

Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri¹

Nesim KUĞU,² Öcal BERKAN,³ Gamze AKYÜZ,² Orhan DOĞAN⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik periferik vasküler hastalık nedeniyle Göğüs Kalp Damar Cerrahisi (GKDC) kliniğine yatan ve ameliyat olan olguların ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki anksiyete ve depresyon düzeylerini aynı hastalığı olan fakat ameliyat olmayan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya 20 ameliyat olan (Grup I) ve 20 ameliyat olmayan (Grup II) ve yatarak tedavi gören olgu alındı. Grup I olgularına ameliyattan 10 gün önce ve ameliyattan 10 gün sonra olmak üzere iki kez psikiyatrik değerlendirme yapıldı. Grup II olgularına da 20 gün arayla iki kez psikiyatrik değerlendirme yapıldı. Psikiyatrik değerlendirme sırasında her iki gruba psikiyatri ve GKDC bölümlerince oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI) uygulandı. Verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Khi kare testi kullanıldı. **Sonuçlar:** Olguların yaşları 27-63 arasında olup yaş ortalamaları Grup I'de 53.30 ± 11.44 ; Grup II'de 48.50 ± 13.29 idi. Olguların ilk değerlendirmedeki HAM-D puanları ortalamaları Grup I'de 15.95 ± 4.44 , Grup II'de 13.25 ± 2.75 ; ikinci değerlendirmede ise sırasıyla 12.15 ± 4.73 ve 12.40 ± 2.32 idi. İlk değerlendirmedeki Grup I ve II'deki durumluk anksiyete (STAI-I) puanları ortalamaları sırasıyla 39.20 ± 5.38 ve 34.70 ± 6.26 iken ikinci değerlendirmede ise 35.85 ± 7.08 ve 32.40 ± 4.67 olarak bulundu. Grup I ve II'deki ilk değerlendirmede sürekli anksiyete puanları ortalamaları sırasıyla 29.01 ± 6.75 ve 28.80 ± 2.66 ; ikinci değerlendirmede 30.40 ± 7.29 ve 30.85 ± 2.73 olarak saptandı. Grup I'de hastalık süresi bir yıldan az olan olgularda, hastalık süresi bir yıldan daha fazla olan olgulara göre durumluk (STAI-I) ve sürekli (STAI-2) anksiyete puanları daha yüksekti ($z = -3.81$, $p < 0.05$; $z = -3.08$, $p < 0.05$). Diğer sosyodemografik değişkenlerle anksiyete, depresyon düzeyleri arasında gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Grup I olgularında Grup II olgularına göre ilk değerlendirmedeki depresyon ($z = -2.38$, $p < 0.05$) ve durumluk anksiyete ($z = -2.33$, $p < 0.05$) puanları daha yüksek iken ikinci değerlendirmedeki depresyon puanları arasında anlamlı farklılık yoktu ($z = -0.16$, $p > 0.05$) fakat durumluk anksiyete puanları yine anlamlı şekilde daha yüksekti ($z = -2.32$, $p < 0.05$). Sürekli anksiyete (STAI-2) puanları açısından ise her iki değerlendirmede de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($z = -1.08$, $p > 0.05$, $z = -1.40$, $p > 0.05$). **Tartışma:** Bu çalışmada ameliyat olan olgularda, ameliyat olmayan olgulara göre ameliyat öncesi dönemde depresyon puanları ve hem ameliyat öncesi, hem de ameliyat sonrası dönemde durumluk anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Bu bulgular ameliyat yapılan olgularda ameliyat öncesi ve sonrasında profesyonel psikolojik yardım ve desteğin gerekli olduğunu düşündürmektedir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4):213-221)

Anahtar sözcükler: Kronik periferik vasküler hastalık, yatan hastalar, anksiyete, depresyon

¹ 8. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur (28-31 Mayıs 2001, Lefkoşa)

² Yrd.Doç.Dr., ⁴ Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, SİVAS.

³ Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, SİVAS.

Yazışma Adresi: Dr. Nesim KUĞU, Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, 58140 SİVAS.

e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

The anxiety and depression levels of operated and non-operated patients with chronic peripheric vascular disease

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to compare the depression and anxiety levels of patients admitted to Thoracic and Cardiovascular Surgery Clinic (CVS) due to chronic peripheral vascular diseases in the periods before and after the operation with the patients who had admitted to the same clinic but had no operation. **Method:** This study includes hospitalised patients; twenty operated patients (Group I) and twenty non-operated patients (Group II). The Group I patients have two times psychiatric evaluation ten days before the operation and ten days after the operation. At the same time, Group II patients have psychiatric evaluations. During the psychiatric evaluation both groups have a test prepared by the psychiatry and CVS departments in the sociodemographic information form, Hamilton Depression scale (HAM-D) and Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI). Significance of differences was assessed by paired Mann-Whitney U test and Chi-Square test for compared results. **Results:** The ages of the patients were among 27-63, and their age averages were 53.30 ± 11.44 in the first group and 48.50 ± 13.29 in the second group. At the first evaluation of HAM-D points averages were 15.95 ± 4.44 in Group I, 13.25 ± 2.75 in Group II, and at the second evaluation they were 12.15 ± 4.73 and 12.40 ± 2.32 . At the first evaluation the anxiety (STAI-1) averages were 39.20 ± 5.38 and 34.70 ± 6.26 in Group I and II, at the second evaluation (STAI-2) they were 35.85 ± 7.08 and 32.40 ± 4.67 . In the Group I and Group II the lost lasting anxiety averages were 29.01 ± 6.75 and 28.80 ± 2.66 at first, and secondly they were 30.40 ± 7.29 and 30.85 ± 2.73 . When the periods of disease are compared in Group I (the disease period less and more than a year) the anxiety averages were high in STAI-1 and STAI-2 situation long lasting as: ($z = -3.81$, $p < 0.05$; $z = -3.08$, $p < 0.05$). At other sociodemographic changing anxiety and depression levels were not logical ($p > 0.05$). The averages were high at Group I and Group II at the first evaluation with depression ($z = -2.38$, $p < 0.05$) and anxiety situation ($z = -2.33$, $p < 0.05$) and at the second evaluation there were no logic between the evaluations ($z = -0.16$, $p > 0.05$), but the situation evaluations were logically high. There was no logical difference between the groups from the perspective of STAI-2 averages ($z = -1.08$, $p > 0.05$; $z = -1.40$, $p > 0.05$). **Discussion:** In this study the depression, and anxiety average scores were found high when compared from the points of operated and non-operated patients before and after the operation. These results show that patients with CPVD need psychological help and supports during and after the operation. (Anatolian Journal of Psychiatry 2001; 2(4):213-221)

Key Words: Chronic peripheric vascular disease, operation, hospitalised patients, anxiety, depression.

GİRİŞ

Cerrahi girişimler, ciddi psikososyal ve psikiyatrik sorunlara yol açma potansiyelindedir. Cerrahi girişimler, hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, vücut-organ ve doku kaybı kaygısına ve ölüm korkusuna neden olabilen girişimlerdir. İnkâr, tedaviyi reddetme, deliryum, depresif reaksiyonlar, yaygın anksiyete bozukluğu, psikotik reaksiyon, alkol-sigara kullanımı gibi tedaviyi ve bakımı güçleştiren olumsuz alışkanlıklar, psikoseksüel sorunlar, organ kaybı ve vücut imajına ilişkin sorunlar genel olarak bu hastalarda ortaya çıkma potansiyeli yüksek olan ve psikiyatrik işbirliği gerektiren durumlardır.¹

Ameliyata ilişkin gerçekçi beklentileri olan, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4):213-221

yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi kaygı düzeyi normal sınırlar içinde olan hastaların; gerçek ötesi beklentileri olan, ameliyat öncesi kaygıları yüksek, durumlarını ve gerçeği ileri ölçüde inkâr eden hastalara kıyasla, ameliyat sonrası uyumları daha iyi olmaktadır.²

Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirilmesi, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk aşamadır. Bu bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon gelişimini azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı öne sürülmüştür.³ Bilgilendirmeden sonra hastanın ameliyata psikolojik hazırlanması aşaması gelir. Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesi sağlanmalıdır. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır.

Ameliyat sonrası dönemde hastaya, hastalığa ve ameliyat tipine göre çeşitli ruhsal bozukluklar görülür. Hastalıktan etkilenen organ, hastanın ruhsal durumu, başetme yöntemleri ve cerrahi girişimin niteliği bu bozuklukların tipi, şiddeti ve seyrini etkiler.² Chmielnicki ve arkadaşlarının 1998 yılında yaptıkları bir çalışmada 27'si kadın 11'i erkek alt ekstremitte varikoz venlerinde lokal anestezi ile ameliyat geçirecek olan olgularla, sayı ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirecek olan olgular, ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri yönünden karşılaştırılmış ve her iki grupta ameliyat öncesi durumluk anksiyete puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.⁴

Hayati tehlike içeren kardiyak ameliyat adayları hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki anksiyete ve depresyon düzeyleri konusunda literatürde çok sayıda araştırma yapılmış ve konu iyi araştırılmıştır.⁴⁻¹⁴ Oysa, kardiyak ameliyatlara kıyaslandığında hastalar tarafından daha az hayati tehlike içeriyor şeklinde algılanan, kronik gidişli ve ilerleyici olan, tedavide bazen ameliyatın gerektiği bazen ise tıbbi tedavi ile ameliyata giden sürenin uzatılabildiği periferik vasküler hastalıklardaki anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilgili literatür bilgisi sınırlıdır ve yapılan çalışma sayısı azdır.¹⁵⁻¹⁸

Bu çalışmanın amacı, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi (GKDC) kliniğinde yatarak tedavi gören kronik periferik vasküler hastalığı olup ameliyat olan olguların ameliyat öncesi ve sonrasındaki anksiyete ve depresyon düzeylerini, aynı hastalığı olan fakat ameliyat olmayan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde 01.11.2000-01.04.2001 tarihleri arasında yatan, kronik periferik arteriyosklerotik damar hastalığı olup ilk kez ameliyat olan 20 hasta (Grup I) ile hiç ameliyat olmayan ve özgeçmişinde de ameliyat öyküsü bulunmayan 20 hasta (Grup II) alındı. Grup I olgularının hepsine periferik by-pass ameliyatı yapıldı. Grup I olguları içinde amputasyon

yapılan hasta yoktu. Grup II'de de özgeçmişinde amputasyon öyküsü olan hasta saptanmadı. Her iki grubu oluşturan olgulara çalışma hakkında bilgi verildi ve aydınlatılmış onamları alındı. Grup I olgularına ameliyattan 10 gün önce ve ameliyattan 10 gün sonra olmak üzere iki kez psikiyatrik değerlendirme yapıldı. Grup II olgularına da 20 gün arayla iki kez psikiyatrik değerlendirme yapıldı. Psikiyatrik görüşmelerde tanı için DSM-IV ölçütleri kullanıldı.

Çalışmada şu gereçler kullanıldı:

1. *Sosyodemografik Bilgi Formu*: Psikiyatri ve GKDC bölümlerince oluşturulan sosyodemografik bilgi formunda olguların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu ve ekonomik düzeyi gibi kişisel bilgiler; hastalığın türü ve süresi, sigara kullanım öyküsü (varsa miktarı ve süresi) gibi tıbbi bilgiler yer almaktadır.

2. *Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)*: Hamilton tarafından geliştirilmiş olan, depresyon düzeyini ve şiddetini ölçen 17 soru içeren bir ölçektir.¹⁹ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.²⁰

3. *Durumluk - Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI)*: Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen bir testtir.²¹ Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.^{22,23}

Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olan olgular çalışmaya alınmadı. Çalışmada elde edilen veriler, SPSS istatistik paket programında değerlendirildi. Nicel verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, nitel verilerin değerlendirilmesinde ise ki kare testi kullanıldı.

SONUÇLAR

1. Sosyodemografik veriler

Olguların yaşları 27-63 arasında olup yaş ortalamaları Grup I'de 53.30±11.44; Grup II'de 48.50±13.29 idi. Olgulara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Grup I'de hastalık süresi bir yıldan az olan olgularda, hastalık süresi bir yıldan daha fazla

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

Gruplar Özellikler	Grup I		Grup II		X ²	p
	n	%	n	%		
<i>Yaş</i>						
20-40 yaş	2	10	3	15	0.92	0.63
40-60 yaş	7	35	9	45		
60 yaş ve üstü	11	55	8	40		
<i>Cinsiyet</i>						
Erkek	13	65	9	45	1.61	0.20
Kadın	7	35	11	55		
<i>Eğitim Durumu</i>						
OYD*	7	35	8	40	0.58	0.74
İlköğretim	12	60	10	50		
Lise/Yüksek	1	5	2	10		
<i>Medeni Durum</i>						
Evli	20	100	18	90	2.10	0.14
Bekar	0	0	2	10		
<i>Ekonomik düzey</i>						
Düşük	5	25	12	60	5.01	0.08
Orta	13	65	7	35		
Yüksek	2	10	1	5		
<i>Hastalık süresi</i>						
Bir yıldan az	9	45	7	35	0.41	0.51
Bir yıldan çok	11	55	13	65		
<i>Sigara kullanımı</i>						
Var	10	50	12	60	0.40	0.52
Yok	10	50	8	40		
<i>Sigara içme süresi</i>						
Beş yıldan az	2	20	1	8.3	0.63	0.42
Beş yıldan çok	8	80	11	91.7		
<i>Sigara miktarı(gün)</i>						
Bir paket veya azı	6	60	4	33.3	1.56	0.21
Bir paketten fazla	4	40	8	66.7		

*OYD: Okuryazar değil

olan olgulara göre durumluk (STAI-1) ve sürekli (STAI-2) anksiyete puanları daha yüksekti ($z=-3.81$, $p<0.05$; $z=-3.08$, $p<0.05$). Diğer sosyodemografik değişkenlerle anksiyete, depresyon düzeyleri arasında gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

2. Anksiyete ve depresyon düzeyleri

Grup I olgularında Grup II olgularına göre ilk değerlendirmedeki depresyon ($z=-2.38$, $p<0.05$) ve durumluk anksiyete ($z=-2.33$, $p<0.05$) puanları daha yüksek iken, ikinci değerlendirmedeki depresyon puanları arasında anlamlı farklılık

yoktu ($z=-0.16$, $p>0.05$). Fakat durumluk anksiyete puanları yine anlamlı şekilde daha yüksekti ($z=-2.32$, $p<0.05$). Sürekli anksiyete (STAI-2) puanları açısından ise her iki değerlendirmede de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($z=-1.08$, $p>0.05$; $z=-1.40$, $p>0.05$). Her iki olgu grubunda birinci ve ikinci değerlendirmedeki depresyon ve anksiyete puanlarının ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Grupların 1. ve 2. değerlendirmedeki depresyon ve anksiyete ortalama puanları

Gruplar Ölçekler	Grup I Ort $\pm$ SD	Grup II Ort $\pm$ SD	z	p
HAM-D ^a	15.95 $\pm$ 4.44	13.25 $\pm$ 2.75	-2.38	0.01*
HAM-D ^b	12.15 $\pm$ 4.73	12.40 $\pm$ 2.32	-0.16	0.86
STAI-1 ^a	39.20 $\pm$ 5.38	34.70 $\pm$ 6.26	-2.33	0.01*
STAI-1 ^b	35.85 $\pm$ 7.08	32.40 $\pm$ 4.67	-2.32	0.02*
STAI-2 ^a	29.01 $\pm$ 6.75	28.80 $\pm$ 2.66	-1.40	0.16
STAI-2 ^b	30.40 $\pm$ 7.29	30.85 $\pm$ 2.73	-1.08	0.27

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$).

HAM-D^a : İlk psikiyatrik değerlendirmedeki depresyon puan ortalamaları

HAM-D^b : İkinci psikiyatrik değerlendirmedeki depresyon puan ortalamaları

STAI-1^a : İlk psikiyatrik değerlendirmedeki STAI-1 puan ortalamaları

STAI-1^b : İkinci psikiyatrik değerlendirmedeki STAI-1 puan ortalamaları

STAI-2^a : İlk psikiyatrik değerlendirmedeki STAI-2 puan ortalamaları

STAI-2^b : İkinci psikiyatrik değerlendirmedeki STAI-2 puan ortalamaları

Grup I'deki olgularla ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde iki ayrı psikiyatri uzmanı tarafından görüşme yapılmış ve DSM-IV ölçütleri kullanılarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığı araştırılmıştır. Bu prosedür aynı zamanlarda Grup II olgularına da uygulanmıştır. İlk psikiyatrik görüşmede Grup I'de 4 olguya (%20) ve Grup II'de 1 olguya (%5) hafif düzeyde depresif bozukluk tanısı konulmuştur. İkinci psikiyatrik görüşmede ise Grup I'deki depresyon tanısı konan 4 olgudan 2'sinde ve Grup II'deki depresyon tanısı konan bir olguda depresyonun devam ettiği tespit edilmiştir. Gerek Grup I gerekse Grup II olgularında her iki psikiyatrik görüşmede de anksiyete bozukluğu saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalıklar sıklıkla anksiyete ve depresyonla birlikte görülür.⁷ Açık kalp

ameliyatlarını takiben nöropsikolojik ve nöropsikiyatrik bozuklukların %80 civarında olduğu tahmin edilmektedir.⁴ Karotid arter stenozu olmayan elektif açık kalp ameliyatı adayı 77 kişinin 37 normal kontrol kişisiyle ameliyat öncesi bilişsel test performansları yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada, ameliyat adaylarında anksiyete ve depresyon puanlarının normal kontrollere göre bilişsel performansı anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur.⁵ Kardiyak ameliyat öncesi ve sonrasında erkek ve kadın hastalarda depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı ve 141 kişinin katıldığı başka bir çalışmada ameliyat öncesinde hastaların %47'sinde depresyon saptandığı ve bu oranların ameliyat sonrası dönemde %61'e ulaştığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada ameliyat öncesi dönemde depresyonla ilişkili etkenler olarak kadın cinsiyetinde olma, yüksek anksiyete düzeyi ve daha az sosyal desteğe sahip olma

düzeyi ve daha az sosyal desteğe sahip olma bulunmuştur. Ameliyat sonrası dönemdeki depresyonla, ameliyat sonrası dönemdeki yüksek durumluk-sürekli anksiyete puanları ve ameliyat öncesi dönemdeki yüksek depresyon puanları ilişkili saptanmıştır.²⁴ Bir çalışmada 40 yaşın üzerindeki 22 kardiyak hastada ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyat sonrası iyileşme arasındaki ilişki araştırılmış; kardiyak cerrahi hastalarının anksiyete düzeyi, kronik hastalığı olan hastaların anksiyete düzeyinden daha yüksek olarak bulunmamıştır.²⁵

Yaşları 45-68 arasında olan koroner arter bypass ameliyatı adayı 38 erkek hastada ameliyat öncesi dönemde %40 oranında ılımlı derecede anksiyete ve 6 hastada depresyon saptanmıştır. Bu hastaların %38.9'unda ameliyat sonrası dönemde de anksiyetenin devam ettiği bulunmuştur.¹² Başka bir çalışmada koroner arter bypass ameliyatı adayı 50 kişide ameliyat öncesi dönemde %22, ameliyat sonrası dönemde ise %21 oranında depresyon tespit edilmiştir.¹⁰ Kalp transplantasyonu ameliyatı geçiren 154 hastada ameliyattan bir yıl sonra psikiyatrik değerlendirme yapılan bir çalışmada en sık görülen psikiyatrik bozukluk %17.7 ile major depresyon olarak bulunmuş; onu sırasıyla %13.7 ile travma sonrası stres bozukluğu ve %10 ile uyum bozukluğu izlemiştir.⁹ Başka bir çalışmada koroner arter by-pass ameliyatı geçiren olgularda ameliyat öncesi depresyonun ameliyat sonrası depresyonun en iyi belirleyicisi olduğu bulunmuştur.⁸ Koroner arter bypass ameliyatı geçiren olguların bir yıl sonra tekrar değerlendirildiği bir çalışmada ameliyatın sonuçları çok başarılı olmasına rağmen olgular arasında yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon saptanmıştır.²⁶

Kardiyak ameliyat geçiren olgularda psikiyatrik morbidite iyi araştırılmış olmasına rağmen periferik vasküler hastalığı olan olgular için aynı durum söz konusu değildir ve yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Periferik vasküler hastalıklar, kronik gidişli ve ilerleyici, bazen ameliyatın gerekli olduğu ancak bazen tıbbi tedaviyle ameliyata giden sürecin uzatılabilirdiği, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilen hastalıklardır.²⁷ Yapılan bir çalışmada kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda hastaneye yatışın ameliyat öncesi dön-

minde bazı psikolojik güçlükler olduğu, taburculuk öncesi ve sonrası stres semptomlarında artış görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵ Başka bir çalışmada kronik arteriyel tıkalıcı hastalığı olan 60 hasta çalışmaya alınmış ve hastaların ameliyat öncesi dönemde hastalığın kronik doğasına uyum sağlama güçlükleri çektikleri ve bu durumun algılamalarını değiştirdiği öne sürülmüştür.¹⁶ Limosin ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada bacaklarında arteriyel tıkalıcı hastalığı olan olgularda sigaranın bırakılmasıyla bağlantılı psikolojik faktörler araştırılmıştır. Sigara bırakma aşamasındaki hastalarda sürekli anksiyete ve aleksitimi puanları yüksek bulunmuş; yüksek aleksitimi puanlarının periferik aterosklerozun gidişini önemli derecede etkileyen sigara bırakma davranışını kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür.¹⁷

Biz bu çalışmada periferik vasküler hastalığı olup ameliyat olan olguların, ameliyat öncesi dönemdeki depresyon puanlarını ameliyat olmayan olguların depresyon puanlarından daha yüksek bulduk. İlk psikiyatrik değerlendirmede (ameliyat öncesi) Grup I'deki HAM-D puanları ortalamaları, hafif düzeyde depresyonu ima etmekteydi. İkinci değerlendirmede ise (ameliyat sonrası dönem) Grup I'deki HAM-D puanları ortalamalarının normal sınırlara indiği ve iki grup arasında farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Grup I olgularında Grup II olgularına göre her iki değerlendirmede de durumluk anksiyete puanları ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur. Travelbee, ameliyat olacak kişilerde anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasını şu nedenlere bağlamaktadır: Ameliyat korkusu, yapılacak ameliyatın türü ve niteliği, başkalarının görebileceği şekil bozukluğu olasılığı, ağrı ve rahatsızlık korkusu, yapılacak ameliyata ilişkin bilgi yetersizliği, bireysel özellikler veya sorunlar, ameliyat sonrası bakım için başkalarına bağımlı olacağı düşüncesi.²⁸ Kum, ameliyat olacak hastalarda korku ve anksiyete belirtileri ile yapılacak ameliyata ilişkin bilgi isteklerinin olduğunu saptamıştır.²⁹ Çorapçıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı ve 60 ameliyat olacak hasta, 40 iç hastalıkları kliniğinde yatan hasta ve 40 sağlıklı kişide anksiyete belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada ameliyat grubunda %38.3, iç hastalıkları grubunda %47.5 ve kontrol grubunda %10 oranlarında anksiyete

belirtileri bulunmuştur.³⁰ Başka bir çalışmada Doğan ve arkadaşları tüberkülozlu hastalarda anksiyete belirtisi olanların oranını %36 olarak belirlemiştir.³¹ Çorapçıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada çeşitli kliniklerde yatan 18-65 yaş arasında 80'i erkek, 40'ı kadın toplam 120 ameliyat olacak hasta basit tesadüfi örneklem yoluyla 30'ar kişilik 4 gruba ayrılmış ve her bir gruba farklı tedavi yaklaşımı benimsenmiştir. Ameliyattan bir saat önce bir gruba plasebo, bir gruba antianksiyete ilaç, bir gruba destekleyici psikoterapi, diğer gruba da kombine tedavi yaklaşımı (psikoterapi ve antianksiyete ilaç) uygulanmıştır. Uygulamadan bir saat sonra ve ameliyattan hemen önce DSM-III-R ölçütleri kullanılarak anksiyete belirtileri araştırılmış; ameliyat öncesi anksiyete belirtileri plasebo grubunda %13.3, antianksiyete grubunda %6.7, destekleyici psikoterapi grubunda %13.3 bulunmuş ve kombine tedavi grubunda ise anksiyete belirtileri saptanmamıştır. Aynı çalışmada anksiyete belirtileri kadın hastaların %17.5'unda, erkek hastaların ise %3.75'inde belirlenmiştir.³² Periferik vasküler hastalıkların kronik, ilerleyici yapısı nedeniyle ameliyatın gerekliliği, hastalar tarafından hastalıklarının kötüleştiği ve hızlı ilerlediği yönünde algılanabilir. Bu da depresif duygu ve düşüncelere zemin hazırlayabilir. Öte yandan kardiyak ameliyatlar kadar hayati görülmesi de tek başına ameliyat olma gerçeği, hastada bir takım içsel kaygı ve çatışmalara, duruma uyum sağlayamama ve depresyona yol açabilir.

Grup I olguları arasında hastalık süresi bir yıldan az olanlarda hastalık süresi bir yıldan daha uzun olan olgulara göre hem durumluk hem sürekli anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da hastalık süresinin kısa olması ve ameliyat gerekliliğinin olmasının, hastalık süresinin uzun olması ve ameliyat gerekliliğinin olmamasına göre hastalarda daha çok belirsizlik ve korkuya yol açtığı; bu

düşüncelerin de anksiyete artışıyla sonuçlandığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada iki ayrı psikiyatri uzmanı tarafından tüm olgularla iki kez psikiyatrik görüşme yapılmış ve Grup I olguları arasında ameliyat öncesi dönemde 4 olguda (% 20), Grup II olgularında ise 1 olguda (%5) DSM-IV ölçütleri kullanılarak hafif düzeyde depresyon saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde ise Grup I'deki 4 olgudan sadece 2'sinde (%10) ve Grup II'deki 1 (%5) depresif olguda depresyonun devam ettiği gözlenmiştir. Kardiyak ameliyatlar öncesi ve sonrasında depresyon oranları yüksek olarak bildirilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada elde edilen oranların göreceli olarak düşük bulunması, ameliyatlara ilgili hastaların öznel düşünceleri ve algılamalarıyla ilgili olabilir. Kalp hayatı bir organ olarak düşünülmekte ve ameliyatları da daha tehlikeli olarak algılanabilmektedir. Bu tür bir düşünce tarzıyla hastalar, periferik vasküler ameliyatları daha az tehlikeli ve daha az hayati olarak düşünebilir ve algılayabilirler. Ülkemizde yapılan bir çalışmada çeşitli cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat sonrası psikiyatrik semptomatolojinin büyük ameliyat geçirenlerde küçük ameliyat geçirenlere göre daha şiddetli olduğu bulunmuştur.³³

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları periferik vasküler hastalığı olan olgularda hastalık süresi ve uygulanan tedavinin türü (tıbbi tedavi veya ameliyat) gibi etkenlerin hastalığın kronik yapısına psikolojik uyumu ve hastanın baş etme yetilerini etkilediğini; özellikle ameliyat yapılan olgularda ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde verilecek psikiyatrik hizmetin önemli olduğu; gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyat sonrası dönemde anksiyete ve depresyon gelişmesi riski nedeniyle profesyonel psikolojik yardım ve desteğin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özkan S: Kardiyovasküler cerrahi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi. *Avicena Dergisi* 2001; 1(88):33-35.
2. Özkan S: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *ROCHE Müstahzarları Sana-*
3. Stoudemire A, Fogel BS (ed): *Principles of Medical Psychiatry*. Grunne and Stratton, Inc. 1987.

yi A.Ş, İstanbul, s.175-187, 1993.

4. Walzer TA, Herrmann M: Neuropsychological and psychopathologic changes following cardiac surgical procedures. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998; 66(82):68-83.
5. Vingerhoets G, van Nooten G, Jannes C: Neuropsychological impairment in candidates for cardiac surgery. *J Int Neuropsychol Soc* 1997; 3 (5):480-484.
6. Gardner FV, Worwood EV: Psychological effects of cardiac surgery: a review of the literature. *J R Soc Health* 1997; 117 (4):245-249.
7. Pochard F, Bellivier F, Faessel AI, Squara P: Anxiety and depressive disorders in cardiovascular diseases. *Encephale* 1997; 23(6):412-419.
8. Timberlake N, Klinger L, Smith P, Venn G: Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res* 1997; 43(2):197-207.
9. Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG: Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18(Suppl. 6):48S-61S.
10. Fraguas JR, Ramadon ZB, Pereira AN, Wajngarten M: Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(5):365-374.
11. Hamalainen H, Smith R, Puukka R, Lind J, Kallio V: Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scand J Public Health* 2000; 28(1):62-70.
12. Edel-Gustaffson UM, Hetta JE: Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scand J Caring Sci* 1999; 13(2):137-143.
13. Ben-Noun LL: Coronary artery bypass grafting: long-term psychological and social outcomes. *J Anxiety Disord* 1999; 13(5):505-512.
14. Khatri P, Babyak M, Clancy C, Davis R, Croughwell N: Perception of cognitive function in older adults following coronary artery bypass surgery. *Health Psychol* 1999; 18(3):301-306.
15. Galloway S, Bubela N, McKibbin A, Rebeyka D, Saxe-Braithwaite M: Symptom distress, anxiety, depression, and discharge information needs after peripheral arterial bypass. *J Vasc Nurs* 1995; 13(2):35-40.
16. Leech JE: Psychosocial and physiologic needs of patients with arterial occlusive disease during the preoperative phase of hospitalization. *Heart Lung* 1982; 11(5):442-449.
17. Limosin F, Consoli SM, Fiessinger JN: Psychological factors associated in smoking cessation in patients with arterial occlusive disease of the legs. *Encephale* 2000; 26(5):7-12.
18. Whiteman MC, Deary IJ, Fowkes FG: Personality and social predictors of atherosclerotic progression: Edinburgh Artery Study. *Psychosom Med* 2000; 62(5):703-714.
19. Williams BW: A Structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45:742-747.
20. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N ve ark: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin (HDDÖ) geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi* 1996; 4(4):251-259.
21. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist Press, 1970.
22. Le Compte A, Öner N: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin (State-Trait Anxiety Inventory) Türkiye'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, 1975, s.457-462.
23. Öner N: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk toplumunda geçerliliği. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü.
24. Burker EJ, Blumenthal JA, Feldman M, Burnett R, White W: Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery. *Br J Clin Psychol* 1995; 34(Pt 1):119-128.
25. Majima T, Sato R: A study of factors of anxiety and nursing intervention among cardiac surgical patients. *Nihon Kango Kagakkaishi* 1994; 14(1):11-18.
26. Perski A, Feleke E, Anderson G, Samad BA: Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery. *Am Heart J* 1998; 136(3):510-517.
27. James CA, Fuch H: Atherogenesis and the medical management of ASK. *Vascular Surgery*, Vol 1, Philadelphia, WB Saunders Co., 1995.

28. Travelbee J: *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia, FA Davis Co, 1971.
29. Kum N: *Yetişkin cerrahi hastalarında anksiyete ve korku*. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1972.
30. Çorapçıoğlu A, Doğan O, Karlı B, Gönüllü M: *Ameliyat öncesi bunalı belirtileri*. A Oğuz (ed): *I. Anksiyete Sempozyumu Kitabı'nda*, Kayseri, 1993, s.241-248.
31. Doğan O, Doğan S: *Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı*. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları No: 53, Sivas, 1992.
32. Çorapçıoğlu A, Doğan O, Karlı B, Gönüllü M: *Ameliyat öncesi bunalı belirtileri-II. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu (20-21 Mayıs 1993) Bilimsel Çalışmaları El Kitabı*, Sivas, 1993, s.139-144,
33. Sözüer EM, Alpkan L, Erkoç Ş, Gümüş M, Sağlam A ve ark: *Cerrahi girişim yapılan hastalarda psikiyatrik semptomlar*. Erciyes Tıp Dergisi 1990; 12(1):125-132.

11. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ

05-08 Haziran 2002, Adana

Başvuru Adresi

Yrd.Doç.Dr. Lut TAMAM, Çukurova Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD
01330 ADANA Tel: 0322 3386060/3247, Faks: 0322 3386505
e-posta: Ltamam@mail.cu.edu.tr
web site: www.anadolu2002.cjb.net

IX. ULUSAL PSİKİYATRİ KONGRESİ

11-14 Haziran 2002, Malatya

Ana konu:

KÜRESELLEŞME

Başvuru Adresi

Yrd.Doç.Dr. Burhanettin KAYA, Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri
Kliniği, MALATYA Tel: 0422 3410652, Faks: 0422 3410728
e-posta: burha65@yahoo.com