

## Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ve etki eden faktörler

*Frequency of anxiety and depression, and affecting factors in inpatients in cardiology intensive care unit*

Ruhuşen Kutlu,<sup>1</sup> Derya Işıklar-Özberk,<sup>1</sup> Hasan Gök,<sup>2</sup> Nur Demirbaş<sup>1</sup>

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,

<sup>1</sup>Aile Hekimliği Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada Kardiyoloji Yoğun Bakım Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ile beraber etki eden faktörler değerlendirildi.

**Çalışma planı:** Bu kesitsel, analitik çalışmaya yatarak tedavi gören 245 hasta (148 erkek, 97 kadın; ort. yaş 63.5±13.8 yıl; dağılım 20-98 yıl) dahil edildi. Tüm hastalara sosyodemografik bilgi formu ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği uygulandı. Sigara bağımlılığı Fagerström nikotin bağımlılık testi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Halen sigara içmekte olan hastaların Fagerström bağımlılık puan ortalaması 5.6±1.9 (dağılım 1-10) ve %40'ı orta bağımlılık düzeyinde idi. Erkek hastaların %45.9'u ve %17.6'sı sırasıyla miyokard enfarktüsü ve instabil angina pectoris tanısı ile takip edilmekte idi. Kadın hastaların %30.9'u, %26.8'i ve %22.7'si sırasıyla aritmi, miyokard enfarktüsü ve kalp yetmezliği tanısı ile takip edilmekte idi. Hastaların %53.9'unda (n=132) ve %86.1'inde (n=211) sırasıyla anksiyete ve depresyon belirlendi. Yaş, ekonomik durum ve sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Anksiyete puanları evli hastalarda (11.6±4.3) evli olmayan hastalardan (9.8±3.7) anlamlı derecede daha yüksek idi (p=0.008). Sırasıyla anksiyete ve depresyon puanları çalışan bireylerde (11.6±4.2-10.0±4.0; p=0.013) (12.0±3.8-9.7±3.9; p<0.001), ilkökul ve altı eğitimlilerde (11.7±4.3-10.1±3.9; p=0.009) (12.2±3.9-9.8±3.7; p<0.001) ve kadın cinsiyette (12.1±4.6-10.6±3.8; p=0.005) (12.3±4.2-11.0±3.8; p=0.009) anlamlı derecede daha yüksek idi.

**Sonuç:** Anksiyete ve depresyon kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda sık karşılaşılan sorunlardır. Hastalar klinisyenler tarafından biyopsikososyal özellikler yönünden bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Depresyon düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin tespiti tedaviye uyumu kolaylaştırabilmekte, anksiyeteyi azaltabilmekte ve yaşam kalitesini artırabilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Kardiyoloji yoğun bakım ünitesi; sigara; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.

### ABSTRACT

**Background:** This study aims to evaluate the frequency of anxiety and depression, as well as affecting factors, in inpatients at the Cardiology Intensive Care Unit.

**Methods:** This cross-sectional, analytical study included 245 inpatients (148 males, 97 females; mean age 63.5±13.8 years; range 20 to 98 years). All patients were administered a socio-demographical data form and hospital anxiety and depression scale. Smoking dependence was evaluated with the Fagerstrom test for nicotine dependence.

**Results:** Of current smoker patients, the mean Fagerstrom dependence score was 5.6±1.9 (range 1 to 10) and 40% was in the middle level of dependency. Of male patients, 45.9% and 17.6% were followed-up with diagnoses of myocardial infarction and unstable angina pectoris, respectively. Of female patients; 30.9%, 26.8%, and 22.7% were followed-up with diagnoses of arrhythmia, myocardial infarction, and heart failure, respectively. Of the patients, 53.9% (n=132) and 86.1% (n=211) were found to have anxiety and depression, respectively. No significant relationship was detected between age, economic status, and smoking status and anxiety and depression scores (p>0.05). Anxiety scores in married patients (11.6±4.3) were significantly higher than those of not married patients (9.8±3.7) (p=0.008). Anxiety and depression scores were significantly higher in employed individuals (11.6±4.2 vs 10.0±4.0; p=0.013) (12.0±3.8 vs 9.7±3.9; p<0.001), primary school and lower educated individuals (11.7±4.3 vs 10.1±3.9; p=0.009) (12.2±3.9 vs 9.8±3.7; p<0.001), and female gender (12.1±4.6 vs 10.6±3.8; p=0.005) (12.3±4.2 vs 11.0±3.8; p=0.009), respectively.

**Conclusion:** Anxiety and depression are common problems seen in inpatients in cardiology intensive care unit. Patients should be assessed by clinicians holistically in terms of biopsychosocial aspects. Detection of depression levels and related factors may facilitate adherence to treatment, reduce anxiety, and improve quality of life.

**Keywords:** Cardiology intensive care unit; cigarette; Hospital Anxiety and Depression Scale.



Available online at  
www.tgkdc.dergisi.org  
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2016.13227  
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 07 Mart 2016 Kabul tarihi: 14 Nisan 2016

Yazışma adresi: Dr. Ruhuşen Kutlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 42080 Meram, Konya, Türkiye

Tel: 0332 - 223 66 01 e-posta: ruhuse@yahoo.com

Kronik hastalıklar içerisinde kalp ve damar hastalıkları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta, özellikle iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır.<sup>[1]</sup> Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin de gelişmesiyle doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi ve yaşlanmaya bağlı kronik hastalığı olan birey sayısı artmaktadır. Buna paralel olarak orta ve ileri yaş hastalığı olan kalp ve damar hastalıkları bireyin yaşam kalitesini ve emosyonel durumunu etkilemektedir.<sup>[2]</sup>

Hastalık hangi alanda yaşanırsa yaşansın bireyi biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileyen çok yönlü bir olgudur.<sup>[3]</sup> Hastalık türü ve hastanede kalma süresi gibi değişkenler yanında bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri, yaşanan emosyonel tepkilerde farklılık gösterse de yatan hastalarda en sık karşılaşılan sorunun anksiyete ve depresyon olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir.<sup>[4,5]</sup> Ağır ve tedavisi zor olan hastalıklarda bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır. Özellikle bu hastalarda gelişen anksiyete ve depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtı, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>[1-3,6,7]</sup>

Özellikle depresyon gibi psikolojik stresler kardiyovasküler hastalıklara zemin oluşturur. Olağandışı yoğun stresin tetiklediği sempatik hiperaktivite ve koroner vazospazmın akut miyokard enfarktüsü (MI)'ne neden olabileceği bildirilmiştir.<sup>[7-9]</sup> Majör depresyon ve kardiyovasküler hastalıkların birlikte bulunuşu, tesadüfün ötesinde birbirleri ile olan etkileşimden kaynaklanır. Özellikle akut MI sonrasındaki mortalitede depresyonun bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>[8-10]</sup>

Tüm dünyada en önemli erken ölüm nedenlerinden biri olan sigara, önlenbilir risk faktörleri arasında en başta gelmektedir. Sigara içenlerin yarısı sigaraya bağlı bir sağlık sorunu nedeniyle ölmektedir. Bunların başında da kardiyovasküler hastalıklar, inme ve kanserler yer almaktadır. Dünyada her yıl 5.4 milyon kişi sigaraya bağlı bir nedenle yaşamını yitirmektedir. Bu sayı her 6.5 saniyede bir kişinin ölmesi demektir. Ülkemizde de sigara içimi her yıl 110 bin dolayında kişinin yaşamını yitirmesine neden olmaktadır. Dünya genelinde tütün kullanımı, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere kıyasla, erkeklerde de kadınlara kıyasla daha yüksektir.<sup>[11]</sup>

Ülkemizde kardiyoloji yoğun bakımda yatan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığı ile bunların demografik değişkenler ve sigara ile ilişkisine ait yeterli

veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada Kardiyoloji Yoğun Bakım Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sigara içme durumunun değerlendirilmesi amaçlandı.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kesitsel tipteki bu analitik araştırma 01.04.2014 - 31.04.2014 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Kliniğinde yatarak tedavi olan hastalarda yapıldı. Daha önce yapılan çalışmalarda genellikle yatan hastalarda depresyon sıklığı %30<sup>[3]</sup> bulunduğundan  $n=t2.p.q/d2$  formülü kullanılarak en az 224 hastanın çalışmaya alınması planlandı. Bu serviste yatmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 245 hasta (148 erkek, 97 kadın; ort yaş  $63.5 \pm 13.8$  dağılım 20-98 yıl) çalışmaya dahil edildi ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanılarak anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi değerlendirildi.

Araştırmanın etik izni Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 25.02.2014 tarihinde 2014/610 sayı numarası ile alınmıştır.

Araştırmacılar arasında çalışma protokolü belirlendi. Kardiyoloji Kliniği Yoğun Bakım Ünitesi'nde herhangi bir nedenle yatmakta olan hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı. Anket doldurmak için yeterli entelektüel düzeyde olmayanlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ve hali hazırda psikiyatrik tedavi görmekte olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkeleri uyarınca gerçekleştirildi.

Veri toplama aracı olarak hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan form ile yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, ekonomik durum, sigara içme öyküsü, sosyal güvence durumu sorgulandı. Boy ve kiloları ölçülerek vücut kütle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacı ile Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği, sigara bağımlılık puanlamasında ve sınıflandırmasında ise Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeğinin<sup>[12]</sup> Türkçe sürümü kullanıldı.

Nikotin bağımlılığının ölçülmesi amacıyla ilk kez 1978'de Fagerström, kendi adı ile anılan Fagerström tolerans testini önermiştir. Bu test 1992'de Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström nikotin bağımlılık testi oluşturulmuştur. Ülkemizde Fagerström nikotin bağımlılık testi Uysal ve ark.<sup>[13]</sup> tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Fagerström nikotin

bağımlılık testi altı sorudan oluşmakta olup her soruya farklı puan verilmektedir. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir.<sup>[12,13]</sup>

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği 1983 yılında Zigmond ve Snaith<sup>[14]</sup> tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir<sup>[15]</sup> tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Ölçek hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçek bedensel hastalığı olan hastalara ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara uygulanmaktadır.

Ölçek toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) ise depresyonu ölçmektedir. Ölçek, dördümlük tipinde ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3,2,1,0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için; 2, 4, 6, 8, 10, 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda Hastane anksiyete depresyon skalası anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10/11, Hastane anksiyete depresyon skalası depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.<sup>[15]</sup>

### İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için PASW 18.0 versiyon yazılım programı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanıldı. Frekanslar, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri ve Odds ratioları hesaplandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında Students t testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığı (GA)’nda, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan 245 hastanın %78.3’ü evli (n=192), %39.2’si ev hanımı (n=96), %37.9’u emekli (n=93), %58.4’ü ilköğretim mezunu (n=143), %54.3’ü ekonomik durumu orta düzeyde (n=133), %97.1’i sosyal güvenceye sahip (n=238) idi. Hastaların vücut kütle indekslerine göre; 52’si (%21.2) normal kilolu, 117’si (%47.8) fazla

kilolu, 73’ü (%29.8) obez idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

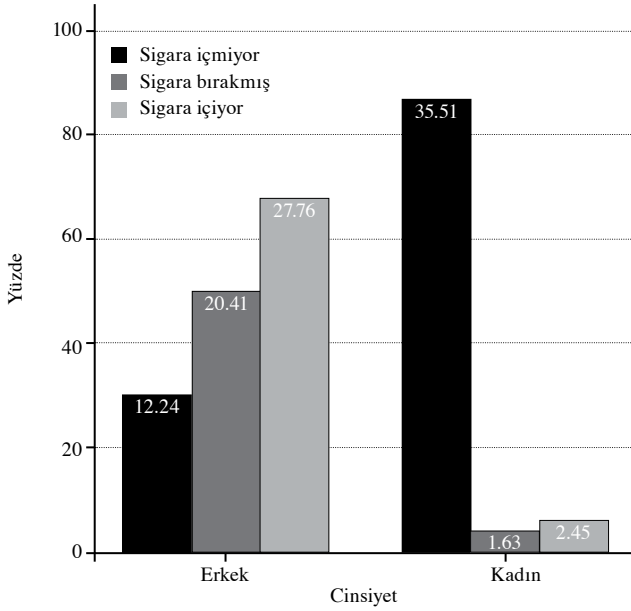
Normal kilolu olanların 37’si (%15.1) erkek, 15’i (%6.1) kadın, fazla kilolu olanların 82’si (%55.4) erkek, 35’i (%14.3) kadın, obez olanların ise 29’u (%11.8) erkek, 44’ü (%18) kadındı. Hastaların VKİ ve cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ( $p<0.001$ ). Çalışmamıza katılan hastaların %47.8’i hiç sigara içmemiş (n=117), %22.0’ı içiyormuş ama bırakmış (n=54), %30.2’si ise halen sigara içmekte (n=74) idi. Erkek hastaların %45.9’u (n=68), kadın hastaların ise %6.2’si (n=6) halen sigara içmekte idi (Şekil 1). Sigara içme durumu erkek cinsiyette kadın cinsiyete kıyasla 34.220 kat daha fazla idi [OR=34.220, %95 GA; (15.886-73.715)], bu değer istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı idi ( $p<0.001$ ).

Sigara içen hastaların %36.5’i (n=27) geçen yıl içinde sigarayı bırakmayı denemiş, %83.8’i (n=62)

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Yaş (yıl)			63.5±13.8
Cinsiyet			
Erkek	148	60.4	
Kadın	97	39.6	
Medeni durum			
Evli	192	78.3	
Bekar	9	3.7	
Dul	44	18.0	
Meslek			
Ev hanımı	96	39.2	
Memur	13	5.3	
İşçi	43	17.6	
Emekli	93	37.9	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar değil	30	12.2	
İlköğretim	143	58.4	
Orta-Lise	44	18.0	
Üniversite	28	11.4	
Ekonomik durum			
Çok iyi	8	3.3	
İyi	84	34.3	
Orta	133	54.2	
Kötü	20	8.2	
Sosyal güvence			
Var	238	97.1	
Yok	7	2.9	
VKİ* (kg/m <sup>2</sup> )			
18.5 ve altı (zayıf)	3	1.2	
18.5-24.99 arası (normal)	52	21.2	
25.0-29.99 arası (fazla kilolu)	117	47.8	
30.0 ve üstü (obez)	73	29.8	

Ort±SS: Ortalama ± standart sapma; VKİ: Vücut kütle indeksi.



Şekil 1. Cinsiyetlere göre sigara içme durumu.

önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmak isterken, %81.1'i (n=60) önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmak istemekte idi. Halen sigara içenlere Fagerström nikotin bağımlılık testi uygulandı. Bağımlılık puan ortalaması  $5.6 \pm 1.9$  (min=1 ve maks=10) olup, %40.0'ı orta bağımlılık düzeyinde idi. Fagerström bağımlılık puanı ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların tanılarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tanılar MI, kalp yetmezliği, hipertansiyon, instabil angina pectoris (UAP), aritmi, pulmoner emboli şeklinde sınıflandırıldı. Araştırmaya katılan erkek hastaların %45.9'u MI, %17.6'sı UAP tanısı ile yatmakta iken, kadın hastaların %30.9'u aritmi, %26.8'i MI, %22.7'si kalp yetmezliği tanıları ile yatmakta idi. Cinsiyet ile tanılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.001$ ).

Hastalık tanıları ile sigara içme durumları karşılaştırıldığında, sigara içen hastaların %45.3'ü MI, %21.1'i UAP nedeniyle yatmakta, sigara içmeyenlerin ise %30.8'i aritmi, %30.8'i ise MI nedeniyle yatmakta idi. Hastalık tanıları ve sigara içme durumu arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p < 0.001$ ) (Tablo 3). Miyokard enfarktüsü ve UAP tanısı alma oranı diğer tanılara kıyasla sigara içen bireylerde sigara içmeyenlerden 1.831 kez daha fazla idi [OR=1.831, %95 GA; (1.399-2.397)] ve bu değer istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı idi ( $p < 0.001$ ).

Çalışmaya katılan hastalara yapılan HAD ölçeği anketine göre, katılımcıların anksiyete puanı ortalaması  $11.2 \pm 4.2$ , depresyon puanı ortalaması  $11.5 \pm 4.0$  puan olarak bulundu. Hastaların %53.9'unda anksiyete (n=132), %86.1'inde depresyon (n=211) tespit edildi. Hastaların anksiyete ve depresyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ( $p < 0.001$ ). Anksiyetesi olan hastalarda depresyon görülme sıklığı anksiyetesi olmayanlara göre 4.632 kat daha fazla idi [OR=4.632, %95 GA; (2.003-10.714)], bu değer istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı idi ( $p < 0.001$ ).

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik duruma göre HAD depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. Bu verilerine göre kadınlarda anksiyete ( $p < 0.001$ ) ve depresyon ( $p < 0.001$ ) puanının erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Yaş ile anksiyete ( $p = 0.148$ ) ve depresyon ( $p = 0.214$ ) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Anksiyete puanının evli olan hastalarda ( $p = 0.008$ ) evli olmayan hastalardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Çalışan hastalarda anksiyete ( $p = 0.013$ ) ve depresyon puanı ( $p < 0.001$ ) anlamlı derecede daha yüksek idi. Eğitim düzeyi ile anksiyete-depresyon varlığı karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ilkökul ve altı olanların anksiyete ( $p = 0.009$ ) ve depresyon ( $p < 0.001$ ) puanlarının ortaokul ve üstü olanlara kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı. Ekonomik durum ile anksiyete ( $p = 0.077$ )

Tablo 2. Cinsiyetlere göre tanılarının dağılımı

	Erkek (n=148)		Kadın (n=97)		Toplam (n=245)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Miyokard enfarktüsü	68	45.9	26	26.8	94	38.4	0.000
Kalp yetmezliği	20	13.5	22	22.7	42	17.1	
Hipertansiyon	6	4.1	10	10.3	16	6.5	
Unstabil angina pectoris	26	17.6	6	6.2	32	13.1	
Aritmi	26	17.6	30	30.9	56	22.9	
Pulmoner emboli	2	1.4	3	3.1	5	2.0	

**Tablo 3. Hastalık tanılarının sigara içme durumları ile karşılaştırılması**

	Sigara içmemiş		Sigara içmiş		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Miyokard enfarktüsü	36	30.8	58	45.3	0.001
Kalp yetmezliği	27	23.1	15	11.7	
Hipertansiyon	9	7.7	7	5.5	
Unstabil angina pektoris	5	4.3	27	21.1	
Aritmi	36	30.8	20	15.6	
Pulmoner emboli	4	3.4	1	0.8	

ve depresyon (p=0.488) puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda VKİ ile anksiyete varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde fazla kilolu ve obez olanlarda anksiyete anlamlı derecede daha yüksekti (p<0.001). Sigara içme durumu ve hastalık tanısı ile anksiyete varlığı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0.05). Anksiyete MI nedeniyle yatan hastalarda %37.9 sıklıkla en fazla görüldü (Tablo 5).

Vücut kütle indeksi ve sigara içme durumu ile depresyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0.05). Hastalık tanısı ile depresyon varlığı karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu

(p<0.001). Depresyon var olan hastaların en sık (%36.5) MI tanısıyla yatmakta olduğu tespit edildi (Tablo 6).

### TARTIŞMA

Kalp ve damar hastalıkları günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başta gelen mortalite ve morbidite nedenlerindedir.<sup>[1]</sup> Genç erişkinlerdeki koroner arter hastalığı ile ilişkili en önemli risk faktörü sigara içimidir. Framingham Kalp Çalışması'na katılan hasta grubundan 35-44 yaş arası sigara içen kişilerin koroner arter hastalığı için rölaf riskinin aynı yaş grubunda içmeyenlere kıyasla yaklaşık üç kat fazla olduğu gösterilmiştir.<sup>[16]</sup> Sigaraya devamlı maruz kalma ve bunun sonucunda oluşan sık katekolamin deşarjları endotel

**Tablo 4. Katılımcıların hastane anksiyete depresyon skalası anksiyete alt ölçeği ve hastane anksiyete depresyon skalası depresyon alt ölçeği puan ortalamalarına göre sosyodemografik özellikleri**

Parametreler	HAD-A			HAD-D		
	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	t	p
Cinsiyet						
Erkek	10.6±3.8	-2.809	0.005	11.0±3.8	-2.626	0.009
Kadın	12.1±4.6			12.3±4.2		
Yaş						
50 yaş altı	12.3±5.3	1.450	0.148	10.7±5.2	-1.247	0.214
50 yaş üstü	11.1±4.0			11.6±3.8		
Medeni durum						
Evli olanlar	11.6±4.3	2.693	0.008	11.6±3.9	0.337	0.736
Evli olmayanlar	9.8±3.7			11.4±4.5		
Meslek						
Çalışanlar	11.6±4.2	2.503	0.013	12.0±3.8	3.915	0.000
Çalışmayanlar	10.0±4.0			9.7±3.9		
Eğitim düzeyi						
İlkokul ve altı	11.7±4.3	2.636	0.009	12.2±3.9	4.431	0.000
Ortaokul ve üstü	10.1±3.9			9.8±3.7		
Ekonomik durum						
İyi	10.6±3.9	-1.777	0.077	11.3±4.0	-0.695	0.488
Kötü	11.6±4.4			11.7±4.0		

HAD-A: Hastane anksiyete depresyon skalası anksiyete alt ölçeği; HAD-D: Hastane anksiyete depresyon skalası depresyon alt ölçeği; Ort±SS: Ortalama ± standart sapma.

**Tablo 5. Anksiyete var olan ve olmayanlarda bazı parametrelerin karşılaştırılması**

	HAD-A $\geq 11$ puan		HAD-A $< 11$ puan		$\chi^2$	p
	Anksiyete var		Anksiyete yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Vücut kütle indeksi						
Zayıf	0	0.0	3	2.7	16.555	0.001
Normal	18	13.6	34	30.1		
Fazla kilolu	65	49.2	52	46.0		
Obez	49	37.1	24	21.2		
Sigara içme durumu						
İçiyor	38	28.8	36	31.9	2.662	0.264
Bırakmış	25	18.9	29	25.7		
Hiç içmemiş	69	52.3	48	42.5		
Hastalık tanıları						
Miyokard enfarktüsü	50	37.9	44	38.9	7.482	0.187
Kalp yetmezliği	16	12.1	26	23.0		
Hipertansiyon	9	6.8	7	6.2		
Unstabil angina pectoris	21	15.9	11	9.7		
Aritmi	34	25.8	22	19.5		
Pulmoner emboli	2	1.5	3	2.7		

HAD-A: Hastane anksiyete depresyon skalası anksiyete alt ölçeği.

disfonksiyonuna ve vasküler intimal hasara yol açmaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların %47.8'i hiç sigara içmemiş (n=117), %22'si içmiş ama bırakmış (n=54), %30.2'si ise halen sigara içmekte idi (n=74). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kutlu ve ark.nın<sup>[17]</sup> göğüs cerra-

hisi servisinde yatan 170 hastada yaptıkları çalışmada da sigara içme sıklığı %27.1 olarak tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahip olan kronik kalp hastalıklarında daha fazla ölümcül olay olması ve erken ölümlerin daha sık gözlenmesi

**Tablo 6. Depresyon var olan ve olmayanlarda bazı parametrelerin karşılaştırılması**

	HAD-D $\geq 8$ puan		HAD-D $< 8$ puan		$\chi^2$	p
	Depresyon var		Depresyon yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Vücut kütle indeksi						
Zayıf	2	0.9	1	2.9	1.160	0.763
Normal	44	20.9	8	23.5		
Fazla kilolu	102	48.3	15	44.1		
Obez	63	29.9	10	29.4		
Sigara içme durumu						
İçiyor	62	29.4	12	35.3	2.452	0.293
Bırakmış	50	23.7	4	11.8		
Hiç içmemiş	99	46.9	18	52.9		
Hastalık tanıları						
Miyokard enfarktüsü	77	36.5	17	50.0	17.883	0.001
Kalp yetmezliği	30	14.2	12	35.3		
Hipertansiyon	14	6.6	2	5.9		
Unstabil angina pectoris	31	14.7	1	2.9		
Aritmi	54	25.6	2	5.9		
Pulmoner emboli	5	2.4	0	0.0		

HAD-D: Hastane anksiyete depresyon skalası depresyon alt ölçeği.

nedeniyle anksiyete ve depresyon görülme sıklığı fazladır.<sup>[19]</sup>

Yoğun bakımda yatan hastalarda MI, anjina pektoris, aritmi ve kalp yetmezliği gibi kardiyak nedenler takip gerektirme ihtimali en yüksek olan dahili sorunlar olurken, yaşamın tehdit altında olması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, hareket kısıtlılığı, yatağa bağımlı olma, uyku düzeninin bozulması, aile bireyleri ve yakınlarını görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, sık tekrarlanan ağrılı manipülasyonlar, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi faktörler psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.<sup>[15,17]</sup>

Çalışmamıza katılan hastalarda, Aydemir ve ark.nın<sup>[10]</sup> göğüs ve kardiyoloji kliniklerinde yatan hastalarda yaptıkları çalışma ile benzer şekilde anksiyete oranı %53.5, depresyon oranı %75 bulundu. Bunevicius ve ark.nın<sup>[3]</sup> kalp ve solunum sorunu olan 503 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %19'unda anksiyete, %19'unda depresyon geliştiği saptanmıştır. Kelleci ve ark.nın<sup>[18]</sup> bizim hasta sayımıza benzer sayıda (n=247) hasta ile HAD ölçeği kullanılarak bazı tanı gruplarına göre genel kliniklerde yatan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %38.1'inin depresyon, %18.6'sının anksiyete açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Kutlu ve ark.nın<sup>[17]</sup> 2015 yılında göğüs cerrahisi servisinde yatan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %47.6'sında depresyon tespit edilmiştir. Araştırmamızda daha önce yapılan benzer çalışmalardan farklı olarak daha fazla sıklıkta depresyon varlığının tespit edilmiş olması konunun önemini göstermek açısından çok değerlidir.

Bu çalışmada yaş ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Beausang ve Syed<sup>[19]</sup> ile Kayahan ve Sertbaş'ın<sup>[5]</sup> yaptıkları çalışmada yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar saptanmıştır.<sup>[20,21]</sup>

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon puanının kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu literatür ile uyumlu bulundu.<sup>[10,20]</sup> Cinsiyetler arasında bu farklılığın en önemli nedeni, kadın ve erkeğin yaşamlarında üstlendiği sorumlulukların farklılığına bağlı olabilir.

Bu çalışmada anksiyete puanının evli olanlarda evli olmayanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Bu durum evli hastalarda hastalığının ölüm ile sonuçlanma olasılığı düşüncesi ve sorumlu olduğu ailesinden ayrı kalma endişesinden kaynaklanmış olabilir. Farklı olarak Yazıcı ve ark.nın<sup>[22]</sup> çalışmasında medeni durumun depresyon ve anksiyete puanları açısından fark oluşturmadığı bildirilmiştir.

Düzenli işi olmayan ya da emekli olup çalışmayan, gelir kaygısı içinde olan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığının yüksek saptanması beklenirken, araştırmamızda çalışan hastalarda anksiyete ve depresyon puanı anlamlı derecede daha yüksek idi. Ayrıca ekonomik durum ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Eğitim düzeyi ile anksiyete-depresyon varlığı karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ilkökul ve altı olanların ortaokul ve üstü olanlara kıyasla anksiyete ve depresyon puanları istatistiksel olarak daha yüksek idi. Yapılan çalışmaların birçoğu bu sonucu desteklemektedir.<sup>[5,10,20]</sup>

Anksiyete açısından sonuçlar incelendiğinde, MI nedeniyle yatan hastaların anksiyete düzeylerinin en fazla (%37.9) olduğu görüldü. Hastalık tanısı ile depresyon varlığı karşılaştırıldığında ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Depresyon var olan hastaların en sık (%36.5) MI tanısıyla yatmakta olduğu tespit edildi. Nitekim Özer ve ark.nın<sup>[23]</sup> MI geçiren 506 hastada yaptıkları çalışmada tüm hastalarda (%100) klinik olarak ciddi düzeyde anksiyete görüldü. Depresyon açısından, 45 hasta (%8.9) klinik olarak normal bulunurken, 289 hastada (%57.1) sınırda, 172 hastada (%34) ise ciddi düzeyde depresyon belirlendi.

Çalışmada hastalar ile tanı koydurucu psikiyatrik görüşmelerin yapılmamış olması ve tıbbi hastalıkların şiddetine bakılmamış olması çalışmanın kısıtlılığı olarak sayılabilir.

Sonuç olarak, kardiyoloji yoğun bakımda yatan hastalarda anksiyete ve depresyonun sık karşılaşılan bir sorun olduğu tespit edilmiş olup hastaların klinisyen tarafından biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Depresyon düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin tespiti bireylerin tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta, anksiyetelerini azaltabilmekte ve yaşam kalitelerini artırmaktadır.

Tüm sağlık ekibinin özellikle kardiyoloji yoğun bakımda yatan hastalara yönelik diyet, egzersiz, ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması gibi konularda uygun eğitim programları düzenlemesi önerilir. Bu eğitimlerin hastaların anksiyete ve depresyonlarının önlenmesi ya da erken tanı ve tedavilerinin sağlanmasında etkili olabileceğini düşünüyoruz.

#### **Teşekkür**

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde klinik imkanlarını sunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve çalışmaya destek veren tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

#### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

1. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-20. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr>.
2. Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011;1:107-13.
3. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety* 2007;24:455-60.
4. Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. In: C Güleç, E Köroğlu, editorler. *Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt II*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. s. 789-99.
5. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:52-61.
6. Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:1087-94.
7. Rao M. Depression in the medically ill. *Prim Psychiatry* 2008;15:44-50.
8. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:14.
9. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J* 2014;35:1365-72.
10. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu E, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Med J* 2015;5:199-203.
11. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınc O, Örsel O, Özcebe H ve ark. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. Ankara: Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (Nb. 796); 2010.
12. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1990;69:763-5.
13. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004;52:115-21.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
15. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
16. Kannel W, McGee D, Castelli W. Latest perspectives on cigarette smoking and cardiovascular disease: the Framingham Study. *J Card Rehabil* 1984;4:267-77.
17. Kutlu R, Demirbas N, Civi S, Can A. Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Tur J The Cardiovascular Surgery* 2015;23:524-31.
18. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2009;12:90-8.
19. Beausang P, Syed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* 1998;43:177-80.
20. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:271-85.
21. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:1542-9.
22. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem P, Buturak V ve ark. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyo demografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium* 2003;41:120-4.
23. Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37:557-62.