



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**KARDİYOVASKÜLER RAHATSIZLIKLARI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON, ANKSİYETE VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
İNCELENMESİ**

Handan ERDOĞAN

İstanbul 2017



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

KARDİYOVASKÜLER RAHATSIZLIKLARI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON, ANKSİYETE VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
İNCELENMESİ

Handan ERDOĞAN

1441102004

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol

İstanbul 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Handan ERDOĞAN
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	:	KARDİOVASKÜLER RAHATSIZLIKLARI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON, ANKSİYETE VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	02.06.2017	Saati	:	14.00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="radio"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>					
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.			
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="radio"/> GELMEDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

ÖNSÖZ

Çok sevdiğim ve yüksek ilgi duyduğum yegane alan psikoloji bilimi; çalıştığım, yaşadığım ve karakter edindiğim özel bir boyut oldu hayatımda. Tez süreci ile birlikte, bu bilim için somut bir ürün çıkarma ve hizmette bulunma onuruna eriştiğim için çok mutlu ve huzurluyum. Tezimi hazırlama sürecinin son aşamasına kadar araştırmaya, bilgi edinmeye, öğrenmeye devam ettim ve bundan sonra da bu düzen de ilerlemeye devam edeceğim. Tez sürecinin zorlukları karşısında; kararlılık ,sabır ve tecrübe gibi insanı hayata hazırlayan ve bağlayan yönlerimin geliştiğini fark ettim. Eğitim-öğretim hayatım boyunca, beni teşvik eden, yıldığım noktalarda destek verip beni cesaretlendiren ve tercih ettiğim alanda ilerlememe maddi manevi imkânlar sunan değerli aileme sonsuz teşekkürü borç bilirim. Tez çalışmamın başlangıcından itibaren, zihinsel yönden beni geliştiren ve her türlü konuda engin bilgilerini paylaşan tez danışmanım Yrd.Doc.Dr Hüseyin Ünibol ve bu süreçte desteklerini esirgemeyen ailem ve arkadaşlarıma, hayatımın her alanında desteğini benden esirgemeyen Yrd.Doc.Dr Nuket İşiten ve çalışma hayatımda bana kılavuzluk yapan değerli Dr Levent Kabayel hocalarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET
KARDİYOVASKÜLER RAHATSIZLIKLARI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON, ANKSİYETE VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
İNCELENMESİ

Handan ERDOĞAN

Nisan 2017

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Yrd. Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL

Bu araştırmada, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulmuş hastaların depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmaları incelenmiştir. Çalışma için klinik ve klinik olmayan grupların karşılaştırılması yapılarak, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı olmayan katılımcılar ile tanı alanların depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Çalışma için 52 klinik ve 56 klinik grup olmak üzere 108 kişinin verileri analize dahil edilmiştir.

Araştırma için her iki gruba, kişisel bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmıştır. Bilgilendirilmiş onamları alınan katılımcıların verileri istatistiksel analiz yöntemi ile incelenmiş ve hipotezler test edilmiştir. Araştırma değişkenlerine ek olarak, katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistik ve araştırma değişkenleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre katılımcılarda depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan kişilerin kontrol grubuna göre depresyon skorları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Anksiyete skorları ise klinik grupta, kontrol grubuna göre daha yüksektir. Bununla birlikte, çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve duygusal ihmal alt boyutlarının kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamında elde edilen bulguların doğrultusunda, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı alan kişilerin tedavi sürecinde ruhsal belirtilerin göz önünde bulundurulmasının tedavinin etkililiği anlamında etkisi olduğu ön görülmektedir. Çalışmada bu anlamda katkı sağlayabilecek bulgular elde edildiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: *Kardiyovasküler Sağlık, Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Travması*



ABSTRACT
EXAMINATION OF DEPRESSION, ANXIETY, AND CHILDHOOD
TRAUMA AMONG INDIVIDUALS WITH CARDIOVASCULAR
DISORDERS

Handan ERDOĞAN

April 2017

Master's Thesis

Supervisor: Asst. Prof. Hüseyin ÜNÜBOL

This study aimed to examine the levels of depression, anxiety, and childhood trauma among individuals with cardiovascular disorders. For analyzing if there is any significant difference between individuals with cardiovascular diagnoses and individuals with no related diagnosis. In order to collect data, clinical and nonclinical groups were established and consisted of 52 participants in clinical group and 56 in nonclinical group.

Measurement instruments were used for each group for comparing differences in levels of depression, anxiety, and childhood traumas. Participants filled “Demographic Information Form”, “Beck Depression Inventory”, “Beck Anxiety Inventory”, and “Childhood Trauma Questionnaire” after their informed consent were obtained. Research variables as well as demographic variables were elaborated with these surveys by using statistical analysis methods.

Based on the results of the study, depression, anxiety, and childhood trauma subscales were not found as significantly different in terms of participants' age, gender, and marital status. However, Research variables including depression, anxiety, and childhood trauma subscales were found as significantly different in terms of participants' diagnosis of having a cardiovascular disorders. Specifically, mean scores of individuals with cardiovascular disorders in depression, anxiety, and childhood trauma subscale were found as significantly higher than nonclinical group.

The findings of the study is prominent in terms of development of effective treatment strategies for individuals with cardiovascular disorders by considering mental well-being and related preventive and protective methods. Based on this

argument, findings related to clinical group in this study provided valuable contributions for further research and practice.

Keywords: *Cardiovascular Health, Depression, Anxiety, Childhood Trauma*



İÇİNDEKİLER

TEZ SINAV TUTANAĞI.....	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Araştırmanın Amacı.....	2
1.4. Araştırmanın Varsayımları	2
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
1.6. Araştırma Soruları ve Hipotezler.....	3
1.7. Araştırmaya İlişkin Terimler	3
İKİNCİ BÖLÜM.....	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	5
2.1.1. İstemik Kalp Hastalığı veya Koroner Arter Hastalıkları.....	7
2.1.2. Risk Faktörleri.....	10
2.2. Depresyon	13
2.2.1. Depresif Bozuklukların DSM V Tanı Kriterleri	14
2.3. Anksiyete	16

2.4. Çocukluk Çağı Travmaları	18
2.5. İlgili Literatür	19
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	25
YÖNTEM.....	25
3.1. Evren ve Örneklem	25
3.2. Veri Toplama Araçları	25
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.2.2. Beck Depresyon Envanteri	25
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	26
3.2.4. Çocukluk Travmaları Ölçeği	27
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	28
3.4. Araştırmanın İşlem Yolu	29
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	30
BULGULAR	30
4.1. Demografik ve Klinik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	30
4.2. Demografik Değişkenlerin Depresyon Düzeyi ile Karşılaştırılması.....	33
4.3. Demografik Değişkenlerin Anksiyete Düzeyi ile Karşılaştırılması.....	34
4.4. Demografik Değişkenlerin Çocukluk Travması Değişkeni ile Karşılaştırılması	35
4.5. Depresyon Düzeyi Değişkenine İlişkin İlgili Bulgular	36
4.6. Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular	36
4.7. Çocukluk Travma Ölçeği ile İlgili Bulgular	37
4.8. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi.....	37
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	42
TARTIŞMA	42
5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
5.2. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43

5.3. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan Kişilerin Çocukluk Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
5.5. Yeni Çalışmalar için Öneriler	48
5.6. Sonuç	49
KAYNAKÇA.....	49
EKLER.....	57
Ek-1. Demografik Bilgi Formu	57
Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği.....	58
Ek-3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	63
Ek-4. Çocukluk Travmaları Ölçeği.....	65
ÖZGEÇMİŞ	67

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	30
Tablo 2. Kardiyolojik Rahatsızlık Durumunun Katılımcılardaki Dağılımı	31
Tablo 3. Kardiyolojik Rahatsızlık Tanısı Alanların Rahatsızlığın Süresinin Dağılımı	32
Tablo 4. Katılımcıların Kalp Ameliyatı Olma Durumunun Dağılımı.....	32
Tablo 5. Depresyon Skorlarının Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması	33
Tablo 6. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması	35
Tablo 7. Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Tanımlayıcı İstatistikleri	36
Tablo 8. Anksiyete Ölçeğine Göre Katılımcıların Anksiyete Düzeylerinin Betimleyici İstatistikleri.....	36
Tablo 9. Çocukluk Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamalarının Betimleyici İstatistikleri.....	37
Tablo 10. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi	38
Tablo 11. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi	38
Tablo 12. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi	39

KISALTMALAR

AMI: Akut Miyokard Enfarktüsü

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇTÖ: Çocukluk Travmaları Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

KAH: Koroner Arter Hastalıklar

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü – World Health Organization

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Kalp ve damar hastalıkları olarak bilinen kardiyovasküler rahatsızlıklar günümüzde dünya nüfusunun büyük bir çoğunluğunun hayatını kaybetmesine sebep olan ciddi rahatsızlıklar olarak bilinmektedir. Yılda yaklaşık 18 milyon kişinin kardiyovasküler rahatsızlıklardan dolayı hayatını kaybettiği bilinmektedir. Ölüme sebebiyet veren rahatsızlıklar arasında kalp ve damar hastalıkları %31 oranında çoğunlukta olduğu bilinmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar koroner damar hastalıkları, beyin damar hastalıkları, periferik damar hastalıkları, romatizmal damar hastalıkları, kalbin doğuştan sahip olduğu yapısal eksiklik ve/veya problemlerine bağlı olarak görülen konjenital kalp hastalıkları, derin ven trombozu şeklinde görülmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleri ele alındığında, kişilerin beslenme alışkanlıkları, alkol ve madde kullanımı, sedanter yaşam, genetik yatkınlık, stres algısı gibi faktörlerin tetikleyici olduğu öne sürülmektedir. Özellikle yaşam tarzının getirdiği stresli koşullar sebebiyle kişilerin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskinin fazla olduğu görülmektedir. Yüksek stres algısı bu hususta önemli bir tetikleyici olarak görülmektedir.

Stresin özellikle kalp ve damar hastalıkları için tetikleyici bir özellik olması stres algısında belirleyici olabilecek faktörlerin incelenmesi gerekliliğini meydana getirmektedir. Kişilerin stresle etkin bir biçimde baş edememesinin arkasında yer aldığı düşünülen bireysel, psikolojik, sosyal ve duygusal süreçlerin incelenmesinin bu hususta yapılacak önleyici çalışmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Stres algısı kişilerin iyilik hali üzerinde önemli rol oynayan bir değişkendir. Özellikle bu hususta kişilerin psikopatolojisinin bu noktada önemli bir belirleyici olduğu bu çalışmada ele alınan konulardan bir tanesidir. Duygu durum ve anksiyete bozukluklarının yanı sıra kişilerin ilerleyen dönemlerde iyilik halini etkileyebileceği düşünülen çocukluk çağı travmalarının kalp ve damar sağlığı üzerinde anlamlı düzeyde ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan bu çalışma kardiyovasküler rahatsızlıklarda çocukluk travması, depresyon ve anksiyete belirtilerini kişiler değişkenlerin ayrıca değerlendirilmesi ile birlikte incelenmiştir. Yapılan bu çalışmanın özellikle kalp ve damar sağlığına ilişkin problem yaşayan bireylerdeki psikolojik ve duygusal iyilik halinin sağlanması anlamında gerekli önleyici ve koruyucu çalışmaların yapılması açısından katkısı olabilecek sonuçlar sağlayacaktır. Yapılan literatür incelemeleri sonucunda, Türkiye’de bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve psikolojik değişkenlere ilişkin yeterli düzeyde çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda, çalışmada elde edilen bulguların literatüre katkısı olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmaları değişkeninin daha önce yapılan çalışmalarda özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile ilişkili olup olmadığını inceleyen çalışmalar mevcuttur. Kardiyovasküler rahatsızlıklar ve çocukluk çağı arasındaki ilişkinin bu çalışmada incelenmesinin diğer çalışmalardan farklı bulgular sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Yapılan bu çalışmada, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan kişilerin çocukluk çağı travmaları, depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, katılımcıların kişisel ve demografik bilgileri araştırma değişkenleri ile karşılaştırılarak anlamlı düzeyde ilişkili farklı değişkenlerin olup olmadığı incelenmiştir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmacı tarafından belirlenen araştırma sayıltıları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin, araştırma değişkenlerini ölçmek için geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmada anket çalışmasında vermiş oldukları yanıtların kendileri adına geçerli ve doğru yanıtlar olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırmada kullanılan veri analiz yöntemlerinin araştırma değişkenlerini incelemek ve analiz etme açısından doğru yöntemler olduğu düşünülmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmacı tarafından tespit edilen araştırma sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmada elde edilen sonuçlar araştırma için belirlenen ölçeklere verilen yanıtlar ile sınırlıdır.
2. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi tespit etme anlamında araştırmacı tarafından belirlenmiş anketlerle sınırlıdır.
3. Araştırma sınırlı bir örnekleme uygulanan anket çalışması olmasından ötürü genelleme anlamında sınırlıdır.

1.6. Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırmacı tarafından belirlenen araştırma soruları ve hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Kardiyovasküler hastalıklar ile çocukluk çağı travmaları boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Hipotez 1: Kardiyovasküler hastalıklar ile çocukluk çağı travmaları boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma Sorusu 2: Kardiyovasküler hastalıklar duygu durum bozuklukları belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Hipotez 2: Kardiyovasküler hastalık tanısı konulan bireylerin depresif belirtileri bulunmaktadır.

Araştırma Sorusu 3: Kardiyovasküler hastalıklar ile anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Hipotez 3: Kardiyovasküler hastalık tanısı konulan bireylerde anksiyete belirtileri bulunmaktadır.

1.7. Araştırmaya İlişkin Terimler

Kardiyovasküler hastalıklar: Kalp ve damar hastalıkları olarak tanımlanan, koroner kalp hastalığı, beyin damar hastalıkları, periferik damar hastalıkları, romatizmal kalp rahatsızlıkları ve doğuştan ve yapısal problemlerden kaynaklı kalp hastalıkları olarak tanımlanan önemli ve ölümcül olabilecek bir sağlık problemidir.

Travma: Travma, kişilerin hayatı tehlike barındıran, yaralanma, tehdit, baskı gibi durumlarla karşılaşması ve böyle durum ve olaylara tanıklık etmesi hali olarak tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Çocukluk çağı travması ise travmatik olayların erken dönemlerde söz konusu olmasıdır.

Depresyon: Kişilerde günlük hayat işlevselliğini engelleyecek düzeyde hissedilen mutsuzluk, umutsuzluk, çaresizlik, uyku ve iştah problemlerinin tanı kriterlerini karşılaması halinde teşhisi konulan duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Anksiyete: Kaygı olarak tanımlanan, kişilerin olumsuz ve tehdit içeren bir durum ve olaya dair hissettikleri korku ve endişe hali olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, geniş bir spektrumda incelenen ve mortalite riskinin en yüksek olduğu sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar hem koroner hem arter hem de romatizmal olmak üzere incelenen, kalp ve damar sağlığına ilişkin komplikasyonlar sonucunda kalp yetmezliği, kalp krizi, inme, damar tıkanıklığı gibi yaygın sonuçlarla kendisini göstermektedir. KVH tanımı ve türlerine ilişkin bilgiler bu bölümde ayrıntılı olarak yer almaktadır.

2.1.1. Tanım ve Türler

Kardiyovasküler (Kalp-damar) hastalıkları, vücudumuzdaki dolaşım sistemindeki damarlar veya kalbin işleyişini etkileyen hastalıkların genel tanımıdır. Literatürde KVH olarak kısaltılmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları, hastalık türleri karşılaştırıldığında kronik hastalıkları en fazla kapsayan sağlık problemi olarak tanımlanır. Kalp ve damar hastalıkları uzun süre seyredabilen, aynı zamanda dolaşım sisteminin ve sinir sisteminin işleyişini etkileyen damarların tıkanıklığı durumunda kalp krizi, inme ve ölüm gibi akut sonuçları beraberinde getirebilmektedir (Graham ve ark, 2007).

Kalp ve damar hastalığına ilişkin yaygın olarak bilinen türler “Ateroskleroz” ile İlişki Hastalıklar” olarak başlıklandırılır. Bu hastalıklarda, sigara kullanımı, kandaki kolesterol düzeyinin yüksek olması, sedanter yaşam, obezite ve diyabet gibi durumlar risk faktörü oluşturmaktadır. Bu anlamda riski azaltıcı yöntemler olarak, pek çok ülkede halk sağlığı uygulamalarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite sıklığının artırılması ve sigarayı bırakmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Graham ve ark, 2007).

Yukarıda da belirtildiği gibi, ateroskleroz ile ilişki hastalıklar olarak tanımlanan kardiyovasküler hastalıkların sonuçları olarak düşünülen ve işlevsellikte ciddi problemlere yol açabilecek tür ve tanımlar aşağıdaki şekilde listelenmektedir:

Koroner kalp hastalığı (KKH) ve koroner arter hastalığı (KAH) - kalbi besleyen kan damarlarının hastalığı aşağıdaki rahatsızlıklara yol açabilir:

- Anjina

- Kalp krizi
- Konjestif kalp yetmezliği

Serebrovasküler hastalık - beyni besleyen kan damarlarının hastalığı aşağıdaki rahatsızlıklara yol açabilmektedir.

- Geçici iskemik ataklar (TIA) veya "mini inmeler"
- İnmeler

Çevresel (periferik) damarların hastalığı - kolları ve bacakları besleyen kan damarlarının hastalığı olup aşağıdaki bozukluklara yol açabilir:

- Klodikasyon - atardamarlar içindeki kan akışının tıkanması ağrıya neden olur.
- Kangren -dolaşım yetersizliği nedeniyle bacaklardaki dokuların ölümü
- Anevrizmalar (Onat ve ark, 1996).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu çalışmada, ölümlerin yaklaşık %30'unu temsil eden hastalığın kalp ve damar hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Bulunan yüzdenin her geçen yıl artış gösterdiği öne sürülmektedir. En yaygın olarak, kişilerin koroner kalp hastalığından ve inmeden dolayı hayatını kaybettiği görülmektedir. Dünya çapında yapılan bu çalışma neticesinde söz konusu sağlık sorunu küresel anlamda çalışmaların önemli bir odağı haline gelmiştir (WHO, 2005).

Kardiyovasküler sisteme ilişkin pek çok rahatsızlık kan damarlarını olumsuz etkilemektedir. Doğuştan gelen kalp anomalileri daha sonrasındaki süreçte kalbin işleyişinde sorunlara yol açabilmektedir. Konjenital kalp hastalığı doğuştan ve gelişimsel problemlili olan kalbin daha sonrasında enfeksiyon ve kalp kapaklarına zarar vermektedir. Ayrıca, kalp kasları yavaş yavaş veya enfeksiyonlara bağlı olarak hızlı bir biçimde hasara uğrayabilmektedir. Kalp hastalığı ateroskleroz dışında söz konusu etkilere bağlı olarak kalp ve damar sağlığına ilişkin sağlık problemleri arasında aşağıdakiler yer almaktadır (Gaede ve ark, 2003; Onat ve ark, 1996)

2.1.1. İstemik Kalp Hastalığı veya Koroner Arter Hastalıkları

Kalbi besleyen damarların kalbin ihtiyacı olan düzeyde kanı taşıyamaması sonucunda oluşan iskemiye bağlı olarak gelişen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. KAH olarak literatürde geçen koroner arter hastalıkları, ateroskleroz nedeniyle damarların darlaşması ve tıkanması sonucunda oksijen ihtiyacını giderememeye ve damarın beslediği miyokard bölgesinde iskemi veya nekroz oluşmasına yol açmaktadır (Libbi, 2001).

KAH, miyokardı besleyen kalp damarlarında daralma, aşırı kasılma ve tıkanma sonucunda miyokardın beslenememesi sonucunda ortaya çıkan hastalıklar için kullanılan bir terimdir. KAH ciddiyetini belirleyen faktörler arasında, etkilenen bölge, damarların tıkanıklık durumu yer almaktadır (White & Chew, 2008).

Akut Miyokard Enfarktüsü, kalıcı kalp hasarı olup, kalbe giden bir veya birden fazla damarın daralması, pıhtı birikmesi sonucunda tıkanmasıyla yeterli oksijenin sağlanamaması durumunda oluşan ciddi bir rahatsızlıktır. AMI, erken müdahalenin büyük önem taşıdığı ve birtakım belirtiler ile kendini gösteren bir durumdur. Kişilerde koroner ağrısı sol kol, omuz, sırt ve midede ağrı olarak kendini gösterebilmekte; fakat diyabet tanısı konulan kişilerde bu belirtiler görülmeyebilmektedir. AMI meydana gelmesi için miyokardın oksijen ihtiyacının karşılanmaması veya ihtiyacın daha fazla olması durumu gereklidir. KAH sebebi arasında yer alan en önemli risk faktörünün aterosklerotik plakla kalp damarlarının tıkanması olarak görülmektedir (White & Chew, 2008).

İskemik kalp hastalığı aterosklerotik koroner arter hastalığından dolayı ortaya çıkan iskemi belirtileri ile kendini göstermektedir. Ani kalp ölümü bu durumda gerçekleşebilmektedir. Miyokardın oksijen desteğinin fazla olması ve taşınan oksijen miktarının az olması kalbin metabolik işlevinin bozulmasına ve miyokard iskeminin gelişmesine yol açmaktadır (Drouet, 2002; White & Chew, 2008).

2.1.1.1. Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI)

Kalıcı miyokardiyal hasara yol açan akut miyokardiyal iskemi atağıdır. Tüm kalp hastalıkları arasında en yaygın ölüm sebebidir. Her yaşta görülen AMI, yaş aralığı bazında en yaygın olarak 45-55 yaş arasındakilerde ve erkeklerde daha yaygındır.

Kişilerin yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, alkol ve sigara kullanımı, farklı bir hastalığın olması gibi durumlar koroner arter hastalıklarını ve AMI riskini arttırmaktadır (White & Chew, 2008).

Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

1. Yaş: 45 yaş üzeri erkeklerde ve erken menopoz gören 55 yaş üstü kadınlarda daha yüksektir
2. Aile öyküsü: birinci derecede akrabalarda görülme durumu, erkekte 55 kadında 65 yaşından önce KAH olması
3. Sigara kullanımı
4. Yüksek tansiyon
5. Lipid risk faktörleri, düşük ve yüksek kolesterol
6. Diyabet
7. Obezite/aşırı kiloluluk
8. Sedanter Yaşam
9. Trombojenik durum (Onat ve ark, 1996).

Koroner arter hastalığının oluşumunda pek çok faktör olmakla birlikte en yaygın olan nedeni aterosklerozdur. İskemi sonucunda oluşan tetikleyici durumlar neticesinde iskemik hücrelerden salınan nörotransmitterlerin kalpteki sempatik sinirlerin duyuşal uçlarını etkiemesi sebebiyle yayılım göstermekte ve AMI öncesinde sol kol, omuz, sırt ve mide ağrısının hissedilmesinin sebebidir. Diyabet hastalarında bu belirtilerin hissedilmemesinin sebebi otonom sistemdeki hasardan sessiz iskemi görülür ve kişiler enfarktüs geçirdiği fark edilmeyebilir (Baigent ve ark, 2005; Libby, 2001).

Hipertansiyon, aort damarının dar olması veya yetersiz olması, fiziksel egzersiz yoğunluğu, ağır yemek sonrası gibi durumlarda adrenerjik sisteminin aşırı uyarılması durumunda miyokardın oksijen ihtiyacı artmaktadır. Bu durumunda kalbin ihtiyacının artmasıyla iskemi gelişebilmektedir (Thompson ve ark, 1995).

2.1.1.2. Anjina Pektoris

Kalp kasının oksijen desteğinin yetersizliğinden dolayı ortaya çıkan yakınmalardır. Kalp kasında ciddi ve kalıcı hasara yol açmaz. Yoğun fiziksel aktivite veya strese bağlı olarak kişilerde görülebilen bir durumdur. Kişiler dinlendikleri takdirde veya dilaltı nitrogliselin alarak belirtileri azaltabilen bir durumdur. Karakterize belirtisi ise göğüs ağrısı olarak bildirilmiştir. Görülen ağrı, kalp kasının yetersiz oksijen almasından kaynaklıdır. Bununla birlikte, stabil olmayan anjina ise, dinlenmeyle geçen anjina pektoristen farklı olarak daha ciddi ve uzun olan türüdür. Egzersiz ve duygusal stresörlerle açıklanabilecek bir durum değildir. Genç hastalarda daha çok görülmektedir. Anjina pektoris miyokarda nekroz oluşumuna sebep olmaz; fakat stabil olmayan anjina ölümcül olabilmektedir. Bununla birlikte, miyokard nekrozuna ilişkin biyokimyasal belirtiler her zaman kendisini göstermez (Charles & Hennekens, 1998).

Anjinal ağrının özellikleri arasında,

- Tetikleyici yoğun fiziksel egzersiz
- Stres
- Ağır yemek
- Anksiyete
- 3 ile 8 dakika arasında süren atak
- Sol omuz, kol ve çenede ağrı
- Bulantı, terleme
- Ölüm korkusu

2.1.1.3. Kalp Yetmezliği

Hem fiziksel olarak aktif hem de dinlenme durumunda, vücudun ihtiyacı olan kanın pompalanmaması durumunda kalp yetmezliği oluşmaktadır. Kalp yetmezliği, farklı hastalıklara bağlı olarak ikincil bir biçimde görülebilen bir sorundur. İskemik kalp hastalığı sonucunda kalpte oluşan hasarlar miyokardın kasılmasını bozarak kalbin pompalama kapasitesini etkilemektedir. Bu sebeple kalp yetmezliği riski artmaktadır (Charles & Hennekens, 1998).

2.1.2. Risk Faktörleri

Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri hem değiştirilebilir hem de değiştirilemeyen olmak üzere ele alınmaktadır. Değiştirilebilir olanlar, kişilerin söz konusu durumlara ilişkin düzenlemeler yapması veya duruma müdahale edilmesi ile riskin azaltılabileceği şeklindedir. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise, genetik, cinsiyet, yaş gibi kişinin bireysel ve öyküsel özelliklerini kapsayan risk faktörleri olarak düşünülmektedir (Onat ve ark, 1996).

2.1.2.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Hipertansiyon (Yüksek Kan Basıncı)

Dünyada yaklaşık bir milyar insanın hipertansiyonu olduğu ve bunun üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu görülmektedir. Hipertansiyon erken ölümlerin meydana gelmesindeki en önemli sebepler arasında yer almaktadır. 2025 yılı için öngörülen ise 1.56 milyar erişkin bireyin hipertansiyonu olacağı yönündedir. Hipertansiyon KVH için öncül sebep olarak tanımlanır. Hipertansiyonu olan bireyler aynı zamanda diyabet geliştirme riski olan gruptadır. Yüksek tansiyon genellikle “sessiz katil” olarak görülmektedir, çünkü belirgin bir işareti ve belirtisi bulunmamakta ve birçok insan tansiyonunun yükseldiğini fark edememektedir. Bu yüzden düzenli takip önemlidir (Altun ve ark, 2003; Charles & Hennekens, 1998).

Sigara Kullanımı

KVH olgularının %10'unun sigara kullanımına bağlı geliştiği görülmektedir. Sigara içen kadınlarda, genç erkeklerde ve ağır sigara tiryakilerinde KVH geliştirme riski daha fazladır. Dünyada şu an 1 milyar sigara kullanan kişi bulunmaktadır. Sigara bırakmanın iki yılı sonrasında koroner arter hastalıkları riski düşmekte ve 15 yıl içerisinde de bu risk sigara kullanmayan biri ile eşdeğer düzeye gelmektedir (Graham ve ark, 2007).

Diyabet (Kandaki Yüksek Şeker)

Diyabet, açlık şekeri değerinin yüksek veya düşük olmasıyla açıklanmaktadır. Dünyada diyabet tanısı almış hastaların %60'ının hayatını diyabet dolayısıyla kaybettiği bulunmuştur. Dünyadaki diyabet prevalansı %10 olarak saptanmıştır. Bu oran zaman içerisinde giderek artmaktadır. Tip 1 ve tip 2 diyabeti olan hastaların kardiyovasküler hastalıkları olma riski diyabet tanısı olmayan kişilere göre üç kat daha fazladır. Kadınlarda ise bu risk erkeklere göre daha fazladır. Diyabet vakaları aynı zamanda yaşa bağlı olarak inme riski taşımaktadır. Kötü prognozla ilişkili olan bu

sağlık problemi yükselen glikoz düzeyi ile riski arttırmaktadır. Diyabeti olan kişilerin erken tanı ve müdahale almadıkları takdirde kalp krizleri, inme ve körlük gibi problemlerin görüldüğü saptanmıştır. Diyabet tedavisinde uygulanan ve kandaki insülin düzeyini dengeleyen müdahalelerin kalp ve damar sağlığını korumak amacıyla önemli olduğu düşünülmektedir (Gaede ve ark, 2003).

Sağlıksız Beslenme

Doymuş ve trans yağ tüketiminin fazla oluşu, fazla tuz tüketiminin yanı sıra sebze ve meyvenin az tüketilmesinin kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturduğu görülmektedir. Özellikle tuz tüketimi kan basıncı düzeyinde önemli bir belirleyicidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi, kişilerin günlük tuz tüketiminin 5 gram'dan daha fazla olmaması gerektiği şeklindedir. Yüksek enerji içeren yağ ve trans yağ asitlerinin fazla tüketimi kalp hastalıkları ile ilişkidir. Yağ tüketiminin kısıtlanması ve çoklu doymamış yağ tüketiminin artırılmasının koroner kalp hastalıkları riskini azalttığı görülmektedir. Yeterli düzeyde sebze ve meyve tüketimi KVH riskini azaltmaktadır. Sağlıklı beslenme, sağlıklı kilo düzeyini beraberinde getirebileceği için aynı zamanda istenen kolesterol ve kan basıncı düzeyinin oluşmasını sağlayacaktır (Gaede ve ark, 2003).

Kolesterol/Lipidler

Kandaki yüksek kolesterol kalp hastalıkları ve inme riskini arttıran bir risk faktörüdür. Dünyada, iskemik kalp hastalıklarının üçte birinin yüksek kolesterolden ileri geldiği görülmektedir. Yüksek kolesterol mortalite riski olan bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yıllık 29.7 milyon kişinin bu duruma bağlı sağlık problemlerinden hayatını kaybettiği görülmektedir. Yüksek kolesterol prevalansı dünya çapında erkeklerde %37 ve kadınlarda %40 olarak bulunmuştur. Yüksek kolesterolün düşürülmesi kalp hastalıkları riskini azaltmaktadır. Total kolesterol düzeyi, ülkenin gelir seviyesine göre kişilerde farklılık gösteren bir durumdur. Düşük gelir seviyesindeki ülkelerde erişkin bireylerde %25 oranında görülürken, yüksek gelir seviyesinde bu oran %50 civarındadır (Brewer, 2004).

Aşırı Kilo ve Obezite

Obezite, hipertansiyonu, insülin direncini, tip 2 diyabeti ve kolesterolü etkilemesi sebebiyle kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Dünya çapında, en az 35.8 milyon kişinin kilo sorunu ve obezite dolayısıyla hayatını kaybettiği saptanmıştır. 2008 yılında, 20 yaş üzeri erişkin bireylerin %34'ünün aşırı

kilolu kategorisine girdiği görülmektedir. Ayrıca, 2008 yılında, erkeklerin %9,8'i ve kadınların %13,8'i VKI 30 kg/m²'den yüksek olması sebebiyle obezite kategorisine girmektedir. Sağlıklı VKI erişkin kişilerde 21-23 aralığında olmalı ve kişilerin hedef olarak daha sağlıklı olmak adına 18-24 kg/m² aralığına çekmeleri önemlidir. Vücut Kitle İndeksi (VKI) artışı ülkelerin refah düzeyine göre değişkenlik göstermektedir. Yüksek gelir seviyesinde olan kişilerin düşük ve orta gelir seviyesi olan ülkelerdeki kişilere göre iki kattan daha fazla artış şeklinde kendisini göstermektedir. Obezite için, orta gelir seviyesindeki ülkelerde yaşayan kadın ve erkeklerde %7 ve yüksek gelir seviyesinde olan ülkelerdeki kadın ve erkeklere göre %24 oranında daha fazladır (TKD, 2008).

Sedanter Yaşam

Fiziksel aktivitenin az olması ve kişilerin sedanter yaşamı benimsemiş olması, koroner kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Fiziksel aktivitenin az olması durumunda fazla enerjinin yakılamaması ve kilo alımı durumunun görülmesi, aşırı kiloluluk, obezite, insülin direnci, kolesterol gibi sağlık durumlarını tetikleyebilmektedir. Bu durumlar da aynı zamanda koroner kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturduğu görülmektedir. Fiziksel aktivitenin türü ve sıklığı bu anlamda oldukça önemlidir. Yarım saatten fazla olmak üzere tempolu yürüyüş, merdiven çıkma, hızlı yürüme, yüzme, bisiklet sürme gibi orta şiddette dinamik egzersizler koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır (Güleç, 2009; Yusuf ve ark, 2001).

Yukarıda belirtilen düzenlenebilir, modifiye edilebilir risk faktörlerinin yanı sıra değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. Bu durumlar neticesinde kişilerin sağlık kontrollerini düzenli bir biçimde yaptırmaları önemlidir.

2.1.2.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş

KVH yaşın ilerlemesiyle birlikte riskin arttığı rahatsızlıklardır. Kalbin yaşla birlikte görülen fizyolojik değişimlerine bağlı olarak, daha önce herhangi bir rahatsızlığı olmayan bireylerde bile KVH görülme riski artmaktadır. Yaşlanan kalbin atım esnasında kasların rahatlatma durumu azalmakta ve pompalama durumu daha az etkin hale gelmektedir. Kişilerin KVH ilişkin durumlar, yaşa bağlı olarak gelişen durumlar neticesinde tedavinin ve hastalığın seyri etkilenebilmektedir (Güleç, 2009; Okraniec, Banerjee & Eisenberg, 2004).

Cinsiyet

Erkeklerde, menopoz öncesi kadınlara göre kalp hastalıkları riski daha fazladır. Menopoz sonrasında ise kadınların kalp hastalığı riski erkeklerle benzer düzeye gelmektedir. İnme riski ise kadın ve erkeklerde aynı orandadır (TKD, 2008).

Aile Öyküsü

KVH'da aile öyküsü, bu hastalıklara ilişkin risk hakkında bilgi vermektedir. Birinci derece akrabalarda kalp hastalığı veya inme görülme durumu erkek akrabalarda 55 yaş öncesinde ve kadın akrabalarda 65 yaş öncesinde görülmesinin riski arttırdığı bulunmuştur (TKD, 2008).

2.2. Depresyon

Depresyon, dünya çapında prevalansı en yüksek seyreden bir ruh sağlığı bozukluğudur. Depresif bozukluklar kişilerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini büyük ölçüde etkileyebilecek düzeyde görülmektedir. Bununla birlikte, kalp ve damar hastalıklarının da yaygınlık oranının dünya çapında mortalite riskinin en fazla olduğu hastalıklar arasında yer almasından ötürü önemli bir sağlık sorunu olarak incelenmektedir. Kişilerde, fizyolojik sağlık belirtileri ve hastalıklarına bağlı olarak yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmekte ve içinde buldukları durum neticesinde psikolojik sıkıntı yaşayabilmektedirler. Bu doğrultuda, yaygınlık oranı en yüksek olan ve eşanı alma durumunun farklı çalışmalarda elde edilen bulgularla desteklendiği depresyon ve kardiyovasküler hastalıkların çift yönlü etkileşimli yapısı olduğu öne sürülmektedir. Sözgelimi, depresif bozuklukların kişilerin bedensel belirti oluşturma riskini arttıracak bir unsur olması sebebiyle kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturabileceği; kardiyovasküler rahatsızlıkların belirti yükü, cerrahi müdahaleler ve tedaviler neticesinde kişilerde görülebilecek tükenmişlik hissinin depresif belirtiler için risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, kişilerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesinin KVH tedavi sürecinde yaşam kalitesini arttıracak ve hastalık algısını etkileyebilecek bir durum olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, depresyon ve KVH arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

2.2.1. Depresif Bozuklukların DSM V Tanı Kriterleri

DSM 5 kapsamında Depresif bozukluklarının DSM tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

Yeğin (Major) Depresyon Bozukluğu

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya(1)çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (Örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma(Örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Nerdeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuzluk suçluluk duyguları (sanrısız olabilir)(yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlıkla yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzerine özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğın depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batgınlık (parasal çöküntü),doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğın depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.3. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, depresif bozuklukta olduğu gibi, kişilerin yaşam kalitesini etkileyen ve yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete, aynı zamanda kişiler için bir hayatta kalma tutumu olması; fakat bozukluk olması durumunda kişilerin süregelen bir kaygı ve korku içerisinde olma durumu olarak açıklanmaktadır (Ateşçi ve ark, 2000). Alt tipleri bulunan ve kişilerin toplumsal ve bireysel açıdan işlevselliğini etkileyen anksiyete bozuklukları, kişilerin yaşantılarında karşılaştıkları güç durumlar neticesinde beklentisel kaygının psikopatolojik bir hal almasıyla kendisini gösterebilmektedir (Beausang & Syeed, 1998). Bu doğrultuda, anksiyete bozuklukları ve eşlik eden sağlık problemlerini konu alan çalışmalarda, KVH ve anksiyete bozukluklarını inceleyen çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Bu doğrultuda, anksiyetenin kişilerin KVH ile ilgili belirtilerinden ve tedavi sürecine ilişkin söz konusu olabilecek psikiyatrik bir durum olduğu görüşü desteklenmektedir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarının aynı zamanda KVH için risk faktörü oluşturabilecek psikiyatrik bir rahatsızlık olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur. Bu doğrultuda, çift yönlü ele alınabilecek anksiyete bozuklukları KVH tanısı almış bireyler için süreci zorlaştırabilecek bir durum olduğu düşünülmektedir (Brugnera ve ark, 2017).

Kişilerin fiziksel sağlığına ilişkin vermiş oldukları duygusal tepkiler arasında en yaygın olan durumlardan birinin depresyon diğerinin ise anksiyete olduğu bilinmektedir. Ülke genelinde fizyolojik rahatsızlıklar sebebiyle hastanede yatarak tedavi görenlerin %2.8 ile %24.4 oranları arasında anksiyete bozuklukları olduğu görülmektedir (Ateşçi ve ark, 2000). Bu alanda diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise bu oranın %23 civarında olduğu bulunmuştur. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda, kişilerin tedaviye yanıt verme oranı bakımından fiziksel rahatsızlıkları olan bireylerin depresyon ve anksiyete bozuklukları belirtileri bakımından ortak özellikleri olduğu görülmektedir. Söz konusu fizyolojik rahatsızlıkları olan bireylerin depresyon ve anksiyete tanısını alma oranının %9 ile %40 aralığında seyrettiği

görülmektedir (Ateşçi ve ark, 2000). Hem depresyonun hem de anksiyetenin bir arada olmasının ise süreç içerisinde hasta için zorlayıcı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, kişilerin içinde bulunduğu duygu durum, depresyon ve anksiyetenin yol açabileceği işlev sorunları sebebiyle hastalık algısı etkilenebilmektedir (Beausang & Syeed, 1998).

Hastalar, yoğun bir tedavi sürecine girmeleri gerektiğinde veya fiziksel sağlıklarına ilişkin bir tehdit hissettiklerinde günlük hatta etkin ve işlevsel olmayan baş etme becerileri geliştirme eğilimi gösterebilmektedirler. Bu durumun yoğun stres ve tükenmişliğe yol açması dolayısıyla başa çıkmak zorlaşabilmektedir (Ateşçi ve ark, 2000). Kişilerin maruz kaldığı stres, baş etme becerilerini etkilemekte ve psikolojik sağlıkları tehdiye maruz kalmaktadır. Aynı zamanda, kişilerin içinde buldukları durumu travmatik olarak nitelendirme söz konusu olabilmektedir. Kişilerin başa çıkma yöntemlerinin yetersiz olması ve stres algısının yüksek olması sebebiyle ruhsal problemlere yatkınlık artmakta olup, hastalarda en yaygın olarak görülen depresyon, anksiyete ve tükenmişlik durumlarına dair belirtiler meydana çıkmaktadır (Beausang & Syeed, 1998).

Kişilerin maruz kaldıkları stresin yaşam kalitesini etkilemesi sebebiyle anksiyete ve depresyon riskinin daha fazla olduğu öne sürülmektedir. En yaygın olarak görülen depresyon ve anksiyetenin kişilerin uyumunu özbakımını, tedaviye yanıt verme durumunu, tedavi sürecinin maddi ve manevi yükünü, düzelme ve iyilik halini, mortalite ve morbiditeyi etkileyen önemli ruhsal sonuçlar olarak düşünülmektedir (Crespo, Gil, & Porras Chavarino, 2001; Soskolne ve ark, 1996).

Anksiyete, kişilerin hayatlarında deneyimledikleri korku, panik ve fobi olarak nitelendirilebilecek bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete belirtileri, kişilerde, fizyolojik, psikolojik ve psikosomatik olarak kendisini gösterebilen niteliktedir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarının tüm tiplerinde baskın gelen semptomun kişilerin hissettikleri yoğun kaygı ve korku halidir. Kişiler hissettikleri yoğun korku ve kaygıdan kaçınarak davranışlarda da bulunabilmektedirler. Bu belirtilerin türleri ele alındığında, *Psikolojik belirtiler*, kişilerin hissettiği kontrolü kaybetme hissi, panik, huzursuzluk, üzüntü, endişe, kötü bir şeyler olacakmış duygusu, yorgunluk, dikkatsizlik, odaklanmakta güçlük olarak görülmektedir. *Psikosomatik belirtiler*, kişilerin hissettiği korku ve kaygıya ilişkin bedensel şikayetleri olarak tanımlanmaktadır. Bunlar arasında, nefes darlığı, göğüs sıkışması, baş dönmesi, mide

bulantısı, karın ağrısı, yutkunamama, gerginlik, uyuşukluk gibi fiziksel belirtiler kaygı ile açıklanabilir. Son olarak, *Fizyolojik belirtilerde* ise kişilerin hissettiği korku ve kaygıya ilişkin belirgin ölçüde görülen ve normal olmayan ve işlevsellikten bağımsız fizyolojik, hormonal tepkiler olarak tanımlanır. Sarsılma, terleme, kalp çarpıntısı, titreme, aşırı hareketlilik olarak örneklendirilir. Fizyolojik tepkilere bağlı olarak, kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilen fiziksel rahatsızlıklar arasında kalp rahatsızlıkları, metabolizma bozuklukları, nörolojik bozukluklar, sindirim ve boşaltım sistemi bozuklukları fiziksel belirtiler olarak sayılabilecek bozukluklar olarak ele alınmaktadır (Ateşçi ve ark, 2000; Beausang & Syeed, 1998).

Hastaların anksiyete düzeyini etkileyen faktörler olarak, kişilerin rahatsızlığının ne olduğu, tanısı, cerrahi müdahale olup olmaması, tedavi süreci ve gereklilikler, hastalığın morbiditesi ve mortalitesi, sağlık hizmetleri algısı, tedavi sürecinde sağlık hizmetlerine erişim, hastalık algısı, sosyal destek gibi durumların etkili olduğu düşünülmektedir (Beausang & Syeed, 1998).

2.4. Çocukluk Çağı Travmaları

Dünyada, hem bireysel hem de toplumsal olarak pek çok yıkıcı deneyime maruz kalan insanlar, bu deneyimlerin sonucunda ciddi etkiler almakta veya hayatlarını kaybedebilmektedir. Hayati risk taşıyan olayların kişilerde bıraktığı etkiler, olaya maruz kalma boyutuna göre değişkenlik göstermekte ve hayatta kaldığı fakat maruz kaldığı durumlar neticesinde fiziksel ve psikolojik etkilere maruz kalabilmektedir. Travma olarak ifadelendirilen ve kişiler için hayatlarını tehdit edecek denli şiddetli bir durumu deneyimleme veya böyle bir durumun başka biri üzerinden tanıklığı olarak ifade edilmektedir. Travma, kişiler için fiziksel ve psikolojik etkileri beraberinde getiren ve işlevselliği etkileyebilecek düzeyde psikiyatrik ve psikolojik sıkıntılara yol açabilmektedir. Hayatın her evresinde karşılaşılabilecek olan travmatik olay ve durumların ayrıca ele alındığı ve bireylerin hayatlarındaki ilerleyen dönemleri ciddi düzeyde etkilediği düşünülen dönem ise çocukluk dönemi olarak görülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının kişiler için ilerleyen gelişim evrelerinde psikiyatrik, fiziksel ve psikosomatik rahatsızlıklar için risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2005), çocukluk çağı travmaları için yapmış olduğu tanımda, çocukluk döneminde maruz kalınan fiziksel, duygusal ve cinsel kötü davranışlar sonucunda çocuğun maruz kaldığı travma olarak tanımlanmaktadır. Kırık

ve arkadaşları (2002), çocukluk çağı travmalarını istismar ve ihmal boyutunda ele almış ve dört bileşenden oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal olarak belirtilmiştir.

Fiziksel istismar, çocuğa yönelik kötü fiziksel muameleyi kapsayan ve bu sebeple maruz kalınan travmatik olaylar olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel olarak zarar verme veya zarar verme potansiyeli olan tüm davranışların fiziksel istismar olarak değerlendirildiği görülmektedir. Cinsel istismar, çocuğun cinsel haz almak amacıyla kullanılması ve sömürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Duygusal istismar ise, çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek sosyal ve psikolojik desteğin olmaması veya işlevi etkileyebilecek düzeyde olumsuz olması, çocuğun hayatına devam etmesi için gerekli kaynaklara erişiminin kısıtlanması gibi durumlar duygusal istismar olarak değerlendirilmektedir (Berstein ve ark, 2003).

2.5. İlgili Literatür

Depresyon, anksiyete ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmaların incelenmesi sonucunda, özellikle KVH ilerleyişinde depresyon ve anksiyetenin ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuca ilişkin yapılan çalışmaların örnekleri bu başlıkta yer almaktadır.

Balog ve meslektaşları (2017), KVH gelişiminde beraber seyreden depresyon ve tükenmişlik düzeyini inceledikleri 4 yıl süren boylamsal çalışmasında hem KVH için tedavi alan 2725 kişi ve KVH için hiç tedavi almamış 2317 katılımcının verileri incelenmiştir. Tükenmişlik ve depresyon değişkenleri için yapılan anket çalışması ve KVH mortalite riski incelenmiş olup, tükenmişlik düzeyi, depresyon ve uyku problemleri değişkenlerinin KVH mortalite riskini yordayan değişkenler olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, tükenmişlik düzeyinin depresyon belirtilerine göre daha anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmüştür.

Brugnera ve arkadaşları (2017), sağlıklı bireylerde yapılan çalışmada, akut stresörlerin kortikal ve kardiyovasküler hastalıklarla davranışsal ve psikolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmada 65 katılımcıya anketler uygulanmış ve stres düzeyini test edebilmek için deney ve kontrol grupları oluşturularak stresli durum sağlanması için katılımcılara matematik sınavı uygulanmıştır. Beyin görüntüleme ve kalp atım hızının stresli duruma bağlı incelendiği çalışmada, hem deney hem de kontrol grubunda kalp atım hızında ve beyindeki frontal bölgede aktivasyon

gözlenmiştir. Bununla birlikte, stres algısının deney grubunda maksimum düzeyde seyrettiği bulunmuştur. Davranışsal performansın (yanıt verme süresi) depresyon ve anksiyete ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Ayrıca, depresyon ve anksiyete belirtileri parasempatetik aktiviteyi tetiklediği ve solunum oranını arttırdığı görülmektedir. Bu durum kardiyovasküler tepkiler ile stres tepkisinin ve ilişkili psikiyatrik bozukluklarının farklı düzeylerde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Chauhan ve Joshi (2016), koroner kalp hastalarında depresyon ve psikolojik iyi olma durumunu karşılaştırdıkları çalışmada, KVH tanısı almamış ve koroner kalp hastalığı tanısı almış iki grubun karşılaştırması yapılmıştır. Yaşları 35 ile 75 arasında değişen 120 katılımcının verilerinin incelendiği çalışmada, depresyon skorlarının normal bireylerde ve KVH tanısı almış bireylerde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Bununla birlikte, KVH tanısı almış bireylerin depresyon ve psikolojik iyi olma hali arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Normal bireylerde ise psikolojik iyi olma hali ve depresyon belirtileri arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Galligan ve arkadaşları (2016), inmenin psikolojik sıkıntı ve kronik yorgunluk ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, iki yıldır inme görülen 98 kişinin verileri incelenmiştir. Çalışmada, kaygı ve kronik yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sağlıkla ilgili kaygı ile inme durumuna ilişkin kaygı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, yapılan regresyon analizine göre, depresyon, ağrı ve inme ile ilişkin anksiyetenin kronik yorgunluk ile anlamlı ilişkili olduğu ve bu durumu açıklayan değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

Garcia-Retamero ve meslektaşları (2016) D tipi kişilik özelliklerinin tekrarlayan KVH görülen bireylerde akut koroner sendrom ile bağlantısını incelemiştir. D tipi kişilik özelliği olarak “stresli” ifadesi kullanılmakta olup, bu durumun akut koroner sendrom için risk faktörü oluşturduğu hipotez edilmiştir. Çalışma için 215 akut koroner sendrom hastasının verileri incelenmiştir. D tipi kişilik özelliğine ilişkin anket uygulanan katılımcılara aynı zamanda kan tahlilleri yapılmış ve kardiyak enzimleri takip edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, D tipi kişilik özellikleri ve hastalığın ciddiyetini yordayan değişkenin kolesterol olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, D tipi kişilik özellikleri olan kişilerin daha ciddi düzeyde lipid

profilleri olduğu, daha ciddi düzey koroner hastalarında görüldüğü, bu durumun mortalite riskini arttıran önemli bir bulgu olduğu savunulmaktadır.

Giammanci ve Gitto (2016), Güney İtalya'da yataklı tedavi gören kardiyak hastalarının başa çıkma, belirsizlik, sağlık durumuna ilişkin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyetenin incelendiği çalışmasında, 200 kardiyak hastanın verileri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hastalığa ilişkin belirsizlik durumunun depresyon ve kaygı ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, başa çıkma yöntemi olarak, olumlu yorumlama ve büyümenin depresyon ve anksiyete ile negatif ve anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Çekimser olarak başa çıkmayı benimseyen bireyler ile anksiyete belirtileri anlamlı ilişkili bulunmuştur. Araştırmanın bulgularının, hastalığının belirsizliğinin giderilmesi ve olumlu başa çıkma becerileri benimsemenin depresyon ve anksiyete belirtilerinin kardiyak hastalarında önlenmesi anlamında önem arz ettiği düşünülmektedir.

Gostoli ve arkadaşları (2016) psikolojik stres, sağlıksız davranış düzenleme ve bir yıllık kardiyak rehabilitasyon değişkenlerini karşılaştırdığı çalışmasında, kardiyak rehabilitasyon, KVH için önleyici sekonder bir tedavi yöntemi olarak önerilen bir uygulamadır. Psikosomatik ve psikiyatrik sıkıntıların kardiyak rehabilitasyonun etkililiğini etkileme hususunda elde edilen bulguların net olmadığı ve bu amaçla bir yıllık tedavi süreci içerisinde hastaların psikolojik sıkıntı düzeyleri incelenmiştir. Sağlık davranışı, depresyon ve anksiyete belirtilerinin incelendiği çalışmada, kardiyak rehabilitasyonun etkililiği ile ilişkilendirilen faktörler arasında fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve uyku kalitesi ile ilgili sağlık davranışlarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, kilo kaybı, sağlıklı diyet ve tedaviye devam etme durumunun rehabilitasyon ile anlamlı ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Joergensen ve arkadaşları (2016), Danimarka'da yürüttükleri çalışmada, akut koroner sendromla eşlik eden depresyon ve potansiyel risk faktörlerini incelenmişlerdir. Kohort çalışmanın yürütülmesi ile 2001-2009 yılları arasında, ilk kez akut koroner sendrom tanısı almış 87118 hastanın verileri incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda toplamda %11 hastanın tanı aldıktan sonra depresyon belirtileri gösterdiği, bu kişilerin %69,2 oranının başlangıç düzeyi depresyonu olduğu, %30,8 oranının ise tekrarlayan depresyonu olduğu görülmüştür.

Kok ve arkadaşları (2016), karakter özelliği olan anksiyetenin travma sonrası stres bozukluğundaki stres maruziyeti ve depresyon riskinde aracı rolünü incelediği çalışmada kardiyak cerrahi hastalarının verileri incelenmiştir. Kardiyak cerrahi müdahale sonrasında travma maruziyeti ve kişilik özelliklerinin depresyon riskinin incelenmesinde elde edilen sonuçlara göre, TSSB ve depresyon belirtilerinin katılımcıların %10,2'si ve %13,1'inde görüldüğü saptanmıştır. Bununla birlikte, kişilik özelliği olan anksiyetenin stres maruziyeti ve depresyonun kardiyak hastalarında aracı rolü olduğu saptanmıştır. Aracı değişken olma durumunun erkeklerde kısmı düzeyde, kadınlarda ise bütünüyle olduğu bulunmuştur.

Kuehl ve arkadaşları (2016), KVH riski ve majör depresif bozukluğu arasındaki ilişkide antidepresanların rolünün incelendiği çalışmada, antidepresan kullanımı ve KVH için risk faktörü oluşturup oluşturmadığı ele alınmıştır. Çalışma için yaş ortalaması 40 ile 43 arasında değişen 44 depresif KVH olan hastalar incelenmiştir. Antidepresan kullanan ve kullanmayan hastaların karşılaştırıldığı çalışmada, sağlıklı kontrol grubu da dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda KVH olan kişilerin oluşturulan gruplarda anlamlı farklılığı görülmekteyken, sağlıklı kontrol grubu ile hasta grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte genç KVH tanısı konulan bireylerin riskinin daha fazla arttığı, antidepresan kullanımının riski arttıran anlamlı bir değişken olmadığı tespit edilmiştir.

Nahlen ve meslektaşları (2016), kaçınan başa çıkma becerileri ve depresyon ve anksiyeteye ilişkin hastalık kaygısının incelendiği çalışmada duygusal sıkıntıların kronik kalp yetmezliğinde mortalite riskini açıklayan bir değişken olduğu bulgusundan yola çıkarak hastaların başa çıkma becerileri ve hastalık algısı değişkenleri incelenmiştir. Anksiyete ve depresyona ilişkin hastalık algısının aracı rolü olup olmadığının incelendiği çalışmada, kalp yetmezliği olan 103 hastanın verileri incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, kaçınmacı başa çıkma becerilerinin anksiyete ve depresyona ilişkin hastalık algısını anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır. Semptom yükü ve kişisel kontrolün ise kişilerin kaçınan başa çıkma düzeylerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini açıklayan bireysel değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

Ramos ve arkadaşları (2016), altı yıllık takip çalışmasında depresyonun mortalite ve hastaneye yatış durumlarını açıklayan bir değişken olduğunu öne

sürmüşlerdir. Bu çalışma için, takip edilen hastalara yapılan tetkikler ve depresyon belirtileri için uygulanan anket çalışması doğrultusunda hastaların %44'ünün depresif belirtileri olduğu bulunmuştur. 130 hastanın 62'sinin takip sürecindeyken KVVH dolayısıyla hayatını kaybettiği çalışmada ölenlerin %61'inin depresif belirtileri olduğu %37'sinin ise depresif belirtilerinin olmadığı saptanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda, depresif belirtilerin mortaliteyi ve KVVH dolayısıyla hastaneye yatışı açıklayan unsur olduğu bulunmuştur.

Shen ve Gau (2017), fiziksel aktivite toleransına ilişkin düşmanlık ve depresyonun koroner kalp hastalarındaki etkisinin incelendiği çalışmada, yaş ortalaması 62 olan 142 hastanın verileri incelenmiştir. Hastaların egzersiz toleransının incelendiği çalışmada, koşu bandındaki gelişimleri takip edilmiştir. Depresyon belirtilerinin egzersiz toleransı ve hastalığın seyri arasında anlamlı ilişki olduğu görülen çalışmada, egzersiz toleransı ve ilerlemesi düşük olan hastaların depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tusek ve Petek (2016), koroner kalp hastalarındaki karakteristik ve komorbid özelliklerinin incelendiği çalışmada sağlık durumuna ilişkin yaşam kalitesi incelenmiştir. Slovenya'da yapılan çalışmada 36 aile hekiminden alınan bilgiler doğrultusunda örneklem sağlanmıştır. Toplamda 432 KVVH tanısı konulmuş bireyin verileri incelenen çalışmada, duygusal stresin KVVH için güçlü bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, aile hekimlerinin en fazla ziyaret ettiği hastalar sınıfına giren bu katılımcıların kalp yetmezliği ve anksiyete skorları da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

İnme sonrası depresyonun incelendiği bir diğer çalışmada, inme (stroke) sonrasında hastaların yaklaşık %30'unun depresyon geçirdiği görülmüştür. Bu duruma ilişkin, bireylerin özetkinlik düzeylerini inceleyen çalışmaların sayısının oldukça az olduğu bildirilmiştir (Volz ve ark, 2016). Bu bağlamda, yapılan çalışmada, 88 inme geçiren hastanın genel özetkinlik düzeyleri ve depresif belirtileri incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, sosyal destek ve depresiflik değişkenlerinin inme sonrası depresyonunun güçlü yordayıcılığı olduğu görülmüştür.

Wilcox ve arkadaşları (2016), depresyonun koroner arter hastalıkları ile ilişkili olduğu görüşünden yola çıkarak, depresyonun bu süreçteki işlevselliği ne düzeyde etkilediğini incelemiştir. Prospektif kohort çalışma yürütülen bu araştırmada

işlevselliğın değişimi, 30 aylık sũreçte anjiyo geçiren hastalar ũzerinde yapılmıştır. 350 hastanın değerlendirildiği çalışmada, depresyon dũzeylerine gũre hastalar kategorize edilmiştir. Depresif belirtileri en fazla olanların işlevselliğinin anlamlı dũzeyde dũřtũęũ bulunmuştur. 30 aylık dũnemde depresyon belirtileri değişkenlik gũsteren hastaların işlev dũzeyleri de aynı şekilde ve anlamlı olarak dũřüş gũstermiřtir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan hastalar oluşturmaktadır. Kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan kişilerin depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmalarını incelemek amacıyla kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmıştır. Araştırmada, klinik grup olarak kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan hastalardan oluşan 52 kişi ve 56 kişilik örneklem grubunun verileri incelenmiştir. Çalışmada, seçkisizleştirme yöntemi kullanılmış olup, araştırma için katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınarak anket uygulaması yapılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada klinik ve kontrol grubuna, depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmalarını ölçmek amacıyla anketler verilmiştir. Özbildirim formu olarak verilen anketler bu alanda daha önce yapılmış diğer çalışmalar kapsamında araştırma değişkenlerini ölçmek için uygun araç seçilerek katılımcılara uygulanmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Klinik ve kontrol grubuna uygulanan ve katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kardiyovasküler rahatsızlık tanısı ve kardiyovasküler rahatsızlık süresi değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından katılımcılara ölçeklerin en başında verilmiştir.

3.2.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck, Rush ve Emery (1979) tarafından, depresyonun derecesini belirlemek amacıyla geliştirilen 21 maddelik bir özbildirim ölçeğidir. Ölçek, dört seçenekten oluşmaktadır ve her belirti maddesi, 0 ile 3 arasında puan alır. Puan aralığı 0 - 63 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 1988 yılında BDÖ adı ile Hisli tarafından yapılmıştır. BDE' nin Türkçe formunun iki yarım test güvenilirlik katsayısı .74 olduğu ölçüt bağımlı geçerlik katsayısının ise .47 ile .63 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Envanter tek ve çift sayılı maddelerden oluşmuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı Hisli (1988) tarafından 259 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada .74 olarak bulunmuştur. Hisli (1988), BDE' nin güvenilirliği ve geçerliği üzerine yaptığı çalışmada, psikiyatrik bir örnekleme MMPI-D skalası ile envanter puanları

arasındaki korelasyonu .63 olarak saptamıştır. Üniversites öğrencilerinde ise korelasyon .62 olarak bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında araştırmamızda kullanılan envanterin geçerlilik ve güvenilirliğin sağlandığını söylenebilir. Ayrıca, Tegin (1980) ölçeğin Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği ile korelasyonunu incelemiş ve bu korelasyonu normal grupta .20, depresif vakalarda .52 ve şizofreni vakalarında .33 olarak bulmuştur.

Ölçek, cevaplayıcının depresyon düzeyini göstermektedir. Depresyon düzeyi aşağıdaki gibidir. Örneğin BDÖ 21 maddenin puan toplamı 20 olan bir cevaplayıcı orta düzeyde depresyon belirtileri gösterenler grubunda yer almaktadır.

0-9: Normal düzey

10-18: Hafif düzeyde depresyon

19-29: Orta düzeyde depresyon

30-63: Şiddetli depresyon

Bu çalışmada da yapılan güvenilirlik analizi sonucunda, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur.

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen ve anksiyetenin klinik düzeyde olup olmadığını anlamak için yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ayrıca, anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. BAE'nün Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları; Ulusoy ve meslektaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Yapılan uyarlama çalışmasında, orijinal maddeleri en iyi ifade eden cümleler seçilerek yapılmıştır. Ölçeğin kaygı ve depresyonu anlamlı bir şekilde ayırabildiği saptanmıştır. Ölçeğin, ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, bireylerin kendi başlarına uygulayabileceği basit bir yapısı vardır.

21 maddeden oluşan, 4'lü Likert tipi bir ölçektir, 0-3 arasında puanlama yapılıır. 'Hiç' (0), 'Hafif Derecede' (1), 'Orta Derecede' (2), 'Ciddi Derecede' (3), olarak işaretlenir. Toplam puan aralığı 0-63 arasındadır.

Bireylerin anksiyete düzeyleri aldıkları puanlara göre; 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Ölçeğin asıl formunda, iç tutarlılığı belirleyen Cronbach katsayısı .92, korelasyon katsayıları .48 ve .50, güvenilirlik katsayıları .75 ve .67, Türkçe formunda ise, Cronbach katsayısı .93, korelasyon katsayıları .45 ile .72 arasında, güvenilirlik katsayısı .57 olarak belirlenmiştir (Öner, 1996).

Bu çalışmada yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Çocukluk Travmaları Ölçeği

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürülmüştür. Ölçekte, çocukluk dönemindeki duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal alt boyutları incelenmektedir. 5'li likert tipli olan bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Vedat Şar tarafından 1996 yılında yapılmıştır.

Alt boyutların puan hesaplamasında aldatıcı özellikte olan ve minimizasyon alt boyutu olarak geçen üç adet soru yer almaktadır. Bu soruların dahil edilmesinin amacı sonuçların daha doğru bir biçimde cevaplanması olarak bildirilmiştir (Bernstein ve ark, 1994).

Ölçekteki sorulara verilen yanıtlar (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman,(4) sıklıkla, (5) çok sık şeklindedir. 1-5 arasında puanlanan her soru üzerinden alt boyutlardan alınabilecek puanlar ise, Duygusal kötüye kullanım alt ölçeği 12-60, fiziksel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, cinsel kötüye kullanım alt ölçeği 7-35, duygusal ihmal alt ölçeği 16-80 ve fiziksel ihmal alt ölçeği 8-40 arasında olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte, ölçeğe ait toplam puan da hesaplanabilmekte ve bu puan 54-270 arasında olabilmektedir.

Her travma tipi ile ilgili alt boyutların güvenilirlik analizine göre Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde alt boyutlarda 0.79-0.94 arası değişmektedir (Bernstein ve ark.,1994; Şar, 1996).

Ölçekteki puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Ölçekte aşağıdaki alt boyutlar bulunmaktadır;

Duygusal (emosyonel) istismar: 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle,

- Duygusal (emosyonel) ihmal: 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle,
- Fiziksel istismar: 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle,
- Fiziksel ihmal: 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle,
- Cinsel istismar: 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

3.3.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H₁: Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete puanları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H₂: Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon puanları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H₃: Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların çocukluk çağı travmaları değerlendirmeleri arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H₄: Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H₅: Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H₆: Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların çocukluk travmasının Duygusal (emosyonel) istismar altboyutunu değerlendirmeleri arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

3.4.Araştırmanın İşlem Yolu

Araştırma için uygulanan ölçekler istatistiksel veri analizleri ile incelenmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS 23 kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak parametrik ve parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçeklerin bu çalışmadaki grupların yanıtları doğrultusunda güvenilirlik analizi yapılmıştır. İkili bağımsız grup olarak klinik ve klinik olmayan grubun depresyon, anksiyete ve çocukluk travmaları Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. Bununla birlikte, demografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik ve ki kare analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Kardiyovasküler hastalık tanısı konulan ve kontrol grubu arasında depresyon, anksiyete düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları arasında farklılık olup olmadığını test etmek için elde edilen verilerin analiz edilmesinde SPSS 23 programı kullanılmıştır. Çalışmada 123 adet anket formu elde edilmiştir. Bu anket formlarından 9 tanesi anket formu içindeki herhangi bir ölçeğin tümünün cevaplanmaması nedeni ile kullanılamamıştır. Kullanılabilir 114 adet anket formu üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

4.1. Demografik ve Klinik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Demografik değişkenler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

		N	%	Kümülatif %
Cinsiyet	Kadın	58	51	51
	Erkek	56	49	100
	Toplam	114	100	
Medeni Durum	Evli	90	79	79
	Bekar	24	21	100
	Toplam	114	100	
Öğrenim	İlkokul	28	25	25
	Ortaokul	15	13	38
	Lise	26	23	61
	Önlisans	21	18	79
	Lisans	17	15	94
	Lisansüstü	7	6	100
Yaş	Toplam	114	100	
	21-30	3	3	3
	31-40	9	8	11
	41-50	38	33	44
	61-70	31	27	71
	71-80	23	20	91
	81-90	10	9	100
Çocuk Sayısı	0	15	13	13
	1	21	18	32
	2	51	45	76
	3	19	17	93

	4 ve üstü	8	7	100
	Toplam	114	100	
Yetişme Çağında Bulduğunuz Yer	Köy	30	26	26
	Belde	8	7	33
	İlçe	26	23	56
	İl	36	32	88
	Büyükşehir	14	12	100
	Toplam	114	100,0	

Tablo 1'deki demografik değişkenlerin dağılımına göre,

Katılımcıların %51'i kadınlardan ve %49'u erkeklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların %79'u evli ve %21'i bekdir.

Katılımcıların eğitim düzeyinin dağılımına göre %25'i ilköğretim mezunu, %13'ü ortaokul, %23'ü lise, %18'i önlisans, %15'i lisans ve %6'sı lisansüstü mezundur.

Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %3'ü 21-30 yaş, %8'i 31-40 yaş, %33'ü 41-50 yaş, %27'si 61-70 yaş, %20'si 71-80 yaş ve %9'u 81-90 yaş aralığındadır.

Çocuk sayısı değişkenine göre katılımcıların %13'ünün çocuğu yoktur. %18'inin 1 çocuk, %45'inin 2 çocuk, %17'sinin 3 çocuk ve %7'sinin 4 çocuk ve üzeri sahibi olduğu bildirilmiştir.

Yetişme çağında yaşanan yerin dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %26'sı köy, %7'si belde, %23'ü ilçe, %32'si il ve %12'si büyükşehirde yaşadığını bildirmiştir.

Tablo 2. Kardiyolojik Rahatsızlık Durumunun Katılımcılardaki Dağılımı

		N	%	Kümülatif %
Kardiyolojik rahatsızlığınız var mı?	Evet	52	45,6	48,1
	Hayır	56	49,1	51,9
	Toplam	108	94,7	100,0
	Eksik Veri	6	5,3	
Toplam		114	100,0	

Tablo 2'de, katılımcıların kardiyovasküler rahatsızlık durumunun dağılımı incelendiğinde, %45,6 oranında katılımcının kardiyovasküler rahatsızlığı olduğu,

%49,1 oranının ise kardiyovasküler rahatsızlık tanısı olmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte %5,3 oranında katılımcı bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 3. Kardiyolojik Rahatsızlık Tanısı Alanların Rahatsızlığın Süresinin Dağılımı

		N	%	Kümülatif %
Ne kadar süredir kardiyolojik rahatsızlığınız var?	1 yıldan az	25	21,9	48,1
	1-6 yıl	20	17,5	86,5
	6 yıldan fazla	7	6,1	100,0
	Toplam	52	45,6	
	Tanısı olmayanlar	62	54,4	
Toplam		114	100,0	

Kardiyovasküler rahatsızlık tanısı konulan katılımcıların %21,9 oranı 1 yıldan az süredir bu rahatsızlığı bulunduğu, %9,6 oranında 1-2 yıl, %2,6 oranında 2-3 yıl, %2,6 oranında 3-4 yıl, %0,9 oranında 4-5 yıl, %1,8 oranında 5-6 yıl ve %6,1 oranında 6 yıldan fazla süredir rahatsızlığın söz konusu olduğu bildirilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Kalp Ameliyatı Olma Durumunun Dağılımı

		N	%	Kümülatif %
Kalp ameliyatı oldunuz mu?	Evet	10	8,8	9,3
	Hayır	98	86,0	90,7
	Toplam	108	94,7	100,0
	Yanıt vermeyenler	6	5,3	
Toplam		114	100,0	

Tablo 4'te katılımcıların kalp ameliyatı olup olmama durumunun dağılımı incelendiğinde %8,8 oranında katılımcının kalp ameliyatı olduğu ve %86,0 oranında katılımcının kalp ameliyatı olmadığı, %5,3 oranının bu soruya yanıt vermediği tespit edilmiştir.

4.2. Demografik Değişkenlerin Depresyon Düzeyi ile Karşılaştırılması

Araştırmada, çocukluk çağı travması, Beck depresyon ve anksiyete düzeylerinin demografik özelliklere göre değişip değişmediği incelenmiştir.

Öncelikle depresyon skorlarının demografik özelliklere göre değişip değişmediği incelenmiştir. Bu amaçla geliştirilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

Hipotez: Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Evli olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Yaşa göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların medeni durum ve cinsiyet bakımından depresyon skorlarının karşılaştırılmasında, Mann Whitney-U testi ile kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 5'te görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi depresyon skorlarının cinsiyet ve medeni durum demografik değişkenlerine göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Tablo 5. Depresyon Skorlarının Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması

Gruplama Değişkeni	Medeni Durum	N	Ort	Std. Sapma	p
Cinsiyet	Kadın	58	11,7	8,3	,395
	Erkek	56	12,6	7,96	
Medeni durum	Evli	90	12,4	8,3	,595
	Bekar	24	11,0	7,2	

*= $p < .001$, **= $p < .005$

Tablo 5'te, depresyon skorlarının cinsiyet ve medeni durum bakımından farklılık düzeyini incelemek için yapılan "Bağımsız Örneklem t Testi" sonuçlarına göre cinsiyet ($p=,395$, $p>,05$) ve medeni durum ($p=,595$, $p>,05$) değişkenleri bakımından depresyon skorlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. Ek olarak, katılımcıların yaşları ve depresyon düzeyleri Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlara göre anlamlılık düzeyi 0,127 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda, katılımcıların depresyon skorlarının yaş demografik değişkenlerine göre farklılık göstermediği görülmüştür.

4.3. Demografik Değişkenlerin Anksiyete Düzeyi ile Karşılaştırılması

Veri analizinde, anksiyete skorlarının demografik özelliklere göre değişip değişmediği incelenmiştir. Araştırma hipotezlerinde yer alan,

Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Evli olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Yaşa göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete skorları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

İfadelerin doğruluğu test edilmiştir.

Bununla birlikte, cinsiyet ve Medeni durum ile anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 6'da görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi anksiyete skorlarının cinsiyet ve medeni durum demografik değişkenlerine göre farklılık göstermediği görülmüştür.

4.4. Demografik Değişkenlerin Çocukluk Travması Değişkeni ile Karşılaştırılması

Çocukluk çağı travması altboyutlarının demografik özelliklere göre değişip değişmediği incelenmiştir.

Cinsiyete göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların çocukluk travmasının değerlendirmeleri arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların cinsiyeti bakımından çocukluk çağı travmaları alt boyutlarının farklılaşma düzeyini incelemek amacıyla Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 6'de görülmektedir. Sonuçlar doğrultusunda, çocukluk travmaları alt boyutlarının skorlarının cinsiyet değişkenlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>,05$).

Tablo 6. Çocukluk Çağı Travmaları Alt Boyutlarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması

ÇTÖ Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Ort	Std. Sapma	p
Duygusal	Kadın	58	1,12	0,23	,416
İstismar	Erkek	56	1,21	0,36	
Duygusal	Kadın	58	1,06	0,27	,359
İhmal	Erkek	56	1,1	0,26	
Fiziksel	Kadın	58	1,71	0,35	,06
İstismar	Erkek	56	1,92	0,52	
Fiziksel İhmal	Kadın	58	1,84	0,81	,092
	Erkek	56	2,13	1,01	
Cinsel İstismar	Kadın	58	1,02	0,0	,207
	Erkek	56	1,10	1,10	

*= $p<,01$, **= $p<,05$

4.5. Depresyon Düzeyi Değişkenine İlişkin İlgili Bulgular

Tablo 7. Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Katılımcıların Depresyon Düzeylerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Beck Depresyon Ölçeği	N	%
Normal düzey	51	44,7
Hafif düzeyde depresyon belirtileri	40	35,1
Orta düzeyde depresyon belirtileri	17	14,9
Şiddetli düzeyde depresyon belirtileri.	6	5,3
Toplam	114	100,0

Tablo 7’de görüldüğü üzere, katılımcıların %44,7 oranında depresyon belirtisi olmadığı, %35,1 oranında hafif düzey depresyon belirtilerinin olduğu, %14,9 oranında orta düzeyde depresyon belirtilerinin olduğu ve %5,3 oranında ise şiddetli düzeyde depresyon belirtileri olduğu bulunmuştur.

4.6. Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Anksiyete Ölçeğine Göre Katılımcıların Anksiyete Düzeylerinin Betimleyici İstatistikleri

Beck Anksiyete Belirtileri	N	%
Minimal düzeyde anksiyete belirtileri	56	49,1
Hafif düzeyde anksiyete belirtileri	27	23,7
Orta düzeyde anksiyete belirtileri	20	17,5
Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri.	11	9,6
Toplam	114	100,0

Tablo 8’de görüldüğü gibi, katılımcıların %49,1 oranında minimal düzey anksiyete belirtileri olduğu, %23,7 oranında hafif düzey anksiyete, %17,5 oranında orta düzey, %9,6 oranında şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır.

4.7. Çocukluk Travma Ölçeği ile İlgili Bulgular

Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 9’da verilmiştir:

Tablo 9. Çocukluk Travmaları Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamalarının Betimleyici İstatistikleri

ÇTÖ Alt Boyutları	N	Min	Mak	Ort	Std. Sapma
Duygusal İstismar	114	1,00	2,62	1,1713	,30759
Fiziksel İstismar	114	1,00	2,80	1,0839	,27090
Fiziksel İhmal	114	1,00	3,80	1,8155	,45651
Duygusal İhmal	114	1,00	5,00	1,9871	,92037
Cinsel İstismar	114	1,00	3,00	1,0638	,23353

Tablo 9’da çocukluk çağı travma alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, Duygusal istismar alt boyutu (M=1,17, SS=,307), Fiziksel istismar alt boyutu (M=1,08, SS=,270), Fiziksel ihmal alt boyutu (M=1,81, SS=,456), Duygusal ihmal alt boyutu (M=1,98, SS=,920) ve Cinsel istismar alt boyutu (M=1,06, SS=,233) olarak bulunmuştur. Ortalamalara göre, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun Duygusal ihmal ve Fiziksel ihmal olduğu görülmektedir.

4.8. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi

Araştırmanın amacı çocukluk çağı travması, Beck depresyon ve anksiyete durumunun kardiyolojik rahatsızlığa sahip olup olmamaya göre farklılaşım farklılaşmadığının belirlenmesidir.

Öncelikle kardiyolojik rahatsızlığı bulunan grup ile bulunmayan grup arasında anksiyete skorları açısından farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların anksiyete puanları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Analiz Sonuçları Tablo 10.'da görülmektedir. Kardiyolojik rahatsızlığı olan grubun ortalama skoru 14,28 iken, olmayan grubun ortalama skoru 6,91'dir. Hipotez, Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre hipotez reddedilmiştir. Kardiyolojik rahatsızlığı olan grup ile olmayan grubun anksiyete puanları %5 önem düzeyinde istatistiki olarak anlamlı biçimde birbirinden farklıdır.

Tablo 10. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi

	Anksiyete Puanları			p
	N	Ortalama	Std. Sapma	
Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	14,28	11,23	0,000*
Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	6,91	8,14	

*= $p < .001$, **= $p < .005$

Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre ve anksiyete düzeyine göre oluşan farklı gruplara arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < .05$).

Hipotez, Ki-Kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiştir (Pearson Chi-Square Value=22,428, $p=0,00$). Hipotez reddedilmiştir. Dolayısı ile rahatsız olup olmama grupları ile anksiyete düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Tablo 11. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi

Beck Depresyon*	Beck Depresyon			p
	Puanları			
Kardiyovasküler Rahatsızlık	N	Ort.	SS	
Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	14,78	7,11	
Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	9,27	7,94	0,00*

*= $p < .01$, **= $p < .05$

Tablo 11’de, kardiyolojik rahatsızlığı bulunan grup ile bulunmayan grup arasında Beck depresyon skorları açısından farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hipoteze göre, kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların Beck depresyon puanları arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez, Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Analiz Sonuçları Tablo 11’de görülmektedir. Kardiyolojik rahatsızlığı olan grubun ortalama skoru 14,78 iken, olmayan grubun ortalama skoru 9,27’dir. Kardiyolojik rahatsızlığı olan grup ile olmayan grubun Beck depresyon puanları %5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı biçimde birbirinden farklıdır.

Kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre ve anksiyete düzeyine göre oluşan farklı gruplara arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Hipotez, Ki-Kare bağımsızlık testi ile analiz edilmiştir (Pearson Chi-Square Value=18,480, $p=0,00$). Hipotez red edilmiştir. Dolayısı ile rahatsız olup olmama grupları ile Beck Depresyon Düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Tablo 12. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması için Yapılan Mann-Whitney U Analizi

ÇTÖ Alt boyutlar	Kardiyolojik Rahatsızlık Durumu	N	Ort	Std. Sapma	p
Duygusal İstismar	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,23	0,35	,009
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,11	0,24	
	Toplam	108	1,17	0,31	
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	2,16	0,99	
Duygusal İhmal	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	2,16	0,99	,034
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,81	0,81	
	Toplam	108	1,98	0,91	
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,09	0,27	
Fiziksel İstismar	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,09	0,27	,580
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,05	0,16	
	Toplam	108	1,07	0,22	
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,86	0,58	
Fiziksel İhmal	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,86	0,58	,146
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,76	0,29	
	Toplam	108	1,81	0,46	
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,06	0,17	
Cinsel İstismar	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olan	52	1,06	0,17	,448
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,06	0,28	
	Toplam	108	1,06	0,23	
	Kardiyolojik Rahatsızlığı Olmayan	56	1,06	0,28	

Kardiyolojik rahatsızlığı bulunan grup ile bulunmayan grup arasında çocukluk travması ölçeğinin alt boyutlarının skorları açısından farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hipoteze göre, kardiyolojik rahatsızlığı olup olmamaya göre farklı gruplarda yer alan cevaplayıcıların çocukluk travmasının değerlendirilmeleri arasında % 5 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Kardiyolojik rahatsızlık durumu ile çocukluk travmasının karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Analiz Sonuçları Tablo 12.'de görülmektedir. Buna göre duygusal istismar ($p=,009$, $p<,05$) ve duygusal ihmal ($p=,034$, $p<,05$) bakımından rahatsızlığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. Diğer alt boyutlar açısından bir farklılık mevcut değildir. Dolayısı ile fiziksel istismar($p=,580$, $p>,05$), fiziksel ihmal ($p=,146$, $p>,05$) ve cinsel istismar ($p=,448$, $p>,05$) ile ilgili cevaplar her iki grup için de istatistiki olarak farklı değilken, duygusal istismar ve duygusal ihmal ile ilgili cevaplar her iki grup için de farklıdır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada, kardiyovasküler hastalığı olan katılımcılar ve tanı almayan kontrol grubunun demografik değişkenleri araştırma değişkenlerine ek olarak incelenmiş ve tanımlanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, katılımcıların kadın ve erkek sayısının birbirine yakın olduğu, kadınların sayısının az bir farkla erkeklerden fazla olduğu görülmüştür. Kardiyovasküler hastalıkların cinsiyete göre yaygınlık oranları incelendiğinde ise erkeklerin, menopoza girmeyen kadınlara göre kardiyovasküler hastalığa yakalanma riskinin daha fazla olduğu yapılan diğer çalışmalarda tespit edilmiştir. Bununla birlikte Seldenrijk ve arkadaşları (2015) kardiyovasküler hastalıkların depresyon ve anksiyete bozukluklarında risk faktörü olup olmadığını inceledikleri kohort çalışmasında kadınların oranının %65,7 olduğunu ve risk grubunda olanların ise tespit etmişlerdir. Bununla birlikte çalışmanın yaş ortalamasının kadınlarda 41,9 olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, depresyon ve anksiyete öyküsünün kadın katılımcılarda genel popülasyona göre sırasıyla %68,6 ve %67,9 olduğunu saptamışlardır. katılımcıların %79 oranının evli olduğu ve yaş dağılımının ağırlıklı olarak 31-50 yaş aralığında seyrettiği görülmüştür. Araştırmaya katılanların yaş aralığı 21-90 aralığında tanımlanmıştır. Katılımcıların çocuk sayısı değişkenine göre yaklaşık yarısının iki çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, katılımcıların yüzdesel oran bakımından büyük yüzdesi yetişme çağındayken ilde yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Demografik değişkenlere ek olarak, katılımcılara kardiyovasküler hastalıklarla ilgili sorular yöneltilmiş ve bu sorular klinik grup tarafından yanıtlanmıştır. Soruların oluşturduğu değişkenler arasında yer alan kardiyovasküler hastalık süresinin katılımcılarda büyük bir oranla bir yıldan az süredir olduğu sonucunu vermektedir. Ayrıca, kardiyovasküler hastalıkları olan kişiler arasından %19 oranında katılımcının kalp ameliyatı olduğu bildirilmiştir.

Araştırmada elde edilen ve demografik değişkenlere ilişkin bulguların bu alanda yapılmış diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Depresyon

ve anksiyete belirtilerinin aracı rolü olup olmadığını inceleyen ve stres ile subklinik kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran bir diğer çalışmada Bomhof-Roordink ve meslektaşları (2015) yaş ortalamasını kadınlarda 46,5 olduğunu ve kadınların oranının %65,2 olduğunu bildirmişlerdir.

Hertfordshire Kohort Çalışmasında depresyon, anksiyete ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Holt ve arkadaşları (2013), erkeklerle kadınların sayılarını birbirlerine yakın olarak ele almış, fakat erkek katılımcıların sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Depresyon düzeyleri incelendiğinde ise kadınların skorlarının daha yüksek olduğu ve erkeklerin kardiyovasküler hastalıkların yaygınlığında kadınlara göre yüzdesinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Uyku kalitesi sorunlarının yaygınlığı ve depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada, kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete skorları incelenmiştir. Matsuda ve arkadaşları (2017) yapmış oldukları çalışmada, kadınların yüzdesinin %26,2 olduğu ve yaş ortalamasının 64,3 olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada da demografik değişkenler arasında cinsiyet ve yaş değişkeni dışında alkol ve sigara kullanımı, beden kitle indeksi, uyku kalitesi, depresyon ve anksiyete tedavisinde ilaç kullanım durumu gibi değişkenlerin incelendiği görülmektedir.

5.2.Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kardiyovasküler hastalıklar ve depresif bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki araştırmalara benzer olarak, bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, kardiyovasküler hastalıkları olan katılımcıların depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Elde edilen ve anlamlı olduğu görülen puan farkının kardiyovasküler hastalıklar ile psikiyatrik eşanlılığın söz konusu olduğunu doğrular nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Larsen ve Christenfeld (2009), kardiyovasküler rahatsızlıklar ile psikiyatrik eşanı durumunu ele alırken, bireylerin stresli durumlar karşısında tekrarlayıcı ve fiziksel ve psikolojik iyilik halini etkileyebilecek kognisyonları olduğunu ve bu durumun kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturabileceğini öne sürmüşlerdir. Kişilerin olumsuz koşulları yorumlama biçimi ve duygu durum

bozukluklarının söz konusu olması ile stres tepkisinin fizyolojik sonuçları beraberinde getirmesiyle birlikte kardiyovasküler hastalıklar açısından risk faktörü oluşturabileceği ayrıca belirtilmektedir. Kişilerin bilişsel süreçlerine bağlı olarak stres tepkisini sürdürüyor olması, fiziksel aktivitenin azlığı, alkol ve sigara kullanımı ve sosyal izolasyon gibi unsurların kardiyovasküler hastalıklar ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu doğrultuda, elde edilen sonuçların bu araştırmada söz konusu ilişkiler ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir.

Hsu ve arkadaşları (2014) anksiyete ve depresyonun kişilerin sağlıkla ilişkin hayat kalitesinde aracı rolünü inceledikleri ve incelemede kardiyovasküler hastalıkları olan kişilerin verilerini ele aldıkları çalışmada yaş ortalaması 65 olan ve %52,8'i kadınlardan oluşan katılımcıların verileri incelenmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de zihinsel anlamda kardiyovasküler hastalığı olan kişiler için olumsuz etkileri olduğunu, anksiyete ve depresyonun hem dolaylı hem de doğrudan yaşam kalitesini etkileyen psikiyatrik rahatsızlıklar olduğunu tespit etmişlerdir.

Prognostik değişken olarak anksiyete, depresyon ve öfkenin olumsuz kardiyak sonuçlarının incelendiği bir diğer çalışmada, Nakamura ve meslektaşları (2013), depresyon, anksiyete ve öfkenin kardiyak sonuçlara ilişkin yordayıcılığının farklı düzeylerde olduğunu ortaya koymuşlardır. Yapılan çalışmada, depresyon, anksiyete ve öfkenin arasında en yüksek oranın depresyon olduğunu ve kardiyovasküler hastalıklar ve sonuçlarına ilişkin en yüksek oranlı risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen bulgunun bu çalışmadaki sonuçlara benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Depresyonun düzeyi ve kaygının İsveç popülasyonundaki yaygınlık düzeyinin incelendiği kohort çalışmada yaşları 20 ile 64 arasında değişen kardiyovasküler hastalık tanısı konulmuş kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri incelenmiş ve risk faktörü olup olmadığı ele alınmıştır. Yapılan çalışmada, depresif bireylerde kaygı belirtileri ile birlikte kardiyovasküler hastalıklarda riskin arttığı tespit edilmiştir.

Gustad ve meslektaşları (2014) depresyon ve anksiyete belirtilerinin kalp yetmezliği ile risk faktörü oluşturması arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, depresyon ve anksiyetenin kardiyovasküler hastalıklarla birlikte görülen psikiyatrik rahatsızlıklar olduğu görüşünden yola çıkacak kalp yetmezliğine ilişkin öngörüsü

olabilecek psikiyatrik durumların depresyon ve anksiyete olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu konunun incelenmesini hedef alan bu çalışmada kalp yetmezliği olan kişilerin depresyon ve anksiyete belirtileri analiz edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda depresyonun önceki kalp krizleri ile birlikte kalp yetmezliği için risk faktörü oluşturduğu sonucu elde edilmiştir.

Koroner arter hastalığı olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelendiği çalışmada 120 koroner arter hastası bireyin psikiyatrik belirtileri incelenmiştir. Bununla birlikte kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmede kullanılan ölçüm araçlarının psikiyatrik duruma ilişkin farklı sonuçlar verdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, ölçekler arasında benzer sonuçların alındığı psikiyatrik değişkenin anksiyete belirtileri olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın amacının koroner arter hastalarının psikiyatrik belirtilerinin taranmasında kullanılabilen en uygun ölçüm aracının hangisi olduğunu tespit edebilmektir. Bu doğrultuda, kişiler için uygun olan ölçüm ve klinik tarama aracının Hastane Depresyonu ve Anksiyetesi Ölçeği olduğu öne sürülmektedir (Morys ve ark, 2016).

Litvanya'da yapılan bir diğer çalışmada depresyon ve anksiyetenin görünümü ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi incelenmiştir (Burokiene ve ark, 2014). 317 kardiyovasküler hastalığı olan ve yaşları 40 ile 85 arasında değişken katılımcının verilerinin incelendiği çalışmada hastane depresyonu ve anksiyetesi analiz edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda katılımcıların %32,5 oranının klinik anksiyete belirtisi gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, %13,6 oranında hastanın ise depresif belirti gösterdiği tespit edilmiştir. Anksiyete belirtisi gösteren erkek ve kadınların oranları birbirlerine yakinken kadınların depresyon belirtileri yüzdesel olarak erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, kardiyovasküler rahatsızlıkların yaygınlık oranı kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ayakta tedavi gören kardiyovasküler hastalık tanısı konulan kişilerin depresyon ve anksiyete belirtilerinin incelendiği bir diğer çalışmada da Bayani ve meslektaşları (2011) kardiyovasküler hastalıkların psikosomatik hastalıklar olduğu ve psikolojik kökenlerinin özellikle hastalığın başlangıcı ve ilerleyişinde etkisi olduğu görüşünden yola çıkarak 238 hastanın depresyon ve anksiyete belirtilerini incelemişlerdir. Çalışmada kadınların %28,5 oranında anksiyete bozukluğu olduğu ve %41,9 oranında kadının ise depresyonu olduğu saptanmıştır.

Ohira (2010), psikolojik stres ve kardiyovasküler hastalığı ele aldığı çalışmada, depresyon belirtilerinin yanı sıra öfkenin ifade tarzının kardiyovasküler hastalık tanısı konulan kişilerdeki düzeyini incelemiştir. Çalışmaya 6292 kişinin katılımı sağlanmış olup, öfke ve depresyon düzeylerinin kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörü olup olmadığını incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde öfkenin bastırılmasının ve depresyon belirtilerinin kadınlara göre kardiyovasküler hastalıklar ve yüksek tansiyon için riski arttırdığını kadınlarda ise depresyon belirtilerinin risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir.

5.3. Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan Kişilerin Çocukluk Travmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bir diğer araştırma değişkeni olan çocukluk travmalarının kadın ve erkeklerde kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi incelenmesi sonucunda, çocukluk travmaları alt boyutlarından duygusal istismar ve duygusal ihmalin kardiyovasküler hastalık tanısı konulmuş kişilerde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kardiyovasküler sağlık ve travma değişkenlerini inceleyen diğer çalışmalarla benzerlik gösteren bulguların, duygusal travmaya bağlı olarak kişilerin stres algısı ve günlük hayatta karşılaşılabilecekleri problemlere ilişkin bilişsel süreçlerini etkileyebilecek bir durum olmasından kaynaklı bir ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir (Heleniak ve ark, 2016; Slopen ve ark, 2016). Bu bağlamda, yapılan diğer çalışmalarda elde edilen bulguların stres tepkisi ve kardiyovasküler rahatsızlıklar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öne sürmüş ve stres tepkisinin psikiyatrik rahatsızlıklar arasında depresyon, anksiyete ve genel olarak yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir unsur olduğunu ifade etmişlerdir. Dolayısıyla, elde edilen sonuçların, kişilerin erken dönem yaşantılarına bağlı olarak oluşan stres tepkisinin oluşturabileceği hassasiyet ve psikolojik rahatsızlıklara ilişkin risk faktörü oluşturması bakımından aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi olabileceği ortaya konulmaktadır (Halonen ve ark, 2015; Pretty ve ark, 2013).

Çocukluk travmaları ve kardiyovasküler hastalıkları konu alan benzer bir çalışmada, strese verilen fizyolojik tepkinin çocukluk travması göz önünde bulundurularak kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi incelenmiştir (Heleniak ve ark, 2016). Çalışmada, ergenlerin örneklem alınması ile travmaya maruz kalma durumu ve kardiyovasküler reaktivite arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş ortalamasının 16,1 olduğu çalışmaya 488 ergen birey katılmıştır. Problemlerin içselleştirilmesi ve

dışsallaştırması değişkenleri bakımından fizyolojik reaksiyonların incelenmesi sonucunda dışsallaştırma ile kardiyovasküler tepkiselliğin çocukluk travması ile bağlantısı olduğu tespit edilmiştir (Heleniak ve ark, 2016)

Erişkinlik dönemindeki biyolojik problemlerin çocukluk dönemindeki duygusal destek ile ilişkisinin incelendiği bir diğer çalışmada Slopen ve meslektaşları (2016) yaşları 34 ile 84 arasında değişen 1236 kişinin verileri incelenmiştir. Çocukluk döneminde algıladıkları duygusal destek ile ekonomik zorluklar, geçmiş dönemlerde depresyon geçirmiş olma durumu, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki ele alınmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların çocukluk döneminde maddi ve manevi desteğin tatmin edici düzeyde olmasının erişkinlik döneminde daha az biyolojik problem ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Çocukluk döneminde ebeveyn boşanması ve ekonomik zorluklar gibi olumsuz deneyimlerin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisinin incelendiği bir diğer çalışmada Halonen ve arkadaşları (2015) kohort çalışması yürüterek Finlandiya’da toplam 37699 kişinin bilgileri üzerinden değerlendirme yapmışlardır. Çalışmada elde edilen bilgilerin çocukluk dönemindeki dezavantajlı koşulların kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturduğu sonucu elde edilmiştir.

Pretty ve arkadaşları (2013) çocukluk dönemi olumsuz deneyimleri konu aldığı kesitsel çalışmasında kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olabilecek sağlık problemleri ile ilişkisini incelemiştir. Çalışma için altıncı sınıftan sekizinci sınıfa kadar olan öğrencilerin tansiyon, kalp atım hızı, beden kitle indeksi ve bel çevresi gibi değişkenleri incelenmiştir. Bununla birlikte çocukluk dönemi olumsuz deneyimleri hem ebeveynlere hem de çocuklara uygulanmıştır. Sabitlenen demografik değişkenlerle birlikte çocukların olumsuz deneyimler ile tansiyon, kalp atım hızı, beden kitle indeksi ve bel çevresi karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre çocukluk dönemi olumsuz olayların kalp atımında, beden kitle indeksinde ve bel çevresinde anlamlı farklılık gösterdiği, olumsuz deneyimlerin fazla oluşu ile söz konusu değerlerin yüksek olduğu görülmüştür.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen bulgular ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalara önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmanın yöntem ve örneklem bakımından kısıtlılıkları olduğu düşünülmektedir. İlk olarak,

katılımcıların sayısı araştırmanın bulgularının genellenebilirliği anlamından kısıtlılık oluşturmaktadır. Araştırmada klinik ve kontrol gruplarının oluşturulması, kardiyovasküler hastalıklar ve psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi anlamak açısından önem arz etmektedir; fakat çalışmadaki örneklemin gruplara ayrılmasında sayının genellenebilirlik anlamında sınırlı olduğunu düşündürmektedir. İkincisi, katılımcılara uygulanan anketlerin ruhsal belirtileri anlama hususunda içerisindeki sorularla kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Ölçümlerle ilgili olarak katılımcıların anketlere vermiş olduğu yanıtlarla kısıtlı olduğu ve bulgular açısından da aynı zamanda analiz edilme konusunda uygulanan istatistiksel analiz yöntemleri ile kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Örnekleme ile ilgili bir diğer kısıtlılık ise, kontrol grubunun kardiyovasküler hastalık tanısı konulmamış olması fakat herhangi başka bir kronik rahatsızlığı olup olmadığına ilişkin bir inceleme yapılmamış olması depresyon ve/veya anksiyete ile ilişkilendirilebilecek başka bir durum olabileceği anlamında kısıtlılık oluşturduğu düşündürmektedir. Her bilimsel çalışmada kısıtlılıklar olabileceği gibi, söz konusu sınırlılıkların ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalar ve uygulamak ile geliştirilebileceği ön görülmektedir.

5.5. Yeni Çalışmalar için Öneriler

Kardiyovasküler rahatsızlıkları olan kişilerin depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmaları açısından incelenen çalışmada elde edilen bulguların, ruh sağlığı çalışanlarının kardiyovasküler rahatsızlıkları olan kişilerle yapacakları çalışmalarda göz önünde bulundurabilecekleri önemli katkıları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalarda, kardiyovasküler hastalıkları olan kişilerin ruhsal belirtilerini incelemek anlamında farklı psikiyatrik durumların ele alınmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Literatürde, kardiyovasküler hastalıklar ve psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişki incelenmektedir. Özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarına ek olarak algılanan sosyal destek, algılanan stres düzeyi ve başa çıkma becerilerinin ölçülmesinin farklı ve destekleyici bulgular sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, katılımcıların kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirilebilecek, alkol ve madde kullanımı, diyabet, kolesterol ve psikiyatrik ilaç kullanımı durumu klinik değişkenler olarak diğer çalışmalarda dahil edilebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte kardiyovasküler hastalıklar ile kişilik özelliklerinin incelenmesinin de ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalar arasında farklı bulgular ortaya koyabilecek ve etkili tedavi sürecine destekleyici olacaktır.

5.6. Sonuç

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda,

- Katılımcıların %51'i kadınlardan %49'u erkeklerden oluşmaktadır.
- Katılımcıların %79'u evlidir.
- Yaş grupları ağırlıklı olarak 31-50 yaş aralığındadır
- Katılımcıların çoğunluğu yetişme çağında ilde yaşamıştır
- Katılımcıların çoğunluğunun iki çocuğu vardır
- Kardiyovasküler rahatsızlığı olan katılımcıların oranı %45,6'dır
- Kardiyovasküler rahatsızlığı olan katılımcıların %55'i bir yıldan az süredir bu rahatsızlığın olduğunu bildirmiştir.
- Kardiyovasküler rahatsızlığı olan kişilerin %19'u kalp ameliyatı olduğunu bildirmiştir.
- Cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerine göre katılımcıların depresyon düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenine göre anksiyete düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenine göre çocukluk çağı travmaları alt boyutları anlamlı ölçüde farklılık göstermemektedir.
- Kardiyovasküler hastalığı olan katılımcıların depresyon puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Kardiyovasküler hastalığı olan katılımcıların anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Kardiyovasküler hastalığı olan katılımcıların çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksektir.

KAYNAKÇA

Almas, A., Forsell, Y., Iqbal, R., Janszky, I., & Moller, J. (2015). Severity of Depression, Anxious Distress and the Risk of Cardiovascular Disease in a Swedish Population-Based Cohort. *Plos One*, 10(10), e0140742. doi:10.1371/journal.pone.0140742

Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, & Turgan Ç, et al. (2003). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatentT study) in 2003. *J Hypertens*, 23(10): 1817-23.

Arici M, Turgan Ç, Altun B, Sindel Ş, Erbay B, & Derici Ü, et al. (2010). Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *J Hypertens* 28 (2): 240-44.

Ateşçi F.Ç, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanoğlu N.K. (2000). Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. *9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı*, Edirne, s.748

Baigent C, Keech A, Kearney P.M, Blackwell L, Buck G, & Pollicino C et al. (2005). Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 366(9493):1267-78.

Balog, P., Falger, P. R. J., Szabó, G., Rafael, B., Székely, A., & Konkoly Thege, B. (2017). Are Vital Exhaustion and Depression Independent Risk Factors for Cardiovascular Disease Morbidity? *Health Psychology*, No Pagination Specified. doi: 10.1037/hea0000495

Bayani, B., Yousefi, S., Bayani, M., Shirmohammadi, M., Alimoradi, A., Falsoleiman, H., & Arbabi, M. (2011). Depression and Anxiety in a Cardiovascular Outpatient Clinic: A descriptive study. *Iranian Journal Of Psychiatry*, 6(3), 125-127.

Beausang P, & Syed R. (1998). Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J*; 43:177-180.

Bomhof-Roordink, H., Seldenrijk, A., van Hout, H. J., van Marwijk, H. J., Diamant, M., & Penninx, B. H. (2015). Associations between life stress and subclinical cardiovascular disease are partly mediated by depressive and anxiety symptoms. *Journal Of Psychosomatic Research*, 78(4), 332-339. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.02.009

Brewer H.B, (2004). Increasing HDL Cholesterol Levels. *N Engl J Med*, 350(15):1491-4.

Brugnera, A., Zarbo, C., Adorni, R., Tasca, G. A., Rabboni, M., Bondi, E., . . . Sakatani, K. (2017). Cortical and cardiovascular responses to acute stressors and their relations with psychological distress. *International Journal of Psychophysiology*, 114, 38-46. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2017.02.002

Burokienė, N., Karčiauskaitė, D., Kasiulevičius, V., Kučinskas, V., & Kučinskienė, Z. A. (2014). Manifestation of anxiety and depression and their association with cardiovascular diseases in the Lithuanian population. *Acta Medica Lituanica*, 21(3), 123-130.

Chauhan, A. S., & Joshi, G. R. (2016). A comparative study of depression and psychological well-being of coronary heart disease patients. *Indian Journal of Community Psychology*, 12(2), 265-271.

Cosco, T. D., Doyle, F., Watson, R., Ward, M., & McGee, H. (2012). Psychiatric–Medical Comorbidity: Mokken scaling analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, 34167-172. doi:10.1016/j.genhosppsycho.2011.11.005

Charles H. & Hennekens, M. D. (1998). Increasing burden of cardiovascular disease. Current Knowledge and future firections for research on risk factors. *Circulation*. 97: 1095-1102

Crespo D, Gil A, & Porras Chavarino A. (2001). Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr*, 29:75-83.

Doering, L. V., & Eastwood, J. (2011). A literature review of depression, anxiety, and cardiovascular disease in women. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN*, 40(3), 348-361. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01236.x

Drouet L.(2002). Atherothrombosis as a systemic disease. *Cerebrovasc Dis* 13(Suppl.1):1-6

Hendrickson, C., Neylan, T., Na, B., Regan, M., Zhang, Q., & Cohen, B. (2012). Lifetime Trauma Exposure and Prospective Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: Findings From the Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, 75(9), 849-855.

Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G.V, Parving H.H, & Pedersen O. (2003). Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 348(5):383-93

Galligan, N. G., Hevey, D., Coen, R. F., & Harbison, J. A. (2016). Clarifying the associations between anxiety, depression and fatigue following stroke. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2863-2871. doi: 10.1177/1359105315587140

Garcia-Retamero, R., Petrova, D., Arrebola-Moreno, A., Catena, A., & Ramírez-Hernández, J. A. (2016). Type D personality is related to severity of acute coronary syndrome in patients with recurrent cardiovascular disease. *British Journal of Health Psychology*, 21(3), 694-711. doi: 10.1111/bjhp.12196

Giammanco, M. D., & Gitto, L. (2016). Coping, uncertainty and health-related quality of life as determinants of anxiety and depression on a sample of hospitalized cardiac patients in Southern Italy. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 25(11), 2941-2956. doi: 10.1007/s11136-016-1323-5

Gostoli, S., Roncuzzi, R., Urbinati, S., Morisky, D. E., & Rafanelli, C. (2016). Unhealthy behaviour modification, psychological distress, and 1-year survival in cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 894-916. doi: 10.1111/bjhp.12204

Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, & Cifkova R et al. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14 (Suppl. 2):1-40.

Güleç S. (2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37 (Suppl 2): 1-10.

Gustad, L. T., Laugsand, L. E., Janszky, I., Dalen, H., & Bjerkeset, O. (2014). Symptoms of anxiety and depression and risk of heart failure: the HUNT Study. *European Journal Of Heart Failure*, 16(8), 861-870. doi:10.1002/ejhf.133

Halonen, J. I., Stenholm, S., Pentti, J., Kawachi, I., Subramanian, S., Kivimaki, M., & Vahtera, J. (2015). Childhood psychosocial adversity and adult neighborhood disadvantage as predictors of cardiovascular disease: a cohort study. *Circulation*, (5), 371.

Heleniak, C., McLaughlin, K. A., Ormel, J., & Riese, H. (2016). Cardiovascular reactivity as a mechanism linking child trauma to adolescent psychopathology. *Biological Psychology*, 120, 108-119. doi:10.1016/j.biopsycho.2016.08.007

Hsu, N., Tsao, H., Chen, H., & Chou, P. (2014). Anxiety and depression mediate the health-related quality of life differently in patients with cardiovascular disease and stroke-preliminary report of the Yilan study: a population-based community health survey. *Plos One*, 9(9), e107609. doi:10.1371/journal.pone.0107609

Joergensen, T. S. H., Maartensson, S., Ibfelt, E. H., Joergensen, M. B., Wium-Andersen, I. K., Wium-Andersen, M. K., . . . Osler, M. (2016). Depression following acute coronary syndrome: A Danish nationwide study of potential risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1509-1523. doi: 10.1007/s00127-016-1275-7

Kok, L., Sep, M. S., Veldhuijzen, D. S., Cornelisse, S., Nierich, A. P., van der Maaten, J. & Hillegers, M. H. (2016). Trait anxiety mediates the effect of stress exposure on post-traumatic stress disorder and depression risk in cardiac surgery patients. *Journal of Affective Disorders*, 206, 216-223. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.020

Kuehl, L. K., Muhtz, C., Hinkelmann, K., Dettenborn, L., Wingenfeld, K., Spitzer, C., & Otte, C. (2016). Association between major depression and cardiovascular risk: The role of antidepressant medication. *Psychopharmacology*, 233(18), 3289-3295. doi: 10.1007/s00213-016-4361-3

Libby P. (2001). Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation* 104(3):365-72.

Matsuda, R. (2017). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology*, 977. doi:10.1016/j.ijcard.2016.11.091

Moryś, J. M., Bellwon, J., Adamczyk, K., & Gruchała, M. (2016). Depression and anxiety in patients with coronary artery disease, measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiologia Polska*, 74(1), 53-60. doi:10.5603/KP.a2015.0116

Nahlén Bose, C., Elfström, M. L., Björling, G., Persson, H., & Saboonchi, F. (2016). Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 704-713. doi: 10.1111/scs.12297

Nakamura, S., Kato, K., Yoshida, A., Fukuma, N., Okumura, Y., Ito, H., & Mizuno, K. (2013). Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. *The American Journal Of Cardiology*, 111(10), 1432-1436. doi:10.1016/j.amjcard.2013.01.293

Ohira, T. (2010). Psychological distress and cardiovascular disease: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Journal Of Epidemiology*, 20(3), 185-191.

Okraïneç K, Banerjee D.K, Eisenberg M.J. (2004). Coronary artery disease in the developing world. *Am Heart J*, 148(1): 7-15.

Onat A, Kahraman G, Ökçün B, Dönmez K, Keleş İ, & Sansoy V (1996). Türk Erişkinlerinde Ölüm ve Koroner Olaylar: TEKHARF Çalışması Kohortunun 5-Yıllık Takibi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1996;24(1):8-15.

Pretty, C., O'Leary, D., Cairney, J., & Wade, T. (2013). Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: a cross-sectional study. *Bmc Pediatrics*, 13

Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., Gonçalves, F. R., & Coelho, R. (2016). Depression predicts mortality and hospitalization in heart failure: A six-years follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 201, 162-170. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.024

Shen, B.-J., & Gau, J.-T. (2017). Influence of depression and hostility on exercise tolerance and improvement in patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 312-320. doi: 10.1007/s12529-016-9598-z

Slopen, N., Chen, Y., Priest, N., Albert, M. A., & Williams, D. R. (2016). Emotional and instrumental support during childhood and biological dysregulation in midlife. *Preventive Medicine*, 8490-96. doi:10.1016/j.ypmed.2015.12.003

Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N. M., Wieman, I., van Schaik, D. J., & Penninx, B. J. (2015). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *Journal Of Psychosomatic Research*, 78123-129. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.00

Soskolne V, Bonne O, Denour A.K, Shalev A.Y. (1996). Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med*; 26:271-285.

Thompson S.G, Kienast J, & Pyke S.D, et al. (1995). Hemostatic factors and the risk of myocardial infarction or sudden death in patients with angina pectoris. European Concerted Action on Thrombosis and Disabilities Angina Pectoris Study Group. *N Engl J Med* 1995;332:635-641

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). (2008). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2008; Suppl 1: 153-192.

Tušek-Bunc, K., & Petek, D. (2016). Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: Their impact on health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14.

Volz, M., Möbus, J., Letsch, C., & Werheid, K. (2016). The influence of early depressive symptoms, social support and decreasing self-efficacy on depression 6 months post-stroke. *Journal of Affective Disorders*, 206, 252-255. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.041

Webster J.S, Moberg C, & Rincon G. (1974). Natural history of severe proximal coronary artery disease as documented by coronary cineangiography. *Am J Cardiol*; 33:195-200.

White H.D, & Chew D.P. (2008). Acute myocardial infarction. *Lancet*, 372(9638):570-84.

Wilcox, M. E., Freiheit, E. A., Faris, P., Hogan, D. B., Patten, S. B., Anderson, T., . . . Maxwell, C. J. (2016). Depressive symptoms and functional decline following coronary interventions in older patients with coronary artery disease: A prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16.

Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, & Anand S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 104: 2746-53.

EKLER

Ek-1. Demografik Bilgi Formu

Kardiyolojik rahatsızlığınız var mı? Evet Hayır

Kardiyolojik rahatsızlığınız ne kadar süredir var 1 yıldan az () 1 yıl () 2 yıl () 3 yıl () 4 yıl () 5 yıl () 6 yıl ve üstü ()

Daha önce kalp ameliyatı oldunuz mu Evet Hayır

KAÇ YAŞINDASINIZ? (Lütfen yazınız:.....)

CİNSİYETİNİZ? Kadın () Erkek ()

ÖĞRENİM DURUMUNUZ?

İlkokul () Ortaokul () Lise ()

2 Yıllık Yüksek Okul () 4 yıllık üniversite () Yüksek Lisans ()

ŞU ANKI GÖREVİNİZ? (Lütfen yazınız:.....)

MEDENİ DURUMUNUZ? (Cevabınız Bekar ise 10 soruya geçiniz
) Evli () Bekar ()

KAÇ ÇOCUĞUNUZ VAR? Yok () 1 () 2 () 3 () 4 ve üstü ()

KAÇ YILLIK EVLİSİNİZ? (Lütfen yazınız)

YETİŞME ÇAĞINIZDA (7–19 yaşları arasında) EN UZUN SÜRE
BULUNDUĞUNUZ YER?

Köy () Belde/Bucak () İlçe () İl () Büyük Şehir ()

Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleysin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleysin.

(0)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

(1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1)Gelecek hakkında karamsarım.

(2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3)Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

(0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

(1)Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

(0)Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1)Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.

(2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3)Herşeyden sıkılıyorum.

(0)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

(0)Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

(0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1)Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2)Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3)Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

(0)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1)Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3)Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.

(0)Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3)Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0)Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2)Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0)Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1)Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2)Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3)Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

(0)Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3)Artık hiç karar veremiyorum.

(0)Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

- (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2)Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

- (1)Birşeyler yapamak için gayret göstermek gerekiyor.
- (2)Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- (3) Hiçbir şey yapamıyorum.

(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

- (1)Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- (2)Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

- (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- (2)Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

(0)İştahım her zamanki gibi

- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil
- (2)İştahım çok azaldı.
- (3)Artık hiç iştahım yok.

(0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

(0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

(0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Ek-3. Beck Anksiyete Ölçeği

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 beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeydeDayanmakta 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 duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
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)				

Ek-4. Çocukluk Travmaları Ölçeği

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Hiçbir zaman Nadiren Zaman Zaman Sıklıkla Çok Sık olarak

1 2 3 4 5

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Yeterli yemek bulamazdım. 1 2 3 4 5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi. 1 2 3 4 5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhos olur yada uyusturucu alırlardı. 1 2 3 4 5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. 1 2 3 4 5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım. 1 2 3 4 5
6. Sevildigimi hissediyordum. 1 2 3 4 5
7. Ana babamın benim dogmus olmamı istemediklerini düşünüyordum. 1 2 3 4 5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmustu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti. 1 2 3 4 5
9. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu. 1 2 3 4 5
10. Kayıs, sopa, kordon yada baska sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. 1 2 3 4 5
11. Ailemde baska türlü olmasını istediğim bir sey yoktu. 1 2 3 4 5

12. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı. 1 2 3 4 5
13. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi. 1 2 3 4 5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı. 1 2 3 4 5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu. 1 2 3 4 5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. 1 2 3 4 5
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. 1 2 3 4 5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi. 1 2 3 4 5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. 1 2 3 4 5
21. Çocukluğum mükemmeldi. 1 2 3 4 5
22. Birisi beni cinsel seylere yapmaya yada cinsel seylere bakmaya zorladı. 1 2 3 4 5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. 1 2 3 4 5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. 1 2 3 4 5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. 1 2 3 4 5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim. 1 2 3 4 5

ÖZGEÇMİŞ

HANDAN ERDOĞAN Üsküdar doğumlu. İlkokul, ortaokul ve liseyi İstanbul'da tamamladı. 2009 Yılında Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümüne başladı ve (2014) mezun oldu. Kartal Anadolu Adalet Sarayında , KASEV vakfında , Rehabilitasyon Merkezinde gönüllü staj yaptı . 17. Ulusal Psikoloji Öğrenci Kongresinde Düzenleme, Yürütme Kurulunda gönüllü görev aldı.

Yüksek Lisans Eğitimi Sırasında NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde Erişkin Psikiyatri Birimi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Birimi,Yataklı Klinikler ve Bağımlılık Kliniklerinde Stajını tamamlamıştır. Gönüllü olarak bir çok sosyal sorumluluk projelerinde yer almıştır.Tez çalışmasını Kardiyovasküler Hastalıklarda Çocukluk Çağı Travmasının Araştırılmasıdır.

Aldığı Eğitimler :

Süleyman Demirel Demirel Üniversitesi Aile Danışmanlığı ,

Nöropsikolojik Testler Eğitimi Çapa Tıp Fakültesi, Temel Nöropsikoloji Eğitimi (ÇAPA Tıp Fakülte Nöropsikoloji Laboratuvarı , Prof. Dr. Öğet Öktem)

Şema Terapi Sertifikasyon Eğitimi Dr Alp Karaosmanoğlu (Borderline ve Narsist Kişilik Bozuklukları) Kognitif Terapi Workshop Programı Dr Emel Stroup, ABPR, ACT

Kognitif Terapi Yönelimli Klinik ilk Görüşme & Terapi Becerileri Dr Emel Stroup, ABPR, ACT

Kognitif Terapinin OKB Tedavisinde Uygulanması Dr Emel Stroup , ABPR, ACT
Kognitif Terapinin Anksiyete Tedavisinde Uygulanması Dr Emel Stroup , ABPR, ACT

Kognitif Terapi İlkeleri & Depresyon Tedavisinde Uygulanması Dr Emel Stroup , ABPR, ACT .

Psikoterapi Enstitüsünde Hipnoz Eğitimi Dr Tahir Özakkaş , Dr Betül Gezgin Dr Enes Bülbül

Panik Atakta Hipno Terapi Haşan Kendirci

Bağımlılıklarda Hipno Terapi.

Prof.Dr.Doğan Şahin Psikanalitik Kuram Eğitimi (2016-2018)

Np İstanbul Hastanesi Etiler Süpervizyon Yardımcı Doç. Dr Alper Evrensel

Işık Üniversitesinde "Psikoloji Travma ve Travmaya Müdahale" adlı eğitime katılım sağladı.

17. Ulusal Psikoloji Öğrenci Kongresinde Düzenleme Kurulunda gönüllü görev aldı.

18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi'ne katılım sağladı .

2014 yılında mezun olduktan sonra Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisansına başlamış olup aynı zamanda ;

Edirne Özel **Ekol** Hastanesinde Psikolog – Aile Danışmanı olarak görevine devam etmektedir. Çalıştığı hastanede Nöroloji Doktoru Levent Kabayel ile çalışmalarını devam ettirmektedir.