

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK HASTALIKLARI OLAN KİŞİLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE  
DÜZEYLERİ İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ETKİLEŞİMİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**HATİCE ARICI**

**GAZİANTEP – 2018**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK HASTALIKLARI OLAN KİŞİLERİN DEPRESYON VE ANKSİYETE  
DÜZEYLERİ İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ETKİLEŞİMİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**HATİCE ARICI**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. HANNA NİTA SCHERLER**

**GAZİANTEP – 2018**

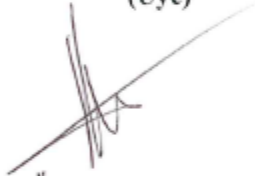
**KABUL VE ONAY**

Hatice ARICI tarafından hazırlanan "Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Nedenleri ile Kişilik Özellikleri" Etütisini başlıklı bu çalışma 30.07.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Bengi SEMERCI  
(Başkan)



Prof. Dr. Hanna Nita SCHERLER  
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Alev YALCINKAYA  
(Üye)



**Onay**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum. ..../...../.....

.....  
**Enstitü Müdürü**

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kişilik Özellikleri Etkileşimi**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım. 01/07/2018

İmza

Hatice ARICI

## ÖNSÖZ

Bu çalışmada, kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimi incelenmiştir. Çalışmanın planlamasında ve uygulanmasında birçok kişinin desteği olmuştur.

Yüksek lisans eğitimi sürecimde ve tez dönemimde anlayışlı, samimi ve destekleyici tutumuyla bana rehberlik eden, kıymetli hocam, Ferhat Jak İçöz'e, bilgi ve deneyimleriyle tez sürecimin her aşamasında yol gösteren ve bana her konuda destek olan tez danışmanım Prof. Dr. Hanna Nita Scherler'e teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında maddi manevi yanımda olduklarını gösteren, her daim kendime inanmam gerektiği düşüncesi ve azmiyle beni yetiştiren, en zorlu dönemlerimde bile yılmamam gerektiğini söyleyip cesaret veren ve stresli dönemlerime duyarlılıkla yaklaşan canım annem, babam, abim, sevgili eşi ve eşimin değerli ailesine en içten teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte daha iyi ve rahat hissetmem için maddi manevi elinden geleni yapan ve sonsuz sevgisini hissettiren sevgili eşim Sefa ARICI'ya ve hayatıma getirdiği tarifsiz duygu ve güzellikler için oğlum Alp Aslan'a teşekkürlerimi sunarım.

Lisans eğitimimde tanıdığım ve o günden bu yana hayatımın her önemli anında yanımda olup sevgi ve şefkatle beni dinleyen ve bilimsel anlamda her yardıma ihtiyacım olduğunda samimiyetle beni destekleyen canım dostum Müge ÖZVAROL'a teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimim boyunca zorlu yolculukları ve stresli dönemleri daha kolay atlattımları sağladıkları ve her daim hayatıma neşe getirdikleri için sevgili yüksek lisans arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca bana anlayışla yaklaşip yardımcı olmaya çalışan değerli iş arkadaşlarıma, araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan, ölçeklerimin uygulanmasında desteklerini esirgemeyen aile üyelerime, arkadaşlarıma ve çalışmaya destek veren bütün katılımcılara teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

Gaziantep, 2018

Hatice ARICI

## ÖZET

Bu araştırmada, kronik hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Kronik hastalık olarak hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından en az birisi için tanı almış olan kişiler araştırmada yer almıştır. Katılımcılara Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca, Sosyodemografik Bilgi Formu ile kişilerin bazı demografik bilgileri toplanmıştır. Ölçekler, 119 kadın ve 80 erkek olmak üzere toplam 199 katılımcıya uygulanmıştır. Verilerin analizi sonucu elde edilen bulgulara göre; Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri arasında bir etkileşimin varlığından söz edilebilir. Diğer önemli bir sonuç, birden fazla kronik hastalık sahibi olanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin tek bir hastalığı olanlardan anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Bunların yanında, kişilerin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu ve sosyoekonomik düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, depresyon, anksiyete, afektif sinirbilim, kişilik

## ABSTRACT

In this study, the relationship between personality characteristics and depression and anxiety levels of people diagnosed with chronic disease were investigated. Participants completed the following questionnaires: Personal Information Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Affective Neuroscience Personality Scale. Also, demographic information about the participants has been collected by Personal Information Form. 119 women and 80 men, diagnosed with at least one of the following chronic diseases of high blood pressure, diabetes mellitus, and coronary artery diseases were participated in the study. The results showed correlations of personality characteristics with depression and anxiety levels. Furthermore, people who are diagnosed with more than one chronic disease showed significantly higher levels of depression and anxiety. Further analyses demonstrated significant relationships for gender, education level, marital status and socioeconomic status to depression and anxiety.

**Keywords:** Chronic disease, depression, anxiety, affective neuroscience, personality

## İÇİNDEKİLER

|   |     |
|---|-----|
| ÖNSÖZ.....  | i   |
| ÖZET .....  | ii  |
| ABSTRACT .....  | iii |
| İÇİNDEKİLER.....  | iv  |
| TABLolar LİSTESİ.....   | vii |
| KISALTMALAR LİSTESİ .....   | ix  |
| BİRİNCİ BÖLÜM.....  | 1   |
| GİRİŞ.....  | 1   |
| İKİNCİ BÖLÜM .....  | 3   |
| KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR.....                                   | 3   |
| 2.1.Kronik Hastalık .....   | 3   |
| 2.1.1. Hipertansiyon .....  | 4   |
| 2.1.2. Diyabet .....  | 5   |
| 2.1.3. Koroner Arter Hastalıkları.....  | 7   |
| 2.1.4. Kronik Hastalıkların Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi .....               | 8   |
| 2.2.Depresyon.....  | 10  |
| 2.2.1. Depresyon Tanımı .....   | 10  |
| 2.2.2. Kronik Hastalıkların Depresyon ile İlişkisi.....                       | 12  |
| 2.3.Anksiyete.....  | 15  |
| 2.3.1. Anksiyete Bozukluğu Tanımı.....  | 15  |
| 2.4.Kişilik .....   | 19  |
| 2.4.1. Kişilik Özellikleri Kuramları .....                                    | 19  |
| 2.4.2. Afektif Sinirbilim .....   | 22  |
| 2.4.3. Kişilik Özellikleri İle Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İlişkisi..... | 24  |
| 2.5. Araştırmanın Amacı .....   | 26  |
| 2.6.Araştırmanın Sayıtları .....  | 27  |
| 2.7.Araştırmanın Sınırlılıkları .....   | 27  |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....  | 29  |
| YÖNTEM.....   | 29  |
| 3.1. Örnekleme.....   | 29  |



|   |           |
|---|-----------|
| 3.2. Veri Toplama Araçları.....   | 29        |
| 3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....  | 29        |
| 3.2.2. Beck Depresyon Envanteri .....   | 30        |
| 3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği .....  | 30        |
| 3.2.4. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği.....   | 31        |
| 3.3. İşlem.....   | 31        |
| 3.4. Verilerin Analizi.....   | 32        |
| <b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>BULGULAR VE YORUM .....</b>  | <b>33</b> |
| 4.1. Örnekleme Ait Sosyodemografik Bilgiler.....  | 33        |
| 4.2. Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....                               | 35        |
| 4.3. Kişilik Özelliklerinin Kronik Hastalıklardan Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....              | 36        |
| 4.4. Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Kronik Hastalıklardan Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılması ..... | 40        |
| 4.5. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Acile Başvurma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....     | 42        |
| 4.6. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....             | 44        |
| 4.7. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....              | 48        |
| 4.8. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....       | 52        |
| 4.9. Beck Depresyon Ölçeği Puanlarını Yordayan Faktörler.....   | 56        |
| 4.10. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarını Yordayan Faktörler .....   | 57        |
| <b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>TARTIŞMA .....</b>   | <b>58</b> |
| <b>ALTINCI BÖLÜM.....</b>   | <b>64</b> |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>  | <b>64</b> |
| 6.1. Sonuçlar.....  | 64        |
| 6.2. Öneriler.....  | 65        |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>   | <b>67</b> |
| <b>EKLER.....</b>   | <b>85</b> |
| <b>Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....</b>  | <b>85</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Ek 2. Sosyodemografik Form .....</b>             | <b>86</b> |
| <b>Ek 3. Beck Depresyon Envanteri-BDE.....</b>      | <b>88</b> |
| <b>Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği .....</b>            | <b>90</b> |
| <b>Ek 5. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği.....</b> | <b>91</b> |



## TABLULAR LİSTESİ

|  | Sayfa No. |
|--|-----------|
| <b>Tablo 1.</b> Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri .....   | 34        |
| <b>Tablo 2.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....                                    | 35        |
| <b>Tablo 3.</b> BDE ve BAE Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular .....                  | 37        |
| <b>Tablo 4.</b> BDE ve BAE Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 39        |
| <b>Tablo 5.</b> BDE ve BAE Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular .....                  | 41        |
| <b>Tablo 6.</b> BDE ve BAE Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..... | 41        |
| <b>Tablo 7.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Acile Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....                                | 43        |
| <b>Tablo 8.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular .....                              | 45        |
| <b>Tablo 9.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları .....            | 46        |
| <b>Tablo 10.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular .....                              | 49        |
| <b>Tablo 11.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt   |           |

|  |    |
|--|----|
| Boyutları Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....  | 50 |
| <b>Tablo 12.</b> Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, BeckAnksiyete Envanteri ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular..... | 53 |
| <b>Tablo 13.</b> Katılımcıların BDE, BAE ve Affektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....                        | 54 |
| <b>Tablo 14.</b> Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Yordayıcısı Olarak Afektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....  | 56 |
| <b>Tablo 15.</b> Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Yordayıcısı Olarak Afektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....   | 57 |

## KISALTMALAR LİSTESİ

|             |  |
|-------------|--|
| <b>KOAH</b> | : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  |
| <b>HT</b>   | : Hipertansiyon  |
| <b>DM</b>   | : Diabetes Mellitus  |
| <b>BDE</b>  | : Beck Depresyon Envanteri   |
| <b>BAÖ</b>  | : Beck Anksiyete Ölçeği  |
| <b>SPSS</b> | : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package For Social Sciences) |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz yüzyılda psikolojik durumların fizyolojik hastalıklara etkisi artık daha iyi bilinmektedir. Birçok fiziksel problemin, kişilerin duygu durumları ve düşünceleriyle ilişkilerini gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (Egede, 2007; Ferketich vd., 2000; Harter vd., 2003). Bu noktada, kronik hastalıklar süresi, etkisi, sosyal ve maddi maliyetleriyle incelenmesi en önemli olan hastalıklar arasında bulunmaktadır (Evans ve Charney, 2003; Murray ve Lopez, 1997).

Fiziksel hastalıklar ve psikiyatrik bozuklukların birlikteliği de uzun süredir dikkat çeken bir konudur. Özellikle kronik hastalıklarla depresyon ve anksiyete bozukluğu birliktelikleri oldukça sık gözlenmektedir (Gagnon ve Patten, 2002). Birçok çalışmada kronik hastalıkları olan kişilerde depresyon ve anksiyete bozuklukları görülme oranlarının arttığı belirtilmiştir (Goldney vd., 2004 ; Atasoy vd., 2013; Jonas vd., 1997; Gülseren vd., 2001).

Dünya çapında kronik hastalıkları olan kişi sayısı her yıl artmakta ve tedavileri için yapılan harcamalar dünya ekonomisi üzerinde yük olmaktadır (Egede, 2007). Dolayısıyla, bu hastalıkların tedavisinin daha etkin olabilmesi ve sağlık kaynaklarının daha verimli şekilde harcanabilmesi için kronik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozuklukların atlanmaması oldukça önemlidir (Yazıcı vd., 2003). Bu nedenle, çalışma kapsamında, en sık görülen kronik hastalıklar arasında bulunan hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından en az birisi için tanı almış olan kişilerin depresyon ve anksiyete belirtileri sorgulanmıştır. Bu şekilde, kronik hastalıklar ile depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkisini incelemek hedeflenmiştir.

Yukarıda da belirtildiği üzere, literatürde kronik hastalıklarda depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçen çok sayıda çalışma bulunurken (Goldney vd., 2004; Gagnon ve Patten, 2002; Atasoy vd., 2013; Jonas vd., 1997), üçüncü bir alt boyut olarak kişiliğin de eklenerek araştırıldığı yeterli düzeyde çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle, çalışmada, katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özelliklerinin etkileşiminin araştırılması da hedeflenmiştir. Bunun için, Panksepp (Panksepp'ten [1998] aktaran İçöz, 2012) tarafından bulunmuş ve arkaik beyinde yer alan duygudurum sistemlerine dayanan kişilik özellikleri incelenmiştir. Oyun, merak, sevgi, öfke, üzüntü, korku ve maneviyat olmak üzere yedi alt

grupta toplanmış olan kişilik özelliklerinin kişinin depresyon ya da anksiyete düzeyine göre farklılaşp farklılaşmadığı temelde merak edilen ve bu araştırmayı yönlendiren sorudur.

Bütün bunlara ek olarak, katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri bir takım sosyodemografik değişkenler açısından da incelenmiştir.

Bu doğrultuda aşağıdaki bölümlerde sırasıyla kronik hastalık, kronik hastalıklar ile ruhsal bozukluk ilişkisi, depresyon, anksiyete ve kronik hastalıklarla ilişkileri, kişilik özellikleri, afektif sinirbilim ve bu perspektiften depresyon ve anksiyete bozukluklarından bahsedilmiştir. Bu bölümde son olarak tezin amacı açıklanmıştır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

#### 2.1. Kronik Hastalık

Kronik hastalıklar uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ya da tam olarak tedavi edilemeyen, kişinin bedensel fonksiyon kapasitesini düşürerek sürekli tıbbi destek almasına neden olan ve gündelik hayatını kısıtlayabilen hastalık grubu olarak tanımlanır. Kalp hastalıkları, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik böbrek hastalığı, kronik hava yolu hastalıkları ve hipertansiyon bilinen başlıca kronik hastalıklardandır (World Health Organization, 2011).

Değişen ve gelişen dünyada kronik hastalıklar önde gelen sağlık problemlerinden birini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman geçtikçe bu tür hastalıklara sahip olanlar da artmaktadır (Bilir, 2006). Yaşam süresinin uzaması ve buna paralel olarak dünyadaki yaşlı nüfusunun çoğalmasıyla birlikte artan kronik hastalıklar, hem Dünya Sağlık Örgütü hem de Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak gösterilmektedir (TÜSİAD, 2012).

Kronik hastalıkların Avrupa'da görülme sıklığı oldukça fazladır. 15 yaş üzeri Avrupalı nüfusun %40'ında en az bir kronik hastalık görülürken, yaş arttıkça risk de artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre emeklilik yaşı gelen Avrupalıların üçte ikisinde en az iki kronik hastalık görülmektedir (Kanıta Dayalı Tıp Derneği, 2013). Bu bilgilere paralel olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu'nda (World Health Organization, 2011) 2008 yılında dünya genelinde gerçekleşen 57 milyon ölümün yaklaşık üçte ikisinin (36 milyon) kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Dahası, ne yazık ki, 2020 yılına gelindiğinde dünyadaki tüm ölümlerin %73'ünün kronik hastalıklardan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2014). Ülkemizde de ölüm nedenleri dağılımıyla ilgili istatistikler incelendiğinde dolaşım sistemi hastalıkları, kanser ve endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıklarının ilk beş neden arasında yer aldığı görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu hastalıklar sadece fiziksel yönden değil sosyolojik ve psikolojik açılardan da



kişinin sağlığını olumsuz etkiler (Durna, 2012). Bu nedenle kronik hastalıkları önleme çalışmaları günümüzde önem kazanmıştır.

Kronik hastalıklar, yukarıda da bahsedildiği gibi, birçok hastalığı barındıran geniş bir kavramdır. Bu noktada çalışmada kronik hastalıklar olarak, ülkemizde prevalans ve insidansında dikkat çekici artış yaşanması göz önünde bulundurularak kalp hastalıkları, diyabet ve hipertansiyon ele alınmıştır.

### **2.1.1. Hipertansiyon**

Hipertansiyon nedenleri açısından incelendiğinde psikolojinin dikkatini çeken bir konudur. Psikolojik etmenlerin hipertansiyon üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle tüm hipertansiyon olgularının %70-90'ını oluşturan primer (esansiyel) hipertansiyonun nedenleri arasında psikolojik faktörlerin olduğu belirtilmiştir (Harrel, 1980; Baycılı vd., 1991; Myers, 1998: 347).

Hipertansiyon (HT), sistolik kan basıncının  $\geq 140$  mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının  $\geq 90$  mmHg olması olarak tanımlanır (Şarlak ve Sağlam, 2016: 271). Sebebi tam olarak bilinmeyen ve psikolojik faktörlerle daha çok ilişkilendirilen primer (esansiyel) hipertansiyon dışında, olguların %10-30'unu oluşturan ve teşhis edilebilir bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan durum sekonder hipertansiyon olarak adlandırılır (Myers, 1998: 347). Hipertansiyon, sadece kan basıncı yüksekliğinden ibaret bir hastalık değil, kalp ve vasküler sistemde fonksiyonel ve yapısal değişikliğe yol açan kompleks ve ilerleyici bir sendromdur. Dünya genelinde sık görülen hipertansiyon, takip ve tedavisi yapılmadığı takdirde öncelikle kardiyovasküler sistemde olmak üzere ciddi komplikasyonlar geliştirebilen kronik bir hastalıktır (Aydoğan vd., 2012). Tansiyon arttıkça, yüksek kan basıncından kaynaklı koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler kazalar gibi her türlü sağlık problemi riski de artmaktadır. Bu noktada risk ve güvenliği ayıran kesin bir kan basıncı eşik değeri belirtilememektedir (Kumar vd., 2003: 325). Hipertansiyonun görülme sıklığı genel popülasyonda %30-45 ve yaşlılarda daha yüksektir (Şarlak ve Sağlam, 2016: 271). 2000 yılında dünya genelinde yetişkin nüfusa bakıldığında erkeklerin %26.6'ünde, kadınların %26.1'inde hipertansiyon tespit edilmişken, 2025 yılına gelindiğinde bu oranların erkeklerde %29, kadınlarda ise %29.5 olacağı öngörülmektedir (Alphan Tüfekçi, 2013: 418). Ülkemizde hipertansiyon ile ilgili çalışmalar 1960'lı yıllarda başlamıştır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından yürütülen Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent) bu konuda yapılan en

geniş çaplı araştırmalardandır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye’de hipertansiyon sıklığı kadınlarda %36.1 ve erkeklerde %27.5 olarak belirtilmiştir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2003).

Dünya çapında morbidite ve mortalite açısından bir risk faktörü olarak görülen hipertansiyon ve beraberinde görülen ruhsal bozukluklar gelişen dünyada hastalık yükü açısından önemli bir yere sahiptir (Grimsrud vd., 2009). Literatürde, ruhsal bozuklukları olan kişilerin çoğunluğunda en az bir kronik hastalık olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, birçok fiziksel hastalıkla ruhsal hastalıklar, özellikle de duygudurum bozuklukları, arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu belirten araştırmalar da bulunmaktadır (Jones vd., 2004; Wulsin vd., 2005). Özellikle hipertansiyon ile depresyon ve anksiyete bozukluğu birliktelikleri üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır (Aydoğan vd., 2012; Grimsrud vd., 2009; Scalco vd., 2005; Jonas vd., 1997; Baycılı vd., 1991). Örneğin, Baycılı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (1991), hipertansiyonu olan kişilerde depresyon ve anksiyete düzeyi hipertansiyonu olmayan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Güney Afrika’da gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise anksiyete veya depresyon tanısı olan kişilerde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı olmayan kişilere göre hipertansiyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Grimsrud vd., 2009). Bu çalışmalardan farklı olarak, yapılan bir araştırmada anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı alan katılımcılar ortalama 9 yıl boyunca hipertansiyon açısından izlenmişlerdir. Çalışma sonunda, anksiyete bozukluğu ve depresyonun hipertansiyon riskini arttırdığı belirlenmiştir (Jonas vd., 1997). Bu ve benzeri çalışmalar kronik hastalıklarda psikolojik faktörlerin yerini anlamak açısından önemlidir.

### **2.1.2. Diyabet**

Diyabet, kişiyi fiziksel yönden olduğu gibi, ruhsal, duygusal, psikoseksüel ve ilişkisel birçok sorunla baş etmek zorunda bırakan bir hastalıktır (Özkan, 1994: 398). Diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında, diyet kısıtlaması, yaşam tarzında değişiklikler, hipoglisemi, hiperglisemi gibi acil durum riskleri ve hastanın kendine günlük enjeksiyon uygulama gereksinimi gibi ihtiyaçlara neden olduğundan psikolojik olarak daha zorlu bir süreç olarak görülmektedir. Ayrıca, diyabetin sinir sistemi üzerinde metabolik ve biyokimyasal bir takım etkilerinin depresyon gibi ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabildiği görüşü mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

Diabetes mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozukluk nedeniyle ortaya çıkan, organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı kronik metabolik bir hastalıktır (Başaran, 2016: 235). Diğer bir deyişle, insülin eksikliği, insülin direnci veya bunların birlikteliğinden kaynaklı kandaki glukoz seviyesinin yükselmesine bağlı olarak gelişir ve ömür boyu sürer (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Tip1 ve Tip 2 olarak adlandırılan iki farklı DM tipi vardır. Tip 1 DM’de mutlak insülin noksanlığına sebep olan,  $\beta$ -hücre yıkımı mevcuttur. Genellikle 30 yaş öncesinde başlar. Hiperglisemi belirti ve bulguları aniden ortaya çıkar. Tip 2 DM’de insülin direnci zemininde, ilerleyici insülin sekresyon bozukluğu vardır. Çoğunlukla 30 yaşından sonra başlar (Başaran, 2016: 238). Bahsedilen iki farklı tip diyabette farklı mekanizmalar işlemesine rağmen, hastaların kan damarlarında, böbreklerinde, gözlerinde ve sinirlerinde oluşan diyabet kaynaklı tahribat her iki tipte de görülmektedir. Diyabetin neden olduğu bu komplikasyonlar diyabet morbidite ve mortalitesinin en büyük nedenleridir (Kumar vd., 2003: 105).

DM görülme sıklığı, ülkemizde ve tüm dünyada giderek artmaktadır (Başaran, 2016: 238). Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından yayınlanan 7. Diyabet Atlasına göre 2015 yılında dünyada 20-79 yaş aralığında bulunan 415 milyon yetişkin diyabet tanısı almıştır. Daha kötü olansa, eğer hiçbir önlem alınmazsa 2040 yılına gelindiğinde diyabetli yetişkin sayısının %55 artarak 642 milyona ulaşacağı öngörülmüştür (International Diabetes Federation, 2015). Ne yazık ki, Türkiye Avrupa’da diyabetin en sık görüldüğü ilk beş ülke içinde yer almaktadır (International Diabetes Federation, 2013). 2010 yılında gerçekleştirilen, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışmasına göre ülkemizde diyabet prevalansı 12 yılda %90 oranında artarak %13.7’ye ulaşmıştır (Satman vd., 2013).

Diyabet tanısı olan kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının genel toplumdakiya fazla olduğu bilinmektedir (Akkoyunlu, 2012). Bu birlikteliği ve nedenlerini araştıran dünyada ve ülkemizde çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir (Goldney vd., 2004; Korczak vd., 2011; Atasoy vd., 2013; Talbot ve Nouwen, 2000; Bahar vd., 2006). Yapılan bir meta-analizde kişide diyabet varlığının depresyon tanısı alma olasılığını ikiye katladığı gösterilmiştir (Anderson vd., 2001). Diğer taraftan, başka bir meta-analizdeyse depresyonda olan kişilerin tip 2 diyabet tanısı alma ihtimalinin depresyon tanısı almayan kişilerden %60 daha fazla olduğu söylenmektedir (Mezuk vd., 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da hem tip 1 hem de tip 2 diyabet tanısı almış kişiler araştırılmış, genellikle

tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntemleri kullanılmış ve genel olarak bu kişilerde depresyon ve anksiyete değerlerinin eşik üstü olduğu gösterilmiştir (Bahar vd., 2006; Gülseren vd., 2001; Atasoy vd., 2013). Sonuç olarak, diyabet ve ruhsal bozukluklar ilişkisinin yönü ile ilgili çalışma sonuçları tartışmalı olsa da aralarında önemli bir ilişki olduğu doğrulanmıştır (Akkoyunlu, 2012).

### **2.1.3.Koroner Arter Hastalıkları**

Kalp hastalıklarının ortaya çıkması ve gelişmesinde psikososyal risk faktörlerinin büyük etkisi olduğu yadsınmaz bir durumdur (Yazıcı ve Yazıcı, 2005). Günlük hayatta yaşanan şiddetli duygusal streslerin kişilerde koroner arter hastalıklarına sebep olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte koroner arter hastalığı tanısı alındıktan sonra da kişide bir takım psikiyatrik komplikasyonlar ortaya çıkabilir (Yetgin, 2010).

Koroner arter hastalığı, koroner arterlerin ilerleyici ateroskleroza sonucu meydana gelen farklı lümen darlıklarına bağlı olarak miyokardiskemisi ve onun komplikasyonları ile seyreden yaygın bir kardiyovasküler hastalıktır. Koroner arter hastalıkları tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. ABD ve Avrupa'da yaşanan ölümlerin yaklaşık %40'undan koroner arter hastalıkları sorumlu tutulmaktadır (Kilci ve Parlak, 2016: 552; Kumar vd., 2003: 362). Amerika Birleşik Devletleri'nde koroner arter hastalıklarından ölüm oranları 1920'lerden itibaren incelendiğinde, her yıl %1-2 arttığı ve 1960'lı yıllara gelindiğinde 100.000'de 300 kişiye ulaştığı görülmüştür. Dahası, 40 yaşındaki bir erkeğin 60 yaşına kadar koroner arter hastalığına yakalanma ihtimalinin %20 olduğu söylenmektedir (Alphan Tüfekçi, 2013: 480). Ülkemizde de ölüm nedenlerinin başında, ne yazık ki, koroner arter hastalıkları gelmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu araştırmalarına göre, 2015 yılında ölümlerin %40'undan dolaşım sistemi hastalıkları sorumlu tutulurken, dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin %60'ının da kalp hastalıklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Türkiye'nin kalp sağlığı ile ilgili en geniş çaplı araştırması olan TEKHARF sonuçları incelendiğinde de 1990 yılından itibaren kalp hastalıklarının toplumumuzda %6.4 arttığı, yani 200.000 yeni kalp hastası eklendiği görülmektedir (Onat ve Can, 2017).

Böylesine yaygın ve önemli bir hastalıkla ilgili araştırmalar uzun yıllardır yürütülmekte, psikiyatrik hastalıklarla çift yönlü ilişkisi de bilinmektedir (Yazıcı ve Yazıcı, 2005). Kalp hastalıkları ani ölüm riski ve ömür boyu hastalıklı olma düşüncelerini

beraberinde getirdiğinden kişilerde anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Diğer taraftan bakıldığında, kalp hastalıkları ve psikiyatrik bozuklukların bazı ortak belirtileri görülmektedir. Örneğin kişi kalp krizi geçirdiği sırada akut ve şiddetli bir anksiyete hisseder. Panik atak geçiren bir kişide ise çarpıntı, göğsünde sıkışma hissi, kalbinin duracağı korkusu oldukça şiddetlidir (Yetgin, 2010). Bu bilgileri doğrular şekilde, miyokard enfarktüsü geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların neredeyse tamamının anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur (Özer vd., 2009). Ayrıca, çok sayıda çalışma depresyon tanısı alan kişilerin koroner arter hastalıklarına yakalanma riskinin depresyon tanısı almayan kişilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (Brown vd., 2011; Ferketich vd., 2000; Ford vd., 1998; Surtees vd., 2008; Penninx vd., 2001). Bu konuda yapılan bir çalışma sonucuna göre, major depresyon tanısı alan kişilerde kalp krizi geçirme riskinin normal popülasyonun üç katı olduğu, yine major depresyon tanısı olanların herhangi bir kalp hastalığına yakalanma ihtimalinin normal popülasyonun iki katı olduğu söylenmiştir. Ayrıca, eşik altı depresyonun kalp krizi için yordayıcı bir durum olmasa da kronik hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Bremner vd., 2006). Surtees ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan çalışmanın sonuçları da diğer çalışmaları doğrular nitelikte olup, major depresyon tanısı alan kişilerin iskemik kalp hastalığı sonucu ölüm riskinin tanı almayan kişilere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da kalp krizi geçiren ya da koroner arter hastalık tanısı olan kişilerde depresyon ve anksiyete seviyelerinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Özer vd., 2009; Yetgin, 2010; Yıldırım vd., 2013).

#### **2.1.4.Kronik Hastalıkların Ruhsal Bozukluklarla İlişkisi**

Bedensel hastalıklar ve ruhsal bozuklukların birlikte görülmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu durum hem hastalıkların morbidite ve mortalitesini arttırması hem de sağlık giderlerini arttırarak ekonomik yükü çoğaltması nedeniyle dünya genelinde önemsenmekte ve araştırılmaktadır (Katon ve Ciechanowski, 2002; Egede, 2007).

Bedensel hastalıkların akut değil kronik olması, işlev kaybına neden olması ve stres kaynağı olarak görülmesi gibi etmenler nedeniyle hastalar psikiyatrik bozukluklara daha yatkın hale gelebilmektedirler (Ateşçi vd., 2000). Kronik hastalıklar kişide strese neden olabilir ve bazı psikolojik sorunları da beraberinde getirebilirler (Gençöz ve Astan, 2006). Bu nedenle, kronik hastalığı olan kişilerde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı artmaktadır (Afşar vd., 2012). Dahası, ruhsal hastalıkları olanlarda kronik bedensel hastalıkların görülme

oranları da normal popülasyona göre yüksek olarak değerlendirilmektedir (Jones vd., 2004; Lambert vd., 2003). Özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozukluğu kronik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar olarak öne çıkmaktadırlar (Wells vd., 1988). Bu noktada, kronik hastalıkları olan ya da psikiyatrik bir bozuklukla gelen hastalarda biyopsikososyal yaklaşımın önemi bir kez daha anlaşılmıştır (Ateşçi vd., 2000).

Bedensel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bir bozukluk olması kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini bozar, kişinin hastalığa uyum ve iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Genel olarak bedensel hastalık yaşantısının kişilerin ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği söylenebilir (Baktıroğlu, 2010). Bu nedenle, fiziksel hastalığı olan kişilerde psikiyatrik bozukluklar ya da ruhsal bozuklukları olanlarda bedensel hastalık varlığının tespit ve tedavisi oldukça önemlidir (Harter vd., 2003; Yazıcı vd., 2003).

Fiziksel bir hastalığa sahip kişinin kendi bedeni, kimliği ve yaşam amaçlarında, özgüveninde, çevre ile ilişkilerinde olumsuz değişiklikler gözlenebilir ve bunlara bağlı olarak depresyon gelişebilir. Yapılan çok sayıda çalışma da fiziksel hastalığa bağlı olarak kişilerde %12-36 oranında depresyon geliştiğini göstermektedir. Hastanın tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve tedaviye verdiği cevap fiziksel hastalığa eşlik eden depresyonun varlığından oldukça etkilenir. Bu noktada, depresyonun göz ardı edilmeden tedavisinin yapılması önemlidir (Mete, 2008; Özkan, 1994: 81).

Depresyonun kronik hastalıklarla birlikte gözlenmesi oldukça sık karşılaşılan bir durum olduğundan literatürde bu konuyla ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Evans ve Charney, 2003; Goldney vd., 2004; Gagnon ve Patten, 2002; Atasoy vd., 2013; Jonas vd., 1997). Depresyonun yanında, kronik hastalıklarla anksiyete bozuklukları da sıklıkla birlikte gözlenebilir (Atasoy vd., 2013; Muller vd., 2005; Jonas vd., 1997; Wells vd., 1988; Harter vd., 2003). Yapılan bazı çalışmalar, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan kişilerle kıyaslandığında fiziksel hastalıkları olan kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluklarına daha sık rastlandığını göstermektedir (Wells vd.,1988; Baktıroğlu, 2010). Bu ilişkinin varlığı uzun zamandır araştırılmakta ve doğrulanmaktadır. Örneğin, Kathol ve Petty tarafından 1981 yılında yayınlanan çalışmalarına göre, bedensel hastalıklar ve depresyon arasında bir ilişki bulunmuş fakat nedensellik ile ilgili bir çıkarım yapılamamıştır. Daha güncel olan farklı bir çalışmada da uzun dönem kronik hastalıkları olan kişilerin major depresyon tanısı alma oranlarının medikal bir hastalığı olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu

gösterilmiştir. Bahsedilen kronik hastalık ve depresyon düzeyi ilişkisinin yaş, cinsiyet, sosyal destek ya da stresli yaşam olayları gibi karıştırıcı etkenlerden kaynaklanmadığı da aynı çalışma sonuçlarında belirtilmiştir (Gagnon ve Patten, 2002).

Depresyon ve kronik hastalıkların sağlık üzerine etkileri konusunda yapılan geniş çaplı araştırmalardan biri Dünya Sağlık Örgütüncel belirlenen toplam 60 ülkeden veri toplanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucundaki bulgulara göre, depresyonla kronik hastalıklar arasında ilişki olduğu fikri desteklenmiştir. Dünya Sağlık Anketi sonuçlarına göre sadece depresyon tanısı almış olmak sadece bedensel bir hastalık tanısı almaya göre sağlığını daha çok yıpratmaktadır. Dahası, bir medikal hastalığa eşlik eden depresyonun olması durumu depresyonun eşlik etmediği fakat birden fazla medikal hastalığın görüldüğü durumlardan çok daha fazla kişinin sağlığına zarar verici olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, bu sonuçlar ekonomik durum, yaşanan ülke ve sosyodemografik özellikler açısından düzenlendiğinde de aynı kalmıştır (Moussavi vd., 2007).

Yukarıda belirtilen araştırmalardan hareketle, çalışmada bir veya birden fazla kronik hastalık sahibi olmakla depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş, bu ilişki sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmiştir.

## **2.2. Depresyon**

### **2.2.1. Depresyon Tanımı**

Depresyon en basit haliyle bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığı olarak görülmektedir (Mete, 2008). Gerek biyolojik ve genetik yönleriyle gerekse tedaviye verdiği yanıt ve prognozu yönüyle depresyon karmaşık ve heterojen bir ruhsal hastalıktır (Hisli, 1988).

Depresyonda olan kişi baş edemediği bir üzüntü hisseder. Bunun yanında, endişelidir, suçluluk ve değersizlik hisseder, ümitsizdir, yalnızlaşır, sosyal geri çekilme yaşar. Kişinin uyku kalitesi bozulabilir veya uykuya dalamayabilir, iştahında değişiklik olur ve cinsel istek kaybı yaşayabilir. Bunlara ek olarak, kişi herhangi bir konuya odaklanmakta ve dikkatini sürdürmekte zorlanabilir (Davison ve Neale, 2004: 235). DSM-5'e göre majör depresyon bozukluğu tanısı için kişide iki hafta boyunca çökkün duygudurum, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da zevk alamama, çok kilo verme ya da kilo alma, neredeyse her gün uykusuzluk çekme veya çok uyuma, ajitasyon ya da yavaşlama, enerji

düşüklüğü, değersizlik/suçluluk gibi duygular, odaklanma problemleri ya da aşırı kararsızlık, yineleyici ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşi görülmelidir. Bu beş belirtiden biri çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme ya da zevk alamama olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Depresyon dünya genelinde görülen en yaygın ruhsal hastalıktır (Davison ve Neale, 2004: 235). Dünya Sağlık Örgütü'nün Depresyon ve Diğer Yaygın Ruhsal Hastalıklar ile ilgili olarak 2017 yılında yayınladığı raporda dünya üzerinde 322 milyon kişinin depresyonla mücadele ettiği belirtilmiştir ki bu sayı yaklaşık olarak dünya nüfusunun %4.4'ünü oluşturmaktadır. Dahası, 2005 ile 2015 yılları arasında depresyon tanısı almış kişi sayısının %18.4 arttığı görülmüştür. Ülkemizde depresyon görülme sıklığı, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) sonuçlarına göre %9 olarak bulunmuştur. Fakat benzer popülasyonlarda yapılan farklı çalışmalarda depresyon görülme sıklığının %23-34 arasında değiştiği ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013: 147).

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de depresyon görülme oranı kadınlarda daha fazladır. Yapılan çalışmalar, kadınlarda depresyon tanısı alma durumunun neredeyse erkeklerin iki katı olduğunu göstermektedir. Yaş grupları incelendiğindeyse, depresyon, dünya genelinde en sık 55-74 yaş aralığında bulunan kadınlarda görülmektedir. Ülkemizde de durum değişmemiş yaş arttıkça depresyon görülme sıklığının da arttığı belirtilmiştir (World Health Organization, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Major depresyon tekrarlayıcı bir bozukluktur. Depresyon tanısı alan kişi iyi bir tedavi alamazsa depresyonu kronik hale gelebilir ve eski işlev düzeyine tekrar kavuşamayabilir (Davison ve Neale, 2004: 235). Bunun yanında, depresyon tanısı alan bir kişide sadece ruhsal sıkıntılar yoktur. Bu dönemde kişide bedensel şikayetler de artar. Tansiyonu kontrol edilemez olabilir ya da kan şekeri beklenmeyen iniş çıkışlar oluşabilir (Mete, 2008). İncelendiğinde çoğu zaman depresyon dönemlerinde kişide kronik hastalıklar tespit edildiği görülmüştür (Brown vd., 2011; Bush vd., 2001). Bu konu ile ilgili yürütülen bir çalışmada, daha önce hiçbir kalp hastalığı olmadığını ifade eden kişilerin depresyon seviyeleri ölçülmüş ve kişiler takibe alınmıştır. 5007 kadın ve 2886 erkek katılımcının olduğu bu çalışma 1982- 1992 yılları arasında kişileri incelemiş ve herhangi bir kardiyak olay yaşayıp yaşamadıkları kaydedilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre depresyon seviyesi yüksek olanların kalp



hastalıklarına yakalanma riski istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ferketich vd., 2000).

## **2.2.2. Kronik Hastalıkların Depresyon ile İlişkisi**

Fiziksel hastalıklarda depresyon yaygın bir ektanı olarak görülmektedir (Egede, 2007; Katon ve Ciechanowski, 2002; Özkan, 1994: 108; Baktıroğlu, 2010). Major depresyon herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan genel popülasyonda değerlendirildiğinde bazı çalışmalarda %3.7-6.7 oranlarında bulunurken, fiziksel hastalıkları nedeniyle tedavi gören kişilerde depresyon görülme oranları %9-16 civarında bulunmuştur (Silverstone, 1996; Katon ve Schulberg, 1992). Bunun yanında, fiziksel hastalığı olanlarda minör depresif durum değerlendirildiğinde hastaların %23-64'ünde hafif-orta düzey semptomlar gözlenmiştir (Özkan, 1994: 81; Clark vd., 1998; Yazıcı vd., 2003; Kelleci vd., 2009). Örneğin, peptik ülserli hastalarla yapılan bir çalışmada kişilerin somatizasyon ve depresyon semptomlarında yükselme olduğu görülmüştür (Baysal vd., 1993). Benzer bir çalışma tüberküloz hastalarıyla da gerçekleştirilmiştir. Tüberküloz tanısı alan kişiler Semptom Tarama Listesine göre değerlendirilmiş ve sonuçlar sağlıklı erişkinlerin skorlarıyla karşılaştırılmıştır. Buna göre hasta grubun somatizasyon, depresyon ve psikotizm skalalarında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir (Önen vd., 1993).

Depresyon bir fiziksel hastalığa eşlik ettiğinde kişinin tedaviye uyumu, yaşam kalitesi, işlevselliği ve hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir. Depresyon kronik bir hastalığın prognozunu olumsuz etkileyebilirken, kronik bir hastalık da depresyona neden olabilir. Bu durum iki şekilde gerçekleşebilir. Birincisi, hastalanmış olmak durumu veya hastalığın sıkıntılarına katlanmak zorunda kalmak depresyona yol açabilir. Diğer bir durumdaysa depresyon hastalıkla ilgili bir sebepten ortaya çıkar; Bazı hipertansiyon ilaçlarının depresyona neden olması gibi ya da hastalığa neden olan hormonların (örneğin hipertroidi) depresyonu tetiklemesi gibi (Mete, 2008). Fiziksel hastalık ve depresyon birlikteliğinin morbidite ve mortaliteyi arttırdığı da belirtilmiştir (Özkan, 1994: 108).

Kronik hastalıklarla depresyon arasındaki ilişkinin yönü ve sebeplerine ilişkin farklı fikirler olmasına rağmen birbirlerinin sıklığını attırdıkları literatürde birçok çalışma tarafından gösterilmiştir (Evans ve Charney, 2003; Goldney vd., 2004; Gagnon ve Patten, 2002; Atasoy vd., 2013; Jonas vd., 1997; Atacanlı ve Dilbaz, 2001). Özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, diyabet, beyin hasarı, koroner arter hastalıkları ve

konjestif kalp hastalıkları gibi fiziksel hastalıklarla depresyonun birlikte görülme oranları sıklıkla araştırılmakta ve herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan popülasyona göre bu kişilerde depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Egede, 2007). Örneğin, Çin'de gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, kronik akciğer hastalığı, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon veya diyabet tanılarında birisi olan kişilerden oluşan katılımcıların %78.9'unda farklı seviyelerde depresyon görülmüştür (Zhang vd., 2008). Diğer bir çalışmada, obstrüktif akciğer hastaları depresyon, anksiyete ve yeti yitimi yönlerinden incelenmiştir. Değerlendirme ölçeklerinin sonuçlarına göre katılımcıların %68'inde depresyon izlenmiştir (Afşar vd., 2012).

Birçok kronik hastalıkla birlikte, dünyada ve ülkemizde sıklıkla görülen, araştırmamıza dahil edilmiş olan hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarının depresyon ile ilişkisini konu alan çok sayıda araştırmaya ulaşılmıştır (Jonas vd., 1997; Baycılı, 1991; Anderson vd., 2001; Bahar vd., 2006; Bush vd., 2001; Rotenbacher vd., 2007; Özer vd., 2009). İlk olarak, depresyon ve hipertansiyon ilişkisine farklı açılardan bakan çalışmalar incelenmiştir. Hem depresyon tanısı alan kişilerde hipertansiyon durumu merak edilmiş, hem de hipertansiyon hastası kişilerde depresyon tanısı alma sıklığı araştırılmıştır (Scalco vd., 2005). Bu anlamda, Adamis ve Ball (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, depresyon tanısı alan kişilerde hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık tanılarına normal popülasyona göre daha sık rastlanmıştır. Güney Afrika'da gerçekleştirilen diğer bir çalışmada da depresyon, anksiyete ya da depresyon- anksiyete komorbiditesi görülen kişilerde hipertansiyon sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Grimsrud vd., 2009). Bahsedilen kesitsel çalışmalar dışında, katılımcıların 7 yıldan 16 yıla kadar izlenerek yürütülen bir çalışmada da depresyon ve anksiyete seviyesinin yüksek olması ilerde görülecek hipertansiyonun habercisi gibi değerlendirilmiştir (Jonas vd., 1997). Diğer taraftan, hipertansiyon tanısı olan kişilerle yapılan bir çalışmada depresyon oranı yüksek bulunmuştur (Rabkin vd., 1983). Baycılı ve arkadaşları tarafından (1991) yürütülen çalışmada da hipertansiyonu olan hastalarda depresyon görülme sıklığının hipertansiyonu olmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

İkinci olarak, dünya çapında yaygınlığı giderek artan diyabet ile depresyonun komorbiditesi sık gözlenirken, bu ilişki ile ilgili olarak bazı çalışmalar yeni bir sistemden bahsetmektedirler. Özellikle diyabetle duygudurum bozuklukları arasında biyolojik bir bağlantı olabileceğini savunan çalışmalar vardır (Korczak vd., 2011). Diyabet ve depresyon ilişkisinin nedeni ile ilgili tartışmalar devam etse de ilişkinin varlığı kabul edilmiştir ve yapılan çok sayıda araştırma ile ortaya konulmuştur (Mezuk vd., 2008; Talbot ve Nouwen,

2000; Gülseren vd., 2001; Bahar vd., 2006; Önde ve Özçubukçuoğlu, 1998). Örneğin Anderson ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirilen bir meta analizde, 39 çalışma incelenmiş ve diyabet tanısı alan kişilerde depresyon görülme olasılığının sağlıklı grupla karşılaştırıldığında neredeyse iki kat olduğu görülmüştür. Bir diğer çalışmada da, diyabet tanısı alanlarda depresyon görülme olasılığı tanı almayan gruptan istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Goldney vd., 2004). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada, tip 1 diyabet hastaları incelenmiş ve bu kişilerin sağlıklı gruba göre depresyon tanısı alma ihtimalinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (Atasoy vd., 2013).

Araştırmamıza dahil edilen üçüncü kronik hastalık olan koroner arter hastalıkları ve depresyon ile ilgili de oldukça fazla sayıda araştırmaya rastlanmıştır (Bradley ve Rumsfeld, 2015; Ferketich vd., 2000; Surtees vd., 2008; Ford vd., 1998; Penninx vd., 2001; Özer vd., 2009). Depresyon tanısı aldıktan sonra koroner arter hastalıklara yakalananlar olduğu gibi koroner arter hastalıkları olan kişilerde de depresyon tanısı sık görülmektedir. Örneğin, akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yapılan çalışmalarda kriz sonrası depresif belirti yaygınlığı %30-40 arasındadır (Carney vd., 2002). Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda depresyon görüldüğünde kişinin tedaviye uyumunun bozulduğu, hastane başvurularının arttığı, tekrarlayan hastane yatışları yapılarak bakım yükünü arttırdığı belirtilmektedir (Frasure-Smith vd., 2000). Daha da önemlisi depresyon tanısı alan kriz geçirmiş hastalarda angina pectoris ve yeni miyokard infarktüsü gibi sağlık problemlerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Ladwig vd., 1994). Brown ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, depresyon tanısı alan fakat koroner arter hastalıkları tanısı olmayan kişiler 15 yıl boyunca izlenmiştir. 15 yılın sonunda değerlendirilmeler yapıldığında depresyon tanısı almanın koroner arter hastalıklarına yakalanma riskini 1,5 kat arttırdığı görülmüştür. Bu çalışma, depresyonun koroner arter hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu savunan literatür için de önemlidir. Araştırmalar, kalp krizi geçiren bir hastada depresyon varlığının devam eden kardiyak problemler üzerinde büyük etkisi olduğunu belirtmektedir (Surtees vd., 2008; Bremner vd., 2006).

Fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonun varlığı kişinin sağlık durumu için bu kadar önemli olmasına rağmen ne yazık ki her zaman fark edilememektedir. Kimi zaman hastanın karamsar, üzgün, bitkin olması fiziksel hastalığına bağlı bulunarak normalleştirilebilir. Kimi zamansa, kişiyi daha fazla üzmemek adına bu sıkıntıları ile ilgili konuşulmaktan, soru sormaktan kaçınılabilir. Başka bir güçlük ise depresyon belirtilerinin fiziksel hastalık yan etkileri ya da tedavi yan etkileri ile karıştırılmasıdır. Örneğin, diyabet ya

da hipertansiyon hastalıkları nedeniyle kişide uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı gibi şikayetler ortaya çıkabilir ve depresyonun etkileriyle ayırt etmek güçtür (Mete, 2008). Bu nedenle, disiplinler arası işbirliğinin geliştirilmesi ve uygulanması oldukça önemlidir (Couper ve Harari, 2004).

## **2.3. Anksiyete**

### **2.3.1. Anksiyete Bozukluğu Tanımı**

Korku ve endişe duygusunun, anlatılması zor şekilde hissedilmesi durumu anksiyete olarak adlandırılmaktadır. Bir takım otonom belirtiler bu duyguya eşlik edebilir. Örneğin, çarpıntı, terleme, titreme, göğüste sıkışma hissi, midede boşluk duygusu ve huzursuzluk anksiyeteye dair en sık karşılaşılan bedensel işaretlerdir (Türkçapar, 2004). Diğer bir deyişle, anksiyete, net olmayan, kişiyi tedirgin eden olumsuz bir durum önsezisidir. Bu durum herkes tarafından yaşanabilir ve oldukça yaygındır. Yine, bu esnada ortaya çıkan belirtiler oldukça kişiseldir. Anksiyete kişinin yeni durumlara uyum sağlamasını destekler, ruhsal gelişiminde itici bir rol üstlenebilir fakat tam tersi maladaptif bir etkisi de olabilir. Bu nedenle kişide yaşanan durumun ne zaman verimli ne zaman yıkıcı bir etkisinin olduğu iyi tespit edilmelidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Burada bahsedilen, geliştirici etkisi olan adaptif korku ile uyumsuz anksiyete arasındaki fark her zaman çok keskin olamasa da bazı ayrımlardan bahsedilebilir. Birincisi, adaptif korkuda kişinin ifade ettiği duygu, durumuyla uyumlu yani gerçekçidir. Oysaki uyumsuz anksiyete durumunda endişeler gerçekdışıdır. Bunun yanında, uyumlu korkuda, kişinin karşılaştığı tehditle gösterdiği tepki orantılıdır fakat uyumsuz anksiyetede hissedilen korku tehditle orantısız görülür. Son olarak, adaptif korkuda tehlike geçtikten sonra kişinin korkusu da geçer. Uyumsuz anksiyetede ise tehlike geçici olsa da kişinin endişesi sürekli, gelecekle ilgili çok fazla endişesi vardır (Nolen-Hoeksema, 2008: 220).

Ortada hiçbir tehdit yokken anksiyete belirtilerinin yaşanması, bu durumun sık sık olması ve şiddetli şekilde görülmesi, kişinin günlük rutin yaşantısını olumsuz etkilemesi anksiyete bozukluğunu akla getirmelidir (Türkçapar, 2004). Anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler dışarıdan bakıldığında gerçeküstü olarak yorumlanacak düzeyde, baş edemeyecekleri

bir kaygı duyarlar (Davison ve Neale, 2004). DSM-5'e göre ayrılma kaygısı, seçici konuşmazlık, toplumsal kaygı bozukluğu, özgül fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin-ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozuklukları bu sınıfta yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün son verilerine göre bugün dünyada yaklaşık 264 milyon insan anksiyete bozukluklarıyla mücadele etmektedir. Bu sayı, kadınlarda %4.6 ve erkeklerde %2.6 olmak üzere dünya nüfusunun %3.6'sını oluşturmaktadır. Anksiyete bozukluğu ile ilgili durum değerlendirildiğinde dünya üzerinde 2005'ten 2015 yılına kadar %14.9 oranında artış gösterdiği görülmektedir (World Health Organization, 2017). Ülkemizde anksiyete bozukluklarının prevalansı ile ilgili yapılmış geniş çaplı bir araştırma bulunmamakla birlikte, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında (2013) kişilerde panik bozukluk değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre panik bozukluk sıklığı erkeklerde %1 ve kadınlarda %2 olmak üzere toplamda ortalama %2 olarak bulunmuştur. Depresyon görülme durumuyla benzer şekilde, panik bozukluk da kadınlarda erkeklerin iki katı oranda görülmektedir. Ayrıca ruh sağlığı alanında ülkemizde yürütülmüş olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'nda (1997) 7479 kişi ile görüşülmüş ve katılımcıların %0.4'ünde panik bozukluk, %0.6'sında agorafobi, %0.7'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %1.8'inde sosyal fobi ve %2.7'sinde özgül fobi olduğu belirtilmiştir.

İleri düzey kaygı, birçok ruhsal hastalık için belirgin bir özelliktir (Nolen-Hoeksema, 2008: 221). Özellikle anksiyete bozuklukları ile depresyonun komorbiditesi ile çok sık karşılaşılmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990-1992 yıllarında Ulusal Ektanı Araştırması adıyla geniş çaplı bir araştırma yapılmış ve 10 yıl sonra da bu çalışmanın takibi gerçekleştirilmiştir. Bahsedilen çalışmaya göre major depresyonu olan kişilerin %58'inde eşlik eden anksiyete bozukluğu olduğu, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin %68'inde de ikincil olarak major depresyon bulunduğu belirtilmiştir. 2001-2003 yılları arasında gerçekleştirilen takip çalışmasına göre, başlangıçta depresyon tanısı almış olmak istatistiksel olarak anlamlı şekilde anksiyete bozukluğunu yordamakta fakat devamlılığıyla ilgili bir bilgi vermemekte, bunun yanında, başlangıçta anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak depresyonun hem başlaması hem de sürmesi ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir öngörü sunmaktadır (Kessler vd., 2008). Komorbidite ile ilgili olarak 1952'den 1992'ye kadar katılımcıların izlendiği önemli bir çalışmada da anksiyete tanısı almış kişilerin yaklaşık yarısının depresyon ek tanısını da aldığı belirtilmiştir (Murphy vd., 2004).

### 2.3.2. Kronik Hastalıkların Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi

Anksiyete, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişkenlik göstermekle birlikte hastalık yaşantısına duygusal olarak en sık verilen tepkilerdendir. Bu nedenle bedensel hastalıklarla anksiyete bozukluklarının birlikteliği oldukça sık görülmektedir (Özkan,1994: 116). Ne yazık ki literatürde, kronik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar konusunda depresyonun üzerinde durulmuş, anksiyete bozuklukları biraz daha geri planda kalmıştır. Oysa ki, yapılan çalışmalar kronik hastalıklarla ilişkisi açısından anksiyete bozukluklarının da depresyon kadar önemli bir etken olduğunu göstermektedir (Harter vd., 2003; Roy-Byrne vd., 2008). Kronik bir hastalığı olan kişilerin %11'inden fazlasında anksiyete bozukluğu olduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Yani kronik hastalığı olanlarda herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme oranının normal popülasyondan fazla olduğu söylenmektedir (Wells vd.,1988). Diğer taraftan, anksiyete bozukluğu tanısı almış olan kişilerde bedensel hastalık tanısı alma oranının arttığı da bildirilmektedir. Özellikle de kalp hastalıkları, hipertansiyon, mide-bağırsak hastalıkları gibi kronik hastalıklarla anksiyete bozuklukları ilişkilendirilmektedir (Harter vd., 2003; Sareen vd., 2006). Örneğin yapılan bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete seviyeleri sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine farklı bir çalışmada, panik bozukluk tanısı alan kişilerde normal popülasyona oranla daha sık mide hastalıkları, faranjit ve tiroid hastalıkları görüldüğü belirtilmiştir (Rogers vd., 1994).

Diğer hastalıkların yanında, bu çalışmada yer verdiğimiz kronik hastalıklar olan hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıkları ile anksiyete bozukluklarının ilişkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır (Aydoğan vd., 2012; Grimsrud vd., 2009; Bradley ve Rumsfeld, 2015; Joynt vd., 2003; Bahar vd., 2006). Örneğin hipertansiyon ile anksiyete bozukluklarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada en başta hipertansiyon tanısı almayan ya da tedavi altında olan katılımcılar 7- 16 yıl arasında izlenmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre, anksiyete seviyesi yüksek olanlarda hipertansiyon tanısı alma ihtimalinin arttığı bulunmuştur. Farklı bir çalışmada hipertansiyon tanısı almış kişiler ile tanı almayan kişiler bazı kişilik özellikleri açısından incelenmiştir. Bu çalışma sonucuna göre hipertansif kişilerin normotansiflere göre anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Baysal vd., 1994). Ayrıca, yukarıda depresyon ve anksiyetenin birlikteliğinde bahsedildiği üzere hipertansiyonla anksiyete ilişkisi ile hipertansiyonla depresyon ilişkisi arasında da çok kuvvetli pozitif yönlü korelasyon olduğu belirtilmiştir (Jonas vd., 1997). Afrika'da

gerçekleştirilen bir çalışmada da anksiyete bozukluğu olanlarda hipertansiyon sıklığı, tanısı olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Grimsrud vd., 2009).

Anksiyete bozukluklarının diyabetle ilişkisine gelindiğinde, yapılmış olan farklı çalışmalar benzer sonuçları desteklemektedir. Örneğin, konu ile ilgili bir meta-analizde, diyabet tanısı almış olmanın, anksiyete bozukluğu veya artmış anksiyete belirtilerinin gelişmesi ihtimalini arttırabildiği belirtilmiştir. Bu durumun, hastalık belirtileriyle ilgili endişeler ve hastalığın seyri ile ilgili meseleler gibi bilişlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Smith vd., 2013). Ülkemizde Tip1 diyabet hastalarıyla yapılan bir araştırmada da diyabet tanısı olanların kontrol grubuna göre anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur (Atasoy vd., 2013). Yine başka bir meta-analize kontrol grubunun bulunduğu 18 çalışma dahil edilerek incelenmiştir. Buna göre, diyabet tanısı alan kişilerin %14'ünde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, %27'sinde anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaya yetmese de semptomların olduğu ve %40'ında ise yoğun anksiyetik belirtiler olduğu bildirilmiştir. Anksiyete belirtilerinin Tip1 ve Tip2 diyabette farklılık göstermediği fakat kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Grigsby vd., 2002).

Son olarak, koroner arter hastalıkları ve anksiyete bozuklukları ilişkisi hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı kapsamlarda çok sayıda yayına ulaşılmıştır. Örneğin koroner anjiyografi bulgularına göre sınıflandırılan katılımcılarla yapılan çalışma sonucuna göre anormal bulguları olan gruptaki katılımcıların anksiyete seviyeleri normal bulguları olan katılımcılara göre, risk faktörleri benzer olmasına rağmen, anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon skorları yüksek değerlendirilen kişilerde bu psikolojik faktörlerin koroner arter hastalıklar açısından bağımsız bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (Sunbul vd., 2013). Özellikle, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi koroner arter hastalıkları olan kişilerde daha yaygın karşılaşılan anksiyete bozukluklarıdır. Yapılan bir çalışmaya göre, koroner arter hastalığı olan kişilerde araştırma esnasında en az bir anksiyete bozukluğu tanısı alma oranı %36'yken, yaşam boyu tanı alma durumu %45.3 olarak bulunmuştur (Todaro vd., 2007). Kişide anksiyete belirtilerinin yoğun olması sadece koroner arter hastalıkların ortaya çıkışı açısından değil ikincil bir kardiyovasküler sağlık sorunu yaşanmasını tetikleme açısından da önemli olarak değerlendirilmiştir (Rothenbacher vd., 2007). Ayrıca, farklı bir çalışmada, anksiyete bozuklukları kardiyak olayların ardından kısa ve uzun vadede sağlık problemleri ile ilgili çeşitli komplikasyonların gelişmesi açısından önemli bir risk faktörü olarak görülmüştür (Moser vd., 2007).

## 2.4. Kişilik

Kişilik, karakter, huy ve mizaç kelimeleri zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılsalar da gerçekte farklı kavramlardır. Huy ya da mizaç, kişinin doğuştan getirdiği, büyük oranda kalıtsal olan ve hayat boyu pek değişiklik göstermeyen yapısal özelliklerdir (Akiskal vd., 1983). Başka bir deyişle, bir faktör karşısında yapısal olarak belli bir şekilde tepki göstermek ya da duygulanımda yaşanan kalıtsal eğilimlerdir (Kaplan ve Sadock, 2005). Karakter kavramı ise, yaşam süresince aile içi ya da dışı ilişkiler ve öğretiler yoluyla gelişen, zaman içinde büyük oranda değişiklik gösterebilen, öğrenilmiş tutumlardır (Akiskal vd., 1983). Dahası, karakter, kişinin ruhsal açıdan kendisini yönetebilmesi için gerekli görülen yürütücü, kural koyucu ve yargısal işlevleri içeren bir kavramdır. Kişinin içsel süreçleri ve kişisel değer ve yargılardan etkilenen nesne ilişkilerini de kapsar. Huy/mizaç ve karakter temel farklılıklar gösterirken, kişilik bunların birleşimi gibidir. Kişilik, hem kalıtsal olarak getirdiğimiz, hem de zamanla öğrendiğimiz tutumları içerir. Genel olarak kişilik, bir kimsenin objektif olarak gözlenebilen davranışları ve kendisi tarafından ifade edilen iç süreçlerinin birleşimidir (Kaplan ve Sadock, 2005). Bu anlamda kişilik, çok çeşitli tanımları yapılmış olan oldukça geniş bir kavramdır (Akiskal vd., 1983).

İzleyen bölümde öncelikle kişilik özellikleri, afektif sinirbilim perspektifinden kişilik özellikleri ve psikopatolojiyle ilişkisi ile ilgili literatür gelişimi hakkında bilgiler verilmiştir.

### 2.4.1. Kişilik Özellikleri Kuramları

Kişilik, duruma göre büyük değişiklikler göstermeyen bir davranış bütünü olduğundan tutarlı; kişinin duyuşsal, güdüşel ve bilişsel bütün içsel yaşantılarını kapsadığından kişiler arası değil kişi içi süreçlerin toplamı olarak görülebilir (Burger, 2006). Kişilik özellikleri ise bireyleri etkileyen bu tutarlı duygu, düşünce ve davranış örüntülerinin kendisidir. Yani, bu özellikler kişinin belli durumlar altında nasıl hissedeceği, düşüneceği ya da davranacağı konusunda öngörü sağlar (Kaplan ve Sadock, 2005). Kişiliğin çok boyutlu bir kavram olması, kişilik özelliklerinin de çok çeşitli olmasına zemin hazırlamıştır. Kişilik özelliklerine dair, Türkçede yaklaşık 15.000, İngilizcede yaklaşık 20.000 sözcük olduğu belirtilmektedir (Doğan, 1999).

Kişilik özellikleri kavramı ilk olarak Allport tarafından kullanılmıştır (Burger, 2006). Bununla birlikte, kişilik ile ilgili çalışırken katı olmamak gerektiğini, bu kavramın ölçülebilir,



genellenebilir, tutarlı özellikleriyle değerlendirilerek kişilik özellikleri ile ilgili araştırmaların yapılması gerektiğini savunmuştur (Allport, 1960). Allport (1960), psikolojik bir kavram olan kişiliğin insanın merkezi sinir sistemi ile de bağlantısı olduğunu, sinir sistemimiz üzerine etki eden bir takım fiziksel oğelerin ilerleyen zamanlarda yapılacak nörolojik araştırmalar sonucu bulunacağını iddia etmiştir. Dolayısıyla, Allport, kişilik özellikleri açısından hem çevre ilişkilerinin hem de kişinin biyolojik yapısının önemini vurgulayan bütüncül bir yaklaşıma öncülük etmiştir (Burger, 2006).

Allport ile birlikte ve sonrasında kişilik özellikleri ile ilgili çok sayıda çalışma yürütülmüş, konunun farklı yönlerini önemseyen çok sayıda kuram oluşturulmuştur. Bu konuda öncü isimlerden biri olan Eysenck kişilik özelliklerinde bilimsel ölçümlerin yapılması gerektiğini, bunlar olmaksızın yanlış sonuçlara varılacağını söylemiştir (Eysenck, 1955). Eysenck, kişilik özelliklerinin biyolojik temellerini vurgulamış, bu doğrultuda kişilik özellikleri ile ilgili belirlemiş olduğu çok sayıda maddeyi araştırmalarında katılımcılara yönlendirmiş ve verilen cevaplar ayırıtılarak benzer cevaplar ortak başlıklar altında toplanmıştır. Bu uygulama faktör analizi olarak adlandırılmaktadır (Eysenck, 1991). Eysenck yaptığı faktör analizleri sonucu psikopatolojiyle de ilişkili bulduğu üç boyut belirlemiştir: içedönüklük- dışadönüklük, nörotisizm- duygusal dengelilik ve psikotisizm (Karancı vd., 2007).

Kişilik özellikleri konusunda önemli çalışmalar yürütmüş olan diğer bir araştırmacı Cattell'dir. Cattell de faktör analizi yöntemini kullanmış, daha doğru faktörlere ulaşabilmek için farklı kaynaklardan veriler toplamıştır (Burger, 2006). Bunun yanında, kişilik özellikleri çalışmalarında iyi ifade edilen kaynak özellikleri ve hem klinik hem de normal popülasyonlar için aynı şekilde ölçümlenebilen faktör özelliklerinin önemini vurgulamıştır (Cattell ve Tatro, 1966). Bu kapsamda yapılan çalışmalar sonunda Cattell 16 temel kişilik özelliği bulmuştur ve 16 Faktörlü Kişilik Testini oluşturmuştur (Cattell, 1956).

Allport ile başlayan kişilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yukarıda bahsedilen bütün diğer araştırmacıların katkıları ile devam etmiş ve daha az sayıda sabit özellikler olarak sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Costa ve McCrae bu konuda öncü olmuş, kişilik özelliklerine boyutsal yaklaşarak ilk önce üç kavram (*Nevrotizm, Dışa Dönüklük ve Deneyime Açıklık*) içeren bir model oluşturmuşlardır. Çalışmaları devam ettikçe bu kavramların yeterli olmadığını görüp *Uzlaşabilirlik* ve *Sorumluluk* kavramlarını da ekleyerek beş faktörlü bir model oluşturmuşlardır (Costa ve McCrae, 1997). Bu noktada, çok sayıda

araştırmacı tarafından yapılan çalışmaları inceleyen Goldberg kişilik özelliklerinin özellikle 5 faktör etrafında toplandığı fikri üzerinde çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Farklı özelliklerin olduğunu gösteren çalışmaların yapılmış olduğunu fakat bu çalışmalar tekrarlandığında benzer sonuçları vermediğinden kanıtlanamadığını belirtmiştir (Goldberg, 1990). Bu nedenle farklı araştırmacılar tarafından incelenen ve farklı çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşılabilen bu model “Büyük Beşli / Beş Faktör Modeli” olarak adlandırılmıştır (Gündüz, 2007; Pervine vd., 2005). Bu modele göre kişiliğin alt boyutları: *Nörotisizm, dışa dönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk* olarak adlandırılmıştır. Nörotisizm alt boyutundan yüksek puan alan kişilerin çoğunlukla güvensiz, kararsız ve kaygılı oldukları, dışa dönüklük alt boyutundan yüksek puan alanların daha sosyal kişiler oldukları, deneyime açıklık alt boyutundan yüksek puan alanlarınsa daha bağımsız, daha hayalci ve yeniliklere açık oldukları söylenmektedir. Uyumluluk alt boyutunun yumuşak kalplilik ve başkalarına güvenle ilişkili olduğu ve son olarak sorumluluk alt boyutundan yüksek puan alınmasının kendi kendini disipline edebilme yönünün kuvvetli olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Pervine vd., 2005).

Beş Faktör Modeli, kişilik özelliklerinin kapsamlı bir modeli olduğu için büyük çapta dikkat çekmiştir. Bu beş faktörün temel kişilik boyutlarını temsil ettiği iddiası dört mantık ve kanıt dayanmaktadır. Bunların ilki, beş faktörün hepsi uzun vade ve farklı gözlemcilerin çalışmalarında kendini göstermeye devam eden ve davranışta kendini gösteren eğilimlerle ilişkili oluşudur. İkincisi, bu faktörlere dayanan özelliklerin hepsi birçok farklı kişilik sisteminde ve kişilik özelliğinin doğal tanımında görülmektedir. Üçüncüsü, bu faktörler farklı yaş, cinsiyet, ırk ve farklı kültürlerde değişik ifade edilse de farklı dil gruplarında da bulunmaktadır. Son olarak dördüncüsü, kalıtsal deliller gösteriyor ki bunların hepsi bir miktar biyolojik kökenlidir (McCrae ve Costa, 1992).

Beş Faktör Modelinde bahsedilen kişilik özelliklerinin biyolojik kökenli olabileceği düşüncesi yeni bir yaklaşım değildir. Kişilik özellikleri çalışmaları başladığı günden bu yana bu konuda biyolojik yapının önemi tartışılan bir konudur. Yukarıda da bahsedilen kişilik özellikleri açısından öncü kabul edilen araştırmacıardan Allport, Eysenck, McCrae ve Costa oluşturdukları kişilik özellikleri modellerinde de biyolojik yaklaşıma yer vermişlerdir (Allport, 1960; Goldberg, 1990; McCrae ve Costa, 1997; Rothbart vd., 2000).

Kişilik özelliklerinin biyolojik yapısı üzerine çalışmalarını yoğunlaştıran farklı araştırmacılar da vardır. Chess ve Thomas (1990) kişiliği biyolojik ve yapısal açıdan incelemek için doğuştan ergenliğe kadar çocukları izleyen çalışmalar yapmışlardır. Kişilik

özelliklerinin temellerini bulduktan sonra araştırmalarını genç erişkinliğe kadar uzatarak gelişime bir bütün olarak açıklık getirebilmeyi hedeflemişlerdir. Rothbart ve arkadaşları, kişilik çalışmalarında biyolojik ve gelişimsel yaklaşımı birleştirmiş ve kişilik özelliklerini bu Şekilde değerlendirmişlerdir. Bu doğrultuda huyu biyolojik olarak doğuştan gelen fakat kalıtım, olgunlaşma ve deneyimler yoluyla zamanla Őekillenebilen bir yapı olarak tanımlamışlardır (Rothbart vd., 2000).

Huy ve karakter özellikleri ile çalışan diğer bir önemli kuramcı ise Cloninger'dir. Kiřilik çalışmalarında psikobiyolojik bir yaklaşımı benimseyen araştırmacı huyların birbirinden bağımsız birtakım genetik sistemlerden kaynaklandığını ve kişiliğin biyolojik alt yapısını oluşturduğunu savunmuş ve bir model geliştirmiştir. Sonrasında bu modelin kişilik özelliklerini açıklamakta yetersiz kalması üzerine modeline 3 karakter boyutu ekleyerek "Mizaç ve Karakter Envanteri"ni oluşturmuştur. Bu ölçek kullanılarak duygudurum bozukluklarında huy ve bağlantılı olduğu dūřünülen biyolojik yapıların incelenmesini sağlamak hedeflenmiştir (Cloninger, 1987; Cloninger vd., 2006).

#### **2.4.2. Afektif Sinirbilim**

Kişilik özellikleri ve bunların ölçülmesi ile ilgili yapılan çalışmalardan bir diğeri Panksepp tarafından gerçekleştirilmiştir (Davis vd., 2003). Buna göre, beyin altı farklı duygudurum sisteminden oluşmakta ve kişilikteki değişkenlik büyük ölçüde bu duygudurum sistemlerindeki güçlü taraflar ve zayıflıklardan kaynaklanmaktadır. Burada bahsi geçen duygudurum sistemleri: Oyun, Merak, Sevgi, Öfke, Üzüntü ve Korkudur. Kişilik özelliklerinin biyolojik yönünü vurgulayarak araştırmak isteyen günümüz kuramcılarında Panksepp ve arkadaşları bu hipotez üzerine çalışmalar yürütmek amacıyla bir kişilik ölçeği geliştirmişlerdir. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği, Panksepp tarafından ortaya atılan beyindeki altı farklı duygudurum sistemine maneviyatın da eklenmesiyle oluşturulmuştur.

Davis ve arkadaşları, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sırasında Beş Faktör Modelinde yer alan kişiliğin alt boyutları olan sıfatlarla, arkaik beyinde yer aldığı söylenen duygudurum sistemlerini karşılaştırmış ve oldukça güçlü ilişkiler bulmuşlardır. Beş faktör modelinde, Nörotisizmin tersi olarak görülen Duygusal Denge alt boyutu ile bu ölçekte yer alan Korku, Öfke ve Üzüntü sistemleri önemli ve negatif Şekilde ilişkilendirilmiştir. Dışadönüklük ile Oyun ve Sevgi arasında güçlü ve pozitif, Korku ve Üzüntü arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Gelişime açıklık alt boyutu Merakla, Uyumluluk alt boyutu ise Oyun

ve Sevgiyle pozitif, Korku ve Öfkeyle negatif ilişkilidir. Uyumluluk ile Korku, Öfke ve Üzüntü negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Davis vd., 2003). Kişilik ölçeğinin Türkiye’de gerçekleştirilen geçerlilik, güvenilirlik çalışmalarında da orijinal makalede bulunan ilişkiler doğrulanmıştır. Katılımcılarda Dışa Dönüklük alt boyutu ile Sevgi ve Oyun arasında anlamlı ve pozitif, Korku ve Üzüntü arasında anlamlı ve negatif ilişkiler tespit edilmiştir. Yumuşak Başlılık alt boyutu Sevgi ve Oyun ile güçlü ve pozitif, Öfke ile güçlü ve negatif ilişkilendirilmiştir. Sorumluluk ve Duygusal Denge alt boyutlarınsa Korku, Öfke ve Üzüntü ile negatif yönlü ilişkili olduğu belirtilmiştir. Son olarak Gelişime Açıklık alt boyutunun Merak ile pozitif yönlü ilişkisi gösterilmiştir (İçöz vd., 2012). Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin İspanya’da yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da Beş Faktör Modeliyle karşılaştırmalar yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Nörotisizm ile Korku, Öfke ve Üzüntü pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde, Dışadönüklük ile Merak, Sevgi ve Oyun pozitif ilişkili, Deneyime Açıklık alt boyutu ile Merak, Sevgi Oyun, Korku ve Üzüntü pozitif ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Son olarak Uyumluluk alt boyutunun Merak, Sevgi ve Oyunla pozitif, Öfke ile negatif yönlü ve çok güçlü şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Abella vd., 2011).

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği’ne yedinci duygudurum sistemi olarak dahil edilen Maneviyat ile Beş Faktör Modelinde bulunan alt boyutlar karşılaştırıldığında da farklı ilişkiler ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada Maneviyat ile Deneyime Açıklık, Uyumluluk ve Dışa Dönüklük pozitif ilişkili bulunmuştur (Davis vd., 2003). Maneviyat alt boyutu Amerikan örneğinde sadece Sevgi ve Merakla ilişkilendirilmişken, Türk örneğinde Oyun alt boyutu ile de ilişkili olduğu söylenmektedir. Türk katılımcılarda Oyun alt boyutu ile Maneviyatın ilişkili bulunması Türk toplumunun daha kolektivist bir yapıya sahip olması ile açıklanmıştır (Özkarar vd., 2012).

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği, yukarıda bahsedilen kişilik özellikleri kuramları arasında görece daha yeni ve konuya afektif sinirbilim perspektifinden yaklaşması açısından farklı bir yorum getirmiştir. Psikolojik bozukluklar ve tedavisi yönünden bakıldığında da içinde bulunduğumuz biyolojik psikiyatri ortamında ilaç tedavilerinin etkinliği noktasında görülen farklılıkların kişilik özelliklerindeki güçlü yanlar ve zayıflıklardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Cloninger, 1987; Cloninger vd., 2006). Bütün bunlar çalışmada kişilik özelliklerini değerlendirmek için Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin seçilmesinde etkili olmuştur.

### 2.4.3. Kişilik Özellikleri İle Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İlişkisi

Kişilik özelliklerindeki değişikliklerde, kişilerin güçlü ve zayıf yönlerinin açıklanmasında duygudurum sistemleri oldukça etkilidir. Bu nedenle, afektif sinirbilim araştırmacıları, duygudurum sistemleri hakkında içgörü kazanmanın, insan davranışları, savunma mekanizmaları, baş etme yolları ve psikopatolojiler ile ilgili olarak bizlere çok daha fazla bilgi vereceğini iddia etmektedirler (Davis vd., 2003).

Kişilik yapıları ve psikopatolojiler arasındaki ilişki uzun yıllardır araştırılmaktadır. Özellikle duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile kişilik yapılanmalarının ilişkisi farklı çalışmalara konu olmuş, aralarındaki ilişki ile ilgili net bir yorum yapılamamıştır (Clark vd., 1998; Cloninger, 1986; Eysenck, 1991; Larsen ve Ketelaar, 1991; Matsudaira ve Kitamura, 2006; Starcevic vd.,1996; Svrakic vd., 1992). Aralarındaki ilişki karmaşık olarak nitelendirilmiş çünkü psikopatolojilerin mi kişilik yapılanmasını etkilediği, kişilik yapılanmasının mı psikopatoloji yatkınlığı ya da oluşumuna neden olduğu yoksa bu ikisi arasında farklı bir nedenden kaynaklı bilinmeyen bir ilişki mi olduğu netleştirilememiştir (Hirschfeld,1999; Cloninger vd., 1998). Bu konu ile ilgili oldukça fazla sayıda çalışma yürüten Cloninger, psikiyatrik bozukluklara verilmiş olan farklı tepkilerle ilgili olarak oluşturduğu psikobiyolojik kuram çerçevesinde, psikiyatrik bozuklukların, kişilerin güçlü ve zayıf yanları ile ilgili olduğu yönünde açıklamalar yapmaktadır (Cloninger, 1987; Cloninger vd., 2006).

Konu ile ilgili farklı gruplarla çalışmalar yürütülmüştür. Örneğin, bir grup Japon üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada kişilik özelliklerinin depresyon ve anksiyete üzerine etkisi araştırılmıştır. Huy ve Karakter Anketi kullanılarak yapılan bu çalışmada bazı huy ve karakter boyutlarında görülen yükseliş ya da düşüşün depresyon ve anksiyeteyi yordadığı görülmüştür (Matsudaira and Kitamura, 2006). Benzer şekilde, genel popülasyonu temsil eden bir grup yetişkinle yapılan farklı bir çalışmada kişilik özelliklerinin farklılaşması ile farklı kişilik profilleri oluşturulmuş ve bunların da duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ne yazık ki, çalışma sonucunda nedensel bir ilişkiden bahsedilemeyeceği bu nedenle kişilik özellikleri ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkinin çeşitli ölçüm şekilleriyle farklılaşabileceği vurgulanmıştır (Cloninger vd., 1998). Bu çalışmalardan farklı olarak, duygudurum bozukluğu (major depresyon, bipolar bozukluk ve distimik bozukluk) tanısı alan kişiler üzerine yapılan araştırmaları gözden geçiren bir meta analizde 122 farklı çalışma incelenmiştir. Tanı alan gruplarda kişilik bozukluğu görülme

sıklığını araştıran bu çalışmada en az bir kişilik bozukluğu görülme sıklığının major depresyonda %45, bipolar bozuklukta %42 ve distimik bozuklukta %60 olduğu görülmüştür (Friborg vd., 2014). Bir diğer gözden geçirme yazısında, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmalarda benimsenen tanı metotları bir problem olarak belirtilmekle beraber, anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerde kişilik bozukluğu komorbiditesine yüksek oranda rastlandığı belirtilmiştir (Stein vd., 1993). Bu sonuçlar da kişilik özellikleri ile psikopatoloji arasında bir ilişki olduğu düşüncelerini kuvvetlendirmektedir.

Ülkemizde de kişilik özellikleri ile duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar yapılmıştır (Arslan vd., 2011; Kavurma, 2014; Uluşahin ve Uluğ, 1997; ok vd., 1998; ). Örneğin, bipolar bozukluk ve depresyon tanısı alan popülasyonla sağlıklı grubun mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, belirli mizaç özelliklerinin duygudurum bozukluğu tanısı alan kişilerde istatistiki olarak anlamlı derecede fazla görüldüğü belirlenmiştir. Mizaç zelliklerinin hastalık grubuna göre de farklılaştığı ayrıca vurgulanmıştır. Yani, hipertimik mizaç özellikleri sadece bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda görülürken, siklotimik mizaç özellikleri hasta gruplarında sağlıklı gruba oranla daha sık görülmektedir (Akdeniz vd., 2004). Diğer bir çalışmada, major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk tanısı alan 132 katılımcı ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 46 katılımcının mizaç ve karakter özellikleri incelenmiştir. Sağlıklı grupla karşılaştırıldığında, hasta gruplarında yüksek zarardan kaçınma ve düşük yenilik arayışı mizaç özellikleri gözlenmiştir. Ayrıca, yine sağlıklı gruba oranla, hasta grupta kendini yönetme karakter özelliğinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar da literatürle uyumlu olarak yorumlanmıştır (Kavurma, 2014). Psikiyatrik hastalık tanısı alanlarla yapılan çalışmaların yanında, fiziksel hastalığı olanların kişilik özellikleri açısından nasıl farklılaştığını konu edinen araştırmalar da literatürde yer almaktadır. Baysal ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan bir çalışmada, hipertansif kişilerin, hipertansiyon tanısı almayan kişilere kıyasla, daha anksiyeteli, huzursuz, üzerindeki baskıyı daha yoğun hisseden ve kendini daha az kontrol edebilen kişiler oldukları görülmüştür. Yine benzer bir çalışma, peptik ülser tanısı alan kişilerle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada peptik ülserli kişiler Eysenck Kişilik Envanteri kullanılarak değerlendirilmiş ve sağlıklı kişilere göre nörotisizm skalasından daha yüksek puan aldıkları vurgulanmıştır (Baysal vd., 1993).

Kişilik zellikleri ve psikopatoloji ilişkisi konusunda literatürde farklı çalışmaların yer aldığı yukarıda belirtilmişti. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alan kişilerde kişilik örüntülerinin araştırılmasının yanında, kişilik örüntülerinin ileride görülebilecek bir

psikopatolojinin erken habercisi olup olamayacağı da merak edilen sorulardandır. Cloninger ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen uzun dönem bir çalışmada katılımcıların kişilik özellikleri incelenmiş ve uzun dönemde depresyon tanısı alma durumları takip edilmiştir (Cloninger vd., 2006). Daha önce yine Cloninger ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada depresyonun belli kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cloninger vd., 1998). Bu çalışmada da aynı kişilik özelliklerinin depresyon ile ilişkili olduğu doğrulanmış, depresyon için öncü haberci olabilecekleri belirtilmiştir. Açıklamak gerekirse, zarardan kaçınma özelliği yüksek, kendini yönetme özelliği düşük kişilerin ileride depresyon tanısı alma ihtimali daha yüksek olarak yorumlanmıştır (Cloninger vd., 2006).

## **2.5.Araştırmanın Amacı**

İçinde bulunduğumuz yüzyılda psikolojik durumların fizyolojik hastalıklara etkisi daha iyi bilinmektedir. Birçok fiziksel problemin ve bağışıklık sisteminin, kişilerin diğer duyu durumları ve düşünceleriyle ilişkilerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çok sayıda hastalık arasında kronik hastalıklar süresi, etkisi ve diğer sosyal ve maddi maliyetleriyle incelenmesi en önemli olan hastalıklar arasında bulunmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıklar ve ruhsal bozuklukların ilişkisinin daha iyi bilinmesi için yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik hastalıklar ele alındığında da, ne tür kişilik özelliklerinin hangi hastalıklara etki ettiğinin bilinmesi, bu kişilerin önleyici tedavilerinin planlanması açısından özellikle önemlidir. Diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalıklarının yaygınlığı da düşünüldüğünde, bu alanda yapılacak bir çalışmanın sonuçları alandaki etkisi açısından da literatüre büyük bir katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı diyabet, hipertansiyon veya koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik yapılarının etkileşiminin incelenmesidir. Çalışma sonucunda alt değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri ile ilgili yorumlar yapabilmeyen ötesinde kronik hastalıklarda ruhsal sorunlarla ilgili önleyici çalışmalara katkı sağlanması da amaçlanmaktadır. Bu bağlamda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1) Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine sahip olan kişilerle birden fazla tanısı olan kişilerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2) Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine sahip olan kişilerle birden fazla tanısı olan kişilerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3) Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine sahip olan kişilerle birden fazla tanısı olan kişilerin kişilik yapıları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4) Hipertansiyon, diyabet ya da koroner arter hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapıları cinsiyete göre anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

5) Hipertansiyon, diyabet ya da koroner arter hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapıları eğitim düzeyine göre anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

6) Hipertansiyon, diyabet ya da koroner arter hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapıları medeni duruma göre anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

7) Hipertansiyon, diyabet ya da koroner arter hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapıları algılanan sosyoekonomik duruma göre anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

8) Hipertansiyon, diyabet ya da koroner arter hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapıları acile başvurma durumlarına göre anlamlı derecede farklılaşmakta mıdır?

9) Afektif sinirbilim kişilik özellikleri alt boyutları Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını yordamakta mıdır?

10) Afektif sinirbilim kişilik özellikleri alt boyutları Beck Depresyon Envanteri puanlarını yordamakta mıdır?

## **2.6.Araştırmanın Sayıtları**

Katılımcıların ölçekleri içtenlikle ve doğruyu yansıtacak şekilde dolduracakları kabul edilmektedir. Çalışmanın diğer bir önemli varsayımı ise araştırmada kullanılan ölçeklerin istenilen özellikleri ölçecek nitelikte olduğudur.

## **2.7.Araştırmanın Sınırlılıkları**



Çalışma Mersin'in Silifke ilçesi merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilecektir. Bu durum sonuçların genellenmesi anlamında bir kısıtlılığa neden olacaktır. Ayrıca, bu araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 199 kişinin verdiği cevaplar ile sınırlıdır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

Bu bölümde araştırmaya katılan kişilerin özellikleri, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının özellikleri ve ölçeklerin uygulanması sırasında izlenen yöntem anlatılmaktadır.

#### 3.1.Örnekleme

Bu çalışmada katılımcılar Mersin'in Silifke ilçesinde merkez aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalardan oluşturulmuştur. Katılımcıların araştırmaya dahil edilebilmeleri için hipertansiyon, diyabet veya koroner arter hastalıklarından en az biri için en az 1 yıl önce tanı almış olmaları şartı aranmıştır. Ayrıca 18 yaşını doldurmuş olmaları da aranan özelliklerden bir diğeridir. Araştırmaya hem erkek hem de kadın hastalar katılmıştır. Kişilerin formları anlayabilecek bilişsel yetkinlikte olmaları aranmıştır fakat görmek ya da okumakla ilgili problem yaşanması durumunda bir yakınlarının kendilerine yardımcı olmaları kabul edilmiştir. Bütün bu ölçütler göz önünde bulundurularak yaş ortalaması 58 olan 119 kadın, 80 erkek olmak üzere toplam 199 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir.

#### 3.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplamak için “Sosyodemografik Bilgi Formu” (Ek. 2), “Beck Depresyon Ölçeği” (Ek. 3), “Beck Anksiyete Ölçeği” (Ek. 4) ve “Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği” (Ek. 5) kullanılmıştır.

##### 3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmamızda katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yönelik bir form hazırlanarak kullanılmıştır. Gerekli ve yeterli bilgiye ulaşabilmek için form hazırlama aşamasında hem literatür taranmış hem de kronik hastalıklar ile ilgili olarak hekimlere danışılmıştır. Bu formda kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi bilgileri sorulmuştur. Bunların yanında, araştırma konusu ile bağlantılı olarak, kişilerin hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından hangileri için tanı aldıkları, ilaç kullanım durumları,

acile başvuru veya hastane yatışı yapıp yapmadıkları, genel aktivite düzeyleri ve herhangi bir başka hastalıklarının olup olmadığı sorulmuştur (Bkz. Ek.2).

### **3.2.2. Beck Depresyon Envanteri**

Beck Depresyon Envanteri, Beck ve arkadaşları tarafından (1961) geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Depresyonun belirtilerini tarama ve değerlendirme alanında kullanılabilecek materyal eksikliğinden yola çıkılarak Beck Depresyon Envanteri oluşturulmuştur. Klinik ortamda pratik kullanımı sağlayabilecek, depresyon düzeyini taramaya yönelik bir materyal olarak geliştirilmiş, depresyon için başka bir ölçek olmadığından Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin depresyon skalası ile karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri'nin güvenilirliği 0.74, geçerliği 0.75 olarak bulunmuştur.

Ölçek 1978 yılında Beck ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir (Beck, 1984). 0-3 arasında puanlanan 21 maddeden oluşan, dörtlü likert tipte bir ölçek halini almıştır. Grup uygulamalarına uygun hale gelmiştir. Formda 0 ile 63 arasında puan alınabilmekte, puanın yükselmesi depresyon belirtisinin şiddetinin arttığını göstermektedir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiş ve ölçekten alınan 17 üstü puanların %90 üzeri doğrulukla depresyonu ayırt edebildiği gösterilmiştir. Ölçeğin tanı koymak için kullanımının doğru olmadığı savunulmuştur (Hisli, 1988).

Beck Depresyon Envanteri'nin Türkçe uyarlaması Tegin (1980) tarafından gerçekleştirilmiştir. 1989 yılında, Hisli tarafından bu formun geçerlik, güvenilirlik çalışmaları yeniden yapılmış ve günümüzde kullanılmakta olan halini almıştır. Hisli (1989) tarafından üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen çalışma sonucunda ölçeğin test yarılama güvenilirliği 0.74 ve iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu geçerlik ve güvenilirlik katsayıları formun farklı dillere uyarlama çalışmaları ile tutarlıdır.

### **3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından (1988), kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde 0-3 arası puanlanmaktadır. Kişiler her maddede hiç

(0), hafif düzeyde (1), orta düzeyde (2) ve ciddi düzeyde (3) seçeneklerinden kendileri için en uygun olanı işaretlemektedirler. Alınan puan arttıkça kişinin anksiyete seviyesinin arttığı yönünde yorumlanan bir tür öz bildirim ölçeğidir. Belirtilen bir kesme puanı yoktur ancak 0-7 puan aralığında normal anksiyete seviyesi, 8-15 puan aralığında hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığında orta düzeyde anksiyete ve 26- 63 puan aralığında şiddetli anksiyete seviyesi olarak yorumlanabilir. Tanı koymak amacıyla kullanılmayacağı belirtilmiştir (Aydoğan vd., 2012; Ulusoy vd., 1998).

### **3.2.4. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği**

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği Davis ve arkadaşları tarafından (2003), kişilik çeşitliliğinin büyük oranda beyindeki altı farklı duygudurum sistemdeki kuvvetli yönler veya zayıflıklardan kaynaklandığı hipotezinden hareketle oluşturulmuştur. Ölçek 110 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler oyun, merak, sevgi, öfke, üzüntü, korku ve maneviyat olarak belirtilmiştir. Her maddenin 1 ile 4 arasında puan aldığı dördümlük likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği Beş Faktör Modeline göre oluşturulmuş olan Goldberg-70 Kişilik Ölçeği ile karşılaştırılmış ve sonuçlar arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur. Beş faktör modelinde, Nörotisizmin tersi olarak görülen Duygusal Denge alt boyutu ile bu ölçekte yer alan Korku, Öfke ve Üzüntü sistemleri önemli ve negatif şekilde ilişkili bulunmuştur. Dışadönüklük ile Oyun ve Sevgi arasında güçlü ve pozitif, Korku ve Üzüntü arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Deneyime açıklık alt boyutu Merakla, Uyumluluk alt boyutu ise Oyun ve Sevgiyle pozitif, Korku ve Öfkeyle negatif şekilde ilişkilendirilmiştir. Uyumluluk ile Korku, Öfke ve Üzüntü negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Davis vd., 2003).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması İçöz (2012) tarafından yapılmıştır. Orijinal makalede anlatılan analizler aynı şekilde takip edilmiştir. Geçerlilik çalışmaları için ölçek Goldberg- 70 Kişilik Ölçeği ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin Türkçe formu geçerli ve güvenilir olarak değerlendirilmiştir.

### **3.3. İşlem**

Bilgilendirilmiş onam formu (Ek. 1) ve ölçeklerin basılı birer kopyaları aile sağlığı merkezine başvuran hastalara araştırmacı tarafından dağıtılmıştır. Ölçeklerin kişiye verilmesi

sırasında gerekli bilgilendirme yapılmış, araştırmanın amacı, dikkat edilmesi gereken noktalar ve gerekli görürlerse araştırmacıya nasıl ulaşabilecekleri bilgisi yazılı olarak verilmesinin dışında sözlü olarak da belirtilmiştir. Ayrıca, rahatsız oldukları bir durum olursa çalışmayı yarıda bırakabilecekleri bilgisi de yazılı ve sözlü olarak bildirilmiştir. Katılımcılar doldurmuş oldukları formları aile hekimlerine bırakarak çalışmayı tamamlamışlardır. Araştırma verileri, yukarıda açıklandığı şekilde bir süreç sonunda elde edilmiştir. Toplanan veriler SPSS 22.0 (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

### **3.4. Verilerin Analizi**

Araştırmaya katılan 273 kişiden 74'ü Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği'ni doldurmamış ve bu nedenle verileri analiz dışında bırakılmıştır. Başka katılımcılar tarafından kişilik ölçeğinin anlaşılması zor olduğuna dair geri dönüşler alındığından boş bırakanların da anlamakta güçlük çektikleri için bırakmış olabilecekleri düşünülmüştür. Analizler kalan 199 kişi üzerinden yapılmıştır. Hipotez sınamalarında anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak seçilmiştir. Elde edilen veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarına göre, bağımsız örneklem t-testi analizi kullanılmıştır. İki'den fazla olan grupların aldıkları puanların ortalamalarını karşılaştırmak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi, bağımlı değişken üzerinde yordayıcı etki olup olmadığını tespit etmek için ise Regresyon Analizi kullanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE YORUM

#### 4.1. Örnekleme Ait Sosyodemografik Bilgiler

Araştırmanın örneklemini oluşturan 199 katılımcıya ait sosyodemografik bilgilere ilişkin frekans ve yüzde dağılımları aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

Araştırmaya 119 (%59.8) kadın ve 80 (%40.2) erkek dahil olmuştur ve katılımcıların yaş ortalaması  $58.02 \pm 10.99$  olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların 164’ü (%82.4) evli, 14’ü (%7.0) bekar, 21 (%10.6) katılımcı ise medeni durumunu diğer olarak işaretlemiştir.

Eğitim durumuna baktığımız zaman; 71 (%35.7) katılımcı okur-yazar değil, 41 (%20.6) kişi ilköğretim mezunu, 26 (%13.1) kişi lise mezunu ve 61 (%30.7) kişi ise üniversite mezunudur.

Katılımcıların çoğunluğu düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahiptir (n=81, %40.7). Katılımcıların 35’i (%17.6), 59’u (%29.6) orta, 22’si (%11.1) orta-üst ve 2’si (%1.0) üst sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılanların çoğunluğu sadece kronik Hipertansiyon hastasıdır (n=75, %37.7). Sadece diyabeti olan 35 (%17.6) kişi, Koroner Arter Hastalığı olan 7 (%3.5) kişi, Hipertansiyon ve Diyabeti olan 54 (%27.1) kişi, Hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığı olan 12 (%6.0) kişi, Diyabet ve Koroner Arter Hastalığı olan 5 (%2.5) kişi ve Hipertansiyon, Diyabet, Koroner Arter Hastalığı’nın üçüne de sahip olan 11 (%5.5) katılımcı vardır.

Katılımcıların 181’i (%91.0) sahip olduğu hastalık veya hastalıklar için düzenli ilaç kullanırken 18’i (%9.0) düzenli ilaç kullanmamaktadır. Aynı zamanda 80 (%40.2) kişi bu hastalık(lar) için acile başvurmak durumunda kalırken 119 (%59.8) kişi ise hiç acile başvurmak durumunda kalmamıştır. 66 (%33.2) katılımcı bu hastalık(lar) için hastanede yatmış 133 (%66.8) katılımcı ise hastanede yatmamıştır.

Katılımcıların 40’i (%20.1) Depresyon, 12’si (6.0) Anksiyete bozukluğu, 10’u (%5.0) Panik Atak bozukluğu, 3’ü (%1.5) Bipolar psikiyatrik tanısı almıştır.

**Tablo 1. Örneklemen Sosyodemografik Bilgileri**

|   | <b>Ort.</b> | <b>S.s</b> |
|---|-------------|------------|
| Yaş                                     | 58.02       | 10.99      |
|   | <b>N</b>    | <b>%</b>   |
| <b>Cinsiyet</b>                         |             |            |
| Kadın                                   | 119         | 59.8       |
| Erkek                                   | 80          | 40.2       |
| <b>Medeni Durumu</b>                    |             |            |
| Evli                                    | 164         | 82.4       |
| Bekar                                   | 14          | 7.0        |
| Diğer                                   | 21          | 10.6       |
| <b>Eğitim Durumu</b>                    |             |            |
| Okur-Yazar Değil                        | 71          | 35.7       |
| İlköğretim                              | 41          | 20.6       |
| Lise                                    | 26          | 13.1       |
| Üniversite                              | 61          | 30.7       |
| <b>Sosyoekonomik Düzey</b>              |             |            |
| Düşük                                   | 35          | 17.6       |
| Düşük-Orta                              | 81          | 40.7       |
| Orta                                    | 59          | 29.6       |
| Orta-Üst                                | 22          | 11.1       |
| Üst                                     | 2           | 1.0        |
| <b>Hastalık</b>                         |             |            |
| Hipertansiyon                           | 75          | 37.7       |
| Diyabet                                 | 35          | 17.6       |
| Koroner Arter Hastalıkları              | 7           | 3.5        |
| Hipertansiyon ve Diyabet                | 54          | 27.1       |
| Hipertansiyon ve Koroner Arter          | 12          | 6.0        |
| Diyabet ve Koroner Arter                | 5           | 2.5        |
| Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter | 11          | 5.5        |
| <b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>           |             |            |
| Evet                                    | 181         | 91.0       |
| Hayır                                   | 18          | 9.0        |
| <b>Acile Başvuru</b>                    |             |            |
| Evet                                    | 80          | 40.2       |
| Hayır                                   | 119         | 59.8       |
| <b>Hastanede Yatma</b>                  |             |            |
| Evet                                    | 66          | 33.2       |
| Hayır                                   | 133         | 66.8       |
| <b>Psikiyatrik Tanı</b>                 |             |            |
| Depresyon                               | 40          | 20.1       |
| Anksiyete                               | 12          | 6.0        |
| Panik Atak B.                           | 10          | 5.0        |
| Bipolar                                 | 3           | 1.5        |

#### 4.2. Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

|                    | <b>Cinsiyet</b> | <b>N</b> | <b>Ort.</b> | <b>S.s.</b> | <b>S.D.</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|--------------------|-----------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|----------|
| <b>Merak</b>       | Kadın           | 119      | 20.66       | 3.58        | 197         | -1.782   | 0.076    | -0.254   |
|                    | Erkek           | 80       | 21.63       | 3.93        |             |          |          |          |
| <b>Korku</b>       | Kadın           | 119      | 23.66       | 4.42        | 197         | 2.865    | 0.005    | 0.408    |
|                    | Erkek           | 80       | 21.85       | 4.31        |             |          |          |          |
| <b>Sevgi</b>       | Kadın           | 119      | 25.50       | 4.62        | 197         | 0.025    | 0.980    | 0.004    |
|                    | Erkek           | 80       | 25.49       | 4.60        |             |          |          |          |
| <b>Öfke/Hiddet</b> | Kadın           | 119      | 23.12       | 5.28        | 197         | 0.744    | 0.458    | 0.106    |
|                    | Erkek           | 80       | 22.60       | 4.47        |             |          |          |          |
| <b>Oyun</b>        | Kadın           | 119      | 20.47       | 5.10        | 197         | -2.052   | 0.035    | -0.292   |
|                    | Erkek           | 80       | 21.89       | 4.24        |             |          |          |          |
| <b>Üzüntü</b>      | Kadın           | 119      | 21.28       | 3.80        | 197         | 0.650    | 0.517    | 0.093    |
|                    | Erkek           | 80       | 20.91       | 4.00        |             |          |          |          |
| <b>Maneviyat</b>   | Kadın           | 119      | 21.41       | 3.81        | 197         | 0.666    | 0.506    | 0.095    |
|                    | Erkek           | 80       | 21.00       | 4.89        |             |          |          |          |
| <b>Toplam BDE</b>  | Kadın           | 119      | 17.97       | 8.87        | 197         | 4.922    | 0.000    | 0.701    |
|                    | Erkek           | 80       | 11.69       | 8.75        |             |          |          |          |
| <b>Toplam BAÖ</b>  | Kadın           | 119      | 15.37       | 10.62       | 197         | 2.445    | 0.015    | 0.348    |
|                    | Erkek           | 80       | 11.49       | 11.49       |             |          |          |          |

BDE. Beck Depresyon Envanteri  
BAÖ. Beck Anksiyete Ölçeği

Yapılan analiz sonuçlarına göre; Erkek ve kadın katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Korku alt boyutu [ $t(197)=2.865$ ,  $p<0.01$ ,  $d=0.408$ ] ve Oyun alt boyutu [ $t(197)=-2.052$ ,  $p<0.05$ ,  $d=-0.292$ ] puan ortalamaları ile Beck Depresyon Envanteri



[ $t(197)=4.922$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.701$ ] ve Beck Anksiyete Ölçeği [ $t(197)=2.245$ ,  $p<0.05$ ,  $d=0.348$ ] puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Erkek katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Oyun alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.89$ ) kadın katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=20.47$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Kadın katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Korku alt boyutu, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları (sırasıyla,  $\bar{x}=23.66$ ,  $\bar{x}=17.97$  ve  $\bar{x}=15.37$ ), erkeklerin puan ortalamalarından (sırasıyla,  $\bar{x}=21.85$ ,  $\bar{x}=11.69$  ve  $\bar{x}=11.49$ ) daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.3. Kişilik Özelliklerinin Kronik Hastalıklardan Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Katılımcıların Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 3'te, Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

|                    |  | N   | Ort.  | SS   |
|--------------------|--|-----|-------|------|
| <b>Merak</b>       | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 21.23 | 3.63 |
|                    | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 21.24 | 3.80 |
|                    | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 17.91 | 3.67 |
|                    | Toplam   | 199 | 21.05 | 3.75 |
| <b>Korku</b>       | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 22.65 | 4.29 |
|                    | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 23.30 | 4.63 |
|                    | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 23.64 | 5.26 |
|                    | Toplam   | 199 | 22.93 | 4.46 |
| <b>Sevgi</b>       | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 25.93 | 4.37 |
|                    | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 24.73 | 4.29 |
|                    | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 25.82 | 7.90 |
|                    | Toplam   | 199 | 25.50 | 4.60 |
| <b>Öfke/Hiddet</b> | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 23.03 | 5.01 |
|                    | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 22.27 | 4.53 |
|                    | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 25.82 | 6.40 |
|                    | Toplam   | 199 | 22.91 | 4.97 |

|                  |  |     |       |      |
|------------------|--|-----|-------|------|
| <b>Oyun</b>      | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 21.56 | 4.84 |
|                  | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 20.24 | 4.64 |
|                  | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 20.73 | 5.39 |
|                  | Toplam   | 199 | 21.04 | 4.81 |
| <b>Üzüntü</b>    | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 20.91 | 3.89 |
|                  | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 21.25 | 3.87 |
|                  | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 22.64 | 3.70 |
|                  | Toplam   | 199 | 21.13 | 3.88 |
| <b>Maneviyat</b> | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 21.43 | 4.49 |
|                  | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 20.55 | 3.65 |
|                  | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 23.82 | 4.77 |
|                  | Toplam   | 199 | 21.25 | 4.27 |

**Tablo 4.** Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

|                         | Varyans Kaynağı | Kareler Toplamı | Sd  | Kareler Ortalaması | F     | p     | $\eta^2$ | Fark       |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----|--------------------|-------|-------|----------|------------|
| <b>Merak</b>            | Gruplar arası   | 114.890         | 2   | 57.445             | 4.216 | 0.016 | 0.04     | A>C<br>B>C |
|                         | Grup içi        | 2670.608        | 196 | 13.626             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2785.497        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Korku</b>            | Gruplar arası   | 24.184          | 2   | 12.092             | 0.606 | 0.547 | 0.01     |            |
|                         | Grup içi        | 3911.967        | 196 | 19.959             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3936.151        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Sevgi</b>            | Gruplar arası   | 64.744          | 2   | 32.372             | 1.538 | 0.217 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 4125.005        | 196 | 21.046             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4189.749        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Öfke/<br/>Hiddet</b> | Gruplar arası   | 123.897         | 2   | 61.948             | 2.549 | 0.081 | 0.03     |            |
|                         | Grup içi        | 4762.475        | 196 | 24.298             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4886.372        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Oyun</b>             | Gruplar arası   | 77.678          | 2   | 38.839             | 1.687 | 0.188 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 4512.000        | 196 | 23.020             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4589.678        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Üzüntü</b>           | Gruplar arası   | 31.476          | 2   | 15.738             | 1.047 | 0.353 | 0.01     |            |
|                         | Grup içi        | 2945.127        | 196 | 15.026             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2976.603        | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Maneviyat</b>        | Gruplar arası   | 111.088         | 2   | 55.544             | 3.112 | 0.047 | 0.03     | C>B        |
|                         | Grup içi        | 3497.846        | 196 | 17.846             |       |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3608.935        | 198 |                    |       |       |          |            |

Yapılan analiz sonuçlarına göre; Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Merak alt boyutu puan ortalamalarının kişilerin hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından hangilerine sahip oldukları değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [F(2,196)=4.216, p<0.05,  $\eta^2=0.04$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Hastalıklardan birine sahip katılımcıların Merak alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.23$ , SS=3.63) hastalıkların üçüne sahip katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=17.91$ , SS=3.67) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastalıkların ikisine sahip katılımcıların Merak alt boyutu

puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.24$ ,  $SS=3.80$ ) hastalıkların üçüne sahip katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=17.91$ ,  $SS=3.67$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Maneviyat alt boyutu puan ortalamalarının kişilerin hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından hangilerine sahip oldukları değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(2,196)=3.112$ ,  $p<0.05$ ,  $\eta^2=0.03$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Hastalıkların üçüne sahip katılımcıların Maneviyat alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=23.82$ ,  $SS=4.77$ ) hastalıklardan ikisine sahip katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=20.55$ ,  $SS=3.65$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

#### **4.4. Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Kronik Hastalıklardan Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Hangilerine Sahip Oldukları Değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 5'te, Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 5.**BDE ve BAÖ Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

|                   |  | N   | Ort.  | SS    |
|-------------------|--|-----|-------|-------|
| <b>Toplam BDE</b> | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 13.87 | 9.25  |
|                   | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 17.11 | 8.87  |
|                   | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 21.36 | 9.55  |
|                   | Toplam   | 199 | 15.44 | 9.33  |
| <b>Toplam BAÖ</b> | A. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Birine Sahip Olan Grup     | 117 | 12.12 | 10.66 |
|                   | B. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından iki Tanesi Sahip Olan Grup | 71  | 15.08 | 11.21 |
|                   | C. Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Üçüne Sahip Olan Grup      | 11  | 23.55 | 10.03 |
|                   | Toplam   | 199 | 13.81 | 11.12 |

**Tablo 6.**BDE ve BAÖ Puan Ortalamalarının Kişilerin Hipertansiyon, Diyabet ve Koroner Arter Hastalıklarından Kaçına Sahip Oldukları Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

|                   | Varyans Kaynağı | Kareler Toplamı | Sd  | Kareler Ortalaması | F     | p     | $\eta^2$ | Fark       |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----|--------------------|-------|-------|----------|------------|
| <b>Toplam BDE</b> | Gruplar arası   | 872.364         | 2   | 436.182            | 5.229 | 0.006 | 0.05     | C>A        |
|                   | Grup içi        | 16350.721       | 196 | 83.422             |       |       |          |            |
|                   | Toplam          | 17223.085       | 198 |                    |       |       |          |            |
| <b>Toplam BAÖ</b> | Gruplar arası   | 1492.199        | 2   | 746.099            | 6.363 | 0.002 | 0.06     | C>A<br>C>B |
|                   | Grup içi        | 22980.545       | 196 | 117.248            |       |       |          |            |
|                   | Toplam          | 24472.744       | 198 |                    |       |       |          |            |

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından birine, ikisine ya da her üçüne sahip olma değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur [ $F(2,196)=5.229$ ,  $p<0.01$ ,  $\eta^2=0.05$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına baktığımızda hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından üçüne sahip olan grubun puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.36$ ,  $SS=9.55$ ), hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine sahip olan grubun puan ortalamalarından ( $\bar{x}=13.87$ ,  $SS=9.25$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine, ikisine ya da her üçüne sahip olma değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur [ $F(2,196)=6.363$ ,  $p<0.005$ ,  $\eta^2=0.06$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına baktığımızda hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından üçüne sahip olan grubun puan ortalamaları ( $\bar{x}=23.55$ ,  $SS=10.03$ ) hem hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından yalnızca birine sahip olan grubun puan ortalamalarından ( $\bar{x}=12.12$ ,  $SS=10.66$ ) hem de hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından ikisine sahip olan grubun puan ortalamalarından ( $\bar{x}=15.08$ ,  $SS=11.21$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur.

#### **4.5. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Acile Başvurma Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Çalışmaya katılan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının acile başvurma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Acile Başvurma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

|                    | <b>Acile Başvuru</b> | <b>N</b> | <b>Ort.</b> | <b>S.s.</b> | <b>S.D.</b> | <b>t</b> | <b>p</b> | <b>d</b> |
|--------------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|----------|
| <b>Merak</b>       | Evet                 | 80       | 21.15       | 4.08        | 197         | 0.307    | 0.759    | 0.045    |
|                    | Hayır                | 119      | 20.98       | 3.53        |             |          |          |          |
| <b>Korku</b>       | Evet                 | 80       | 23.39       | 4.44        | 197         | 1.176    | 0.241    | 0.171    |
|                    | Hayır                | 119      | 22.63       | 4.47        |             |          |          |          |
| <b>Sevgi</b>       | Evet                 | 80       | 25.26       | 4.72        | 197         | -0.590   | 0.556    | -0.086   |
|                    | Hayır                | 119      | 25.66       | 4.53        |             |          |          |          |
| <b>Öfke/Hiddet</b> | Evet                 | 80       | 23.11       | 4.61        | 197         | 0.472    | 0.638    | 0.069    |
|                    | Hayır                | 119      | 22.77       | 5.21        |             |          |          |          |
| <b>Oyun</b>        | Evet                 | 80       | 20.80       | 4.96        | 197         | -0.576   | 0.565    | -0.083   |
|                    | Hayır                | 119      | 21.20       | 4.73        |             |          |          |          |
| <b>Üzüntü</b>      | Evet                 | 80       | 21.30       | 3.66        | 197         | 0.504    | 0.615    | 0.073    |
|                    | Hayır                | 119      | 21.02       | 4.03        |             |          |          |          |
| <b>Maneviyat</b>   | Evet                 | 80       | 20.75       | 4.54        | 197         | -1.347   | 0.179    | -0.193   |
|                    | Hayır                | 119      | 21.58       | 4.06        |             |          |          |          |
| <b>Toplam BDE</b>  | Evet                 | 80       | 17.10       | 9.51        | 197         | 2.073    | 0.039    | 0.298    |
|                    | Hayır                | 119      | 14.33       | 9.07        |             |          |          |          |
| <b>Toplam BAÖ</b>  | Evet                 | 80       | 16.64       | 12.28       | 197         | 2.877    | 0.005    | 0.425    |
|                    | Hayır                | 119      | 11.91       | 9.86        |             |          |          |          |

BDE. Beck Depresyon Envanteri  
BAÖ. BeckAnksiyete Ölçeği

Yapılan analiz sonuçlarına göre; acile başvuru durumuna göre katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Acile başvurma durumuna göre katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur [ $t(197)=2.073$ ,  $p<0.05$ ,  $d=0.298$ ].

Kronik hastalığı ile ilgili acile başvuran katılımcıların BDE puan ortalamaları ( $\bar{x}=17.10$ ), acile başvurmayan katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=14.33$ ) daha yüksek bulunmuştur.

Acile başvurma durumuna göre katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur [ $t(197)=2.877$ ,  $p<0.01$ ,  $d=0.425$ ]. Kronik hastalığı ile ilgili acile başvuran katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan



ortalamları ( $\bar{x}=16.64$ ), acile başvurmayan katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=11.91$ ) daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.6. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 8’de Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) sonuçları ise Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

|                    |                     | N   | Ort.  | SS    |
|--------------------|---------------------|-----|-------|-------|
| <b>Merak</b>       | A. Okur Yazar Değil | 71  | 19.94 | 3.75  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 21.24 | 3.94  |
|                    | C. Lise             | 26  | 22.38 | 3.86  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 21.64 | 3.30  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.05 | 3.75  |
| <b>Korku</b>       | A. Okur Yazar Değil | 71  | 24.30 | 3.74  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 23.73 | 4.99  |
|                    | C. Lise             | 26  | 21.85 | 3.33  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 21.28 | 4.71  |
|                    | Toplam              | 199 | 22.93 | 4.46  |
| <b>Sevgi</b>       | A. Okur Yazar Değil | 71  | 25.94 | 4.50  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 25.39 | 5.56  |
|                    | C. Lise             | 26  | 25.58 | 5.45  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 25.02 | 3.57  |
|                    | Toplam              | 199 | 25.50 | 4.60  |
| <b>Öfke/Hiddet</b> | A. Okur Yazar Değil | 71  | 23.76 | 4.85  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 23.85 | 4.62  |
|                    | C. Lise             | 26  | 23.62 | 4.60  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 20.98 | 5.05  |
|                    | Toplam              | 199 | 22.91 | 4.97  |
| <b>Oyun</b>        | A. Okur Yazar Değil | 71  | 19.48 | 4.69  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 20.90 | 5.39  |
|                    | C. Lise             | 26  | 21.58 | 2.73  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 22.72 | 4.73  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.04 | 4.81  |
| <b>Üzüntü</b>      | A. Okur Yazar Değil | 71  | 21.46 | 3.23  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 21.88 | 4.07  |
|                    | C. Lise             | 26  | 20.46 | 3.00  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 20.52 | 4.64  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.13 | 3.88  |
| <b>Maneviyat</b>   | A. Okur Yazar Değil | 71  | 21.30 | 3.70  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 21.37 | 3.77  |
|                    | C. Lise             | 26  | 20.65 | 4.57  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 21.36 | 5.08  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.25 | 4.27  |
| <b>Toplam BDE</b>  | A. Okur Yazar Değil | 71  | 19.94 | 8.81  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 18.59 | 9.74  |
|                    | C. Lise             | 26  | 12.62 | 5.92  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 9.30  | 6.79  |
|                    | Toplam              | 199 | 15.44 | 9.33  |
| <b>Toplam BAÖ</b>  | A. Okur Yazar Değil | 71  | 14.48 | 9.65  |
|                    | B. İlköğretim       | 41  | 20.00 | 13.21 |
|                    | C. Lise             | 26  | 12.12 | 7.73  |
|                    | D. Üniversite       | 61  | 9.59  | 10.58 |
|                    | Toplam              | 199 | 13.81 | 11.12 |

**Tablo 9.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

|                         | Varyans Kaynağı | Kareler Toplamı | Sd  | Kareler Ortalaması | F      | p     | $\eta^2$ | Fark       |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----|--------------------|--------|-------|----------|------------|
| <b>Merak</b>            | Gruplar arası   | 155.942         | 3   | 51.981             | 3.855  | 0.010 | 0.06     | C>A<br>D>A |
|                         | Grup içi        | 2629.555        | 195 | 13.485             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2785.497        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Korku</b>            | Gruplar arası   | 355.666         | 3   | 118.555            | 6.457  | 0.000 | 0.09     | A>D<br>B>D |
|                         | Grup içi        | 3580.484        | 195 | 18.361             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3936.151        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Sevgi</b>            | Gruplar arası   | 28.888          | 3   | 9.629              | 0.451  | 0.717 | 0.01     |            |
|                         | Grup içi        | 4160.861        | 195 | 21.338             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4189.749        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Öfke/<br/>Hiddet</b> | Gruplar arası   | 327.183         | 3   | 109.061            | 4.665  | 0.004 | 0.07     | A>D<br>B>D |
|                         | Grup içi        | 4559.189        | 195 | 23.380             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4886.372        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Oyun</b>             | Gruplar arası   | 353.742         | 3   | 117.914            | 5.428  | 0.001 | 0.08     | D>A        |
|                         | Grup içi        | 4235.937        | 195 | 21.723             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4589.678        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Üzüntü</b>           | Gruplar arası   | 64.876          | 3   | 21.625             | 1.448  | 0.230 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 2911.727        | 195 | 14.932             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2976.603        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Maneviyat</b>        | Gruplar arası   | 10.684          | 3   | 3.561              | 0.193  | 0.901 | 0.00     |            |
|                         | Grup içi        | 3598.251        | 195 | 18.453             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3608.935        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Toplam<br/>BDE</b>   | Gruplar arası   | 4356.517        | 3   | 1452.172           | 22.008 | 0.000 | 0.25     | A>C<br>A>D |
|                         | Grup içi        | 12866.568       | 195 | 65.982             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 17223.085       | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Toplam<br/>BAÖ</b>   | Gruplar arası   | 2763.617        | 3   | 921.206            | 8.275  | 0.000 | 0.11     | A>D<br>B>D |
|                         | Grup içi        | 21709.126       | 195 | 111.329            |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 24472.744       | 198 |                    |        |       |          |            |

Yapılan analiz sonuçlarına göre; Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Merak alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.  $[F(3,195)=3.855, p<0.05, \eta^2=0.06]$ . Farklılıkların hangi ikili gruplardan

kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; lise mezunlarının Merak puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =22.38, SS=3.86) okur-yazar olmayan ( $\bar{x}$ =19.94, SS=3.75) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunlarının Merak puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =21.64, SS=3.30) okur-yazar olmayan ( $\bar{x}$ =19.94, SS=3.75) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Korku alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=6.457$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.09$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan katılımcıların Korku alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =24.30, SS=3.74) üniversite mezunu ( $\bar{x}$ =21.28, SS=4.71) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu katılımcıların Korku alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =23.73, SS=4.99) üniversite mezunu ( $\bar{x}$ =21.28, SS=4.71) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Öfke/Hiddet alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=4.665$ ,  $p<0.005$ ,  $\eta^2=0.07$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan katılımcıların Öfke/Hiddet alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =23.76, SS=4.85) üniversite mezunu ( $\bar{x}$ =20.98, SS=5.05) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu katılımcıların Öfke/Hiddet alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =23.85, SS=4.62) üniversite mezunu ( $\bar{x}$ =20.98, SS=5.05) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Oyun alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=5.428$ ,  $p<0.005$ ,  $\eta^2=0.08$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Üniversite mezunu katılımcıların Oyun alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =22.72, SS=4.73) okur-yazar olmayan ( $\bar{x}$ =19.48, SS=4.69) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=22.008, p<0.001, \eta^2=0.25$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ( $\bar{x}=19.94, SS=8.81$ ) lise mezunu ( $\bar{x}=12.62, SS=5.92$ ) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Okur-yazar olmayan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ( $\bar{x}=19.94, SS=8.81$ ) üniversite mezunu ( $\bar{x}=9.30, SS=6.79$ ) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=8.275, p<0.001, \eta^2=0.11$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=14.48, SS=9.65$ ) üniversite mezunu ( $\bar{x}=9.59, SS=10.58$ ) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=20.00, SS=13.21$ ) üniversite mezunu ( $\bar{x}=9.59, SS=10.58$ ) katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

#### **4.7. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 10'da, Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 10.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sınırbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

|   |          | <b>N</b> | <b>Ort.</b> | <b>SS</b> |
|---|----------|----------|-------------|-----------|
| <b>Merak</b>  | A. Evli  | 164      | 21.21       | 3.61      |
|   | B. Bekar | 14       | 21.64       | 4.16      |
|   | C. Diğer | 21       | 19.43       | 4.33      |
|   | Toplam   | 199      | 21.05       | 3.75      |
| <b>Korku</b>  | A. Evli  | 164      | 22.79       | 4.25      |
|   | B. Bekar | 14       | 20.71       | 2.79      |
|   | C. Diğer | 21       | 25.57       | 5.79      |
|   | Toplam   | 199      | 22.93       | 4.46      |
| <b>Sevgi</b>  | A. Evli  | 164      | 25.72       | 4.61      |
|   | B. Bekar | 14       | 23.57       | 1.55      |
|   | C. Diğer | 21       | 25.05       | 5.63      |
|   | Toplam   | 199      | 25.50       | 4.60      |
| <b>Öfke/Hiddet</b>  | A. Evli  | 164      | 22.93       | 5.14      |
|   | B. Bekar | 14       | 21.43       | 3.98      |
|   | C. Diğer | 21       | 23.76       | 4.07      |
|   | Toplam   | 199      | 22.91       | 4.97      |
| <b>Oyun</b>   | A. Evli  | 164      | 21.52       | 4.51      |
|   | B. Bekar | 14       | 21.93       | 4.01      |
|   | C. Diğer | 21       | 16.71       | 5.59      |
|   | Toplam   | 199      | 21.04       | 4.81      |
| <b>Üzüntü</b>   | A. Evli  | 164      | 21.12       | 3.96      |
|   | B. Bekar | 14       | 20.36       | 3.13      |
|   | C. Diğer | 21       | 21.71       | 3.74      |
|   | Toplam   | 199      | 21.13       | 3.88      |
| <b>Maneviyat</b>  | A. Evli  | 164      | 21.49       | 4.39      |
|   | B. Bekar | 14       | 20.21       | 3.33      |
|   | C. Diğer | 21       | 20.00       | 3.67      |
|   | Toplam   | 199      | 21.25       | 4.27      |
| <b>Toplam BDE</b>   | A. Evli  | 164      | 14.30       | 8.95      |
|   | B. Bekar | 14       | 14.86       | 8.87      |
|   | C. Diğer | 21       | 24.76       | 7.46      |
|   | Toplam   | 199      | 15.44       | 9.33      |
| <b>Toplam BAÖ</b>   | A. Evli  | 164      | 12.86       | 10.72     |
|   | B. Bekar | 14       | 13.29       | 10.81     |
|   | C. Diğer | 21       | 21.57       | 11.81     |
|   | Toplam   | 199      | 13.81       | 11.12     |
| BDE. Beck Depresyon Envanteri<br>BAÖ. Beck Anksiyete Ölçeği |          |          |             |           |

**Tablo 11.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

|                         | Varyans Kaynağı | Kareler Toplamı | Sd  | Kareler Ortalaması | F      | p     | $\eta^2$ | Fark       |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----|--------------------|--------|-------|----------|------------|
| <b>Merak</b>            | Gruplar arası   | 64.189          | 2   | 32.095             | 2.312  | 0.102 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 2721.308        | 196 | 13.884             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2785.497        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Korku</b>            | Gruplar arası   | 218.620         | 2   | 109.310            | 5.763  | 0.004 | 0.06     | C>A<br>C>B |
|                         | Grup içi        | 3717.530        | 196 | 18.967             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3936.151        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Sevgi</b>            | Gruplar arası   | 64.270          | 2   | 32.135             | 1.527  | 0.220 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 4125.479        | 196 | 21.048             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4189.749        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Öfke/<br/>Hiddet</b> | Gruplar arası   | 46.012          | 2   | 23.006             | 0.932  | 0.396 | 0.01     |            |
|                         | Grup içi        | 4840.360        | 196 | 24.696             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4886.372        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Oyun</b>             | Gruplar arası   | 441.519         | 2   | 220.759            | 10.431 | 0.000 | 0.10     | A>C<br>B>C |
|                         | Grup içi        | 4148.159        | 196 | 21.164             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 4589.678        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Üzüntü</b>           | Gruplar arası   | 15.542          | 2   | 7.771              | 0.514  | 0.599 | 0.01     |            |
|                         | Grup içi        | 2961.061        | 196 | 15.107             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 2976.603        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Maneviyat</b>        | Gruplar arası   | 57.584          | 2   | 28.792             | 1.589  | 0.207 | 0.02     |            |
|                         | Grup içi        | 3551.351        | 196 | 18.119             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 3608.935        | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Toplam<br/>BDE</b>   | Gruplar arası   | 2043.202        | 2   | 1021.601           | 13.191 | 0.000 | 0.12     | C>A<br>C>B |
|                         | Grup içi        | 15179.884       | 196 | 77.448             |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 17223.085       | 198 |                    |        |       |          |            |
| <b>Toplam<br/>BAÖ</b>   | Gruplar arası   | 1416.969        | 2   | 708.485            | 6.023  | 0.003 | 0.06     | C>A        |
|                         | Grup içi        | 23055.774       | 196 | 117.632            |        |       |          |            |
|                         | Toplam          | 24472.744       | 198 |                    |        |       |          |            |

Yapılan analiz sonuçlarına göre; Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Korku alt boyutu puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(2,196)=5.763$ ,  $p<0.005$ ,  $\eta^2=0.06$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan

kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların Korku alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=25.57$ ,  $SS=5.79$ ) evli katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=22.79$ ,  $SS=4.25$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların Korku alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=25.57$ ,  $SS=5.79$ ) bekar katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=20.71$ ,  $SS=2.79$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Oyun alt boyutu puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(2,196)=10.431$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.10$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Evli katılımcıların Oyun alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.52$ ,  $SS=4.51$ ) diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=16.71$ ,  $SS=5.59$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bekar katılımcıların Oyun alt boyutu puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.93$ ,  $SS=4.01$ ) diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=16.71$ ,  $SS=5.59$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(2,196)=13.191$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.12$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ( $\bar{x}=24.76$ ,  $SS=7.46$ ) evli katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=14.30$ ,  $SS=8.95$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ( $\bar{x}=24.76$ ,  $SS=7.46$ ) bekar katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=14.86$ ,  $SS=8.87$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur [ $F(2,196)=6.023$ ,  $p<0.005$ ,  $\eta^2=0.06$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=21.57$ ,  $SS=11.81$ ) evli katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=12.86$ ,  $SS=10.72$ ) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.



#### **4.8. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özelliklerinin Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılması**

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Afektif Sinir Bilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları puan ortalamalarının algılanan sosyoekonomik düzey değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 12’de, Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları ise Tablo 13’te verilmiştir.



**Tablo 12.** Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Affektif Sınırbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

|                    |                     | N   | Ort.  | SS    |
|--------------------|---------------------|-----|-------|-------|
| <b>Merak</b>       | A. Düşük Düzey      | 35  | 22.34 | 3.72  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 20.26 | 3.82  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 20.63 | 3.25  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 22.88 | 3.80  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.05 | 3.75  |
| <b>Korku</b>       | A. Düşük Düzey      | 35  | 23.86 | 3.17  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 23.51 | 4.77  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 22.22 | 4.60  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 21.42 | 4.19  |
|                    | Toplam              | 199 | 22.93 | 4.46  |
| <b>Sevgi</b>       | A. Düşük Düzey      | 35  | 26.17 | 5.24  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 25.93 | 4.76  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 24.59 | 4.55  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 25.29 | 2.66  |
|                    | Toplam              | 199 | 25.50 | 4.60  |
| <b>Öfke/Hiddet</b> | A. Düşük Düzey      | 35  | 24.37 | 5.06  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 23.69 | 4.29  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 21.29 | 5.07  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 22.13 | 5.73  |
|                    | Toplam              | 199 | 22.91 | 4.97  |
| <b>Oyun</b>        | A. Düşük Düzey      | 35  | 22.40 | 4.06  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 18.98 | 4.45  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 21.76 | 5.05  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 24.25 | 3.50  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.04 | 4.81  |
| <b>Üzüntü</b>      | A. Düşük Düzey      | 35  | 21.77 | 3.40  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 21.21 | 3.43  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 21.15 | 4.72  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 19.88 | 3.60  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.13 | 3.88  |
| <b>Maneviyat</b>   | A. Düşük Düzey      | 35  | 20.97 | 4.16  |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 21.11 | 3.64  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 22.24 | 5.19  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 19.67 | 3.46  |
|                    | Toplam              | 199 | 21.25 | 4.27  |
| <b>Toplam BDE</b>  | A. Düşük Düzey      | 35  | 16.83 | 10.77 |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 18.19 | 8.00  |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 12.36 | 9.27  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 11.75 | 8.38  |
|                    | Toplam              | 199 | 15.44 | 9.33  |
| <b>Toplam BAÖ</b>  | A. Düşük Düzey      | 35  | 16.11 | 12.49 |
|                    | B. Düşük-Orta Düzey | 81  | 16.07 | 10.35 |
|                    | C. Orta Düzey       | 59  | 10.49 | 9.86  |
|                    | D. Orta-Üst Düzey   | 24  | 10.96 | 12.38 |
|                    | Toplam              | 199 | 13.81 | 11.12 |

**Tablo 13.** Katılımcıların BDE, BAÖ ve Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

|                         | Varyans Kaynağı | Kareler Toplamı | Sd  | Kareler Ortalaması | F      | p     | $\eta^2$ | Fark              |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----|--------------------|--------|-------|----------|-------------------|
| <b>Merak</b>            | Gruplar arası   | 199.635         | 3   | 66.545             | 5.018  | 0.002 | 0.07     | A>B<br>D>B        |
|                         | Grup içi        | 2585.863        | 195 | 13.261             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 2785.497        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Korku</b>            | Gruplar arası   | 141.649         | 3   | 47.216             | 2.426  | 0.067 | 0.04     |                   |
|                         | Grup içi        | 3794.502        | 195 | 19.459             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 3936.151        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Sevgi</b>            | Gruplar arası   | 80.026          | 3   | 26.675             | 1.266  | 0.287 | 0.02     |                   |
|                         | Grup içi        | 4109.723        | 195 | 21.076             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 4189.749        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Öfke/<br/>Hiddet</b> | Gruplar arası   | 294.190         | 3   | 98.063             | 4.164  | 0.007 | 0.06     | A>C<br>B>C        |
|                         | Grup içi        | 4592.182        | 195 | 23.550             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 4886.372        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Oyun</b>             | Gruplar arası   | 688.150         | 3   | 229.383            | 11.465 | 0.000 | 0.15     | A>B<br>C>B<br>D>B |
|                         | Grup içi        | 3901.529        | 195 | 20.008             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 4589.678        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Üzüntü</b>           | Gruplar arası   | 52.747          | 3   | 17.582             | 1.173  | 0.321 | 0.02     |                   |
|                         | Grup içi        | 2923.856        | 195 | 14.994             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 2976.603        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Maneviyat</b>        | Gruplar arası   | 121.952         | 3   | 40.651             | 2.273  | 0.081 | 0.03     |                   |
|                         | Grup içi        | 3486.983        | 195 | 17.882             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 3608.935        | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Toplam<br/>BDE</b>   | Gruplar arası   | 1565.866        | 3   | 521.955            | 6.501  | 0.000 | 0.09     | B>C<br>B>D        |
|                         | Grup içi        | 15657.219       | 195 | 80.293             |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 17223.085       | 198 |                    |        |       |          |                   |
| <b>Toplam<br/>BAÖ</b>   | Gruplar arası   | 1445.941        | 3   | 481.980            | 4.082  | 0.008 | 0.06     | B>C               |
|                         | Grup içi        | 23026.803       | 195 | 118.086            |        |       |          |                   |
|                         | Toplam          | 24472.744       | 198 |                    |        |       |          |                   |

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Merak alt boyutu puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [F(3,195)=5.018, p<0.005,  $\eta^2$ =0.07]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını

gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; sosyoekonomik düzeyini düşük ( $\bar{x}=22.34$ ,  $SS=3.72$ ) ve orta-üst ( $\bar{x}=22.88$ ,  $SS=3.80$ ) düzey olarak bildiren katılımcıların Merak alt ölçek puan ortalamaları düşük-orta düzey ( $\bar{x}=20.26$ ,  $SS=3.82$ ) olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Öfke/Hiddet alt boyutu puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=4.164$ ,  $p<0.01$ ,  $\eta^2=0.06$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; sosyoekonomik düzeyini düşük ( $\bar{x}=24.37$ ,  $SS=5.06$ ) ve düşük-orta ( $\bar{x}=23.69$ ,  $SS=4.29$ ) düzey olarak bildiren katılımcıların Öfke/Hiddet alt ölçek puan ortalamaları orta düzey ( $\bar{x}=21.29$ ,  $SS=5.07$ ) olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Oyun alt boyutu puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=11.465$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.15$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; sosyoekonomik düzeyini düşük ( $\bar{x}=22.40$ ,  $SS=5$ ), orta ( $\bar{x}=21.76$ ,  $SS=5.05$ ) ve orta-üst ( $\bar{x}=24.25$ ,  $SS=3.50$ ) düzey olarak bildiren katılımcıların Oyun alt ölçek puan ortalamaları düşük-orta düzey ( $\bar{x}=18.98$ ,  $SS=4.45$ ) olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=6.501$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.09$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; sosyoekonomik düzeyini düşük-orta düzey ( $\bar{x}=18.19$ ,  $SS=8.00$ ) olarak bildiren katılımcıların BDE puan ortalamaları orta ( $\bar{x}=12.36$ ,  $SS=9.27$ ) ve orta-üst ( $\bar{x}=11.75$ ,  $SS=8.38$ ) düzey olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. [ $F(3,195)=4.082$ ,  $p<0.01$ ,  $\eta^2=0.06$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına

bakıldığında; sosyoekonomik düzeyini düşük-orta düzey ( $\bar{x}=16.07$ ,  $SS=10.35$ ) olarak bildiren katılımcıların BAÖ puan ortalamaları orta düzey ( $\bar{x}=10.49$ ,  $SS=9.86$ ) olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

#### 4.9. Beck Depresyon Envanteri Puanlarını Yordayan Faktörler

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanlarının hangi Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği Alt boyutları tarafından yordandığını sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 14’te verilmiştir.

**Tablo 14.** Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Yordayıcısı Olarak Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

| Model  | R     | R <sup>2</sup> | B      | SH    | $\beta$ | t      | p     | İkili r | Kısmi r |
|--|-------|----------------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|---------|
| <b>Sabit</b>   | 0.457 | 0.209          | 15.431 | 6.583 |         | 2.344  | 0.020 |         |         |
| <b>Merak</b>   |       |                | -0.070 | 0.172 | -0.028  | -0.406 | 0.685 | -0.121  | -0.029  |
| <b>Korku</b>   |       |                | 0.581  | 0.182 | 0.278   | 3.185  | 0.002 | 0.340   | 0.225   |
| <b>Sevgi</b>   |       |                | -0.225 | 0.158 | -0.111  | -1.421 | 0.157 | -0.031  | -0.102  |
| <b>Öfke/Hiddet</b>   |       |                | 0.151  | 0.153 | 0.080   | 0.987  | 0.325 | 0.240   | 0.071   |
| <b>Oyun</b>  |       |                | -0.392 | 0.141 | -0.202  | -2.787 | 0.006 | -0.326  | -0.198  |
| <b>Üzüntü</b>  |       |                | 0.141  | 0.184 | 0.059   | 0.766  | 0.445 | 0.262   | 0.055   |
| <b>Maneviyat</b>   |       |                | -0.202 | 0.157 | -0.092  | -1.287 | 0.200 | -0.077  | -0.093  |
| <b>Bağımlı Değişken: Beck Depresyon Envanteri Puanları</b> |       |                |        |       |         |        |       |         |         |

Yapılan analiz sonuçlarına göre, Korku ( $\beta=0.278$ ,  $t= 3.185$ ,  $p<0.005$ ) ile Oyun ( $\beta=-0.202$ ,  $t= -2.787$ ,  $p<0.01$ ) alt boyutlarının kronik hastaların Beck Depresyon Envanteri puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Korku ile Oyun alt

boyutları Beck Depresyon Envanteri puanlarının %20.9'unu açıkladığı bulunmuştur ( $R^2=0.209$ ,  $F(7,198)= 7.202$ ,  $p<0.001$ ).

#### 4.10. Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarını Yordayan Faktörler

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının hangi Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği Alt boyutları tarafından yordandığını sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15.** Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Yordayıcısı Olarak Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

| Model   | R     | R <sup>2</sup> | B      | SH    | $\beta$ | t      | p     | İkili r | Kısmi r |
|---|-------|----------------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|---------|
| Sabit   | 0.477 | 0.228          | -7.133 | 7.753 |         | -0.920 | 0.359 | 0.062   | 0.103   |
| Merak   |       |                | 0.291  | 0.203 | 0.098   | 1.436  | 0.153 | 0.329   | 0.209   |
| Korku   |       |                | 0.634  | 0.215 | 0.254   | 2.951  | 0.004 | -0.023  | -0.094  |
| Sevgi   |       |                | -0.242 | 0.186 | -0.100  | -1.302 | 0.194 | 0.298   | 0.112   |
| Öfke/Hiddet   |       |                | 0.280  | 0.180 | 0.125   | 1.557  | 0.121 | -0.156  | -0.031  |
| Oyun  |       |                | -0.071 | 0.166 | -0.031  | -0.427 | 0.670 | 0.346   | 0.180   |
| Üzüntü  |       |                | 0.549  | 0.217 | 0.191   | 2.535  | 0.012 | -0.150  | -0.183  |
| Maneviyat   |       |                | -0.474 | 0.185 | -0.182  | -2.569 | 0.011 | 0.062   | 0.103   |
| <b>Bağımlı Değişken: Beck Anksiyete Ölçeği Puanları</b> |       |                |        |       |         |        |       |         |         |

Yapılan analiz sonuçlarına göre, Korku ( $\beta=0.254$ ,  $t= 2.951$ ,  $p<0.005$ ), Üzüntü ( $\beta=-0.191$ ,  $t= 2.535$ ,  $p<0.05$ ) ve Maneviyat ( $\beta=-0.182$ ,  $t=-2.569$ ,  $p<0.05$ ) alt boyutlarının kronik hastaların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Korku, Üzüntü ve Maneviyat alt boyutları Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının %22.8'ini açıkladığı bulunmuştur ( $R^2=0.228$ ,  $F(7,198)$ ).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma verilerinden elde edilen bulguların literatürde yer alan diğer araştırma bulguları doğrultusunda tartışmasına yer verilmiştir. Araştırmada, diyabet, hipertansiyon veya koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik yapılarının etkileşiminin incelenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, sadece bir kronik hastalığa sahip olanlarla birden fazla kronik hastalığa sahip olanların depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik özellikleri karşılaştırılmıştır. Dahası, kronik hastalığı olan kişilerin depresyon, anksiyete ve kişilik özelliklerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik düzey ve acile başvurma durumları değişkenleri açısından incelenmesi de amaçlanmıştır. Bunların dışında, çalışmamızda afektif sinirbilim kişilik özellikleri alt boyutlarının Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını yordaması durumu da merak edilen konulardandır.

Bu çalışmada, kronik hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri cinsiyete göre değerlendirilmiştir. Kadın katılımcıların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadın olmak depresyon açısından bir risk faktörü olarak görülmüş, kadınların biyolojik ve ruhsal açılardan depresyona yatkın oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, kadınların sorun çözme biçimleri, kişilik özellikleri, toplumsal ve kültürel rolleri de bahsedilen yatkınlığın nedenleri olarak bildirilmiştir (Boyd ve Weissman, 1981; Ünal ve Özcan, 2000). Örneğin, Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından (2010), kronik hastalıkları olan kişilerle yapılan çalışmada kadınların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan diğer çok sayıda çalışmada da kadınların depresyon veya anksiyete puan ortalamaları erkeklerden yüksek bulunmuştur (Bahar vd., 2006; Gülseren vd., 2001; Yakar vd., 2007).

Eğitim düzeyinin katılımcıların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık yarattığı belirlenmiştir. Okuryazar olmayan katılımcıların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi düştükçe depresyon seviyesinin arttığı daha önce de bildirilmiştir (Amuk ve Oğuzhanoğlu, 2003). Farklı hastalık gruplarında yapılan araştırmalarda benzer sonuçlar gözlenmiştir.

Örneğin, hemodiyaliz hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada okuryazar olmayan katılımcıların depresyon puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Çetinkaya vd., 2008). Aynı şekilde, diyabet hastalarının dahil edildiği farklı bir çalışmada eğitim düzeyi düştükçe hem depresyon hem de anksiyete puanlarının anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür (Bahar vd., 2006).

Medeni durumun depresyon ve anksiyete üzerine etkisi farklı araştırmalarda konu edilmiştir (Kessler ve Essex, 1982; Amuk ve Oğuzhanoğlu, 2003). Bu çalışmada, evli ve bekar katılımcıların depresyon puan ortalamalarının diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, evli katılımcıların anksiyete puan ortalamaları da diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hacıhasanoğlu ve Karakurt tarafından (2010) yapılan çalışmada evli ve bekar olan katılımcıların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları dul olan katılımcılardan düşük bulunmuş ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Diğer bazı çalışmalarda da depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının medeni durumdan anlamlı olacak şekilde etkilenmediği belirtilmiştir (Bahar vd., 2009; Yazıcı vd., 2003). Sonuçlardaki farklılığın katılımcı sayılarının ve ölçüm araçlarının değişikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Kronik hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri sosyoekonomik düzey değişkeni açısından değerlendirilmiştir. Katılımcıların hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamalarının sosyoekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Algıladıkları sosyoekonomik düzeyi düşük-orta düzey olarak bildirenlerin depresyon puan ortalamaları orta ve orta-üst düzey olarak bildirenlerden, anksiyete puan ortalamaları da algıladıkları sosyoekonomik düzeyi orta düzey olarak bildirenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Akhtar-Danesh ve Landeen (2007) tarafından gerçekleştirilen geniş çaplı bir çalışmada, kişilerin hem ömür boyu depresyon durumlarını hem de 12 aylık depresif semptomlarını ölçen anketler yapılmıştır. Gelir durumunun her iki tanı grubunda da etkili olduğu, en düşük gelir seviyesinde olan kişilerin her iki depresyon grubunda da tanı alma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, gelir durumlarında yükselme olan kişilerin 12 aylık depresyon semptomlarında iyileşmeler gözlenmiştir. Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, bazıları gelir durumları ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkiler tespit edememiş



(Hacıhasanoğlu vd., 2010; Bahar vd., 2009; Çelik ve Acar, 2007; Atacanlı ve Dilbaz, 2001), bazı çalışmalar ise ilişkili olmadıkları ile ilgili yorumlarda bulunmuşlardır (Soyuer ve Soyuer, 2007). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılıkların her bir araştırmanın gelir durumunu farklı şekilde ölçmesi ve katılımcı gruplarının gelir durumu dağılımlarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Acile başvuru durumlarına göre katılımcılar incelendiğinde, kronik hastalığı ile ilgili olarak acile başvuru yapan kişilerin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları acile başvuru yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının dahil edildiği bir çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuş, acile başvuran hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerinin arttığı bildirilmiştir (Dahlen ve Janson, 2002). Yine farklı bir çalışmada, hastaların acile başvurarak tedavi almalarının ardından hastalık şikayetlerinin tekrarlaması ve yeniden acile başvuru yapmaları önemli bir depresyon ve anksiyete bozukluğu işareti olarak yorumlanmıştır (Afşar vd., 2012).

Yukarıda bahsedilen sosyodemografik değişkenlerin yanında, bu çalışmada araştırılması hedeflenen konulardan birisi olan, sadece bir kronik hastalığa sahip olanlarla birden fazla kronik hastalığa sahip olanların depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik özellikleri karşılaştırılmış ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından üçünün de tanısını almış olan grubun depresyon ve anksiyete puan ortalamaları, bu üç hastalık grubundan sadece birinin tanısını almış olan grubun puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, anksiyete puan ortalamaları açısından bakıldığında anlamlı farklılık üç hastalık için de tanı alan grubun puan ortalamaları ile herhangi iki hastalık için tanı alan grup arasında da görülmektedir. Literatürde tam olarak aynı durumları ölçen çalışmalara rastlanamamışsa da benzer durumlar araştırılmıştır. Örneğin, Tip 2 Diyabet tanısı almış kişilerle gerçekleştirilen bir çalışmada diyabetle birlikte ortaya çıkmış olan retinopati, nefropati ve hipertansiyon gibi komplikasyonların varlığının depresyon riskini arttırdığı bildirilmiştir (Zenteno ve Cardiel, 2002). Bu çalışmada da birden fazla hastalık tanısı almış olmanın depresyon ve anksiyete puan ortalamalarında bir yükselişe neden olması anlaşılır bir bulgu olsa da yeterli destekleyici çalışma bulunamamıştır.

Bu çalışmada, kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullandığımız Afektif Sinirbilim Kişilik ölçeği, ne yazık ki, görece yeni bir değerlendirme formu olmasından kaynaklı, bu tip ilişkilerin araştırıldığı bir çalışmada kullanılmadığından bununla ilgili bir

literatür paylaşımı yapılamamıştır. Kişilik özellikleri ile depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkisinin araştırıldığı farklı çalışmalar incelenmiş olup bu çalışmada ölçülmüş olan sosyodemografik değişkenler ve kişilik özellikleri ile ilgili diğer analiz sonuçları bu doğrultuda yorumlanmıştır.

Kişilik özellikleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde erkeklerin Oyun alt boyutu puan ortalamaları kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kadınların ise Korku alt boyutu puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır. Afektif Sinirbilim Kişilik ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sırasında Beş Faktör Modeline göre oluşturulmuş ölçeklerle karşılaştırılmış ve alt boyutlar arasında oldukça güçlü ilişkiler bulunmuştur. Uyumluluk ile Oyun ve Nörotisizm ile Korku arasında önemli ve pozitif yönlü ilişkiler olduğu söylenmiştir. Langguth 'un yaptığı bir çalışmada (2007) Nörotisizm ile kadın cinsiyet arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, Nörotisizm alt boyutu yüksek olan kişilerin anksiyete, korku, üzüntü, utanç ve suçluluk duygularını yaşamaya daha eğilimli oldukları belirtilmiştir. Ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre kadın katılımcıların Sevgi, Üzüntü ve Maneviyat alt boyutları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Kronik hastalıklara sahip kadın ve erkekler arasında bu alt boyutlar açısından bir fark bulunamamış, farklı olarak kadınların Korku alt boyutu puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu belirtilmiştir (Özkarar vd., 2012). Bu noktadan hareketle, kadınların depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının erkeklerden yüksek çıkması sonucunun kişilik özellikleri açısından da desteklendiği fikri uyanmıştır.

Kişilik ölçeği alt boyutları arasında eğitim düzeyinden kaynaklanan anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Katılımcılar Merak ve Oyun alt boyutları açısından değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça bu alt boyut puan ortalamalarının da arttığı belirtilmiştir. Üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalamaları okuryazar olmayan kişilerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan, eğitim düzeyi düştükçe Korku ve Öfke alt boyutları puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Katılımcılardan okuryazar olmayanların puan ortalamaları ilköğretim ve üniversite mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kişilik ölçeğinin orijinal makalesinde söylendiği üzere, Nörotisizm boyutu Korku ve Öfke ile, Deneyime Açıklık boyutu Merak ile, Uyumluluk boyutu da Oyun ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Davis vd., 2003). Maier ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen (1992) depresyon ve kişilik özellikleri ilişkisini inceleyen çalışma sonuçlarına göre, Nörotisizm ve Katılık depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları açısından bir risk faktörü olarak görülmüştür. Doğan tarafından (2013) yapılmış

olan bir çalışmada da öznel iyi oluş Nörotisizm ile negatif, Dışadönüklük ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, Deneyime Açıklık alt boyutu ile öznel iyi oluş arasında da anlamlı olmasa da ilişki tespit edilmiştir. Bu noktadan hareketle, eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki ilişkinin kişilik özellikleri alt boyutları açısından da desteklediği düşünülmüştür.

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının yanında, kişilik ölçeğinin Korku ve Oyun alt boyutları puan ortalamalarının da medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Diğer seçeneğini işaretlemiş olan katılımcıların Korku alt boyutu puan ortalamalarının evli ve bekar olan katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Diğer taraftan, Oyun alt boyutu puan ortalamaları, evli ve bekar olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde diğer seçeneğini işaretlemiş olan kişilerden yüksek olarak değerlendirilmiştir. Korku alt boyutunun depresyon ve anksiyete puan ortalamasıyla pozitif, Oyun alt boyutunun ise negatif yönlü ilişkili olduğu yukarıda anlatılmıştır. Bu sonuç doğrultusunda kişilik özelliklerinin de bu sonucu desteklediği görülmektedir.

Kişilik özellikleri alt boyutları, sosyoekonomik düzey değişkeni açısından değerlendirildiğinde Öfke alt boyutu ile anlamlı düzeyde ilişkilendirilmiştir. Sosyoekonomik düzeyini düşük ve düşük-orta olarak bildiren katılımcıların Öfke alt boyutu puan ortalamaları, orta düzey olarak bildiren katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, Öfke alt boyutu Nörotisizm ile pozitif yönlü, Uyumluluk ile negatif yönlü ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Abella vd., 2011). Doğan tarafından (2013) gerçekleştirilen araştırma sonucuna göre, öznel iyi oluşla Nörotisizmin negatif yönlü, Uyumluluğun ise pozitif yönlü ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yani, bu çalışmada bahsedilen, sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olması durumu kişilik özellikleri alt boyutlarından Öfke ile bulunan ilişki ile de desteklenmiştir.

Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin Merak ve Maneviyat alt boyutları puan ortalamalarının hastalıkların kaçına sahip oldukları değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Hastalıklardan yalnızca birine sahip kişilerin Merak alt boyutu puan ortalamaları hem herhangi iki hastalık için tanı alan hem de üç hastalık grubu için de tanı almış grubun puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksektir. Maneviyat alt boyutu açısından değerlendirildiğindeyse, hastalıkların üçüne de sahip kişilerin puan

ortalamalarının hastalıkların ikisine sahip kişilerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, hastalıklardan yalnızca birisine sahip kişilerle anlamlı bir fark bulunamamıştır. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği orijinal makalesinde bahsedildiği üzere, Deneyime Açıklık alt boyutu Merakla pozitif şekilde ilişkilendirilmiştir (Davis vd., 2003). Yine ölçeğin İspanya’da yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucuna göre de Merak, Deneyime Açıklık ve Uyumluluk alt boyutları ile pozitif yönlü ilişkili olarak bulunmuştur (Abella vd., 2011). Literatürde bulunan çalışma sonuçlarına göre, Deneyime Açıklık ve Uyumluluk öznel iyi oluş ile pozitif yönlü olarak ilişkilendirilmekte ve deneyime açıklığın tersi olarak yorumlanabilecek olan Katılık gibi kişilik özellikleri de depresyon için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Doğan, 2012; Maier vd., 1992).

Bu çalışmada araştırılması hedeflenen önemli sorulardan bir diğeri de afektif sinirbilim kişilik özellikleri alt boyutlarının Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği puanlarını yordayıp yordamadığıdır. Yapılan analiz sonuçlarına göre Korku ve Oyun alt boyutları depresyon puanlarının %20.9’unu açıklamakta ve depresyon puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamaktadır. Aynı şekilde, afektif sinirbilim kişilik özellikleri alt boyutlarından Korku, Üzüntü ve Maneviyat Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamakta ve anksiyete puanlarının %22.8’ini açıklamaktadır. Analiz sonuçları Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği ile yapılan çalışmalar açısından yeni bilgiler içerdiğinden desteklenmesi için farklı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, kronik hastalığa sahip kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri arasında bir etkileşimin varlığından söz edilebilir. Diğer önemli bir bulgu, birden fazla kronik hastalık sahibi olmanın depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri üzerinde etkili olduğunun görülmesidir. Ayrıca, kişilerin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu ve sosyoekonomik düzeyleri ve acile başvuru durumları da depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerdendir. Yine, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve sosyoekonomik düzey ile kişilik özellikleri arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

İlk olarak, kişilik özellikleri alt boyutlarından Korku ve Oyunun depresyon puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordadığı ve puanların %20.9'unu açıkladığı belirtilmiştir. Aynı analiz anksiyete puanları için yapıldığında da Korku, Üzüntü ve Maneviyat alt boyutları kişilerin anksiyete puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamakta ve anksiyete puanlarının %22.8'ini açıklamaktadır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, sadece bir kronik hastalığa sahip olanlarla birden fazla kronik hastalığa sahip olanların depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik özellikleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu çalışmada yer verilen hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıklarından her üçü için de tanı alan hasta grubunun depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının, sadece bir hastalık için tanı alan hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

Kişilik özellikleri açısından incelendiğinde, Merak ve Maneviyat alt boyutları puan ortalamalarının hastalıkların kaçına sahip oldukları değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği dikkat çekmiştir. Sadece bir hastalık için tanı alan kişilerin Merak alt boyutu puan ortalamaları iki ya da üç hastalık tanısı alan kişilerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, her üç hastalık için de tanı alan grubun Maneviyat alt boyutu puan ortalaması iki hastalık için tanı almış grubun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek değerlendirilmiştir.

Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özelliklerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiş, anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının kadın katılımcılarda erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, eğitim düzeyi düştükçe kişilerin depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı şekilde yükseldiği belirtilmiştir. Diğer bir önemli değişken medeni durumdur. Diğer seçeneğini işaretleyen kişilerin depresyon puan ortalamaları evli ve bekar katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Bu çalışmadan yola çıkarak araştırmacılara yönelik bazı öneriler sunulmuştur;

Birden fazla kronik hastalık sahibi olmanın depresyon ve anksiyete puan ortalamalarını anlamlı şekilde etkilediği görülmektedir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan kişilerin ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların arttırılmasının ve uygulamada da bu kişilerin ruh sağlığı tedavilerinin ön plana çıkarılmasının toplum ruh sağlığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kişilik özelliklerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile etkileşimi incelenmiştir. Katılımcıların kişilik özellikleri değerlendirilirken Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal formunun da Türkçe uyarlamasının da yeni olması nedeniyle analiz sonuçları yorumlanırken literatüre göre kıyaslamalar yapılamamıştır. Bu durum, ne yazık ki, sonuçlarımızı farklı modellere göre oluşturulan kişilik ölçekleri ile kıyaslamamıza neden olmuştur. İleride yapılacak olan çalışmalarda bu konuya afektif sinirbilim kişilik ölçeği perspektifinden bakılması durumunun, bu çalışmanın sonuçlarının da daha verimli şekilde değerlendirilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Sosyodemografik değişkenler çok sayıda çalışmada incelenmiş ancak özellikle medeni durum ve sosyoekonomik düzey ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu değişkenlere gelecekteki çalışmalarda da yer verilmesinin konu ile ilgili fikir ayrılıklarına ışık tutabileceği fikri uyanmıştır. Ayrıca cinsiyet değişkeninde tespit edilen büyük farklılığın diğer değişkenleri nasıl etkilediğinin araştırılmasının konuya farklı bir yorum getirebileceği düşünülmüştür.

Bu çalışma sonuçları, kronik hastalığı olan kişilerin kişilik özelliklerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından yordayıcı olabileceği düşüncesini destekler niteliktedir. Bu konuda ilerleyici çalışmaların yapılmasının, toplumda en sık görülen psikiyatrik hastalık olarak bilinen depresyon ve yine çok yaygın görülme sıklığına sahip anksiyete bozukluklarına dair koruyucu önleyici çalışmaların yapılabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmaların sadece ruh sağlığı açısından değil, hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalıkları gibi fiziksel kronik hastalık yükünün azaltmasına da olumlu katkı sağlayabilir.



## KAYNAKÇA

- Abella, V., Panksepp, J., Manga, D., Bárcena, C. and Iglesias, J. A. (2011). Spanish validation of the affective neuroscience personality scales. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 926-935.
- Adamis, D. and Ball, C. (2000). Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: Prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 248-253.
- Afsar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S. ve Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 260-267.
- Akdeniz, F., Kesebir, S., Vahip, S. ve Gönül, A. S. (2004). Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 183-190.
- Akhtar-Danesh, N. and Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 4-13.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M. and Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801-810.
- Akkoyunlu, C. (2012). *Tip II diyabet mellit ve romatoid artrit hastalarında hastalık algısının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Allport, G. W. (1960). The open system in personality theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61(3), 301-310.



- Alphan Tüfekçi, E. (2013). Diabetes mellitus ve beslenme tedavisi. E. Tüfekçi Alphan. (Ed.), *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi (415-507)*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Dsm-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (5. Baskı). (Çev. Ed.: E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amuk, T. ve Oğuzhanoğlu, N. K. (2003). Yaslanma ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 113-121.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. and Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Arslan, H., Arkar, H. and Danaoğlu, Z. (2011). Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 14, 143-149.
- Atacanlı, M. F. ve Dilbaz, N. (2001). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 147-153.
- Atasoy, V., Anaforoğlu, İ., Algün, E. ve Kutanis, R. (2013). Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(2), 28-32.
- Ateşçi, F. Ç., Karadağ, F. ve Oğuzhanoğlu, N. K. (2000). Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 148-156.
- Aydoğan, Ü., Mutlu, S., Akbulut, H., Taş, G., Aydoğdu, A. ve Sağlam, K. (2012). Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012(2), 1-5.
- Bahar, A., Sertbaş, G. ve Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 18-26.

- Bahar, A., Savaş, H. A. ve Parlar, S. (2009). Göğüs hastalıkları servisinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*, 47(1), 9-15.
- Baktıroğlu, G. (2010). *Hemodiyalize giren ve girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Başaran, Y. (2016). Diabetes mellitus. Ü. Aydoğan ve B. Koç (Ed.), *Temel Aile Hekimliği* (ss. 233-244). Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık.
- Baycılı, Ü., Arkonaç, O. ve Erkoç, Ş. (1991). Hipertansiyonda mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları. *Düşünen Adam*, 4(2), 55-57.
- Baysal, Z. B., Kaptanoğlu, C., Önen, R., Seber, G. ve Tekin, D. (1993). Peptik ülserli hastalarda kişilik yapısı ve semptom dağılımı. *Gastroenteroloji*, 4(1), 115-117.
- Baysal, Z. B., Seber, G., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1994). Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda kişilik değerlendirmesi: Kısa Hipertansiyon Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 2(2), 147-150.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. and Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1365-1367.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1981). Epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 38(9), 1039-

1046.

- Bradley, S. M. and Rumsfeld, J. S. (2015). Depression and cardiovascular disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25(7), 614-622.
- Bremner, M. A., Hoogendijk, W. J., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., Schalk, B. W. and Beekman, A. T. (2006). Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6), 523-530.
- Brown, J. M., Stewart, J. C., Stump, T. E. and Callahan, C. M. (2011). Risk of coronary heart disease events over 15 years among older adults with depressive symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 721-729.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (İ. D. E. Sarioğlu, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H. and Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88(4), 337-341.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller, G. E. and Jaffe, A. S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 897-902.
- Cattell, R. B. (1956). Validation and intensification of the sixteen personality factor questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 205-214.
- Cattell, R. B. and Tatro, D. F. (1966). The personality factors, objectively measured, which distinguish psychotics from normals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1-2), 39-51.
- Chess, S. and Thomas, A. (1990). The New York longitudinal study (NYLS): The young adult periods. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 557-561.
- Clark, L. A., Watson, D. and Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and

- anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.
- Clark, D. A., Cook, A. and Snow, D. (1998). Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 38-48.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3(2), 167-226.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cloninger, C. R., Bayon, C. and Svrakic, D. M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51(1), 21-32.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. and Przybeck, T. R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 35-44.
- Costa Jr, P. T. and McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665.
- Costa Jr, P. T. and McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: The revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 86-94.
- Couper, J. and Harari, E. (2004). Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 365-368.
- Çelik, H. C. ve Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.

- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. ve Özdemir, D. (2008). Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Nephrology*, 3(2), 56-63.
- Dahlén, I. and Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*, 122(5), 1633-1637.
- Davis, K. L., Panksepp, J. and Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuropsychanalysis*, 5(1), 57-69.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal psikolojisi*. (İ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Doğan, O. (1999). *Tıp fakülteleri için davranış bilimleri*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.
- Doğan, T. (2012). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(1), 56-64.
- Durna, Z. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Z. Durna. (Ed), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (1-9). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409-416.
- Evans, D. L., and Charney, D. S. (2003). Mood disorders and medical illness: A major public health problem. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 177-180.
- Eysenck, H. J. (1955). Cortical inhibition, figural aftereffect, and theory of personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(1), 94-106.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3?—Criteria for a taxonomic

- paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12(8), 773-790.
- Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J., and Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9), 1261-1268.
- Ford, D. E., Mead, L. A., Chang, P. P., Cooper-Patrick, L., Wang, N. Y. and Klag, M. J. (1998). Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: The precursors study. *Archives of Internal Medicine*, 158(13), 1422-1426.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. and Bourassa, M. G. (2000). Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4), 471-478.
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T. and Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152, 1-11.
- Gagnon, L. M. and Patten, S. B. (2002). Major depression and its association with long-term medical conditions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 149-152.
- Gençöz, T. and Astan, G. (2006). Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(3), 203-208.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J. and Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. and Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of*

*Psychosomatic Research*, 53(6), 1053-1060.

Grimsrud, A., Stein, D. J., Seedat, S., Williams, D. and Myer, L. (2009). The association between hypertension and depression and anxiety disorders: Results from a nationally-representative sample of South African adults. *PloS one*, 4(5), 1-9.

Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z. ve Kültür, S. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 89-98.

Gündüz, A. (2007). *True and false memory with emotionally valenced words: Depression, trait anxiety and personality factors*. Unpublished Master Thesis. Middle East Technical University, Ankara.

Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A. ve Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.

Harrell, J. P. (1980). Psychological factors and hypertension: A status report. *Psychological Bulletin*, 87(3), 482-501.

Härter, M. C., Conway, K. P., and Merikangas, K. R. (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), 313-320.

Hirschfeld, R. M. (1999). Personality disorders and depression: Comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10(4), 142-146.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.

International Diabetes Federation. (2013). *Diabetes atlas* (6.th. Ed.).

<http://www.diabetesatlas.org/resources/previous-editions.html> (28.10.2017)

International Diabetes Federation. (2015). Diabetes atlas (7.th. Ed.).

<http://www.diabetesatlas.org/resources/previous-editions.html> (28.10.2017)

Işık, E. (1995). Bedensel hastalıklarda anksiyete bozukluklarına genel bir bakış.

*Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi* (ss. 116-123). İstanbul: Pfizer.

İçöz, F. J. (2012). *The reliability and validity study of Turkish version of affective*

*neuroscience personality scale*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Bilgi Üniversitesi,

İstanbul.

İçöz, F. J., Scherler, H.R., Özkarar, F. ve Köksal, F. (2012). *Duygulanımsal Sinirbilim*

*Kişilik Ölçeği'nin Türkçe standardizasyonunun geçerlilik çalışması ve alt*

*ölçeklerinden maneviyatın Beş Büyük Kişilik Faktörü ile ilişkisi*. 17.Ulusal Psikoloji

Kongresi, İstanbul, Türkiye.

Jonas, B. S., Franks, P. and Ingram, D. D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression

risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and

Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of Family*

*Medicine*, 6(1), 43-49.

Jones, D. R., Macias, C., Barreira, P. J., Fisher, W. H., Hargreaves, W. A. and Harding, C. M.

(2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of

persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(11), 1250-1257.

Joynt, K. E., Whellan, D. J. and O'Connor, C. M. (2003). Depression and cardiovascular

disease: Mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry*, 54(3), 248-261.

Kanıtı Dayalı Tıp Derneği. (2013). Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar farkındalık



projesi.<http://www.kanitadayalitip.org/srm1/yayinlar/sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20ya%C5%9Flanma%20toplant%C4%B1%20raporu.pdf> (28.10.2017)

Kaplan, B. ve Sadock, V. (2005). *Klinik psikiyatri*. (H. Aydın ve A. Bozkurt, Çev.). Ankara:

Güneş Kitabevi.

Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli*

*Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.

Karancı, N., Dirik, G. ve Yorulmaz, O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş

kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-8.

Kathol, R. G. and Petty, F. (1981). Relationship of depression to medical illness: A critical review. *Journal of Affective Disorders*, 3(2), 111-121.

Katon, W. and Schulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 14(4), 237-247.

Katon, W. and Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 859-863.

Kavurma, M. (2014). *Major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğundaki duygu düzenleme güçlüklerine mizaç-karakter özelliklerinin ve anksiyete*

*duyarlılığının etkisi*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., ve Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 90-98.

Kessler, R. C. and Essex, M. (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61(2), 484-507.

- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N. and Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365-374.
- Kilci, H. ve Parlak, A. (2016). Akut miyokard infarktüsü. Ü. Aydoğan ve B. Koç (Ed.), *Temel Aile Hekimliği* (ss. 551-554). Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık.
- Korczak, D. J., Pereira, S., Koulajian, K., Matejcek, A. and Giacca, A. (2011). Type 1 diabetes mellitus and major depressive disorder: Evidence for a biological link. *Diabetologia*, 54(10), 2483-2493.
- Kumar, V., Cotran, R. and Robbins S. (2003). *Robbins Temel Patoloji*. (U. Çevikbaş, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ladwig, K. H., Roll, G., Breithard, G., Budde, T. and Borggreffe, M. (1994). Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *The Lancet*, 343(8888), 20-23.
- Lambert, T. J., Velakoulis, D. and Pantelis, C. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 178(9), 67-70.
- Langguth, B., Kleinjung, T., Fischer, B., Hajak, G., Eichhammer, P. and Sand, P. G. (2007). Tinnitus severity, depression, and the big five personality traits. *Progress in Brain Research*, 166, 221-225.
- Larsen, R. J. and Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 132-140.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J. and Heun, R. (1992). Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: A family study perspective. *Journal of Affective Disorders*, 24(3), 153-164.

- Matsudaira, T. and Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 97-109.
- McCrae, R. R. and Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S. and Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. *Diabetes care*, 31(12), 2383-2390.
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., An, K. and Sheahan, S. (2007). Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 10-16.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. and Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Muller, J. E., Koen, L. and Stein, D. J. (2005). Anxiety and medical disorders. *Current Psychiatry Reports*, 7(4), 245-251.
- Murphy, J. M., Horton, N. J., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M. and Leighton, A. H. (2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 355-375.
- Murray, C. J. and Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Myers, A. R. (1998). *İç hastalıkları*. (C. Yılmaz, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Nolen-Hoeksema, S. (2008). *Abnormal psychology* (4.th. Ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.

Onat, A. ve Can, G. (2017). Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. A. Onat (Ed.), *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük* (20-29). İstanbul: Logos Yayıncılık.

Önde, M. E. ve Özçubukçuoğlu, A. (1998). Diabet ve Depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8(2), 69-73.

Önen, R., Kaptanoğlu, C., Baysal, Z.B., Seber, G. ve Tekin, D. (1993). Akciğer tüberkülozu olan bir grup hastada kişilik özellikleri, sosyal uyum ve ruhsal belirti dağılımı. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 4(1), 97-102.

Özer, Z. C., Şenuzun, F. ve Tokem, Y. (2009). Miyokart enfarktüsülü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(8), 557-562.

Özkan, S., Bahadır, G. ve Yücel, B. (1995). Genel tıpta depresyon. *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi* (ss. 81-116). İstanbul: Pfizer.

Özkan, S. ve Turgay, M. (1995). Tip I-II diabetik hastalarda psikiyatrik morbidite ve hastalıkla baş etme güçlükleri. *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi* (ss. 398-408). İstanbul: Pfizer.

Özkarar, F.G., Scherler, H.R., Köksal, F., Çetinkaya, H. ve İçöz, F.J. (2012) *Afektif sinirbilim kişilik ölçeği Türkçe standardizasyonu ve maneviyat alt ölçeğinin ilişkileri*. 17.Ulusal Psikoloji Kongresi, İstanbul, Türkiye.

Penninx, B. W., Beekman, A. T., Honig, A., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., van Eijk, J. T. and van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 221-227.

- Pervin, L. A., Cervone, D. and John, O. P. (2005). *Personality: Theory and Research*. USA: John and Wiley Sons, Inc.
- Rabkin, J. G., Charles, E. and Kass, F. (1983). Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 1072-1074.
- Rogers, M. P., White, K., Warshaw, M. G., Yonkers, K. A., Rodriguez-Villa, F., Chang, G. and Keller, M. B. (1994). Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(1), 83-96.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. and Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122.
- Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Koenig, W. and Brenner, H. (2007). Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(4), 547-554.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... and Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I. and Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2109-2116.
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., ... and Turker, F. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*, 28(2), 169-180.
- Scalco, A. Z., Scalco, M. Z., Azul, J. B. S. and Lotufo Neto, F. (2005). Hypertension and

- depression. *Clinics*, 60(3), 241-250.
- Silverstone, P. H. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(1), 43-51.
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., ... and Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 89-99.
- Soyuer, F. ve Soyuer, A. (2007). Kronik dönem inme hastalarında depresyon ve fonksiyonel sonuç arasındaki ilişki. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 14(3).
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E. H., Fallon, S. and Pathak, D. (1996). Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 75-79.
- Stein, D. J., Hollander, E. and Skodol, A. E. (1993). Anxiety disorders and personality disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 87-104.
- Sunbul, M., Zincir, S. B., Durmus, E., Sunbul, E. A., Cengiz, F. F., Kivrak, T., ... and Sari, I. (2013). Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(4), 345-352.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A. and Khaw, K. T. (2008). Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 515-523.
- Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. and Cloninger, C. R. (1992). Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 24(4), 217-226.
- Şarlak, H. ve K. Sağlam. (2016). Hipertansiyon. Ü. Aydoğan ve B. Koç (Ed.), *Temel Aile*

- Hekimliği* (ss. 470-472). Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık.
- Talbot, F. and Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link?. *Diabetes care*, 23(10), 1556-1562.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık istatistikleri yılı 2015*. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayıncılık
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1997). *Türkiye ruh sağlığı profili*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). *Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi*. Ankara: Alban Tanıtım.
- Téllez-Zenteno, J. F. and Cardiel, M. H. (2002). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Medical Research*, 33(1), 53-60.
- Todaro, J. F., Shen, B. J., Raffa, S. D., Tilkemeier, P. L. and Niaura, R. (2007). Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27(2), 86-91.
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2003). Türk hipertansiyon prevalans çalışması. [http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi.php](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi.php) (26.10.2017)
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri, Ek, 4*, 12-16.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Ölüm nedeni istatistikleri 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>(25.10.2017)
- TÜSİAD. (2012). *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik*

*sağlık kayıtlarının rolü.* İstanbul: Sis Matbaacılık.

Ulusoy, M., Sahin, N. H. and Erkmen, H. (1998). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.

Uluşahin, A. and Uluğ, B. (1997). Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 1-8.

Üçok, A., Karaveli, D., Kundakçı, T. and Yazici, O. (1998). Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 72-74.

Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.

Wells, K. B., Golding, J. M. and Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American journal of psychiatry*, 145(8), 976-981.

World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) (25.10.2017)

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Switzerland: WHO Press.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: WHO Document Production Services.

Wulsin, L. R., Evans, J. C., Vasan, R. S., Murabito, J. M., Kelly-Hayes, M. and Benjamin, E. J. (2005). Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 697-702.

Yakar, T., Baran, A., Güngör, S., Altınsoy, B., Yalçınsoy, M., Can, G. ve Akaya, E. (2007). Astımlı hastalarda beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks*



*Dergisi*, 55(1), 11-17.

Yazıcı, A. E. ve Yazıcı, K. (2005). Koroner kalp hastalığı için bir risk etkeni olarak depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 99-106.

Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y. ve Şimşek, Y. (2003). Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 27-31.

Yetgin, Z. A. (2010). *Akut sendromlu hastalarda, stabil koroner arter hastalığı olan ve koroner arter hastalığı olmayan hastalarda kendini değerlendirme formları ile ölçülen depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Yıldırım, O., Çağlar, S. O., Canan, F. ve Erdem, A. (2013). Batı Karadeniz Bölgesindeki akut koroner sendromlu hastalarda psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı. *Abant Medikal Journal*, 2(3), 208-212.

Zhang, J., Ye, M., Huang, H., Li, L. and Yang, A. (2008). Depression of chronic medical inpatients in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 39-49.

## EKLER

### Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi etik kurulun uygun görmesi ile Doç. Dr. Hanna Nita SCHERLER'in danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı diyabet, hipertansiyon veya koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve kişilik yapılarının etkileşiminin incelenmesidir. Bu nedenle ekte yer alan, sizlerin yanıtlayacağı formları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurmanızı rica ediyoruz. Söz konusu formlarda yer alan bilgiler hiçbir şekilde başka kişiler ile paylaşılmayacak ve isminizi açık edecek hiçbir bilgi verilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Veriler toplu olarak analiz edilecek isimler ile eşleştirilmeyecektir. Bu araştırmaya gönüllülük temelinde katıldığınız için söz konusu araştırmadan istediğiniz zaman ayrılma, verilerinizi geri çekme hakkına sahipsiniz.

Tez ile ilgili soru sormak veya bilgi almak isterseniz [hatice.ozdemir12@saglik.gov.tr](mailto:hatice.ozdemir12@saglik.gov.tr) ve [ferhat.icoz@hku.edu.tr](mailto:ferhat.icoz@hku.edu.tr) adreslerinden bizlere ulaşabilirsiniz.

Lütfen aşağıdakine onay veriyorsanız kutucuğu işaretleyiniz:

Bu çalışma esnasında vereceğim bilgilerin çalışmayı yürüten kişi tarafından araştırma amaçlı kullanılmasına izin veriyorum.

Katılımcının İsmi:

Tarih:

İmza:

Psikolog Hatice ARICI

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

## Ek 2.Sosyodemografik Form

Değerli katılımcı,

Size yöneltilen bu soruları cevaplayarak bilime katkıda bulunmuş olacaksınız. Elde edilecek verilerin bilimsel bir nitelik taşıması ve güvenilir olması için, size verilen soru listelerini doğru ve samimi bir şekilde cevaplamanız gerekmektedir. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Cevaplanmamış soruları olan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır. Bu nedenle tüm soruları eksiksiz doldurduğunuzdan lütfen emin olunuz. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve toplu olarak değerlendirilip yalnızca bu araştırma için kullanılacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....
2. Mesleğiniz:.....
3. Medeni haliniz:  
 Evli                       Bekar                       Diğer
4. Eğitim durumunuz  
 Okur-yazar değil    Okur-yazar    İlköğretim    Lise    Üniversite ve üstü
5. Türkiye genelinde değerlendirdiğinizde kendi ekonomik durumunuzu nasıl görüyorsunuz?  
 Düşük gelir düzeyi                       Düşük-orta gelir düzeyi    Orta gelir düzeyi  
 Orta-üst gelir düzeyi                       Üst gelir düzeyi
6. Hipertansiyon, diyabet ve koroner arter (kalp) hastalıklarından hangisine ya da hangilerine sahipsiniz? Lütfen tüm hastalıklarınızı işaretleyiniz.  
 Tansiyon    Diyabet    Koroner arter hastalıkları
7. Kaç yıl önce hipertansiyon tanısı aldınız?  
.....
8. Kaç yıl önce diyabet tanısı aldınız?  
.....
9. Kaç yıl önce koroner arter hastalığı tanısı aldınız?  
.....
10. Bu hastalık(lar)ınızla ilgili kaç yıldır düzenli ilaç kullanıyorsunuz?  
Koroner ArterHastalık  0-1 yıl    1-5 yıl    5 ve daha fazla

Hipertansiyon ( ) 0-1 yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 5 ve daha fazla

Diyabet ( ) 0-1 yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 5 ve daha fazla

11. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

12. Bu hastalık(lar)ınızla ilgili olarak hiç acile başvurduğunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse kaç kez acile başvurduğunuz?

.....

13. Bu hastalık(lar)ınızla ilgili olarak hiç hastanede yattınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse kaç kez hastanede yattınız?

.....

14. Bugüne kadar aşağıdakilerden herhangi biri için tanı aldınız mı?

( ) Depresyon ( ) Anksiyete Bozukluğu ( ) Panik Atak Bozukluğu

( ) Bipolar Duygudurum Bozukluğu ( ) Diğer .....

15. Günlük hayatınızda herhangi bir egzersiz (yürüyüş gibi) yapıyor musunuz?

( ) Her gün düzenli olarak ( ) Haftada birkaç gün ( ) Ayda birkaç gün

( ) Nadiren ( ) Hiç

16. Yukarıda bahsettiğimiz hipertansiyon, diyabet ve koroner arter (kalp) hastalıkları dışında herhangi bir başka hastalığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse diğer hastalık(lar)ınız nelerdir?

.....

### Ek 3.Beck Depresyon Envanteri-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. **8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
**2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(1) Gelecek için karamsarım. (2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. **9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
**3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. **10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
**4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Her şeyden sıkılıyorum. **11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
**5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (3)Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. **12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
**6** (0) Kendimden memnunum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.  
**7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü

sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uyküm her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun

hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

#### Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

|  | Hiç | Hafif düzeyde       | Orta düzeyde                  | Ciddi düzeyde            |
|--|-----|---------------------|-------------------------------|--------------------------|
|  |     | Beni pek etkilemedi | Hoş değildi ama katlanabildim | Dayanmakta çok zorlandım |
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma |     |                     |                               |                          |
| 2. Sıcak / ateş basmaları                                    |     |                     |                               |                          |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme                             |     |                     |                               |                          |
| 4. Gevşeyememe   |     |                     |                               |                          |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu                            |     |                     |                               |                          |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik                                |     |                     |                               |                          |
| 7. Kalp çarpıntısı   |     |                     |                               |                          |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu                                  |     |                     |                               |                          |
| 9. Dehşete kapılma   |     |                     |                               |                          |
| 10. Sinirlilik   |     |                     |                               |                          |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma                                   |     |                     |                               |                          |
| 12. Ellerde titreme  |     |                     |                               |                          |
| 13. Titreklik  |     |                     |                               |                          |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu                                |     |                     |                               |                          |
| 15. Nefes almada güçlük                                      |     |                     |                               |                          |
| 16. Ölüm korkusu   |     |                     |                               |                          |
| 17. Korkuya kapılma  |     |                     |                               |                          |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi               |     |                     |                               |                          |
| 19. Baygınlık  |     |                     |                               |                          |
| 20. Yüzün kızarması  |     |                     |                               |                          |
| 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)                        |     |                     |                               |                          |

Toplam BECK-A skoru:.....

## Ek 5. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği

Seçtiğiniz rakamı lütfen (○) şekilde yuvarlak içine alın ve her madde için tek şıkkı işaretleyin. Anahtar:

1. Kesinlikle katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Kesinlikle katılmıyorum

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hemen hemen her küçük problem veya bilinmeyen ilgimi çeker                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Beni iyi tanıyanlar benim kaygılı bir insan olduğumu söyleyebilirler.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Başkalarıyla ilgilenmek ve onlara bakmak için genellikle güçlü bir ihtiyaç hissederim.         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Engellendiğimde çoğunlukla kızgın olurum.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kolayca eğlendirilebilen ve bolca gülen biriyim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Çoğu zaman kendimi üzgün hissederim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Evrenle bir bütün olduğumu hissetmek hayatıma daha fazla anlam katar.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Hislerim ve duygularımın farkında olmak için çaba gösteririm.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Özel olayları beklemekten fazla zevk almam.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Çoğu zaman karar vermekte zorlanmam.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Bazı insanların yavru hayvanlara karşı sergiledikleri abartılı tutumları çok saçma buluyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Eğer istediğimi elde etmekte engellenmişsem genellikle durumu olduğu gibi kabullenirim.       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Arkadaşlarım beni muhtemelen çok ciddi biri olarak tanımlarlar.                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Birçok insana kıyasla reddedilmekten daha az etkilenirim.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Hayatımın anlamı diğer canlılarla bağlantımın olduğunu hissetmekten kaynaklanmaz.             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Zaman zaman az da olsa dedikodu yaparım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Yeni deneyimleri yaşamayı beklemekten gerçekten keyif alırım                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Çoğunlukla, fırsat kaçtıktan sonra nasıl yakalayabilirdim diye düşünürüm.                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Çocuklarla ilgilenmek, onlara bakmak hoşuma gidiyor.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Arkadaşlarım beni muhtemelen fevri (çabuk sinirlenen) biri olarak tanımlarlar.                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Yapılan işi eğlenceli hale getiren biri olarak bilinirim.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Çoğu zaman ağlama isteği duyuyorum.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Genelde, yaradılışın güzelliğinden manevi bir haz alırım.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Müzik dinlerken bazen kendimi o kadar kaptırıyorum ki etrafımda olan biteni bile fark etmem.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Ulaşamayacak büyük planlar yerine pratik hedefler seçmeyi tercih ederim.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Kendimi bir savaşçı olarak tanımlamam.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Hasta bir insana bakmak bana yük olur.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Bir şeyleri kırmak isteyecek kadar kızgın olduğum bir zaman hatırlayamıyorum.                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. İtiş kakış içeren sert oyunlar genellikle hoşuma gitmez.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Birçok insana kıyasla daha az üzgün hissedyorum.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Önemli zorlukların üstesinden gelmek için nadiren maneviyata sığınırım.                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Her zaman doğruyu söylerim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Cevabı aramak çözümü bulmak kadar zevklidir.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Çoğu zaman, kendimi dışarıdakilerin fark ettiğinden daha gergin hissederim.                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Yavru hayvanların yanında olmayı severim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Kızdığımda çoğu zaman içimden küfretmek gelir.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Genellikle iyi zamanları düşünür, mutlu olurum.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Çoğunlukla yalnız hissederim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Bütün canlılarla bir olduğumu hissetmek benim için önemli bir ilham kaynağıdır.               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Sabun köpüğündeki renkler gibi küçük şeylerden keyif almak hoşuma gider.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Genellikle, hedeflerim hakkında az hevesli ve az beklentili olurum.                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Hayatta çok az sayıda korkum vardır.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Çocukların etrafında olmaktan özellikle bir keyif almam.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Engellendiğimde nadiren sinirlenirim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Saçmalığa varan esprilerden hoşlanmam.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Aileme çok bağlıyım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Benim için maneviyat içsel huzur ve uyumu sağlayan öncelikli bir kaynak değildir.             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Bazen içimden küfretmek gelir.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Bir amaç uğruna çaba sarf etmek ve sonucunu beklemekten o amaca ulaşmak kadar zevk alırım.    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Bazen sorunlarım hakkında kaygılanmaktan kendimi alamam.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 51. Genellikle başı boş kalmış hayvanlara karşı yufka yürekliyim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Biri beni kızdırdığında uzun süre etkisinde kalırım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Beni tanıyanlar benim eğlenceyi seven biri olduğumu söylerler.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Çoğu zaman, sevmiş olduğum, artık yanımda olmayan insanlar hakkında düşünürüm.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Manevi konular üstünde yoğunlaşmak genellikle içimde güçlü bir hayranlık (duygu seli) ve imkanların sonsuzluğu hissini uyandırır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Kendimi hiç şiir yazarak ifade etmeyi denemedim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Genellikle sadece çözmüş olmak için problem veya bilinmeyenleri çözmekle ilgilenmem.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Arkadaşlarım benim cesur olduğumu ve beni korkutmanın zor olduğunu söyler.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Genelde evde hayvan beslemenin, değiştiğinden daha fazla sorun çıkardığımı düşünürüm.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Beni iyi tanıyanlar benim neredeyse hiç kızmadığımı söyler.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Şakalaşmaktan özellikle bir keyif duymam.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Arkadaşlarımın veya ailemin beni onaylamaması beni özellikle üzmez.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Hayatımın anlam ve amacını manevi değerlerim belirlemez.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Bir şeyden kaçmak için hiç hasta rolü yapmadım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Meraklılığım beni bazen başkalarının boşa harcanan zaman olarak nitelendirdiği şeyleri yapmaya iter.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Çoğu zaman gelecek hakkında kaygılanırım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Evsizler için üzülürüm.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Birisi yapmak istediğim şeyi yapmama engel olmaya çalışırsa rahatsız olurum.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Çoğu zaman mutluluk duyarım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Sık sık sevdiğim kişileri kaybettiğimi düşünürüm.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. İnsanlığın bir parçası olduğumu hissetmek beni daha etik seçimler yapmaya iter.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Şiirsel bir dil veya süslü hitap beni özellikle etkilemez.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Çıkıp yeni şeyler keşfetme ihtiyacını nadiren duyarım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. Bende kaygı uyandıran çok az şey vardır.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Başkalarının bana ihtiyaç duyduğunu hissetmek hoşuma gitmez.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. Birisine vurmayı isteyecek kadar nadiren kızarım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Bir çok insanın komik bulduğu şeyler genelde bana komik gelmez.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Arkadaşlarımdan uzağa gitmek beni üzmez.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Koyduğum hedefler manevi değerlerimden etkilenmez.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Hayatımda karanlıktan korktuğum zamanlar olmuştur.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. Yeni bir ortama girdiğimde, hep etrafımı incelemekten ve daha iyi tanımaktan hoşlanırım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Çoğunlukla “Doğru kararı veriyor muyum?” diye kaygılanırım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Sık sık başkalarını iyi hissettirecek ufak tefek şeyler yaparım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Olaylar istediğim gibi gelişmeyince bazen içimden bir şeye tekme atmak veya vurmaya gelir.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Fiziksel temas içerenler dahil her türlü oyundan zevk alırım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Arkadaşlarımla olamadığım zamanlar çoğunlukla sıkın ve bunalmış hissederim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Manevi değerler sınırlarımı aşmama yardımcı olur.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. Bir film ya da benzeri bir şey izlerken kendimi o kadar kaptırıyorum ki sanki onun bir parçasıymışım gibi hissediyorum.           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Sorunları irdeleyip inceleyen biri değilim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Geleceğim hakkında nadiren endişelenirim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 91. İnsanların benimle duygusal yakınlık kurmalarını özellikle istemem.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 92. Birine bağırarak isteyecek kadar kızgın hale genellikle hiç gelmem.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 93. Sadece eğlencesi için oynanan ve açık bir kazananı olmayan oyunlardan daha az zevk alırım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 94. Kaybettiğim insanları ve ilişkileri nadiren düşünürüm.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 95. “İnsanlara, onların istediği gibi davran” sözü benim hayat görüşüme uymaz.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 96. Kasten hiç yalan söylemedim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 97. Çoğu zaman sanki her şeyi başarabilmişim gibi hissederim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 98. Çoğu zaman sinirli hissederim ve gevşemekte güçlük çekerim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 99. Başkalarının kayıplarının acılarını çok güçlü bir şekilde hissedebilen bir insanım.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 100. Bazen, insanların çevirdiği dolambaçlı işler gerçekten sinirlerime dokunur.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 101. Hayatı, eğlenmek için fırsatlarla dolu olarak görürüm.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 102. Hüznü ve kayıp acısını güçlü hisseden biriyim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 103. Bazen müzik dinlerken tüylerim diken diken olur, ürperirim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 104. Çoğu zaman hayat anlamsız gelir.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 105. Aşırı derecede irdeleyici (araştırmacı) biri değilim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 106. Genellikle birşeyler hakkında kaygılanmaktan dolayı uykusuzluk çekmem.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 107. Pek şefkatli değilim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 108. İnsanlar beni sınırlendirdiğinde onlara kötü şeyler söyleme ihtiyacını nadiren duyarım.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 109. Başkalarıyla birlikte oyunlar oynamak benim için özellikle keyif veren bir şey değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 110. Başkalarıyla iletişim kurmaktan hemen hemen her zaman mutlu olurum.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |

