

**Akut Miyokard İnfarktüs Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu****Belirtileri***Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Patients with acute myocardial infarction***Murat Semiz<sup>1</sup>, Fatma Erdem<sup>2</sup>, Alim Erdem<sup>2</sup>, Taha Can Tuman<sup>3</sup>, Meral Oran Demir<sup>1</sup>, Nefise Kayka<sup>3</sup>, Osman Yıldırım<sup>3</sup>**<sup>1</sup> Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Tokat<sup>2</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Bolu<sup>3</sup> Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Bolu**Özet**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı akut miyokard infarktüs (AMI) geçiren hastalarda depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerini araştırmaktır. Çalışmamızda ruhsal belirtilerin klinik bulgular ile ilişkisi de incelenmiştir.

**Yöntem:** Bu çalışmaya AMİ geçirdikten bir ay sonra kardiyoloji polikliniğine kontrol amaçlı gelen 50 hasta alınmıştır. Hastalara sosyodemografik form, Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Sivil Sürümü) (PTSB-CL) ölçekleri doldurtulmuştur. AMİ sonrası TSSB belirtilerine yol açabilecek bedensel, fiziksel veya ruhsal olay yaşayan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

**Bulgular:** Hastaların anksiyete ölçeğinin ortalama puanı  $8.7 \pm 4.3$  olarak bulundu. Anksiyete ölçeğinin kesme puanına göre değerlendirme yapıldığında; hastaların % 26'sının anksiyete bozukluğu olabileceği gösterildi. Depresyon ölçeğinin ortalama puanı  $7.2 \pm 3.6$  idi ve ölçeğin kesme puanına göre hastaların % 36'sında (n=18) depresif bozukluk olabileceği saptandı. PCL-C ölçeğinin ortalama puanı  $22.1 \pm 5.1$  idi. Hastaların % 24'ü PCL-C ölçeğine göre kesme puanının üzerinde bir değerdedi ve bu hastalarda TSSB olasılığı düşünüldü.

**Sonuç:** Bu çalışmada AMİ geçiren hastalarda yüksek oranda TSSB belirtileri saptanmıştır. Hastanede yatış süresi ve taburculuk sonrası anjina şikayetleri TSSB belirtileri ile ilişkili bulunmuştur. AMİ geçiren hastalarda depresif bulguların yanı sıra TSSB belirtilerine de dikkat edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** PTSB, AMI, Anksiyete.

**Abstract**

**Objective:** The aim of this study is investigate depression, anxiety and post traumatic stres disorder (PTSD) symptoms in patients with acute myocardial infarction (AMI). In our study psychiatric symptoms was also examined in relation with clinical findings.

**Method:** In this study 50 patients who came to the cardiology policlinic after spending a month after AMI were taken. Sociodemographic form, Hospital Anxiety-Depression (HAD) and Post Traumatic Stress Disorder Checklist (Civilian Version) (PTSD-CL) were asked to complete questionnaires. After AMI patients who experiencing physical or mental events can lead PTSD symptoms were excluded from the study.

**Results:** The average score of the patients anxiety scale was  $8.7 \pm 4.3$ . Anxiety scale, when evaluated according to the cut-off point, 26% of patients were shown to be of the anxiety disorder. Depression scale, the average score was  $7.2 \pm 3.6$  and according to the cut off point scale depressive disorder could be detected. in 36% of patients (n = 18). PCL-C scale, the average score was  $22.1 \pm 5.1$ . 24% of patients had a value above according to the cut-off scores on the PCL-C scale and the possibility of PTSD was considered in these patients.

**Conclusion:** In this study, AMI patients were identified with high rates of PTSD symptoms. The duration of hospitalization and angina symptoms after discharge were associated with symptoms of PTSD. In AMI patients PTSD symptoms as well as depressive symptoms must be considered.

**Keywords:** PTSD, AMI, Anxiety.

**Giriş**

Kardiyovasküler hastalıklar özellikle son on yıl içinde tüm dünyada en başta gelen ölüm nedenleri arasındadır. Kardiyovasküler hastalıklar içerisinde ise koroner kalp hastalıkları en ön sırada bulunmaktadır. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, sigara, obezite, sedanter yaşam tarzı ve stres başlıca risk etmenleridir. Koroner kalp hastalığı yaygınlığının Amerika'da 65 yaş üstü bireylerde %19.8, 45-64 yaş arası bireylerde ise %7.1 olduğu bildirilmektedir (1).

Kalp hastalıkları özellikle akut miyokard infarktüsü (AMI), psikiyatrik komplikasyonların en sık görüldüğü fiziksel hastalıklardan biri olarak görülmektedir (2). Depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar arasında bir ilişkinin varlığı çok önceden beri bilinmekle birlikte bu ilişkinin incelendiği 1993 yılında Freasure-Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MI sonrası depresyon sıklığının % 50 olduğu ve bu hastaların % 20'sinin majör depresyonda olduğu bulunmuştur (3). AMİ nedeniyle hastanede yatmakta olan hastalarda ve



koroner arter cerrahisi öncesi dönemde ciddi KAH'ı bulunan hastalarda major depresyon yaygınlığının yüksek seyrettiğine (%9 ila %17) işaret etmektedir (4). Literatürde AMI sonrası anksiyetenin yaygınlığının değerlendirildiği araştırmalarda anksiyetenin AMI sonrası yaygın (yaklaşık %10-80 aralığında) görüldüğü bildirilmiştir (5). AMI sonrası erken dönemde anksiyete düzeylerinin % 44 olarak bildirildiği bir çalışmada, anksiyetenin hem fiziksel hem de psikososyal anlamda iyileşme açısından olumsuz etkilerine vurgu yapılmıştır (6).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ani gelişen ve baş edilemeyen travmatik bir olayın, yoğun korku, çaresizlik ve dehşet duygusu uyandıracak şekilde yeniden yaşantılanması ve travmaya dair uyarılardan kaçınılmasını içeren bir bozukluktur. Bu şikayetler travmatik olay sonrası 2 gün ile 4 hafta arasındaki dönemde oluşursa Akut stres bozukluğu (ASB), dört haftadan uzun sürer ise TSSB tanısı konulur (7). Kişi gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümle veya ağır yaralanma ile karşı karşıya kalmıştır. Ezici ya da basıcı karakterde şiddetli bir göğüs ağrısı AMİ'nin en sık görülen belirtisidir. Bu ağrı boyuna, çeneye, sol omuz ve kola yayılabilir. Ağrıya sıklıkla terleme ve yoğun bir anksiyete eşlik eder. Bazı hastalarda malign

ventriküler aritmiler, kalp yetmezliği ve sok tablosu gelişir. Bazen de AMİ senkop ve ani ölüm şeklinde görülebilir (8). Hastada gelişen bu yoğun ölüm korkusu ve AMİ ile ilgili bilinen ölümcül risk nedeniyle hastaların travmatize olduğu düşünülmektedir (9-11).

Moser ve Dracup (12), AMİ sonrası dönemde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda erken dönem kardiyak komplikasyon riskinin, anksiyete düzeyi düşük olan hastalara kıyasla 4.9 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Strik ve arkadaşları (13), AM geçiren hastalarda depresyon ve anksiyetenin kardiyak prognoz üzerindeki karşılaştırmalı etkilerini araştırmışlar; anksiyetenin kardiyak ölüm ve tekrarlayan ancak ölümcül olmayan AM için bağımsız bir prediktör olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çalışmanın amacı AMİ geçiren hastalarda TSSB belirtilerinin araştırılmasıdır. TSSB belirtilerinin klinik bulgular ile ilişkisinin de incelenmesi planlanmıştır. Yaygın görüldüğü düşünülen travma belirtilerinin saptanmasının AMİ sonrası hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

**Tablo 1:** Örneklem sosyodemografik özellikleri.

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	42	84
Kadın	8	16
Medeni Durum		
Bekar	4	8
Evli	34	68
Boşanmış-Dul	12	24
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	7	14
İlkokul	22	44
Ortaokul	10	20
Lise	8	16
Üniversite/Y.O.	3	6
Sigara Kullanımı		
Evet	27	54
Hayır	23	46
Alkol Alımı		
Evet	4	8
Hayır	46	92



**Tablo 2:** Örneklem klinik özellikleri.

		Sayı	%
<b>Diabetes Mellitus</b>	Var	9	18
	Yok	41	82
<b>Hipertansiyon</b>	Var	15	30
	Yok	35	70
<b>Miyokard İnfarktüs Alt Tipi</b>	Unstabil Anjina	9	18
	ST Miyokarda infarktüs	37	74
	Non-ST Miyokard İnfarktüs	4	8
<b>Miyokard İnfarktüs Öyküsü</b>	Var	11	22
	Yok	39	78
<b>Taburculuk Sonrası Anjina Şikayeti</b>	Var	16	32
	Yok	34	68

## Materyal ve Metod

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Tokat Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji polikliniğine AMİ'den en az bir ay sonra muayeneye gelen ayaktan hastalar arasından çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterlerine uygun olan ve bu tür bir araştırmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş olur formunu imzalayan 50 hasta seçilmiştir. 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 forma kaydedilmiştir. Hastalara, Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD) ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Sivil Sürümü) (PCL-C) ölçeği doldurtulmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak; en az bir ay önce AMİ geçirmiş olmasına, AMİ geçirdiğinden çalışmaya alındığı döneme kadar ki süreçte bilinen başka bir hastalık veya ruhsal travma geçirmemiş olmasına, halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olmamasına, önceden bilinen mental retardasyon, organik beyin sendromu/delirium, demansiyel sendromlar ve psikotik bozukluklar gibi sonuçları etkileyebilecek hastalıkların olmamasına dikkat edildi.

## Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Olguların sosyodemografik verilerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş soru formudur. Çalışmaya katılan 50 kişiye uygulanmıştır. Katılımcılar sosyodemografik olarak eğitim, iş, medeni hal açısından incelenmiştir.

**Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği (HAD):** HAD 1983 yılında Zigmond ve Snaith (14) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (15) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçek bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara uygulanmaktadır. Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Yorumlama; Türkiye de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 11, depresyon alt ölçeği için ise 8 bulunmuştur.

**Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (Sivil Sürümü) (PCL-C):** DSM-IV'teki 17 TSSB tanı kriterininin 14'ünün doğrudan sorulduğu, 17 maddelik, 4 noktalı Likert tipi bir ölçektir.



Kesme puanı 24 olarak alınmıştır. Dobbie ve arkadaşları (16) tarafından geliştirilen ölçek, Kocabaşoğlu ve arkadaşları (17) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

### İstatistiksel Değerlendirme

İstatistik analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 14.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde 2x2 ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi, ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik değişkenler için iki farkın önemlilik testi, non-parametrik değişkenler için ise Man Whitney-U testi uygulanmıştır. Veriler sayı ve yüzde şeklinde belirtilip p değeri 0.05 olarak alınmıştır.

### Bulgular

Çalışmaya 42'si erkek 8'i kadın ( E: % 84, K: % 16 ) toplam 50 hasta katılmıştır. Hastaların ortalama yaşı 54.2±7.8 olarak hesaplandı. Çalışma örnekleminin % 44'ü ilköğretim, % 20 'si ortaokul mezunuydu. Yirmi yedi ( %54 ) hasta sigara, dört (%8) hasta alkol içtiğini bildirdi (Hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir).

Özgeçmişinde dokuz (%18) hastada Diabetes Mellitus (DM), 15 (%30) hastada hipertansiyon (HT) tanısı vardı. On bir hasta (%22) daha önce Mİ geçirdiğini bildirdi. AMİ tipi açısından 37 (%74) hastaya ST Mİ tanısı konuldu. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 6.1±3.5 gün olarak hesaplandı. Mİ sonrası müdahale açısından değerlendirildiğinde; 15 (%30) hastaya trombolitik tedavi verildi. Taburculuk sonrası 16 (%32) hastada anjina şikayeti bildirdi. Örneklemin klinik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Hastaların anksiyete ölçeğinin ortalama puanı 8.7±4.3 olarak bulundu. Anksiyete ölçeğinin kesme puanına göre değerlendirme yapıldığında; hastaların % 26'sının anksiyete bozukluğu olabileceği düşünüldü. Depresyon ölçeğinin ortalama puanı 7.2±3.6 idi ve ölçeğin kesme puanına göre hastaların % 36'sında (n=18) depresif bozukluk olabileceği saptandı. PCL-C ölçeğinin ortalama puanı 22.1±5.1 idi. Hastaların % 24'ü PCL-C ölçeğine göre kesme

puanının üzerinde bir değerdedi ve bu hastalarda TSSB olasılığı düşünüldü.

Hastalar PCL-C ölçeğinden kesme puanına göre iki gruba ayrıldı. Olası TSSB'nin hastaların klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirildi. Hastanede yatış süresi ile taburculuk sonrası anjinanın istatistiksel açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı. TSSB düşünülen hastalarda hastanede yatış süresi 9.4±3.9 gün olarak bulundu. PCL-C ölçeğinde kesme puanının altındaki grupta ise ortalama hastanede yatış süresi 4.7±2.4 olarak hesaplandı. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( Z=3.2, p=0.001). Travma ölçeğinde kesme puanının üzerindeki hastaların 10'u ( % 62.5 ) taburculuk sonrası anjina şikayeti bildirirken, diğer grupta ise 6'sı (%37.5) taburculuk sonrası anjinadan yakınmaktaydı. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (x<sup>2</sup>=19.12, p=0.001). Olası TSSB grubunun ortalama depresyon puanı 10.4±2.8, ortalama anksiyete puanı ise 14.8±1.9 bulundu. PCL-C ölçeğinde kesme puanının üzerindeki hastaların ortalama anksiyete ve depresyon puanının, TSSB saptanmayan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu ( sırasıyla p<0.001, p<0.001). Travma ölçeğine göre sigara içenlerin % 34.8'inin, içmeyenlerin ise % 14.8'inin TSSB olabileceği düşünüldü. Sigara içenlerde TSSB oranı içmeyenlere göre daha yüksekti. Diğer klinik ve demografik özellikler ile PCL-C ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

### Tartışma

Bu çalışmada AMİ geçiren hastalarda depresyon, anksiyete ve TSSB belirtileri araştırılmıştır. TSSB ile klinik ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir. AMİ geçiren hastalarda yüksek oranda TSSB belirtileri saptanmıştır. Hastanede yatış süresinin, taburculuk sonrası anjina şikayeti varlığının ve sigara içme öyküsünün TSSB belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kalp hastalıkları ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki iki yönlü bir ilişki vardır. Kalp hastalıklarının oluşumu ve seyrinde psikososyal risk faktörlerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Emosyonel stres ile birlikte insanlarda kardiyak problemler gelişebilmekle



birlikte kardiyak hastalıklar sonrası psikiyatrik eş tanıların gelişebileceği günümüzde artık iyi bilinmektedir (18). AMİ kişinin hayatını sadece fiziksel olarak değil, birçok yönden etkileyebilir. Nefes darlığı, enerji azlığı, güçsüzlük, uyku problemleri gibi fiziksel sorunların yanı sıra üretkenliğin kaybına, hayat plânları ve amaçlarda değişikliklere, aile ve sosyal çevre ile ilişkilerde değişikliklere ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Bu ailesel ve sosyal sorunlar ruhsal bozuklukların gelişiminde rol almaktadır (19,20). AMİ sonrası ruhsal belirtilerin araştırıldığı bir çalışmada ortaya çıkan major depresyon yaygınlığının % 15 ila % 23 arasında değiştiğine; hastaların daha büyük bir oranında ise klinik açıdan önemli kabul edilebilecek düzeyde depresif bulgularının olduğu raporlanmıştır (21). 490 KAH'lı hasta ile yapılan bir çalışmada % 41.2'sinin akut koroner olay sonrası bir takım depresif belirtiler yaşadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Dias ve ark. (22), yaptığı çalışmada AMİ sonrası depresyon oranı % 41,6 olarak bildirilmiştir. Huffman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren hastaların %50'sine anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştur (23). Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde AMİ geçiren hastaların % 30'unun depresyon , % 24'ünün anksiyete açısından eşik değerin üzerinde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları ve önceki çalışmalardan elde edilen veriler AMİ sonrası hastalarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresif belirtilerin olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki birçok çalışma sonucunda kardiyoloji pratiğinde depresif bozukluğun önemi ve sonuçları ile ilgili yeterli veri ve bilincin oluştuğu düşünülmektedir (24). Daha çok doğal afet, savaş, fiziksel veya cinsel travma ile ilişkili durumlarda akla gelen TSSB'nin AMİ sonrası gelişebileceği, önemi, belirtileri ve sonuçları ile ilgili yeterli veriler bulunmamaktadır (25-27). TSSB hayatı tehdit eden beklenmedik bir şekilde oluşan herhangi bir olay sonrası gelişebilir. AMİ'nin ani gelişi ve bu durum ile ilgili hastada oluşan ölüm korkusu, Mİ ile ilgili bilinen hayati tehlike gerçeği ve sonrasında oluşabilecek ölümcül kardiyolojik yan etkilerin olma ihtimali, acil ve yoğun bakımdaki süreçler hastaları travmatize ettiği ve TSSB gelişiminde rol alabildiği

tartışılmaktadır (28-29). Mİ geçirmiş 430 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların % 3.5'inde TSSB tanısının bulunduğu gösterilmiştir (28). Başka bir çalışmada ise Mİ sonrası hastaların yaklaşık % 16'sına DSM-IV tanı kriterlerine göre TSSB tanısı konulmuş olup hastaların % 18'inde ise TSSB belirtilerinin olduğu raporlanmıştır (30). Akut koroner sendrom nedeniyle hastanede yatan 241 hasta ile yapılan bir çalışmada 43 hastada (%17.8) TSSB belirtilerinin olduğu saptanmıştır (31). Edmondson ve ark. yaptığı meta-analizde akut koroner sendrom sonrası hastaların ortalama % 12'sinde TSSB gelişmektedir (24). Çalışmamızda AMİ geçiren hastaların % 24'ünün travma ölçeğinden TSSB açısından eşik değerin üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir. Bulgularımız yayınlar ile uyumlu olarak Mİ geçiren hastalarda TSSB belirtilerinin yaygın görüldüğünü desteklemektedir. AMİ sonrası gelişen travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin mortaliteyi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (29-31). Akut koroner sendrom hastalarının incelendiği çalışmalardan yapılan bir derlemede hastalarda TSSB belirtilerinin yaygın olduğu ve TSSB belirtileri olan hastalarda kardiyak komplikasyonların daha sık görüldüğü sunulmuştur (24). Bu durumun TSSB'nin sempatik sistemi aktive etmesi ve/veya inflamasyonu artırması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (32,33). Çalışmamızın bulguları da hastanede yatış süresinin ve taburculuk sonrası anjina şikayetinin TSSB belirtilerinin yoğun olduğu hastalarda daha sık görüldüğünü saptamıştır. Mİ sonrası yapılan psikoeğitim ve rehabilitasyon programlarının sonucunda hastaların anjina, egzersiz intoleransı, stres ve ilaç uyumu gibi etkenler açısından olumlu iyileşmenin görülmesi bulgularımızı desteklemektedir (34,35).

Bu çalışmanın birinci kısıtlılığı hastaların uzun süreli takip edilmemesidir. Hastalardaki psikiyatrik bulguların sadece ölçekler ile değerlendirilmiş olması, tanıların yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler ile konulmaması çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Bu konuda yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeleri içeren; hastaların uzun dönem takip edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.



Sonuç olarak AMİ geçiren hastalarda depresyon ve anksiyete belirtileri yaygındır ve bu durumun önemi klinik pratik açısından iyi bilinmektedir fakat bu hastalarda Mİ sonrası gelişen TSSB belirtileri ile ilgi henüz yeterli veri yoktur. Bu çalışmanın bulguları, AMİ'nin hastalarda TSSB belirtilerine yol açtığını göstermiştir ve TSSB belirtilerinin yoğun olduğu hastalarda hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu ve taburculuk sonrası anjina şikayetinin sık görüldüğü bulunmuştur. Bulgularımız ve önceki çalışmalarda elde edilen veriler doğrultusunda kardiyoloji ve psikiyatri hekimleri açısından AMİ geçiren hastalarda depresif bulguların yanı sıra TSSB belirtilerine de dikkat edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

### Kaynaklar

1. Jing Fang M, Kate M. Shaw, MS, Nora L. Keenan, PhD. Prevalence of Coronary Heart Disease United States, 2006-2010. Div for Heart Disease and Stroke Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2011.
2. Shapiro PA. Cardiovascular disorders. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Yedinci baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, s.1797-1803.
3. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1993; 270: 1819-25.
4. Kivelä SL. How common are depressions and cardiovascular diseases in populations. In: Vascular Disease and Affective Disorders. Editors: Edmond Chiu, David Ames, Cornelius Catona. Martin Dunitz Ltd: London, UK, 2002.
5. Moser DK, Riegel B, McKinley S. Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction. Psychosom Med 2007;69:10-6.
6. De Jong MJ, Chung ML, Roser LP, Jensen LA. A five-country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs 2004;3:129-34.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press 2000; 429-85.
8. Braunwald E, Zipes DP, Libby P (Editors). Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 2001.
9. Lesneski L, Morton P. Delay in seeking treatment for acute myocardial infarction: why? J Emerg Nurs 2000;26:125-9.
10. Beach EK, Smith A, Luthringer L. Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. Appl Nurs Res. 1996;9:24-8.
11. Worrall-Carter L, Jones T, Driscoll A. The experiences and adjustments of women following their first acute myocardial infarction. Contemp Nurse 2005;19:211-21.
12. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? Psychosom Med 1996;58:395-401.
13. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R. 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.
- 14- Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.
- 15- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turkish Journal of Psychiatry 1997; 8: 280-287.
16. Dobbie DR, Kivlahan DR, Maynard C, Bush KR, McFall M, Epler AJ, Bradley KA. Screening for post-traumatic stress disorder in female veteran's affairs patients: Validation of the PTSD checklist. Gen Hosp Psychiatry 2002; 24:367-374.
17. Kocabaşoğlu N, Çorapçioğlu Özdemir A, Yargıç İ, Geyran P. Türkçe "PTSD Checklist – Civilian Version" (PCL-C) Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Yeni Symposium 2005;43: 126-134.
18. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, Blanc JJ, Blomstrom-Lundqvist C. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. Europace 2011; 13: 920934.
19. Badır A (2009) Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım içinde, Karadakovan A, Eti Aslan F, Editörler. İstanbul: Nobel Kitabevi, 559-560.
20. Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002) Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Semin Vasc Med;2:267 314.
21. Jiang W, Krishnan RR, O'Connor CM. Depression and heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implications. CNS Drugs 2002;16:111-27.
22. Dias CC, Mateus PS, Mateus C. Acute coronary syndrome and depression. Rev Port Cardiol. 2005a;24:507-16.
23. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Januzzi JL, Fricchione GL (2008) Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital



- cardiac complications after acute myocardial infarction. *J Psychosom Res*;65:557-63.
24. Edmondson D, Richardson S, Falzon L, Davidson KW, Mills MA, Neria Y. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PLoS One*. 2012;7(6):e38915.
25. Davidson J, Smith R (1990) Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trauma Stress* 3: 459–475.
26. Switzer GE, Dew MA, Thompson K, Goycoolea JM, Derricott T. (1999) Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stress* 12: 25–39.
27. Gander M-L, von Kanel R (2006) Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *Eur J Cardiovasc PrevRehabil* 13: 165–172.
28. Edmondson D, Shaffer JA, Denton EG, Shimbo D, Clemow L. Posttraumatic stress and myocardial infarction risk perceptions in hospitalized acute coronary syndrome patients. *Front Psychol*. 2012 May 14;3:144.
29. Edmondson D, Rieckmann N, Shaffer JA, Schwartz JE, Burg MM, Davidson KW, Clemow L, Shimbo D, Kronish IM. Posttraumatic stress due to an acute coronary syndrome increases risk of 42 month major adverse cardiac events and all-cause mortality. *J Psychiatr Res*. 2011 Dec;45(12):1621-6.
30. Ayers S, Copland C, Dunmore E.A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *Br J Health Psychol*. 2009 Sep;14(Pt 3):459-71.
31. Newman JD, Muntner P, Shimbo D, Davidson KW, Shaffer JA, Edmondson D. Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms predict delay to hospital in patients with acute coronary syndrome. *PLoS One*. 2011;6(11):e27640.
32. von Kanel R, Hepp U, Kraemer B, Traber R, Keel M, et al. (2007) Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res* 41: 744–752.
33. Kubzansky LD, Koenen KC (2009) Is posttraumatic stress disorder related to development of heart disease? An update. *Cleve Clin J Med* 76 Suppl 2: S60–65.
34. Payne TJ, Johnson CA, Penzien DB, Porzelius J. Chest pain self-management training for patients with coronary artery disease. *J Psychosom Res* 1994;38:409-18.
35. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012;3(3):105-115.

