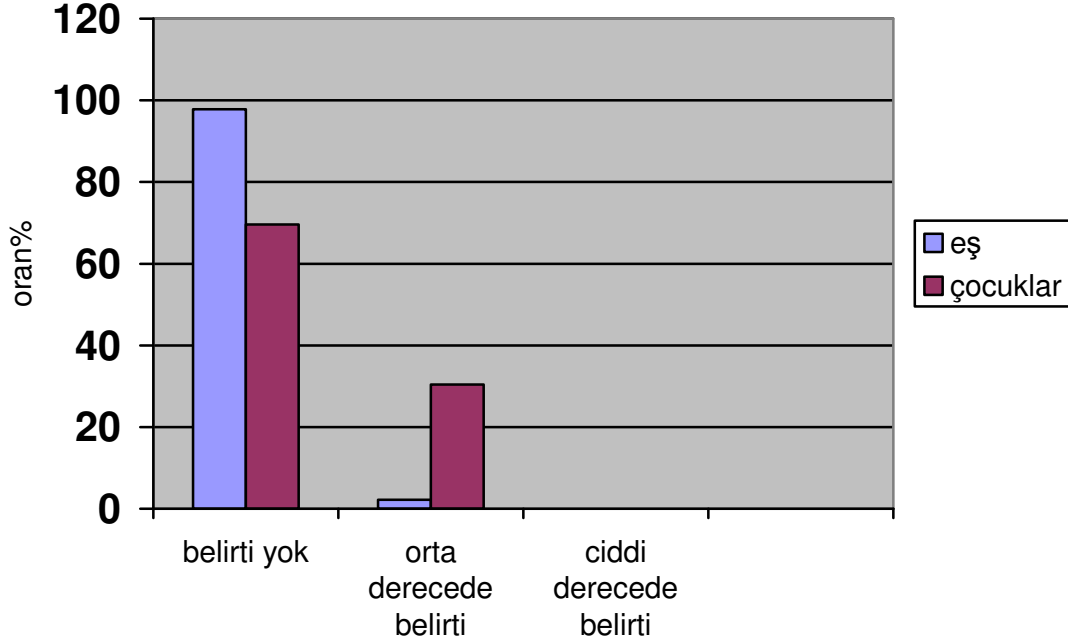
Tablo 13’de hastaların taburcu olduktan sonra evde destek alabileceği kişilerin varlığı ile preoperatif depresyon belirtileri ve postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre hastaların preoperatif dönemde, eşinden destek alan kişilerin %97,8’inde (n=44) depresyon belirtisi olmadığı, %2,2’sinde ise (n=1) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. Çocuklarından destek alan hastaların %69,6’sında (n=32) depresyon belirtisi olmadığı, %30,4’ünde (n=14) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 20).

Hastaların postoperatif dönemde, eşinden destek alan hastaların %57,8’inde (n=26) depresyon belirtisi olmadığı, %42,2’sinde orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. Çocuklarından destek alan hastaların ise %28,3’ünde (n=13) depresyon belirtisi olmadığı, %47,8’inde (n=22) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %23,9’unda (n=11) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Şekil 21).

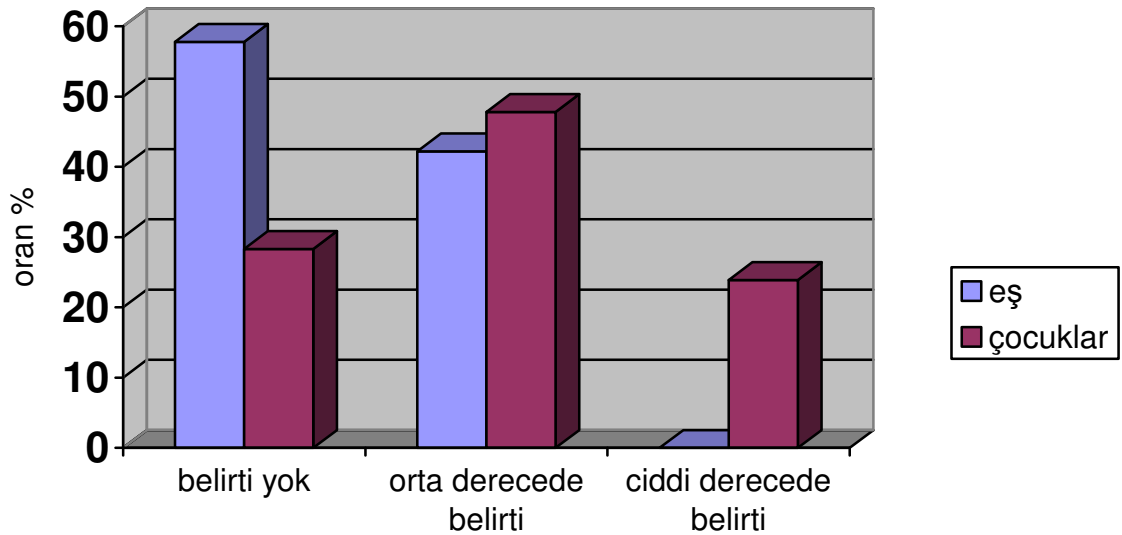
Taburculuk sonrası hastaların destek alacakları kişiler ile preoperatif depresyon beirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Taburculuk sonrası hastaların destek alacakları kişiler ile postoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Şekil 20. Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Alabilecekleri Kişilere Göre Preoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Şekil 21. Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Alabilecekleri Kişilere Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımı



Tablo 14. Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerinin, Preoperatif Depresyon ve Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması

	Yok 00-13		Orta Derecede 14-24		Ciddi Derecede 25 ve Üzeri		Test Değer	p
	n	ort ± ss	n	ort ± ss	n	ort ± ss		
Preoperatif Depresyon Belirtisi	76	8,31 ± 2,91	15	11,40 ± 5,23	-	-	15,7	*0,042
Postoperatif Depresyon Belirtisi	39	8,12 ± 2,87	41	8,60 ± 2,98	11	12,09 ± 5,76	6,06	**0,003

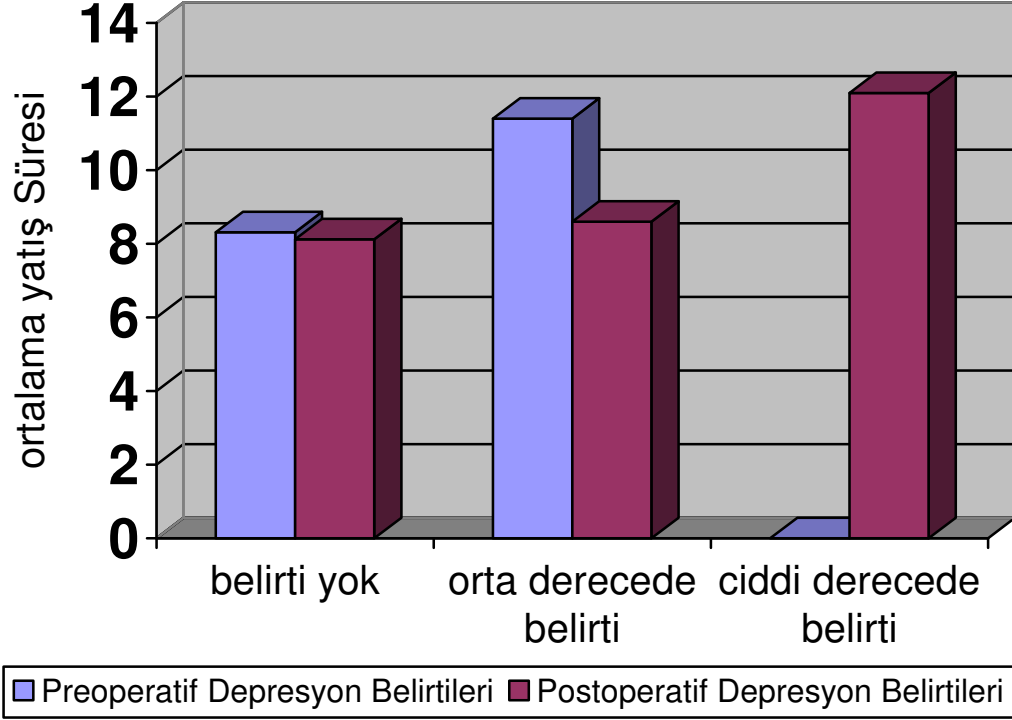
* Student T Testi $p < 0,05$

**Oneway Testi $p < 0,05$

Tablo 14’de hastaların preoperatif yatış süresi, preoperatif depresyon ve postoperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırıldı. Buna göre ortalama yatış süresi $8,31 \pm 2,91$ olan 76 hastada depresyon belirtisi olmadığı, yatış süresi ortalama $11,40 \pm 5,23$ olan 15 hastada orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. Preoperatif depresyon belirtisindeki test değeri 15,7 p ise 0,042 ($p < 0,05$) olarak bulundu. Buna göre preoperatif yatış süresi ile preoperatif depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Şekil 22).

Ortalama yatış süresi $8,12 \pm 2,87$ olan 39 hastada depresyon belirtisi olmadığı, ortalama yatış süresi $8,60 \pm 2,98$ olan 41 hastada orta derecede depresyon belirtisi olduğu, ortalama yatış süresi $12,09 \pm 5,76$ olan 11 hastada ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. Postoperatif depresyon belirtilerindeki test değeri 6,06 $p = 0,03$ ($p < 0,05$) olarak saptandı. Buna göre preoperatif yatış süresi ile postoperatif depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Şekil 22).

Şekil 22. Hastaların Preoperatif Yatış Sürelerine Göre Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 15. Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süreleri ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

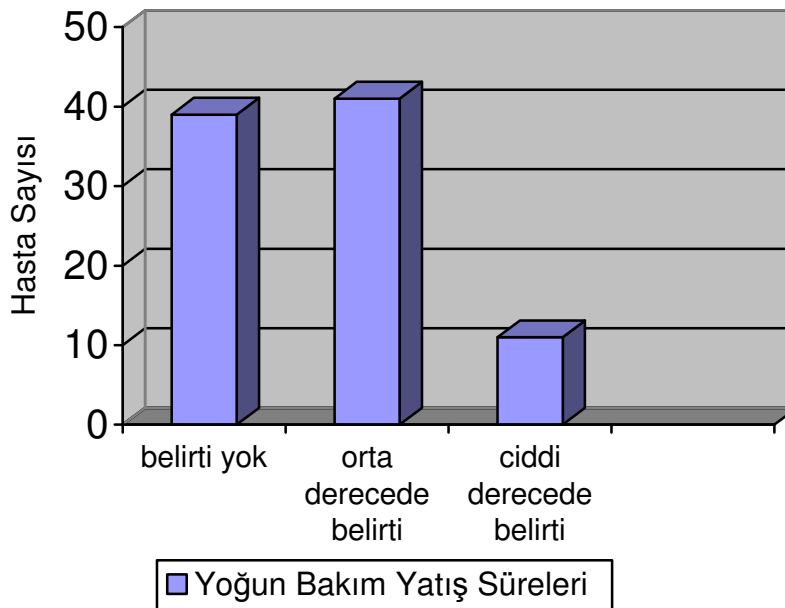
	Postoperatif Depresyon Belirtileri			Test Değer	P
	Yok 00-14	Orta Derecede 15-24	Ciddi Derecede 25 ve üzeri		
Yoğun Bakım Yatış Süresi 2,56 ± 0,79	39	41	11	1,678	0,432

Kruskall wallis test $p > 0,05$

Tablo 15’de, hastaların yoğun bakımda yatış süreleri ile postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı (Şekil 23).

Yoğun bakımda ortalama yatış süresi $2,56 \pm 0,79$ (minimum: 1, maximum:4) olarak bulundu. Buna göre 39 hastada depresyon belirtisi olmadığı, 41 hastada orta derecede depresyon belirtisi olduğu, 11 hastada ise ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı. Yoğun bakımda yatış süresi ve postoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,432$).

Şekil 23. Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Sürelerine Göre Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Dağılımları



Tablo 16. Hastaların Postoperatif Yatış Süreleri ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Karşılaştırılması

N=91

	Postoperatif Depresyon Belirtileri			Test Değer	P
	Yok 00-14	Orta Derecede 15-24	Ciddi derecede 25 ve üzeri		
Postoperatif Yatış Süresi $7,17 \pm 1,78$	39	41	11	8,353	0,015

Kruskall wallis test $p<0,05$

Tablo 16’da hastaların postoperatif yatış süresi ile postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Hastaların postoperatif yatış süresi ortalama $7,17 \pm 1,78$ (minimum 5, maximum 13) olarak saptandı. Buna göre hastaların 39’da depresyon belirtisi olmadığı, 41 hastada orta derecede depresyon belirtisi olduğu, 11 hastada ise ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı.

Postoperatif yatış süresi ve postoperatif depresyon belirtilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,015$).

Tablo 17. Hastaların Hastanede Yatış Sürelerinin Depresyon Belirtileri ile Karşılaştırılması

N:91

Depresyon Belirtileri	Belirti Yok 00-13		Orta Derecede 14-24		Ciddi Derecede 25 ve Üzeri		Test Değer	p
	n	ort \pm ss	n	ort \pm ss	Sayı=n	Ort \pm ss		
Yatış Süreleri	39	$17,38 \pm 3,69$	41	$18,21 \pm 4,50$	11	$23,90 \pm 7,96$	8,36	*0,001

* Anova testi $p<0,05$

Tablo 17’de hastaların tedavileri süresince hastanede yatış süreleri ile depresyon belirtileri karşılaştırıldı. Buna göre, hastanede ortalama süresi $17,38 \pm 3,69$ olan 39 hastada depresyon belirtisi olmadığı, ortalama $18,21 \pm 4,50$ gün yatan 41 hastada orta derecede depresyon belirtisi olduğu, ortalama $23,90 \pm 7,96$ gün yatan 11 hastada ciddi derecede depresyon olduğu saptandı. Hastanede yatış süresi ile postoperatif depresyon belirtisini karşılaştırmak amacıyla yapılan analizde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

7.BÖLÜM

TARTIŞMA

Tedavi amaçlı hastanede yatış süresi hastalar için bir anksiyete ve stres kaynağıdır. Bu hastanede yatış süresi, geçirilen cerrahi girişim hastada, depresyon nedenlerinden biridir. Geçirilen cerrahi girişim hastada ölüm korkusu, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, bağımlı ya da yarı bağımlı hale gelme, gibi durumlara neden olabilir. Bu da hastada depresyon belirti ve bulgularının görülmesine neden olur.

Depresyon, kişilerin sosyal uyum becerisini ekileyen bir sağlık sorunudur. Gerekirse tedavi gerektirir. Hastanede yatış süresi içerisinde görülen depresyon, hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu etkileme sonucu hastaya sekonder bir hastalık eklenmekte, ve tedavi süreci uzamaktadır. Çoğunlukla cerrahi girişim hastada, depresyonun görülme nedenlerinden biri de hastanede yatış süresinin uzamasıdır. Tedavi sürecinin uzaması ile birlikte hastada, korku, keder, stres görülür. Bu durum depresyona neden olur.

KABG (Koroner arter bypass greft) girişiminde bulunan hastaların hastanede yatış süresinin uzamasının depresyona neden olabileceğinden yola çıkılarak, yapılan bu çalışma literatür bilgileriyle tartışılacaktır.

7.1. Hastaların Sosyo-Demoğrafik Özelliklerinin Ve Yatış Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde hastaların, yaşı, cinsiyeti, var olan sistemik hastalıkları, alışkanlıkları, taburculuk sonrası destek alabileceği kişilerin varlığı, değiştirilen damar sayısına göre ameliyatları, preoperatif yatış süresi, yoğun bakımda yatış süresi, postoperatif yatış süresi durumları tartışıldı.

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında, %29,7'si (n=27) kadın, %70,3'ü (n=64) erkektir. Koroner arter bypass grefti olan hastaların çoğunluğun erkek hastalardan oluşması, literatür bilgilerine paraleldir (11,27).

Hastaların yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında ise, araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması $65,45 \pm 8,55$ olduğu bulundu. Hastaların minimum yaşı 46, maximum yaşı 78 olarak bulundu. Hastaların %18,7'si (n=17) 46-56 yaş arası, %37,4'ü (n=34) 57-67 yaş arası %44,0'ı (n=40) 68-78 arası olduğu bulundu (Tablo 1). Hastaların büyük çoğunluğunun 68 yaş ve üstünde olması literatür bilgilerine paraleldir (32 38). Yine Mumcu ve Oral Yaşlılık ve Depresyon adlı kitabında yaştan depresyon üzerine etkili bir faktör olduğunu vurgulamıştır (43).

Hastaların sistemik hastalıklarına bakıldığında, araştırmaya alınan hastaların %28,6'sında (n=26) herhangi bir hastalık olmadığı, %3,3'ünde (n=3) KOAH olduğu, %22,0'ında (n=20) DM olduğu, %46,2'sinde (n=42) HT olduğu saptandı (Tablo 1). Hipertansiyonu (HT) olan hastaların sayısının fazlalığı bize hipertansiyonun, koroner arter hastalığı için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu durum literatür bilgileriyle paraleldir (45, 50).

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları incelendiğinde ise; araştırmaya alınan hastaların %24,2'sine (n=22) herhangi bir alışkanlık olmadığı, %53,8'inde (n=49) sigara kullanıldığı,

%22,0'sinde (n=20) ise sigara ve alkol kullanma alışkanlığının olduğu saptandı (Tablo 1) . Sadece alkol kullanan hastaya ise rastlanmadı. Literatürde sigara ve alkol kullanmanın KAH'da risk faktörü olduğu belirtilmektedir (15, 50). Araştırma kapsamında ki hastaların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanması literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (50) (Tablo1).

Hastaların taburcu olduktan sonra destek alabilecekleri kişilerin varlığına bakıldığında ise, iki kategori belirlenmiştir. Evli olanlar destek kişi olarak ilk olarak eşini ya da sadece eşini belirttiğinden eşi olanlar kategorisine konulmuştur. Geri kalanlar ise (genelde dul olanlar) destek kişi olarak çocuklarını ve beraberinde torunlarını ifade etmiştir. Araştırmaya alınan hastalar arasında eşi ve çocukları dışında destek kişi belirten kimse olmamıştır. Buna göre hastaların %49,5'i (n=45) destek kişi olarak eşini, %50,5'i ise (n=46) çocuklarını belirtmiştir. Destek kişiler olarak çocuklar ve eşi kavramları hemen hemen eşit sayıda olması, hastaların sosyo-kültürel durumları ve ileri yaşlarda olması ile ilgili olduğu düşünülebilir (Tablo 1).

Hastalar değiştirilen damar sayısına göre ameliyatları adlandırıldı, bu adlandırılma adı altında dağılımları incelendi. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %14,3'ü (n=13) KABGx1 (1'li bypass), %31,9'u (n=29) KABGx2 (2'li bypass), %37,4'ü (n=34) KABGx3 (3'lü bypass), %13,2'si (n=12) KABGx4 (4'lü bypass), %3,3'ü (n=3) KABGx5 (5'li bypass) olarak saptandı (Tablo 2). Hastaların değiştirilen damar sayısının fazlalığı, tedavi sürecini uzatabileceği, hastanede yatış süresini uzatabileceği, beraberinde depresyon belirtilerini artabileceğinden, yola çıkılarak depresyon belirtilerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 2, 7, 8).

Araştırma kapsamındaki hastaların hastanede kalış süreleri, preoperatif, yoğun bakım, postoperatif yatış süresi olarak değerlendirildi. Bu yatış süreleri ayrı-ayrı preoperatif ve postoperatif depresyon düzeyi ile karşılaştırıldı. Hastaların preoperatif yatış süresi ortalama, $8,82 \pm 3,56$ olarak saptandı. Minimum yatış günü 2 (acil ameliyatlar), maximum yatış günü 23 olarak belirlendi. Hastaların preoperatif ve postoperatif depresyon düzeyleri belirlenirken, Buna göre hastaların %37,4'ü (n=34) 2-7 gün arası, %59,3'ü (n=54) 8-15 gün arası, %3,3'ü (n=3) 16-23 gün arası yatmıştır. Hastaların çoğunluğunun preoperatif dönemde 8-15 gün arası (2 hafta) yatması, Cabg (koroner arter bypass grefti) öncesi hastalara bir çok tetkik yapılmasına, ve bu tetkiklerin sonuçlarının ameliyat olmalarına engel teşkil edecek değerlerde olmasına, hastaların ameliyat öncesi kontrol altına alınması gereken sekonder hastalıklarının olmasına (dm, ht gibi), ameliyat olacak hastaların sayılarının yoğunluğuna, ve hastane koşullarının yetersizliğine, cerrahi ekibin yetersizliğine, KABG ameliyatlarının yapıldığı hastane olarak bölgede bu hastanenin tek olmasına bağlanabilir (Tablo 2).

Hastalar ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüş, durumları stabil olunca kliniklere yatırılmıştır. Hastalar yoğun bakımda yatış sürelerine göre değerlendirildi. Buna göre yoğun bakımda yatış süresi ortalama $2,56 \pm 0,79$ olarak saptanmış olup, minimum yatış süresi 1 gün, maximum yatış süresi 4 gündür. Hastaların yoğun bakımda yatış süresinin uzaması, ameliyat sırasında yaşanabilecek komplikasyonlar ya da hastaların koroner arter hastalığının yanı sıra sekonder hastalığın olmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir (Tablo 2).

Hastalar yoğun bakımdan çıktıktan sonra postoperatif dönemde kliniklerde tedavi görmüş, ve bu tedavi süresi haftalık gün süresi baz alınarak guruplandırılmıştır. Buna göre hastaların ortalama postoperatif yatış süresi $7,17 \pm 1,78$ olarak bulunmuş, Minimum yatış süresi 5, maximum yatış süresi 13'tür. Hastaların %80,2'si (n=73) 5-8 gün arası, %19,8'i (n= 18) 9 gün ve daha fazla gün yatmıştır. Postoperatif dönemde hastaların çoğunluğunun yatış süresi 1 hafta (5-8

gün arası) olup, yatış süresi uzayan hastaların ise ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlardan dolayı yattığı düşünülebilir (Tablo 2).

7.2. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Beirtilerinin Tartışılması

Bireylerin; yoğun stres ile karşılaşması, ekonomik iflas, geçirdiği sağlık sorunları, cerrahi operasyon gibi bir olay ardından depresyon yaşayabilirler. Bu depresyon belirtileri bazen hafif bazende tedaviye ihtiyaç duyabilirler (6,27).

Kadınların erkeklere oranla depresyon belirtilerini daha az gösterdiği ifade edilmektedir (33,34 50). Araştırmamızda cinsiyete göre preoperatif depresyon belirtileri, kadınlara oranla erkeklerde daha yüksek fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki hastaların, postoperatif depresyon belirtileri yine kadınlara oranla erkelerde daha yüksek olmasına karşın, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Bu sonuçlar; ‘ hastaların cinsiyetinin depresyon belirtileri üzerine etkilidir ’ hipotezini desteklememekte ancak, ‘erkek hastaların preoperatif ve postoperatif depresyon belirtileri kadın hastalara oranla yüksektir’ hipotezini desteklememektedir. Yazıcı ve Tot (2003) tarafından yapılan bir araştırmada cinsiyetin depresyon belirtilerinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (50).

Araştırma bulgularına dayanarak koroner arter bypass grefti olan kadın hastaların, iletişime daha açık, sorunlarını ve hissettiklerini daha kolay ifade eden, ve sorunlarına çözüm yolu üreten bireyler olduğu, kadın hastalar ile daha etkin iletişim kurulduğu kanısındayız.

7.3.Hastaların Yaşlarına Göre Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların preoperatif depresyon belirtileri ile yaş gurupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya alınan 46-56 arası hastaların ($n=17$) depresyon belirtisi olmadığı buna karşın, 57-67 yaş arası hastaların ise %85,3’ünde ($n=29$) depresyon belirtisi olmadığı, %14,7’sinde ($n=5$) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, 68-78 yaş arası hastaların %75,0’ında ($n=30$) depresyon belirtisi olmadığı, %25,0’ında ($n=10$) orta derecede depresyon belirtisi olduğu saptandı (Tablo 5). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasada yaşın ilerlemesiyle depresyon belirtilerinin arttığı saptandı.

Postoperatif depresyon belirtileri ile hastaların yaşları karşılaştırıldığında ise ; yaş gurupları ile postoperatif depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6)

Araştırmaya alınan 46-56 yaş arası hastanın %70,6’sında ($n=12$) depresyon belirtisi olmadığı, %29,4’ünde ($n=5$) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, 57-67 yaş arası hastanın

%41,2'sinde (n=14) depresyon olmadığı, %52'9'unda (n=18) orta derecede depresyon olduğu, %5,9'unda (n=2) ciddi derecede depresyon olduğu, 68-78 yaş arası hastanın, %32,5'inde (n=13) depresyon olmadığı, %45,0'ında (n=18) orta derecede depresyon olduğu, %22,5'inde (n=9) ciddi derecede depresyon olduğu saptandı (Tablo 6). Çınar'ın (2008) araştırmasında yaşlılarda depresyon belirtileri görülme riskinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum araştırmamızla paralellik sağlamaktadır (15).

Araştırma verilerinin analizi sonunda, yaşın ilerlemesi ile paralel olarak postoperatif dönemde depresyon belirtileri artmaktadır (Tablo 6). Bu da yaşlı olarak kabul ettiğimiz bireylerin bakıma ve ilgiye daha çok ihtiyaç duyması, ve ölüm korkusunun daha fazla yaşanmasından kaynaklı olabilir.

7.4.Hastaların Değiştirilen Damar Sayısı ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Koroner arter hastalığı olan hastaların, ameliyat öncesi cerrahi girişimde bulunacak damar yeri ve sayıları yapılan tetkikler sonucu belirlenir. Vücudun uygun kısımlarından uygun bulunan damarlar alınır ve bypass yapılır. Tıkalı damarların fazlalığı, ve uygun damar alındığı bölge hastalarda sıkıntı, korku ve endişe yaratır. Yaşanan bu korku ve endişeler hastalarda depresyona neden olabileceği düşünülebilir (7,26).

Araştırmaya alınan hastalar en az KABG X 1 (1'li bypass) ve en fazla KABG X 5 (5'li bypass), ameliyatı geçirmiştir (Tablo 2). Hastaların preoperatif depresyon düzeyleri ile ameliyatları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Fakat Beck Depresyon Envaterinden alınan puanlara bakınca, özellikle 4'lü ve 5'li bypass olan hastaların çoğunun puanlarının 14'ün üzeri olduğu, dolayısıyla orta derecede depresyon saptandığı gözlenmiştir. Yine postoperatif dönemde 4'lü ve 5'li bypass olan hastaların çoğunda ciddi derecede depresyon (25 ve üzeri puan) saptanmıştır. Hastalardaki ameliyatına bağlı depresyonun yaşanması nedenlerinden biride yatış süresini uzatma olarak düşünülebilir. Daha önce yapılmış çalışmalarda koroner arter hastalığı olan bireylerde tıkalı damar sayısının bireylerde stres ve anksiyeteye üzerine etkili olduğu vurgulanmıştır (31). Bu durum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

7.5.Hastaların Sistemik Hastalıkları ve Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin ile Tartışılması

Literatürde KAH olan hastalarda sistemik bir çok hastalığın eşlik ettiği belirtilmektedir (3,8,9,30). Bypass ameliyatı olacak hastaların bir çoğunda yapılan muayene sonucu, koroner arter hastalığının yanı sıra bir çok sistemik hastalık tespit edildi. Bir çoğunun yıllardır medikal tedavi gördüğü, hastanede yatarak tedavi gördüğü tespit edildi. Hastaların sistemik ek hastalıkları ile preoperatif depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9). Bunun nedeni hastaların ameliyata alınmadan önce var olan sisitemik hastalıklarının kontrol altına alınması, yine bir çok hastanın özellikle hipertansiyonu olan hastaların, geçirecekleri amleliyat sonrası bu sorunu çözüzme kavuşturacağını düşünmesi olabilir.

Araştırmaya alınan hastaların sistemik hastalıkları ve postoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,05$) (tablo 10). Hastalarda ameliyat sonrası kontrol edilemeyen kan şekeri seviyesi, hipertansiyon gibi durumlar

hastalarda yatış sürecini uzatmaktadır. Hastanede kalış süresinin uzaması ve sağlık sorunlarının ameliyat sonrası devam etmesi, hastalarda depresyon belirtilerini artırmakta olduğu düşünülebilir. Kömürçüoğlu ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu bir çalışmada KOAH'lı bir grup hastanın depresyon belirtileri incelenmiş, ve KOAH'ın depresyon üzerine etkili bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (30). Yine Bahar ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırmada DM'i olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (8). Bu durum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

7.6. Hastaların Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ile Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Türk toplumu sigara ve alkol kullanımında Avrupa ülkeleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (45, 50). Hastanede anamnezi alınan 4 hastadan 3'ünde sigara ve alkol öyküsü mutlaka vardır (44). Araştırmamızda koroner arter bypass gerfti için hastanede tedavi gören hastaların %78'inde (Tablo 1) sigara ve ya sigara ve alkol tüketimi belirlenmedi. Yine hastaların çoğunun hastalığı ve tedavisi nedeniyle sigara ve alkol alışkanlığını bıraktığı, bazılarının ise devam ettiği saptandı.

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları ile preoperatif depresyon belirtileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10). Elde edilen bu sonucun hastaların bir kısmının sigara ve alkol tüketimine tedavi süresince devam etmesi ya da taburculuk sonrası sigara ve alkol tüketimine devam edeceğini düşünmesinden kaynaklı olabilir.

Hastaların alışkanlıkları ile postoperatif depresyon düzeyleri karşılaştıklarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

7.7.Hastaların Taburculuk Sonrası Destek Alabileceği Kişiler İle Preoperatif ve Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

İnsanlar yaşantısı süresince geçirdiği zor günlerde yanında bir yakınıni, eşini, dostunu görmek ister (4). Cerrahi girişim bireyler için zor, günlük yaşam aktivitelerin bir kısmını bağımlı hale getiren bir olaydır. Kişiler bu zor günlerinde yanında eşini, dostunu görmek ister (4, 24). Araştırmaya alınan hastalara taburculuk sonrası evde destek alabileceği kişiler sorulduğunda, eşi hayatta olanların verdiği ilk cevap 'eşim' daha sonra 'çocuklarım olmuştur. Destek kişi olarak çocuklarını gösteren hastaların eşlerinin hayatta olmadığı, çocukları ile beraber yaşamını sürdürdüğü tespit edilmiştir. Yakınlarının eş olması depresyon belirtileri yönünden hasta lehine olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların destek kişileri olan eş ve çocuklar hemen-hemen eşit sayıda olup, preoperatif depresyon belirtileri ile karşılaştırdıklarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 13). Ameliyat öncesi hastanede yakınlarının olması kişilerde moral yarattığı düşünülebilir.

Hastaların destek kişilerin varlığının postoperatif depresyon etkileri ile karşılaştırılmasında ise istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) (tablo 13). Taburcu olurken, evde destek bir

kişinin varlığı hastalarda memnuyetle karşılanmış olup, yaşadıkları depresyonu hafifletmeye etkili olabilir. Çocukları destek olanların ciddi depresyon belirtisi yaşadığı saptandı (Tablo 13).

Köroğlu'nun (2006) kitabında yaygın depresyon yaşayan bireylerin, tedavi süresince yakın eş ve dostlardan yardım arayışı içine girdiği ifade edilmiştir (30). Aydemir (2002) bir çalışmasında yakınındaki bireylerden alınan psikolojik yardımın hastaları rahatlattığını ifade etmiştir (7). Bu bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

7.8.Hastaların Preoperatif Yatış Süresi İle Preoperatif Ve Postoperatif Depresyon Belirtileri ile Tartışılması

Hastalar ameliyat öncesi tıbbi tedavi ve takip amaçlı KVC servislerine yatarak tedavi görmüştür. Bu yatış süresi hastanın yaşına, sekonder sistemik hastalıklarının varlığına, Vital bulguların ve kan değerlerinin uygunluğuna, cerrahi ekibin sayısının yeterliliğine göre değişkenlik göstermiştir. Hastaların preoperatif dönemde hastanede ortalama yatış süresi $8,82 \pm 3,56$ olarak belirlenmiş olup, verilerin istatistiksel analizinde anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,05$) (tablo 2,14). Hastaların preoperatif yatış süresi uzadıkça peroperatif ve postoperatif depresyon belirtilerinin arttığı ifade edilebilir. Ateşçi ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir araştırmada, hastanede yatış süresinin psikolojik bozuklukların dağılımını etkilediği vurgulanmıştır (6).

Ameliyat öncesi bu yatış sürenin kısa tutulması, hayati önemi olmayan tetkiklerin ayakta poliklinik hizmeti ile yapılmasının hastaları rahatlaacağı düşünülebilir. Hastaların ameliyat öncesi, yatış süresinin uzadığı dönemde yaşadıkları, endişe, korku ve bekleyişin hastalarda depresyon belirtilerine neden olabileceği düşünülebilir. Bu durum literatür bilgilerine paraleldir (6,10).

7.9.Hastaların Yoğun Bakımda Yatış Süresi ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Hastalar ameliyat sonrası gerek yakın takip, gereksede ameliyat sırasında yaşanan komplikasyonlar sonucu yoğun bakım ünitelerine takip edilir. Yoğun bakımdaki yatış süresi hastanın yaşına, sekonder sistemik hastalığının olup olamduğuna bağlı olarak değişkenlik gösterir. Yoğun bakımda yatış süresi hastalar için zor bir süreçtir. Ölüm korkusunun, kaygısının daha çok yaşandığı birimlerdir.

Bu araştırmada yoğun bakımda yatış süresi ortalama $2,56 \pm 0,79$ olup minimum yatış süresi 1, maximum yatış süresi 4 olarak belirlenmiştir (Tablo 14). Yoğun bakımda yatış süresi ile postoperatif depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ise saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Yoğun bakımda bir çok hastaların sedasyon altında takip edilmesi bu sonucun çıkmasını düşündürebilir.

Aydemir (2002) çalışmasında tedavi süresince alınan analjeziklerin psikolojik durumu etkileyebileceğini vurgulamıştır (7).

7.10.Hastaların Postoperatif yatış süresi ile Postoperatif Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Hastalar Yoğun bakım sonrası servislerde takip edilir. Servislerde tedavi boyunca taburculuk dönemine hazırlanır. Gerek kendilerine gerekse ailelere verilen taburculuk eğitimi ile hastalara destek olunur.

Bu araştırmada postoperatif dönemde KVC servislerinde ortalama yatış süresi $7,17 \pm 1,78$ olarak belirlenmiştir, minimum yatış süresi 5, maximum yatış süresi 13 olarak saptanmıştır (tablo 16). Yapılan istatistiksel veri analizine göre ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) (Tablo 16). Hastaların postoperatif dönemde yatış sürelerinin uzamasına paralel olarak depresyon belirtileride artmıştır.

7.11. Hastaların Hastanede Yatış Süreleri ile Depresyon Belirtilerinin Tartışılması

Koroner arter by-pass grefti olan hastaların Preoperatif, yoğun bakım, postoperatif yatış süreleri ayrı-ayrı göz önde bulundurularak hastanede toplam yatış süreleri ortalama $18,54 \pm 5,09$ olarak belirlendi. Minimum 10, maximum 38 gün arası hastalar hastanede yatarak tedavi görmüşlerdir.

Hastaya ve yakınlarına koroner arter bypass grefti öncesinde işlemin amacı ve sonuçları, mutlaka ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Ayrıca böylesi önemli cerrahi olay öncesinde hasta zaten var olan anksiyetesini artırmayacak şekilde cerrahinin potansiyel risk ve komplikasyonu hakkında bilgilendirilmeli, yaşanabilecek olası komplikasyonlara bağlı olarak tedavi süresinin uzayabileceği önceden söylenip, hasta buna hazırlanmalıdır (11,22). Bahar ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada hastaneye yatış nedeni ve yatış süresinin anksiyete ve depresyon üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmamızla paralellik göstermektedir (8). Hastalar için hastanede tedavi süreci beraberinde ek sorunlar getirmekte (enfeksiyonlar, konstipasyon, sosyal izolasyon...v.b), bu durum depresyon belirtilerinin görülmesine neden olmaktadır (44). Hastalar için güç bir tedavi biçimi olan cerrahi girişime bunun gibi sorunların eklenmesi kişilerde anksiyeteye ve depresyona neden olur. Yaşanan olası komplikasyonların, tedavi süresini uzatacağı ve beraberinde depresyon belirtilerinin artacağı düşünülebilir.

Bu çalışmada yapılan istatistiksel analizde anlamlı farklılık ($p<0,05$) saptandı. Bu durum literatür bilgileri ile paraleldir (44,51).

8.BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER

KABG ameliyatı olan hastaların hastanede yatış sürelerinin, preoperatif ve postoperatif depresyon belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan araştırma, 04 Ocak 2009 – 01 Mayıs 2009 tarihleri arasında Samsun il merkezinde bulunan Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, KABG ameliyatı olan hastaların katılımı ile gerçekleştirildi.

Araştırmada Beck ve arkadaşları hazırlanan, Türkçe'ye Hisli tarafından çevirilen ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır.

8.1. Sonuçlar

- Çalışmamızda Beck Depresyon Envanterinin güvenirlik katsayısı Cronbach's Alpha yöntemi ile değerlendirildi. Cronbach alpha katsayısı $\alpha=0,732$ bulundu ve geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi.
- Beck Depresyon Envanterinin geçerlilik güvenirlik analizi ise Reliability analiz ile yapıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.
- Araştırmaya alınan 91 hastanın %29,7'sinin (n=24) kadın, %70,3'nün (n=64) erkek olduğu (Tablo 1),
- Hastaların %18,7'sinin (n=17) 46-56 yaş arası olduğu, % 37,3'nün (n=34) 57-67 yaş arası olduğu, %44'nün (n=40) 67-78 yaş arası olduğu (Tablo 1),
- Kadın hastaların yaşları ortalamasının $64,14 \pm 1,62$, erkek hastaların yaşları ortalamasının $66,00 \pm 1,07$ olduğu,
- Hastaların %28,6'sında (n=26) özgeçmişlerinde herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı, %3,3'ünde (n=3) KOAH olduğu, %22'sinde (n=20) DM olduğu, %46,2'sinde (n=42) HT olduğu (Tablo 1),
- Araştırmaya alınan hastaların %24,2'sinde (n=22) sigara ve alkol alışkanlığı olmadığı, %53,8'sinde (n=49) sigara alışkanlığı olduğu, %22'sinde (n=20) sigara ve alkol alışkanlığı olduğu (Tablo 1),
- Taburculuk sonrası hastaların %49,5'ine (n=45) eşinin destek olduğu, %50,5'ine (n=46) çocuklarının destek olduğu (Tablo 1),
- Preoperatif dönemde hastaların %37,4'ünün (n=34) 2-7 gün arası yattığı, %59,3'ünün (n=54) 8-15 gün arası yattığı, %3,3'nün (n=3) 16-23 gün arası yattığı (Tablo 2),
- Preoperatif dönemde kadın hastaların %85,2'sinde (n=23) depresyon belirtisi olmadığı, %14,8'inde (n=4) orta derecede depresyon belirtisi olduğu (Tablo 3),
- Preoperatif dönemde erkek hastaların %82,8'inde (n=53) depresyon belirtisi olmadığı, %17,2'sinde (n=11) orta derecede depresyon belirtisi olduğu (Tablo 3),

- Araştırmaya alınan hastaların cinsiyetlerinin, preoperatif depresyon belirtilerinde anlamlı farklılık yaratmadığı ($p=0,524$),
- Postoperatif dönemde kadın hastaların %37'sinde ($n=10$) depresyon belirtisi olmadığı, %51,9'unda ($n=14$) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %11,1'inde ($n=3$) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu (Tablo 4),
- Postoperatif dönemde erkek hastaların %42,9'unda ($n=29$) depresyon belirtisi olmadığı, %45,1'inde ($n=27$) orta derecede depresyon belirtisi olduğu, %12,1'inde ($n=8$) ciddi derecede depresyon belirtisi olduğu (Tablo 4),
- Araştırmaya alınan hastaların cinsiyetlerinin postoperatif depresyon belirtilerinde anlamlı farklılık yaratmadığı ($p=0,695$),
- Hastaların yaşlarının, preoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,063$),
- Hastaların yaşlarının postoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p=0,016$),
- Hastaların değiştirilen damar sayısının, preoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,098$),
- Hastaların değiştirilen damar sayısının postoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,115$),
- Hastaların herhangi bir sistemik hastalığının preoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,738$),
- Hastaların herhangi bir sistemik hastalığının, postoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,112$),
- Hastaların sigara ve alkol alışkanlığının, preoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,525$),
- Hastaların sigara ve alkol alışkanlığının postoperatif dönemdeki depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,365$),
- Preoperatif dönemde destek kişi olarak eşinin varlığının, preoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p=0,001$),
- Taburcu olduktan sonraki dönemde destek kişilerin varlığının, postoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini, ($p=0,000$)
- Preoperatif yatış süresinin, preoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p=0,042$),
- Preoperatif yatış süresinin, postoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p= 0,003$),

- Yoğun bakımda yatış sürelerinin, postoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilemediğini ($p=0,432$),
- Postoperatif yatış sürelerinin, postoperatif depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p=0,015$),
- Hastanede yatış sürelerinin depresyon belirtilerini anlamlı etkilediğini ($p=0,001$),

8.2 Öneriler

- Ameliyat öncesi bu yatış sürenin kısa tutulması, hayati önemi olmayan tetkiklerin ayaktan poliklinik hizmeti ile yapılması,
- Araştırmadan elde edilen bulgulara dayanılarak, KABG ameliyatı olacak hastaların, ameliyat öncesi, kaygılarını ve korkularını hafifletmeye yönelik iletişime geçilmesi,
- Hastalara tedavileri süresince, ihtiyaçları olan psikolojik yardım ve desteğin verilmemiş ise verilmesi,
- Ameliyat sonrası hastalara taburculuk eğitiminde, ailesi ile bir bütün olarak ele alınıp, gerekiyor ise taburculuk sonrası yanında eşi olmayan hastaların rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmesi,

9.BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Ackermann RT, Rosenman MB, Downs SM (2005) Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*, 27(5):338-343.
2. Alçalar N (1996). Organ kaybının psikiyatrik ve psiko-sosyal yönleri. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi (30 Ekim-1 Kasım 1996, İstanbul), Tam Metin Kitabı, İstanbul.
3. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M (2004); Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon.
4. Arslantaş H (2003). Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
5. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E (2003). Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*; 41:31-38
6. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanoğlu NK (2000). Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı, Edirne, s.748
7. Aydemir Ç (2002). Organ kaybında ve yanıkta konsültasyon liyezon psikiyatrisi. *Yeni Symposium*; 40:35-40
8. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A (2006). Diyabetes meelituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri dergisi*;7:18-26
9. Blumental JA, Left HS, Babyak MA (2003), et al. Depression as a Risk Faktor for Mortality after Coronary Arter Bypass Surgery. *Lancet*;23:604-9.
10. Bölükbaş N (1992). Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 8:21-25.
11. Burg MM, Benedetto MC, Rosenberg R, Soufer R (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 mounth after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosom Med*;65:111
12. Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS (1989). Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol*; 60:1273-1275.
13. Connerney I, Shapiro PA, Mc Laughlin JS, Bagiella E, Sloan RP (2001). Relation Between Depression after Coronary Artery Bypass Surgery and 12-Month Outcome: A Prospective Study. *Lancet*;358:1776-1.

14. Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A (2001). Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*; 29:75-83.
15. Çınar İ Ö, Kartal A (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*,: 7(5)
16. Dobbels F, De Geest S, Vanhees L (2002). Depression and the heart: A systematic overview of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *Eur J of Cardiovasc Nurs*;1:45-55.
17. Dickens C, McGowan L, Percival C ve ark. (2008) New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality, *Psychosom Med*, 70(4):450-455.
18. Edel-Gustaffson UM, Hetta JE (1999): Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scand J Caring Sci*; 13(2):137-143.
19. Edmondson JC (2001) Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s.1981-2001
20. Fraguas JR, Ramadon ZB, Pereira AN, Wajngarten M (2000): Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. *Gen Hosp Psychiatry* ; 22(5):365-374.
21. Fridlund B (2002). The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing* ;1:15-8.
22. Hamalainen H, Smith R, Puukka R, Lind J, Kallio V (2000): Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scand J Public Health* ; 28(1):62-70.
23. Harrock J, Happell B (2001). An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: An Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8: 411-417.
24. Hocaoğlu Ç, Kavakçı Ö, Ülgen M, Ak İ (2001). Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyonu sonuçlarının değerlendirilmesi. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi (02-06 Ekim, İstanbul), Tam Metin Kitabı, İstanbul, s.100.
25. Karayurt Ö (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2:20-26.
26. Kelleci M (1998). Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1998
27. Khatri P, Babyak M, Clancy C, Davis R, Croughwell N (1999): Perception of cognitive function in older adults following coronary artery bypass surgery. *Health Psychol*; 18(3):301-308

- 28.** Kottlieb SS, Khatta M, Friedman, Einbinder L, Katzen S, Baker B (2004). The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* ; 43:1590-1596
- 29.** Koroğlu E (2006); Depresyon Nedir? Nasıl Baş edilir? Ankara, HYB Yayıncılık, s:28,96,125
- 30.** K m rc oğlu B, Balıoğlu M,  ztuna I, B y kşirin M (2000). KOAH'lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi* ; 1:31-34.
- 31.** Krantz DS, Sheps DS, Carney RM (2000). Koroner arter hastalığı vakalarında mental stresin etkileri. *Eyl l Türkçe JAMA* ;13:423-6.
- 32.** Krau SD, Ward KS, Parsons LC (2001). Living the healthy heart path critical care. *Nursing Clinics of North America*;13:389-97.
- 33.** Kum N (1992). Yetişkin cerrahi hastalarında anksiyete ve korku. Yayımlanmamış Do entlik Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- 34.** L, Florence (2001).  ev; Demir D; Depresyonu yenmek, İstanbul, Sistem Yayıncılık, s:56-64
- 35.** Leitch JW, Thomson D, Baird DK, Harris PJ (1999): The importance of age as a predictor of atrial fibrillation and flutter after coronary artery bypass grafting, *J Thorac Cardiovasc Surg* ;100:338.
- 36.** Leon G (2002), Guilt and Depression, Karnac Books, London , s. 54.
- 37.** Loo H, Loo P (1999), Depresyon,  ev; Ali  z, İstanbul, s:45
- 38.** Mallik S, Krumholz HM, Qiu Lin Z (2005). Patient with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation*;111:271-7.
- 39.** Marth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C (2004). Depression as a Risk Faktor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *Psychosom Med*;66:802-13
- 40.** Mc Crone S, Lenz E, Tarzian A, Perkins S (2001). Anxiety and depression: Incidence and patterns in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Appl Nurs Res* ;14:155-64.
- 41.** McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P (2001). Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: A randomised controlledtrial. *Heart* ;86:317-23.
- 42.** Musselman DL, McDonald W, Nemeroff CB (2003). Çeviri: Raşan  ift i. Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarının kardiyovasküler sistem üzerine etkileri. *Türkçe 1. Baskı.. s.7-9*
- 43.** Mumcu C, Oral T (2000). Yaşlılık ve Depresyon. İstanbul: Okyanus Yayın;. s.1-14.
- 44.**  zkan S (2001). Kardiyovasküler cerrahi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi. *Avicena Dergisi*; 1(88):33-35.

- 45.** Paç M (2004). Kalp-Damar Cerrahisi, Ankara, MN Medikal ve Nobel, s:116-225
- 46.** Rugulies R (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* ; 23:51-61.
- 47.** Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys, T (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry* ;18:155-60.
- 48.** Sayar K, Güleç H, Gökçe M, Ak İ (2002). Heart rate variability in depressed patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 3:130-133.
- 49.** Whooley MA, Otte C, Marmar CR, Pipkin SS, Moos R, Browner WS (2004). Depression and 24-hour urinary cortisol in medical outpatients with coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Biol Psychiatry*; 56:241–247.
- 50.** Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A (2003). Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium Dergisi*; 41:120-124.
- 51.** Yazıcı K, Yazıcı A (2005): Koroner Kalp Hastalığı için Risk Etkeni olarak depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:99-106

10.BÖLÜM

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacının

Adı Soyadı: Tülin KARAKUŞ
Doğum Yeri ve Tarihi: GÜMÜŞHANE/ 15.10.1980
Öğrenim Durumu: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü Mezunu

Mesleki Deneyim

Kurum	Tarih	Pozisyon
O.M.Ü Tıp Fakültesi Hastanesi SAMSUN	2003-2005	Beyin Cerrahi Servis Hemşireliği
Memorial Hastanesi İSTANBUL	2005-2006	KVC Yoğun Bakım Hemşireliği
Anadolu Sağlık Merkezi İZMİR	2006-2007	KVC Yoğun Bakım Hemşireliği
Başkent Üniversite Hastanesi İSTANBUL	2007-2008	Süpervizör Hemşire
O.M.Ü Tıp Fakültesi Hastanesi SAMSUN	2008-.....	Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği

11.BÖLÜM EKLER

Ek.1. HASTA TANILAMA FORMU

HASTA TANILAMA FORMU

Tanı:

Yaş:

Cinsiyet:

Sistemik Hastalıkları: KOAH () DM () HT ()
DİĞER ()

Alışkanlıkları: Sigara ()

Alkol ()

Diğer ()

Hastaneye Yatış Tarihi:

Yapılan Operasyon:

Operasyon Tarihi:

Yoğun Bakımdan Çıkış Tarihi:

Taburcu Tarihi:

Destek Alabilecek Kişi veya Kişiler:

Ek.2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en yakın olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Herşey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum

8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim. ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç kara veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri Düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey Düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Uygulama süresi: ortalama 10-15 dakika

En yüksek puan:63 puan

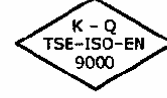
Depresyon yok:00-13 puan

Orta derecede depresyon: 14-24 puan

Ciddi derecede depresyon: 25 ve üzeri



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.55.0001-775- 43118
Konu :


31-12-2008

SAĞLIK BAKANLIĞINA
(Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğüne)

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 26.11.2008 tarih ve 176 sayılı yazısı ilişikte sunulmuştur.

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tülin KARAKUŞ'un "Kroner Arter By-Pass Grafti Uygulanan Hastalarda Taburculuk Süresinin Depresyon Üzerine Etkisi" konulu araştırmanın anketlerinin Samsun Mehmet Aydın Devlet Hastanesi'nde uygulanabilmesi için müsaade verilmesi hakkında Bakanlık görüşüne ihtiyaç duyulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Mustafa KASAPOĞLU
Vali a.
İl Sağlık Müdürü

EK: Yazı (2 sayfa)

Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü Bilgi için: F.TURNA - Şef
Yeni Valilik Binası 4. Kat 55030 / SAMSUN
Tel.Sant.: (0 362) 432 30 16-452 Telefaks : (0 362) 435 66 35
e- posta : samsun.yths@saglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.samsun.saglik.gov.tr



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.55.0001-775-⁹¹⁸ 01770
Konu : Araştırma İzni

16-01-2009

SAMSUN MEHMET AYDIN DEVLET HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİNE

Bakanlığımız Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğünün Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tülin KARAKUŞ'a ait 13.01.2009 tarih ve 1454 sayılı "Araştırma İzni" hakkındaki yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;
Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Mustafa KASAPOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EK: Bakanlık Yazısı (1 sayfa)

15/01/2009 : H.TALİ
16/01/2009 Şef : F.TURNA
18/01/2009 Şb.Md. : Dr.Ö.M.BARAN
19/01/2009 Sağ.Md.Yrd. : Dr.S.KILIC

Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Yeni Valilik Binası 4. Kat 55030 / SAMSUN
Tel.Sant.: (0 362) 432 30 16-452

Bilgi İçin: F.TURNA - Şef

Telefaks : (0 362) 435 66 35
e- posta : samsun.yths@saglik.gov.tr

Elektronik Ağ: www.samsun.saglik.gov.tr

