



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN VE KORONER ANJİYOGRAFİ YAPILAN
KORONER BY-PASS
VE/VEYA KORONER STENTLİ HASTALARDA REVASKÜLARİZASYON
İHTİYACI İLE ANKSİYETE – DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ.**

**Dr. ÖZCAN YAĞICIBULUT
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç.Dr. İ. TÜRKAY ÖZCAN**

MERSİN 2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresinde büyük emeği geçen Sayın Prof. Dr. V. Gökhan Cin'e, Sayın Prof. Dr. Oben Döven'e, Sayın Doç.Dr. Ahmet Çamsarı'ya, Sayın Doç.Dr. Dilek Çiçek'e, Sayın Doç.Dr. M. Necdet Akkuş'a tez hazırlama süresinde büyük emeği geçen değerli hocam, tez danışmanım ve ağabeyim Sayın Doç.Dr Türkay Özcan'a;

Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Dr. Semra Erdoğan'a;

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, 5 yılımı birlikte yaşadığım arkadaşlarıma;

Bana hep sanki kendi asistanlarıymışım gibi içten davrananan, hep desteklerini hissettiğim Kalp Damar Cerrahisi' nin saygıdeğer öğretim üyeleri ve sevgili asistanlarına;

**ve kardiyoloji bölümünün diğer tüm çalışanlarına;
teşekkürlerler...**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	7
GİRİŞ VE AMAÇ	9
GENEL BİLGİLER	11
1. Göğüs Ağrısı	11
1.1. İskemik Karakterde Göğüs Ağrısının Özellikleri	11
1.2. Anjinanın Klinik Sınıflandırılması	11
1.3. İskemik Karakterde Olmayan Atipik Göğüs Ağrısının Özellikleri	11
1.4. Akut Göğüs Ağrısı	12
1.5. Akut Göğüs Ağrısının Nedenleri Nedenleri	12
2. Koroner Arter Hastalığı	13
2.1. Giriş	13
2.2. Ateroskleroz	14
2.3. Epidemiyoloji	14
2.4. Patogenez	14
2.5. Risk Faktörleri	16
2.6. Stres ve A tipi kişilik	16
3. Anksiyete Bozuklukları	16
3.1. Giriş	16
3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi	18
3.3. Anksiyete Belirtileri	18
3.3.1. Bilişsel Belirtiler	18
3.3.2. Duygusal Belirtiler	19
3.3.3. Davranışsal Belirtiler	19
3.3.4. Fizyolojik Belirtiler	19
3.4. Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition (DSM –IV)'da Tanımlandığı Şekli ile Panik Bozukluk	20
3.5. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi	21
4. Depresyon	21

4.1. Giriş	21
4.2. Depresyon Epidemiyolojisi	22
4.3. Depresyonda Risk Etkenleri	22
4.3.1. Yaş	22
4.3.2. Cinsiyet	22
4.3.3. Medeni Durum	23
4.3.4. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler	23
4.4. Depresyonda Klinik Özellikler	23
4.4.1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler	23
4.4.2. Ruhsal Durum Muayenesinde Elde Edilen Bilgiler	24
4.4.3. Eşlik Eden Bulgular	24
4.5. Depresyonda Tanı	25
4.6. Depresyonda Ayırıcı Tanı	25
4.7. Depresyon Tedavisi	27
5. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Anksiyete	27
6. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Depresyon	30
7. Koroner Anjiyografi	34
MATERYAL VE METOD	
1. Yöntem	36
2. Veri Toplama Araçları	37
2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	37
2.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	37
3. İstatistiksel Değerlendirme	38
BULGULAR	39
TARTIŞMA	51
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	64
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	76
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	77
TABLolar DİZİNİ	78
EKLER	

ÖZET

Koroner arter hastalığı toplumda sık görülür ve yüksek mortalitesi nedeni ile yakın takip gerektirir. Koroner arter hastalığında depresyon ve anksiyete'ye çok sık rastlanır. Anksiyete ve depresyon koroner arter hastalarında yaşam kalitesinde azalmaya, semptom ve yeti yitiminin artmasına, gereksiz sağlık hizmeti (non-invazif veya invazif teknikler) kullanımına ve hastaneye tekrar yatışlara sebep olmaktadır. Başta anksiyete olmak üzere anksiyete ve depresyona bağlı gelişen somatik semptomlar iskemik kalp hastalığının semptomları ile örtüşebileceğinden anksiyete ve depresyonun tanı ve tedavisine özel önem verilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı koroner by-pass ve/veya koroner stent uygulanmış hastalarda koroner anjiyografi sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı ile anksiyete–depresyon düzeyleri ve yaygınlıkları arasında ilişki olup olmadığını saptamak ve revaskülarizasyon gerektirmeyen (anjina / iskemi yapabilecek ciddi koroner lezyon saptanmamış) hastalarda göğüs ağrısı nedeni ile olan klinik başvurunun etyolojisinde anksiyete ve depresyon olabileceğini göstermektir.

Bu kesitsel çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı ile başvurup, koroner anjiyografi yapılan koroner by-paslı ve/veya koroner stentli toplam 51 hasta alındı. Çalışma sırasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek için Hastane Anksiyete–Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bununla beraber, sosyodemografik bilgiler ve kardiyak değişkenleri kapsayan yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmıştır. Sonuçların istatistiksel analizi Sosyal Bilimler için istatistik Paketi ile yapılmıştır.

Sonuçta revaskülarizasyon gerektirmeyen hastalarda anksiyete düzeyi, anksiyete yaygınlığı ve depresyon yaygınlığı revaskülarizasyon gerektiren hastalara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p değerleri sırası ile, $p=0.09$, $p=0.003$, $p=0.047$). Bu da revaskülarizasyon gerektirmeyen (anjina / iskemi yapabilecek ciddi koroner lezyon saptanmamış) hastalarda göğüs ağrısı nedeni ile olan klinik başvurunun etyolojisinde anksiyete ve depresyonun özellikle dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anksiyete ve depresyonun sadece bilişsel, duygusal belirtilerine özgü bir ölçek olan Hastane Anksiyete–Depresyon Ölçeği, koroner arter hastalığı gibi bedensel bir hastalığa sahip olanlarda anksiyete ve depresyon şüphesi taşıyan

hastaların ayırımında çok kullanışlı olabilir. Psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıkların kalp hastalıkları olduğu gerçeğinden hareket ederek kardioloji polikliniklerinde ayaktan takip edilen özellikle koroner by-passlı ve/veya stentli hastalarda uygulanma kolaylığı nedeni ile rutin kullanımı önerilebilir. Bu tarama ile zaman ve maliyet kazancı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Göğüs ağrısı, Koroner anjiyografi, Revaskülarizasyon.

ABSTRACT

Coronary artery disease is frequent at the community and need close follow-up because of high mortality. Depression and anxiety are frequently seen in coronary artery disease patients. Anxiety and depression cause significant deprivation in health quality, increment in symptoms and disability, and cause unnecessary use of health service (invasive and non-invasive tests) and frequent rehospitalization. Because of somatic symptoms originated from depression and anxiety, particularly anxiety mimics symptoms of coronary heart disease, it is important to diagnose and treat these psychiatric conditions. The purpose of this study is to analyze the relationship between the level and prevalence of anxiety and depression in coronary by-pass and stented patients who are required revascularization after coronary angiography and we also suggest that anxiety and depression may be the etiology of the patients applied to clinics with chest pain who do not required revascularization.

In this cross-sectional study 51 patients had been done coronary by-pass and/or stented and applied to Mersin University of Cardiology Department with chest pain and performed coronary angiography have been selected. We used Hospital Anxiety-Depression Scale to evaluate the level of anxiety and depression. At the same time we made a semi-structured clinic interview with patients including sociodemographic and cardiac variables. Results are analyzed by statistical packages for social science.

As the result the prevalence of anxiety and depression and the level of anxiety in patients do not required revascularization are detected significantly higher than the patients required revascularization (respectively, p values were $p=0.09$, $p=0.003$, $p=0.047$). This results suggest that depression and anxiety should taken into account especially in patients applied to clinic with chest pain who do not required revascularization (there aren't any serious lesions cause significant angina/ischemia).

A scale such as Hospital Anxiety-Depression Scale specific to emotional and cognitive signs of anxiety and depression can be very useful in separation of patient with a suspicious anxiety and depression from coronary artery disease which is a physical disease. The fact that heart disease are most common illnesses that psychiatric complication developed and because of the

ease of implementation it can be recommended routinely in outpatient cardiology clinics especially in coronary by-passed or stented patients. The time and cost gains can be achieved with this scanning.

Key words: Anxiety, Chest pain, Coronary angiography, Depression, Revascularization.

GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki iki yönlü etkileşim uzun yıllardır bilinmektedir. Kalp hastalıklarının oluşumu ve seyriinde psikososyal risk faktörlerinin önemi yadsınamaz bir gerçektir. Şiddetli emosyonel streslerin insanların kardiyak problemler yaşamalarına sebep olabileceği, diğer taraftan kalp hastalıklarının seyri sırasında da psikiyatrik komplikasyonların sıklıkla ortaya çıkabileceği günümüzde artık iyi bilinmektedir. Kalp hastalığı tanısı almak ile ortaya çıkan ani ölüm ya da hastalık tehdidi bireyde sıklıkla anksiyete ve disforiye, genellikle de depresyona neden olur. Diğer taraftan hem primer psikiyatrik bozukluklar hem de primer kardiyolojik bozukluklar bazı ortak semptomları paylaşabilirler. Örneğin, akut kardiyak iskemi sırasında hastada akut ve yoğun bir anksiyete ortaya çıkarken, panik atak geçiren bir hasta kalp çarpıntısı, göğsünde sıkışma hissi ve kalbinin duracağı korkusu gibi belirtiler yaşar¹.

Kardiyolojide en başta göğüs ağrısı olmak üzere nefes darlığı , çarpıntı , terleme, boğulma hissi gibi şikayetlerle gelen stentli ve/veya by-passlı hastaların içinden, koroner anjiyografi (KAG) sonrasında revaskülarizasyona gereksinim duyacak hastaları yakalayabilmek önemlidir. Ancak, kardiyovasküler olay (KVO) geçirme açısından riskli olan bu grupta ayırıcı tanıyı yapabilmek bazen çok zor olabilir. Başta anksiyete ve depresyon olmak üzere bir çok psikiyatrik bozuklukta görülebilen göğüs ağrısı , çarpıntı, terleme, nefesin kesilmesi, boğulma hissi, ölüm korkusu, bulantı ya da karında rahatsızlık hissi, sersemlik hissi, baş dönmesi ve fenalaşma hissi gibi şikayetlerle, koroner arterlerdeki kan akımının azalmasına bağlı oluşan şikayetlerin benzer özellikler göstermesi kardiyak kökenli göğüs ağrısı ile psikiyatrik bozukluk kökenli göğüs ağrısının ayırımını zorlaştırmaktadır. Ayrıca anjina pectoris, miyokard infarktüsü (MI), kalp ritm bozukluklarının panik bozukluk şeklinde de klinik görünüm verebileceği göz önüne alındığında bu ayırım giderek zorlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan koroner arter hastalığı (KAH) hastalarının çoğunda efor testinde veya miyokard perfüzyon sintigrafisinde iskemi bulgusu olmadığı halde göğüs ağrısı tarifledikleri düşünüldüğünde doktorların bu durumlarda çoğunlukla KAG yapmaya eğilimli olmaları doğal karşılanabilir². Bu da yapılacak girişimsel

işleme bağlı oluşabilecek komplikasyonlar nedeni ile hastaya sağlığı ile ilgili riskler getirmekte olup, bizim gibi gelişmekte olan ülkelerin ekonomileri için de gereksiz sağlık harcamalarına neden olmaktadır^{3,4}. Ayrıca sık rastlanan sigara içme, egzersiz yapmama, tedaviye ve yaşam tarzını değiştirme yönünde yapılan önerilere uymama gibi davranışsal özellikler depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkili olup hem bireyin tedaviye uyumunu arttırmak, hem prognozu iyileştirmek hem de psikiyatrik hastalığın oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak için bu hastalarda psikiyatrik tedavi yaklaşımları oldukça önem taşımaktadır⁵.

Ne var ki bazı günümüzde hala depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların tıbbi hastalığa karşı verilen doğal bir yanıt olduğu ve akut dönem geçtikten sonra bu tür tabloların kendiliğinden azalacağına ya da iyileşeceğine inanıldığı için, özellikle akut koroner sendrom (AKS) sonrası ortaya çıkan affektif bozukluklar sıklıkla tanı almamakta, hastaların büyük bir kısmında aylar sonra bile devam etmekte olduğu halde bu yanlış inanış nedeniyle tedavisiz kalmaktadır⁶. Oysa, bir takım geniş çaplı epidemiyolojik araştırmada depresyon ve anksiyetenin KAH'a eşlik eden sık komorbid durumlar olduğu ve kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskinde artışla güçlü bir şekilde ilişkileri olduğu gösterilmiştir^{7,8,9}.

Bu tezin amacı, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran koroner by-pass ve/veya koroner stent uygulanmış hastalarda, kontrol KAG sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı ile anksiyete–depresyon düzeyleri ve yaygınlıkları arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır. Bu çalışma ile revaskülarizasyon gerektirmeyen (anjina / iskemi yapabilecek ciddi koroner lezyon saptanmamış) hastalarda göğüs ağrısı nedeni ile olan klinik başvurunun etyolojisinde anksiyete ve depresyon olabileceğini göstermek hedeflenmektedir. Böylece anksiyete ve depresyon şüphesi yüksek olan KAH hastalarının öncesinde tespit edilip, psikiyatri ile işbirliği içinde tedavilerinin düzenlenmesi, hastaların yaşam kalitesinde artmaya, semptomlarda, gereksiz sağlık hizmeti kullanımında (non-invazif veya invazif) ve poliklinik - acil servis başvurularında da azalmaya neden olacaktır.

GENEL BİLGİLER

1. Göğüs Ağrısı

1.1. İskemik Karakterde Göğüs Ağrısının Özellikleri

Retrosternal bölgede (daha az sıklıkla sol meme bölgesinde), ezici, sıkıştırıcı, baskı tarzında, göğse ağırlık konmuş gibi veya yanma şeklinde, sol kola, sağ kola veya her iki kola, sırta, çeneye, sol omuza yayılabilen tarzdadır.

Semptomlar çok değişik şiddet ve karakterde olabilirler. Hastalar tipik göğüs ağrısı dışında AKS semptomu olarak pek çok değişik şikayetle başvurabilirler. Angina eşdeğeri olarak tanımlanan bu semptomlar arasında sırt ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı, bulantı-kusma, diaforez, senkop, huzursuzluk ve baş dönmesi gibi non-spesifik şikayetler vardır. Özellikle diyabetik hastalarda göğüs ağrısı olmayabilir, çok silik veya atipik olabilir. Hastalar göğüsteki dolgunluk hissini sıklıkla nefes darlığı şeklinde tarif edebilirler. Özellikle yaşlılarda yeni başlayan veya şiddeti artan, açıklanamayan dispne, en sık karşılaşılan angina eşdeğeri şikayettir. Ayrıca hazımsızlık hissi, karın şişkinliği, fenalaşma, boğaz ağrısı, anksiyete, halsizlik, ölüm korkusu gibi atipik semptomu olan hastalarda risk faktörleri göz önüne alınarak AKS açısından dikkatli olunmalıdır^{10,11,12}.

1.2. Anjınının Klinik Sınıflandırılması

- **Tipik angina (kesin) :**

- 1- Karakteristik özellikte ve sürede ortaya çıkan
- 2- Egzersiz veya emosyonel stresle ortaya çıkan
- 3- İstirahat veya sublingual nitratla hafifleyen ve/veya geçen

- **Atipik angina (muhtemel)**

Yukarıdaki özelliklerden 2 tanesi

- **Non-kardiyak göğüs ağrısı**

Yukarıdaki özelliklerden 1 tanesi veya hiçbiri

1.3. İskemik Karakterde Olmayan Atipik Göğüs Ağrısının Özellikleri

Plöretik ağrı (keskin bıçak saplanır tarzda, öksürük ve solunum hareketleriyle ortaya çıkan) , primer ve tek lokalizasyonun orta ya da alt abdomen olduğu ağrılar, Özellikle sol ventriküler apekse yerleşimli tek parmak ucu kadar bir alana sınırlı ağrılar, göğüs duvarı ya da kolların hareketi veya palpasyonla artan ağrılar, saatlerce süren sabit ağrı, birkaç saniye ya da daha

az süren çok kısa ağrı epizodları ve alt extremitelere yayılan ağrı atipik göğüs ağrısının özellikleridir.

1.4. Akut Göğüs Ağrısı

Akut göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastalar tüm acil servis başvurularının yaklaşık %5'ini oluşturur. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan çalışmalarda yılda yaklaşık 5 milyon kişinin göğüs ağrısı nedeni ile acil servislere başvurduğu saptanmıştır¹³. Acil servislere göğüs ağrısı nedeniyle başvuran hastaların %5'i akut miyokard infarktüsü (AMI) fark edilmeden taburcu edilmekte, birçok hasta ise gereksiz yere hospitalize edilmekte ve bu durum yüksek maliyetlere neden olmaktadır (ABD için yılda 12 milyar dolar¹⁴).

Akut göğüs ağrısıyla gelen hastaların % 20 sinde AMI ve anstabil anjina pektoris küçük bir grupta da aort diseksiyonu ve pulmoner emboli gibi mortalitesi yüksek hastalıklar saptanmış. Büyük çoğunluğunu psikiyatrik bozukluklar, muskuloskeletal sendromlar, abdominal organlara ait bozukluklar ve fizyolojik bozukluklar gibi non kardiyak sebepler oluşturmuştur.

Kadınlar, yaşlılar ve diyabetik hastalar AKS açısından değerlendirilirken semptomlar daha gizli ve silik olabileceğinden daha dikkatli olunmalıdır¹⁵.

ST elevasyonlu miyokard infarktüsü olan yaşlı hastalarda tipik şikayet olan göğüs ağrısı daha nadirken senkop, açıklanamayan bulantı ve nefes darlığı gibi atipik semptomlar daha sık görülür¹⁶.

Akut koroner sendrom şüphesi bulunanlarda özgeçmişte altta yatan hastalıklar, ilaç kullanım öyküsü, ailede KAH öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Hipertansiyon (HT), dislipidemi (DL), sigara içimi gibi klasik risk faktörleri, akut iskemi lehine zayıf prediktif değere sahip olup, diabetes mellitus (DM) ve kalp dışı vasküler hastalıklar, prognostik öneme sahip majör risk faktörleridir. Diabetes mellitus ve HT öyküsünün olması kötü klinik seyir ile ilişkilidir^{10,11,12}.

Akut göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda stres testinin prediktif değeri vardır ve bu nedenle ağrı, kalp yetersizliği bulguları olmaması ve yinelenen testlerde biyobelirteçlerin normal bulunması koşuluyla tanı koydurucu elektrokardiyografi bulunmayan hastalarda taburcu olmadan önce yapılması yararlı olabilir. Erken efor testinin negatif prediktif değeri yüksektir¹⁷.

1.5. Akut Göğüs Ağrısının Nedenleri Nedenleri

Kardiyak:

- Anjina

- Anstabil anjina
- Akut miyokard infarktüsü
- Perikardit

Vasküler:

- Aort diseksiyonu
- Pulmoner emboli
- Pulmoner hipertansiyon

Pulmoner:

- Plörit ve/veya pnömoni
- Trakeobronşit
- Spontan pnömotoraks

Gastrointestinal hastalıklar:

- Özefajial reflü
- Peptik ülser
- Safra kesesi hastalıkları

Muskuloskeletal:

- Kostokondrit
- Servikal disk hastalığı

Infeksiyöz:

- Herpes zoster

Psikolojik:

- Panik bozukluk
- Depresyon

2. Koroner Arter Hastalığı**2.1. Giriş**

Koroner arter hastalığı, koroner ateroskleroza bağlı miyokarda gelen kan akımının azalması ile ortaya çıkan klinik durumdur¹⁸. Nadiren konjenital anomaliler, miyokardiyal bridge, radyasyon ve koronerleri tutan arterit gibi durumlarda da aterom harici darlığa neden olan KAH sendromları görülebilmektedir. Hastalarda tek bir bulgu ve belirti yoktur, hatta bazı hastalar semptomsuz olabilmektedir, ancak genelde göğüs ağrısı vardır¹⁹.

2.2. Ateroskleroz

Ateroskleroz büyük ve orta çaplı arterlerin fokal intimal hastalığı olup endotel fonksiyon bozukluğu ile karakterize, arter intimasında plazma kaynaklı aterojenik lipoprotein birikimine karşı gelişen karmaşık enflamatuvar fibroproliferatif bir cevaptır²⁰. Dislipidemi, HT, sigara ve bilinmeyen herediter faktörlerin uyarılmasıyla, mononükleer ve lenfositik infiltrasyon, hiperkontraktilite, düşük dansiteli lipoprotein modifikasyonu, düz kas hücre büyümesi ve intimal göçün sebep olduğu endotel disfonksiyonu bu tablonun temel mekanizmasıdır^{21,22}. En yüksek oranda tutulum aortadadır, sonrasında ise sırasına göre; iliofemoral arter, koroner arter, karotis arter (bifürkasyon) ve intrakranial arterlerdedir. Vücutta intramiyokardiyal arterler ve intramamaryan arterler ateroskleroza dirençli olmasına karşın epikardiyal koroner arterler en yatkın damarlardır^{22,23}.

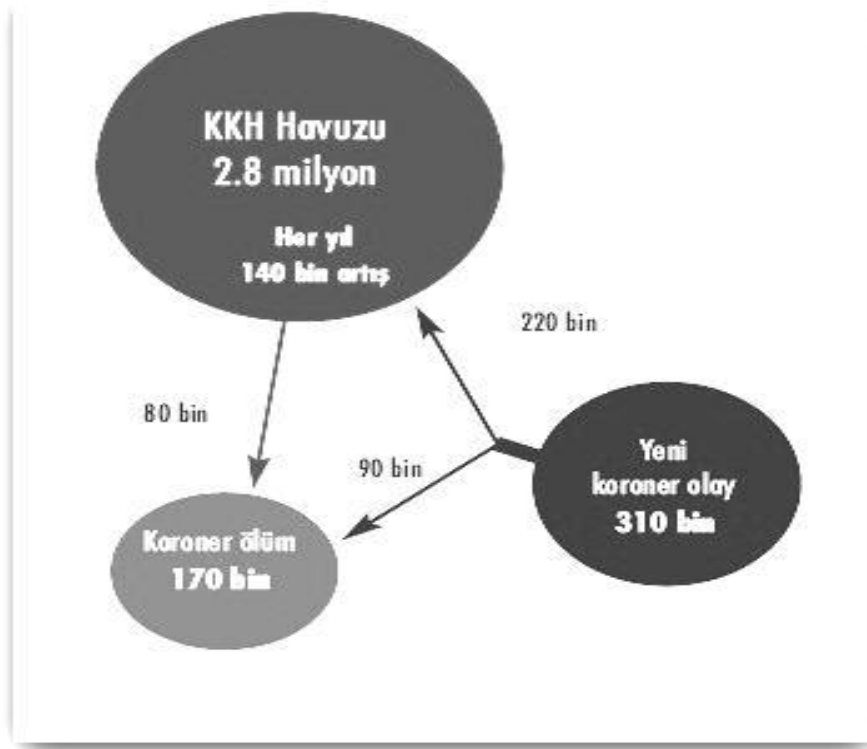
2.3. Epidemiyoloji

Koroner arter hastalığı artık dünya çapında en önde gelen ölüm sebebidir ve gelecek on yılda, toplumun giderek yaşlanması, diyabet ve obezite gibi hastalıklardaki hızlı artışa bağlı olarak, KAH sıklığının da giderek artması beklenmektedir^{24,25}.

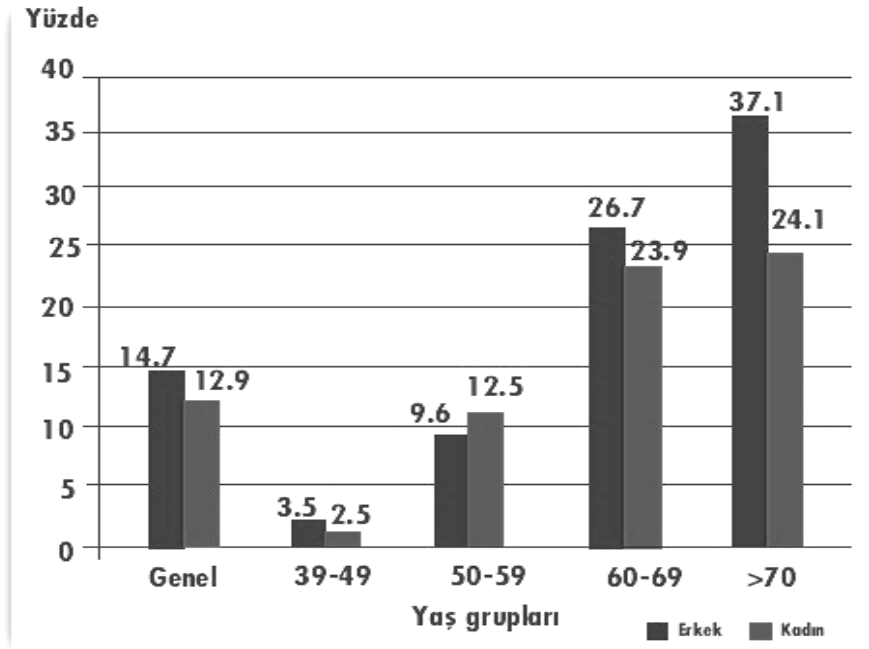
Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması verilerine göre ülkemizde en sık görülen ölüm nedenleri arasında KAH ilk sırayı almaktadır²² (Şekil 1). Framingham Kalp Çalışması verilerine göre 40 yaşından sonra hayat boyu semptomatik KAH gelişim riski erkeklerde %49, bayanlarda %32'dir. Yetmiş yaşına ulaşanlarda, erkeklerde bu oran %35, bayanlarda %24'dür. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışması 2005-2006 yılı verilerine göre ülkemizdeki KAH'nın yaşlara göre kadın ve erkekler arasındaki dağılımı ise şekil-2'de görülmektedir²⁶.

2.4. Patogenez

Ateroskleroz yaşamın oldukça erken dönemlerinde koroner arterler ve diğer arteriyel yataklarda yağlı çizgilenmeler ile başlar. Yağlı çizgilenmeler ve daha gelişmiş bazı lezyonlar çeşitli otopsi çalışmalarında; erkeklerde adolesan çağların sonunda ve 20 yaşların başında, kadınlarda ise 20 yaşların sonunda ve 30'lu yaşların başında tespit edilmiştir^{27,28}.



Şekil 1: TEKHARF verilerine göre ülkemizde koroner kalp hastası sayısı, yıllık koroner olay ve koroner ölümleri gösteren şema²².



Şekil 2: TEKHARF verilerine göre 2005/06 KAH yaş dağılımı²⁶.

Ateroskleroz gelişiminin kompleks bir yol takip ettiği görülmektedir, bunlar; endotel disfonksiyonu, infiltrasyon, inflamasyon, düz kas hücrelerinin proliferasyonu ve fibroz kapsül oluşumu, yüzey erozyonu ve iskemi, plak rüptürüdür.

2.5. Risk Faktörleri

Aterosklerozun neden olduğu klinik olaylar içinde aşağıdaki değiştirilemeyen ve değiştirilebilen bağımsız risk faktörleri tanımlanmıştır^{29,30}.

Tablo 1: Ateroskleroz için risk faktörleri.

DEĞİŞTİRİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ	DEĞİŞTİRİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ	
	B. MAJÖR	B. MİNÖR
Yaş (E > 45, K > 55) Cinsiyet Aile öyküsü	Hipertansiyon Diabetes Mellitus Sigara Dislipidemi	Aşırı alkol tüketimi Obezite Sedanter yaşam Tip A kişilik Hiperfibrinojenemi Lipoprotein (a)

2.6. Stres ve A tipi kişilik

Kalp-damar hastalıklarının oluşumunda ruhsal sorunların önemli bir yeri vardır. Stresle birlikte sempatik sinir sistemi çalışmasında artış olmakta, böbreküstü bezinden fazla miktarda adrenalin salgılanmaktadır. Bunun salgılanması da kan basıncı, kalp atım ve solunum sayısını arttırmakta, kan şekeri düzeyini yükseltmektedir. Bindokuzyüzdokuz yılında önerilen bir modele göre "A tipi" kişiliğe sahip bireylerde (hırslı, sabırsız, saldırgan, rekabetçi tavırları olan, sürekli zaman darlığı yaşayan) KAH'nın daha yoğun görüldüğü belirtilmiştir^{31,32}.

3. Anksiyete Bozuklukları

3.1. Giriş

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur³³.

Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için varolması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır³⁴.

Anksiyete, birbiri ile uyumlu bir ilişki içinde ve bir bütün halinde çalışan birçok alt sistemi etkilemektedir³⁴. Herhangi bir işlev sırasında bu bütünün bazı bölümleri daha aktif hale gelirken, bazı bölümlerin işlevleri ise yavaşlayabilmektedir. Bu ve benzeri düzenlemelerle organizma gerekli işlevleri yapmakta ve uyaranlara gerekli yanıtları verebilmektedir. Örneğin, bir tehlike durumunda bilişsel sistemler, kişinin başa çıkma kaynaklarıyla doğru orantılı olarak, tehdit yaratan bu durumu incelemekte, onu tanımlamakta, boyutları, önemi, gerçekliği konusunda karar vermekte, uygun başa çıkma düzeneklerini belirlemekte ve sonuçta gerekli olan bilişsel davranışlar ve duygusal sistemleri harekete geçirmektedir³⁴.

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı düzeneklerin işlevi gereklidir^{34,35}. Yine anksiyete duygusu, olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine de neden olabilmektedir. Kişinin, kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz yorumların fazlalığı oranında, uygunsuz yanıtlar verme olasılığı da daha çok olacaktır. Ayrıca tehlikeli uyaran ortadan kalktıktan sonra bile kişinin savunucu tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilecektir.

Zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünce örüntüsüne kaygı duyma, anksiyete gelişmesinden kaygılanma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler de sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla

baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokacak ve yaşanan olumsuz duyguları pekiştirecektir³⁶.

3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda arttıran sağlık sorunlarından. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozukluklarının birinci basamak hastalarında çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Psikiyatriye başvuran hastaların ise yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır³⁷.

Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9 kadınlarda ise %16 bulunmuştur³⁷. Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. Yirmibeş yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır^{38,39}. Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır⁴⁰.

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. Çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10,5 bulunmuştur³⁷.

3.3. Anksiyete Belirtileri

Bilişsel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler, fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır.

3.3.1. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur⁴¹. Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır:

Duyusal belirtiler: Aklın sisli, bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hisler^{42,43}.

Düşünce zorlukları: Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok), objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü^{42,43}.

Kavramsal zorluklar: Kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının olumsuz değerlendirebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalar^{42,43}.

3.3.2. Duygusal Belirtiler

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik³³.

3.3.3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar⁴³. Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donma kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu³³ vb.

3.3.4. Fizyolojik Belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar⁴³. Çarpıntı, kalp hızında artma, arteriyel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrar çıkma, yaygın terleme, lokal ellerde terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Dikkat edilirse, çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekli ya da normal işlevlerdeki baskılanmalardır³³. Ayrıca, semptomların bir çok sistemi ilgilendirmesinden dolayı ayırıcı tanısının dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Anksiyete bozukluklarında ayırıcı tanı⁴⁴.

Tıbbi Hastalık					
Kardiyak	Endokrinolojik	Pulmoner	Neoplastik	Nörolojik	Diğer
Angina	Hipertiroidizm	Astma	Karsinoid	Huntington hastalığı	Porfiri
Aritmiler	Cushing hastalığı	Emboli	Feokromazitoma	Menier hastalığı	Üremi
Konjestif Kalp Yetmezliği	Hiperparatiroidi	Obstrüksiyon	İnstitinoma	Migren	
İnfarkt				Vertigo	
Mitral valv prolapsusu				Multiple skleroz	
Paroksizmal atrial taşikardi				Geçici iskemik atak	
Madde Kullanımı/Kötüye Kullanım Önerilen veya Yüksek Doz Kullanımı					
Antidepresanlar			Alkol/sedatif yoksunluğu		
Fenfluramin/fentermin			Kafein		
Psikostimülanlar			Halusinojen		
Steroidler			Kokain		
Sempatomimetikler					
Psikiyatrik Bozukluk:					
Uyum bozuklukları					
Duygulanım bozuklukları					
Disosiyatif bozukluklar					
Kişilik bozuklukları					
Şizofreni					

3.4. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision'(DSM –IV)'de Tanımlandığı Şekli ile Panik Bozukluk

Aşağıdakilerden dördü veya daha fazlası ile belirli yineleyici beklenmeyen panik ataklarla karakterizedir⁴⁵.

- Çarpıntı
- Terleme
- Titreme yada sarsılma
- Nefesin kesilmesi
- Boğulma hissi(hava açlığı)

- Bulantı ya da karında rahatsızlık hissi
- Sersemlik hissi,baş dönmesi ve fenalaşma hissi
- Derealizasyon ya da depersonalizasyon
- Denetimi yitirme ve çıldırma korkusu
- Ölüm korkusu
- Uyuşma ya da karıncalanma hissi
- Üşüme hissi ya da sıcak basmaları
- Başka nöbetlerinde olacağına ilişkin sürekli endişe
- Atakların sonuçları ya da anlamına ilişkin endişe (kalp atağı ya da inme gibi)
- Davranışlarda ataklara ilişkin önemli değişiklik
- Agorofobi varlığı ya da yokluğu.

3.5. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi

İlaç tedavisi ve/veya psikoterapiden oluşmaktadır. Anksiyete bozuklukları önceleri sadece benzodiazepinlerle tedavi edilmeye çalışılırken, günümüzde trisiklik antidepresanlar (TSA) , buspiron, selektif serotonin re-uptake inhibitörleri (SSRI), serotonerjik noradrenerjik gerilim inhibitörleri (SNRI) kullanılmaktadır⁴⁶.

4.Depresyon

4.1.Giriş

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlamasındaki risk etmenlerinin belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarakta görülebilmektedir⁴⁷. Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri

düşmesi saptanır⁴⁸. Depresyon, normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla psikiyatrik bir bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür⁴⁹.

4.2. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir⁵⁰.

Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur⁵¹. Türkiye'de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in tespit ettiği sonuçlara göre:

- Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır;
- Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir;
- Kronik bedensel hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8.8); hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir⁵².

4.3. Depresyonda Risk Etkenleri

4.3.1. Yaş

Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaşaltında daha sık görülür. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır⁵².

4.3.2. Cinsiyet

Major depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark gitgide azalmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesi iki şekilde açıklanabilir;

Biyolojik nedenler; Menstürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler; menopoza, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda monoaminooksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir.

Psikolojik nedenler ; kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, sorumlu tutulmaktadır⁵².

4.3.3. Medeni Durum

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır⁵³.

4.3.4. Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler

Leonhard, bipolar grupta unipolarlara göre daha fazla genetik yüklülük olduğuna değinmiş ve çeşitli çalışmalarda bipolar gruptaki hastaların ailelerinde hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir^{45,54}.

4.4. Depresyonda Klinik Özellikler

Depresif bir duygudurum ile ilgili zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum sıklıkla kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlar. Depresif hastalar bazen işleştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınırırlar⁵⁵.

4.4.1. Öyküden Elde Edilen Bilgiler

- Anhedoni - zevk alamama

- Arkadaşlar ve aileden uzaklaşma
- Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücü azalması
- Vejetatif belirtiler:
 - Libido kaybı
 - İştahsızlık ve kilo alma
 - Düşük enerji düzeyi, yorgunluk
 - Adet düzensizliği
 - Sabah erken uyanma (terminal insonmia). Çökkün hastaların yaklaşık %75'inde uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozuklukları vardır.
 - Gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir.)
 - Kabızlık
 - Ağız bozukluğu
 - Baş ağrısı

4.4.2. Ruhsal Durum Muayenesinde Elde Edilen Bilgiler

Genel görünüm ve davranış: Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.

Duygulanım: Sıkıntılı.

Duygudurum: Çökkün.

Konuşma: Azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur. Konuşma hafif, düşük tonda ve monotondur.

Düşünce içeriği: Çökkün hastaların %60'ında özyıkım düşünceleri ve %15'inde tamamlanmamış özyıkım; obsesif yinelemeler, yaygın umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar; kararsızlık; içerik yetersizliği, varsanı ve sanrılar, (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi) kendiliğindenlikte azalma.

Duyum: Çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu,

İçgörü ve yargılama: Kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular.

4.4.3. Eşlik Eden Bulgular

Bedensel yakınmalar; depresyonu maskeleyebilir, özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar

olabilir. Var olduğunda, sanrı ve varsanıların içeriği çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir. En yaygın olanlar suçluluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uygunsuz sanrılar, belirgin duygudurumla açık olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler. Örneğin çökkün duygudurumla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrıları.

4.5. Depresyonda Tanı

Depresyon için tanı kriterleri Tablo 3'de gösterilmiştir

4.6. Depresyonda Ayırıcı Tanı

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyona işaret etse bile, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

- Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırmak. Bu iyi bir fizik ve nörolojik muayene ile çalışılan kurumun yetenekleri çerçevesinde yapılacak laboratuvar incelemeleri ile sağlanabilir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır.
- Belirtilerin herhangi bir ilaç veya kanun dışı madde kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayırtedilebilir.
- Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturularak veya mümkünse psikolojik testlerle tespit edilebilir.

Depresyon belirtileri bir çok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile karışabilir, bu hastalık ve bozukluklardan bir kısmının klinik görüntüleri gösterilmiştir.

-Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroid büyümesi)

-Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)

-Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)

-Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)

-Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, ekg değişiklikleri)

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluğun depresyondan ayırımında yararlı olabilecek belirtileri vardır.

Tablo 3. Major Depresif Epizod İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri⁵⁰.

<p>A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.</p>
<p>Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.</p>
<p>1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin: kendisini üzgün boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin: ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.</p> <p>Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.</p>
<p>2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskişi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)</p>
<p>3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması)</p>
<p>4. Hemen hergün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.</p>
<p>5. Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.)</p>
<p>6. Hemen hergün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması</p>
<p>7. Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması</p>
<p>8. Hemen hergün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir.)</p>
<p>9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.</p>
<p>B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p>
<p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin: kötüye kullanılabilen bir ilaç) sonucu değildir.</p>
<p>E. Bu semptomlar Yaş'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir</p>

Görüldüğü gibi farklı sistemleri ilgilendiren bir çok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin farklı bir çok psikiyatrik bozukluk, iyi bir öykü ve muayene ihmal edilirse depresyon ile rahatlıkla karışabilmektedir. Bu yüzden bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir.

Belirtileri depresyonla karışabilen bir kısım psikiyatrik bozukluk;

-Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsi başlangıç)

-Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)

-İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon mani veya hipomaniyle alternatif olarak yaşanır. Aile hikayesi belirgindir)

-Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durum ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel hallüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz duygudurum, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıcın geç erişkinlik veya orta yaşta olması)⁵⁶.

4.7. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinin temel öğeleri; iyi hasta-hekim ilişkisi, akılcı ilaç kullanım ilkeleri çerçevesinde antidepresan tedavi (SNRI, SSRI, TSA), psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerden oluşur^{57,58}.

5. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Anksiyete

Koroner arter hastalığı olanlarda endişe sıklıkla karşılaşılan, yaşam kalitesini azaltan, semptom ve yeti yitimini arttıran, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olan ve hastaneye tekrar yatışları belirleyen bir durumdur^{3,4}. Ayrıca endişe ilişkili göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve çarpıntı gibi semptomlar KAH semptomları ile örtüşebileceğinden anksiyetenin tanı ve tedavisine özel önem verilmesi gerekmektedir.

Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır. Anksiyetede somatizasyonun öfkenin bastırılmasına bağlı olarak gelişebileceği belirtilmektedir⁵⁹. Somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanan öfkenin hastalığın kronikleşmesinde de rol oynadığı belirtilmektedir⁶⁰. Göğüs ağrısı yakınması olan hastalarda öfke puanlarının da değerlendirildiği Lumley ve ark.'nın çalışmasında egzersiz sırasında göğüs ağrısı olan fakat iskemisi olmayan grupta içe dönük

öfke puanları, hem egzersiz testi sırasında iskemisi olan gruptan hem de egzersiz testi sırasında ne iskemisi ne de ağrısı olan gruptan yüksek bulunmuştur⁶¹. Tennant ve ark. göğüs ağrılı hastaları talyum perfüzyon sintigrafisi sonuçlarına göre gruplandırmıştır. Normal talyum perfüzyon sintigrafisi olan ve eski miyokard enfarktüsü olup yeni iskemisi olmayan gruplarda içe dönük öfke puanları yeni iskemisi olan gruptan yüksek bulunmuştur⁹. Bu bulgular bize KAH olanlarda bile, anksiyetenin kendisini koroner iskemi olmadan göğüs ağrısı şeklinde somatize edebileceğini göstermektedir.

Panik ataklar ve kardiyak aritmiler çarpıntı, dispne, sersemlik hissi, otonomik uyarılma gibi birçok benzer belirtiyi paylaşırlar ve birbiri ile kolaylıkla karışabilirler. Kardiyak aritmi ve panik atakların prespite olmasında psikolojik stressörler rol oynamaktadır. Sıklıkla panik bozukluk, paroksizmal supraventriküler taşikardi başta olmak üzere yanlış olarak aritmi diye değerlendirilmektedir. Paroksizmal supraventriküler taşikardi tedavisinde kullanılan beta-blokerler panik belirtileri de düzelttiğinden tedavinin bizzat kendisi de bu karışıklığın devam etmesine sebep olmaktadır. Aritmi atakları , panik ataklarına göre daha az stereotipik (tekrarlayan vücut hareketleri) olma eğilimindedir. Senkop aritmilerde yaygın iken, panik ataklarda görülmez. Panik ataklar tipik olarak 5-10 dakika sürerlerken, aritmiler saniyelerden günlere kadar değişen bir yelpazede değişkenlik göstermektedir⁶².

Koroner arter hastalığı semptomatik olmaya başladığında anksiyete için önemli bir tetikleyicidir ve bireyde AMI geçirme, sakat kalma ve ani ölüm korkusu ortaya çıkartır. Anksiyete yaşantısı, bireyin yaşadığı baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı, soğuk terleme, çarpıntı ve benzeri fiziksel ve otonom semptomlarla da provoke olur. Anjina pectoris ve aritmiler panik atak semptomlarıyla çok benzer olduğu ndan bireyde beklenti anksiyetesine neden olarak hastada bir süre sonra akut ataklar yaşamasına neden olabileceğini düşündüğü ortam ve durumlardan kaçınma davranışına yol açar. Bireyin iş hayatı, çevre ilişkileri ve cinsel hayatında ortaya çıkan işlevsellik kaybı ve kısıtlanmalar narsistik bir yaralanmaya yol açar ve hem gerçek hem de beklenen kayıplar bireyde depresyona yatkınlığı artırır.

Psikolojik stresin ani ölüme götüren akut etkileri miyokard iskemisi yapmak, aritmi oluşumunu başlatmak, trombositleri aktive etmek ve kan

viskozitesini arttırmak şeklinde özetlenmektedir⁶³. Anksiyetenin ritm üzerine etkisi geçmişte sinüs taşikardisi, atriyal ve ventriküler erken atım, vazovagal senkopla birlikte sinüs bradikardisi yapmak şeklinde belirtilmekteydi. Bugün artık masum görülen etkiler dışında anksiyetenin kalp hızı değişkenliğini azaltmak, QT aralık değişkenliğini arttırmak gibi yollarla ventriküler taşiaritmiye duyarlılığı attırabilecek potansiyelinin olduğu anlaşılmıştır⁶⁴. Süreğen anksiyete KAH oluşumuna katkıda bulunarak ikincil yolla da ani ölüm oluşumuna katılmaktadır. Süreğen anksiyetenin KAH gelişimine katkısı (a) yaşamsal davranışları etkileyerek (sigara ve alkol tüketimi gibi); (b) aterogenezi kolaylaştırarak (hipertansiyon sıklığında artış ve endotel fonksiyon bozukluğu yapması gibi); (c) plak rüptürü, vazospazm ya da tromboz yapıp ölümcül koroner olayları tetikleyerek olmaktadır⁹. Anksiyetenin alt tipi olan fobik anksiyetede koroner arter hastalığı gelişim riskinde anlamlı derecede artış gösterilmiştir⁶⁵.

Bir tür anksiyete bozukluğu olan panik bozukluk, koroner arter hastalığı olan hastalarda ortaya çıkabilir. Koroner arter hastalığı olduğu bilinen ve acil birimlere göğüs ağrısıyla başvuran hastaların %34'ünde panik bozukluk saptandığı bildirilmektedir. Panik bozukluk genel popülasyonun %2 ve %5 arasında etkilerken, kardiyoloji popülasyonun %10 ile %14 'ünü etkilemektedir⁶⁶.

Panik bozukluğun artmış kardiyak morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu konusunda iddialar bulunmaktadır. İki ya da daha çok anksiyete semptomu olan erkeklerdeki ani kardiyak ölüm riskinin, hiç anksiyete yakınması olmayanlardan yüksek olduğu bildirilmiştir. Oysa ki panik bozukluğu olan kadınlarda kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalitenin genel popülasyondan farklı olmadığı bulunmuştur. Panik atak sırasında artan sempatik sistem aktivitesinin koroner spazma neden olabileceği, dolayısıyla panik bozukluğun miyokardiyal iskemi ile de ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Amerika'da sağlıklı topluluk üzerinde yapılan çalışmaları konu alan derlemelerde KAH gelişimi ve kardiyak olay oluşumu ile endişe arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir⁹. 1988 yılında yaklaşık 34.000 sağlıklı erkekte yapılan prospektif bir çalışmada, 2 yıllık takip süresi sonrası KAH gelişen 168 erkek hastada anksiyete ve KAH insidansı arasındaki ilişkiye bakılmış ve anksiyete skorunun artması ile ölümcül KAH

insidansı (özellikle ani-kalp ölümü olan altgrupta) arasında doza bağımlı ilişki saptanmıştır⁶⁷.

6. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Depresyon

Depresyon, nüks etme oranı yüksek olan ve hipertansiyon, akciğer hastalıkları, diyabet gibi diğer kronik hastalıklara kıyasla fiziksel ve sosyal işlevsellikte daha fazla bozulmaya yol açan kronik bir hastalıktır. Kronik tıbbi hastalıklar gibi stresli hayat olayları ile depresyon gelişimi arasında önemli ilişki olduğunu savunanlar olduğu gibi, bunların ancak depresyonu ortaya çıkarıcı bir etkilerinin olabileceğini öne sürenler de vardır. Burada önemli olan, stresli yaşam olayının birey tarafından nasıl algılanıp değerlendirildiği, bu olayla başetme gücünün ne kadar ve nasıl olduğudur⁶⁸.

Koroner arter hastalıklı hastalarda depresyona oldukça sık rastlanmaktadır. Bir takım geniş çaplı epidemiyolojik araştırmalarda depresyonun KAH'a eşlik eden sık bir komorbid durum olduğu ve kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskinde artışla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir⁷. Yapılan araştırmalarda KAH olan hastalarda major depresyonun yaygınlığı %17 ila % 27 arasında, depresif semptomların yaygınlığı %20 ila %45 arasında değişmektedir⁸.

Majör depresyona somatik belirtiler sıklıkla eşlik eder ve göğüs ağrısı da bunlardan biridir. Depresif kişilerin olumsuz bilişsel şemalarının hastalıkla ilişkili anılarını güçlendirdiği ve sağlıkları ile ilgili olumsuz fikirler geliştirdikleri, bedenleriyle daha fazla meşgul oldukları söylenmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda depresyonun Kalp ile İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı (KİOGA)'nda önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Literatürde göğüs ağrılı hastalarda bedensel duyuları büyütme düzeyinin ölçüldüğü yalnız iki çalışma vardır. Lumley ve ark.'larının çalışmasında KİOGA olan hastalar egzersiz testi ile değerlendirilmiştir. Test sırasında ağrısı olan, fakat iskemisi olmayan grupta bedensel duyuları büyütme ölçeği (BDBÖ) puanları ağrısı ve iskemisi olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁶¹. Bu sonuç KİOGA'nın ruhsal bir sıkıntının bedensel yansıması olabileceği görüşünü desteklemektedir. Somatizasyon alanında yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir^{69,70,71}. Hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalarda hem de geniş tabanlı toplum çalışmalarında bu bulgular desteklenmiş; sağlık

hizmetlerinin kullanılmasında artma ve iş gücünde, çalışılan gün sayısında azalma konusunda benzer sonuçlar elde edilmiştir^{72,73}.

Fiziksel açıdan sağlıklı bireylerde yapılan hem kesitsel hem de boyutsal çalışmalar depresyonun hayat kalitesi üzerindeki etkisinin, en yaygın görülen kronik tıbbi hastalıkların hayat kalitesi üzerindeki etkisine denk ya da daha fazla olduğunu ortaya koymuştur⁷⁴. Hatta, tıbbi duruma bağlı kısıtlanmaların üzerine bir de işlevsellikteki depresyona bağlı kısıtlanmalar eklenmektedir⁷⁵. Stabil KAH'ı olan bireylerde Ruo ve arkadaşları (2003) kardiyak hastalığın şiddeti ve depresyon semptomlarının hayat kalitesi üzerindeki etkilerini karşılaştırmışlar; depresif semptomların daha fazla fiziksel kısıtlanma, daha kötü yaşam kalitesi, daha büyük semptom yükü ile ilişkili olduğunu, nitekim kardiyak şiddet ölçütlerinin (ejeksiyon fraksiyonu ve iskeminin varlığı gibi) bunlarla anlamlı bir ilişkisinin olmadığını ortaya koymuşlardır⁷⁶. Depresyon ve anksiyetenin KAH olan bireylerde hayat kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı bir takım ileriye dönük çalışmalarda bulunmaktadır. Koroner arter hastalığı stabil seyreden hastalarda, depresyon ve anksiyete hayat kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Elektif kateterizasyon yapılan 198 hastayla yapılan bir çalışmada, 6 ve 12 aylık takiplerde depresyon ve anksiyetenin kişinin kendisinin bildirdiği fiziksel işlev kaybının bağımsız belirleyicileri olduğu bulunmuştur. Bir diğer ileriye dönük çalışmada, 1282 stabil KAH hastasının hayat kaliteleri ile depresif semptomları arasında anlamlı düzeyde bir doz-yanıt ilişkisi olduğu belirlenmiştir⁷⁷.

Depresyonun KAH'lı hastaların hayat kalitesi üzerindeki etkisini açıklamaya yönelik mekanizmalar, bu popülasyonda artmış kardiyak morbidite ve mortalitenin altında yatan davranışsal semptomlarla ilişkilendirilebilir^{78,8}. Kardiyak rehabilitasyon programları, ilaç tedavilerine ve sağlıklı yaşam tarzı rejimlerine uyumu arttırarak mortalite ve morbiditeyi azaltmak için tasarlanmış olup, bu programların hayat kalitesini yükselttikleri gösterilmiştir⁷⁹. Depresyon, bu tür programlara katılımı olumsuz yönde etkilemektedir. Koroner arter hastalıklı depresif hastalar, kardiyovasküler riski düşürmek için tasarlanmış ilaç tedavisi rejimlerine ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerine daha az uyum gösterme eğilimindedirler⁸⁰. Örneğin depresyon, KAH'lı hastalarda daha fazla oranda sigara kullanımı ve sigarayı bırakma girişimlerinde daha az başarılı olma ile ilişkilidir . Depresyon aynı zamanda alkol kullanımında artma ve fiziksel aktivitede azalma ile de ilişkilidir. Diğer taraftan, depresyonun tedavi

uyumsuzluğuna katkıda bulunan bir faktör olan sosyal izolasyonla da çift yönlü bir ilişkisi vardır. Sosyal izolasyon, kardiyak prognozda kötüleşmenin de iyi tanımlanmış bir başka belirleyicisidir⁸¹.

Bilindiği gibi depresyon, AMI ve kardiyovasküler mortalite açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörüdür^{82,83}. Depresyonun kendisi hastalıklara neden olduğu gibi varolan birçok süreğen hastalığın sonucunu da olumsuz etkilemektedir. Nitekim KAH olup depresif şikayetleri bulunan hastalarda MI, anjina, anjiyoplasti ve koroner by-pass sıklığının arttığı görülmektedir⁸⁴. Depresyon üstesinden gelemediğimiz stresli olaylara (ağır hastalık gibi) verdiğimiz doğal bir tepki olduğundan izlendiğinde MI sonrası tespit edilen depresyonların yarısının kendiliğinden remisyona girdiği fark edilebilir ya da çalışmalarda plasebo grubunun MI sonrası tespit edilen depresyonun tedavisinde oldukça etkin olduğu görülebilir⁸⁵.

Psikiyatrik hasta grubunda kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalitenin araştırıldığı ilk çalışmalardan birinde Malzberg (1937) psikiyatri hastalarını toplumdan gelen sağlıklı bireylerle karşılaştırmış ve kardiyovasküler hastalıklara atfedilen mortalite oranlarının psikiyatrik grupta daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur⁸⁶. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, major depresyonu ya da manik depresyonu olan hastalarda kardiyovasküler bir hastalıktan ölüm oranı %50 daha yüksektir^{87,88,89,90,91}. Murphy ve arkadaşları (1987) genel toplumdan 1003 sağlıklı bireyi 16 yıl boyunca izlemişlerdir. Anksiyete ve depresyon oranını % 12 olarak belirlemişler ve bunları psikiyatrik bozukluğu olmayan grupla karşılaştırmışlar; affektif bir bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler bir hastalıktan ölme oranınının 1.5 kat daha yüksek olduğunu saptamışlardır⁹². Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ise, elde edilen sonuçlar depresyonun AMI sonrası kardiyak morbidite ve mortalite üzerindeki olumsuz etkisiyle çelişmektedir. Bunlardan Mayou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000), 347 hastada depresyon semptomlarının AMI sonrası 1 yıllık mortalite riski üzerinde bir belirleyiciliği olmadığı bildirilmiştir⁹³. Lane ve arkadaşlarının (2000, 2001) yaptıkları benzeri çalışmaların sonuçları da bu bulguları doğrular niteliktedir^{94,95}. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) çalışmasında, AMI sonrası depresyonu olan 2481 hastada düşük sosyal desteğin ve depresyonun tedavisinin mortalite ve yeni infarktüs riskini

azaltıp azaltmayacağı araştırılmış; depresyonun tedavi edilmesinin ortalama 29 haftalık bir sürede mortalite oranlarını düşürmediği gözlenmiştir⁹⁶.

Ne yazık ki, KAH'lı hastalarda major depresyon ya da major depresyon tanı kriterlerini karşılamayan depresif semptomlar sıklıkla gözden kaçarak tanı almamakta ve bunun sonucunda tedavi edilmemektedir. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde depresyonun tanısız kalarak tedavi edilmemesinin nedenleri kısaca şunlardır^{97,98,99,100};

1. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların yarısından çoğunda görülen yorgunluk ve uykusuzluk gibi semptomların depresyonda olduğu kadar KAH'da da sık görülmesi nedeniyle, hastalar ve doktorların bu tür semptomların kardiyak kökenli olduğuna inanmaları.

2. Doktor ve hastaların depresyonu, hayatı tehdit eden bir olaya karşı gelişen doğal ve geçici bir reaksiyon olarak görmeleri.

3. Hastaların depresyon semptomlarını anlatmak konusunda çok istekli olmamaları nedeniyle, depresif semptomlarını sorulmadıkça söylememeleri.

4. Doktorların hastaların depresyon semptomlarını sormak konusunda hassasiyet göstermemeleri.

5. Olası yan etkileri nedeniyle doktorların depresyonu olan kalp hastalarına antidepresan ilaçları reçeteleme konusundaki endişeleri.

Koroner arter hastalığı hastalarında depresyonun değerlendirilmesi için depresyon risk faktörlerinin anlaşılması gerekir. Bu risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, eski depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, sosyal desteğin olmaması (yalnız yaşama gibi) ve işlevselliğin kaybı sayılabilir. Depresyonda etkinliği kanıtlanmış tedavilere rağmen, bu tür tedavi yaklaşımlarının depresyondaki KAH hastalarında kardiyak ya da diğer nedenlere bağlı mortalite oranlarını düzelttiğine dair çok az kanıt bulunmaktadır. Mortalite oranları üzerindeki yararlılığı bir tarafa, KAH hastalarında depresyonun tanınması ve tedavisi başka sebeplerden de çok önemlidir. Depresyon hem depresyonu olan bireylerde hem de onların ailelerinde önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Bu yüzden tedavinin hayat kalitesi için önemli faydaları bulunmaktadır⁸. Bu çalışmalarda depresyon, hayat kalitesinde bozulma, daha fazla ağrı ve daha az aktivite ile ilişkili bulunmuştur. Depresyonun bu olumsuz etkisine bireyin sağlığıyla ilgili negatif inanış ve beklentileri de bir parça aracılık

edebilir. Çünkü depresyondaki hastalar işlevsel yeti düzeyleri ve kendi hayatları üzerindeki kontrol dereceleri konusunda olumsuz bir bakış açısına sahiptirler¹.

Depresyonun KAH riskini hangi mekanizmalar yoluyla arttırdığı henüz kesinleşmiş değildir. Bir takım araştırmalarda elde edilen kanıtlar sigara kullanımı, trombosit işlev bozuklukları, nöroendokrin ve otonom işlevlerin rol oynadığına işaret etmektedir. Depresyonda, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksta ortaya çıkan dengesizlikler, kanda kortizon düzeyinin artması ve gün içinde kortizon düzeylerindeki değişimin bozulmasına yol açarlar¹⁰¹. Yüksek düzeylerdeki kortizon, endotel hücrelerini hasara uğratarak koroner arterlerde plak gelişimini kolaylaştırır. Bununla birlikte, depresyonda görülen otonom disregülasyonun sonucu, kardiyak vagal modülasyondaki bozulma ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde artıştır. Kalbin otonom kontrolü bozulduğu için, depresyonda görülen kalp hızı değişkenliğindeki azalma kalp hastalarında ani kardiyak ölüme sebebiyet verebilir. Diğer taraftan, depresyonda görülen trombosit agregasyonundaki bozulma, trombüs oluşumunu kolaylaştırarak depresyon hastalarında KAH gelişimi riskini artırıyor olabilir¹⁰². Tekrarlayan emosyonel stresler, HPA sistemi üzerinden dolaylı mekanizmalarla serum kolesterol düzeylerinde yükselmeye ve koagülasyon-fibrinoliz sisteminde bozulmaya yol açmakta; bu durum koroner ateroskleroza yol açarak KAH'na ve MI'ne yakınlığı arttırmaktadır. Bununla birlikte emosyonel stres, sempatik sistem üzerinden adrenalin ve noradrenalin salınımını arttırarak yağ mobilizasyonuna sebep olur. Bu da koroner ateroskleroza götüren hiperkolesterolemiye yol açar. Sempatik adrenerjik sistem aktivasyonu damar endoteli üzerine direkt etkiyle de ateroskleroza hızlandırmaktadır¹⁰².

7. Koroner Anjiyografi

Koroner anjiyografi ile koroner arterdeki darlıkların yeri, ciddiyeti ve şekli anatomik olarak belirlenmekte, distal damarların özellikleri, koroner akım indeksi ve oluşmuş kollateral damarlar gösterilmektedir^{103,104}. Koroner ateroskleroz görüntülenmesi ve değerlendirilmesinde; yaygınlık, ağırlık, lezyon oluşumu, komplikasyon olmak üzere 4 parametre dikkate alınır. Fizyolojik anlamlı lezyonu uygun şekilde değerlendirilebilmek için tüm boyutlar (çap daralması, mutlak minimal kesit ve minimal lümenal darlık alanı) dikkate alınmalıdır. Lezyona giriş ve çıkış açıları da lezyon direncini etkiler. Lezyon uzunluğunun tüm parametreleri, mutlak çap, daralma yüzdesi, darlığın fonksiyonel ağırlık

derecesinin doğru olarak anlaşılmasında gerekli olup koroner akım rezervini tanımlar^{103,104,105}. Koroner arterin anjiyografik değerlendirilmesinde, prognoz veya hemodinamik anlamlı darlığın derecesini belirlemek şarttır. Darlık derecesi komşu normal segmente göre çaptaki azalma gözle değerlendirilerek darlık yüzdesi olarak verilir. Stenoz yoğun, sert, kalsifik, yumuşak, yarı sert olabilir. Lezyon komplikasyonu fragmantasyon, ülserasyon, hemorajik plak veya lezyon trombozudur¹⁰⁵.

American Heart Association (AHA), koroner arter darlıklarını derecelendirmede çap metoduna göre çapta %50 oranında daralma olması, klinik anlamlı kabul edilir ancak, AHA %80 lüminal çap daralmasını anlamlı lezyon olarak kabulünü önermektedir. Çapta %50 daralma tepe koroner kan akımında çok az, %70 darlık tepe akımında ileri derecede azalmaya neden olur. Çapta %50 darlık kesitsel alanda %75'lik, %75 darlık ise kesitsel alanda %90'lık bir azalmaya eşittir. Cerrahide, anlamlı darlıklar açısından, çapta %40'ın, kesitsel alanda %75 üzerinde azalmaya neden olan darlıklar myokardiyal iskemi yaratabileceği gösterilmiştir^{20,105}. Koroner anjiyografi endikasyonları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Koroner Anjiyografi Endikasyonları.

Sınıf I	Optimal medikal tedavi ile semptomların kontrol altına alınamaması
	Stres testi ile belirlenen yüksek riskli hastalar
	Orta derecede sol ventrikül disfonksiyon bozukluğu delilleri olanlar
	Major vasküler operasyon için hazırlıklar için
	Mutad olmayan riskli yaşam tarzı veya mesleklerde
Sınıf II	Stres testinde iskemi delili olan veya önceden MI öyküsü olan genç hastalar
	Stres testi takiplerinde giderek iskeminin kötü gittiğine dair deliller
Sınıf III	Hafif derece (CCS I veya II) anjina pektoris olup da sol ventrikül sistolik fonksiyonunun normal olan veya yüksek riski olmasına rağmen stres testleri normal olanlar

MATERYAL VE METOD

1. Yöntem

Çalışmaya mart 2011 ile haziran 2011 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı ile başvurup, KAG yapılmasına karar verilen koroner by-paslı ve/veya koroner stentli hastalar alındı. Öncelikle yarı yapılandırılmış bir görüşme formu ile hastaların sosyodemografik bilgileri alınmıştır. Takiben, hastanın tıbbi hastalığıyla ilgili olarak hasta dosyalarından ve gerektiğinde hastayı izleyen doktorundan alınan bilgiler de bu forma kaydedilmiştir.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anksiyete ve depresyon yaygınlığını değerlendirmek için Hastane anksiyete-depresyon ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Kişinin kendi kendisini değerlendirdiği (self-rating) bir ölçek olan HADÖ, KAG öncesi hastalar tarafından işaretlenmiş, gerektiğinde soruların daha iyi anlaşılması için ve okuma yazma bilmeyen hastalara ölçeğin kullanılmasında yardımcı olunmuştur. Ölçek uygulandıktan sonra hastalara KAG işlemi uygulandı. Hastalar, koroner arterlerdeki darlıklarına göre revaskülarizasyon gerektiren (açılmayı gerektiren- dolaşım bozukluğu yapan "iskemi yapan" lezyon) ve gerektirmeyen şeklinde iki gruba ayrıldı. Revaskülarizasyon ihtiyacı kararı çalışmayı yapan hekimlerden bağımsız olarak KAG işlemini yapan operatör tarafından verildi. Anjiyografik değerlendirme için PHİLİPS İNTEGRİS ALLURA ANGIO DIAGNOST 5 cihazı kullanılmıştır.

Yerel etik kuruldan 23/02/2011 tarihli ve 2011/35 sayılı Komisyon kararı ile çalışma ile ilgili gerekli etik kurulu onayı alındı. Çalışmaya katılan tüm bireylerden yapılan işlemlerle ilgili bilgi verilerek onam alınmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme kriterleri

- 1- 18 yaşından büyük 75 yaşından küçük hastalar.
- 2- Daha önce koroner anjiyoplasti veya koroner by-pass yapılmış hastalar.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 1- Halen psikiyatrik bir hastalık nedeni ile tedavi görüyor olması.
- 2- Mental retardasyon , deliryum , demans , psikoz , kötüye kullanılan bir maddenin etkisi altında olmak gibi hastanın kooperasyonunu, gerçeği değerlendirme yetisi ve bilişsel fonksiyonunu bozarak görüşme yapmayı ve ölçekleri doldurmayı engelleyen durumların bulunması.

3-Koroner arter hastalığı dışında sonuçları etkileyecek ciddi bir tıbbi rahatsızlığın bulunması (DM, HT, DL vb. hastalıklar dışında).

4- Akut koroner sendrom (göğüs ağrısına neden olan kalp krizi durumu), AMI, kardiyojenik şok ile başvuran veya hemodinamik kararsız hastalar.

5-Hastanın çalışmaya katılmak istememesi.

2. Veri Toplama Araçları

2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırılan epidemiyolojik veriler ve risk faktörleri; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve çalışma durumu, ekonomik durum, sigara kullanımı, hastanın daha önce AMI geçirip geçirmediği, özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alıp almadığı ve eşlik eden diğer tıbbi hastalıklardır.

Hastaların eğitim durumu hem mezun olunan okul hem de eğitim alınan toplam yıl açısından sorgulanmıştır. Meslek durumu hastaların bir mesleğe sahip olup olmadıkları ve şu anda çalışıyor olup olmadıkları sorularak araştırılmıştır. Ekonomik durumun değerlendirmesini hastalar kendilerine göre “kötü, orta, iyi” olarak yapmışlardır. Sigara kullanımı sorgulanırken hastalar hiç sigara kullanmamış olanlar, halen sigara kullananlar ve kullanıp bırakanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Psikiyatrik öykünün sorgulanması sırasında hastanın özgeçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alıp almadığı ve psikiyatrik bir tedavi görüp görmediği sorulmuş; geçirilmiş depresyon öyküsü olan hastalar o sırada psikiyatrik tedavi altında olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Eşlik eden tıbbi hastalıklar “diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, kalp yetmezliği ve diğer” olmak üzere 5 grupta araştırılmıştır. Hastaların tüm bu sosyodemografik bilgilerinin ve tıbbi öyküsünün kaydedildiği yarı yapılandırılmış görüşme formunun bir örneği EK-1’de verilmiştir.

2.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Bindokuzyüzsekseniki yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen HADÖ’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996’da Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel, duygusal belirtilerini ele almaktadır. Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeği 14 maddelik özdeğerlendirme ölçeği olup, ölçeğin 7 maddesi depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi değerlendiren 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13’üncü sorular anksiyeteyi; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14’üncü sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü likert biçiminde

değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Zigmond'un çalışmasında ölçeğin kesim noktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri hasta olarak ifade edilmiştir¹⁰⁶. Aydemir'in ülkemize uyarladığı geçerlilik çalışmasında ise ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir. Hastaları anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde aldığı puanlarla anksiyete ve depresyondan sözedilmektedir¹⁰⁷. Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir¹⁰⁷. Anksiyete için hastalar 0-10 puan aldığına hastaların anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde anksiyetesi var, depresyon için 0-7 puan aldığına hastaların depresyonu yok, 8 ve üzerinde depresyonu var olarak tanımlanmıştır. Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur¹⁰⁷. Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeği'nin bir örneği EK-2'de verilmiştir.

3. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS 11.5 paket programına girildikten sonra normallik kontrolleri Shapiro-Wilk testi ile test edildi ve sürekli ölçümlerin normal dağılmadığı gözlenmiştir. Buna göre revaskülarizasyonun negatif ve pozitif oluşuna göre bazı kategorik değişkenler için depresyon ve anksiyete skorları arasındaki farklılıklar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile test edilmiştir. Kategorik değişkenler ile pozitif ve negatif gruplar arasındaki farklılıklara ise Pearson ki-kare testi ile test edilmiştir. depresyon ve anksiyete ölçekleri ile yapılan kag sayısı, eşlik eden hastalıkların sayısı ve aldığı ilaç sayısı ile ilişkilerine ise Spearman korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. İstatistik anlamlılık olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

BULGULAR

Öncelikle çalışmaya katılan hastaların temel özellikleri incelendi (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya katılan hastaların temel özelliklerine göre dağılımı.

Temel özellikler		Sayı	%
Yaş	65 yaş altı	35	68.6
	65 ve üstü	16	31.4
Revaskülarizasyon grubu	Revaskülarizasyon Negatif	28	54.9
	Revaskülarizasyon Pozitif	23	45.1
Cinsiyet	Erkek	39	76.5
	Kadın	12	23.5
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	4	7.8
	İlköğretim	29	56.9
	Lise	9	17.6
	Üniversite ve üstü	9	17.6
Medeni Durumu	Evli	47	92.2
	Bekar	1	2.0
	Boşanmış	3	5.8
Meslek	Memur	1	2.0
	İşçi	2	3.9
	Serbest	4	7.8
	Emekli	29	56.9
	Ev hanımı	10	19.6
	Diğer	5	9.8
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	43	84.3
	Çalışıyor	8	15.7
Ekonomik Durum	Kötü	16	31.4
	Orta	26	51.0
	İyi	9	17.6
Sigara	Hiç kullanmamış	18	35.3
	Halen içiyor	11	21.6
	Bırakmış	22	43.1
Miyokard infarktüsü	Yok	20	39.2
	Var	31	60.8
Girişim türü	Stent	35	68.6
	By-pass	16	31.4

Çalışmamıza 39'u erkek (%76.5) ve 12'i kadın (%23.5) olmak üzere toplam 51 hasta alındı. Yapılan KAG sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı olan hasta grubu revaskülarizasyon pozitif, revaskülarizasyon ihtiyacı olmayan hasta grubu revaskülarizasyon negatif grup olarak isimlendirildi. Çalışma sonunda 28

hasta revaskülarizasyon negatif grubuna (%54.9), 23 hasta da revaskülarizasyon pozitif grubuna (%45.1) dahil olmuştur. Çalışmaya alınan hastaların en genç olanı 35, en yaşlı olanı 74 yaşında idi. Yaş ortalaması 59.8 ± 8.6 olarak hesaplandı. Hastaların 16'sı 65 yaş ve üstünde (%31.4), 35'i 65 yaş altında (%68.6) idi. Revaskülarizasyon negatif gruptaki hastaların yaş ortalaması 59.3 ± 9.3 , revaskülarizasyon pozitif gruptaki hastaların yaş ortalaması 60.5 ± 7.8 idi. Çalışmaya katılan bütün hastaların anksiyete ortalama puanı 8.2 ± 5.2 ve depresyon ortalama puanı 7.1 ± 5.2 olarak bulundu. Hastaların temel özellikler ile anksiyete ve depresyon ortalama puanları karşılaştırıldığında; sadece cinsiyet bakımından kadın hastalarda erkek hastalara göre anlamlı olarak anksiyete ve depresyon ortalama puanları daha yüksekti (anksiyete için $p= 0.001$, depresyon için $p= 0.005$). Yaş, eğitim durumu, medeni durum, yaptığı meslek/iş, çalışma durumu, ekonomik durumu, geçirilmiş MI öyküsü ve uygulanan girişim türü açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 6, Tablo 7).

Tablo 6. Hastaların temel özellikleri ile anksiyete ortalama puanlarının karşılaştırılması.

Gruplar		Anksiyete puan ortalaması (Ort± SD)	P
Yaş	65 yaş altı	8.7 ± 5.2	0.36
	65 ve üstü	7.2 ± 5.2	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	9.4 ± 5.5	0.53
	Halen içiyor	7.7 ± 4.8	
	Bırakmış	7.6 ± 5.2	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	8.6 ± 5.2	0.27
	Çalışıyor	6.4 ± 5.1	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	13.5 ± 5.1	0.11
	İlköğretim	8.5 ± 5.4	
	Lise	6.4 ± 5.4	
	Üniversite ve üstü	6.8 ± 3.1	
Cinsiyet	Erkek	6.9 ± 4.8	0.001
	Kadın	12.5 ± 4.5	
MI öyküsü	Yok	7.7 ± 4.6	0.55
	Var	8.6 ± 5.6	
Girişim türü	Stent	8.2 ± 4.7	0.91
	By-pass	8.4 ± 6.4	
Ekonomik durum	Kötü	9.6 ± 5.7	0.45
	Orta	7.7 ± 5.1	
	İyi	7.4 ± 4.9	

Tablo 7. Hastaların temel özellikleri ile depresyon ortalama puanlarının karşılaştırılması.

Gruplar		Depresyon puan ortalaması (Ort ± SD)	p
Yaş	65 yaş altı	7.6 ± 5.5	0.38
	65 ve üstü	6.1 ± 4.4	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	8.7 ± 5.5	0.09
	Halen içiyor	8.0 ± 5.9	
	Bırakmış	5.3 ± 4.2	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	7.3 ± 5.4	0.40
	Çalışıyor	5.6 ± 4.4	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10.5 ± 4.8	0.14
	İlköğretim	7.9 ± 5.8	
	Lise	4.9 ± 4.2	
	Üniversite ve üstü	5.0 ± 2.7	
Cinsiyet	Erkek	6.0 ± 4.6	0.005
	Kadın	10.7 ± 5.8	
MI öyküsü	Yok	6.9 ± 5.5	0.85
	Var	7.2 ± 5.1	
Girişim türü	Stent	7.1 ± 5.2	0.99
	By-pass	7.1 ± 5.3	
Ekonomik durum	Kötü	9.2 ± 6.1	0.12
	Orta	5.8 ± 4.6	
	İyi	6.8 ± 4.5	

Revaskülarizasyon negatif ve pozitif gruplar hastaların temel özellikleri açısından karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaptığı meslek/iş, sigara durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, geçirilmiş MI öyküsü, uygulanan girişim türü açısından revaskülarizasyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 8, Tablo 9).

Tablo 8. Revaskularizasyon gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek/iş ve çalışma durumu açısından karşılaştırılması.

Temel özellikler		Negatif revaskularizasyon grubu		Pozitif revaskularizasyon grubu		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	65 yaş altı	20	7 1.4	15	65.2	0.63
	65 ve üstü	8	2 8.6	8	34.8	
Cinsiyet	Erkek	20	7 1.4	19	82.6	0.35
	Kadın	8	2 8.6	4	17.4	
Eğitim durumu	Okur-yazar olmayan	4	1 4.3	0	0.0	0.09
	İlköğretim	16	5 7.1	13	56.5	
	Lise	5	1 7.9	4	17.4	
	Üniversite ve üstü	3	1 0.7	6	26.1	
Medeni durum	Evli	25	8 9.3	22	95.7	0.50
	Bekar	1	3.6	0	0.0	
	Dul	2	7.1	1	4.3	
Meslek /iş	Memur	0	0.0	1	4.3	0.13
	İşçi	1	3.6	1	4.3	
	Serbest	3	1 0.7	1	4.3	
	Emekli	12	4 2.9	17	73.9	
	Ev hanımı	8	2 8.6	2	8.7	
	diğer	4	1 4.3	1	4.3	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	23	8 2.1	20	87.0	0.71
	Çalışıyor	5	17.9	3	13.0	

Tablo 9. Revaskülarizasyon gruplarının ekonomik durum, sigara, MI öyküsü ve girişim türü açısından karşılaştırılması.

Temel özellikler		Negatif revaskülarizasyon grubu		Pozitif revaskülarizasyon grubu		p
		Sayı	%	%	Sayı	
Ekonomik durum	Kötü	10	35.7	6	26.1	0.73
	Orta	13	46.4	13	56.5	
	İyi	5	17.9	4	17.4	
Sigara	Hiç kullanmamış	10	35.7	8	34.8	0.33
	Halen içiyor	8	28.6	3	13.0	
	Bırakmış	10	35.7	12	52.2	
MI öyküsü	Yok	9	32.1	11	47.8	0.25
	Var	19	67.9	12	52.2	
Girişim türü	Stent	20	71.4	15	65.2	0.63
	By-pass	8	28.6	8	34.8	

Çalışmada revaskülarizasyon negatif grup ile revaskülarizasyon pozitif gruplar anksiyete ve depresyon puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında revaskülarizasyon negatif grupta anksiyete ortalama puanı anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0.009$). Yine revaskülarizasyon negatif grupta depresyon ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0.074$) (Tablo 10).

Çalışmaya alınan hastalar içinde anksiyete ve depresyon yaygınlığına bakıldığında revaskülarizasyon negatif grupta 13 (%25), pozitif grupta 2 hasta (%4) olmak üzere toplamda 15 hastada anksiyete (%29.4) bulunmuştur. Ayrıca 15'i revaskülarizasyon negatif grupta (%29), 6'sı revaskülarizasyon pozitif grupta (%12) olmak üzere toplam 21 hastada depresyon (%41.2) bulunmuştur. Hastane anksiyete-depresyon ölçeğine göre revaskülarizasyon grupları arasında anksiyete ve depresyon yaygınlığı karşılaştırıldığında

revaskülarizasyon negatif grupta hem anksiyete hem de depresyon görülme oranı diğer gruptan daha fazla idi. Ve bu her iki için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık idi (anksiyete için $p= 0.003$, depresyon için $p= 0.047$) (tablo 11).

Tablo 10. Revaskülarizasyon grupları arasında HADÖ'e göre depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması.

HADÖ	Revaskülarizasyon negatif grup (n=28)	Revaskülarizasyon pozitif grup (n=23)	P
Anksiyete puan ortalaması (ort ± SD)	10.0±5.3	6.1±4.4	0.009
Depresyon puan ortalaması (ort ± SD)	8.0 ± 4.7	6.0± 5.7	0.07

Tablo 11. HAD'e göre revaskülarizasyon grupları arasında anksiyete ve depresyon yaygınlığının karşılaştırılması

	Revaskülarizasyon negatif grup		Revaskülarizasyon pozitif grup		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	
Anksiyete var	13	46.4	2	8.7	15	29.4	0.003
Anksiyete yok	15	53.6	21	91.3	36	71.6	
Depresyon var	15	53.6	6	26.1	21	41.2	0.047
Depresyon yok	13	46.4	17	73.9	30	58.8	

Revaskülarizasyon negatif grup içinde hastaların temel özellikleri anksiyete puanı ile karşılaştırıldığında, kadın hastalarda anksiyete puanı daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0.03$). Ekonomik durum ve eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete puanında belirgin azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmedi. Miyokard

infarktüsü öyküsü, girişim türü, yaş, çalışma durumu ve sigara kullanımı açısından da anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 12).

Tablo 12. Revaskülarizasyon negatif grupta hasta özellikleri ile anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hasta özellikleri		Anksiyete puan ortalaması (Ort± SD)	p
Yaş	65 yaş altı	10.0 ± 5.7	1.00
	65 yaş ve üzeri	10.0 ± 4.4	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	13.5 ± 5.1	0.12
	İlköğretim	10.9 ± 4.3	
	Lise	7.0 ± 7.3	
	Üniversite ve üstü	5.3 ± 3.5	
Cinsiyet	Erkek	8.6±5.2	0.3
	Kadın	13.5±3.7	
Ekonomik durum	Kötü	11.0±4.9	0.77
	Orta	9.5±5.6	
	İyi	9.2±6.1	
MI öyküsü	Yok	8.6±5.9	0.29
	Var	10.7±5.0	
Girişim türü	Stentli	8.9±4.8	0.07
	By-passlı	12.7±5.8	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	11.7 ± 4.0	0.37
	Halen içiyor	8.1±5.7	
	Bırakmış	9.8±6.0	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	10.3 ±5.4	0.52
	Çalışıyor	8.6±5.1	

Revaskülarizasyon pozitif grup içinde hastaların temel özellikleri ile anksiyete puanı karşılaştırıldığında, hastaların eğitim durumu , sigara kullanımı, yaş ve çalışma durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Yine bu grup içinde de kadın hastaların anksiyete puanı erkek hastalardan yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Diğer grupta olduğu gibi bu grupta da ekonomik durum düzeldikçe anksiyete puanı düşmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Diğer grubun aksine öncesinde MI öyküsü mevcut olan hastalarda anksiyete puanı olmayanlara göre daha düşüktü. Ama aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Yine diğer grubun aksine bu grupta by-

pass'lı olan hastalarda anksiyete puanı düşüktü. Fakat istatikselsel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 13).

Tablo 13. Revaskülarizasyon pozitif grupta hasta özellikleri ile anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hasta özellikleri		Anksiyete puan ortalaması (Ort± SD)	p
Yaş	65 yaş altı	7.0 ± 4.1	0.20
	65 ve üzeri	4.5 ± 4.7	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	-	0.67
	İlköğretim	5.7±5.4	
	Lise	5.5±2.1	
	Üniversite ve üstü	7.5±2.9	
Cinsiyet	Erkek	5.2±3.6	0.07
	Kadın	10.5±5.7	
Ekonomik durum	Kötü	7.3±6.6	0.76
	Orta	5.8±3.9	
	İyi	5.2±1.7	
MI	Yok	7.0±3.2	0.14
	Var	5.3±5.2	
Girişim türü	Stent	7.3±4.6	0.06
	By-pass	4.0±3.0	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	6.5 ± 6.0	0.91
	Halen içiyor	6.6 ± 1.5	
	Bırakmış	5.7 ± 3.7	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	6,6 ± 4,3	0.14
	Çalışıyor	2.6 ± 2.5	

Revaskülarizasyon negatif grup içinde hastaların temel özellikleri ile depresyon puanı karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon puanı düşmesine rağmen istatikselsel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Kadın hastalarda depresyon puanı erkek hastalara göre daha yüksekti ve bu farklılık istatikselsel olarak anlamlı idi (p=0.002). Ekonomik durum, yaş, çalışma durumu ve sigara kullanımı açısından depresyon puanları arasında istatikselsel olarak anlamlı farklılık yoktu. Öncesinde MI öyküsü mevcut olan hastalarda depresyon puanı daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatikselsel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. By-pass'lı hastalarda depresyon puanı stentli hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen istatikselsel olarak anlamlı farklılık yoktu (Tablo 14).

Tablo 14. Revaskularizasyon negatif grupta hasta özellikleri ile depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hasta özellikleri		Depresyon puan ortalaması (Ort± SD)	p
Yaş	65 yaş altı	7.9 ± 4.9	0.84
	65 ve üzeri	8.3 ± 4.8	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10.5 ± 4.8	0.09
	İlköğretim	9.1±4.4	
	Lise	4.6±5.2	
	Üniversite ve üstü	4.3±1.1	
Cinsiyet	Erkek	6.2±4.2	0.002
	Kadın	12.4±2.7	
Ekonomik durum	Kötü	8.6±4.8	0.91
	Orta	7.5±5.0	
	İyi	7.8±4.9	
MI öyküsü	Yok	7.1±5.1	0.43
	Var	8.4±4.6	
Girişim türü	Stent	7.1±4.3	0.11
	By-pass	10.1±5.4	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	10.5 ± 3.8	0.10
	Halen içiyor	6.2 ± 4.7	
	Bırakmış	6.8 ± 4.9	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	8.3 ± 4.8	0.43
	Çalışıyor	6.4 ± 4.5	

Revaskularizasyon pozitif grup içinde hastaların temel özellikleri ile depresyon puanı karşılaştırıldığında hastaların eğitim düzeyleri ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Kadın

hastalarda depresyon puanı erkek hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Ekonomik durum , yaş ve çalışma durumu ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak farklılık gözlenmedi. MI öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Hastalara daha önce uygulanmış girişimin türü ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu . Hastaların sigara kullanım durumuna göre depresyon puan ortalaması açısından anlamlı farklılık saptanması ($p= 0.049$) üzerine yapılan alt grup analizde halen sigara içenler ile bırakmış olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi ($p= 0.041$) (tablo 15).

Tablo 15. Revaskülarizasyon pozitif grupta hasta özellikleri ile depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması

Hasta özellikleri		Depresyon puan ortalaması (Ort± SD)	p
Yaş	65 yaş altı	7.1 ± 6.5	0.22
	65 ve üzeri	4.0 ± 3.0	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	-	0.91
	İlköğretim	6.5±7.1	
	Lise	5.2±3.4	
	Üniversiteve üstü	5.3±3.3	
Cinsiyet	Erkek	5.7±5.0	0.84
	Kadın	7.2±9.0	
Ekonomik durum	Kötü	10.3±8.2	0.18
	Orta	4.1±3.6	
	İyi	5.5±4.2	
MI öyküsü	Yok	6.7±6.1	0.52
	Var	5.3±5.4	
Girişim türü	Stent	7.1±6.4	0.33
	By-pass	4.0±3.3	
Sigara durumu	Hiç kullanmamış	6.5 ± 6.6	0.049
	Halen içiyor	12.6 ± 7.4	
	Bırakmış	4.0 ± 3.1	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	6.2 ± 5.8	0.60
	Çalışıyor	4.3 ± 4.9	

Çalışmaya katılan hastalar içinde stentli olan hastaların anksiyete puan ortalaması 8.2 ± 4.7 , by-passlı hastaların 8.4 ± 6.4 olarak bulunmuştur. Yine stentli olan hastaların depresyon puan ortalaması 7.1 ± 5.2 , by-passlı hastaların 7.1 ± 5.4 olarak bulundu. Stentli ve by-passlı hastalar HADÖ'e göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 16).

Tablo 16. Stentli ve by-pass'lı hastaların HAD ölçüğüne göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması

HADÖ	Stent (n=35)	By-pass (n=16)	p
Anksiyete puan ortalaması	8.2 ± 4.7	8.4 ± 6.3	0.91
Depresyon puan ortalaması	7.1 ± 5.2	7.1 ± 5.4	0.99

Stentli olup revaskülarizasyon negatif gruba dahil olan hastaların anksiyete puan ortalaması 8.9 ± 4.8 , depresyon puan ortalaması 7.1 ± 4.3 olarak bulundu. Yine stentli olup da revaskülarizasyon pozitif grubuna dahil olan hastaların anksiyete puan ortalaması 7.3 ± 4.6 , depresyon puan ortalaması 7.1 ± 6.4 olarak bulundu . İki grup arasında hem anksiyete hem de depresyon ortalama puanları açısından anlamlı farklılık gözlenmedi (tablo 17).

Tablo 17. Stentli hastalarda revaskülarizasyon grupları arasında HADÖ'e göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Revaskülarizasyon Grubu	Depresyon puan ortalaması	p	Anksiyete puan ortalaması	p
Negatif	7.1 ± 4.3	0.98	$8,9 \pm 4,8$	0,32
Pozitif	7.1 ± 6.4		$7,3 \pm 4,6$	

By-passlı olup revaskülarizasyon negatif grup içine dahil olan hastaların anksiyete puan ortalaması 8.9 ± 4.76 , depresyon puan ortalaması 7.1 ± 4.3 olarak

bulundu. Yine by-passlı olup revaskülarizasyon pozitif gruba dahil olan hastaların anksiyete puan ortalaması 7.3 ± 4.6 depresyon puan ortalaması 7.1 ± 6.4 olarak bulundu. İki grup arasında hem anksiyete hem de depresyon ortalama puanları açısından anlamlı farklılık gözlemlendi (anksiyete için $p= 0.016$, depresyon için $p= 0.002$) (Tablo 18).

Tablo 18. By-pass'lı hastalarda revaskülarizasyon grupları arasında HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Revaskülarizasyon Grubu	Depresyon puan ortalaması	p	Anksiyete puan ortalaması	p
Negatif	10.1 ± 5.4	0.016	12.7 ± 5.8	0.002
Pozitif	4.0 ± 3.3		4.0 ± 3.0	

Negatif ve pozitif grupta anksiyete ve depresyon puanları ile kontrol KAG sayısı ve eşlik eden hastalık sayısı arasında korelasyon saptanmadı. Sadece hem negatif grup hem de pozitif grup için anksiyete puanı ile depresyon puanının arasında anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $r= 0.80$ ($p < 0.001$) ve $r=0.47$ ($p=0.023$)). Anksiyete puanı arttıkça depresyon puanında arttığı gözlemlendi.

Çalışmaya alınan hastaların anksiyete ve depresyon yaygınlığı, girişim türüne göre incelendiğinde 35 stentli hastadan 9'unda anksiyete (% 25.7), saptanırken, 16 by-pass'lı hastadan 6'sında anksiyete (%37.5) saptandı. Stentli ve by-passlı hastalar anksiyete ve depresyon yaygınlığına göre karşılaştırıldığında oransal olarak by-passlı hastalarda anksiyete ve depresyon daha fazla olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 19).

Tablo 19. Stentli ve by-pass'lı hastaların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon yaygınlığının karşılaştırılması

HADÖ	Stent		By-pass		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Anksiyete var	9	25,7	6	37,5	0.51
Anksiyete yok	26	74,3	10	62,5	
Depresyon var	13	37,1	8	50	0.39
Depresyon yok	22	62,9	8	50	

TARTIŞMA

Çalışmaya alınan hastalar arasında 65 yaş üstünde 16 hasta bulunmakla birlikte; tüm hastaların yaş ortalamasının 65'in altında olması (59.8 ± 8.6) nedeniyle çalışma grubunun geriyatrik popülasyonun aksine erişkin popülasyonu yansıttığı düşünülmektedir. Çalışma grubumuzun çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır (%76.5). Bunun çalışmanın erişkin popülasyonu yansıtmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çünkü kadın hastalarda erkek hastalara göre daha geç yaşlarda KAH gelişmekte olup erkeklerde ≥ 45 yaş , kadınlarda ise ≥ 55 yaş üstünde olmak KAH için güçlü bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir^{108,109}.

Toplam eğitim süresi açısından 8 yılın altında eğitim görenlerin eğitim düzeyini “düşük”, 8 yıl ve üstünde eğitim görenlerin eğitim düzeyini “yüksek” olarak kabul edersek; 51 hastanın 33'ünün 8 yılın altında eğitim almış olması, çalışma grubunun % 65'inin eğitim düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzey (eğitim düzeyi ve maddi gelir) yükseldikçe, KVO sıklığında azalma olduğu gözlenmiştir ve yazarlara göre KAH gelişiminde rol oynayan diğer bilinen risk faktörleri, eğitimle KAH arasındaki bu negatif ilişkiyi “kısmen” açıklamaktadır¹¹⁰. Örneğin DM, HT, sigara kullanımı gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin eğitim düzeyi düşük olan hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir¹¹¹. Sadece kadınlarda yapılan bir başka çalışmada, eğitim alınan süre ile KAH gelişmesi riskinin ters orantılı olduğu bulunmuştur¹¹². Öte yandan çalışma grubunun %82'i ekonomik durumunu “kötü” ya da “orta” olarak nitelendirirken, sadece 9 hasta (%18) ekonomik durumunun “iyi” olduğunu belirtmişti. Yapılan araştırmalar gelir düzeyi azaldıkça KAH gelişimi ve KAH'a bağlı mortalitenin arttığına dikkati çekmektedir^{110,113}. Literatürdeki bu bulgular çalışma grubumuzdaki bulgularla uyumlu idi.

Çalışmamıza alınan hastaların % 92'i evlidir. Evli olmak KAH açısından koruyucu bir faktör olarak kabul edilmektedir¹¹⁴. Yalnız yaşamanın ise sosyal desteklerin daha az olması nedeniyle akut MI gelişmesi riskini arttırdığı; hatta, yalnız yaşama ve sosyal desteklerden yoksun olmanın, özellikle erkek hastalarda AMI sonrası uzun dönem mortalite oranlarında artışla da anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmektedir¹¹⁵. Diğer taraftan, yalnız yaşamanın AMI

sonrası prognozla ilişkisi olmadığı iddia edildiği araştırmalar da bulunmaktadır¹¹⁶. Çalışma grubumuz koroner arter hastalarından oluştuğu ve büyük çoğunluğunda (%60.8) AMI geçirme öyküsü olduğu halde evli olma oranı oldukça yüksektir. Dolayısıyla, ülkemizde yalnız yaşama oranının düşük olması ve evli olmayan bireylerin de genellikle aileleriyle yaşıyor olmaları nedeniyle dünyada yapılan bu tür araştırmalarda elde edilen yalnız yaşama ve KAH riski arasındaki ilişkiye dair bulguların Türk toplumunu yansıtmadığını düşünmekteyiz .

Çalışma grubunun çoğunluğu (%65) ya hayatının bir döneminde sigara kullanıp bırakmış hastalardan ya da halen sigara kullanmaya devam eden hastalardan oluşuyordu. Günümüzde kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde sigara ve tütün kullanımı önde gelen risk faktörlerinden birisidir¹¹⁷. Sigara kullanımı sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu hastalarda daha sık görülmektedir¹¹¹. 52 ülkede yapılan uluslararası bir araştırmada, sigara kullanımının (hala kullanıyor ya da kullanıp bırakmış olsun) AMI gelişimi riskini 2.7 kat arttırdığı belirlenmiştir¹¹⁸. Böylelikle bu çalışmayı oluşturan çalışma grubunun eğitim ve ekonomik düzeyinin düşük, sigara kullanım oranının da yüksek olması, bu grubun toplumda KVO geçiren popülasyonu efektif bir şekilde yansıttığını düşündürmektedir.

Eşlik eden tıbbi hastalığa göre sınıflandırma yapıldığında, çalışma grubunda eş tanı olarak HT oranı %67, DM oranı % 23.5 ve DL oranı % 67 olarak hesaplanmıştır. Koroner arter hastalığı olan bireylerin klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, KAH nedeniyle takip edilen 2593 hastada HT oranı % 78, DM oranı % 23,5 ve DL oranı % 57,6 olarak saptanmıştır¹¹⁹. Benzeri bir başka epidemiyolojik araştırmada, 7420 KAH olan bireyde HT oranı % 58, dislipidemi oranı % 52 olarak bildirilmiştir¹²⁰. Almanya'da yapılan bir çalışmada, AMI hastalarının % 90'ında HT, DM, DL ve sigara kullanımı olarak bilinen klasik risk faktörlerinin bir ya da bir kaçının bulunduğu vurgulama yapılmış ve birinci basamakta yapılacak en önemli şeyin koruyucu hekimlik aktivitelerinin kapsamının artırılması olduğu belirtilmiştir¹²¹. Çalışmamızla yapılmış olan bu çalışmaların, KAH'a eşlik eden hastalıkların sıklık sıralaması ve görülme sıklığı açısından benzerlik göstermesi çalışma grubumuzun KAH olan popülasyonu efektif bir şekilde yansıttığını göstermektedir.

Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği'ne göre anksiyete için 0-10 puan arası; anksiyetesi yok, 11 puan ve üzeri; anksiyete var, depresyon için 0-7 puan arası; depresyonu yok, 8 puan ve üzeri; depresyonu var olarak tanımlanmıştır. Buna göre çalışmadaki anksiyete oranı % 29.4 (n=15), depresyon oranı ise % 41.2 (n=21) olarak bulunmuştur. Kadın hastaların kendi içlerinde %59'unda (n=7) , erkek hastalarında %29 'unda (n = 8) anksiyete saptanmıştır. Yine kadın hastaların kendi içlerinde % 75'inde (n=9) , erkek hastalarında %31'inde (n= 12) depresyon saptanmıştır. Koroner arter hastalığı olan hastalarda depresyona oldukça sık rastlanmaktadır. Bir takım geniş çaplı epidemiyolojik araştırmalarda depresyonun KAH'a eşlik eden sık bir komorbid durum olduğu ve kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskinde artışla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir⁷. Yapılan araştırmalarda KAH olan hastalarda major depresyonun yaygınlığı %17 ila %27 arasında, depresif semptomların yaygınlığı %20 ila %45 arasında değişmektedir⁸. Koroner arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %20'si major depresyon tanı kriterlerini karşılarken, daha yüksek bir oranı eşik altı depresyon tanısı almaktadırlar¹²². Çalışma grubumuzdaki anksiyete ve depresyon görülme oranları literatür ile uyumludur.

Literatürde, anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilişkili tespit edilmiş olan risk faktörlerinin bazıları kadın olma, boşanmış ya da dul olma, eğitim seviyesinin düşüklüğü, emekli olma, ekonomik gelirin düşüklüğü olarak belirtilmiştir^{123,124,125}. Literatürde, yaygın anksiyete bozukluğu için risk faktörleri olarak olumsuz bir olayın yaşanması, dulluk, kognitif zaafiyet, tıbbi problemler ve fiziki yetersizlik gibi olumsuzluklar; Hollanda'da yapılan geniş tabanlı epidemiyolojik bir araştırmanın (LASA) verilerine göre de kadın cinsiyet, düşük tahsil düzeyi, islevsel kısıtlanmalar, kötü subjektif sağlık algısı, kognitif çöküş, küçük sosyal çevre, aletsel destek azlığı, travmatik erken hayat tecrübeleri ve yakın kayıplar olarak belirtilmiştir¹²⁶. Depresyon ve anksiyete açısından bu risk faktörleri incelendiğinde eğitim seviyesi düşüklüğü (hastaların %64'ü ilkokul mezunu veya okur-yazar değil), emeklilik (hastaların %57'i), ekonomik gelir düşüklüğü (hastaların sadece %17.6 'sı ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtmiş), travmatik erken hayat tecrübeleri (% 60.8 hastada geçirilmiş MI öyküsü mevcut) ve tıbbi problemlerin (%67 hastada HT mevcut) yüksek anksiyete ve depresyon oranına sahip olan çalışma grubumuzun baskın özellikleri idi.

Diğer risk faktörlerinden kadın olmanın, çalışma grubundaki kadın hasta sayısının (n=12) az olmasına rağmen anksiyete ve depresyon oranına önemli katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz. Çünkü %29'luk anksiyete oranının yaklaşık %14'lük kısmını ve %41.2'lik depresyon oranının %18'lik kısmını karşılamaktadır. Bu bulgular bize anksiyete ve depresyonda kadın cinsiyetin ne kadar güçlü bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bir başka risk faktörü olan boşanmış ya da dul olma çalışma grubumuzdaki hastaların çok az bir kısmını oluşturmaktaydı. Bu nedenle anksiyete ve depresyon oranına etkisinin olmadığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda hastaların temel özellikler ile anksiyete ve depresyon ortalama puanları karşılaştırıldığında sadece cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadın hastaların sayıca erkek hastaların yaklaşık 1/3'ü olmasına rağmen hem anksiyete hem de depresyon puan ortalamaları erkeklerden daha yüksekti. Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 bulunmuştur³⁷. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir⁵⁰.

Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. yirmibeş yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır^{38,39}. Avustralya Sağlık Bakanlığı Avustralya İstatistik Bürosunun verilerine dayanarak 1998 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerde nüfusun %9,7 'sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu verilerden elde edilen ilginç bir diğer bulgu ise 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kalması ve 55 yaşından sonra giderek düşmesidir³⁷. "Epidemiologic Catchment Area" çalışması 65 yaş ve üzerinde herhangi bir anksiyete bozukluğu prevalansını %5.5 olarak bulmuştur, bu 25-44 yaş grubunun %8.3'lük prevalansından daha azdır¹²⁷. Özellikle de panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu yaşlı popülasyonda oldukça nadir bulunmuştur. Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen

depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır⁵³. Çalışma grubumuzda yaş ortalaması 59.8 ± 8.6 idi ve bu değer yaşla artan koroner arter hastalığı için beklenen bir değer olmasına rağmen anksiyete ve depresyonun daha sık görüldüğü yaş grubunun üstünde bir değer idi. Üstelik çalışmamızda literatürde yayınlanmış bir çok çalışmada genç nüfusta bulunmuş olan anksiyete ve depresyon oranından daha yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete bulundu. Peki neden böyle bir sonuç çıktı? Depresyon ve anksiyete sıklığı özellikle genç populasyonda daha yüksek iken, erişkin popülasyonu temsil eden çalışma grubumuzda yaş bakımından daha düşük beklenirken neden yüksek geldi? Çalışma grubumuzda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek gelmesinin bilinen risk faktörleri dışındaki önemli nedenleri kronik kalp hastalığı varlığı, önceki kayıtlarına bakıldığında büyük bir kısmının en az bir kez koroner yoğun bakım deneyimi yaşamış olması, bütün hastaların en az bir kere olmak üzere cerrahi ve/veya cerrahi olmayan invazif işleme maruz kalması (koroner anjiyoplasti ve/veya koroner by-pass) ve yine büyük bir kısmında eşlik eden HT olabileceği düşünülürdü. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in tespit ettiği sonuçlardan biri de , kronik bedensel hastalığa sekonder depresyonların dikkat çekici düzeyde olmasıdır (%4-8.8)⁵². Çalışma grubumuzdaki bir çok hastamıza KAH ile birlikte DM ve/veya HT'unda eşlik etmesi bunu doğrulamaktaydı.

Kalp hastalıkları ve özellikle de AMI psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır¹²⁸. Kalp ve emosyonel bozukluklar arasındaki ilişki bilimsel açıdan değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda depresyon başta olmak üzere psikopatolojinin gelişiminde belli kardiyovasküler hastalığı olanların yüksek risk taşıdığı gösterilmiştir. Miyokard infarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlanma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu mevcuttur. Diğer bir kaygı kaynağı sağlığını ve hayatının gayesini tehdit altında hissetme ve kaybetme korkusudur. Miyokard infarktüsü sonrası anksiyete ve depresyon sık olarak bildirilir. Kardiyak cerrahi girişimden sonra anksiyete , depresyon ve deliryum sık karşılaşılan durumlar olarak bildirilmiştir. Bir çok çalışma, geçici reaksiyonlar, ilaç yan etkileri, majör psikiyatrik bozukluklar veya kardiyak hastalığın bizzat kendisine bağlı psikiyatrik semptomlar üzerine odaklanmıştır. Klinik olarak depresyon, kalp hastalığı veya hipertansiferde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluk olarak gözükmektedir¹²⁹.

Psikodinamik açıdan bireyin anksiyetesi çeşitli derecelerde olmak üzere yok olma, pasif hale düşme , impotans, obje kaybı ve suçluluk duyguları gibi alanları kapsamaktadır. Anksiyete yaşantısı, akut kardiyak hastalığın otonomik ve fizyolojik görünümleri sonucunda somatik olarak artmış bir şekilde algılanmaktadır. Anjina ve aritmi panik ataklarla ortak bir çok belirti ile ortaya çıkabilir. Burada kalple birlikte benlikte de infarktüs ve zedelenme yaşanmaktadır. Kişinin kendine yeterliliği, işi, hayat gayesi, cinselliği tehdit altına girmiş veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını düşünür. Bu safhada hastalar en çok kısıtlamaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Benlik infaktüsü duygu ve algısı bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine yol açabilir. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikiyatrik yönlendirme psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. Koroner yoğun bakımda en sık kaydedilen psikiyatrik durum kaygı bozukluğu olup, bunu depresyon izlemektedir. Koroner yoğun bakım birimleri davranışa ait, emosyonel ve nöropsikiyatrik komplikasyonların sık görüldüğü servislerdir¹³⁰. Çalışma grubundaki hastalarımızın büyük kısmının MI deneyimi olması , önceki kayıtlarına bakıldığında büyük bir kısmının en az bir kere koroner yoğun bakım deneyimi yaşaması yine büyük bir kısmında eşlik eden hipertansiyon olması literatür ile uyumlu olup, hastalardaki yüksek anksiyete ve depresyon yaygınlığını (%29 'unda anksiyete, % 41.2'inde depresyon) açıklamaktadır.

Sigara kullanıp-kullanmama, çalışma durumu, ekonomik durum, eğitim düzeyi, MI öyküsü olup-olmamasına, öncesinde uygulanan girişim türü bakımından hastalar arasında anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde eğitim düzeyi düşüklüğü ve ekonomik durumun kötü olması anksiyete ve depresyon açısından bir risk faktörü olmasına rağmen bizim çalışma grubunda özellikle okur-yazar olmayan ve ekonomik durumu kötü olan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen hasta dağılımındaki dengesizlikten dolayı istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmadığını düşünmekteyiz. Akut koroner sendrom nedeniyle hastanede yatmakta olan 348 hastada yapılan yeni bir araştırmada, sigara kullanımı ile demografik ve psikolojik özelliklerin ilişkisi araştırılmış; bizim çalışmamızla benzer şekilde depresyon ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır¹³¹.

Çalışmamızın asıl amacına yönelik olarak KAG yapılan hastalar sonrasında revaskülarizasyon ihtiyacı açısından iki gruba ayrıldı. Revaskülarizasyon ihtiyacı duyulanlar, revaskülarizasyon pozitif grup, revaskülarizasyon ihtiyacı duyulmayanlar revaskülarizasyon negatif grup olarak isimlendirildi. Revaskülarizasyon ihtiyacı kararı çalışmayı yapan hekimlerden bağımsız olarak KAG işlemini yapan operatör tarafından verildi. Ve operatörün kararına saygı duyuldu. Revaskülarizasyon ihtiyacı açısından hastalar değerlendirildiğinde çalışma süresi boyunca yapılan KAG işlemi sonrası sonuca göre 23 (%45.1) hasta revaskülarizasyon pozitif gruba , 28 (% 54.9) hasta da revaskülarizasyon negatif gruba dahil oldu .

Literatürde tespit edebildiğimiz kadarı ile dizaynı açısından bir ilk olan çalışmamızda, revaskülarizasyon grupları kendi aralarında anksiyete ve depresyon yaygınlığı ve düzeyi bakımından değerlendirilmeden önce, gruplar arasında hastaların temel özellikler açısından anlamlı fark olup olmadığına bakıldı. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu , medeni durum, yaptığı meslek/iş, çalışma durumu, sigara kullanıp kulanmama, ekonomik durum, geçirilmiş MI öyküsü ve uygulanan girişim türü açısından revaskülarizasyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. Böylece revaskülarizasyon grupları arasında temel özellikler açısından benzerlik sağlanarak, gruplar arasında yapılacak karşılaştırmalı analizlerde bazal özelliklerin etkisi minimal seviyeye çekilmiş oldu.

Çalışmamızda revaskülarizasyon negatif grup ve pozitif grup, anksiyete ve depresyon düzeyi açısından karşılaştırıldığında revaskülarizasyon negatif grupta anksiyete puanı anlamlı olarak diğer gruptan daha yüksek idi ($p=0.009$). Yine revaskülarizasyon negatif grupta depresyon ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.074$). Gruplar anksiyete ve depresyon yaygınlığı bakımından karşılaştırıldığında revaskülarizasyon negatif grupta hem anksiyete hem de depresyon oranı diğer gruptan anlamlı olarak daha fazla idi (anksiyete için $p=0.003$, depresyon için $p=0.047$). Bu sonuç çalışmanın hipotezini destekler nitelikte idi. Üstelik hastaların büyük çoğunluğunun (% 54, 9) KAG sonrası revaskülarizasyon negatif gruba dahil olması da hipotezimizi destekleyen önemli bir bulgudur. Çünkü tersinden bakıldığında semptomlarına neden olarak, ciddi koroner arter darlığı

düşünüp de KAG işlemi yaptığımız hastaların çoğunda KAG olmasını gerektiren herhangi bir anlamlı darlık bulunmaması düşündürücüdür.

Çalışmamızda kardiyak iskemi ile ilgili semptomlarla başvuran ve yapılan KAG sonrası koroner arterlerde semptomlara neden olabilecek anlamlı darlık bulunmayan hastalarda özellikle anksiyete alanında yüksek bulunan anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaygınlığı, bize semptomların anksiyete ve depresyona bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Kardiyovaküler hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklarda gözlenen yüksek prevalans, kardiyak ve psikiyatrik rahatsızlıkların ortak semptomlar göstermesine bağlı birbiri ile oldukça sık karışması ve her iki hastalığın komorbidite göstermesi bizi desteklemektedir¹³².

Stabil KAH'ı olan bireylerde Ruo ve arkadaşları (2003) kardiyak hastalığın şiddeti ve depresyon semptomlarının hayat kalitesi üzerindeki etkilerini karşılaştırmışlar; depresif semptomların daha fazla fiziksel kısıtlanma, daha kötü yaşam kalitesi, daha büyük semptom yükü ile ilişkili olduğunu, nitekim kardiyak şiddet ölçütlerinin (ejeksiyon fraksiyonu ve iskeminin varlığı gibi) bunlarla anlamlı bir ilişkisinin olmadığını ortaya koymuşlardır⁷⁶. Birçok çalışmada ise organik bulguların gösterilemediği veya bu bulguların açıklayamadığı göğüs ağrısı vakalarında %50'lik bir panik bozukluk prevalansı saptanmıştır¹³². Yakın zamanda yapılan bu çalışmalar, KAH olduğu bilinen hastalarda göğüs ağrısı vb. kardiyak semptomların anksiyete ve depresyona bağlı olabileceği ve anksiyete veya depresyonu olan KAH hastalarında bulunan semptomların gerçekte iskemi vb. kardiyak ölçütlerle ilişkisi olmadığını göstermektedir. Üstelik, somatizasyon dediğimiz ve genel olarak emosyonel disforiyi bedensel belirtilerle ifade etme biçimi olarak tanımlanan bu durum psikiyatrik bozukluklar içinde en sık depresyon ve anksiyeteye eşlik eder^{133,134}.

Kronik kardiyak hastalık narsistik zedelenme, obje kaybı ve suçluluk duyguları ile birlikte depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Narsistik zedelenme mesleki, sosyal ve cinsel aktivitelerde yetersizlik gibi fonksiyonların kaybı veya kayıp tehditi ile ortaya çıkmaktadır. Kişi hedeflediği gayelerin kaybı endişesi ve obje yitimi gibi kayıp tepkileri yanında, önceden sigara kullanıyor olması, spor yapmaması ve kilolu oluşu gibi suçluluk ve yetersizlik düşünceleri geliştirebilir ve bu fikirler depresyon psikogenezinde önemlidir¹³⁵.

Revaskülarizasyon negatif grupta hastaların temel özellikler ile anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, MI geçirip geçirmemesi, öncesinde uygulanan girişim türü, sigara kullanıp kullanmaması ve çalışma durumu açısından hastalar arasında anlamlı fark saptanmadı. Cinsiyet durumuna göre yapılan karşılaştırmada kadın hastaların anksiyete puan ortalamaları anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek bulundu ($p= 0.03$). Bu durum anksiyete ve depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu literatür bilgisi ile uyumlu idi³⁷.

Revaskülarizasyon pozitif grup içinde hastaların temel özellikleri ile anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, eğitim durumu, cinsiyet, ekonomik durum, MI geçirip geçirmeme, öncesinde uygulanan girişim türü, sigara kullanıp kullanmama ve çalışma durumu açısından hastalar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Revaskülarizasyon negatif grupta hastaların temel özellikler ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, eğitim durumu , ekonomik durum, MI geçirip-geçirmeme, öncesinde uygulanan girişim türü, sigara kullanıp-kullanmama ve çalışma durumu açısından hastalar arasında anlamlı fark saptanmadı. Cinsiyet durumuna göre yapılan karşılaştırmada kadın hastaların anksiyete puan ortalamaları anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek bulundu ($p= 0.002$).

Revaskülarizasyon pozitif grup içinde hastaların temel özellikler ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, eğitim durumu , cinsiyet, ekonomik durum , MI geçirip geçirmemesine , öncesinde uygulanan girişim türü, çalışma durumu açısından hastalar arasında anlamlı fark saptanmadı. Sigara kullanıp kullanmamasına göre yapılan değerlendirmede anlamlı farklılık saptandı ($p= 0.049$). Ve yapılan alt grup analizlerde bu farkın içiyor olanlarla, sigarayı içip-bırakmış olanlar arasında olduğu saptandı ($p=0.041$). Bu bulgu sigara içme oranıyla depresif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bir orantı olduğunu; sigara bırakıldığında depresyon görülme oranlarının düştüğünü ileri süren yayınlarla uyumlu idi ¹³⁶.

Koroner by-pass sonrası anksiyete ve depresyonla ilgili birbirinden farklı sonuçların olduğu yayınlar mevcuttur. Türkiyede 2006 yılında İşkesen ve arkadaşlarının 36 hasta üzerinde yapmış olduğu "Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass'ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi" adlı

çalışmada hastaların koroner by-pass sonrası operasyon öncesine göre anlamlı olarak hayat kalitesinin arttığı, anksiyete düzeylerinin de anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır¹³⁷. Bunun aksine ameliyat sonrası dönemde hastalarda alışılmadık anksiyete, depresyon hali görülebileceğini ve ameliyat sonrası oluşan anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olan en önemli faktörün hastaların ameliyat öncesi emosyonel durumu olduğunu belirten yayınlar da vardır¹³⁸.

Literatürde tespit edilebildiği kadarı ile daha önce koroner by-pass'lı ve stentli hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyini karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastalanmamıştır. Bizim çalışmamızda stentli ve by-passlı hastalar arasında anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Aynı şekilde stentli ve by-pass'lı hastalar arasında anksiyete ve depresyon yaygınlığı açısından da anlamlı farklılık gözlenmedi. Bu da bize temsil ettiğimiz popülasyondaki hastaların koroner by-pass olması veya koroner anjiplasti olması arasında işlem sonrası gelişebilecek anksiyete ve depresyon açısından fark olmadığını göstermektedir.

Koroner by-passlı hastalar revaskülarizasyon pozitif ve revaskülarizasyon negatif grup olarak ayrıldıklarında ilginç olarak KAG sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı şekilde diğer gruptan (revaskülarizasyon ihtiyacı olan grup) yüksek olduğu gözlemlendi. Aynı durum stentli hastalarda gözlenmedi. Bu da bize özellikle koroner by-pass'lı hastalarda KAG kararı verirken anksiyete ve depresyon açısından daha dikkatli olmamız gerektiğini göstermektedir. Çünkü by-pass'lı hastalara yapılan KAG işlemi, daha uzun işlem süresi, işlem sırasında daha fazla opak kullanılması ve greftlerin aranması sürecinde major damarlara daha fazla travma gibi nedenlerle hastalara ek riskler getirmekte olup bu ek riskler emboli, serebrovasküler olay, AMI, böbrek yetmezliği gibi ciddi komplikasyonlara daha fazla zemin hazırlamaktadır.

Son olarak yapılan korelasyon analizlerinde hem revaskülarizasyon negatif hem de revaskülarizasyon pozitif grupta anksiyete ve depresyon düzeyleri ile KAG sayısı veya eşlik eden hastalık sayısı arasında bir korelasyon saptanmadı. Sadece hem negatif grup hem de pozitif grupta anksiyete arttıkça depresyon puanının da arttığı söylenebilir. Ve bu ikisi arasındaki korelasyon anlamlı idi (anksiyete için $r= 0.804$ ($p<0.001$) ve depresyon için $r=0.471$ ($p=0.023$). Bu bulgu literatür ile uyumlu idi. Literatürde, yaygın anksiyete

bozukluğu olan bireylerin 1/3'ünde major depresyon (%8-39) bulunduğu belirtilmiş olup, Ulusal Eştani alışması'nda yaygın anksiyete bozukluğu ile eş zamanlı olarak en sık birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar olarak major depresyon ve distimik bozukluklar bulunmuştur^{139,140}.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kardiyolojide en başta göğüs ağrısı olmak üzere nefes darlığı, çarpıntı, terleme, boğulma hissi ile gelen stentli ve/veya by-passlı hastalarda, KAG sonrası revaskülarizasyon gerektirecek hastaları yakalayabilmek önemlidir. Kardiyovasküler olay geçirme açısından riskli olan bu grupta ayırıcı tanıyı yapabilmek bazen çok zor olabilir. Özellikle anksiyete ve depresyona bağlı olabilen göğüs ağrısı, çarpıntı, terleme, nefesin kesilmesi, boğulma hissi, ölüm korkusu, bulantı ya da karında rahatsızlık hissi, sersemlik hissi, baş dönmesi ve fenalaşma hissi gibi şikayetlerle, koroner arterlerdeki kan akımının azalmasına bağlı oluşan şikayetlerin ayrımı benzer özellikleri nedeni ile zordur. Ayrıca anjina pectoris, MI, kalp ritm bozuklukları panik bozukluk şeklinde de klinik görünüm verebileceğinden koroner arterleri için cerrahi ve/veya cerrahi olmayan girişim yapılmış hastalarda anksiyete ve depresyona bağlı oluşan semptomlardan dolayı revaskülarizasyon gerektirmeyen çok sayıda KAG işlemi uygulanmakta olduğunu düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda da KAG yapılan hastaların yarısından fazlasında (yaklaşık %55) revaskülarizasyon ihtiyacı olmaması bunu desteklemektedir.

Bu çalışma ile tespit edebildiğimiz kadarı ile ilk kez, öncesinde koroner girişim uygulanmış hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi ile KAG sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı arasındaki ilişki araştırıldı. Revaskülarizasyon gerektirmeyen hastalarda anksiyete ve depresyon yaygınlığı ile anksiyete düzeyi revaskülarizasyon gerektiren gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu, hastalardaki semptomların anksiyete ve depresyona bağlı olabileceği hipotezimizi destekliyordu. Bazı çalışmalarda da gösterildiği üzere anksiyete ve depresyonu olan KAH hastalarında göğüs ağrısının ayırıcı tanısında yardımcı non-invazif tetkiklerin değerlendirilmesi hastaların bedensel duyuları büyütmesinden dolayı zor olabilmektedir. Semptomların benzerlik göstermesi de ayırıcı tanıyı daha da zorlaştırmaktadır. Ek olarak Stentli ve/veya koroner by-pass'lı olan bu hastaların çoğunda geçirilmiş MI öyküsünün ve eşlik eden hastalıkların olmasından dolayı KVO geçirme riskleri yüksek olmakta ve bütün bunlarda kardiyologlar arasında tanıda altın standart olan KAG'ye eğilimin artmasına neden olmaktadır. Bunu önlemenin yolunun koroner by-

passlı ve/veya stentli hastaların öncesinde anksiyete ve depresyonun duygusal ve davranışsal belirtileri açısından sorgulanması ve bu sorgulama sonrası anksiyete ve depresyondan şüphelendiğimiz hastaların kardiyak tedaviye ek olarak tanı ve tedavi amacı ile psikiyatriye yönlendirilmesi olduğu düşüncesindeyiz. Böylece hastaların yaşam kalitesinde, kardiyak tedavi ve önerilere uyumunda artma, semptomlarında, poliklinik ve acil servis başvurularında ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımlarında azalma sağlanacak . Belki de en önemlisi, en uç noktası ölüm olabilecek gereksiz KAG sayısı ve buna bağlı olarak da sağlık giderleri azalacak.

Çalışma sonunda özellikle kadın cinsiyetin anksiyete ve depresyon açısından çok güçlü bir risk faktörü olduğu gözlemlendi. Çalışma grubumuzda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek gelmesinin en önemli nedenleri literatür ile beraber değerlendirildiğinde, kronik kalp hastalığı varlığı , koroner yoğun bakım deneyimi yaşamış olma , cerrahi ve cerrahi olmayan invazif işleme maruz kalma (koroner anjiyoplasti ve/veya koroner by-pass), HT, eğitim seviyesi düşüklüğü, emeklilik, ekonomik gelir düşüklüğü, travmatik erken hayat tecrübesi (kalp krizi vb) olabileceği düşünüldü. Bu özellikleri taşıyan stentli ve/veya by-passlı poliklinik hastalarına anksiyete ve depresyon açısından özellikle dikkat etmemiz gerekmektedir.

KAG sonrası revaskülarizasyon ihtiyacı olmayan by-passlı hastalarda anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek çıkması, özellikle by-passlı olup anksiyete ve depresyondan şüphelendiğimiz hastalarda KAG işlemine karar verirken acele etmemek gerektiğini göstermektedir. Özellikle by-passlı olup yüksek anksiyete ve depresyon şüphesi taşıyan hasta grubunda psikiyatri ile işbirliği içinde olmak ve tedavilerini psikiyatri ile birlikte ayarlamak gerekmektedir.

Anksiyete ve depresyonun sadece bilişsel, duygusal belirtilerine özgü bir ölçek olan HADÖ gibi bir araç KAH gibi bedensel bir hastalığa sahip olanlarda anksiyete ve depresyon şüphesi taşıyan hastaların ayırımında çok kullanışlı olabilir. Psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıkların kalp hastalıkları olduğu gerçeğinden hareket ederek kardiyoloji polikliniklerinde ayaktan takip edilen özellikle koroner by-passlı ve/veya stentli hastalarda uygulanma kolaylığı nedeni ile rutin kullanımı önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dickens C. Affective disorders and cardiovascular disease. In: Vascular Disease and Affective Disorders. Editors: Edmond Chiu, David Ames, Cornelius Catona. Martin Dunitz Ltd: London, UK,2002.
2. Tennant C, Mihailidou A, Scott A, Smith R, Kellow J, Jones M et al. Psychological symptom profiles in patients with chest pain. J Psychosom Res 1994; 38:365-371.
3. Ketterer M. Cognitive/behavioral therapy of anxiety in the medically ill: Cardiac settings. Semin Clin Neuropsychiatry 1999; 4: 148- 53
4. Jacqueline JMH, Johan D, Richel L, Adriaan H. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2003 ;42: 1801-7.
5. Shapiro P. Kardiyovasküler Bozukluklar. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Editörler: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Çeviri Editörleri: Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt. Güneş Kitabevi, Ankara, 2007.
6. Carney R, Freedland K. Depression and Coronary Heart Disease: More Pieces of the Puzzle. Am J Psychiatry 2007;9:1307-9.
7. Musselman ve ark. 1998 Musselman D, Evans D, Nemeroff C. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry 1998;55:580-92.
8. Stafford ve ark. 2007 Stafford L, Berk B, Reddy P, et al. Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. Journal of Psychosomatic Research 2007;62:401-10.
9. Kubzansky L, Kawachi I, Weiss S, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: A synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. Ann Behav Med 1998; 20: 47-58.

10. Braunwald E, Mark D, Jones R, et al: Unstable Angina: Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline No. 10 (amended). AHCPR Publication No. 94-0602. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung and Blood Institute, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services 1994.
11. Gibbons R, Antman E, et al. ACC/AHA 2002 Guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction-Summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1366-74.
12. Bertrand M, Simoons M, et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2002; 23:1809-40.
13. Nourjah P. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1999:304. Advance data from Vital and Health Statistics.
14. Armstrong P, Fu Y, Chang W et al for the GUSTO-IIb Investigators: Acute coronary syndromes in the GUSTO-IIb trial: Prognostic insights and impact of recurrent ischemia. *Circulation* 1998; 98:1860.
15. Hasdai D, Porter A, Rosengren A, et al. Effect of gender on outcomes of acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2003;91:1466-9-A6.
16. Weaver W, Litwin P, Martin J, et al. MITI Project Group. Effect of age on use of thrombolytic therapy and mortality in acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1991;18:657- 62.
17. ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türk Kardiyoloji Dern. Arş Suppl 1, 2008.
18. Allison T. Coronary Heart Disease Epidemiology. In: Murphy J, Lloyd M. editors. *Mayo Clinical Cardiology*. 2007;687-693.
19. Antman E, Braunwald E. ST-Elevation Myocardial Infarction: Pathology, Pathophysiology and Clinical Features. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Braunwald E editors. *Braunwald's Heart Disease*. Philadelphia 2008;1207-1232.
20. Frick M, Valle M, Harjola Ş.: Progression of coronary artery

disease in randomized medical and surgical patients over a 5 year angiographic follow-up. Am J Cardiol 1983, 52:681-85.

21. Onat A, Keleş I, Aksu H ve ark. Türk erişkinlerinde toplam ve kardiyak ölümlerin prevalansı:TEKHARF Çalışmasının 8 yıllık takip verileri. Türk Kardiyol Dern Arş 1999;27:8-14.

22. Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. In: Onat A. editor. TEKHARF İstanbul 2005;19-27.

23. Sans S, Ketsteloort H, Kromhout D, on behalf of the ESC Task Force on Cardiovascular mortality and morbidity Statistics in Europe: The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Eur Heart J 1997;18:1231-48.

24. Sir J, Chung W, Hwang S, Kang H, Cho Y, Koo B. et al. N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide As A Predictor of Repeat Coronary Revascularization. International Journal of Cardiology. 2007;1-11.

25. Uyar S. Kararlı Göğüs Ağrılı Olgularda, Efor ile Değişen Plazma Beyin Natriüretik Peptid Düzeyleri ile Anjiyografik Koroner Arter Hastalığı Arasındaki İlişki. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.

26. Onat A, Albayrak S, Karabulut A, Ayhan E, Kaya Z, Küçükdemir Z et al. TEKHARF 2006 Taramasında Ölüm ve Koroner Olaylar: Kadınlarda Mortalitede Azalma Koroner Kalp Hastalığı Genel Prevelansında Artma. Türk Kardiyoloji Dern. Arş. 2007;35: 149-153.

27. Feigl E. Coronary physiology. Physiol Rev 1983;63:1-205.

28. Buja L, Allisre H: Coronary Artery Disease, in Cardiovascular Medicine (edited by JT Willerson, JN Cohn) Churchill Livingston 1995 page 316-333.

29. Thadani U, Olson E, Hamilton S. Pathophysiology of myocardial ischemia. Boston: Little Brown;1992;1-36.

30. Kleiman N. Silent Myocardial Ischemia, in Cardiovascular Medicine (edited by JT Willerson, JN Cohn) Churchill Livingston 1995 page 366-398.

31. Neitzel G, Barboriak J, Pintar K, Qureshi I. Atherosclerosis in aortocoronary bypass grafts. Morphologic study and risk factor analysis 6 to 12 years after surgery. Arteriosclerosis 1986; 6:594-600

- 32.** Campeau L, Enjalbert M, Lespe´rance J, Bourassa M, Kwiterovich P Jr, Wacholder S, Sniderman A. The relation of risk factors to the development of atherosclerosis in saphenous-vein bypass grafts and the progression of disease in the native circulation. A study 10 years after aortocoronary bypass surgery. *N Engl J Med* 1984; 311:1329–1332.
- 33.** Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. *Asimetrik Parelel Kitabevi*,2006;s:3-29.
- 34.** Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.2003;13(2):78-87.
- 35.** Ito C. The role of brain histamine in acute and cronic stress. *Biomedicine & Phamacothreapy*, 2000;54(5):263-267.
- 36.** Gabbard G. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. *Comprehesive textbook of psychiatry*.7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins,2000;s:1464-1476.
- 37.** Berksun O. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi. *Psikiyatri net.* (www.psikiyatri.net). Erişim tarihi: 25/06/2011
- 38.** Schneiner F, Johson J, Hornig C, Liebowitz M, Weisman M. Social fobia:comorbity and morbity in a epidemiological sample.*Archives of General Psychiaty*,1992;49:282-288.
- 39.** Davitson J, Hughes D, George L, Blazer D. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 1993;23:709-718.
- 40.** Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri*,2000;ek 2 s:3-21
- 41.** Le Deux J. Fear and the brainwhere have we been and where are going? *Biological Psyhiatry*,1998;44:1229-1238.
- 42.** Stein Dj, Hollander E.*Textbook of Anxiety Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2002.
- 43.** Işık E.*Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul Golden, Golden Print, 2006;s:26-31.
- 44.** Ebert M, Loosen P, Nurcombe B.*Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Güneş Kitabevi, 2003. s:331-332.
- 45.** Kaplan H, Sadock B. *Synapsis of Psychiatry*. 7 th ed, Williams and Wilkins, Baltimore,1995;s:516-555

46. Aslan S, Yüksel N. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. Türkiye Klinikleri J İnt. Med Sci. 2006;2(12):68-80.
47. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsıvar Ş, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi, 2006;7:129-134.
48. Çevik A, Volkan V. Depresyonun psikosomatik etyolojisi. Depresyon Monograşı Serisi 3. 1993;s:109-122.
49. Karasu T. Towart a clinical model of psychotherapy for depression. An integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry, 1990;147:269-78.
50. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Çeviri, 4 th ed. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
51. Blazer D. Mood Disorders: Epidemyology, İn Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams and Wilkins, Baltimore 1995.
52. Küey L, Güleç Ç. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monograşı Serisi/Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
53. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbacılık. Ankara, 2003;s:20-32.
54. Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. Depresyon Monograşı Serisi 3/ Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993;s:25,135-152.
55. Kaplan H, Sadock B. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 2th ed, New York, New York University Medical Center press, William and Wilkins, 1995;s:97-112.
56. Çığırıkçı E. Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı. Bakırköy Dr. Sami Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
57. Örsel S. Depresyonda tedavi: genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiyatri, 2004;Ek 4:17-24.
58. Durat G. Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon risklerinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Doktora Tezi, 2003.

- 59.** Koh KB. Anger and somatization. *J Psychosom Res* 2003; 55:113.
- 60.** Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2001; 2:36-42.
- 61.** Lumley MA, Torosian T, Ketterer MW, Pickard SD. Psychosocial factors related to noncardiac chest pain during treadmill exercise. *Psychosomatics* 1997; 38:230-238.
- 62.** Cohen – Cole SA, Harpe C: Diagnostic assesment of depression in the medically ill. In *Principles of Medical Psychiatry*. Edited by Stoudemine A. Fogel BS. Grunne and Stratton, Inc. 1989.
- 63.** Pignalberi C, Ricci R, Santini M. Psychological stress and sudden death. *Ital Heart J* 2002; 3: 1011-21.
- 64.** Piccirillo G, Viola E, Bucca C, Santagada E, Raganato P, Tondo A, et al. QT interval dispersion and autonimic modulation in subjects with anxiety. *J Lab Clin Med* 1999; 133: 461-8.
- 65.** Alber CM, Chee CU, Rexroda KM, Mason JE, Kawachi I; Phobic anxiety and risc of coronary heart disease and sudden cardiac death among women; *Circulation*; 2005 Feb 1; 111(4) 480-7.
- 66.** Shehan DV. Current concepts in psychiatry: panic attacks and phobias. *N Engl J Med*. 1982;307:156-158.
- 67.** Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men I Kawachi, GA Colditz, A Ascherio, EB Rimm, E Giovannucci, MJ Stampfer and WC Willett *Circulation* 1994;89;1992-1997.
- 68.** Balcioglu 1999 Balcioglu I. Depresyonun Etyopatogenezi. I. Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
- 69.** Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990; 24:323-334.
- 70.** Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:108-114
- 71.** Spinhoven P, Van Der Does AJ. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: an explorative study. *Compr Psychiatry* 1997; 38:93-97.

- 72.** Spitzer ve ark. 1995, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995;274:1511-7.
- 73.** Gaynes ve ark. 2002 Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:799-806.
- 74.** Hays ve ark. 1995 Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:11-9.
- 75.** Wells ve ark. 1989 Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-9.
- 76.** Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003;290:215-21.
- 77.** Spertus ve ark. 2000 Spertus JA, McDonnell M, Woodman CL, Fihn SD. Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2000;140:105-10.
- 78.** Stein PK, Carney RM, Freedland KE, et al. Severe depression is associated with markedly reduced heart rate variability in patients with stable coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2000a;48:493-500.
- 79.** Izawa ve ark. 2004 Izawa K, Hirano Y, Yamada S, et al. Improvement in physiological outcomes and health-related quality of life following cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction. *Circ J* 2004;68:315-20.
- 80.** Gehi ve ark. 2005 Gehi A, Haas D, Pipkin S, et al. Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2005;165:2508–13.
- 81.** DiMatteo 2004 DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA* 2004;17:18-21.
- 82.** Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1261-8. 2.
- 83.** Ariyo AA, Haan M Tangen CM, et al. Depressive symptoms and

risk of coronary heart disease and mortality at elderly Americans. *Circulation* 2000; 102: 1773-9.

84. Carney RM, Freedland KE, Rich MW, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. *Ann Behavior Med* 1995;17: 142-9.

85. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. Sertralin treatment for major depression with myocardial infarction or unstable angina. *J Am Med Assoc* 2002; 288:701-9

86. Malzberg B. Mortality among patients with melancholia. *Am J Psychiatry* 1937;93:1231-8.

87. Tsuang ve ark. 1980 Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Premature deaths in schizophrenia and affective disorders: an analysis of survival curves and variables affecting the shortened survival. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:979-83.

88. Norton ve Whalley 1984, Norton B, Whalley EJ. Mortality of a lithium-treated population. *Br J Psychiatry* 1984;145:277- 82.

89. Rabins ve ark. 1985, Rabins PV, Harvis K, Koven S. High fatality rates of late-life depression associated with cardiovascular disease. *J Affect Disord* 1985;9:165-7.

90. Vestergaard ve Aargaard 1991, Vestergaard P, Aargaard J. Five-year mortality in lithium treated manic depressive patients. *J Affect Disord* 1991;21:33-38.

91. Sharma ve Marker 1994 Sharma R, Marker HR. Mortality rates and affective disorders. *J Affect Disord* 1994;31:91-96.

92. Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, et al. Affective disorders and mortality: a general population study. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:473 80.

93. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, Neil A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2000;62:212-9.

94. Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Affects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2000;49:229-38.

- 95.** Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med* 2001b;63:221-30.
- 96.** The ENRICHD Investigators, 2003 The ENRICHD Investigators. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003;289:3106-16.
- 97.** Freedland ve ark. 1992, Freedland KE, Lustman PJ, Carney RM, et al. Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: The role of nonspecific symptoms. *Int J Psychiatry Med* 1992;22: 221-9.
- 98.** Taylor ve ark. 1996, Taylor CB, Miller NH, Smith PM. Prevention of depression and anxiety in patients with cardiovascular disease. *J Prev Interv Community* 1996;13: 53-69.
- 99.** Strik ve ark. 2001a, Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001a;25:879-92.
- 100.** Bush ve ark. 2005, Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, et al. Post-myocardial infarction depression. *Evid Rep Technol Assess* 2005;123:1-8.
- 101.** Balcioglu ve Savrun 2005 Balcioglu İ, Savrun M. Stres ve Hormonlar. İ. Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. Sempozyum Dizisi No: 47. Aralık 2005; s.97-110.
- 102.** Parissis JT, Fountoulaki K, Filippatos G, et al. Depression in coronary artery disease: Novel pathophysiologic mechanisms and therapeutic implications. *International Journal of Cardiology* 2007;116:153-60.
- 103.** Kramer JR, Matsuda Y, Mulligan JC: Progression of coronary atherosclerosis. *Circulation* 1981, 63:519-26.
- 104.** Moise A, Lesperance J, Theroux P: Clinical and angiographic predictors of new total coronary occlusion in coronary artery disease. Analysis of 313 on-operated patients. *Am J Cardiol* 1984,54:1176-81.
- 105.** Loop F: Progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 1984,311:851-3.
- 106.** Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatry Scand* 1983;67:361-370.

107. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997;8:280-287

108. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Koruma ve Tedavi Kılavuzu 2002. Türk Kardiyoloji Derneği web sayfasından ulaşılabilir. URL:<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm> Erişim tarihi: 15/06/2011

109. Third Report of National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III) final report. Circulation 2002; 106: 3143-3421.

110. Albert MA, Glynn RJ, Buring J, et al. Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events. Circulation 2006;114:2619-26.

111. Alter DA, Iron K, Austin PC, Naylor CD; SESAMI Study Group. Influence of education and income on atherogenic risk factor profiles among patients hospitalized with acute myocardial infarction. Can J Cardiol 2004;20:1219-28.

112. Kuper H, Adami HO, Theorell T, et al. Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle-aged women: a prospective study in Sweden. Am J Epidemiol 2006;164:349-57.

113. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. J Epidemiol Community Health 2006;60:351-6.

114. Brecht ve ark. 1994 Brecht ML, Dracup K, Moser DK, et al. The relationship of marital quality and psychosocial adjustment to heart disease. J Cardiovasc Nurs 1994;9:74-85.

115. Schmaltz HN, Southern D, Ghali WA, et al. Living alone, patient sex and mortality after acute myocardial infarction. J Gen Intern Med 2007;22:572-8.

116. O'Shea JC, Wilcox RG, Skene AM, et al. Comparison of outcomes of patients with myocardial infarction when living alone versus those not living alone. Am J Cardiol 2002;90:1374-7

117. Braunwald E, Zipes DP, Libby P (Editors). Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th edition. W. B. Saunders Company,

Philadelphia, Pennsylvania, 2001.

118. Gyarfás I, Keltai M, Salim Y. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries in a case-control study based on the INTERHEART study. *Orv Hetil* 2006;147:675-86.

119. Banasiak W, Pociupany R, Wilkins A, et al. Characteristics of patients with coronary artery disease managed on an outpatient basis in the population of Poland. Results of the multicentre RECENT trial. *Kardiol Pol* 2007;65:132-42.

120. Ruzyłło W, Ponikowski P, Wilkins A; Polish Angina Treatment Pattern Programme Investigators. Clinical characteristics and methods of treatment of patients with stable coronary heart disease in the primary care settings--the results of the Polish, Multicentre Angina Treatment Pattern (ATP) study. *Int J Clin Pract* 2004;58:1127-33.

121. Löwel H, Meisinger C. Epidemiology and demographic evolution exemplified for cardiovascular diseases in Germany. *Med Klin (Munich)* 2006;101:804-11.

122. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003;54:227-40.

123. Pahkala K, Kesti E, Kongas- Savario P. Ve ark, Prevalence of Depression in an aged Population in Finland, *Soc Psychiatr.Epidemiology* 1995;30:99-106.

124. Prince MJ, Harwood RH, Deeg DJH., Depression Symptoms in Late Life Assesed Using the EURO-D Scale: Effect on Age,Gender and Marital Status in 14 European Centers, *British Journal of Psychiatry* 1999;174: 339-345.

125. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA ve ark. Social Support Deficits, Loneliness and Life Events as Risk factors for Depression in Old Age. The Gospel Oak Project VI, *Psychological Medicine* 1997;27:323-332.

126. Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH,et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study, Amsterdam. *Int J Geriatr.*

127. Regier ve ark. 1988 Regier DA, Boyd JH, Rae DS, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.

128. Goldsten MG; intensive care unit syndromes. In principles of

medical psychiatry. Edited by Stoudemine A, Fogel BS, Grunne and Stratton, Inc. 1992.

129. Stotland NL, Garrick TR; Manual of Psychiatric Consultation American Psychiatric Press Inc. Washington DC, 1990.

130. Cassem NH, Hackett TP: Psychological aspects of myocardial infarction. In Wise TN, Reading A (Eds), The medical Clinics Of North America. Volume 61, Number 4, July 1977, Symposium On Psychiatry in Internal Medicine W.B Saunders Company.

131. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, et al. Smoking-associated factors in myocardial infarction and unstable angina: do gender differences exist? *Addict Behav* 2007;32:1295-301.

132. Levenson JCO. Cardiovascular disease. In Principles of Medical Psychiatry. Edited by Stoudemine A, Fogel BS. Grunne and Stratton, Inc. 1994.

133. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986;27:335-337.

134. Fabrega H Jr. The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine. *Psychosom Med* 1990; 52:653-672.

135. Fogel BS, Martin C: Personality disorders in the medical setting. In Principle of Medical Psychiatry. Edited by Stoudemine, Fogel BS. Grunne and Stratton, Inc. 1991.

136. Anda RF, Williamson DF. et al. (1990). Depression and the dynamics of smoking: a national perspective, *J.A.M.M.*, 264: 1541-1545.

137. İhsan İşkesen, Funda Yıldırım, Hayrettin Şirin Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass'ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi çalışması (2006) , *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2007;15(4):275-280.

138. Kouchoukos NT, Blackstone EH, Doty DB, Hanley Ş, Karp RB, editors. Postoperative care. In: Kirklin/Barratt-Boyes cardiac surgery. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003. p. 221-5

139. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8 (suppl. 1) :21-5.

140. Brawman- Mintzer O, Lydiard RB. Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl. 7):3-8.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Heart Association
AKS	Akut Koroner Sendrom
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
BDÖ	Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği
DL	Dislipidemi
DM	Diyabet
DSM –IV	Diagnostik And Statistical Manuel Of Mental Disorders, 4. Edition
HADÖ	Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği
HPA	Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
HT	Hipertansiyon
KAG	Koroner Anjiyografi
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KİOGA	Kalp İle İlişkili Olmayan Göğüs Ağrısı
KVO	Kardiyovasküler Olay
MI	Miyokard İnfarktüsü
SNRI	Serotonerjik Noradrenerjik Gerialım İnhibitörleri
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
SSRI	Selektif Serotonin Re-Uptake İnhibitörleri
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Ve Risk Faktörleri
TSA	Trisiklik Antidepresanlar

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	Sayfa No
Şekil 1 (TEKHARF verilerine göre lkemizde KAH sayısı, yıllık koroner olay ve ölümleri gösteren Őema)	15
Şekil 2 (TEKHARF verilerine göre 2005/06 KAH yaş dağılımı)	15

TABLolar DİZİNİ

TABLolar	Sayfa No
Tablo 1 (Ateroskleroz için risk faktörleri)	16
Tablo 2 (Anksiyete bozukluklarında ayırıcı tanı)	20
Tablo 3 (Major Depresif Epizod için DSM-IV Tanı Ölçütleri)	26
Tablo 4 (Koroner Anjiyografi Endikasyonları)	35
Tablo 5 (Çalışmaya katılan hastaların temel özelliklerine göre dağılımı)	39
Tablo 6 (Hastaların temel özellikleri ile anksiyete ortalama puanlarının karşılaştırılması)	40
Tablo 7 (Hastaların temel özellikleri ile depresyon ortalama puanlarının karşılaştırılması)	41
Tablo 8 (Revaskülarizasyon gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek/iş ve çalışma durumu açısından karşılaştırılması)	42
Tablo 9 (Revaskülarizasyon gruplarının ekonomik durum, sigara, MI öyküsü ve girişim türü açısından karşılaştırılması)	43
Tablo 10 (Revaskülarizasyon grupları arasında HADÖ'e göre	44

depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması)

Tablo 11 (HADÖ'e göre revaskülarizasyon grupları arasında anksiyete ve depresyon yaygınlığının karşılaştırılması) 44

Tablo 12 (Revaskülarizasyon negatif grupta hasta özellikleri ile anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması) 45

Tablo 13 (Revaskülarizasyon pozitif grupta hasta özellikleri ile anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması) 46

Tablo 14 (Revaskülarizasyon negatif grupta hasta özellikleri ile depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması) 47

Tablo 15 (Revaskülarizasyon pozitif grupta hasta özellikleri ile depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması) 48

Tablo 16 (Stentli ve by-pass'lı hastaların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması) 49

Tablo 17 (Stentli hastalarda revaskülarizasyon grupları arasında HADÖ'e göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması) 49

Tablo 18 (By-pass'lı hastalarda revaskülarizasyon grupları arasında HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması) 50

Tablo 19 (Stentli ve by-pass'lı hastaların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon yaygınlığının karşılaştırılması) 50

EK-1

GÖRÜŞME FORMU

Olgu No :

Görüşme Tarihi :

Adı – Soyadı :

Yaşı:

Cinsiyet

1- Erkek 2-Kadın

Eğitim Durumu

1-Eğitimsiz 2-Okuryazar 3- İlkokul 4-Ortaokul 5-lise 6-Üniversite ve Üstü

Medeni Durumu

1-Evli 2-Bekar 3-Dul-Boşanmış

Mesleği/İşi

1-Memur 2-İşçi 3-Serbest 4-Emekli 5-Ev hanımı 6-Diğer

Çalışma Durumu

1-Çalışmıyor 2-Çalışıyor

Kişinin Kendisine Göre Ekonomik Durumu

1-Kötü 2-Orta 3-İyi 4-Çok iyi

Sigara Kullanımı

1-Hiç kullanmamış 2-Halen Sigara Kullanıyor 3-içmiş ve sigara kullanmayı bırakmış

Geçirilmiş Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

1-Yok 2-Var (belirtiniz)

Geçirilmiş Miyokard İnfarktüsü *

1-Yok 2- Var (belirtiniz)

Yapılan Kontrol KAG Sayısı

Eşlik Eden Tıbbi Hastalıklar

1-Diyabet 2-Hipertansiyon 3-Dislipidemi 4-kalpyetmezliği 5-Diğer

Kullandığı İlaçlar

- 1- Asetil salisilik asit
 - 2- Nitrat
 - 3- Beta bloker
 - 4- Kalsiyum kanal blokeri
 - 5- Klopidoğrel
 - 6- ACE inh. veya ARB
- * Ekg , laboratuvar veya anjiyografik olarak belgelenmiş.

EK 2

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Olgu No:

Tarih :

Bu anketi sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden seçeneğin yanına herhangi bir işaret koyunuz . Yanıtınız için çok düşünmeyin , aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1-Kendimi gergin, patlayacak gibi hissediyorum .

- Hiçbir zaman
- Zaman zaman , bazen
- Bir çok zaman
- Çoğu zaman

2- Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3- Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Hayır , hiç öyle değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

4- Gülebiliyorum ve olayların komik yanını görebiliyorum

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5- Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Yalnızca bazen
- Zaman zaman , ama çok sık değil
- Birçok zaman
- Çoğu zaman

6- Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Bazen
- Sık değil
- Hiçbir zaman

7- Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle
Genellikle
Sık değil
Hiçbir zaman

8- Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hiçbir zaman
Bazen
Çok sık
Hemen hemen her zaman

9-Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman
Bazen
Oldukça sık
Çok sık

10- Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum
Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
Gerektiği kadar özen göstermiyorum
Kesinlikle

11- Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Hiç değil
Çok fazla değil
Oldukça fazla
Gerçekten de çok fazla

12- Olacakları zevkle bekliyorum .

Her zaman olduğu kadar
Her zamankinden biraz daha az
Her zamankinden kesinlikle daha az
Hemen hemen hiç

13- Aniden panik duygusuna kapılıyorum .

Hiçbir zaman
Çok sık değil
Oldukça sık
Gerçekten de çok sık

14- İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla
Bazen
Pek sık değil
Çok seyrek

