



# Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar

## Mental Disorders Developed Following Acute Myocardial Infarction

Bahattin BULDUK<sup>1</sup>, Mehmet Cihad AKTAŞ<sup>1</sup>, Mehmet BULDUK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Van

<sup>2</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Erciş meslek Yüksekokulu, Çocuk Gelişimi Programı, Van

### ÖZ

Miyokard İnfarktüsü, kalbi besleyen koroner arterlerin tıkanmasına bağlı olarak kalp kasının yeterince kanlanmaması ve sonuçta kalp dokusunda nekroz oluşmasıdır. Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI), ölümlü sonuçlanabilen bir hastalık olması, genellikle her yaş grubunda görülmesi ve sonrasında ciddi komplikasyonların oluşmasından dolayı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Psikolojik sorunlar insanların, kardiyovasküler sorunlar yaşamalarına neden olabileceği gibi, kalp hastalıklarının varlığının da psikiyatrik sorunların oluşumuna neden olacağı bilinmektedir. AMİ öncesi ve sonrası kişilerde ruhsal ve davranışsal tepkilerin olması beklenmektedir. Bu tepkilerin ciddiye alınması ve tıbbi açıdan tedavi edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalar AMİ sonrası bireylerde anksiyete, depresyon ve stres belirtilerinin görüldüğünü bildirmektedir. Bu makalenin yazılma amacı, dünyadaki bir numaralı ölüm nedeni olan AMİ'nin insanlar üzerindeki oluşturabileceği ruhsal bozuklukları bir kez daha gündeme getirmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut miyokard infarktüsü, anksiyete, depresyon, stres

### ABSTRACT

Myocardial Infarction is due to the occlusion of the coronary arteries that perfuse the heart resulting in insufficient blood supply to the heart muscle and eventual necrosis of the cardiac tissue. Acute Myocardial Infarction (AMI) is a serious public health problem in that it can result in death, usually seen in all age groups and serious post-AMI complications. Psychological problems are known to cause cardiovascular problems, and it is known that the presence of heart diseases will also cause psychiatric problems. Psychological and behavioral reactions are expected before and after AMI. It should not be forgotten that these reactions must be taken seriously and treated medically. Studies show that anxiety, depression and stress symptoms are seen in individuals after AMI. The purpose of writing this article is to bring the AMI once again to the agenda, which is the number one cause of mortality in the world that may induce development of mental disorders in people.

**Key Words:** Acute myocardial infarction, anxiety, depression, stress

### GİRİŞ

Dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biri kardiyovasküler hastalıklardır. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yarısına yakını kardiyovasküler sorunlardan kaynaklanmaktadır <sup>(1)</sup>. Rosamond ve arkadaşlarının <sup>(2)</sup> 2007 yılında yaptıkları çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da tüm ölüm nedenlerinin önde gelen nedenlerinden biri Akut miyokard infarktüsü olarak açıklamışlardır. Kalp hastalıklarının oluşumu ve seyrinde psikososyal risk faktörlerinin önemi göz ardı edilemez. Psikolojik sorunlar insanların, kardiyovasküler sorunlar yaşamalarına neden olabileceği gibi, kalp hastalıklarının

varlığının da psikiyatrik sorunların oluşumuna neden olacağı bilinmektedir. Kalp hastalığı tanısı ile ortaya çıkan ani ölüm hissi insanlarda anksiyete ve depresyona neden olur. Kardiyolojik ve psikolojik hastalıklar ortak semptomlara sahiptirler. Örneğin, AMİ sırasında hastada panik ve yoğun bir anksiyete ortaya çıkarken, panik atak geçiren bir hastada ise çarpıntı, göğsünde sıkışma hissi ve ölüm korkusu gibi belirtiler ortaya çıkabilir <sup>(1,2)</sup>.

### AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

Miyokard infarktüsü, kalbi besleyen koroner arterlerin tıkanmasına bağlı olarak kalp kasının yeterince kan-

Alındığı tarih: 26.02.2017

Kabul tarihi: 15.05.2017

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Bahattin Bulduk, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Sağlık Yüksekokulu, 65000, Van

e-posta: bahattinbulduk@hotmail.com

doi: 10.5222/jaren.2017.1005

lanmaması ve sonuçta kalp dokusunda nekroz oluşmasıdır. Tüm dünyada en yaygın damar tıkanıklığı nedeni olarak bilinen ateroskleroz, damar içerisinde plak oluşarak damarlarda sertliğe neden olan bir durumdur. Koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucu kalp kası, kan ve oksijen yönünden beslenemediğinden dolayı hasar görür. Hasar gören kalp kası hücrelerinin bulunduğu bölge kasılma yeteneğini kaybetmektedir. Bu durum kalp krizine neden olmaktadır. Yani miyokard infarktüsü, ciddi ve uzun süreli iskeminin neden olduğu miyokard hücre hasarı ve nekrozu şeklinde belirtilir (3,4).

Dünya Sağlık Örgütüne göre AMİ tanısı için üç önemli ölçüt vardır:

1. Göğüste iskemik tipte ağrı,
2. Ardışık alınan EKG'lerde ilerleyici değişiklikler,
3. Serum kardiyak belirteçlerde yükselmedir.

Bu kriterden ikisinin bulunması AMİ tanısı için yeterlidir (5).

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların en erken sürede tedavi altına alınmaları yaşamsal önem taşımaktadır. Son zamanlarda AMİ tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen, mortalite oldukça yüksektir. Kalp krizinden hemen sonraki saatlerde meydana gelen ölümler tüm ölümlerin yarısını oluşturmaktadır. Bu ölüm oranını azaltmak, sağlık görevlilerine bağlı olduğu kadar, halkın bilinçlendirilmesine, etkin ve hızlı bir ilk yardımın sağlanmasına da bağlıdır. AMİ hem ölümcül bir hastalıktır hem de ruhsal bozukluklara yol açan önemli bir sağlık sorundur. Ruhsal rahatsızlıkların varlığı, yapılan tedaviyi olumsuz yönde etkileyerek tedavi süresini ve tedavi masraflarını arttırmaktadır. Bu anlamda tedavi sırasında hastalar için stres kaynaklı durumlarda ele alınıp tedavi edilmelidir (6,7).

## RUHSAL BOZUKLUKLAR

### 1. Stres

Herkese göre farklı bir tanımı olan stres, baskı yapmak, bastırmak, germek, önem vermek, yüklemek, zorlamak, gerilim, güç, önem, zarar, zor anlamına gelmektedir (8,9). Psikolojik süreçler ve bireysel farklılıklarla ortaya çıkan bir davranıştır. Birey üzerinde aşırı, psikolojik veya fiziksel baskılar yapan, durum veya olayın organizmaya yansıyan sonucudur (10).

### 2. Depresyon

Belli başlı bir nedeni olmayan, bir çok koşul bir araya gelerek ortaya çıkan, aylarca sürebilen, beraberinde bedensel yakınmaları da getiren, çevre koşullarından da etkilenebilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Başka bir deyişle, yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk, çaresizlik, yaşama dair istek kaybı, öz saygısında azalma şeklinde kendini gösteren duygusal duruma depresyon denir (11).

Klasik psikanalitik görüşe göre depresyonlu hastanın kişiliğinde şu temel özellikler vardır:

1. Oral dönemde saplanma ve buna bağlı olarak bağımlılık duygularının güçlü olması, sevgi açlığı ve terk edilmeye karşı aşırı duyarlılık,
2. Sevgi nesnelere karşı bilinçli sevginin yanı sıra bilinçdışı kin ve düşmanlık duygularının bulunması,
3. Kolay cezalandıran, affetmeyen, güçlü baskıcı bir süper ego olması,
4. Öfke, kin, nefret gibi saldırganlık dürtüleri ile ilgili duyguların dışa vurulmasında büyük güçlük ve bu duyguların bireyin kendine yöneltilmesine eğilim,
5. Sevgi, onaylanma, beğenilme ve terk edilmeme için aşırı özverili olarak kendisini fazla yüklemeye, titiz ve mükemmeliyetçi olma (11).

### 3. Anksiyete

Anksiyete, tehlikeli ya da olumsuz bir olayın meydana gelmek üzere olduğu beklentisiyle oluşan davranışsal, bilişsel ve fizyolojik bileşenleri olan bir tepki dizgesidir. Anksiyete, kaygı, sıkıntı ve stres altında olma durumu olarak bilinen bir rahatsızlıktır. Anksiyete yaşayan kişiler genellikle, huzursuz, sabırsız ve sinirlidirler. Anksiyete yaşayanlar genellikle çabuk yorulur ve dikkatleri erken dağılırlar. Kötü düşüncelere sahip, çevresel faktörlerden etkilenir ve aşırı telaşlıdırlar (12).

## AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ ve RUHSAL BOZUKLUKLAR

Bedensel hastalıklar yaşayan birey, üzüntü, öfke, endişe, çaresizlik, ümitsizlik, korku ve öz güven kaybı gibi düşünceler taşıyabilir. Aynı zamanda bu kişilerde sosyal, aile ve çevre ilişkilerinin bozulması,



başkasına ve ilaçlara bağımlı olma endişesi, yaşam kalitesinde bozulma, agresif görünme ve sosyal yaşamlarında izolasyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle bazı hastalıkların tedavisi bedensel sorunların tedavisinin yanı sıra ruhsal ve sosyal sorunlarında tedavisi gerektirmektedir <sup>(13)</sup>. Çoğu insanda yaşamı tehdit eden herhangi bir hastalığa yakalanmak depresyona neden olmaktadır. Bunevicius ve arkadaşları <sup>(14)</sup> yaptıkları çalışmada, kalp ve solunum hastalıkları olan hastaların %19'unda anksiyete ve depresyon geliştiğini saptamışlardır. Özol ve arkadaşları <sup>(15)</sup> bu oranı yaptıkları çalışmada, %28, Engstrom ve arkadaşları <sup>(16)</sup> ise hastaların %13'ünde anksiyete düzeyinin arttığını bulmuşlardır. Kardiyovasküler hastalıklardan sonra en önemli ölüm nedenleri arasında olan kanserli, hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların %47'sinde ruhsal bozukluk tespit edilmiştir <sup>(17)</sup>. Dahili ve cerrahi kliniklerde yapılan bir çalışmada, hastaların %48.5'i depresyon, %27.2'si ise anksiyete açısından riskli bulunmuştur <sup>(18)</sup>. Koroner arter hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların %19-23'ünde majör depresyon gözleendiği bildirilmiştir <sup>(19)</sup>. Başka bir çalışmada ise, depresyonda olan koroner hastalarının olmayanlara göre 24 saatlik holter çekimlerinde 6 kat daha fazla ventriküler taşikardi gözlenmiştir <sup>(20)</sup>. Depresyonda olan kişilerin kalp hastalıklarına yakalanma ve bu hastalıktan ölme oranı, depresyonda olmayan kişilere nazaran daha olası bir durum olduğu ortaya konulmuştur <sup>(21)</sup>. Kalp yetmezliği olan hastalarda, ruhsal bozuklukların, hastalıklarına olan etkisine bakıldığında, ruhsal bozuklukların kalp yetmezliği ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Herhangi bir kardiyovasküler hastalığı olan bir bireyin, hastalığından sonraki ruhsal durumunun sonraki yıllarda yeni bir kalp krizine veya kalp hastalığına neden olup olmadığına bakıldığında, sonraki yıllarda tekrar bir kalp hastalığına yakalanması olası olduğu bildirilmiştir <sup>(22,23)</sup>. Yapılan başka bir çalışmada, kalp krizi geçiren kişilerde stresli olma durumu oldukça yüksek bulunmuştur <sup>(24)</sup>.

## SONUÇ

Bir insanın sağlıklı olması fiziksel, ruhsal sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. İnsanın fiziksel ve ruhsal durumu arasında büyük bir etkileşim vardır. Ruhsal durumdaki değişimler, dalgalanmalar ve sarsıntılar bedeni etkilediği gibi bedendeki değişiklikler de ruh sağlığını etkileyebilmektedir.

Kalp hastalıklarının neden olduğu ölümlerin, ülkemizde ve dünyada ilk sıralarda olması, hastalığı tetikleyen durumların detaylı bir şekilde araştırılması önemini ortaya koymaktadır. Ruhsal sorunların kalp rahatsızlıklarını tetiklediği, kalp rahatsızlıkları da ruhsal sorunlara özellikle stres, depresyon ve anksiyeteye neden olduğu düşünüldüğünde, kardiyovasküler hastalıklar da psikoterapötik yaklaşım tedavi bakımının bütün olmasını gerektiren önemli bir bileşendir. Duyguların hastalar için neler ifade ettiğinin, hangi anlamları taşıdığına anlaşılması önemlidir. Hastaların korku, kaygı gibi duygularının ifade edebilmeleri sağlanmalı, tanılar hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalı, hastalıklarının seyri hakkında bilgi verilmelidir. Tedavinin bir bütün olduğunu düşünerek tedaviye katılan sağlık çalışanlarına psikososyal bakım eğitimi verilmesi ve tedavinin bir parçası haline getirilmesine çalışılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Reiter RJ, Tan DX. Melatonin: a novel protective agent against oxidative injury of the ischemic-reperfused heart. *Cardiovascular Res.* 2003; 58: 10-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics. 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2007; 115: 69-171. [\[CrossRef\]](#)
3. Chapman JF, Christenson RH, Silverman LM. Cardiac and muscle disease. Kaplan LA, Pesce AJ, (editors). *Clinical Biochemistry.* 3rd ed. USA: Mosby, 1996; 593-612.
4. İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G, Ünal S. Akut Miyokart İnfarktüsü. İç Hastalıkları, İkinci Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2003; 474-95.
5. Gök H. Akut Koroner Sendromların tanısında yeni biyokimyasal markerlar. Akut Koroner Sendromlar. *Türk Kardiyoloji Seminerleri.* 2001; 1(3): 20-32.
6. Murray CL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factor. Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997; 349: 1436-42. [\[CrossRef\]](#)
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Bernard RC, Harvey DW. Üçüncü evrensel miyokart enfarktüsü tanımı. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2013; 3: 129-45.
8. Nijboer C. Measuring Both. Negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the caregiver reaction assessment (CRA). Social

*Science & Medicine*. 1999; 48: 1259-69.

[\[CrossRef\]](#)

9. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family. *Caregivers Cancer Nursing*. 2003; 26(4): 260-5.

[\[CrossRef\]](#)

10. Ting-Ting Kou. Symptom distress and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer Nursing*. 2002; 25(4): 309-17.

[\[CrossRef\]](#)

11. Alper Y, Bayraktar E, Karaçam Ö. Herkes için Psikiyatri, İstanbul: Era Yayıncılık. 1997.

12. Özdemir DF, Kütük F. Anksiyete bozuklukları.

*Katkı Pediatri Dergisi*. 2013; 35 (1): 11-40.

13. Niti M, Ng TP, Kua EH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 1087-94. [\[CrossRef\]](#)

14. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depres Anxiety*. 2007; 24: 455-60. [\[CrossRef\]](#)

15. Özol D, Özel H, Arsakay G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kaygı düzeyinin değerlendirilmesi. *Akciğer Arşivi*. 2005; 1: 10-3.

16. Engstrom CP, Persson LO, Larsson S. Health related quality of life in COPD: why both disease-specific and generic measures should be used. *Eur Respir J*. 2001; 18: 69-76. [\[CrossRef\]](#)

17. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 249: 751-7. [\[CrossRef\]](#)

18. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium*. 2003; 41(3): 120-4.

19. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression. *Washington DC American Psychiatric Publishing*. 2002; 2(1): 307-38.

20. Carney RM, Freedland KE, Rich MW. Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease. *Am J Med*. 1993; 95: 23-8. [\[CrossRef\]](#)

21. Celano CM, Freudenreich O, Fernandez-Robles C, Stern TA, Caro MA, Huffman JC. Depressogenic effects of medications: A review. 2011; 13(1): 109-25.

22. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Clary, et al. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2004; 110: 3452-6. [\[CrossRef\]](#)

23. Van Melle JP, De Jonge PD, Spijkerman TA, Tijssen JGP, Ormel J, Van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 814-22. [\[CrossRef\]](#)

24. Gupta R, Kishore J, Bansal Y, Daga MK, Jiloha RC, Singal R, et al. Relationship of psychosocial risk factors, certain personality traits and myocardial infarction in Indians: a case-control study. *Indian Journal of Community Medicine*. 2011; 36: 182-6. [\[CrossRef\]](#)