



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İMLANTABLE CARDİOVERTER DEFİBRİLLATÖR (İCD)  
OLAN HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

**ZEYNEP FEYİZOĞLU**

**DANIŞMAN: PROF.DR. K. OĞUZ KARAMUSTAFALIOĞLU**

**İSTANBUL 2015**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İMLANTABLE CARDİOVERTER DEFİBRİLLATÖR (İCD)  
OLAN HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİ**

**ZEYNEP FEYİZOĞLU**

**124102141**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: PROF.DR. K. OĞUZ KARAMUSTAFALIOĞLU**

**İSTANBUL 2015**

# YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

### GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102141
Öğrenci Adı Soyadı	: Zeynep Feyizoğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafalıoğlu
Tezin Başlığı	: Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon ilişkisi

### TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.10.2015	Saati	: 14:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya :  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,

OY BİRLİĞİ  OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ..... ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi.  Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya :  GELMEDİ

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,

OY BİRLİĞİ ile **REDEDİLMİŞTİR**.

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Oğuz K. Karamustafalıoğlu	
Üye	Doç. Dr. Gülşen Hızlı Sayar	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Eylem Özkul	

# BİLİMSEL ETİK KURUL FORMU



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU  
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34462 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN) ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 110

30 Nisan 15

Sayın Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu  
(Zeynep Feyizoğlu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29 Nisan 2015 tarihinde, 05 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Implantable Cardioverter Defibrillatör (ICD) Olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon İlişkisi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

### BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘Implantable Cardioverter Defibrillatör (ICD) Olan Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon İlişkisi’’ adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

**Tarih**

.../.../.....

**İmza:**.....

**Adı SOYADI**

Zeynep FEYİZOĞLU

# İÇİNDEKİLER

<b>YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK KURUL FORMU</b> .....	<b>ii</b>
<b>BİLİMSEL ETİK SAYFASI</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>1</b>
1. 1. ICD.....	1
1. 2. ANKSİYETE KAVRAMI .....	5
1. 3. DEPRESYON KAVRAMI.....	6
1. 3.1. DSM V'e göre Yeğın (Major) Depresyon Bozukluğu .....	8
<b>2. YÖNTEM</b> .....	<b>10</b>
2. 1. ARAŞTIRMA MODELİ .....	10
2. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	11
2. 3. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	13
<b>3. BULGULAR</b> .....	<b>14</b>
<b>SONUÇ-TARTIŞMA</b> .....	<b>26</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>29</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>35</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>40</b>

## ÖZET

FEYİZOĞLU, Zeynep, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015

### Implantable Cardioverter Defibrillatör (ICD) Olan Hastalarda Anksiyete Ve Depresyon İlişkisi

Implantable Cardioverter Defibrillatör (ICD) ler, letal ventriküler arrhythmia tedavisinde bireylerde ani kardiak atakların önlenmesinde hayat kurtarıcı işlevsel görev üstlenmektedir (Hauer et al, 2001; Saksena ve ark, 2001; Powell ve ark, 1993). ICD hayat kurtaran bir göreve sahip olmasına rağmen ICD implantasyonu ile hastanın sosyal hayatında kısıtlanmalar olmakta ve psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. ICD implantasyonu yaşam kalitesine olumsuz etki etmektedir (Pedersen ve ark, 2005; Lampert ve ark, 2002; Dunbar ve ark, 1999; Hegel ve ark, 1997; Edelman , 2003). Yapılan çalışmalar şok sıklığı ile anksiyete bozuklukları, depresyon ve uyum sorunlarının da dâhil olduğu psikopatoloji gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Vlay ve ark, 1989; Psycha ve ark, 1990; Hegel ve ark, 1997). Bu çalışmada amaç çeşitli sebeplerden ötürü ICD implante edilmiş Türk hastaların duygusal durumlarını değerlendirmek ve ortaya çıkabilecek muhtemel anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Depresyon ve Implantable Cardioverter Defibrillatör.

## SUMMARY

FEYİZOĞLU, Zeynep, Master Degree Thesis, Istanbul, 2015

Anxiety and depression relationship in patients with Implantable Cardioverter  
Defibrillator (ICDs)

Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD) , undertake life-saving functional duties in the prevention of sudden cardiac attack in the treatment of lethal ventricular arrhythmia (Hauer et al, 2001; Saks, et al, 2001; Powell et al, 1993).

Although being life-saving, ICD implantation diminishes patient's social life qualities thus psychological disorders arise. ICD implantation has a negative impact on the quality of patient's life (Pedersen et al, 2005; Lampert et al, 2002; Dunbar et al, 1999; Hegel et al, 1997; Edelman, 2003).

Studies have found a significant relationship between the of number of shocks and psychopathology including anxiety disorders, depression and compliance issues (Vlay et al, 1989; Psyche et al, 1990; Hegel et al, 1997). This study aims to assess the emotional states of the implanted ICD patients and to determine the relationship between anxiety and depression that may occur.

**Keywords:** Anxiety, Depression, and the Implantable Cardioverter Defibrillator.



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı - syf 15

Tablo.3.2. Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı - syf 17

Tablo 3.3. Bireylerin Cinsiyetleri İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması - syf 18

Tablo 3.4. Bireylerin Yaşları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi - syf 18

Tablo 3.5. Bireylerin Medeni Durumları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması - syf 19

Tablo 3.6. Bireylerin Eğitim Düzeyleri İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması - syf 20

Tablo 3.7. Bireylerin Çalışma Durumları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması - syf 20

Tablo 3.8. Bireylerin ICD ile Kaç Yıldır Yaşamakta Oldukları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması - syf 21

Tablo 3.9. Bireylerin ICD dan Sonra Ne Kadar Şok Yaşadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması - syf 22

Tablo 3.10. ICD dan Sonra Şok Yaşayan Bireylerin Kaç Yıldır Şok Yaşadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması - syf 23

Tablo 3.11. Bireylerin Psikiyatrik Bir Hastalıklarının Olup Olmaması İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması - syf 23

Tablo 3.12. Bireylerin Antidepresan İlaç Kullanıp Kullanmadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması - syf 24



# 1. GENEL BİLGİLER

## 1. 1. ICD

İmplant edilebilen kardiyoverter-defibrilatör (ICD) fikri 1960'larda Dr. Michel Mirowski tarafından atıldı (Sola ve Bostwick, 2005). ICD ventriküller taşikardi ve fibrilasyonu sonlandırmada oldukça işlevsel olarak tanımlanmaktadır (Goldberger, 1999). Ayrıca hayati tehdit oluşturan ventriküller aritmi tedavisinde kullanılan altın bir standart uygulamadır (Glikson ve Friedman, 2001; Ellenbogen, Epstein, Wood ve ark. 1997; Connelly, 2001; Morris, Badger, Chmielewski, Berger, Goldberg 1991).

Sağlıklı bireylerde veya stabil kalp hastalığı bulunan bir kişide akut semptomları takiben bir saat içinde efektif dolaşımın durması ve şuur kaybı ile gelişen ölüme ani kardiyak ölüm denilmektedir. Ani kardiyak ölüm vakalarının çoğundan ventriküler fibrilasyona dönüşen ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon sorumludur. Bu tür hastalarda görülen diğer ritm bozukları arasında asistoli, ciddi sinüs bradikardisi veya idiyoventriküler ritm sayılabilir (Pinski ve Chen, 2005).

Ventrikül fibrilasyonundan kurtulma ve yaşama dönme ihtimalini belirleyen en önemli faktör kardiyak arrest ile defibrilasyon uygulaması arasında geçen zamandır. İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör (ICD)'ler devamlı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyona bağlı ani kardiyak ölümü önlemek için geliştirilmiş olan cihazlardır. Bu cihazlar yeterince küçük ve hafif olduğu için pektoral bölgeye adale veya cilt altına implante edilmektedir. Cihazın kendi de aktif elektrot özelliğindedir, bifazik şok verme imkanı vardır ve bunlarda transvenöz elektrotlar kullanılmaktadır. Ventriküler taşiaritmilerin tedavisi, programlı uyarılar, düşük ya da yüksek enerjili kardiyoversiyon ve defibrilasyon ile mümkün olmaktadır (TKD Kılavuzu, 2002).

ICD implantasyonu, idiyopatik ventriküler fibrilasyon ya da değişik nedenlere (kroner kalp hastalığı, dilate kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopati, aritmojenik sağ ventrikül displazisi, uzun QT sendromu gibi) bağlı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon atakları olan hastalara uygulanmaktadır. Sebebi bilinmeyen senkoplu hastalarda

elektrofizyolojik çalışma ile ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon indüklenirse bunlar da ICD implantasyonu için aday olabilirler ( Pinski ve Chen, 2005 ; TKD, 2002).

ICD'ler mortalite ve morbiditeyi anlamlı şekilde düşürmesine rağmen önemli psikolojik sorunları da beraberinde getirir. ICD hastalarının yaşadığı psikolojik sorunlar, hissettiği kaygılar hastaların cihazı kabullenmesini güçleştirir ( White, 2002 ) . ICD implantasyonu uygulanan hastalar cihaza uyum sağlarken bazı zorluklarla karşılaşabilmektedirler ( Burns, Serber, Keim, Sears , 2005 ). Yapay bir cihazın bedende yaşam boyu kalacağı, sık kontrollerin gerektiği düşüncesi, ICD fonksiyonunun bozulacağı ve ICD olmadan kalplerinin çalışmayacağı korkusu, her an ICD 'nin şok vereceği hissi ICD hastalarında korku, güçsüzlük, kaygı, stres, depresyon gibi psikosoyal sorunlara yol açabilmektedir ( Burns, Serber, Keim, Sears , 2005 ; Duru, Büchi, Klaghofer, Mattmann, Sensky, Buddeberg ve ark. , 2001).

Yapılan çalışmalarda ICD implantasyonu uygulanan hastalarda daha önce ICD şoku deneyimleyenlerin şok deneyimi olmayanlara göre anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen, Pedersen, 2009 ; Kamphuis, de Leeuw, Derksen, Hauer, Winnubest , 2003). Ancak ilk şok yaşandıktan sonra yeni bir şok geçirme stresi ilk şokun oluşturduğu stresten daha azdır (Kamphuis, de Leeuw, Derksen, Hauer, Winnubest , 2003).

Hastalar, ICD'nin uyguladığı kardiyoversiyon şokunu 'kalbin güm güm atması' olarak tanımlar ve hafif bir rahatsızlıkla ilişkilendirir. Bazı hastalar ventriküler fibrilasyon oluştuğunda bilinçlerini yitirir, bu nedenle de bu şoku aldıklarının farkında olmazlar. Bir defibrilasyon şoku sırasında uyanık olan hastalar ise şoku 'göğse atılan bir tekme olarak' tanımlar (Pinski ve Chen, 2005). Ayrıca hastalar şoku elektrik fişi ya da prizinden elektrik çarpması, şimşek çarpması olarak değerlendirirler (Sola ve Bostwick, 2005).

ICD'nin takılış süresi de psikosoyal faktörleri etkiler. Daha uzun süredir ICD'si takılı olan hastaların yaşam kalitesinin daha kötü, anksiyete ve depresyon oranlarının da daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Friedmann, Thomas, Inguito, Kao, Metcalf, Kelley ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda, genel olarak implantasyondan sonra, hastalarda öfke ve korku en sık görülen semptomlar arasında olup sık yineleyen ICD şoklarından sonra bu semptomların daha fazla arttığı (Carroll ve Hamilton , 2008) ve özellikle genç yaşta ICD implantasyonu olanlarda (Carroll ve Hamilton , 2008 ; Ladwig, Baumert, Marten-Mittag ve ark., 2008) ve daha önce ICD şoku deneyimleyenlerin (Undavia, Goldstein, Cohen ve ark., 2008 ; Kamphuis,

Verhoeven, Leeuw ve ark. , 2004) deneyimlemeyenlere göre anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu ancak zamanla anksiyete seviyesinin azaldığı bildirilmiştir.

Hastalarda yaşanan iyileşme süreci ile ilgili endişeleri, yaşayacağı şok deneyimi, şok sonrası durumu, şokun yeri ve zamanı hakkındaki belirsizlik de hastalar açısından önemlidir ve hastada sürekli bir tedirginlik oluşturmaktadır. Ayrıca hastalar anksiyete ve belirsizlik dışında hayal kırıklığı ve hüsrana da uğurlar. Hayal kırıklığının en önemli nedeni sosyal ilişkilerindeki yaşanan değişiklikler, arkadaşlarından beklediği ilgiyi görememeleri ve arkadaşlarının kendilerini anlamamalarıdır. Hayal kırıklığının diğer bir nedeni ise artık vücutlarının fonksiyonlarını eskisi gibi sürdüremeyecek olması ve bir cihaza bağımlı olmalarıdır (Kamphuis, Verhoeven, Leeuw, Derksen, Hauer ve Winnubst , 2004).

ICD klinik olarak etkili olmasına rağmen hasta ve ailesi için belli bir düzeyde psikososyal zorluğu da gündeme getirmektedir (Lewin, Coulton, Frizelle, Kaye, Cox, 2009; Dickerson, 2005).

ICD'nin tedavide yüksek kabul edilebilirlik ve sağladığı medikal faydaya rağmen ICD hastalarının %13-%38'inde anksiyete ve %24-%87'inde anksiyetenin subklinik ifadesi görülmüştür (Sola ve Bostwick, 2005). İmplant yapıldıktan 2-5 yıl sonra bu değerlerde ciddi bir düşüş görülmüştür (Crossmann, Pauli, Dengler, Kühlkamp, Wiedemann, 2007). ICD hastalarının %30 oranına kadarı majör depresyon yaşamaktadır (Pedersen, Broek, Sears, 2007). ICD implantasyonunun genellikle ilk bir yılında hastanın yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (May, Smth, Murdock ve Davis, 1995).

ICD şok yaşamış olan ICD hastaları, hiç ICD şok yaşamamış hastalarına göre anksiyete bozukluklarından daha çok muzdariptirler (Godemann, Ahrens, Behrens, Berthold, Gandor, Lampe ve ark, 2001) ve daha yüksek derecede gerginlik ve anksiyete yaşamaktadırlar (Dougherty, 2001).

Literatürde önceki çalışmalar ICD şok sıklığı ile anksiyete arasında bağlantı bulup göstermişlerdir. (Sola, 2005; Pessman, Subacius, Ruo, Schaechter, Howard, Sears ve ark., 2007; Carroll ve Hamilton 2005). ICD şoklarının sıklığının yüksekliği ICD hastalarında artmış depresyon ve anksiyeteyi ortaya çıkarmakta olup (Goodman ve Hess 1999) panik atak ve agorafobi içinde risk faktörü oluşturmaktadır. (Godemann, Ahrens, Behrens, Berthold, Gandor, Lampe ve ark, 2001). Öte yandan diğer çalışmalar depresyon ya da anksiyete ile şok sıklığı arasında ciddi bir bağlantı bulamamışlardır. (Crossmann, Pauli, Dengler, Kühlkamp,

Wiedemann, 2007; Keren, Aaroms, Veltri, 1991; Piotrowicz, Noyes, Lyness, Mcnitt, Andrews, Dick ve ark. , 2007). Bostwick ve Sola (2011)'nin review çalışmasında ICD şoklarından sonra anksiyetenin çok az arttığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca pek çok çalışma ICD şokları ve anksiyete arasında bir bağlantıyı ICD şok sıklığı 5 ya da 5'ten fazla olduğu zamanlarda bulmuştur (Herrman, von zur Mühen, Schaumann, Buss, Kemper, Wantzen ve ark., 1997; Lüderitz, Jung, Deister, Manz, 1994; Herrmann-lingen, Fritzsche, Kanwischer, Drinkmann, Rabung, Bergmann, 2004).



## 1. 2. ANKSİYETE KAVRAMI

Anksiyete sözcüğü Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir. Sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa anlamına gelmektedir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt , Milattan Önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmiştir (Noyes ve Hoehn-Saric , 1998).

17.yüzyılda dilbilimciler tarafından paraksismal olarak ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama, ve endişe durumları için kullanılmıştır. Benzer durumlar için, Fransızlar *Angoisse*, Almanlar *Angst*, İspanyollar *Angustia* sözcüklerini kullanmışlardır (Berrios, 1996).

Türkçe’de iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Kişi kendisini bir çeşit ‘alarm’ durumunda ve ‘sanki kötü bir şey olacaktı’ gibi bir duygu içinde hissetmektedir. İçsel çatışmalardan ya da yaşamdaki kayıplardan köken alabilen anksiyete, aynı zamanda içsel dürtülerle dış talepler ve değer sistemleri arasındaki çatışmalardan da kaynaklanabilir (Köroğlu, 2010).

Freud, korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki olarak tanımlamıştır (Freud, 1999).

Anksiyete, tehdide karşı gelişen bir tepki olup geleceğe yöneliktir. Depresyon ise tersine, yitirilen şeyler nedeniyle geçmişe dönük bir tepki olarak gelişir. Anksiyete, hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygu yardımıyla, bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma, onlarla başa çıkma, onlara karşı koyma, ya da gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar görülmektedir. Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen, biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulan ve tüm bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürebilmesi için var olması gerekli bir duygudur. Ancak; sağlıklı olan ve olumsuz duygularla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkar (Davison ve Neale, 2004).

### 1. 3. DEPRESYON KAVRAMI

Depresyonun bugünkü tıbbi kavramlaştırılması onun duygulanımsal, bilişsel,davranışsal ve bedensel bulgularla seyreden bir psikiyatrik bozukluk olduğunu öngörmektedir (Sayar, 2001). Dünya dillerinin pek çoğunda depresyon sözcüğü yoktur (Sayar, 2000). Hint-Avrupa dillerinde depresif yaşantıyı anlatan pek çok sözcük varken bazı Batıdışı toplumlarda ‘Depresyon’ sözcüğünün tam bir karşılığını bulmak zor olmaktadır (Sayar,1995 ,Kara ve ark, 1997). Batılı olmayan toplumlarda depresyonun sıklıkla bedensel yakınmalarla seyrettiği ve özkıyım oranının Batılı dünyaya göre daha düşük olduğu bilinmektedir.

Depresyonun biyolojik gerçekliği günümüzde kabul edilen bir gerçektir. Biyolojik gerçekliğinin yanı sıra sosyal ve kültürel etkenlerin hem etiyolojide, hem de belirti örüntüsünün ve çare arama davranışının biçimlenmesinde rol oynadığı kabul edilmektedir (Cimilli, 1997).

DSM-IV majör depresyonun ana belirtilerini çökkünlük, ilgi kaybı ve zevk alamama olarak tanımlamaktadır (DSM-IV, 1995).

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahid’de ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Hippokrates’dır. Hippokrates (İ.Ö. 460 - 357) bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “melaine chole” olarak adlandırmıştır (Jadhav, 2000). Galen’e (İ.S. 131 - 201) göre melankoli “korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret“ ile kendini göstermektedir (Akiskal, 1995).

Efes’li hekim Soranus’un (İ.S 1. - 2. yy) ruh hastalıklarının kurumsal tedavisinde hastalara tiyatro oyunları izlettiği, oyunlarda rol almalarını istediği ve melankolide komedi, manide trajediyi tercih ettiği bilinmektedir (Babaoğlu, 2002).

Tamamıyla duygudurum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R. Burton’ un 1621’de yayınlanan “Melankolinin Anatomisi” adlı eseridir. ‘Nedensiz’ melankolilerin yanı sıra, hipokondriyazis, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli nedensel kategoriler de sınıflamış ve hemen bütün öncülleri gibi Burton da erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmiştir (Akiskal, 1995) .



E. Kraepelin için klinik depresyonun çekirdek patolojisi, duygudurumda çökme ve fiziksel ve zihinsel süreçlerdeki yavaşlamadır. Bu tablo, DSM-IV' teki "majör depresif bozukluk, melankolik özellikli" tanısına karşılık gelmektedir (Akiskal, 1995).

17. yüzyıl Fransa' sındaki kartezyen düşünce zihni bedenden kavramsal olarak ayırmakla, hekimlere somatik alanda otonomi sağlamış, kilisenin müdahalesinden özgür kılmıştır. Dikotomik yaklaşım Kraepelin' in deskriptif gözlemleri ve tanısai kategorizasyonunda meyvesini vermiş, ancak biyolojik indirgemecilikle de sınırlanmıştır. 20. yüzyılın başında İsviçre'li A. Meyer, psike ve soma arasındaki ayrımı köprüleştirmek amacıyla "psikobiyojji" terimini getirmiş, biyografi ve psikososyal nedenlere dikkat sarfetmiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik çağrışımları olmadığı için "depresyon"("pressed down", aşağı bastırılmış) terimini tercih etmiştir (Akiskal, 1995).

Klinik depresyonun temel niteliği hoş olmayan duygudurum, ilgi ve zevk azlığı, umutsuzluk ve karamsarlıktır. Olgular derin bir üzüntü yaşarlar. Gelecekleri ve yaşadıkları ile ilgili olarak hep kötümser düşünürler. Hastada depresif duygudurum ile birlikte değişik etkinlik ve sorumluluklara karşı ilgi kaybı izlenir. Olağan etkinliklerden zevk alamaz. İş, özel zevkler, bireysel ilişkiler, cinsel aktivite de dahil olmak üzere hiçbir şeyden zevk alamazlar. Bazı olgularda önde gelen belirti bunaltı olabilir. Anksiyete (bunaltı, kaygı) düzeyi çok artabilir, ajitasyon (huzursuzluk) gösterebilirler. Genel olarak ilgileri azalır. Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları o kadar yoğun olabilir ki düştükleri bu durumdan hiçbir şekilde kurtulamayacaklarını düşünebilirler. Depresif hastalar basit günlük aktiviteleri bile yapmakta güçlük çekerler. İş, aile, para ve kendi sağlıkları ile aşırı biçimde kafaları meşgul olur. Enerji düzeyi azalır. Bazı olgularda önde gelen belirti somatik belirtiler olabilir. Tepkisel davranırlar (Davidson & Neale, 2004).

Umutsuzluk, kötümserlik, benlik saygısında düşme ve suçluluk duyguları intihar düşünce ve eylemlerini uyarır. Düşünce içeriğinde geçmiş olaylar önemli bir yer tutar. Yoğun anksiyete (bunaltı, kaygı) belirtilerinin depresyon olgularında intihar girişimleri için belirleyici bir etken olduğu ileri sürülmektedir. İntihar düşünceleri ve girişimleri depresyonun önemli belirtilerindendir (Davidson & Neale, 2004).

Depresif olguların çoğunda duygudurum değişiklikleri ile birlikte iştah ve kilo kaybı bulunur. Uyku bozukluğu depresyonun çok sık karşılaşılan bir belirtisidir. Dalgınlık, unutkanlık olabilir. Bazen ağır olgularda aklıdan geçenlerle dış dünyada olanlar birbirine karıştırılabilir (DSM-IV\_TR, 1995).

### 1. 3. 1. DSM V'e göre Yeğın (Major) Depresyon Bozukluğu

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

- (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 belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
- (3) Kilo vermemeye 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 aşır uyuma
- (5) Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
- (6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
- (7) Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık 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 kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
- (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere 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 bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık (parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) 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 yetime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsel bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

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

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

## **2. YÖNTEM**

### **2. 1. ARAŞTIRMA MODELİ**

Bu araştırma “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009,s.77).

## 2. 2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

ICD implantasyon üzerinden en az 3 ay geçmiş olan hastalarda anksiyete ve depresyon varlığını saptamak amacıyla analitik ve tanımlayıcı olarak planlanan araştırma İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniğinde 12 Mart 2015 ile 21 Temmuz 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, 5 ay içinde ICD implantasyonunun üzerinden en az 3 ay geçmiş, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri ve bilinci açık İstanbul Üniversitesi kardiyoloji polikliniğine başvuran 75 hasta (51 erkek, 24 kadın) ile çalışma yapıldı. Veriler ‘anket formu’ ve ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’ (HAD) ile toplandı. Literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan anket formu , bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu, çalışma durumu ) ve hastalığa ilişkin değişkenleri (ICD ile ne kadar süredir yaşadığı, ICD’den sonraki şok sayısı, ICD’den sonra ne kadar süre şok yaşadığı) , psikiyatrik hastalık durumu ve antidepressan ilaç kullanımının sorulmasını içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD-A ve HAD-D) Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (Zigmond ve Snaih, 1983). Bu ölçek, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirleyen, düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek toplam 14 maddeden oluşmakta ve maddeler 4’lü Likert tipindedir. HAD-A 7 soru ile anksiyeteyi ve HAD-D 7 soru ile depresyonu değerlendirmektedir. Tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçen parametrelerdir. Türkiye için anksiyete kesme puanı 10-11, depresyon kesme puanı 7-8 kabul edilmektedir. (Zigmond ve Snaih, 1983; Herrmann, 1997).

Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1. ,3. , 5. ,6. ,8. ,10. ,11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddeti gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2. , 4. , 7. , 9. , 12. ve 14. maddeler ise 0 , 1 , 2 , 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt boyutu için 1. , 3. , 5. , 7. , 9. , 11. ve 13. maddeler toplanırken depresyon alt boyutu için 2. , 4. , 6. , 8. , 10. , 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt boyuttan alabilecekleri en düşük puan 0 en yüksek puan 21’ dir (Aydemir, Özmen, Küey, Kültür, Yeşil, Postacı, Bayata , 1997; Aydemir ve Köroğlu , 2000). HAD ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır.

Bireylere uygulanan HAD envanterinin alt ölçeklerinin genel güvenilirliği;

- Anksiyete alt ölçeğinin genel güvenilirliği  $\alpha=0.338$  olarak güvenilir bulunmamıştır.
- Depresyon alt ölçeğinin genel güvenilirliği  $\alpha=0.337$  olarak güvenilir bulunmamıştır.

Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri (Özdamar, 2004);

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

### 2. 3. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 21.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri normal dağılım göstermemektedir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Spearman korelasyon ile test edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116);

<b>R</b>	<b>İlişki</b>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçların tabloları, yorumları ile birlikte sunulmuştur. Örneklem grubuna uygulanan “Kişisel Bilgi Formu” ile elde edilen veriler grubun genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları şeklinde tablolaştırılmıştır.



**Tablo 3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Dağılımı (n=100)**

		<i>F</i>	<i>%</i>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	51	68.0
	Kadın	24	32.0
<b>Yaş</b>	40 yaş ve altı	7	9.3
	41 ile 60 yaş arası	28	37.3
	61 ile 70 yaş arası	23	30.7
	71 yaş ve üzeri	17	22.7
<b>Medeni durum</b>	Evli	60	80.0
	Bekar	9	12.0
	Boşanmış	6	8.0
<b>Eğitim düzeyi</b>	Okur yazar	17	22.7
	İlköğretim mezunu	39	52.0
	Lise mezunu	13	17.3
	Üniversite mezunu ve ↑	6	8.0
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	10	13.3
	Çalışmıyor	65	86.7
<b>ICD ile ne kadar süredir yaşandığı</b>	1 yıl	20	26.7
	2-3 yıl	13	17.3
	4-5 yıl	12	16.0
	6-7 yıl	16	21.3
	8 yıl ve üzeri	14	18.7

		<i>F</i>	<i>%</i>
<b>ICD dan sonraki şok sayısı</b>	Hiç şok yaşanmadı	39	52.0
	1 ile 5 arası şok	22	29.3
	6 ve üzeri şok	14	18.7
<b>ICD dan sonra ne kadar süre şok yaşandığı</b>	Hiç şok yaşanmadı	39	52.0
	1 yıldan az bir süre	13	17.3
	1 yıl	13	17.3
	2 yıl ve üzeri	10	13.3
<b>Psikiyatrik hastalık durumu</b>	Var	10	13.3
	Yok	65	86.7
<b>Antidepresan ilaç kullanımı</b>	Evet	14	18.7
	Hayır	61	81.3

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 75 bireyin 51'i (%68.0) erkekler ve 24'ü (%32.0) kadınlar oluşturmaktadır.

Bireylerin yaş ortalaması  $60.40 \pm 12.95$  (min. 23 yaşında, max. 83 yaşında) olduğu görülmüştür.

Bireylerin 60'ı (%80.0) evli, 9'u (%12.0) bekar ve 6'sı (%8.0) boşanmıştır.

Bireylerin 39'u (%52.0) ilköğretim mezunu, 17'si (%22.7) okur yazar, 13'ü (%17.3) lise mezunu ve 6'sı (%8.0) üniversite mezunu ve ↑ olduğu görülmüştür.

Bireylerin 65'i (%86.7) herhangi bir işte çalışmıyor ve 10'u (%13.3) herhangi bir işte çalışmaktadır.

Bireylerin 20'si (%26.7) ICD ile 1 yıldır yaşamakta olduğu, 16'sı (%21.3) ICD ile 6-7 yıldır yaşamakta olduğu, 14'ü (%18.7) ICD ile 8 yıldır ve ↑ yaşamakta olduğu, 13'ü (%17.3) ICD ile 2-3 yıldır yaşamakta olduğu ve 12'si (%16.0) ICD ile 4-5 yıldır yaşamakta olduğu görülmüştür.

Bireylerin 39'u (%52.0) ICD dan sonra hiç şok yaşamadığı, 22'si (%29.3) ICD dan sonra 1 ile 5 arası şok yaşadığı ve 14'ü (%18.7) ICD dan sonra 6 ve ↑ şok yaşadığı görülmüştür.

Bireylerin 39'u (%52.0) ICD dan sonra hiç şok yaşamadığı, 13'ü (%17.3) ICD dan sonra yaklaşık 1 yıl dan daha az bir süredir aralıklı şok yaşadığı, 13'ü (%17.3) ICD dan sonra yaklaşık 1 yıl kadar aralıklı şok yaşadığı ve 10'u (%13.3) ICD dan sonra yaklaşık 2 yıl ↑ aralıklı şok yaşadığı görülmüştür.

Bireylerin 65'inin (%86.7) psikiyatrik herhangi bir hastalığı olmadığı ve 10'unun (%13.3) psikiyatrik herhangi bir hastalığı olduğu görülmüştür.

Bireylerin 61'i (%81.3) antidepresan ilaç kullanmadığı ve 14'ü (%18.7) antidepresan ilaç kullandığı görülmüştür.

**Tablo.3.2. Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruba Göre Dağılımı**

<b>Ölçekler</b>	<b>Ort. ve SD</b>
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	14.41±5.02
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	16.62±4.28

Bireylerin anksiyete alt ölçeğinin ortalaması (14.41±5.02) olduğu saptanmıştır. Ortalama değere baktığımızda grubun anksiyeteli olduğu görülmüştür. Bireylerin depresyon alt ölçeğinin ortalaması (16.62±4.28) olduğu saptanmıştır. Ortalama değere baktığımızda grubun depresyonlu olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ilk olarak “Bireylerin cinsiyetleri ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.3. Bireylerin Cinsiyetleri İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması**

Cinsiyet		N	S.O.	S.T.	U	Z	p
Anksiyete alt ölçeği	Erkek	51	40.44	2062.50			
	Kadın	24	32.81	787.50	487.50	-1.42	.156
	<b>Toplam</b>	<b>75</b>					
Cinsiyet		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Depresyon alt ölçeği	Erkek	51	40.05	2042.50			
	Kadın	24	33.65	807.50	507.50	-1.19	.231
	<b>Toplam</b>	<b>75</b>					

Tablo 3.3’de görüldüğü gibi; bireylerin cinsiyetleri arasında anksiyete alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anksiyete alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=487.50$ ,  $p=.156$ ].

Bireylerin cinsiyetleri arasında depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Depresyon alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=507.50$ ,  $p=.231$ ].

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “bireylerin yaşları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.4. Bireylerin Yaşları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		Yaş
Anksiyete alt ölçeği	r	.140
	p	.232
Depresyon alt ölçeği	r	.166
	p	.155

Tablo 3.4’de görüldüğü gibi; bireylerin anksiyete alt ölçeğinden aldığı puanlar ile bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bireylerin depresyon alt ölçeğinden aldığı puanlar ile bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “bireylerin medeni durumları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.5. Bireylerin Medeni Durumları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması**

Medeni durumu		N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	Evli	60	38.13				
	Bekar	9	36.22				
	Boşanmış	6	39.33	2	.085	.958	-
	<b>Toplam</b>	75					
Medeni durumu		N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	Evli	60	39.08				
	Bekar	9	35.61				
	Boşanmış	6	30.83	2	.918	.632	-
	<b>Toplam</b>	75					

Tablo 3.5’de görüldüğü gibi; bireylerin

anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dördüncü olarak “bireylerin eğitim düzeyleri ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.6. Bireylerin Eğitim Düzeyleri İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması**

Eğitim düzeyi		N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	Okur yazar	17	34.35				
	İlköğretim mezunu	39	39.95				
	Lise mezunu ve üzeri	19	37.26	2	.816	.665	-
	<b>Toplam</b>	75					
Eğitim düzeyi		N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	Okur yazar	17	32.68				
	İlköğretim mezunu	39	40.00				
	Lise mezunu ve üzeri	19	38.66	2	1.38	.501	-
	<b>Toplam</b>	75					

anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde beşinci olarak “Bireylerin çalışma durumları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.7. Bireylerin Çalışma Durumları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması**

Çalışma durumu		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	Çalışıyor	65	33.60	336.00			
	Çalışmıyor	10	38.68	2514.00	281.00	-.689	.491
	<b>Toplam</b>	75					
Çalışma durumu		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	Çalışıyor	65	42.30	423.00			
	Çalışmıyor	10	37.34	2427.00	282.00	-.676	.499
	<b>Toplam</b>	75					

Tablo 3.7’de görüldüğü gibi; bireylerin çalışma durumları arasında anksiyete alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anksiyete alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=281.00$ ,  $p=.156$ ].

Bireylerin çalışma durumları arasında depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Depresyon alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=282.00$ ,  $p=.499$ ].

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak “bireylerin ICD ile kaç yıldır yaşamakta oldukları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.8. Bireylerin ICD ile Kaç Yıldır Yaşamakta Oldukları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması**

	Yıl	N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	1 yıl	20	38.03				
	2-3 yıl	13	41.12				
	4-5 yıl	12	42.29				
	6-7 yıl	16	32.41	4	1.80	.772	-
	8 yıl ve üzeri	14	37.79				
	<b>Toplam</b>		75				
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	1 yıl	20	37.50				
	2-3 yıl	13	37.23				
	4-5 yıl	12	41.54				
	6-7 yıl	16	37.25	4	.386	.984	-
	8 yıl ve üzeri	14	37.25				
	<b>Toplam</b>		75				

Tablo 3.8’de görüldüğü gibi; bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının ICD ile kaç yıldır yaşamakta olduğu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yedinci olarak “bireylerin ICD dan sonra ne kadar şok yaşadıkları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.9. Bireylerin ICD dan Sonra Ne Kadar Şok Yaşadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması**

	Şok sayısı	N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark	
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	Hiç sok yaşanmadı	39	45.78					*p<0.05 Tablo 3.9’da görüldüğü gibi; bireyle
	1 ile 5 arası şok	22	31.98					
	6 ve üzeri şok	14	25.79	2	11.13	.004*1		
	<b>Toplam</b>	75						
	Şok sayısı	N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark	
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	Hiç sok yaşanmadı	39	44.91					*p<0.05 Tablo 3.9’da görüldüğü gibi; bireyle
	1 ile 5 arası şok	22	35.84					
	6 ve üzeri şok	14	22.14	2	11.74	.003*1		
	<b>Toplam</b>	75						

rin ICD dan sonra ne kadar şok yaşadıkları arasında anksiyete alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=11.13, p=.004]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Anksiyete alt ölçeği puanları açısından ICD dan sonra hiç şok yaşamamış olan bireylerin anksiyete düzeylerindeki artışın bu farka sebep olduğu bulunmuştur. ICD dan sonra hiç şok yaşamamış olan bireylerin diğer bireylere oranla anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin ICD dan sonra ne kadar şok yaşadıkları arasında depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır [k-w=11.74, p=.003]. Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Depresyon alt ölçeği puanları açısından ICD dan sonra hiç şok yaşamamış olan bireylerin depresyon seviyesindeki artışın bu farka sebep olduğu doğrulanmıştır. ICD dan sonra hiç şok yaşamamış olan bireylerin diğer bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bir farkla saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak “ICD dan sonra şok yaşayan bireylerin kaç yıldır şok yaşadıkları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.



**Tablo 3.10. ICD dan Sonra Şok Yaşayan Bireylerin Kaç Yıldır Şok Yaşadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinin Puanları Açısından “Kruskal Wallis H” Testi İle Karşılaştırılması**

	Yıl	N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	1 yıldan az bir süre	13	16.73				
	1 yıl	13	18.88				
	2 yıl ve üzeri	10	20.30	2	.679	.712	-
	<b>Toplam</b>	36					
	Yıl	N	S.O.	Sd	x <sup>2</sup>	P	Anlamlı fark
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	1 yıldan az bir süre	13	16.04				
	1 yıl	13	17.62				
	2 yıl ve üzeri	10	22.85	2	2.52	.283	-
	<b>Toplam</b>	36					

Tablo 3.10'da görüldüğü gibi; ICD

dan sonra şok yaşayan bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının kaç yıldır şok yaşamakta oldukları değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “Bireylerin psikiyatrik bir hastalıklarının olup olmaması ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.11. Bireylerin Psikiyatrik Bir Hastalıklarının Olup Olmaması İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması**

	Psikiyatrik hastalık	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
<b>Anksiyete alt ölçeği</b>	Var	10	16.90	169.00			
	Yok	65	41.25	2681.00	114.00	-3.30	.001*
	<b>Toplam</b>	75					
	Psikiyatrik hastalık	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
<b>Depresyon alt ölçeği</b>	Var	10	15.90	159.00			
	Yok	65	41.40	2691.00	104.00	-3.47	.001*
	<b>Toplam</b>	75					

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi; bireylerin psikiyatrik bir hastalıklarının olup olmaması arasında anksiyete alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Anksiyete alt ölçeği puanları açısından psikiyatrik bir hastalığı olmayan bireylerin anksiyete düzeylerinde anlamlı bir artış görülmüştür [ $U=114.00$ ,  $p=.001$ ]. Psikiyatrik bir hastalığı olmayan bireylerin psikiyatrik bir hastalığı olan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bireylerin psikiyatrik bir hastalıklarının olup olmaması arasında depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Gruplar arasındaki bu farkın nedeni, psikiyatrik bir hastalığı olmayan bireylerin depresyon alt ölçeğinde daha yüksek puan almış olmalarıdır [ $U=104.00$ ,  $p=.001$ ]. Psikiyatrik bir hastalığı olmayan bireylerin psikiyatrik bir hastalığı olan bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak “Bireylerin antidepresan ilaç kullanıp kullanmadıkları ile bireylerin anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldıkları puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır.

**Tablo 3.12. Bireylerin Antidepresan İlaç Kullanıp Kullanmadıkları İle Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Açısından “Mann Whitney U” Testi İle Karşılaştırılması**

İlaç kullanma durumu		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Anksiyete alt ölçeği	Evet	14	28.25	395.50			
	Hayır	61	40.24	2454.50	290.50	-1.86	.062
	<b>Toplam</b>	75					
İlaç kullanma durumu		<i>N</i>	<i>S.O.</i>	<i>S.T.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Depresyon alt ölçeği	Evet	14	28.25	395.50			
	Hayır	61	40.24	2454.50	290.50	-1.87	.061
	<b>Toplam</b>	75					

Tablo 3.12’de görüldüğü gibi; bireylerin antidepresan ilaç kullanıp kullanmadıkları arasında anksiyete alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anksiyete alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=290.50$ ,  $p=.062$ ].

Bireylerin antidepresan ilaç kullanıp kullanmadıkları arasında depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Depresyon alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur [ $U=290.50$ ,  $p=.061$ ].



## SONUÇ-TARTIŞMA

ICD implantasyonu ve depresyon-anksiyete ilişkisini inceleyen Türkçe yapılmış ilk bilimsel araştırma olan çalışmamızda, bireylerin ICD takıldıktan sonra ne kadar şok yaşadıkları ile anksiyete ve depresyon alt ölçekleri puanlamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ICD dan sonra hiç şok yaşamamış olan bireylerin anksiyete ve depresyon seviyeleri yüksek çıkmıştır. Bu sonuç literatür değerlere göre beklendik değildir. Literatürdeki diğer çalışmalarda ise ICD implantasyonu uygulanan hastalarda daha önce ICD şoku deneyimleyenlerin şok deneyimi olmayanlara göre anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Spindler, Johansen, Andersen, Mortensen, Pedersen , 2009 ; Kamphuis, de Leeuw, Derksen, Hauer, Winnubest , 2003). Ancak ilk şok yaşandıktan sonra yeni bir şok geçirme stresi ilk şokun oluşturduğu stresten daha azdır (Kamphuis, de Leeuw, Derksen, Hauer, Winnubest , 2003). Bu durum, ICD den sonra yüksek derecedeki şok gösteren bireylerin, bu şoka akut tepki vererek anksiyete ve depresyon gelişimi ile anında başa çıkmış olmaları ile alakalı olabilir. Bir başka açıklama ise bireylerin ICD den hemen sonra gösterdiği yüksek dereceli şokun, sosyal destek grubunun varlığını daha da yakınlaştırması olabilir. Bireyin gösterdiği sok derecesine göre aldığı sosyal desteğin değiştiğini kabul edersek; ICD den sonraki yüksek sok, sosyal destek ile elimine edilmek istenirken bireyin anksiyete ve depresyon seviyesinin de istemsiz olarak uzun süreli bir şekilde elimine edildiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızdan çıkan bu sonuç, ICD implantasyonundan sonra hastaların var olan sok derecesine bakılmadan, gerek profesyonellerce gerekse sosyal destek grupları tarafından desteklenmeleri gerektiğini ortaya koymuştur. Bu destek, ICD hastalarının ileride geliştirebilecekleri anksiyete ve depresyon hastalıklarına karşı korunmalarında oldukça önemli olacaktır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz diğer veriler ilginç bir şekilde göstermiştir ki psikiyatrik bir hastalığı olmayan bireylerin psikiyatrik bir hastalığı olan bireylere oranla anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksektir. Bu durumda, var olan psikiyatrik hastalıklar, ICD sonrasındaki anksiyete ve depresyona karşı koruyucu bir etki gösteriyorlar denilebilir; ancak çalışmamızdaki katılımcıların tek bir kültür grubu içinden seçildiği düşünülürse, bu sonuçların daha heterojen bir örneklem ile sonraki çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda ortalama değere baktığımızda hasta grubunun anksiyeteli ve depresyonlu çıktığı görülmüştür. Hasta bireylerin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim durumları

ve çalışma durumları arasında anksiyete ve depresyon alt ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yerli ve yabancı literatürde yapılan araştırmalarda ICD takılan bireylerin depresyon ve anksiyete seviyeleri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları ve çalışma durumları arasında bağlantı olduğunu gösteren çalışma bulunamamıştır. Bazı araştırmalar (Carroll ve Hamilton , 2008 ; Ladwig, Baumert, Marten-Mittag ve ark., 2008) genç yaşta ICD implantasyonu olanlarda anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğu ancak zamanla anksiyete seviyesinin azaldığını belirtmektedir.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde aşağıdaki öneriler koruyucu sağlık tedbirleri ve hastalıkların şiddetini azaltmaları açısından daha da önem kazanmaktadır. Örneğin; ICD ile yaşamaya uyum sağlamak için diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi bütüncül yaklaşım önemlidir. Tıbbi tedaviye uyum, aktivite planı, diyet değişiklikleri, kilo kontrolü, stres kontrolü, sigara ve alkol gibi sağlık için riskli alışkanlıkların kontrolü başarılı adaptasyon için gerekli olan davranış değişiklikleridir (Sears, Matchett, Conti, 2009). ICD'li hastalar için kritik durumlarda bakımın tanımlanması, hastanın iyilik algısını iyileştirebilir. Örneğin işlem öncesi dönem ve şokun yaşandığı dönemde yaşanabileceklerin tanımlanması ve işlem öncesi dönemde etkili hasta eğitimi önemlidir (Sears, Shea, Conti, 2005) . Burada amaç; hastalık ve cihaz hakkında bilgilendirme, cihazı reddetmeyi önleme, yeniden güvenlik algısını sağlamaktır. ICD şok verdiği dönemde; şoklarla etkili bir şekilde başa çıkabilmek önemlidir. Bu aşamada amaç bundan sonraki şokları azaltmak için girişimler planlama, şoktan kaçınma davranışlarını önleme ve yeniden güvenlik algısını sağlamaktır (Thomas, Friedmann, Kelley, 2001).

Sağlık çalışanları yeterli hasta eğitimi ve bakım desteği sağlamalı, hastanın ICD şok deneyimleri ile başa çıkmasına yardımcı olmalı, hastaların yaşam sonu kaygılarına saygı duymalıdır (Baird, Keen, Swearingen, 2005).

Psikososyal alan kişinin benlik ve bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, hayatının işleyişinde, cinsel hayatında, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan ilişkisini içerir. Hasta ve ailesinin uzun dönem psikososyal uyumunu sağlamak için ICD'nin olumlu ve olumsuz yönleri tartışılır. Etkili hasta eğitimi ve sürekli bakımın artması ile hasta cesaret kazanır ve hastanın yaşam kalitesi artar (Sears, Matchett, Conti, 2009; Sears, Shea, Conti, 2005).

Bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılarak sağlık çalışanları hastaların kaygılarını dinlemeli ve çeşitli ödevlerle hastaya rehberlik yapılmalıdır. Bu şekilde kişi aynalanır, işlevsel

olmayan düşünce ve inanışlar gündeme getirilir, sorunlar yeniden tanımlanır ve etkin sorunlarla baş edebilme stratejileri kullanabilme becerisi kazandırılır (White, 2002 ; Fetzer, 2003 ; White, 2000). Başetme stratejilerinin etkin kullanımı ile daha az emosyonel sıkıntı yaşandığı ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ortaya konmuştur (Fritzsche, Forster, Schweickhardt, Kanwischer, Drinkmann, Rabung ve ark. , 2007). Ayrıca hastaların daha önce ICD takılan hastalarla görüşmesi, onların deneyim ve tecrübelerinden yararlanmaları sağlanabilir (Bulantekin ve Oğuz, 2010).

ICD implantasyonu sonrası verilen psikolojik eğitimle hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde düşme görülmüştür (Dunbar, Langberg, Reilly, Viswanathan, McCarty, Culler ve ark. , 2009). ICD hastalarına bilgisayar destekli verilen eğitim programı ile hastaların uyumunun kolaylaştığı, yaşam kalitesinin arttığı ve anksiyetenin azaldığı saptanmıştır (Kuhl, Sears, Vazquez, Conti ,2009). Yapılan bir çalışmada profesyonel rehber eşliğinde aktivite seviyesine odaklanmış bir rehabilitasyon programında hastaların yaşam kalitesi artmıştır (Lewin, Coulton, Frizelle, Kaye,Cox , 2009). Psikolojik girişimlerin ICD şok vermesi ve kalp hızı değişkenleri üzerine olumlu etkisi olduğu ortaya konmuştur (Pedersen, van den Broek, Sears, 2007).

Çalışmamızın sınırlılığı ICD implante edilmiş hastalara, implantasyondan önce HAD ölçeğini uygulayıp anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmemiş olmamızdır. Ayrıca ICD implante edilmiş hastaların benlik ve bedenleriyle ilgili algısını, yaşam kalitesini, hayatının işleyişini, cinsel hayatını, kişisel ve sosyal rollerini, aile ve çevresiyle olan ilişkisini inceleyen bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak ICD klinik olarak etkili olmasına rağmen hasta ve ailesi için belli bir düzeyde psikososyal zorluğu da gündeme getirmektedir. (Lewin, Coulton, Frizelle, Kaye, Cox, 2009; Dickerson, 2005). ICD'nin tedavide yüksek kabul edilebilirlik ve sağladığı medikal faydaya rağmen ICD hastalarının %13-%38'inde anksiyete (Sola ve Bostwick, 2005) ve %30unda da majör depresyon görülmektedir (Pedersen, Broek, Sears, 2007). Bu nedenlerden ötürü, ICD'si olan hastalar bio-psiko-sosyal açıdan değerlendirilerek bütüncül bir yaklaşım hedeflenmelidir. Psikososyal sorunların erken dönemde belirlenmesi ve gerekli girişimlerin planlanması ile muhtemel anksiyete ve depresyonun şiddeti azalacaktır. Etkili hasta eğitiminin yapılması, stres yönetimi programlarının kullanılması ve bilişsel davranışsal terapi yöntemlerinin uygulanması ICD hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerini dolayısıyla psiko-sosyal iyilik halini sağlayarak yaşam kalitesini artıracaktır .

## KAYNAKÇA

**Akiskal HS. Mood Disorders:** introduction and overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VI, 1. cilt içinde. Kaplan HI, Sadock BJ editörler. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. p 1067-1079

**Alings M, Vorstenbosch JM, Reeve H.** Automaticity: design of a registry to assess longterm acceptance and clinical impact of automatic algorithms in insgnia pacemakers. *Europace*. 2009;11:370-3.

**Aydemir Ö, Köroğlu E.** Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, Hekimler Yayın Birliği 2000:138-142.

**Aydemir Ö, Özmen E, Küey L, Kültür S, Yeşil M, Postacı N, Bayata S.** Psychiatric morbidity and depressive symptomatology in patients with permanent pacemakers. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997;20:1628-32.

**Babaoğlu A.** Psikiyatri Tarihi. İstanbul: Okuyan Us Yayın; 2002. s 56, 95, 188-189

**Baird MS, Keen JH, Swearingen PL.** Manual of Critical Care Nursing Interventions and Collaborative Management. Fifth edition, Missouri;2005.

**Berrios, G.E.** (1996). The History of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University. ss.263-289.

**Bilge A.K, Özben B, Demircan S, Çınar M, Yılmaz E, Adalet K.** Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. *Pacing Clin Electrophysiol* 2006; 29(6):619-26

**Bostwick JM, Sola CL.** An updated review of implantable Cardioverter/defibrillators, induced anxiety and quality of life. *Heart Fail Clin*. 2011;7:101-108.

**Bulantekin Ö, Oğuz S.** İmplant edilebilen kardiyoverter defibrilatör (ICD) hastalarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010;14(2):67-71.

**Burns JL, Serber ER, Keim S, Sears SF.** Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: initial psychometric investigation of the Florida Patient Acceptance Survey. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005; 16(4): 384-90.

**Carroll DL, Hamilton GA.** Long-term effects of implanted Cardioverter defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. *Am J Crit Care* 2008;17(3):222-230.

**Carroll DL, Hamilton GA.** Quality of life in implanted Cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. *Heart Lung*. 2005;34:169-178.

**Cimilli C.** Depresyonla ilişkileri bağlamında Türkiye' nin sosyal ve kültürel özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8:292-300

**Crossmann A, Pauli P, Dengler W, Kühlkamp V, Wiedmann G.** Stability and cause of anxiety in patients with an implantable cardioverter-defibrillator:a longitudinal two year follow-up. *Heart Lung.* 2007;36:87-95.

**Dickerson SS.** Technology-patient interactions: Internet us efor gaining a healthy context for living with an implantable Cardioverter defibrillator. *Heart Lung.* 2005;34:157-168.

**Dickerson SS, Posluszny M, Kennedy MC.** Help seeking in a support group for recipients of implantable Cardioverter defibrillators and their support person. *Heart Lung.* 2000;29:87-96

**Amerikan Psikiyatri birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) . E Köroğlu ( Çev. Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995**

**Dougherty CM.** The natural history of recovery following sudden cardiac arrest and internal Cardioverter-defibrillator implantation. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2001;16:163-168.

**Dunbar SB, Langber JJ, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD, et all.** Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable Cardioverter defibrillator patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009;32(10):1259-71.

**Duru F, Büchi S, Klaghofer R, Mattmann H, Sensky T, Buddeberg C, et all.** How different from pacemaker patients are recipients of implantable Cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? *Heart* 2001;85(4):375-9.

**Edelman S, Lemon J, Kidman A.** Psychological therapies for recipients of implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung* 2003; 32:234–240.

**Fetzer SJ.** The patient with an implantable Cardioverter defibrillator. *J Perianesth Nurs.* 2003;18(6):398-413.

**Freud, S.** (1999). Psikopatoloji .Çevirmen: Hakan Atalay. Payel Yayıncılık: İstanbul.

**Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, Kao CW, Metcalf M, Kelley FJ, et all.** Quality of life and psychological status of patients with implantable Cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol* 2006;17(1):65-72.

**Fritzsche K, Forster F, Schweickhardt A, Kanwischer H, Drinkmann A, Rabung S, et all.** Depressive coping is a predictor for emotional distress and poor quality of life in a



German-Austrian sample of Cardioverter-defibrillator implante recipients at 3 months and 1 year after implantation. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(6):526-36.

**Godemann F, Ahrens B, Behrens S, Berthold R, Gandor C, Lampe F, et al.** Classic conditioning and dysfunctional cognitions in patients with panic disorder and agoraphobia treated with an implantable Cardioverter/defibrillator. *Psychosom Med.* 2001;63:231-238.

**Goodman M, Hess B.** Could Implantable Cardioverter defibrillators provide a human model supporting the learned helplessness theory of depression? *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21:382-385.

**Hauer RN, Aliot E, Block M, Capucci A, Luderitz B, Santini M, Vardas PE.** Study Group on Guidelines on ICD of the Working Group on Arrhythmias and the Working Group on Cardiac Pacing of the European Society of Cardiology. Indications for implantable cardioverter defibrillator (ICD) therapy. *Europace* 2001; 3:169–176.

**Hegel MT, Griegel LE, Black C, Goulden L, Ozahowski T.** Anxiety and depression in patients receiving implanted cardioverter-defibrillators. A longitudinal investigation. *Int J Psychiatr Med* 1997; 27:57–69.

**Hermann C.** International experiences with the hospital anxiety and depression scale-a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42:17-41.

**Herrmann C, von zur Mühen F, Schaumann A, Buss U, Kemper S, Wantzen C, et al.** Standardized assessment of psychological well-being and quality-of-life in paatients with implanted defibrillators. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1997;20:95-103.

**Hermann-Lingen C, Fritzsche K, Kanwischer H, Drinkmann A, Rabung S, Bergmann G.** Kardiologische und psychosoziale Befunde bei Patienten mit malignen ventrikularen Herzrhythmusstörungen vor Implantation eines internen Defibrillators-Erste Ergebnisse aus der deutsch-österreichischen Multizenterstudie zu Krankheitserleben und –verlauf bei Patienten mit implantiertem Defibrillator. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2004;54:308-319.

**Jadhav S.** (2000) The Cultural construction of Western depression. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, V Skultans, J Cox (Ed), London, Jessica Kingsley Publishers Ltd, s.41- 65

**Kalaycı, Ş.** (2006). “SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri” Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

**Kamphuis HC, de Leeuw JR, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA.** Implantable Cardioverter defibrillator recipients:quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: a prospective study. *Europace* 2003;5(4):381-9.

**Kamphuis HC, Verhoeven NW, Leeuw R, et all.** ICD: A qualitative study of patient experience the first year after implantation. *J Clin Nurs* 2004;13(8):1008-1016  
<http://dx.doi.org/10.1586/17434440.6.1.43>

**Kamphuis HC, Verhoeven NW, Leeuw R, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA.** ICD: a qualitative study of patient experience the first year after implantation. *J Clin Nurs* 2004;13(8):1008-16.

**Kara H, Sayar K, Saygılı S.** Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7 (1-4) : 59-63, 1997)

**Karasar, N.** (2009). “Araştırmalarda Rapor Hazırlama” Ankara: Nobel Yayınevi.

**Keren R, Aarons D, Veltri EP.** Anxiety and depression in patients with life threatening ventricular arrhythmias: impact of the implantable Cardioverter-defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1991;14(Pt 1):181-187.

**Kohn CS, Petrucci RJ, Baessler C, Soto DM, Movsowitz C.** The effect of psychological intervention on patients’ long-term adjustment to the ICD: A prospective study. *Pace.* 2000;23(Pt. 1):450-456.

**Köroğlu, E.** (2010). Umut Kapısı Psikiyatri. HYB Yayıncılık: Ankara.

**Kuhl EA, Sears SF, Vazquez LD, Conti JB.** Patient-assisted computerized education for recipients of implantable Cardioverter defibrillators: a randomized controlled trial of the PACER program. *J Cardiovasc Nurs* 2009;24(3):225-31.

**Ladwing KH, Baumert J, Marten-Mittag B, et all.** Posttraumatic stres symptoms and predicted mortality in patients with implantable Cardioverter-defibrillators: Results from the prospective living with an implanted Cardioverter-defibrillator study. *Arch Gen psychiatry* 2008;65(11):1324-1330 <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.11.1324>

**Lampert R, Joska T, Burg MM, Batsford WP, McPherson CA, Jain D.** Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation* 2002;106:1800-1805

**Lewin RJ, Coulton S, Frizelle DJ, Kaye G, Cox H.** A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable Cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart* 2009;95(1):63-69

**Lüderitz B, Jung W, Deister A, Manz M.** Patient acceptance of implantable Cardioverter defibrillator devices: changing attitudes. *Am Heart J.* 1994;127(Pt 2):1179-1184.

**May CD, Smith PR, Murdock CJ, Davis MJ.** The impact of the implantable Cardioverter defibrillator on quality-of-life. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1995;18:1411-1418

**Noyes R, Hoehn-Saric R.** (1998). Anksiyete Bozuklukları (Çeviri Editörü: Şar V.). (1.Baskı). İstanbul:Csa Medikal&Paramedikal Yayıncılık.,1-46.

**Özdamar, K.** (2004). “Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi I.” 5. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir.

**Passman R, Subacius H, Ruo B, Schaechter A, Howard A, Sears SF, et al.** Implantable Cardioverter defibrillators and quality of life: results from the defibrillators in nonischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch Intern Med.* 2007;167:2226-2232

**Pedersen SS, van den Broek KC, Sears Jr SF.** Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2007;30:1546-1554

**Pedersen SS, Van Domburg RT, Theuns DA, Jordaens L, Erdman RA.** Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: A determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *Am heart J* 2005;149:664-669

**Pinski SL, Chen PS.** Implante Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörler. In:Topol JE. Textbook of Kardiyovaskular Medicine, 3.Cilt, Lipponcott Williams-Wilkins, 2002. Çeviri: Dursun AN, 1.Baskı, And yayıncılık, 2005: 1597-1608.

**Piotrowicz K, Noyes K, Lyness JM, McNitt S, Andrews ML, Dick A, et all.** Physical functioning and mental well-being in association with health outcome in patients enrolled in the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II. *Eur Heart J.* 2007;28:601-607.

**Powell AC, Fuchs T, Finkelstein DM, et al.** Influence of implantable cardioverter-defibrillators on the long-term prognosis of survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 1993; 88:1083–1092.

**Pycha C, Calabrese JR, Gullede AD, Maloney JD.** Patient and spouse acceptance and adaptation to implantable cardioverter defibrillator. *Cleve Clin J Med* 1990; 57:441–444.

**Saksena S, Madan N.** Management of the patient with an implantable cardioverter-defibrillator in the third millennium. *Circulation* 2002; 106:2642–2646.

**Sayar K, Ak İ.** Depresyon ve Kültür, İbni Sina Tıp Dergisi 6 : 56-59, 2001

**Sayar K.** Psikiyatri ve Kültür. İstanbul, İnsan Yayınları, 2000

**Sayar K (1995) Hüzün hastalığı. Depresyon - III.** Anadolu Psikiyatri Günleri, Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği yayınları, s. 385-396

**Sears SF, Matchett M, Conti JB.** Effective Management of ICD Patient Psychosocial issues and Patient Critical Events. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2009;20(11):1297-304

**Sears SF Jr, Shea JB, Conti JB.** How to Respond to an Implantable Cardioverter-Defibrillator Shock. *Circulation* 2005;111(23):e380-2

**Sola CL, Bostwick JM.** Implantable Cardioverter-Defibrillators, Induced Anxiety and Quality of Life. *Mayo Clin Proc* 2005;80(2):232-7

**Spindler H, Johansen JB, Andersen K, Mortensen P, Pedersen SS.** Gender differences in anxiety and concerns about the Cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009; 1546-54

**Thomas SA, Friedmann E, Kelley FJ.** Living With an Implantable Cardioverter-Defibrillator: A Review of the Current Literature Related to Psychosocial Factors. AACN Clin Issues 2001;12(1):156-63.

**TKD** Pacemaker ve Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) İmplantasyonu Endikasyonları Kılavuzu, 2002.

**Vlay SC, Olson LC, Fricchione GL, Friedman R.** Anxiety and anger in patients with ventricular tachyarrhythmias. Responses after automatic internal cardioverter defibrillator implantation. Pacing Clin Electrophysiol 1989; 12:366–373.

**White E.** Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators: Transition to Home. J Cardiovasc Nurs. 2000;14(3):42-52.

**White MM.** Psychosocial impact of the implantable Cardioverter defibrillator: Nursing implications. J Cardiovasc Nurs 2002; 16(3): 53-61

**Zigmond AS, Snaith PR.** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70

## EKLER

### Sosyodemografik Veri Formu

1.Ad, Soyadı;

2.Yaşınız?

3.Cinsiyet

a)Erkek    b)Kadın

4.Medeni Durumunuz?

a) Evli

b) Bekâr

c) Boşanmış

d) Dul

5.Eğitim durumunuz?

a)Okuryazar

b)İlköğretim

c)Lise

d) Üniversite

e)Yüksek lisans

6.Çalışma durumunuz?

a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

7. ICD ile kaç yıldır yaşıyorsunuz?

8. ICD takıldıktan sonra yaşadığınız şok sayısı ve en son ne zaman yaşadınız?

9.Psikiyatrik hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

10. Antidepresan ilacı kullanıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

## Had Ölçeği

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklımıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

### 1)Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

### 2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

### 3)Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

### 4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

### 5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

**6)Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

**7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum**

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9)Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

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

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

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil



**12)Olacakları zevkle bekliyorum.**

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

**13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14)İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler :

Doğum Tarihi : 1988

Medeni Durum : Bekar

### Eğitim durumu :

1999 Fatih İlköğretim Okulu

2002 Özel Merter Fatih İlköğretim Okulu

2006 Özel Kültür Lisesi

2010 Haliç Üniversitesi  
Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji

2014 Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji

### Yabancı Dil (ler) ve Düzeyi

İngilizce : iyi

### İş deneyimi

Kadın Aile Sağlığı Merkezi-Psikolog (yetişkin) (Ocak 2011-Temmuz 2011)

Florya Saadet Çocuk Yuvası (Eylül 2011- Eylül 2012)

Bahçeşehir Koleji Etiler Anaokulu (Eylül 2012-Eylül 2014)

Özel Kübra Park Anaokulu (Eylül 2014-halen devam ediyor)

---

NöroPsikiyatri (NP) Hastanesi 3 ay staj (2011)

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 1 yıl staj (2010)

Emekli Sandığı Etiler Dinlenme Evi 3 ay staj (2009)

---

### **Bilimsel yayınlar ve çalışmalar**

- Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği Kulaktan Kulağa Madde Bağımlılığını Önleme Programı  
2010

- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Gönüllü Olarak Şizofreni Hasta Takibi 2010