

Kardiyovasküler hemşirelik araştırması / Cardiovascular nursing research**Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi**

Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction

Zeynep Canlı Özer,¹ Fisun Şenuzun,² Yasemin Tokem³¹Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Antalya; ²Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir;³Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Amaç: Miyokard enfarktüsü (ME) geçiren bireylerde anksiyete ve depresyon gelişebilir. Bu çalışmada ME geçiren bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyleri araştırıldı.

Çalışma planı: Araştırma, Kardiyoloji ünitelerine yatan 506 hasta (199 kadın, 307 erkek; ort. yaş 55.7±6.9) ile yapıldı. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan ve hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile toplandı. Ölçeğin ülkemizdeki ME'li hastalarda geçerliliği araştırılmış ve anksiyete ve depresyon için yararlı ve duyarlı bir tarama aracı olduğu gösterilmiştir.

Bulgular: Tüm hastalarda (%100) klinik olarak ciddi düzeyde anksiyete görüldü. Depresyon açısından, 45 hasta (%8.9) klinik olarak normal bulunurken, 289 hastada (%57.1) sınırdaki, 172 hastada ise (%34) ciddi düzeyde depresyon belirlendi. HAD ölçeğinin puan ortalaması 11.4±2.9; anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ise sırasıyla 12.2±4.1 ve 10.6±4.1 idi. Demografik veriler içinde yaş ölçeğinin anksiyete ve depresyon altboyutu ile ($p<0.001$), eğitim durumu ($p<0.05$), ailenin toplam gelir durumu ($p<0.01$), sağlık güvencesi ($p<0.05$) ve ME geçirme sayısı ($p<0.05$) depresyon altboyutu ile anlamlı ilişki gösterdi. Regresyon analizinde, yaş ($\beta=-0.128$), eğitim ($\beta=0.082$), çalışma durumu ($\beta=-0.79$) anksiyete ve depresyonu, ailenin toplam geliri ($\beta=-0.128$) ve sağlık güvencesi ($\beta=-0.086$) depresyonu anlamlı derecede etkileyen bağımsız değişkenler idi.

Sonuç: Bulgularımız, ME geçiren bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve kardiyak rehabilitasyon programlarının uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete; depresyon; miyokart enfarktüsü/psikiyoloji; psikiyatrik durum değerlendirme ölçeği; anket.

Objectives: Patients with myocardial infarction (MI) may experience anxiety and depression. This study was designed to determine anxiety and depression levels in patients with MI.

Study design: The study included 506 patients (199 women, 307 men; mean age 55.7±6.9 years) who were admitted to the cardiology department for MI. Data were collected using a questionnaire to identify patient characteristics and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The HADS has been validated as a sensitive screening tool for anxiety and depression in MI patients in the Turkish population.

Results: Clinically severe anxiety was found in all the patients (100%). Depression scores showed a clinically normal level in 45 patients (8.9%), borderline level in 289 patients (57.1%), and severe level in 172 patients (34%). The mean HADS score was 11.4±2.9, being 12.2±4.1 and 10.6±4.1 for anxiety and depression, respectively. Among patient characteristics, age was significantly associated with both anxiety and depression subscales ($p<0.001$), and education level ($p<0.05$), total family income ($p<0.01$), health insurance ($p<0.05$), and the number of myocardial infarctions ($p<0.05$) were significantly associated with the depression subscale. In regression analysis, age ($\beta=-0.128$), education level ($\beta=0.082$), and working status ($\beta=-0.79$) independently affected both anxiety and depression, and total family income ($\beta=-0.128$) and health insurance ($\beta=-0.086$) significantly affected depression.

Conclusion: Our data suggest that planning nursing interventions to decrease anxiety and depression levels and implementation of cardiac rehabilitation programs are of particular importance in patients with MI.

Key words: Anxiety; depression; myocardial infarction/psychology; psychiatric status rating scales; questionnaires.

Geliş tarihi: 19.08.2008 Kabul tarihi: 14.10.2008

Yazışma adresi: Doç. Dr. Zeynep Canlı Özer, Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, 07058 Antalya. Tel: 0242 - 227 94 63 e-posta: zeynepardaozer@yahoo.com

Koroner kalp hastalıkları Türkiye’de kronik hastalıklar içinde ilk sıralarda yer almaktadır (1990-2005 yılları sıklığı %5-6).^[1] Miyokart enfarktüsü (ME) geçiren hastalarda sağlık durumundaki değişmelere paralel olarak anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olabilmektedir.^[2-5] Bu bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokart enfarktüsü sonrası tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. Anksiyete herhangi bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan duygusal bir durumdur. Bu nedenle, ME geçiren bireylerde de anksiyete beklenen bir tepkidir. Anksiyete ME’nin erken dönemlerinde ortaya çıkabilir; çünkü, birey yaşamını tehdit eden bu ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hisseder.^[6,7] Böyle bir duygulanım süreci yaşayan bireyler, daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir. Stres ve anksiyetenin etkileri nedeniyle kişinin kardiyak fonksiyonları yeterli ise kalbin atım hacmi ve kardiyak debisi artar, kan basıncı yükselir. Ancak, ME geçiren bir hastanın kalbi, stresin neden olduğu bu yükü karşılamakta yetersiz kalabilmektedir.^[6-8]

Miyokart enfarktüsü tedavi, bakım ve hastalığa yönelik eğitimle kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin, ME’ye yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi konularda eğitim programları düzenlemesi, ME geçiren bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ve anksiyetelerini azaltabilmekte ve yaşam kalitelerini artırmaktadır.^[9,10]

Miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda kalp yetersizliği, iskemik kalp hastalıkları, aritmiler gibi kardiyak sorunlarla hastanelere tekrarlı yatışların yüksek olduğu ve hastaların %50’sinin 3-5 yıl içinde, %19’unun ise ilk altı ay içinde tekrar hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir.^[11] Hasta bireyin anksiyetesini azaltmak, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır. Hemşirenin bütüncül görüş çerçevesinde ME’li bireyin anksiyetesini azaltabilmek için, hastanın yaşama uyumunu kolaylaştırmak, hastalığın semptomlarından duyulan rahatsızlığı ve stresörleri tanımak önemlidir.

Genelde, özellikle depresyon gibi psikolojik stresler kardiyovasküler hastalıklara zemin oluşturur. Olağandışı yoğun stresin tetiklediği sempatik hiperaktivite ve koroner vazospazmın akut ME’ye neden

olabileceği bildirilmiştir.^[12] Majör depresyon ve kardiyovasküler hastalıkların birlikte bulunuşu, tesadüfün ötesinde birbirleri ile olan etkileşimden kaynaklanır. Özellikle akut ME sonrasında mortalitede depresyonun bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^[13]

Ülkemizde ME’li hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve bunların demografik değişkenlerle ilişkisine ait yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada, ME’li hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve bu bireylerde anksiyete ve depresyonu etkileyen sosyodemografik değişkenler araştırıldı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Bu çalışma kapsamına üniversite hastanesine 2003 yılında yatan ME’li hastalar alındı. Miyokart enfarktüsü tanısı ile hastaneye yatan 850 hastanın tamamı araştırma evreni olarak kabul edildi. Araştırmaya katılma ölçütleri, ME tanısı olması, 18 yaş üzerinde olma, sağlık bakım profesyonelleri ile etkili bir iletişim kurabilme olarak belirlendi. Psikotik bir hastalığı veya belirgin bilişsel bozukluğu olan hastalar çalışmaya alınmadı. Araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan 550 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırma kapsamında hastalarla yüz yüze görüşüldü. Hastaların %8’i (n=44) veri toplama formlarını eksik doldurdukları, katılmayı kabul etmedikleri veya uzak mesafede ikamet ettikleri için çalışma kapsamına alınmadığından değerlendirmeler 506 hasta (199 kadın, 307 erkek; ort. yaş 55.7±6.9) ile yapıldı.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’nden ve Başhekimlikten izin alındı. Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırma hakkında bilgi verildi ve daha sonra katılım için sözlü ve yazılı onam alındı.

Veri toplama ve psikometrik ölçümler. Araştırma verileri, ilgili literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak toplandı. Veri toplama araçlarını yanıtlama süresi 10-15 dakika arasında değişmekteydi.

Soru formu hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 30 madde içermekteydi.^[1-11] HAD ölçeği, hastane ortamlarında kullanım için özel olarak oluşturulmuş ve hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Çeşitli hastalıklarda çalışılan, klinik gruplarda karşılaştırılan ölçeğin psikolojik bir tarama aracı olarak klinik olarak anlamlı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Ölçek 14 maddeden oluşmakta ve HADÖ-A (Anksiyete, 7 soru) ve HADÖ-D (Depresyon,

7 soru) altboyutlarını içermektedir. Her bir madde 4'lü Likert ile puanlanır ve her altboyuttan alınan en yüksek puan 21'dir. Her bir altboyutta 0-7 arasındaki puanlar "normal", 8-10 puanlar "sınırdaki" olarak değerlendirilirken, 11 ve üzerindeki puanlar anlamlı bir psikolojik morbiditeye işaret etmektedir.^[14-17] HAD ölçeğinin ülkemizdeki ME'li hasta örnekleminde geçerliliği araştırılmış ve bu hastalarda anksiyete ve depresyon için yararlı ve duyarlı bir tarama aracı olduğu saptanmıştır.^[18] HAD ölçeği Aydemir ve ark.^[18] tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yürütülmüş ve Türk toplumunda kullanım için uygun bir araç olduğu bildirilmiştir. Türk hasta grubu için HAD ölçeğinin anksiyete ve depresyon altboyutlarının güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.85 ve 0.78 olarak belirlenmiştir.^[18]

Araştırma verileri, SPSS (Statistical Package for Social Sciences 10.0) programı kullanılarak değerlendirildi. Anksiyete ve depresyonla ilgili veriler tanımlayıcı istatistiklerle (ortalama ± standart sapma) incelendi. Her bir demografik değişkene bağlı altgruplarda anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında Student t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Demografik değişkenler ile anksiyete ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Regresyon analizinin varsayımları, bağımsız değişkenler ile hastaların demografik ve klinik özellikleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel yorumlarda $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Hasta grubunun yaş ortalaması 55.7 ± 6.9 idi. Hastaların %60.7'si erkek, %36.6'sı ortaokul mezunu, %79.8'i çalışmıyor/emekli ve %91.1'i ise evli veya birlikte yaşayan idi. Hastaların %98.4'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %62.1'inin ise ilk kez ME geçirdiği saptandı.

Hasta grubunda anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımı Tablo 2'de gösterildi. Katılımcıların tamamında (%100) klinik olarak ciddi düzeyde anksiyete görüldü. Depresyon açısından, 45 hasta (%8.9) klinik olarak normal bulunurken, 289 hastada (%57.1) sınırdaki, 172 hastada ise (%34) ciddi düzeyde depresyon belirlendi. HAD ölçeğinin puan ortalaması 11.4 ± 2.9 ; anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ise sırasıyla 12.2 ± 4.1 ve 10.6 ± 4.1 idi.

Demografik veriler içinde yaş HADÖ ve HADÖ-A altboyutu ile (HADÖ: $r=0.144$, $p < 0.001$; HADÖ-A: $r=0.155$, $p < 0.001$), eğitim durumu ($r=0.108$; $p < 0.05$), ailenin toplam gelir durumu ($r=0.154$; $p < 0.01$), sağlık güvencesi ($r=0.101$, $p < 0.05$) ve ME geçirme sayı-

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	199	39.3
Erkek	307	60.7
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	17	3.4
≤5 yıl	147	29.1
8 yıl	185	36.6
11 yıl	84	16.6
Üniversite	73	14.4
Çalışma durumu		
Tam zamanlı	82	16.2
Yarı zamanlı	20	4.0
Çalışmıyor/Emekli	404	79.8
Medeni durum		
Evli/Birlikte yaşıyor	461	91.1
Yalnız yaşıyor	45	8.9
Ailenin toplam geliri (ABD doları)		
200	286	56.5
201-350	175	34.6
351 ve üzeri	45	8.9
Sağlık güvencesi var	498	98.4
Miyokart enfarktüsü geçirme sayısı		
Bir kez	314	62.1
İki kez	137	27.1
Üç kez	55	10.9

sı ($r=0.093$; $p < 0.05$) HADÖ-D altboyutu ile zayıf düzeyde ilişki gösterdi (Tablo 3).

Demografik verilere göre anksiyete ve depresyon ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4), 50 yaş ve altındaki hastalarda anksiyete ($p=0.03$) puanının diğer yaş gruplarındaki hastalardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmıyor/emekli hastalarda toplam anksiyete-depresyon puanı ($p=0.04$) ve depresyon puanı ($p < 0.01$) anlamlı derecede daha yüksek idi. Ayrıca, depresyon puanı evli olan hastalarda yalnız yaşayan hastalardan ($p=0.04$), ailenin toplam gelirinin 201-350 \$ arasında olduğu hastalarda diğer gelir durumlarına göre ($p=0.02$) ve sağlık güvencesi olan hastalarda sağlık güvencesi olmayan hastalara göre ($p < 0.05$) anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.

Tablo 2. Hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının dağılımı

Puanlar	HADÖ-A		HADÖ-D	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0-7 arası	0	—	45	8.9
7-10 arası	0	—	289	57.1
11 ve üstü	506	100.0	172	34.0
<i>Toplam</i>	506	100.0	506	100.0

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; A: Anksiyete altboyutu; D: Depresyon altboyutu.

Tablo 3. Demografik değişkenler ile anksiyete ve depresyon puanları arasındaki ilişkiler (Spearman korelasyon analizi)

	HADÖ		HADÖ-A		HADÖ-D	
	r	p	r	p	r	p
Yaş	0.144	0.001	0.155	0.000	0.018	0.691
Cinsiyet	0.027	0.55	0.037	0.409	0.004	0.922
Eğitim	0.066	0.136	0.024	0.587	0.108	0.015
Çalışma durumu	0.072	0.107	0.016	0.724	0.058	0.195
Medeni durum	0.013	0.770	0.052	0.242	0.076	0.089
Ailenin toplam geliri	0.075	0.093	0.028	0.532	0.154	0.001
Sağlık güvencesi	0.069	0.121	0.037	0.402	0.101	0.022
ME geçirme sayısı	0.010	0.823	0.044	0.323	0.093	0.037

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; A: Anksiyete altboyutu; D: Depresyon altboyutu; ME: Miyokart enfarktüsü.

Anksiyete ve depresyon puanları ile demografik verilerin regresyon analizi Tablo 5'te gösterildi. Yaş (HADÖ: $\beta=-0.128$; HADÖ-A: $\beta=-0.159$), eğitim (HADÖ: $\beta=0.082$; HADÖ-D: $\beta=-0.098$), çalışma durumu (HADÖ-D: $\beta=-0.79$), ailenin toplam geliri (HADÖ-D: $\beta=-0.128$) ve sağlık güvencesi (HADÖ-D: $\beta=-0.086$) anksiyete ve depresyon puanlarını anlamlı derecede etkileyen bağımsız değişkenler idi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, ME'li hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ve bunları etkileyen sosyodemografik değişkenler incelendi. Araştırma kapsamındaki hastala-

rın tamamında (%100) anksiyete bulgusu (ciddi anksiyete) ve %34'ünde ciddi depresyon olduğu saptandı. Bu çalışmada, kullanılan HADÖ'nün hem tek değişkenli hem de çoklu regresyon analizinde, ME'li hastalarda anksiyete ve depresyonun taranıp saptanmasında yeterli bir araç olduğu gösterilmiştir. Miyokart enfarktüsü geçiren hastaların anksiyete puanlarının yüksek olmasının, hastalıkla ilgili daha önceki olumsuz deneyimler, genel durumlarının kötüleşeceğini hissetme ve ölüm korkusu yaşama gibi faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.^[19,20] Ruo ve ark.^[21] daha önce ME geçiren hastaların ağrı, korku ve bulantı gibi daha önce deneyimledikleri semptomlarla karşılaştıklarında korku, endişe, depres-

Tablo 4. Demografik değişkenlere göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması

		HADÖ		HADÖ-A		HADÖ-D	
		Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p
Yaş	≤50	11.5±2.7	0.12	13.1±4.2	0.03	10.7±3.8	<0.05
	50-59	11.5±3.0		12.2±4.1		10.8±4.5	
	60≤	10.9±2.7		11.5±3.9		10.4±3.8	
Cinsiyet	Kadın	11.4±3.1	0.93	12.0±4.1	0.42	10.8±4.4	0.48
	Erkek	11.4±2.7		12.3±4.1		10.5±3.9	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	10.8±2.5		12.5±3.4		9.1±3.4	
	≤5 yıl	11.5±2.9	0.06	12.4±4.4	0.07	10.6±4.3	0.61
	8 yıl	11.0±2.7		11.8±4.1		10.2±4.1	
	11 yıl	11.9±2.9		12.5±3.8		11.2±3.8	
Çalışma durumu	Üniversite	12.0±2.8		12.5±4.1		11.4±4.1	
	Tam zamanlı	11.2±2.4		12.2±4.1		10.2±3.4	
	Yarı zamanlı	10.0±0.2		11.7±4.2		8.3±1.9	
Medeni durum	Çalışmıyor/Emekli	11.5±2.9	0.04	12.3±4.1	0.85	10.8±4.3	<0.01
	Evli/Birlikte yaşıyor	11.4±2.9	0.54	12.1±4.1	0.24	10.8±4.1	0.04
Ailenin toplam geliri	Yalnız yaşıyor	11.2±2.5		12.9±4.4		9.4±3.2	
	200 \$	11.2±2.8		12.3±4.6		10.1±3.8	
	201-350 \$	11.7±2.9	0.14	12.0±4.0	0.78	11.4±4.3	0.02
Sağlık güvencesi	351 üstü \$	11.6±2.8		12.1±4.4		4.1±3.9	
	Var	11.4±2.9	0.97	12.2±4.1	0.69	10.7±4.1	<0.05
ME geçirme sayısı	Yok	9.8±3.2		11.6±5.8		7.9±2.8	
	Bir kez	11.4±2.9	0.96	12.0±4.0	0.39	10.9±3.9	0.31
	İki kez	11.4±3.0		12.6±4.2		10.3±4.5	
	Üç kez	11.3±2.6		12.4±4.6		10.3±3.7	

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; A: Anksiyete altboyutu; D: Depresyon altboyutu; ME: Miyokart enfarktüsü.

Tablo 5. Demografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon üzerine etkilerinin regresyon analizi ile incelenmesi

	HADÖ β	HADÖ-A β	HADÖ-D β
Yaş	-0.128*	-0.159**	-0.024
Cinsiyet	-0.004	-0.030	-0.035
Eğitim	0.082*	0.020	-0.098*
Çalışma durumu	0.062	0.010	-0.79*
Medeni durum	0.027	-0.050	0.090*
Ailenin toplam geliri	0.073	-0.023	-0.128*
Sağlık güvencesi	-0.074	-0.020	-0.086*
ME geçirme sayısı	-0.009	0.046	0.0060

*p<0.05; **p<0.01; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; A: Anksiyete altboyutu; D: Depresyon altboyutu; ME: Miyokart enfarktüsü.

yon, inkar ve yanlış anlama gibi psikolojik reaksiyonlar gösterdiklerini belirtmişler, yaşadıkları stresin anlamlı ve yaşamı tehdit eden bir kriz olayını hissetmelerinden kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, genç hastalar yaşlı hastalardan daha fazla psikolojik stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaşı ≤ 50 olan hastalar, yaşamlarını ciddi bir şekilde tehdit eden olaylarla karşı karşıya kaldıklarını, fakat yoğun iş yaşamına ve ailesel sorumluluklara sahip olduklarını düşünmeleri nedeniyle kendilerini daha yüksek anksiyete/depresyonlu algılamış olabilirler. Genç hastaların iş yaşamında aktif rol almaları ve sahip oldukları sorumluluklar, bu grupta psikolojik strese neden olan en önemli faktörler olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda, anksiyete ve depresyon puanlarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmedi. Anksiyete ve depresyon altboyutlarına bakıldığında, erkeklerde anksiyete, kadınlarda ise depresyon puanları biraz daha yüksek idi. Cinsiyetler arasında bu farkı oluşturan en önemli faktör, kadın ve erkeklerin yaşamlarının farklı şekillerde etkilenmesi olabilir. Erkekler için hastalık ve iyileşme sürecindeki en önemli endişe, işe dönüşleri ve cinsel yaşamları ile ilgilidir. Kadınların ise, bunlara ek olarak, aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerini ve çocuklarının bakımını sürdüremeyeceklerini düşünmeleri, yaşamlarında depresyon için bir neden olabilir. Kadınların yaşamlarında daha çok değişiklik yapmaya zorlanması, evliliklerinde ve aile içindeki geleneksel rollerini sürdürmede sorun yaşaması depresyon ve anksiyete yaşamlarında etkili faktörler olabilmektedir. Çalışmada evli olan hastalarda depresyon puanlarının yüksek olması, fiziksel ve emosyonel destek almakta oldukları eş ve çocuklarından ayrılacakları olasılığını düşünmeleri nedeniyle olabilir.

Çalışmayan ve emekli grupta anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek bulunması, bu gruptaki hastaların,

hasta oldukları zaman zorunlu maddi gereksinimlerini nasıl karşılayacakları ve ekonomik masraflarının artacağı konusunda endişe yaşamalarına bağlandı. Petrie ve ark.^[22] ME geçirdikten sonra hastaların fiziksel yetersizlikler ve psikolojik uyumsuzluk nedeniyle çalışamayacaklarından dolayı sosyal çevrelerinden uzakta kalma, üretkenliklerini kaybetme ve ekonomik sorunlar yaşama konularında endişe duyduklarını bildirmişlerdir. Düşük gelir düzeyine sahip olan hastalarda ekonomik sorunlar hastalığa uyumu ve hastalıkla baş etmeyi güçleştirmektedir.

Miyokart enfarktüsünde hastanede yatış süreci boyunca anksiyete ve depresyon taramasının yapılması önemlidir ve bunun çeşitli nedenleri vardır. Depresyon, kardiyak fonksiyonların kendisinden ziyade, koroner arter hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi ve fiziksel sınırlılık üzerine daha büyük etkiye sahip olabilir.^[23] Örneğin, ME sonrasında depresyonu olan hastalarda bu psikolojik durum, hastaların daha yoğun antitrombosit tedavi almalarına veya trombosit aktivasyonunun artmasına yol açabilir ve önerilen tedaviye uyumu zayıflatabilir. Bu stratejilerin etkisi henüz incelenmemiş olmakla birlikte, ME nedeniyle hastanede yatış boyunca depresyonlu hastaların uygun tanımlanması, bu sorunların uygun bir şekilde ele alınıp alınmaması konusunda önemlidir. Bazı yazarlar, depresyonun hastanede yatarken belirlenmesi gerektiğini, çünkü depresyonu olan hastalarda ME'den sonra morbidite ve mortalite riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.^[23-26] Miyokart enfarktüsü geçiren hastaların bulunduğu koroner bakım ortamlarında anksiyete ve depresyonu belirlemeye yönelik girişimler geliştirme noktasında sağlık bakım çalışanlarının önemli rolü vardır. Uygun ölçek kullanarak ve yapılandırılmış klinik görüşmeler ile hastaları değerlendirmek gerekmektedir. Bu değerlendirme, taburculuktan sonraki birkaç haftada hastayı tekrar değerlendirmekle daha da geliştirilebilir.^[26,27]

Sağlık bakım profesyonelleri hastaların kuşku ve endişelerinin farkında olmalı ve tedavi kararlarını vermede hastalara yardımcı olmalıdır. Aynı zamanda, aile ve arkadaşların hastayı desteklemek ve sosyal etkileşimi güçlendirmek için nasıl bir katılım göstereceklerini araştırmak önemlidir. Eş, aile üyeleri ve arkadaşların depresyon hakkında eğitilmeleri, onların hastalığın sonuçlarını anlamalarına ve baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir ve böylelikle izolasyon riski azalabilir. Majör depresyon varlığında, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan duygusal desteği daha yüksek algılayan hastalarda sonuçların daha iyi olduğu gösterilmiştir.^[26] Çalışmamızda da, diğer çalışmalara paralel olarak,^[23-27] ME'de hem depresyon hem de anksiyetenin morbiditeyi artırdığı belirlenmiştir. Hastalarda ME'ye bağlı gelişen anksiyete ve depresyon araştırılmalı ve daha sonra, strese

özgü baş etme kaynaklarını nasıl kullanacakları konusunda gerekli hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.

Birçok akut ve kronik hastalıkta hastalar tarafından yaşanan ve algılanan psikolojik sorunlar arasında en yaygın bilinenler anksiyete ve depresyondur. Miyokart enfarktüsünde de, hem akut bakım hem de iyileşme süreci boyunca hastaların büyük bir çoğunluğunda anksiyete ve depresyon görülmektedir. Hastalık yönetimi ve hastalığa uyum üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olabileceğinden dolayı, ME'li hastaların psikolojik sorunlarının uygun şekilde tanınması, yönlendirilmesi ve tedavisinin yürütülmesinde sağlık profesyonellerine büyük görev düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, 2006. Erişim: <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>.
2. Dickens CM, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al. Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *Br J Psychiatry*. 2006 Oct;189:367-72.
3. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:627-36.
4. Nemeroff CB, Musselman DL, Evans DL. Depression and cardiac disease. *Depress Anxiety* 1998;8 Suppl 1:71-9.
5. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005.
6. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996;58:99-110.
7. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:85-94.
8. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993;150:1447-65.
9. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349-56.
10. Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC, et al. Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. *Am J Cardiol* 1998;81:988-94.
11. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:12-7.
12. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:14.
13. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001;37:376-84.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
15. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:69-74.
16. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997; 27:363-70.
17. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17-41.
18. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
19. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000;160:1818-23.
20. Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, Freedland KE, Berkman LF, Watkins LL, et al. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2003;92:1277-81.
21. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003;290:215-21.
22. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996;312:1191-4.
23. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819-25.
24. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44:E1-E211.
25. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002;288:701-9.
26. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R, et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989;149:1785-9.
27. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum sağlığı ve hemşireliği. 2. baskı. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1995.